



## Editorial

### Trabajo en Equipo:

## La Piedra Angular de la Medicina Cardiovascular Moderna

## Team work, the Cornerstone of Modern Cardiovascular Medicine

Darío Echeverri\*, Juan P. Umaña\*\*

*\*Editor Revista Colombiana de Cardiología  
Director Departamento de Cardiología  
Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología  
www.revcolcard.org / revista@scc.org.co  
decheverri@cardioinfantil.org*

*\*\* Director Departamento de Cirugía Cardiovascular  
Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología  
Bogotá – Colombia  
jpumana@cardioinfantil.org*

*Recibido el 10 de marzo 2021 / Aceptado el 11 de marzo 2021*

*Rev Chil Cardiol 2021; 40: 8-10*

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) continúan siendo la primera causa de morbilidad global y un contribuyente importante a la reducción en calidad de vida e incremento de costos para los sistemas de salud. En el 2017, las ECV causaron 17,8 millones de muertes en todo el mundo, lo que corresponde a 330 millones de años de vida perdidos y otros 35,6 millones de años vividos con discapacidad<sup>1,2</sup>. El 82% de estos eventos ocurren en países de bajos o medianos ingresos<sup>3-5</sup>. El espectro de las ECV comprende la enfermedad vascular periférica y cerebrovascular, la enfermedad cardíaca estructural y la cardiopatía isquémica, involucrando un amplio número de subespecialidades, lo cual genera un reto para el manejo verdaderamente centrado en el paciente.

A estas cifras, se le suma el hecho de que los modelos clásicos de práctica profesional favorecen el ejercicio en forma “silos” o “islas”, en donde el manejo del paciente

cardiovascular y su pronóstico final depende de las decisiones tomadas por un especialista con alta posición jerárquica, que no necesariamente acoge las opiniones de otros más jóvenes a su alrededor. En consecuencia, los pacientes tratados por clínicos tienen una mayor probabilidad de ser llevados a manejo médico, manteniéndose en observación hasta descompensarse, lo cual puede resultar en que dichos pacientes sean descartados para cirugía por el retraso en su remisión. Aquellos casos manejados por cardiólogos intervencionistas tienen una mayor probabilidad de ser tratados percutáneamente hasta que la cirugía se convierta en la única opción. Por último, los pacientes remitidos a un cirujano, pueden acabar en cirugía, sin considerar las dos opciones anteriores como complemento. Dicho manejo en “silos” hace prácticamente imposible que el paciente cruce de una modalidad a otra a través del tiempo, en detrimento del paciente y el sistema.

---

**Correspondencia:**  
Dr. Darío Echeverri  
[decheverri@cardioinfantil.org](mailto:decheverri@cardioinfantil.org)



Mientras tanto, la medicina cardiovascular ha continuado avanzando y evolucionando. La necesidad de establecer programas de prevención cardiovascular se hace más evidente cada día mientras que grandes desarrollos tecnológicos nos permiten diagnosticar las ECV más tempranamente a través de exámenes de laboratorio y medición de biomarcadores. Los avances en imágenes diagnósticas nos acercan de manera no invasiva a la ECV para entenderla mejor, permitiéndonos planear su tratamiento de manera más eficiente y hacer uso de nuevos medicamentos que facilitan la protección de órganos blanco. Desde el punto de vista de intervencionismo y cirugía, nuevos dispositivos y técnicas mínimamente invasivas nos permiten tratar pacientes cada vez más complejos con menor riesgo. Las unidades de cuidado intensivo, día a día más especializadas y eficientes, manejan pacientes de trasplante cardíaco y pulmonar, así como asistencias ventriculares, integrando múltiples especialidades tales como nefrología, geriatría, neumología, oncología, y endocrinología para el manejo de comorbilidades. Todo esto se traduce en una práctica más precisa, eficiente, integral y costo-efectiva, en donde las decisiones se toman en equipo, con el paciente siempre en el centro.

En este entorno surge el concepto de “Heart Team” en estudios aleatorizados como el SYNTAX (Sinergia entre PCI con Taxus y cirugía)<sup>6</sup> y PARTNER (Implante transcáteter de válvula aórtica - TAVR) (7-11). Con la evolución de terapias transcáteter cada vez más efectivas para el tratamiento de la enfermedad coronaria compleja y el surgimiento de dispositivos para el manejo de enfermedades estructurales del corazón, se hace evidente la necesidad de combinar las habilidades de cirujanos e intervencionistas. Este trabajo en equipo empieza con la selección de los pacientes adecuados para el tratamiento correcto y la realización del procedimiento con la mayor seguridad para el paciente. Con la enorme acogida al TAVR, los Centros Americanos de Servicios Medicare y Medicaid expandió la composición del Heart Team a incluir cardiólogos, hemodinamistas, cirujanos cardiovasculares, ecocardiografistas, especialistas en imágenes, anestesiólogos cardiovasculares, intensivistas y trabajadores sociales. Sin embargo, en el 2016, cuando el Instituto del Corazón de la Universidad de Ottawa (UOHI) realizó una encuesta que evaluó la implementación del Heart Team en Canadá, se encontró que cerca de la mitad de los centros no contaban con un equipo estructurado. Las organizaciones que lo tenían conformado lo habían hecho en torno a TAVR y solo una minoría para patología mitral o coronaria. Los centros encuestados se mostraron

satisfechos con la estructura, citando como beneficios principales la toma de decisiones colaborativa con responsabilidad compartida y transparencia.

El concepto de Heart T.E.A.M. (Together Everyone Achieves More) involucra equipos multidisciplinarios de expertos cardiovasculares y profesionales de otras áreas de la salud que, aportando de manera sinérgica y no secuencial, logran el objetivo final de una atención verdaderamente centrada en el paciente<sup>12</sup>. Este concepto permite superar obstáculos logísticos y culturales para que los especialistas trabajemos mejor en equipo. Bien implementado, tiene la capacidad de resolver muchas de las complejidades y problemas relacionados con los cambios en la práctica. Conlleva a la creación de bases de datos compartidas, optimizando el control de calidad y generando un cuidado consensuado y fundamentado en medicina basada en evidencia (MBE), asegurando que el paciente correcto reciba el diagnóstico correcto y sea sometido al procedimiento correcto, minimizando los sesgos individuales de los médicos en la toma de decisiones. Como consecuencia, los Heart Team son más costo-efectivos, obtienen mejores resultados clínicos, optimizan la experiencia del paciente y son superiores en educación y generación de conocimiento. Estos resultados han llevado a que las guías de práctica clínica soporten la conformación y uso del Heart Team con un nivel de evidencia muy alto en diferentes condiciones clínicas, promoviendo el trabajo colaborativo en patologías como la estenosis aórtica, síndrome aórtico agudo, insuficiencia mitral, enfermedad tromboembólica pulmonar, cardio-oncología, falla cardíaca y programas comprensivos de prevención cardiovascular<sup>13,14</sup>.

En conclusión, estamos presenciando un cambio de paradigma en la práctica de la medicina cardiovascular. El manejo de la ECV requiere del trabajo EN EQUIPO para prevenir la muerte, discapacidad y disminuir los costos personales y sociales, mejorando los resultados a largo plazo y haciendo sostenibles los sistemas de salud en todo el mundo. Esta responsabilidad no recae solamente en los encargados del cuidado de los pacientes, sino debe involucrar a los administradores de los hospitales, entidades gubernamentales, universidades con sus programas de docencia, la industria farmacéutica y de dispositivos, las aseguradoras, familias y comunidades. Instituciones que puedan demostrar la existencia de Heart Teams con la resultante “medicina de precisión”, deberían recibir un reconocimiento por su impacto sobre la salud de la población y protección de los recursos económicos del sistema.



## Referencias

1. GBD 2017 CAUSES OF DEATH COLLABORATORS. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018;392:1736–88.
2. GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018;392:1859–922.
3. FUSTER V. Global burden of cardiovascular disease: time to implement feasible strategies and to monitor results. *J Am Coll Cardiol* 2014;64: 520–2.
4. YUSUF S, REDDY S, OUNPUU S, ANAND S. Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation* 2001;104:2746–53.
5. MENSAH GA, MORAN AE, ROTH GA, NARULA J. The global burden of cardiovascular diseases, 1990- 2010. *Glob Heart* 2014;9:183–4.
6. SERRUYS PW, MORICE MC, KAPPETEIN AP, COLOMBO A, HOLMES DR, MACK MJ, et al. Percutaneous coronary intervention versus coronary-artery bypass grafting for severe coronary artery disease. *N Engl J Med*. 2009;360(10):961–72.
7. LEON MB, SMITH CR, MACK M, MILLER DC, MOSES JW, SVENSSON LG, et al. Transcatheter aortic-valve implantation for aortic stenosis in patients who cannot undergo surgery. *N Engl J Med*. 2010;363(17):1597–607.
8. ADAMS DH, POPMA JJ, REARDON MJ, YAKUBOV SJ, COSELLI JS, DEEB GM, et al. Transcatheter aortic-valve replacement with a self-expanding prosthesis. *N Engl J Med*. 2014;370(19):1790–8.
9. SMITH CR, LEON MB, MACK MJ, MILLER DC, MOSES JW, SVENSSON LG, et al. Transcatheter versus surgical aortic-valve replacement in high-risk patients. *N Engl J Med*. 2011;364(23):2187–98.
10. LEON MB, SMITH CR, MACK MJ, MAKKAR RR, SVENSSON LG, KODALI SK, et al. Transcatheter or surgical aortic-valve replacement in intermediate-risk patients. *N Engl J Med*. 2016;374(17):1609–20.
11. REARDON MJ, VAN MIEGHEM NM, POPMA JJ, KLEIMAN NS, SØNDERGAARD L, MUMTAZ M, et al. Surgical or transcatheter aortic-valve replacement in intermediate-risk patients. *N Engl J Med*. 2017;376(14):1321–31.
12. MESANA T, RODGER N, SHERRARD H. Heart teams: a new paradigm in health care. *Canadian Journal of Cardiology*. 2018;34: 815-8.
13. KAVALIERATOS D, GELFMAN LP, TYCON LE, RIEGEL B, BEKELMAN DB, IKEJIANI D, et al. Integration of palliative care in heart failure: rationale, evidence, and future priorities. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(15): 1919–30.
14. Fletcher GF, Berra K, Fletcher BJ, Gilstrap L, Wood MJ. The integrated team approach to the care of the patient with cardiovascular disease. *Curr Probl Cardiol* 2012;37:369-397.