



Una entrevista con Augusto D. Pichard

An interview with Augusto D. Pichard

Rafael Romaguera^{a,b,*}

^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^b Grupo de Investigación en Enfermedades Cardiovasculares (BIO-HEART), Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

Augusto D. Pichard se graduó con honores en Medicina en la Universidad Católica de Chile y completó su *fellowship* en Cardiología en la *Cleveland Clinic* (1971-1973), donde permaneció hasta 1975. Ese año asumió la dirección de los laboratorios de cateterismo del *Mount Sinai Hospital* de Nueva York, donde en 1979 realizó la primera angioplastia de esa institución. Tras un año en Chile, donde introdujo la angioplastia, en 1983 fue nombrado director de los laboratorios de cateterismo del *MedStar Washington Hospital Center*. Bajo su liderazgo, el centro se consolidó como uno de los más avanzados, formando a generaciones de cardiólogos intervencionistas que hoy ocupan posiciones de liderazgo en todo el mundo. Fue profesor de Medicina en la Universidad de Georgetown y recibió el Premio Alexander J. Lindsay al Mejor Docente. Su producción científica supera los 800 artículos. Augusto D. Pichard es cofundador de los congresos *Transcatheter Cardiovascular Therapeutics* (TCT) y *Cardiovascular Research Technologies* (CRT), y miembro fundador y máster de la *Society for Cardiovascular Angiography and Interventions* (SCAI). Entre 2017 y 2021 fue director médico de la división de Estructural y director global del programa TAVI de Abbott.

Usted está considerado uno de los pioneros de la cardiología intervencionista, pero los inicios de esa trayectoria no debieron ser sencillos. ¿Podría describir cómo se produjo su llegada a la *Cleveland Clinic* y cuál fue el factor determinante que le orientó hacia el intervencionismo?

Yo era becario de Cardiología en Santiago de Chile y no tenía ninguna intención de trasladarme a los Estados Unidos de América. Fue F. Mason Sones, padre de la arteriografía coronaria y jefe del servicio de la *Cleveland Clinic*, quien me llamó personalmente para ofrecerme una beca de cardiología y cateterismo cardíaco. Se lo agradecí, y le dije que no. Entonces él me pidió que consultara con mis jefes antes de rechazarlo, y así fue: ¡me enviaron a Cleveland!

Era el momento en que la cirugía aortocoronaria (que había desarrollado durante aquellos años René Favaloro en esa misma institución) generaba una enorme controversia. La mayoría de los centros no la aceptaban como una opción válida, y la base de datos que la respaldaba era aún muy limitada. Presenté un trabajo en el

congreso de la *American Heart Association* que demostraba por primera vez que la cirugía ofrecía mejores resultados que el tratamiento médico en la enfermedad del tronco coronario izquierdo. La oposición de la audiencia fue considerable. Aprendí mucho en aquella sala. El volumen asistencial era extraordinario: todas las noches revisaba los casos del día, tomaba fotografías de las coronariografías y con el tiempo las publiqué como un atlas. Permanecí dos años más como miembro de la facultad, entrenando a *fellows* y realizando un gran número de cateterismos.

Con anterioridad a la creación de una unidad de referencia mundial en Washington, desarrolló su labor en el *Mount Sinai Hospital* de Nueva York, donde dirigió el laboratorio de hemodinámica. ¿Cuáles fueron las principales enseñanzas de aquella etapa y de qué modo condicionaron su trayectoria posterior?

El traslado a Nueva York se produjo a instancias de Richard Gorlin, de Harvard, quien se incorporaba al *Mount Sinai Hospital* con su equipo y me pidió que fuera con ellos para dirigir el servicio de cateterismo. La actividad académica era muy intensa: sesiones clínicas a las 7 de la mañana y conferencias a lo largo del día. Cuando llegué, los sondeos cardíacos se realizaban en una sala prestada por radiología. Tuve que organizar el servicio desde cero, construir laboratorios propios e iniciar proyectos de investigación clínica y experimental.

Fue ahí donde por primera vez oí hablar de Andreas Grüntzig y la angioplastia. Iniciamos de inmediato un protocolo animal para estudiar el efecto del balón de dilatación sobre la arteria y el miocardio, lo que nos permitió trasladar la técnica a la práctica clínica en una etapa temprana. Esos primeros 10 años en Estados Unidos me enseñaron el valor de trabajar en grandes equipos, con el rigor de comprobar científicamente cada avance y con la satisfacción intelectual como motor. Nadie pensaba en maximizar ingresos; todos pensaban en hacer avanzar la especialidad.

En Washington incorporó a profesionales que alcanzarían una gran proyección internacional —entre ellos, Gregg Stone, Martin Leon, Ron Waksman, Ran Kornowski, Gary Mintz, Jeff Popma, Roxana Mehran, Alexandra Lansky y George Dangas—. ¿Qué recuerda de aquel grupo y qué consejo daría sobre rodearse de talento, en un entorno en el que algunos

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rafaromaguera@gmail.com (R. Romaguera).

✉ [@rafa_romaguera](https://twitter.com/rafa_romaguera)

Recibido 14 de junio de 2026. Aceptado 3 de julio de 2026.

Full English text available from: <https://www.recintervcardiol.org/en>.

2604-7306 / © 2026 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0.

líderes pueden percibir a sus colaboradores más brillantes como una amenaza?

Tras un periodo en la Universidad Católica de Chile me trasladé al *Washington Hospital Center*, que entonces era un hospital privado con muy poca actividad intervencionista (3 a 5 cateterismos al día). Reorganicé el servicio, construí nuevos laboratorios, pusimos en marcha una base de datos prospectiva, iniciamos la angioplastia coronaria y la valvuloplastia mitral y aórtica, y organizamos el primer curso con casos en directo, dedicado a la valvuloplastia aórtica, con Alain Cribier.

El crecimiento fue rápido. Cuando alcancé un volumen de 1.000 procedimientos anuales, decidí crear un grupo. Muchos colegas me aconsejaron contratar a personas que no representaran ninguna amenaza para mi posición. Hice exactamente lo contrario: busqué asociados del más alto nivel. Así se incorporaron Martin Leon, Kenny Kent y Lowell Satler, y después el resto del grupo. Distribuimos los ingresos a partes iguales para eliminar cualquier rivalidad económica, renunciando a beneficios de la industria y decidimos no patentar nuestras innovaciones. Llegamos a más de 15.000 procedimientos anuales y al mayor volumen de publicaciones del país. Lo que hizo posible todo eso fue el espíritu de equipo: escuchar a cada miembro y trabajar sin tensiones internas, con el paciente siempre en el centro.



Equipo del *Washington Hospital Center* en 1997. Abajo, de izquierda a derecha: Augusto Pichard, Martin Leon, Lowell Satler y Kenneth Kent. Arriba, Andrea Abizaid (primera), Alexandra Lansky (tercera), Gary Mintz (cuarto), Jeffrey J. Popma (quinto), Alexandre Abizaid (sexto), Ran Kornowsky (séptimo), Ron Waksman (undécimo) y Roxana Mehran (decimocuarta), con sus compañeros.

La docencia ha constituido un eje central de su carrera. ¿Qué intentaba transmitir a los fellows en formación?

Nuestros becarios fueron una parte esencial del éxito del grupo. Estructuramos el *fellowship* con un año dedicado a la investigación seguido de un año clínico, de modo que salieran con una base metodológica sólida desde la que pudieran crecer de forma autónoma. Ha funcionado bien: muchos de ellos son hoy líderes de la especialidad en sus entornos. Más allá de la técnica, lo que intentaba transmitir era el rigor, la curiosidad y el deseo permanente de aprender. Y también, quizá, que la medicina no es una carrera individual.

¿Cómo nació el TCT y qué papel ha desempeñado en la difusión global del intervencionismo cardiovascular?

La idea fue de Martin Leon y Kenny Kent. El primero lo organizaron en 1988, con menos de 200 personas y un único caso en directo

desde el *Georgetown Hospital*. En 1989, con la constitución del *Washington Cardiology Center*, asumimos la continuidad del congreso con un formato orientado a la presentación de datos científicos rigurosos y a la demostración en tiempo real de las tecnologías que estábamos desarrollando. Invitamos a los principales referentes mundiales como panelistas y rápidamente se convirtió en el encuentro de referencia en cardiología intervencionista. Lo que lo distinguió desde el principio fue la posibilidad de una interacción directa de cardiólogos, académicos e industria. Sigue siendo un congreso muy relevante, con un formato que ha crecido mucho: talleres, entrenamiento práctico, casos en directo y presentación de nuevas tecnologías.

Usted siempre ha subrayado que todo el personal del laboratorio —médicos, enfermería, técnicos y personal auxiliar— es esencial. ¿Por qué considera tan importante esa cultura de equipo en el intervencionismo?

Desde el primer día dejé claro que todos los miembros del equipo, desde quienes limpiaban el área hasta los jefes de servicio, participaban en las decisiones del laboratorio. Teníamos reuniones semanales para revisar el funcionamiento del sistema, y cualquier persona podía opinar. Las decisiones no se tomaban porque el jefe lo dijera, sino porque el grupo lo había decidido. También organizábamos eventos sociales para todo el personal, incluida la celebración del día de Acción de Gracias con un almuerzo compartido en el que cada uno participaba a su manera. Un equipo que se siente valorado trabaja de forma diferente, y eso se nota en los resultados de los pacientes.

A lo largo de una carrera extensa, las complicaciones son inevitables. ¿Cómo se aprende a afrontarlas?

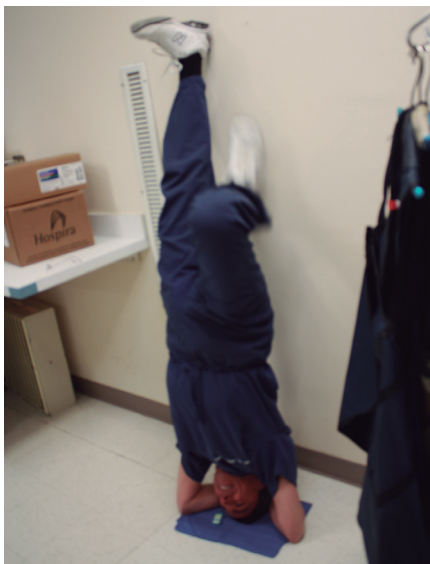
Documentándolas, analizándolas en grupo y publicándolas. Es la mejor manera de prepararse para prevenirlas y para saber cómo actuar cuando se presentan. En nuestro servicio pusimos siempre énfasis en revisar cada complicación de forma colectiva y difundir esos resultados, incluso cuando no eran favorables. Actualmente tenemos una reunión anual y una publicación mensual dedicada a este tema. La práctica con alto volumen también fue determinante: estar en el laboratorio todos los días nos permitió desarrollar la destreza necesaria para manejar situaciones complejas sin que se incrementara la tasa de complicaciones.

La cardiología intervencionista exige una dedicación extraordinaria. ¿Qué lugar debe ocupar la vida personal en esa carrera?

Desde el inicio de mi carrera tomé una decisión: llegar a casa para cenar con la familia a las 7 de la tarde, todos los días. Y la extendí a todo el personal. Para hacerlo compatible con la actividad asistencial, adelantamos progresivamente el inicio de los procedimientos hasta las 6:30 de la mañana, con el paciente en mesa a las 6 en punto. Después de las 6 de la tarde no aceptaba compromisos médicos. La cena familiar era un momento sagrado: sin televisión, en el comedor, contándonos el día. Mis hijos y yo hacíamos las tareas juntos después de cenar. Nunca pude ir a sus partidos entre semana, pero sí los fines de semana. En los viajes a congresos, volvía siempre lo antes posible; en tres ocasiones viajé a Japón y Australia en el día, sin pernoctar. La vida personal no se recupera. El hospital, sí.

Usted se retiró de la práctica clínica activa hace aproximadamente 5 años. ¿Cómo vivió ese proceso y qué recomendaría a quienes se aproximan a esa etapa?

Mi consejo es retirarse en el momento álgido de la carrera, sin esperar a que la habilidad técnica, la energía o la resistencia física empiecen a declinar. Tampoco recomendaría una retirada gradual con un procedimiento semanal: el intervencionismo requiere una práctica de alta frecuencia para mantenerse en el nivel. Cuando se deja, se deja.



Augusto Pichard realizando ejercicios de fortalecimiento de la espalda entre caso y caso.

Dicho esto, lo que viene después es fascinante. Una carrera médica es una vida de servicio, y mi recomendación es encontrar la forma de continuar sirviendo a la comunidad en una dimensión distinta. Hay un mundo enorme fuera del hospital, igual de apasionante, que durante décadas uno no ha tenido tiempo de explorar.

¿Qué mensaje transmitiría a las nuevas generaciones de cardiólogos intervencionistas?

Que es una carrera extraordinaria. Sacrificada, sí, pero la satisfacción de restituir la salud cardíaca a un paciente no tiene

equivalente. Como decía a mi equipo en el laboratorio, es como correr una maratón: cansado, pero la llegada vale todo el esfuerzo. Trabajen en equipo: no es una especialidad para el ejercicio en solitario. No duden en derivar un paciente a quien tenga más experiencia para ese caso concreto, sea en su propio centro o en otro. Hagan ejercicio para la espalda desde el primer día: yo lo he hecho toda mi vida y, a pesar de décadas en el laboratorio, no tengo limitaciones funcionales. Y evalúen al paciente entero: su estado emocional, su dieta, su actividad física, el perfil inflamatorio y la exploración física. La angiografía es solo una parte de la historia.

FINANCIACIÓN

Sin financiación.

DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

No se ha utilizado.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

SOBRE EL AUTOR

Rafael Romaguera es editor asociado de *REC: Interventional Cardiology* y jefe de la Sección de Cardiología Intervencionista del Hospital Universitari de Bellvitge. Durante su periodo de formación en Washington D.C., Augusto Pichard fue su mentor.