

La valentía de viajar a un nuevo mundo: los desafíos de desarrollar un equipo valvular

The Courage to Take the Journey to a New World: The Challenges in Developing a Valve Team

MICHAEL S FIRSTENBERG¹, JONATHAN SHERMAN²

Existen pocas áreas de la medicina que hayan evolucionado tan vertiginosamente como la medicina y la cirugía cardiovascular. El rápido desarrollo y proliferación de herramientas diagnósticas y terapéuticas sofisticadas han producido en todo el mundo mejoras sustanciales tanto en la esperanza como en la calidad de vida. Entre los numerosos desarrollos destinados a reducir el peso de la enfermedad cardiovascular, pocos han tenido una implementación tan veloz, aceptación e impacto profundo sobre la vida de los pacientes como la implantación transcatóter de válvula aórtica (TAVR por su sigla en inglés *Transcatheter aortic valve replacement*). En pocos años, la proliferación de TAVR ha evolucionado como la terapia de preferencia y, en muchos lugares del mundo, es la más comúnmente usada para el tratamiento de la estenosis aórtica sintomática. La publicación de los ya emblemáticos ensayos PARTNER ha establecido las bases para el uso de TAVR en pacientes para los cuales la cirugía de reemplazo valvular tradicional (SAVR, por su sigla en inglés *Surgical aortic valve replacement*) hubiera sido prohibitiva, o de riesgo extremo, alto o aún intermedio. Sin embargo, como con cualquier terapia novedosa, especialmente una que no solo es invasiva sino destinada a una población de pacientes complejos, enfermos y de alto riesgo, existen curvas de aprendizaje, crecientes mejoras en la tecnología, una comprensión cambiante de los matices en la selección de pacientes y, probablemente lo más importante, una aceptación de los beneficios verdaderos y las realidades clínicas que a menudo deben separarse de la promoción. El hecho de que las terapias TAVR sean también costosas y percibidas por muchos –los sistemas de salud y los pacientes– como una opción más deseable en comparación con la cirugía invasiva a cielo abierto, también contribuye al mito de que la TAVR, en cualquiera de sus formas e implementación, es la “fórmula

mágica” que curará la estenosis aórtica sintomática, y fundamentalmente, siempre “mejor” que la SAVR. Sin duda, muchos pacientes, especialmente aquellos que hubieran sido rechazados para SAVR o que hubieran experimentado resultados menos que ideales en función de su pobre estado funcional, comorbilidades y riesgos, han podido disfrutar una mejoría sustancial y objetiva de sus síntomas y esperanza de vida.

El trabajo publicado en este número de la *Revista* por Raleigh y colaboradores –“Implante valvular aórtico percutáneo por vía transfemorales y apical. Impacto y consideraciones generales de ambos abordajes” (1) destaca muchos de los problemas que los Equipos de Corazón enfrentan en todo el mundo al desarrollar la estructura de sus programas de enfermedad valvular. Mientras que algunos pueden ser críticos acerca de sus resultados en términos de supervivencia, duración de la internación, incidencia de accidente cerebrovascular y complicaciones asociadas con el procedimiento, en especial comparados con sus primeras experiencias con el abordaje transfemorales versus el transapical, es importante destacar los éxitos extraordinarios de este Equipo en desarrollo y reconocer que dichas críticas pueden tener una visión un poco estrecha. Dentro del contexto del conocimiento de esta terapia “disruptiva” y cuál es la mejor forma de aplicarla, el Equipo de Corazón de este hospital de comunidad argentino es francamente merecedor de reconocimiento no solo por sus logros sino por el valor de presentar sus resultados, que específicamente contribuyen a engrosar la bibliografía que ayuda a separar la realidad del mito de TAVR y de los programas de TAVR y sus resultados.

De manera comparable a Cristóbal Colombo navegando hacia el Nuevo Mundo para encontrar una mejor vía de navegación, los Equipos y Programas Valvulares se han embarcado en un viaje para estable-

REV ARGENT CARDIOL 2018;86:164-166. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v86.i3.13550>

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO: 2018;86:180-185 <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v86.i3.10501>

Dirección para separatas Michael S Firstenberg. Chair, Cardiothoracic and Cardiovascular Surgery. The Medical Center of Aurora, 1444 S. Potomac Street, Suite 390, Aurora, CO 80012. email: msfirst@gmail.com

¹Departamento de Cirugía Cardiovascular y ²Departamento de Cardiología. The Aurora Medical Center, Aurora CO, EEUU

cer las terapias óptimas en pacientes con enfermedad valvular aórtica. Por tener el coraje de ser los primeros en adoptar esta nuevo camino, el viaje no será sin riesgos al trabajar con nuevas tecnologías en evolución (algunas de las cuales pueden hacer el viaje mejor, más rápido y seguro, y otras no), optimizar la selección de pacientes, decidir el mejor enfoque técnico y consolidar la estructura y función de un Equipo multidisciplinario. El éxito de dicho viaje, fundamentalmente identificar el destino y luego alcanzarlo (o al menos acercarse lentamente al objetivo final), no es fácil en medicina. El blanco está siempre en movimiento -las tecnologías evolucionan (y no siempre para mejor en el largo plazo)-, los pacientes están más enfermos y las expectativas de mejores resultados crecen, todo en el contexto del deseo de ayudar a los pacientes, especialmente a aquellos que no tendrían otra opción.

Un hallazgo importante del trabajo de Raleigh es reconocer que no todos los TAVR son iguales, muy parecido a los distintos caminos del Viaje al Nuevo Mundo. Su trabajo trata específicamente la apreciación de que el abordaje transfemoral está asociado a un perfil de riesgo/beneficio significativamente diferente del que presenta el abordaje transapical. De hecho, estos hallazgos son consistentes con la creciente literatura que ha sugerido que los riesgos del abordaje transapical son muchos mayores que los de la intervención transfemoral, por lo que muchos programas han casi abandonado este acceso en favor de otros, tales como la arteria axilar, la vía transcava, y el acceso directo o transcarotideo, o aún reconocer que la SAVR tradicional es potencialmente la mejor opción. Admitir que cada paciente necesita ser individualizado no solo acerca de la terapia específica -TAVI vs. SAVR- sino también de los modalidades técnicas de cómo cada terapia puede y debe realizarse en el contexto del paciente, la tecnología disponible, las comorbilidades y la experiencia del Equipo (tanto sus éxitos como fracasos) es extremadamente importante. Estos puntos son la esencia del funcionamiento de un Equipo de Corazón realmente de alto nivel. No es meramente una cuestión de individuos que deciden “cual” terapia ofrecer, sino como el tratamiento va a ser implementado lo que definirá el éxito del programa, un logro que es a menudo función del aprendizaje y comprensión a través del tiempo sobre lo que funciona y lo que no.

Probablemente lo más importante al comunicar los resultados de los distintos abordajes sea demostrar que TAVR no es un procedimiento perfecto. Como se observa a través de los perfiles de los pacientes, los datos demográficos, el puntaje STS y el EuroSCORE, este grupo enfrenta el difícil desafío de intentar ayu-

dar a una población de pacientes muy enfermos. Las guías que se desarrollan para el manejo de la estenosis aórtica en la “era del TAVR”, especialmente en lo concerniente a comunicar públicamente los resultados clínicos, tratan el problema específico de los resultados. Estas guías han introducido el concepto bien conocido de que los resultados que se consideran demasiado buenos para ser verdad, a menudo lo son. El punto no es que los programas estén “mintiendo” intencionalmente, sino que en realidad hay preocupación de que si los programas comunican tasas de morbilidad y/o mortalidad consideradas muy bajas, exista el riesgo de que no se esté ofreciendo el beneficio de la terapia “que salva vidas” a pacientes potencialmente de alto riesgo debido al miedo de que un resultado menos que ideal pudiera arruinar la reputación del programa o los parámetros declarados públicamente.

Por otra parte, los resultados que se perciben como “demasiado buenos” también podrían indicar que los pacientes de bajo riesgo están recibiendo TAVR –una terapia que solo ha sido aprobada y validada en pacientes seleccionados de riesgo intermedio y alto– y que por distintos motivos, dichos pacientes podrían no recibir la opción o ser considerados para SAVR estándar. Esto no implica que los Equipos y programas no deberían revisar y aún someter sus resultados a una revisión por pares en su ánimo de lograr la perfección, sino más bien reconocer el balance necesario que debe tener lugar con dichas terapias. Dicho balance no es únicamente seleccionar aquellos pacientes que el programa cree se beneficiarán más con TAVR sino, principalmente, tener la valentía de ofrecer a los pacientes de alto riesgo o riesgo prohibitivo la oportunidad de beneficiarse con la TAVR, aun admitiendo que algunos de estos pacientes pudieran sufrir complicaciones e incluso, no sobrevivir. Claramente, debe existir un término medio, y depende de cada programa determinar cuál es y como abordarán las metas conflictivas peculiares de resultados perfectos, para tratar de ayudar a la mayor cantidad de pacientes posible.

Esencialmente, para que la TAVR tenga éxito como una terapia viable, es fundamental comprender que pacientes se beneficiarán y cales no. No es solo una cuestión de TAVR vs. SAVR, sino, más importante, comprender los riesgos, beneficios, ventajas y desventajas de las diversas tecnologías a medida que se van desarrollando, así como los diferentes aspectos técnicos del procedimiento en sí. De igual relevancia es reconocer que algunos pacientes, a pesar de tener un riesgo intermedio o alto, podrían beneficiarse más con la cirugía. Sin embargo, y por encima de todo, para un verdadero éxito a largo plazo del programa debe existir la valentía de separar

la realidad del mito y estar dispuestos a presentar resultados y experiencias de manera que todos se puedan beneficiar de esta curva de aprendizaje en permanente evolución. Por eso solo se debe felicitar y alabar a Raleigh y a todo el Equipo por sus logros al demostrar los muchos desafíos que enfrentan los Equipos Valvulares a través del mundo en su esfuerzo por alcanzar el éxito en un medio en el que siempre habrá, por definición, resultados menos que perfectos.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.
(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web / Material suplementario).

BIBLIOGRAFÍA

1. Valle Raleigh J, Agatiello C, Romeo F, Oberti P, Falconi M, Battellini R, et al. Transapical and Transfemoral Aortic Valve Implantation. Impact and General Considerations of both Approaches. Rev Argent Cardiol 2018;86:180-5.