

- Houthuizen P, van Garsee LA, Poels TT, de Jaegere P, van der Boon RM, Swinkels BM, et al. Left bundle-branch block induced by transcatheter aortic valve implantation increases risk of death. *Circulation*. 2012;126:720-8.
- Testa L, Latib A, de Marco F, de Carlo M, Agnifili M, Latini RA, et al. Clinical impact of persistent left bundle-branch block after transcatheter aortic valve implantation with CoreValve Revalving System. *Circulation*. 2013;127:1300-7.
- Brignole M, Auricchio A, Baron-Esquivias G, Bordachar P, Boriani G, Breithardt OA, et al. 2013 ESC guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization

therapy. Developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association (EHRA). *Eur Heart J*. 2013;34:2281-329.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.01.027>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.03.003>

Competencias profesionales y trabajo en equipo en pacientes con enfermedades cardíacas agudas y críticas



Professional Competence and Teamwork in the Treatment of Patients With Acute and Critical Heart Disease

Sr. Editor:

Hemos leído el editorial firmado por Worner et al¹ que describe el posicionamiento de la Sociedad Española de Cardiología sobre la atención a los pacientes con enfermedades cardíacas agudas y críticas. Queremos mostrar nuestra perplejidad ante determinados aspectos del editorial y hacer algunas consideraciones.

Estamos de acuerdo en que la atención del paciente cardiológico crítico es cada vez más compleja y un reto importante, pero no parece lógico, tal como proponen los autores, que el tratamiento de todo el proceso cardiológico por un solo servicio durante el ingreso garantice mejor la continuidad asistencial y sea más seguro y más eficiente. Al contrario, la gestión por procesos pasa de una gestión vertical clásica, con una organización compartimental y especializada y orientada a los servicios, a una gestión horizontal, integral y multidisciplinaria, centrada en el paciente y no en los intereses de algunas especialidades ni de sus profesionales.

Coincidimos en que asegurar la atención excelente en la fase crítica del paciente cardiológico agudo es fundamental y de gran impacto en los resultados finales. Para ello, es imprescindible que, en particular los pacientes con otras disfunciones orgánicas además de la cardiológica, sean atendidos por profesionales con competencias específicas bien definidas y ya entrenados para ello. Los propios autores reconocen que estas competencias no se adquieren durante la formación especializada en cardiología. Los intensivistas sí están específicamente formados para estas tareas, como reconoce el programa de formación de medicina intensiva y demuestra la ya larga trayectoria de los servicios de medicina intensiva en España.

Las competencias pueden entrenarse^{2,3}, pero hay que ser consciente del tiempo y de los recursos necesarios para alcanzarlas sin poner en riesgo la seguridad del paciente ni la sostenibilidad del sistema sanitario. Por ello, no parece adecuada la propuesta de acreditación de todos los cardiólogos en el tratamiento del enfermo crítico. El modelo en el que la atención de estos pacientes es llevada a cabo por intensivistas con la colaboración de otras muchas especialidades ha demostrado ser efectivo, seguro y eficiente⁴.

Los autores citan datos de un estudio⁵ en el cual se pretende relacionar aspectos organizativos de unidades coronarias bajo la responsabilidad de cardiología con una menor mortalidad ajustada al riesgo en el infarto agudo de miocardio. Este estudio presenta importantes sesgos y claros errores metodológicos. Los pacientes atendidos exclusivamente por cardiología son de menor gravedad y complejidad, con una menor tasa bruta de mortalidad. Para hacerlos comparables se utiliza una corrección por variables con datos de los años 1990 y basándose en el conjunto mínimo básico de datos, lo cual es cuestionable, uno por su antigüedad y el otro por inexactitud, al no recoger el conjunto mínimo básico de datos de forma adecuada la actividad de los servicios de medicina intensiva.

Buscar la colaboración con medicina intensiva y otras especialidades exclusivamente para alcanzar objetivos estratégicos de una

especialidad no fortalece ni ayuda a la confianza y la colaboración entre especialidades que deben trabajar siempre en equipo para ofrecer la mejor atención sanitaria al paciente. El trabajo en equipo contempla competencias complementarias, todas ellas imprescindibles, y todos los miembros del equipo aportan igual valor al proceso; liderarlo dependerá de quien pueda aportar mayor valor al paciente en cada momento. Considerar que la atención de enfermos críticos complejos puede realizarse al margen de la especialidad de medicina intensiva, cuando la tecnología y la evidencia científica obligan a una capacitación profesional extraordinaria, es al menos temerario, por mucho ímpetu de los responsables de algunos servicios o coyunturas favorables que lo faciliten.

La investigación clínica rigurosa del enfermo cardiológico crítico debe dar respuesta a cuáles son los modelos organizativos óptimos, los más eficientes y los de mayor calidad. Los profesionales, las especialidades y las sociedades científicas deben estar al servicio de estos objetivos, sin desviarse hacia otros intereses, buscando la mejor atención sanitaria que la evidencia científica y los recursos disponibles sean capaces de ofrecer en cada momento.

María Cruz Martín Delgado^{a,*}, José Luis García Garmendia^b,
 María Paz Fuset Cabanes^c y Enrique Fernández-Mondéjar^d

^aServicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, España

^bServicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla, España

^cServicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España

^dServicio de Medicina Intensiva, Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Granada, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: mcmartindelgado@gmail.com
 (M.C. Martín Delgado).

On-line el 23 de abril de 2016

BIBLIOGRAFÍA

- Worner F, San Román A, Luis Sánchez P, Viana Tejedor A, González-Juanatey JR. Atención a los pacientes con enfermedades cardíacas agudas y críticas. Posición de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:239-42.
- Roca J, Pérez JM, Colmenero M, Muñoz H, Alarcón L, Vázquez G. Competencias profesionales para la atención al paciente crítico: más allá de las especialidades. *Med Intensiva*. 2007;31:473-84.
- CoBaTriCE Collaboration. The educational environment for training in intensive care medicine: structures, processes, outcomes and challenges in the European region. *Intensive Care Med*. 2009;35:1575-83.
- Wilcox ME, Chong CA, Niven DJ, Rubenfeld GD, Rowan KM, Wunsch H, et al. Do intensivist staffing patterns influence hospital mortality following ICU admission? A systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med*. 2013;41:2253-74.
- Bertomeu V, Cequier A, Bernal JL, Alfonso F, Anguita MP, Muñoz J, et al. Mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio. Relevancia del tipo de hospital y la atención dispensada. Estudio RECALCAR. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:935-42.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.07.018>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.02.017>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.01.026>