

Reconversión de la cirugía cardiovascular

He leído el artículo de opinión de Borracci RA et al. (1) sobre la preocupación relacionada con la reconversión de la cirugía cardiovascular. En el contexto del surgimiento de los procedimientos miniinvasivos y endovasculares, la cirugía cardiovascular ha debido adaptarse a las nuevas tecnologías y a la inclusión preferencial del paciente en la decisión de tratamiento. (2)

En todo el mundo, la especialidad cardiorotáica se encuentra en etapa de cambio. Hay una disminución en el ingreso de residentes a la especialidad, que se ha tornado preocupante, al igual que el entrenamiento específico. (3) Varias son las razones. Hay un rechazo a aceptar nuevas tecnologías, probablemente por la baja evidencia de los trabajos que proclaman nuevos *gold standards* y la falta de estudios aleatorizados que vayan de la mano de la innovación tecnológica, la racionalidad y la objetividad a la hora de indicar un procedimiento. En algunos casos, hay cierta renuencia por parte de los cirujanos formados a aprender nuevos procedimientos. Por el otro lado, los costos de un entrenamiento o capacitación, el tiempo que esto exige o el futuro económico podrían ser obstáculos para los nuevos aprendices. Si bien la aceptación del cambio es variable, ninguna de estas situaciones frenaría el avance tecnológico ni su introducción en nuestra práctica diaria.

Los trabajos recientes sobre el implante valvular aórtico transcáteter en pacientes de bajo riesgo los considero, por ahora, mera especulación. Recordemos que todos los trabajos publicados que avalan el tratamiento transcáteter se encuentran referidos bajo el contexto de un *heart team* en el proceso de evaluación, inclusión y realización del procedimiento. No hay datos a la fecha de cómo se implementará el mismo enfoque con aquellos pacientes de bajo riesgo en el mundo real.

Desde el punto de vista del entrenamiento cardiovascular, el problema es cómo resolver la falta de estandarización de los procedimientos y la adquisición y evaluación de las nuevas habilidades quirúrgicas. En general, la capacitación fuera de centros de alta complejidad y volumen ha sido y continúa siendo no sistemática ni estructurada. Hemos aprendido habilidades técnicas a través de varios métodos; sin embargo, los métodos de enseñanza estandarizados no han sido establecidos en muchos casos. El rol de establecer o preestablecer estándares de calidad, normas o pautas es imprescindible; es la única forma de contar con la información necesaria para desarrollar estrategias que involucren a todos, más allá de las capacidades individuales.

Tanto los regímenes de entrenamiento actuales para cardiólogos intervencionistas como para cirujanos cardiovasculares presentan ásperos puntos de reflexión y falencias. Bajo un programa más completo, los cardiólogos intervencionistas pueden enriquecerse participando y comprendiendo la anatomía y la especialidad de la estructura cardíaca, mientras que cirujanos cardíacos tendrán la posibilidad de familiarizarse con

los procedimientos percutáneos y las técnicas endovasculares. (4)

Los sistemas de simulación y *hands on* se destacan, en la actualidad, como parte del entrenamiento quirúrgico. El beneficio de los métodos de simulación en la formación profesional ha quedado comprobado por el mejor desempeño de los profesionales entrenados con estas técnicas, quienes muestran luego mayor seguridad al desarrollar procedimientos sobre los pacientes, con la consiguiente reducción en el porcentaje de error. (5) Más allá de la controversia formativa, es importante que tanto los cirujanos cardíacos como los cardiólogos clínicos e intervencionistas entiendan que la integración y las habilidades complementarias son dinámicas para lograr la mejor atención del paciente. El entrenamiento de ambos grupos de profesionales debería reglamentarse bajo la tutela de las asociaciones de cada especialidad. Durante años, la cirugía cardiovascular se ha sustentado en estudios estrictos y en directrices emanadas de nuestras propias sociedades médico-quirúrgicas. Y no veo la necesidad de que esto cambie. Desde el comienzo, el liderazgo, el compromiso y la tutela para tratar a nuestros pacientes, así como para formar nuevas generaciones de cirujanos, deberían ser la nueva meta por trazar en el camino de la "reconversión de la especialidad".

Declaración de conflictos de interés:

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

(Véase formulario de conflicto de intereses del autor en la web/Material suplementario)

Consideraciones éticas

No aplican

Javier E. Ferrari Ayarragaray[®]

jferrari1962@gmail.com

Sanatorio de la Trinidad Mitre, Buenos Aires, Argentina

Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares

BIBLIOGRAFÍA

- Borracci RA, Navia DO, Kotowicz V, Machaín A. El futuro del cirujano cardiovascular: la reconversión de la especialidad. *Rev Argent Cardiol* 2020;88:164-5. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v88.i2.16016>
- Decreto Reglamentario de la Ley 26529 sobre derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud. <http://www.sajj.gob.ar/1089-nacional-decreto-reglamentario-ley-26529-sobre-derechos-paciente-su-relacion-profesionales-instituciones-salud-dn20120001089-2012-07-05/123456789-0abc-980-1000-2102soterced>
- Grover A, Gorman K, Dall TM, Jonas R, Lytle B, Shemin R, et al. Shortage of Cardiothoracic Surgeons Is Likely by 2020. *Circulation* 2009;120:488-94. <http://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.776278>
- Al-Azizi KM, Krueger A. The Heart Team Approach: What is the Role of the Surgeon? *Structural Heart* <https://doi.org/10.1080/24748706.2019.1670885>
- Tabayashi K. How to educate and evaluate cardiothoracic surgeon. *Gen Thorac Cardiovasc Surg* 2013; 61:609-11. <http://doi.org/10.1007/s11748-013-0298-1>