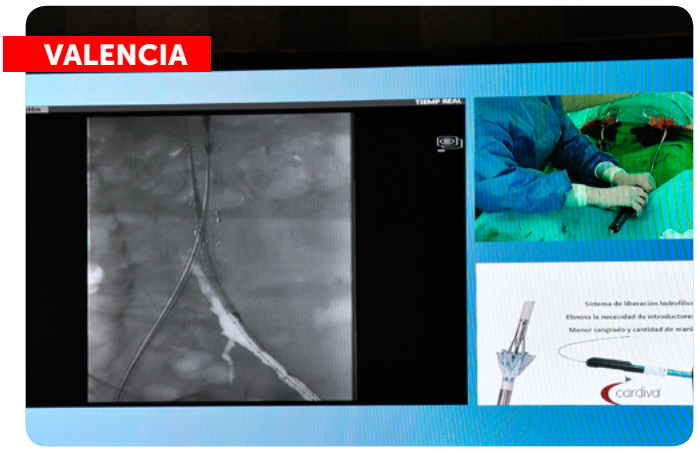
VI SIMPOSIO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA ENDOVASCULAR
CAPÍTULO DE CIRUGÍA ENDOVASCULAR

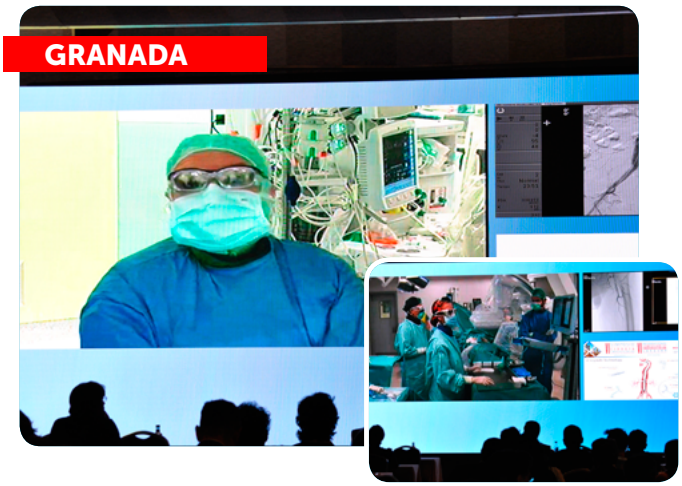
8 y 9 noviembre de 2018
Madrid
HOTEL EUROSTARS SUITES MIRASIERRA

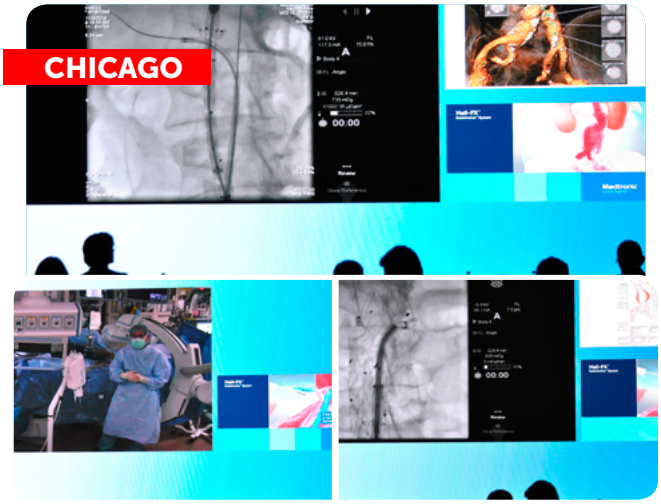
En portada

Jornada intensa y maratoniana con la retransmisión de seis casos en directo

Tres mesas redondas con una quincena de ponentes, diez aportaciones libres a las mesas y seis retransmisiones de casos en directo, dos de ellos, por primera vez, desde hospitales extranjeros, han hecho de la primera jornada del Simposio un auténtico maratón. Ponencias de gran altura, al igual que el debate, y éxito en todas las intervenciones desarrolladas es el resumen que arroja este primer e intenso día del encuentro más internacional de nuestra especialidad.







Entrevista

DR. JOSÉ RAMÓN MARCH GARCÍA, moderador de la Mesa Redonda IV. "Actualización en la terapéutica endovascular en la Arteria Femoral Superficial"

"Actualmente podemos realizar estas técnicas con una morbimortalidad muy inferior al 1%"

¿Qué elementos ponen de actualidad y justifican su relevancia para los asistentes de la temática de la Mesa que usted modera?

Sin lugar a dudas la femoral superficial o el sector femoro-poplíteo es un área predominante de nuestro trabajo. Por sus características anatómicas está sometido a una serie de fuerzas y de situaciones de estrés que hace especialmente complejo su tratamiento. Entonces la relevancia fundamental está tanto en la actualización y revisión de los tratamientos que han sido paradigma estos años atrás, como los stents o los balones con droga, pero sobre todo los puntos que queremos poner de relieve son aspectos controvertidos como el abordaje de la arteria femoral común y de la arteria poplítea, que son aspectos sin una respuesta clara hoy día, y en concreto las revisiones de la arteria femoral común, que es el nuevo paradigma del tratamiento endovascular porque es un área al que nunca hemos accedido y nunca ha tenido un tratamiento predominantemente endovascular.

¿Qué porcentaje de intervenciones representan las técnicas endovasculares en el tratamiento de las patologías de la arteria femoral superficial, arteria femoral común y sector femoro-poplíteo?

La arteria femoral superficial, en el sector femoro-poplíteo en su conjunto, las técnicas endovasculares es el tratamiento prioritario en el que probablemente, dependiendo de hospitales y servicios, entre el 50 y el 80% de los tratamientos son endovasculares. El paradigma está en la femoral común, donde hasta ahora los resultados obtenidos con las técnicas endovasculares no justificaban su uso de manera amplia y era minoritario; pero las nuevas series publicadas sí parece que pueden cambiar el paradigma del tratamiento e indican que es un área de sumo interés y de innovación en este sector. Probablemente es la principal área de crecimiento en los próximos años en el sector femoro-poplíteo.

¿Cuándo está indicada la cirugía endovascular y cuándo no?

Es la primera de las cuestiones que abordaremos en nuestra mesa redonda. Ahora mismo técnicamente podemos hacer más cosas de las que a lo mejor están justificadas hacer. ¿Y dónde están los límites del tratamiento endovascular? ¿Y dónde empieza el tratamiento quirúrgico en el sector femoro-poplíteo? Son temas de suma importancia para optimizar nuestros resultados. Será el primer punto a tratar en la mesa e intentaremos encontrar un punto de acuerdo entre todos.

¿Qué porcentaje de supervivencia se alcanza con estas intervenciones? ¿Qué supervivencia se alcanzaba antes de las técnicas endovasculares?

Con las técnicas endovasculares lo que hemos disminuido de forma muy importante han sido tanto las complicaciones como la mortalidad perioperatoria en los 30 primeros días de la intervención. Actualmente podemos realizar estas técnicas con una morbimortalidad muy inferior al 1% cuando previamente simplemente con las complicaciones de vía quirúrgica se podía superar el 8 ó 10%. Esto contribuye de manera determinante al incremento de la calidad de vida de los pacientes.

¿Cuál es nivel de la cirugía endovascular española en este tipo de intervenciones, con respecto a los países más avanzados del mundo? ¿Dónde diría usted que se practican las intervenciones más avanzadas?

El hecho de que en nuestro país la mayoría del tratamiento endovascular sea realizado en servicios de angiología y cirugía vascular permite que haya una indicación más adecuada de las

>

Entrevista José Ramón March García

distintas técnicas tanto endovasculares como quirúrgicas para cada uno de los pacientes. Nos permite individualizar mejor el tratamiento. El paradigma de que un mismo traje no sirve para todo el mundo es una realidad en estos tratamientos. A este respecto los cirujanos vasculares estamos en una posición inmejorable porque podemos abordar en un paciente el tratamiento quirúrgico como el endovascular y poseyendo habilidades técnicas y quirúrgicas hemos conseguido desarrollar competencias avanzadas en el tratamiento endovascular que nos permiten indicar con sobrada capacidad técnica los procedimientos endovasculares.

Quizás en volumen no alcancemos el número o porcentaje de otros países europeos, donde estas técnicas se están realizando por radiólogos y cardiólogos, pero sí que podamos igualar probablemente en calidad de resultados.

Ahora mismo la interconexión que hay entre los profesionales de diversos países y mucho más dentro de Europa, y las excelentes relaciones establecidas tanto por la Sociedad como por el Capítulo de Cirugía Endovascular, permiten que el conocimiento se expanda muy rápidamente y que podamos, en el sector femoro-poplíteo e incluso en el sector tibial, estar en una situación que nos permite trabajar con unos excelentes resultados técnicos comparables con los de otros países europeos.

¿Qué nuevas técnicas y avances están empezando a utilizarse en el tratamiento endovascular de estas patologías?
El gran cambio puede venir a través de las mejoras de los sistemas de recanalización de lesiones crónicas o de nuevos sistemas de liberación de drogas en los balones con droga. Y sin lugar a dudas, en el cambio que han supuesto los nuevos stents biomiméticos para el tratamiento de lesiones complejas, sobre todo en las áreas de máxima torsión.

¿Están los hospitales españoles dotados los equipos y recursos necesarios para este tipo de intervenciones? ¿Hay homogeneidad de la asistencia prestada en toda España? ¿Cuál es el nivel de formación de los especialistas españoles?
Desde el Capítulo de Cirugía Endovascular y desde la Sociedad Española de Cirugía Endovascular se ha hecho un esfuerzo tanto en la formación como en la homogenización de formación, de criterios y de dotación.

> **“Con las técnicas endovasculares lo que hemos disminuido de forma muy importante han sido tanto las complicaciones como la mortalidad perioperatoria en los 30 primeros días de la intervención”**

La dotación siempre es mejorable y probablemente en los próximos años asistamos a mejorías en ella cuando puedan expandirse quirófanos híbridos, por ejemplo, pero ahora mismo la dotación en el sector femoro-poplíteo es razonablemente suficiente en la mayoría de hospitales y servicios de angiología vascular y cirugía vascular. Eso no supone que nos tengamos que conformar con lo ganado estos años sino que tiene que servir para seguir mejorando cuestiones como la calidad de los quirófanos, como la implementación de quirófanos híbridos en más centros o la introducción del ultrasonido intravascular en nuestros quirófanos.

¿Y en prevención y manejo y control del paciente ya tratado, qué nota debemos ponernos?
Desgraciadamente deberíamos mejorar bastante. Sabemos que el paciente vascular, con patologías de isquemia de las piernas, tiene una calidad de tratamiento de control médico inferior al del paciente coronario. Aunque hemos mejorado bastante los últimos años alrededor de un 40% de nuestros pacientes están infratratados y no tienen toda la terapéutica de antiagregación, o doble antiagregación, estatinas… adecuadamente pautada.

¿Qué ventajas y riesgos plantea a su juicio la superespecialización tecnológica de la especialidad y el acelerado ritmo de implantación de los nuevos avances tecnológicos?
La superespecialización o desarrollo de áreas de capacitación específicas en nuestra especialidad es una pregunta estratégica que habrá que plantearse en los próximos años. Somos especial relativamente joven y pequeña, no somos tantos cirujanos vasculares en el país. Con el volumen actual de nuestros servicios es difícil plantearse una superespecialización en los mismos. Por tanto, la necesidad de formación de nuestros residentes, la necesidad de atención y asistencia continuada en las guardias, etc., dificulta mucho que puedan diferenciarse claramente en nuestros servicios personas exclusivamente dedicadas al tratamiento quirúrgico y personas exclusivamente dedicadas al tratamiento endovascular. Sí existen en todos nuestros servicios profesionales especialmente dedicados y que consiguen un nivel de especialización mayor pero sin llegar a abandonar totalmente la práctica quirúrgica.

>

Entrevista José Ramón March García

¿De 0 a 100, en qué momento de avance diría usted que estamos en la especialidad en la individualización del tratamiento, cirugía y manejo clínico de cada paciente?
Es difícil puntuar de 0 a 100, porque el 100 siempre se va a alejar conforme se produzcan avances y diagnósticos terapéuticos. Estamos en un punto muy avanzado donde somos capaces de individualizar cada día con mayor calidad; disponemos de más escalas y parámetros para individualizar el tratamiento y hacer una selección más adecuada; disponemos cada día en nuestros equipos de mayor calidad de atención técnica postoperatorio de los pacientes y disminuir la morbimortalidad. Pero es muy difícil plantear un de 0 a 100 porque el futuro va a estar un paso por delante de nosotros. Lo que tenemos es que estar preparados para sumir los cambios del futuro y mejorar la atención de paciente.

Hablemos de big data. ¿Ciencia ficción o realidad próxima? ¿Qué cabe esperar del big data?
Es una promesa, o una declaración de intenciones. A nivel puramente de gestión sí que se está obteniendo mucha información de calidad. A nivel clínico aún necesitamos tener más resultados. Sin lugar a dudas el poder disponer de información amplia y condensada de múltiples centros y pacientes debe permitirnos validar mejor nuestros resultados y avanzar en la individualización del tratamiento, disponiendo de información segmentada de los distintos subgrupos de pacientes en función de sus lesiones, de su comorbilidades, de su nivel de actividad, de su esperanza de vida…

¿Qué destacaría de las ponencias que van a presentarse en su mesa redonda y de los ponentes que van a realizarlas?
Hemos reunidos a un grupo de ponentes de muchísima calidad y de muchísima experiencia en el abordaje de estas lesiones. Tanto el doctor Blanes como el doctor De Benito y e doctor Sirvent son referente de nuestra especialidad en Esaña Y sin duda los doctores extranjeros, los doctores Goüefic y Estabile, son profesionales de muchísima relevancia que están en la vanguardia de las técnicas endovasculares y que lideran ensayos clínicos y registros muy importantes. Podrán aportarnos las novedades de sus temas y la actualización más reciente.

> **“El gran cambio puede venir a través de las mejoras de los sistemas de recanalización de lesiones crónicas o de nuevos sistemas de liberación de drogas en los balones con droga”**

El simposio se hace cada vez más internacional. ¿Qué “plus” aportará a los asistentes la participación del profesor Eugenio Stabile, de la Universidad Federico II, de Nápoles?
Es un lujo disponer de una persona como él. Está desde hace años la vanguardia del desarrollo de tratamientos con el balón con droga. Acaba de publicar una de las series más importantes sobre el tratamiento de la femoral común. El poder tener referentes internacionales favorece sobre todo lo que no puedes obtener de la lectura de artículos: el trato, el contacto, la cercanía y la discusión de profesional a profesional.

Será el primer año con retransmisiones de intervenciones en directo desde hospitales internacionales. ¿Qué cirugía se va a practicar en la retransmisión desde Dendermonde, Bélgica, y por qué la selección de ese caso y de ese hospital? ¿En qué consistirá la intervención del Hospital de Burgos que veremos?
En el caso del hospital de Bélgica vamos a poder ver trabajar en directo Deloose; al igual que el doctor Stabile es un referente internacional en el tratamiento con balón con drogas. Aporta mucho ver a una persona de este nivel que, en concreto, va a atender dos casos de lesiones de femoral superficial utilizando dos tecnológicas distintas de balón con droga. Esto nos permitirá acceder a ver el manejo de estas tecnologías en manos de alguien con mucha experiencia.

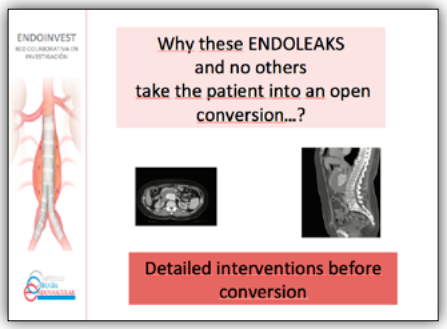
En Burgos el doctor Agúndez realizará un tratamiento de un aneurisma con una Excluder. El servicio de angiología del Hospital de Burgos es un referente nacional de cirugía endovascular, tiene una amplísima experiencia y un porcentaje mayoritario de intervenciones técnicas endovasculares. Por su capacidad técnica también será un lujo.

PRESENTADAS LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL CAPÍTULO

Actualización del registro endovascular

La Dra. Cristina López Espada ha sido la encargada de presentar el trabajo que viene realizando el Capítulo para el establecimiento de Registros. "El CCEV se ha propuesto la creación de una red voluntaria de Servicios Clínicos Colaboradores en la recogida de casos clínicos en forma de registro, para dar respuesta a una pregunta clínica en el campo endovascular que no esté claramente resuelta" ha explicado·

Para este año se ha diseñado un registro multicéntrico sobre las características preoperatorias y endovasculares intraoperatorias de los pacientes que hayan sido sometidos a un explante de una endoprótesis aórtica abdominal. El objetivo fundamental es detectar un patrón o comportamiento de estos pacientes sometidos a técnicas endovasculares que hayan llevado al fracaso de la técnica para, de ese modo, prevenirlos. El proyecto se denomina "CCEV-Xplants Proyect" y comenzará la recogida de datos del 1 de diciembre del 2018 al 1 de Marzo de 2019, según ha expuesto la Dra. López.



Se trata del segundo registro que se pone en marcha dentro de la SEACV y del CCEV, ya que el primero se completó el año pasado y está pendiente de publicación. En el anterior registro se estudiaron las características generales de los TEVARs en España.

Como expuso la Dra. López, esta iniciativa se engloba dentro de la corriente europea promovida por el grupo VASCUNET de la ESVS de potenciar la creación de registros o bases de datos conjuntos entre los diferentes países de Europa y de esa manera contribuir a la mejora del tratamiento vascular de los pacientes y sus resultados.

Desde el CCEV animamos a todos los socios, colaboradores y asistentes al Congreso a participar en este proyecto y de esa manera contribuir a la mejora de la calidad asistencial que prestamos a nuestros pacientes endovasculares.

Presentados lo resultados de la encuesta de Radioprotección

La encargada de presentar los resultados de la encuesta de radioprotección, que ha sido contestada por 20 hospitales españoles, y que ha sido liderada realizada por el CCEV, fue la doctora Lourdes del Río. Como expuso,

Hace más de 50 años la ONU creó un comité cuya función principal era evaluar los niveles y efectos de la radiación ionizante. Esta entidad, la URSCEAR, la forman 27 estados. España empezó en 2011 a pertenecer a la misma. El primer informe que realizó reconoce que el diagnóstico médico tiene un componente muy importante de exposición a radiación ionizante, tanto para el profesional como para el paciente.

Desde el URSCEAR han pedido a la SEACV y al Capítulo los datos relativos al número total de procedimientos intervencionistas, equipos rayos x que se utilizan, etc… La encuesta arroja entre otros datos que el numero total de procedimientos endovasculares realizados fue de 6.398, y que la población que cubren es de 19.000 millones de habitantes, un 44 por ciento de la población. Arroja como dato positivo que el 74% cirujanos tienen el nivel 1 de formación en radioprotección. Este año entra en vigor una normativa por la que es imperativo que todos estos equipos te den la información de la dosis de radiación ionizante está sometido paciente, información que se debe almacenar porque tiene derecho a saberlo.

PRESENTADAS LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL CAPÍTULO

Presentación de resultados del registro de niveles de referencia en EVAR

En el último congreso de la SEACV, en la mesa de radioprotección, se anunció que en breve se dispondría de datos sobre los niveles de referencia en el EVAR. Hoy los ha expuesto en la primera jornada del Simposio el Dr. Rodrigo Rial, Vocal del CCEV y miembro del Comité Organizador Local.

El Dr. Rial comenzó recordando que los niveles de referencia son valores de dosis de radiación que nos permiten conocer el nivel de exposición a la radiación de un paciente en una exploración o tratamiento concreto. “Son valores razonables para realizar un procedimiento concreto, tienen en cuenta la tecnología y siempre se refieren a una localización geográfica concreta”, explicó.

¿Por qué determinar y aplicar los niveles de referencia? Existe una razón administrativa, y es que el Consejo de Europa hay publicado dos directivas al respecto. La primera de ellas en 1997, que ante la falta de diligencia en su aplicación fue de nuevo promulgada en 2013, y en teoría tiene obligado cumplimiento. Y la otra razón es que está demostrado por la IAEA que la aplicación de los niveles de referencia disminuye las dosis de radiación en todos los procedimientos en los existen.

De los datos recabados (se envió una encuesta a 20 hospitales, de los cuales han contestado 12 , en los que se pedía el producto dosis área o Kerma área, que es la actual denominación en Gy.cm2, la dosis acumulada en mGy y el tiempo de escopia) se puede ver que la mayoría de la práctica clínica queda por debajo del valor según la ICRP.

“Lo primero que llamó la atención es la gran diferencia entre los arcos en C y las salas híbridas, por lo que los datos han sido analizados independientes unos de otros”, explicó el Dr. Rial. En el caso del producto dosis área de los arcos en C se han obtenido valores muy razonables, comparado con publicaciones internacionales . La dosis de radiación acumulada en el punto de referencia fue 380,5 mGy,

que también está dentro de unos rangos muy razonables.Y el tiempo de escopia, también para los arcos en C fue de 2014 segundos, lo que hace 33, 56 minutos.

Para las salas híbridas los datos arrojaron 418,54 Gy.cm2, el Kerma en el aire, o la dosis en el punto de referencia, fue de 1974 mGy e incluso algunos registros sobrepasaron los 2 Gy o 2000 mG,y que es el umbral de lesiones en la piel. Etiempo de escopia en las salas híbridas es de 2864 segundos, unos 48, 13 minutos, que puede ser debido a que en muchos casos se hacen reconstrucciones 3D.

“Analizando los datos conjuntamente los productos dosis área enter un arco en C y una sala híbrida, en la sala híbrida tiene una dosis que es del orden de 4 veces y media mayor, igual ocurre con la dosis total, en el que las dosis en la sala híbrida son del orden de 5 veces más, con un tiempo que está aumentado, aunque no mucho. Esto es lo normal y lo que esperábamos. Las salas híbridas son más potentes, tenemos mejor imagen , pero también tenemos mayor radiación, por lo que hay que protegerse más”, expuso el Dr. Rial. “Pero sobre todo, hay que proteger al paciente, porque a partir de 2 Gy pueden aparecer lesiones en la piel”, concluyó.

Todos estos datos serán remitidos a la Administración, que es la que oficilamente determina los niveles y se generará una publicación. Será la primera vez que un país europeo publique algo semejante en cirugía vascular. Ello nos obligará a actualizar los datos cada 5 años y nos ofrecerá una referencia para realizar auto.auditorias para nuestro control de calidad en radioprotección.

Desde el CCEV queremos agradecer a los responsables de los Servicios y sus miembros la implicación en la obtención de estos datos y confiamos en que aquellos que por algún motivo no han podido colaborar en esta ocasión, puedan hacerlo más adelante, pues cuantos más datos recabemos, trabajaremos con más seguridad y, sobre todo, nuestros pacientes estarán también más seguros y protegidos.

EL SIMPOSIO EN LOS MEDIOS

IDEAL

El PTS retransmite en directo desde Granada una cirugía vascular para Madrid, Berlín y Chicago

Más de diez profesionales participan en la intervención de un hombre de 90 años en el marco de un simposio internacional

20 MINUTOS

El Hospital Clínico de Valladolid opera con éxito un caso de trombos flotantes aórticos con técnicas endovasculares

CONSALUD.ES

El Hospital de Granada utiliza una nueva técnica no invasiva para desobstruir las arterias

INFOSALUS.COM

El Hospital de Basurto retransmite en directo una intervención de aorta abdominal con una novedosa endoprótesis

PATROCINADORES

BD · BARD has joined BD · B|BRAUN SHARING EXPERTISE · BIOTRONIK excellence for life

Boston Scientific Advancing science for life™ · cardiva · COOK MEDICAL · Cordis A Cardinal Health company · Endologix

emedica · GORE Creative Technologies Worldwide · Izasa Hospital A Werfen Company · JOTEC Joined the CryoLife® Family · CryoLife Life Restoring Technologies · Medtronic Further, Together

PHILIPS · TERUMO Aortic | Powered by Bolton & Vascutek · TERUMO · VIFOR PHARMA · WorldMedic