

**CARTA ABIERTA de la JUNTA DIRECTIVA de la  
SECCIÓN de HEMODINÁMICA y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA (SHCI) de  
LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA (SEC)**

La implantación transcatóter de prótesis valvulares aórticas (TAVI) está reemplazando a la cirugía de sustitución valvular aórtica en el tratamiento de muchos pacientes con estenosis aórtica severa. Inicialmente, este tratamiento menos invasivo se aplicó a pacientes inoperables y de alto riesgo quirúrgico, mientras que en la actualidad sus indicaciones se están extendiendo a los pacientes de riesgo quirúrgico moderado. Ello es debido a que la TAVI es mucho menos agresiva que la cirugía, ofrece un pronóstico y supervivencia similar y condicionan una reducción en la estancia hospitalaria y una menor incidencia de complicaciones, como ictus, fibrilación auricular e insuficiencia renal. Este procedimiento se viene realizando desde hace más de 10 años como una actividad habitual en las unidades de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de los Servicios de Cardiología, en múltiples centros de España que cuentan con infraestructuras y personal adecuados. Su evolución puede compararse a lo que ocurrió hace unas décadas, cuando las técnicas de revascularización percutánea con angioplastia coronaria y, más tarde, mediante la implantación de *stents* coronarios, se abrieron paso como estrategia de revascularización miocárdica en muchos pacientes como sustitución de la cirugía de derivación coronaria.

A pesar de la evolución de las técnicas transcatóter en el tratamiento de las cardiopatías, muchos pacientes continúan siendo candidatos a procedimientos quirúrgicos, realizados por los Servicios de Cirugía Cardíaca. De esta forma las técnicas percutáneas y las intervenciones quirúrgicas clásicas son procedimientos complementarios y que coexisten para ofrecer a cada paciente el tratamiento que sea más adecuado. Esto hace imprescindible que los servicios de Cardiología y de Cirugía Cardíaca deban tomar decisiones terapéuticas en conjunto. A medida que progresan los conocimientos y las técnicas diagnósticas y terapéuticas, la sub-especialización se hace cada vez más importante. Por ello, de forma paralela e inevitable, cada vez es más importante el trabajo en equipo y multidisciplinar –un buen ejemplo es el denominado *Heart Team*–, donde diferentes especialistas y sub-especialistas aportan sus conocimientos específicos para decidir en conjunto cual es el mejor tratamiento para un paciente individual, de acuerdo con protocolos asistenciales consensuados y establecidos.

Aunque tanto la Cardiología como la Cirugía Cardiovascular tienen como escenario de acción las enfermedades cardiovasculares, ambas especialidades tienen un campo de formación claramente diferenciado, tanto en objetivos como en contenidos específicos, rotaciones y desarrollo de habilidades. Dentro del ámbito concreto de la formación de la especialidad de Cardiología, se recogen los siguientes objetivos específicos:

1.- Residente en el tercer año de formación: Un mínimo de 6 meses de rotación en ecocardiografía/Doppler, rotación en la que el cardiólogo en formación aprende a diagnosticar mediante estas técnicas de imagen las diferentes patologías valvulares. Se requiere, en este periodo, la realización mínima de 400 estudios de ecocardiografía básica, 20 ecocardiografías trans-esofágicas, y 20 ecocardiografías de estrés.

2.- Residente en el cuarto año de formación. Realización de cateterismos cardiacos derechos, izquierdos y coronariografías (nivel 2), e incluso se especifica el número mínimo de procedimientos que debe realizar (200 coronariografías, 25 cateterismos derechos, 25 cateterismos izquierdos, 20 angiografías aórticas y pulmonares, y colaborar en la realización de 50 procedimientos de angioplastia/stent).

Ninguno de estos objetivos específicos está incluido en el programa de formación de la especialidad de Cirugía Cardiovascular. En relación con la patología que se está analizando, estas rotaciones completan la formación clínica del cardiólogo, de modo que cubre todo el espectro de la estenosis aortica, desde sus primeras etapas a las fases más severas.

Debido a que las técnicas de diagnóstico y tratamiento a través de catéter han evolucionado de manera extraordinaria, su adecuada realización requiere no sólo haber completado la formación en la especialidad de Cardiología, sino también una formación específica en la sub-especialidad de Cardiología Intervencionista. Este aspecto es muy importante ya que existe una acreditación específica reconocida por la Sociedad Española de Cardiología para el ejercicio de la Hemodinámica y la Cardiología Intervencionista. Esta acreditación tiene unos criterios estrictos que garantizan los conocimientos y la formación, y que incluyen, no solo tener el título oficial de especialista en Cardiología, sino también haber completado una formación teórica y práctica de dos años en Cardiología Intervencionista en alguno de los centros acreditados por dicha Sociedad para el ejercicio y la enseñanza de esta sub-especialidad.

Específicamente, para la realización de procedimientos de implantación transfemoral de prótesis valvular aórtica, no sólo es necesario que el operador sea cardiólogo intervencionista experto en técnicas de tratamiento percutáneo de las enfermedades cardiovasculares, sino que adicionalmente tenga experiencia en procedimientos percutáneos de cardiopatía estructural. Así se recomienda también en documentos de consenso como el elaborado entre las Sociedades y Fundaciones Americanas de Cardiología (ACCF y SCAI) y de Cirugía (AATS y STS) o el elaborado por sus homólogas australianas y neozelandesas (CSANZ y ANZCTS).

En fechas recientes, desde distintos Servicios de Cardiología, se nos ha trasladado una gran inquietud ante la intención de profesionales de determinados Servicios de Cirugía Cardíaca de comenzar a realizar técnicas a través de catéter para la implantación de TAVI por la vía trans-femoral. Como es lógico, esta intención ha sido recibida por la junta directiva de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista y por la Sociedad Española de Cardiología con gran preocupación. Ello representaría la realización de procedimientos intervencionistas de alta complejidad por profesionales no formados, ni acreditados y sin preparación para su realización. El aspecto más importante es que, en dichos Centros, las técnicas trans-catéter pasarían a ser realizadas también por operadores inexpertos y sin formación que situarían a los pacientes con estenosis aórtica en escenarios de elevado riesgo de graves complicaciones y de mortalidad. No podemos obviar que los excelentes resultados que ofrece la Cardiología Intervencionista española son, en gran parte, consecuencia de este programa de sub-especialización de 2 años de duración. Dicho programa, estructurado y acreditado, asegura el conocimiento, formación y excelencia de los cardiólogos intervencionistas en la realización de las diferentes técnicas en el tratamiento transcatheter de diferentes cardiopatías. Nos resulta sorprendente que, por unos u otros motivos, se banalicen todos estos criterios de formación que caracterizan la maestría adquirida en el tratamiento percutáneo de la enfermedad valvular aórtica, anteponiendo otros intereses al que debe primar en nuestra práctica: el paciente, lo primero.

A través de este medio, la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista y la Sociedad Española de Cardiología desean manifestar a los responsables de los hospitales que nos han interpelado (Gerencias y Direcciones Médicas), así como al resto de autoridades sanitarias, sociedades científicas y profesionales y, en general, a todo el personal involucrado en el manejo de estos pacientes, su preocupación por este tipo de iniciativas y su absoluta desaprobación. Estas conductas van a comprometer los buenos resultados alcanzados con esta técnica y pueden condicionar un incremento absolutamente innecesario en el riesgo de complicaciones. Debemos seguir ofreciendo los excelentes resultados de la TAVI a los pacientes con estenosis aortica, si son realizados por los profesionales adecuados.

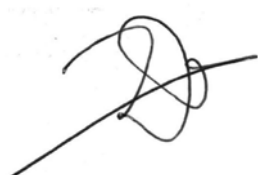
29 de Enero de 2018



Fdo. Dr. Armando Pérez de Prado  
Presidente SHCI



Fdo. Dr. Raúl Moreno Gómez  
Presidente Electo SHCI



Fdo. Dra. Belén Cid Álvarez  
Vocal SHCI



Fdo. Dr. Oriol Rodríguez Leor  
Vocal SHCI



Fdo. Dr. Manuel Anguita Sánchez  
Presidente SEC



Fdo. Dr. Ángel Cequier Fillat  
Presidente Electo SEC