



## Editorial

## Éxito vs. exitus en cirugía cardíaca

## Success &amp; death in cardiac surgery



El nacimiento de la circulación extracorpórea (CEC) y el desarrollo de técnicas de protección miocárdica, cerebral y parada circulatoria han permitido el tratamiento quirúrgico de muchas afecciones cardíacas que hasta entonces eran mortales por ser imposibles de operar.

Con el paso del tiempo, las técnicas quirúrgicas empleadas no solo han ido aumentando en número, sino también en calidad. Esto es debido, en parte, al avance tecnológico en el que nos vemos inmersos, a la superación de las curvas de aprendizaje de los procedimientos y sobre a la mejor formación que recibimos los cirujanos y el resto de especialistas, lo cual ha permitido un descenso importante de la mortalidad en todos los procedimientos.

La definición y mejora de los procesos quirúrgicos con relación a cuántos, cómo se hacen y cuáles son sus resultados, permiten un control de calidad de los mismos que redundan en un claro beneficio para el paciente, al reducirse su morbimortalidad. Estas circunstancias junto con el desarrollo de protocolos de actuación intrahospitalario e incluso interhospitalario conllevan a un perfeccionamiento de los procedimientos realizados, y consecuentemente a una mejora de resultados, que se traduce en una asistencia de mayor calidad para el usuario del sistema sanitario<sup>1</sup>.

Pero, para poder llevar esto a cabo, es necesario que exista un control riguroso y objetivo del mismo, lo cual se consigue gracias al desarrollo y análisis de bases de datos que permitan analizar la actividad y resultados de los servicios quirúrgicos. Pues como decía el físico y matemático William Thomson «*Lo que no se define, no se puede medir. Lo que no se mide, no se puede mejorar. Lo que no se mejora, se degrada siempre*»<sup>2</sup>.

La necesidad de definir, medir y mejorar la actividad quirúrgica en los servicios de cirugía cardiovascular, es necesario no solamente como control interno intraservicio e intrahospitalario, sino también como control interespecialidad e intercentro. Los mejores resultados se obtienen del trabajo ordenado y protocolizado de un *heart team*, donde cada uno de los profesionales tienen perfectamente definido el papel que ocupa en el grupo, y las tareas a realizar. Así, debe comenzarse con un diagnóstico correcto, una adecuada indicación quirúrgica y continuarse con una técnica quirúrgica apropiada perfectamente realizada, y un seguimiento postoperatorio satisfactorio a corto, medio y largo plazo.

Esto es muy importante, sobre todo hoy en día, en el que existen una serie de procedimientos que son ejecutados por distintas especialidades, como por ejemplo: a) Tratamiento endovascular de enfermedad aórtica, realizado por cirujanos cardiovasculares, angiólogos y radiólogos intervencionistas; b) Implantes de sistemas de estimulación cardíaca, llevados a cabo por cirujanos cardiovasculares, cardiólogos, electrofisiólogos e intensivistas, y c) Implante transcutáneo de prótesis aórticas, practicado por cirujanos cardiovasculares y hemodinamistas.

El análisis de la metodología y resultados de estos procedimientos por los distintos especialistas es crucial. En estos procesos, más que una lucha inter-especialidad, cada uno en su campo, debe realizar los procedimientos para los que están formados y capacitados e intentar formar un *heart team* con un objetivo común perfectamente definido, en el que cada uno de sus componentes se complementen y entre los que exista una comunicación fluida, buena coordinación, compromiso y confianza, de manera que se pueda aumentar la eficacia de los resultados obtenidos y se concluya con una evaluación crítica de los mismos que asegure el éxito del grupo. Como diría Henry Ford «*Reunirse en equipo es el principio. Mantenerse en equipo es el progreso. Trabajar en equipo asegura el éxito*».

De esta manera podemos conseguir mayor éxito en los procedimientos quirúrgicos que aplicamos a nuestros pacientes con la consiguiente disminución del exitus de los mismos.

En este número, haremos un breve repaso de algunas técnicas actuales aplicadas por cirujanos cardiovasculares que se encuentran en plena fase de crecimiento. Así, el doctor Conejero et al., analizarán aspectos actuales de los aneurismas de aorta torácica, considerando métodos diagnósticos, indicaciones y distintas opciones terapéuticas, tales como el tratamiento médico, endovascular o cirugía abierta<sup>3</sup>. El doctor Valderrama et al. dará respuestas a algunos de los interrogantes que nos surgen sobre la cirugía mínimamente invasiva<sup>4</sup>. Los doctores Adsuar et al. señalarán aspectos novedosos de la asistencia ventricular, así como un análisis de las técnicas como puente al trasplante o como terapia definitiva<sup>5</sup>. Y finalmente, los doctores Berruti et al. ilustrarán aspectos controvertidos de la insuficiencia mitral funcional, en relación con su indicación, momento y técnica quirúrgica, así como su relación con el remodelado ventricular<sup>6</sup>.

Tenemos un gran arsenal de técnicas en cirugía cardiovascular que han venido no solo a quedarse, crecer y desarrollarse, sino también a ser continuamente evaluadas por nosotros, ya que sabemos que lo que no se evalúa se devalúa. Nuestro objetivo común, es conseguir, el máximo esplendor en una cirugía cardiovascular de enorme calidad, puesta al servicio de nuestros pacientes y que camine por un sendero de prosperidad, que permita minimizar los exitus y, sin olvidar, que el trabajo en equipo es lo que asegura el éxito del procedimiento.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Cuenca JJ, Centella T, Hornero F. Comentarios al documento INCARDIO: Indicadores de Calidad en Unidades Asistenciales del Área del Corazón. *Cir Cardiovasc*. 2015;22:275-8.
2. Cuenca JJ, Sádaba R, Lima P. Registro nacional de pacientes intervenidos de cirugía cardiovascular («QUIP-ESPAÑA»). *Cir Cardiovasc*. 2016;23:61-2.
3. Conejero MT, Pernia I, Alados PJ. Aneurisma y síndrome aórtico agudo en aorta torácica. Nociones básicas sobre su manejo y seguimiento. *Cardiocre*. 2016;51.
4. Valderrama J. Cirugía cardiovascular mínimamente invasiva: ¿algo más que cicatrices pequeñas? *Cardiocre*. 2016;51.
5. Adsuar A, Borrego JM. Asistencia ventricular, ¿terapia definitiva o mejor como puente al trasplante cardiaco? *Cardiocre*. 2016;51.
6. Berruti E, Garrido J. Reparación valvular en la insuficiencia mitral isquémica. *Cardiocre*. 2016;51.  
  
Encarnación Gutiérrez-Carretero<sup>a,e,\*</sup>,  
Eduardo Arana-Rueda<sup>b,f</sup>, Nieves Romero-Rodríguez<sup>b</sup>,  
Isaac Pascual<sup>c</sup>, Manuel F. Jiménez-Navarro<sup>d</sup>  
y Antonio Muñoz-García<sup>d,f</sup>  
<sup>a</sup> Unidad de Gestión Clínica del Corazón, Cirugía Cardíaca, Instituto de Biomedicina de Sevilla, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Universidad de Sevilla, Sevilla, España  
<sup>b</sup> Unidad de Gestión Clínica del Corazón, Cardiología, Instituto de Biomedicina de Sevilla, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Universidad de Sevilla, Sevilla, España  
<sup>c</sup> Servicio de Cardiología, Hospital Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España  
<sup>d</sup> Unidad de Gestión Clínica del Corazón, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Universidad de Málaga, Málaga, España  
<sup>e</sup> Sociedad Andaluza de Cirugía Cardiovascular  
<sup>f</sup> Sociedad Andaluza de Cardiología  
  
\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [gutierrezencarnita@gmail.com](mailto:gutierrezencarnita@gmail.com)  
(E. Gutiérrez-Carretero).  
1889-898X/© 2016 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L.U.  
Todos los derechos reservados.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.carcor.2016.08.002>