

# La evolución en la discusión de pacientes: de la junta médica al Heart Team

*Discussion of Clinical Cases: from the Medical Board to the Heart Team*

JOSÉ LUIS ZAMORANO<sup>1,2</sup>, 

*“La arrogancia del éxito es pensar que lo que hicimos ayer vale para mañana”.*

**W. Pollard 1828**

La cirugía de reemplazo valvular aórtico ha sido durante décadas el único tratamiento que lograba mejorar la mortalidad en los pacientes con estenosis aórtica grave. Sus resultados a corto, medio y largo plazo son incuestionables. No hay ninguna duda de que, dentro de las innumerables revoluciones que ha sufrido la cardiología moderna, una ha sido el tratamiento percutáneo de la estenosis aórtica grave (transcatheter aortic valve implantation, TAVI). El TAVI supone un beneficio claro para los pacientes con resultados espectaculares en todos los sentidos: clínico, de mortalidad, de estancia hospitalaria, costo-efectividad, etc., pero también implica una nueva forma de tratamiento multidisciplinario de la enfermedad, donde los cirujanos cardíacos han visto que, en muchos de los pacientes que habitualmente operaban, se optaba, en ocasiones sin contar con su opinión, por la técnica percutánea. Esto conllevaba, en muchos Centros, que el paciente salía del área quirúrgica y permanecía dentro del campo de la cardiología.

Es obvio que una de las reflexiones implícitas que nos trae el formidable trabajo de análisis de datos a lo largo de los años realizado por el Dr Trivi y colaboradores (1) es la necesidad de evaluar, discutir y consensuar en cada caso cuál es la mejor alternativa de tratamiento para un determinado paciente. Sin un análisis honesto, de acuerdo con las guías de práctica clínica, en un ambiente de diálogo y no de confrontación, con todos los actores implicados (es decir, el Heart Team) no es posible valorar esto.

Trivi y cols. analizan de forma retrospectiva los resultados de sus enfermos a lo largo de 10 años, donde antes de realizar un posible TAVI se discutieron dentro

del Heart Team las distintas opciones terapéuticas. Por un lado, vemos como los resultados de sus tratamientos son buenos y están dentro de lo esperado, lo que sugiere que la decisión adoptada fue la adecuada. Por otro lado, vemos que, si bien su criterio de inclusión en la discusión era solo analizar los pacientes en los que inicialmente se planteaba un TAVI, comprobamos que, en muchos casos, este no se realizó. Sin duda, traduce una discusión bien planteada, abierta y honesta, donde en unos pacientes al final se realiza la técnica planteada al inicio (TAVI), pero en otros no.

Sin embargo, también nos deja otra ventana de reflexión. Hubiera sido interesante también analizar en el trabajo qué ocurrió con los pacientes que inicialmente se habían seleccionado para tratamiento quirúrgico, pero en los que, tras una discusión con el Heart Team, finalmente se realizó TAVI.

He aquí por tanto una buena cuestión a plantear, que es qué pacientes deben ser evaluados por el Heart Team. El TAVI no es un procedimiento novedoso y ya está perfectamente introducido en la rutina del tratamiento de la estenosis aórtica, al igual que la cirugía. Por eso, quizás deberíamos centrarnos en aquellos pacientes en los que la decisión no es tan clara, bien por edad, por comorbilidades, situación clínica, etc. Es obvio que en un enfermo de 50 años con una estenosis aórtica bicúspide grave, en principio, su tratamiento debe ser quirúrgico y, por tanto, no debería ser candidato a una gran discusión por el Heart Team. Del mismo modo, un paciente mayor en un centro con experiencia adecuada y buen candidato para TAVI tampoco debería plantear mayores dudas.

Donde el Heart Team tendrá mayor beneficio para el paciente es fundamentalmente en esa zona gris, donde incluso ambas técnicas pueden ser una opción, pero hay que evaluar los pros y los contras de cada técnica, y los resultados del Centro, para optar por la

REV ARGENT CARDIOL 2023;91:249-250. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.i4.20646>

VER ARTÍCULO RELACIONADO: Rev Argent Cardiol 2023;91:257-262. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.i4.20649>



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

<sup>1</sup> Catedrático de Cardiología

<sup>2</sup> Jefe de Servicio de Cardiología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

selección ideal en cada caso. Al igual que no discutimos el empleo de los IECA en la disfunción ventricular en la insuficiencia cardíaca, no merece la pena discutir cosas obvias en un Heart Team. Centrémonos en los casos de duda real, de forma honesta, donde se valore la mejor opción terapéutica y no solo la técnica ni la especialidad. El éxito del Heart Team sin duda será, con éxitos y fracasos en las decisiones, cuando únicamente nos centremos en el paciente, donde evaluemos sus opciones terapéuticas, excluyamos tratamientos fútiles y donde a veces ambas técnicas son posibles, pero seleccionemos lo que honestamente pensamos es lo mejor para el paciente en cada caso particular.

Enhorabuena al Dr. Trivi y colaboradores por su trabajo, que sin duda nos hace ver la importancia del Heart Team, por mantenerlo durante 10 años y por abrir la puerta a innumerables reflexiones. El Heart Team no es un enfrentamiento de especialidades, ni se trata de descubrir quién es el “macho alfa” en las

discusiones; se trata de agrupar a distintos especialistas (cirujanos, cardiólogos, anestelistas y, en muchos casos, incluso geriatras) que de forma honesta discutan a la luz de la historia clínica, pruebas complementarias, experiencia del Centro y factores que rodean a cada enfermo, incluida la propia información imparcial al enfermo y sus preferencias, qué es lo mejor en cada caso para el paciente. No olvidemos que esa es una de las piedras angulares de la medicina.

#### **Declaración de conflicto de intereses**

El autor declara que no tiene conflicto de intereses

(Véase formulario de conflicto de intereses del autor en la web).

---

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Trivi MS, Castro MF, Trossero R, Cura FA, Piccinini FF, Candiello A, et al. Impacto de un Heart Team en pacientes con estenosis aórtica candidatos a reemplazo percutáneo. *Rev Argent Cardiol* 2023;91:257-62. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.i4.20649>