

## Cartas al Editor

### **Demanda futura de procedimientos intervencionistas en cardiopatía estructural. ¿Es sensato realizar TAVI solo en centros con cirugía cardiaca?**



#### ***Future Demand for Interventional Procedures in Structural Heart Disease. Is It Wise to Perform TAVI Only in Centers With On-site Cardiac Surgery?***

**Sr. Editor:**

Hemos leído con gran interés el artículo de Morís et al.<sup>1</sup> sobre el futuro del implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) y queremos felicitarles por exponer un problema que pronto alcanzará una importancia exponencial. Como los autores muy bien indican, desde su inicio en 2007 se han realizado en el mundo más de 250.000 implantes, de los cuales 70.000 fueron en el último año y esta cifra se incrementará hasta 280.000 casos anuales en 2025. De la misma forma, en Estados Unidos en 2015 se llevaron a cabo 25.000 casos y en 2020 llegarán a 100.000<sup>2</sup>. Las estimaciones europeas se han visto ampliamente superadas, especialmente en los países con renta más alta como Alemania, Suiza, Países Bajos o Austria<sup>3</sup>. Debemos resaltar que estos números provienen casi exclusivamente de pacientes inoperables o de muy alto riesgo. Recientemente se han obtenido resultados favorables en riesgo intermedio, por lo que si las próximas guías de recomendación incluyen esta indicación, las predicciones más agresivas se pueden quedar muy cortas.

Para agravar más el problema, existe una gran preocupación por el progresivo incremento en números absolutos y relativos de la población anciana. Se ha descrito el uso del TAVI en los pacientes inoperables como un primer tsunami y se considera que el segundo será a partir de 2020, cuando la población nacida entre 1946 y 1964, conocida como la del *baby-boom*, alcance la edad anciana<sup>2</sup>. En la misma línea, el grupo de Marrugat<sup>4</sup> estima que la incidencia de síndrome coronario agudo entre 2005 y 2049 se incrementará en un 40%. Si bien tanto en varones como en mujeres menores de 75 años la curva será prácticamente plana, en los mayores de 75 años se producirá un incremento del 100%, pasando de 55.000 casos anuales en 2005 entre ambos sexos, a 110.000 nuevos casos por año al final de ese periodo. Dicha predicción es muy similar a la de la estenosis aórtica, pues refleja ese aumento absoluto y relativo de la población anciana en la que, además, la proporción de pacientes inoperables aumentará por el incremento progresivo de la edad media de supervivencia.

En las últimas semanas ha surgido una polémica sobre la limitación de la realización exclusiva de TAVI en centros con cirugía cardiaca, con cierre de programas en (hasta la fecha) 2 comunidades autónomas. Estos centros presentaban buenos resultados<sup>5</sup>, de la misma forma que en el registro AQUA<sup>6</sup>, con 17.919 procedimientos de TAVI realizados entre 2013 y 2014 en Alemania, la incidencia de complicaciones no fue estadísticamente diferente entre los 75 centros con cirugía y los 22 sin ella, después de haber sido valorado adecuadamente cada caso por el equipo cardiaco.

En el año 2014 se realizaron en España 1.062 procedimientos de TAVI para una población de 46 millones, mientras que en Alemania fueron 13.278 para 81 millones<sup>7</sup>. Si bien no es previsible que alcancemos la tasa de implantes de Alemania, está claro que en España presenciaremos un notable aumento y que tendrá que convivir con el tratamiento percutáneo de la patología mitral y de la orejuela. Aunque estos otros procedimientos serán menos frecuentes, también consumirán recursos y tiempo de sala en los hospitales de mayor tamaño.

Por todo ello, creemos que la prohibición del TAVI en centros sin cirugía es inoportuna y estratégicamente inapropiada. Probablemente sea mucho más adecuado poder intervenir a los pacientes de muy alto riesgo quirúrgico en dichos centros, pues los centros con cirugía van a tener su propia problemática por el aumento esperado de pacientes ancianos. Más aún si se aprueba en las guías la indicación para riesgo intermedio, ya que estos pacientes deberán tratarse en estos mismos centros si se aplica la misma política. Lo menos sensato ante un tsunami es sentarse a esperarlo, sobre todo cuando hemos sido avisados de que se está acercando.

Íñigo Lozano\*, Juan Rondán, José M. Vegas y Eduardo Segovia

*Servicio de Cardiología, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España*

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [inigo.lozano@gmail.com](mailto:inigo.lozano@gmail.com) (Í. Lozano).

On-line el 8 de diciembre de 2016

## BIBLIOGRAFÍA

1. Morís C, Pascual I, Avanzas P. Will TAVI Be the Standard of Care in the Treatment of Aortic Stenosis? *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:1131-1134.
2. Carroll JD. TAVR Prognosis, Aging, and the Second TAVR Tsunami: Insights From France. *J Am Coll Cardiol*. 2016;68:1648-1650.
3. Osnabrugge RL, Mylotte D, Head SJ, et al. Aortic stenosis in the elderly: disease prevalence and number of candidates for transcatheter aortic valve replacement: a meta-analysis and modeling study. *J Am Coll Cardiol*. 2013;62:1002-1012.
4. Dégano IR, Elosua R, Marrugat J. Epidemiology of acute coronary syndromes in Spain: estimation of the number of cases and trends from 2005 to 2049. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:472-481.
5. García del Blanco B, Hernández Hernández F, Rumoroso Cuevas JR, et al. Spanish Cardiac Catheterization and Coronary Intervention Registry. 24th Official Report of the Spanish Society of Cardiology Working Group on Cardiac Catheterization and Interventional Cardiology (1990-2014). *Rev Esp Cardiol*. 2015;68:1154-1164.
6. Eggebrecht H, Bestehorn M, Haude M, et al. Outcomes of transfemoral transcatheter aortic valve implantation at hospitals with and without on-site cardiac surgery department: insights from the prospective German aortic valve replacement quality assurance registry (AQUA) in 17 919 patients. *Eur Heart J*. 2016;37:2240-2248.
7. Ludman PF, Van Domburg R. The scientific value of TAVI surveys: insights and perspectives from European centres and European patients. *EuroIntervention*. 2016;12:823-826.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.11.024>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.06.026>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.11.008>  
0300-8932/

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.