

Editorial

Cardiología y cirugía cardíaca: ¿gemelos separados al nacer?

Cardiology and cardiac surgery: twins separated at birth?

M. Dolores García-Cosío Carmena^{a,b,*} y José López-Menéndez^c^aServicio de Cardiología, Hospital 12 de Octubre, Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (imas12), Madrid, España^bCentro de Investigación Biomédica en Red Cardiovascular (CIBERCV), Madrid, España^cServicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

Historia del artículo:

On-line el 9 de septiembre de 2023

En marzo de 2023 un grupo de cardiólogos y de cirujanos cardíacos nos reunimos convocados por los presidentes de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) y de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular y Endovascular (SECCE). Con una atmósfera de apertura y sin adoctrinamiento previo, se nos presentó la fascinante oportunidad de compartir dos jornadas destinadas a la búsqueda de propuestas para el crecimiento conjunto de ambas disciplinas, y así nació la Comisión paritaria SEC-SECCE. Sin imponer normas u objetivos específicos, abrazamos con serenidad y entusiasmo esta encomienda con un espíritu de cooperación y un deseo genuino de explorar nuevas sinergias entre nuestras áreas de experiencia.

En tan solo unos minutos vimos que, aunque es mucho lo que compartimos, no es menos el ruido que nos rodea y trata de separarnos y en ocasiones nos lleva incluso a posturas confrontadas. Compartimos tanto que soñamos con lo que podríamos hacer de la mano. Imaginamos un mundo ideal, en el que diseñamos una especialidad conjunta con una troncalidad común de patología cardiovascular, seguida de una subespecialización posterior en cada una de las dedicaciones en que hemos dividido, de forma un tanto artificial, la enfermedad cardiovascular. Este no era nuestro cometido ni estaba en nuestras manos.

Ambas especialidades compartimos el interés por conocer las causas de la enfermedad, compartimos las ganas de lograr un mejor diagnóstico, compartimos la dedicación a los pacientes, compartimos la alegría y el entusiasmo cuando las cosas salen bien y también la frustración y la desesperanza cuando no logramos el objetivo. Ciertamente es que vimos aparecer ese ruido cuando llevábamos alguna idea a tierra o tratábamos de ordenar procedimientos concretos que, a decir verdad, no eran tampoco nuestro cometido. Se trataba de imaginar cómo crecer juntos y, alejándonos de los temas conflictivos, encontramos varias actividades y acciones que podrían partir del grupo buscando acercamiento y colaboración. Esas iniciativas van del corto al largo plazo, de lo sencillo y abarcable a lo difícil y utópico, pero nos surgieron de forma natural en tan solo dos jornadas. Tras tratar de abarcar un amplio abanico de opciones, establecimos un claro objetivo como punto de partida de la actividad de la comisión paritaria SEC-SECCE: crear iniciativas para una mayor transversalidad y una mejor colaboración entre ambas especialidades.

Desde hace décadas, se ha demostrado cómo la atención médica multidisciplinaria ha mejorado significativamente la calidad de atención y la supervivencia en el ámbito cardiovascular. En esta línea, la colaboración entre las especialidades de cardiología y cirugía cardíaca representa un pilar fundamental en el avance de la medicina cardiovascular. Si nos remontamos al comienzo, desde el inicio de la medicina moderna en torno a los años cincuenta, cirujanos cardíacos y cardiólogos hemos trabajado para el diagnóstico y el tratamiento de diferentes facetas de la enfermedad cardiovascular. En menos de un siglo y con un dinamismo en ocasiones vertiginoso, somos afortunados de haber podido presenciar este crecimiento exponencial de las pruebas diagnósticas y el tratamiento médico, quirúrgico, eléctrico y percutáneo de la enfermedad cardiovascular. Concretaremos algunos ejemplos de los beneficios en la complementariedad de ambas especialidades.

En el ámbito de las miocardiopatías, la colaboración entre un cardiólogo clínico y un cirujano permitió describir la miocardiopatía hipertrofica obstructiva¹. Eugene Braunwald auscultó un soplo sistólico dinámico llamativo en un paciente joven con angina de esfuerzo. El gradiente medido por su compañero cirujano Glenn Morrow mostró una obstrucción importante y le indicaron cirugía de resección de membrana subaórtica que terminó en una esternotomía en blanco. Más tarde los mismos hallazgos en una serie de pacientes permitieron describir la miocardiopatía hipertrofica obstructiva y aplicar una miectomía quirúrgica, tratamiento que hoy sigue siendo vigente.

La iniciativa y el empuje de los cirujanos, promovió la realización del primer trasplante cardíaco. La factibilidad de la técnica fue admirable desde el inicio, pero la escasa supervivencia de los receptores comprometía su desarrollo futuro. El tratamiento inmunosupresor y un tratamiento médico dirigido a la prevención del rechazo fueron una pieza clave para extender el uso del trasplante que sigue siendo hoy el tratamiento de elección para los pacientes con insuficiencia cardíaca terminal². Probablemente, hoy no trasplantaríamos a algunos de los primeros receptores de aquellos tiempos por los mejores tratamiento médico y supervivencia de la insuficiencia cardíaca, pero eso es harina de otro costal.

Las arritmias no son una excepción. La observación de una enfermedad que producía muerte súbita especialmente en jóvenes hizo que John Gallagher, cardiólogo y uno de los primeros electrofisiólogos tal y como los entendemos actualmente, describiera los síndromes de preexcitación. Con la colaboración del

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lolagcosio@gmail.com (M.D. García-Cosío Carmena).

cirujano Will Sealy, fueron pioneros en describir el mapeo de las vías accesorias y su ablación quirúrgica³. Más tarde, con el desarrollo tecnológico y la fabricación de los catéteres de ablación, esto evolucionó a un tratamiento percutáneo.

También es fruto del trabajo conjunto el desarrollo tecnológico por el que los cirujanos pueden hacer cirugías mínimamente invasivas (a través de incisiones menos lesivas para los pacientes), probablemente con el gran apoyo del desarrollo de la imagen cardiovascular. A su vez, gran parte de las últimas innovaciones en los procedimientos valvulares transcáteter son evoluciones de técnicas quirúrgicas para cuyo desarrollo ha sido imprescindible la colaboración híbrida de especialistas de ambas disciplinas.

En la evolución médica hemos pasado de una definición sindrómica de enfermedad a un mejor conocimiento fisiopatológico y anatómico mediante la exploración quirúrgica. Hoy nos encontramos en la toma de decisiones basada en la evidencia en la que, mediante una bioestadística cada día más completa y compleja, tratamos de trazar la mejor ruta para nuestros pacientes. En el momento actual, con el desarrollo molecular de la medicina, nos asomamos cada vez más a un conocimiento profundo de la enfermedad, sus vías de diagnóstico y, por qué no, su curación. Y la pregunta desde esta perspectiva no es quién debe hacer este procedimiento o este otro. No importa tampoco si alguien debe «poseer» al paciente durante su estancia. La pregunta es cómo seguir en esta nueva era de la medicina individualizada ocupándonos de nuestros pacientes a la par que facilitamos el desarrollo de una investigación traslacional que permita seguir creciendo con la potencia de la tecnología actual.

Hemos visto cómo cada vez se aboga más por la transversalidad en el abordaje de las enfermedades, de modo que se habla más de procesos asistenciales y de cómo adaptarlos en cada centro concreto. Dentro de todo el proceso, el protagonista es el paciente y cada uno de los que intervenimos en él tenemos un objetivo, seamos psicólogos, enfermeras, fisioterapeutas, administrativos, médicos o cirujanos. Este enfoque multidisciplinario permite una evaluación integral de cada caso, lo que conduce a una selección de tratamientos personalizados y adaptados a unas necesidades individuales concretas. De esta manera optimizamos el tiempo hasta el diagnóstico, mejoramos la condición física y mental en la que el paciente llega a una eventual cirugía y hacemos un mejor acompañamiento del paciente y sus familiares en el proceso.

Es esencial reconocer que esta colaboración no solo mejora los resultados clínicos, sino que también impulsa la innovación y el avance en el campo de la enfermedad cardiovascular. El intercambio constante de información, el debate de supuestos clínicos y la participación conjunta en proyectos de investigación propician el crecimiento y la mejora continua.

Desde la comisión paritaria nos hemos comprometido con las presidencias de la SEC y la SECCE a motivar y fomentar esta colaboración entre cardiología y cirugía cardíaca. En nuestro propósito inicial de transversalidad y colaboración, se incluyen

objetivos operativos concretos que faciliten una mayor representación de cirujanos en la SEC y cardiólogos en la SECCE, la realización de actividades formativas conjuntas, así como la creación de nuevas iniciativas que hagan ver de forma natural la esencia que nos une a cirujanos y cardiólogos. Hemos establecido 3 actividades iniciales compartidas con ambas directivas de las sociedades científicas: la realización de un estudio para conocer la situación actual de la relación entre ambas especialidades, la elaboración de un taller con participación de cirujanos y cardiólogos en el congreso de la SEC en 2024 y la redacción del presente editorial para compartir con todos vosotros que, tal vez, es el momento de que los gemelos vuelvan a encontrarse, para beneficio de todos.

Estáis invitados y sois bienvenidos a uniros al movimiento de la comisión paritaria SEC-SECCE.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento a los demás componentes de la comisión paritaria SEC-SECCE: Felipe Diez del Hoyo (Servicio de Cardiología, Hospital 12 de Octubre, imas12, Madrid, España), Miguel Piñón (Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, España), Emiliano Rodríguez (Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España), Andrea Eixerés (Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital 12 de Octubre, imas12, Madrid, España), Fernando Carrasco Chinchilla (Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, España) e Iván Núñez Gil (Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España).

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno de los autores tiene conflictos de intereses relacionados con el presente editorial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maron BJ, Braunwald E. Eugene Braunwald, MD and the early years of hypertrophic cardiomyopathy: A conversation with Dr. Barry J. Maron. *Am J Cardiol.* 2012;109:1539–1547.
2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2021;42:3599–3726.
3. Saksena S, Natale A. In memoriam: John Joseph Gallagher MD: a founder and pioneer of modern clinical electrophysiology (March 3, 1943, to November 21, 2020). *J Interv Card Electrophysiol.* 2021;60:163–164.