

# corazonadas

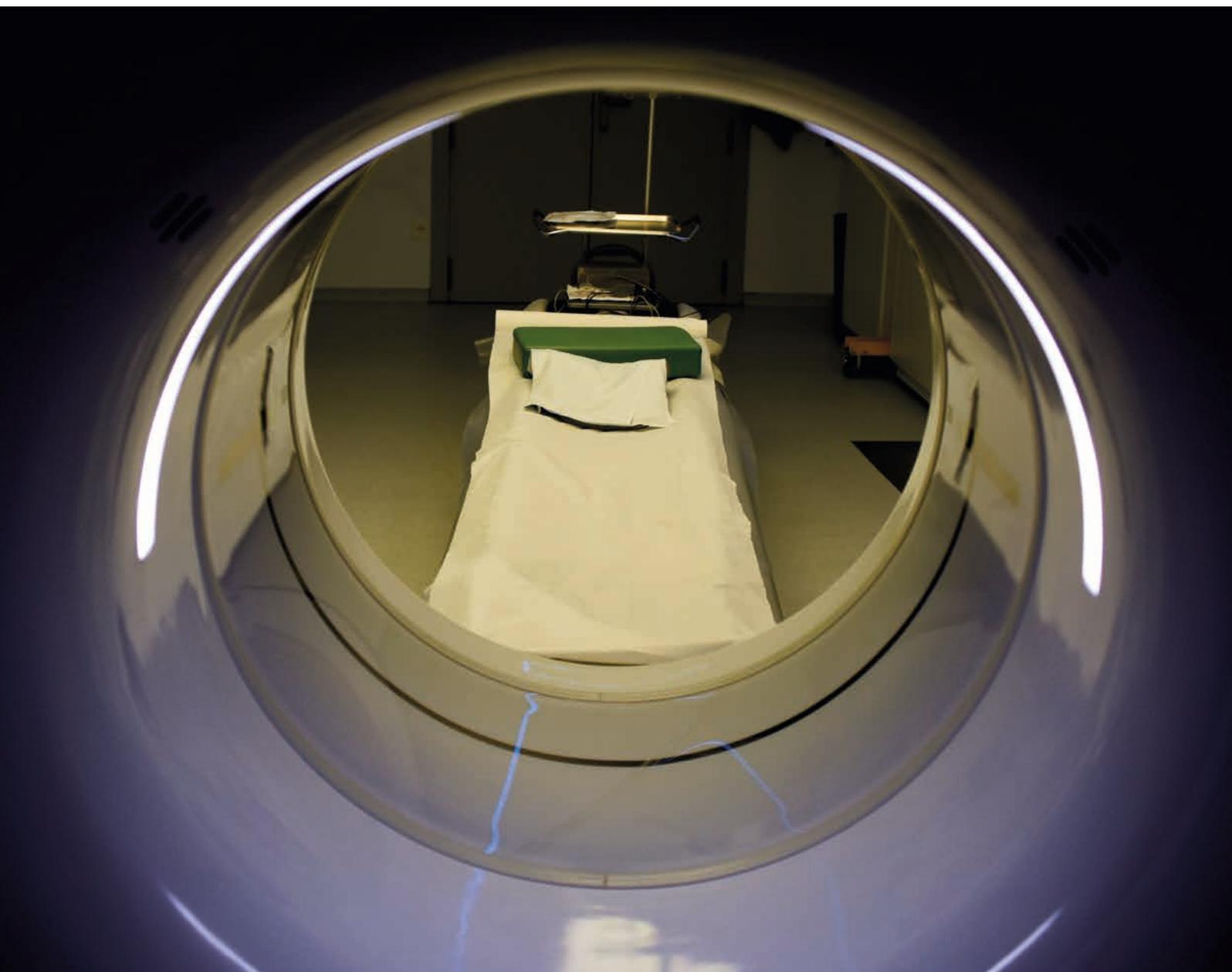
Publicación del ICICOR (Instituto de Ciencias del Corazón de Valladolid)

**abril 2019 # n° 22**

Alta cocina cardiosaludable

Diez consejos para no saltarse el tratamiento

TC de última generación para los estudios cardiológicos,  
que reduce hasta un 82% de dosis a los pacientes



# Sumario *nº 21 # septiembre 2018*

## Entrevista con...

**03** Aitor Uribarri

## Asistencial

**04-05** Nuevo TC de última generación para los estudios cardiológicos: el TC que todo lo ve.

**06-07** UCI para pacientes cardiacos, la primera línea de atención de las afecciones críticas o complicaciones cardiovasculares

**08-10** Dos profesionales sanitarias bien coordinadas

## Entrevista

**11-13** Raquel Yotti, Directora del Instituto de Salud Carlos III

## Investigación

**14-15** Tesis doctorales para avanzar en la resolución de las enfermedades cardiacas

## Formación

**16-17** Curso BMV, una gran sesión clínica

## Consejos

**18-19** Diez consejos para no saltarse el tratamiento

## Menús cardiosaludables

**18-19** Cocinar sano y sabroso con el chef Rubén Gómez

## Actualidad del ICICOR

**22-23** También es noticia...

## Contraportada

**24** Bienestar pleno



El nuevo TC evita procedimientos para pacientes de cardiología gracias a la adquisición de información en una única exploración y obtiene datos de mayor calidad.

Edita:



© ICICOR

(Instituto de Ciencias del Corazón)

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Avenida de Ramón y Cajal, 3,

47005 Valladolid

T. 983 42 00 14

[www.icicor.es](http://www.icicor.es)

Dirección:

José Alberto San Román Calvar

Redacción:

Javier López, Ana Revilla, Lucía Capella, Berta Velasco, Amada Recio y Gemma Pastor.

Diseño y maquetación:

Cultura y Comunicación

Fotografía:

© Archivo Icor.

Ilustración:

Silvia Plana García

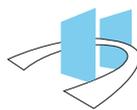
Imprime:

Gráficas Germinal

Depósito Legal: VA 537-2014

*Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna ni por ningún medio sin permiso previo del editor.*

Patrocinan:



# Entrevista con...

## Aitor Uribarri

Cardiólogo especialista en dispositivos de asistencia ventricular

Llegó a la medicina por tradición familiar, su padre es médico. Escogió la cardiología porque, ya en la carrera le resultaba una materia más atractiva que otras. “Es la reina de todas las especialidades, además, tiene muchas posibilidades de hacer más procedimientos manuales, sin llegar a ser cirujano”, confiesa sonriente, mientras apostilla que, como sacó una buena nota en el examen de MIR, pudo elegir hacer la formación en el Hospital Gregorio Marañón, en Madrid. Allí comenzó su interés con los llamados ‘corazones artificiales’, los dispositivos de asistencia ventricular. Unos aparatos cuya misión es ayudar o asistir al corazón deficiente en su función principal, que es la de bombear sangre a todo el organismo. Estos dispositivos permiten, según los casos, la recuperación de la función cardiaca, la supervivencia del paciente a la espera de un órgano óptimo o, finalmente, el uso como terapia sustitutiva al trasplante cardiaco. Precisamente, esta maestría, fue una de las razones por las que el doctor Uribarri se incorporó, recientemente, al Servicio de Cardiología del Clínico para responsabilizarse de esta labor. Ahora tiene esta responsabilidad dentro de la Unidad de cuidados agudos cardiológicos. Trae un gran bagaje. Estuvo cerca de dos años formándose en esta alternativa terapéutica al trasplante cardiaco, en un centro hospitalario de Hannover, en Alemania. Posteriormente, en Salamanca, fue el encargado de poner uno de los primeros dispositivos de asistencia ventricular, de larga duración, que, en 2015, se colocaron en Castilla y León.

Afirma que el futuro pasa por los ‘corazones artificiales’ ante la escasez de órganos. Esta situación es cada vez más frecuente, puesto que las listas de espera de trasplante de corazón se van alargando progresivamente en España. Con estos dispositivos se “rescatan” a muchos pacientes de la lista de espera que antes fallecían a la espera de un órgano. No es la única ventaja, las principales complicaciones del trasplante derivan de la inmunosupresión (infecciones, tumores o vasculopatía del injerto). Estos dispositivos no necesitan inmunosupresión. Aunque, en este momento, hay dos limitaciones importantes: por un lado la necesidad de mantener un cable externo para alimentar las baterías y que es una fuente de infección, porque mantiene la comunicación del interior del organismo con el exterior. Por otro lado, los riesgos trombo-embólicos del sistema que precisan una cuidadosa anticoagulación.

Este joven cardiólogo, tiene 35 años, habla con la pasión de quien sabe que realiza una labor importante para personas que se encuentran entre la vida y la muerte. Reconoce que su trabajo le permite tener un contacto directo con los pacientes, desde los crónicos a los agudos. De ahí ya haya aprendido que hay que saber que meterse en los zapatos de otros, pero sin atarse los cordones ●



Durante dos años se formó en esta alternativa terapéutica al trasplante cardiaco, en un centro hospitalario de Hannover, en Alemania.

# ***Nuevo TC de última generación para los estudios cardiológicos:***

## **“El TC que todo lo ve”**



Este nuevo TC supondrá hasta un 82 por ciento de reducción de dosis a los pacientes y permitirá evitar procedimientos gracias a la adquisición de información en una única exploración.

El TC (Tomografía Computarizada) es una técnica diagnóstica que permite evaluar con gran precisión cualquier parte de la anatomía. En el ámbito de la cardiología es una herramienta de gran utilidad para el diagnóstico no invasivo muchas enfermedades cardiacas, como la enfermedad de las arterias coronarias o las anomalías de éstas, el estudio de la aorta y sus ramas, la aurícula izquierda y las venas pulmonares. En el Hospital Clínico de Valladolid comenzamos a realizar este tipo de estudios en 2008 y llevamos realizados desde entonces más de 3000 estudios.

En noviembre del 2018 comenzó a utilizarse un nuevo TC adquirido en el hospital, de última generación. Este permite realizar estudios de alta calidad y con menores dosis de contraste y radiación. Se trata de un TC de 128 detectores, único en España, que permite realizar estudios cardiacos con gran rapidez. Está ubicado en el semisótano del hospital, dentro del Servicio de Radiodiagnóstico y en él se realizan estudios cardiológicos las mañanas de los martes por parte de un cardiólogo y un radiólogo. Ofrece como principales ventajas frente al TC de 64 detectores utilizado hasta ahora:

- No está afectado por la frecuencia cardíaca del paciente.
- Puede realizarse en pacientes con arritmias cardíacas controladas (principalmente en fibrilación auricular).
- Conlleva una disminución drástica de la dosis de radiación.
- Disminución de la cantidad de contraste necesaria para realizar el estudio.

Frente a la coronariografía invasiva (conocido como cateterismo cardíaco) ofrece la ventaja de no precisar ingreso, pues es una prueba ambulatoria poco invasiva en la que la administración del contraste se realiza por una vía venosa periférica. Se trata además de una prueba muy segura, con un escasísimo índice de complicaciones.



De izquierda a derecha, **3D TAVI**: reconstrucción tridimensional de la aorta y eje iliofemoral en paciente al que se va a realizar un implante de TAVI. La medición precisa del anillo aórtico y el tamaño de las arterias de acceso es imprescindible para poder realizar la intervención. **3D bypass**: reconstrucción tridimensional de paciente intervenido de bypass aortocoronario. Se observa el bypass que nace de la aorta y se anastomosa a la arteria coronaria del paciente. **Volumen 3D coronarias**: reconstrucción tridimensional del árbol coronario. **Reconstrucción 3D aurícula izquierda**: reconstrucción tridimensional de la aurícula izquierda necesaria para realizar los procedimientos de ablación de venas pulmonares en electrofisiología.

Su utilización en los pacientes cardiológicos permite una gran precisión diagnóstica con una exploración más breve y una menor exposición a radiaciones ionizantes.

En su diseño se ha tenido en cuenta hasta el último detalle, incluso el ambiente en la sala puede adaptarse para una mayor comodidad del paciente, mediante reguladores de colores e intensidad de la luz ambiental y un techo panorámico.

También se ha adquirido una nueva plataforma de análisis para TC, gestionada desde un servidor central. Dentro del paquete de análisis de cardiología se incluyen un gran número de herramientas de postprocesado y análisis de la imagen (para análisis coronario automático, caracterización de la placa aterosclerótica, análisis de imagen centrado en el implante de prótesis aórtica percutánea, orejuela izquierda, venas pulmonares, estudios de perfusión miocárdica...) que facilitan y agilizan la obtención de los datos diagnósticos necesarios en estos estudios.

Este nuevo TC debe seguir siendo la técnica de referencia para el despistaje de enfermedad coronaria en pacientes de riesgo bajo o intermedio, en la valoración previa a implante de TAVI y en la ablación de venas pulmonares. Además, debe convertirse en la técnica de elección para el despistaje de enfermedad coronaria en pacientes que van a ser intervenidos de una valvulopatía ●

Este TC ofrece un conjunto de herramientas inteligentes diseñadas para lograr las mejores imágenes con mayor eficacia. También cuenta con luz led de colores y una proyección en la parte superior, para que el paciente pueda relajarse.



De izquierda a derecha, las doctoras Teresa Sevilla y Ana Revilla, Raúl Corredera (Técnico de radiodiagnóstico) y F. Javier Araujo (enfermero).



El radiólogo, Israel Sánchez, Teresa Sevilla (cardiólogo) y Ana Revilla, responsable del Área de Imagen del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico.

# UCI para pacientes cardíacos: ***la primera línea de atención de las afecciones críticas o complicaciones cardiovasculares***



La patología cardiovascular aguda, con frecuencia, obligan a la toma de decisiones complejas, no demorables y de gran repercusión para el pronóstico del paciente.



*El manejo de pacientes con patología cardiovascular en situación crítica es algo frecuente tanto en servicios de urgencias como en unidades coronarias.*

En su primer año de vida, la nueva Unidad de Cuidados Agudos ha tenido un total de mil ingresos. El aumento del número de camas ha permitido que se pueda adecuar más a la demanda, y se ha renovado y actualizado el aparataje, lo que ha permitido que se incremente la cifra de ingresos en un 8%. Los datos de rendimiento hospitalario de nuestra unidad apoyan una gestión eficiente de la hospitalización. Con la nueva ubicación, la proximidad física con el área de hemodinámica y electrofisiología facilita la coordinación y el tiempo de respuesta de situaciones críticas, donde el tiempo es crucial.

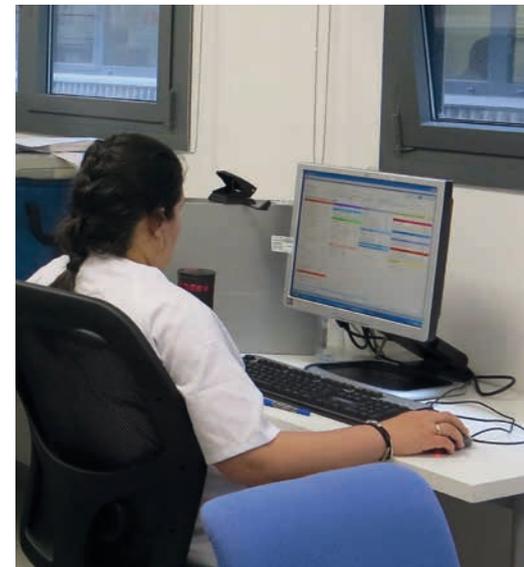
Estas mejoras se han alcanzado porque, en diciembre del 2017, se inauguró el área de cardiología en la Zona nueva, en la planta baja del Hospital, donde finalmente nos trasladamos el 7 de enero del 2018. Disponemos de dos zonas de hospitalización contiguas. La primera zona, que nos encontramos cuando accedemos a la Unidad, es la "Zona de agudos". Este espacio consta de 8 boxes cerrados y un box abierto. La disposición del control de enfermería situado en el centro permite una inspección visual de los enfermos. La siguiente estancia es la "Zona de intermedios"; está compuesta por un espacio abierto con 4 boxes con sistemas de monitorización y equipamiento, que permite realizar las técnicas oportunas que estos enfermos pueden requerir.

Las unidades coronarias empezaron a desarrollarse en la década de los



*Muchos de los pacientes que ingresan se encuentran en estado crítico e inestable; necesitan monitorización y tratamiento intensivo, que no puede ser proporcionado fuera de esta Unidad.*

Habitualmente, en la Unidad de cuidados cardiológicos agudos ingresan pacientes con procesos agudos, graves, y potencialmente recuperables. Requieren de cuidados médicos y de enfermería constantemente.



*En esta área trabajan tres cardiólogos a tiempo completo, dos residentes de Cardiologías, 31 enfermeras y 20 TCAE.*

La expansión de las unidades coronarias ha ido evolucionando hasta convertirse en unidades de **cuidados intensivos cardiológicos**, que brindan atención crítica integral a pacientes con afecciones o complicaciones cardiovasculares.



La particularidad de esta Unidad es que el paciente se halla constantemente bajo la vigilancia del equipo de Intensivos, que se compone de personal médico, enfermería, auxiliares y personal técnico.

La ventilación mecánica, la terapia de depuración extrarenal, la infusión de vasopresores y otros procedimientos no cardíacos son elementos esenciales en las unidades actuales.

como son el reemplazo renal continuo (similar a una diálisis continua), técnicas de ventilación mecánica invasiva (con intubación) y no invasiva (sin intubación) y asistencia circulatoria (Impella CP, ECMO y balón de contrapulsación). Es decir, es una "UCI" de pacientes cardíacos que ofrece una atención integral a pacientes con afecciones críticas o complicaciones cardiovasculares.

Nuestro servicio es referente del Trasplante cardíaco en la comunidad de Castilla y León; esto implica que atendamos a pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada. La unidad coronaria dispone de asistencias ventriculares (Impella CP y ECMO) para dar apoyo a pacientes con esta patología. La actividad de la Unidad de hemodinámica destaca en el tratamiento con intervencionismo coronario e intervencionismo valvular complejo. La vigilancia pre y post intervencionismo de estos pacientes es frecuente que se lleve a cabo en nuestras camas.



La plantilla de profesionales encargada del cuidado de estos pacientes debe ser multidisciplinaria. El personal de enfermería se encuentra entrenado para detectar los problemas que puedan acercarse en fase muy precoz, y para actuar coordinadamente con el equipo médico en su resolución.

años sesenta con el objetivo de vigilar y tratar las arritmias potencialmente mortales del infarto agudo de miocardio. El avance de estas unidades ha conllevado tomar una actitud más activa en el tratamiento del infarto, lo que ha disminuido la mortalidad por esta causa. También ha permitido el tratamiento de otras patologías cardiovasculares agudas y graves como la insuficiencia cardíaca aguda y shock cardiogénico, las arritmias graves, las valvulopatías descompensadas, la patología aórtica aguda y el embolismo pulmonar. Es decir, la Unidad Coronaria o Unidad de Cuidados Agudos Cardiológicos es la zona de hospitalización del paciente con enfermedad cardíaca aguda o enfermedades graves en pacientes cardiopatas. Esto requiere una monitorización especial con sistemas de control de las constantes vitales (oxigenación y ventilación, ritmo cardíaco, sedación y sistemas complejos de valoración hemodinámica). En ella se realizan todo tipo de técnicas de soporte vital

como son el reemplazo renal continuo (similar a una diálisis continua), técnicas de ventilación mecánica invasiva (con intubación) y no invasiva (sin intubación) y asistencia circulatoria (Impella CP, ECMO y balón de contrapulsación). Es decir, es una "UCI" de pacientes cardíacos que ofrece una atención integral a pacientes con afecciones críticas o complicaciones cardiovasculares.

En la Unidad de Cuidados Agudos Cardiológicos trabajan tres Cardiólogos (Gemma Pastor, Alfredo García, Aitor Uríbarri) a tiempo completo y dos residentes de Cardiología de nuestro hospital. También se solicita como rotación en Cuidados Agudos Cardiológicos por médicos especialistas en formación de otras comunidades. El personal enfermero está compuesto por una Jefa de Unidad de Enfermería (Lucía Capella), 31 enfermeras y 20 TCAE, que, además, se hacen cargo de atender a la Zona de sillones (pacientes a los que se les ha realizado o se les va a realizar un procedimiento intervencionista en Hemodinámica o Electrofisiología) ●

## ***Dos profesionales sanitarias***

# bien coordinadas

Estas dos mujeres, Elva López y María Jesús Mantecón, son la memoria de la Unidad de Cuidados Agudos. La primera, enfermera, lleva 31 años en el mismo puesto; la segunda, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, casi toda una vida, 42 años, y está, a punto, de jubilarse. Siempre han formado un tándem, un equipo en el que apenas es necesario hablar. Solo con la mirada saben la labor que tiene que asumir cada una de ellas. Entre sonrisas, aseguran que “nos pasamos la jornada discutiendo entre nosotras”, una forma de paliar que el trabajo que tienen encomendado es intenso, “muy estresante y casi “adrenalico”, pero, al unísono responden, “no lo cambiamos por otro, la labor bien hecha compensa tanta presión”. Saben que apenas hay descanso en su jornada laboral. Que es imprescindible saber coordinarse en equipo y tomar decisiones rápidas, porque la vida de los pacientes está en sus manos. Reconocen

*Elva López, enfermera, a la izquierda, y María Jesús Mantecón, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, suman más setenta años trabajando en la Unidad de Cuidados Agudos.*



Ambas recuerdan los nombres de muchos de los pacientes. Sus patologías. Las conversaciones, La alegría cuando se van recuperados; y la aflicción cuando, a pesar de los cuidados, no salieron adelante.

que, hay turnos, en los que no pueden salir de la habitación donde se encuentra el enfermo, porque necesitan una atención continua. Afirman que, además de disponer de una buena formación, para actuar en situaciones límites, es preciso contar con empatía, porque tratan con personas que han visto la muerte cerca. Cuentan que, muchos, ingresan en la Unidad de Coronarias con miedos; otros están enfadados con todo el mundo. Y dan razones para este malestar, no es fácil asumir con buen humor que están encamados, con ventilación mecánica y conectado a muchos aparatos. Aseveran que, el trato con tantas personas les ha enseñado que hay que saber guardar silencio y mantener una sonrisa. Con muchos, llegan a crear una especie de afinidad indeleble, porque pasan muchas horas solos en el box y su única compañía son ellas. En este punto de la conversación, comienzan a recordar a pacientes que han pasado por la Unidad. Recuerdan sus nombres. Sus patologías. Conversaciones. Anécdotas. Alegrías cuando se van, totalmente, recuperados; y aflicción cuando, a pesar de los cui-

dados, no salieron adelante. Aquí, encadenan nombres, sobre todo, de gente joven. A pesar de esta presión, sin embargo, se muestran encantadas con su actividad diaria. Saben que se encuentran en la primera línea de fuego de la cardiología. Allí donde recalán los casos en donde la pericia técnica y la rapidez, de todo el equipo, son parte del éxito.

Ambas, echan la vista atrás y recuerdan que, hace más de tres décadas, la Unidad Intensiva de Cardiología se encontraba en la planta baja del hospital Clínico. Era la época del doctor Caro Patón, como jefe del Servicio de Cardiología. Contaban con cuatro camas y, entonces, no se practicaba el cateterismo. Los enfermos solían estar ingresados, una media de más de 15 días. Algunos, hasta nueve meses, hasta que les daban el alta. En aquellos tiempos, el objetivo era mejorar la atención a los pacientes después de un síndrome coronario agudo, haciendo un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado de las arritmias posinfarto. Todo cambió con la implantación de la Unidad de Hemodinámica. Los tiempos se acortaron y el panorama de la atención a los pacientes ingresados en esta unidad de cuidados cardiológicos agudos (UCCA) ha sufrido cambios importantes, con una reorganización de su estructura. Última tecnología, mejores instalaciones y un mayor

número de profesionales. Los protocolos y las guías clínicas se han adaptado rápidamente y han incorporado las nuevas estrategias terapéuticas. En esta última etapa, los pacientes, con la prolongación de la vida, en muchos casos son ancianos, y con una elevada frecuencia de comorbilidades no cardiovasculares. Lo que complica el diagnóstico y el tratamiento. La atención se ha desplazado del síndrome coronario agudo hacia el shock, los cuidados posparada cardiaca, y otras afecciones no isquémicas.

Escuchar a Elva y a María Jesús es acercarse a ese territorio inestable donde quien entra se encuentra, habitualmente, en un estado crítico. La pericia del cardiólogo es determinante y el siguiente eslabón de la cadena, donde se encuentran ellas, tiene que funcionar correctamente para aplicar el tratamiento correctamente. Lo saben, pero también son conscientes de la importancia de la atención cercana. Del poder de la palabra para tranquilizar a quien sabe que su salud se encuentra en manos de otros. Y, sobre todo, de imponerse dejar la tensión cuando sales del hospital. Una reflexión de dos veteranas de Coronarias: aquí, ni hay que traer problemas, ni hay que llevarselos ●



Estas dos profesionales saben que apenas hay descanso en su jornada laboral. Que es imprescindible saber coordinarse en equipo y tomar decisiones rápidas, porque la vida de los pacientes está en sus manos.

***Raquel Yotti******Directora del Instituto de Salud Carlos III***

“El médico  
investigador  
aporta valor”



Raquel Yotti (Madrid, 1973) ha pasado de la investigación y la clínica, a la gestión. De ser jefa de Cardiología Clínica en el Hospital Gregorio Marañón, de Madrid; a la dirección del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Este año, participó en el XI Curso Gestión Investigación Biomédica, organizado por el Instituto de Ciencias del Corazón (Icicor). La gran apuesta de Yotti es crear un plan estratégico a cinco años, para que los siguientes responsables de este centro lo tengan más fácil. Asegura que la miopía política, que no ha entendido la necesidad de invertir en investigación “ha supuesto un error conceptual con resultados catastróficos no sólo para la Ciencia, también para el progreso económico y social de España”.

Si queremos tener verdadero impacto sobre la mortalidad, los cardiólogos tenemos que asumir el papel que nos corresponde en el desarrollo de estrategias innovadoras de prevención y de diagnóstico muy temprano.

*El XI Curso Gestión Investigación Biomédica pretendió, un año más, ayudar a los clínicos en el enrevesado mundo de la gestión y burocracia de la investigación biomédica, y para orientarlos en las líneas estratégicas en la investigación.*

**¿Por qué la financiación para investigaciones biomédicas es el talón de Aquiles de la medicina española?**

A lo largo de la última década se ha considerado que la financiación de la investigación es un gasto que puede ser recortado o eliminado, con el supuesto objetivo de mantener los servicios. Sin embargo, los datos actuales demuestran que este error conceptual ha tenido graves consecuencias sobre la competitividad y el progreso de nuestro país. En el Sistema Nacional de Salud, al igual que ocurre en cualquier empresa, asegurar una inversión adecuada en I+D+i es indispensable para asegurar la sostenibilidad, la eficiencia y la calidad del servicio. Si no conseguimos cambiar la tendencia, el propio Sistema Sanitario estará en una situación de extrema vulnerabilidad.

**Usted es investigadora y, como sus compañeros, ha padecido la falta de recursos para seguir investigando. ¿Cómo se enfrenta, ahora, a tener que ofrecer soluciones?**

Es una gran responsabilidad que he afrontado con el convencimiento de que, si existe voluntad política, es posible articular medidas que cambien el panorama científico español. Hacen falta recursos, pero además, hacen falta medidas que faciliten la gestión de los proyectos científicos. Conozco la generosidad de los investigadores, su sacrificio, y su compromiso. Por ese motivo también entiendo su frustración. Ojalá tengamos el tiempo suficiente para poder finalizar la tarea que hemos emprendido.

**Usted es cardióloga, ¿hacia dónde hay que concretar los esfuerzos en la investigación en esta especialidad?**

A pesar de todos los esfuerzos, las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de muerte en Occidente. Si queremos tener verdadero impacto sobre la mortalidad, los cardiólogos tenemos que asumir el papel que nos corres-



ponde en el desarrollo de estrategias innovadoras de prevención y de diagnóstico muy temprano. Para ello es necesario articular y fortalecer líneas de investigación que integren el desarrollo de biomarcadores de gran complejidad con información epidemiológica y de exposición ambiental. Es importante continuar buscando soluciones para reparar el daño sobre el miocardio cuando éste ya se ha producido, pero el verdadero reto es evitarlo.

**Hasta su nombramiento, usted ejercía como facultativa en el Servicio de Cardiología del Hospital Gregorio Marañón, de Madrid. Ahora, desde su puesto de gestión, tiene una visión global del estado de la investigación en nuestro país. ¿Es aceptable? ¿Cuáles son los retos?**

En el Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón la investigación, la asistencia, y la docencia se consideran elementos indispensables e irrenunciables, y los problemas de los pacientes se comparten y se resuelven en equipos multidisciplinares. En este ecosistema tan especial es fácil y casi necesario desarrollar investigación; forma parte de la cultura de la organización. Es triste comprobar como a lo largo de la geografía española se están perdiendo grupos científico-clínicos sólidos porque sus líderes académicos se jubilan y no existe recambio. No es aceptable la falta de apoyo institucional a la investigación en algunos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Uno de los mayores retos que tenemos ante nosotros es la desaparición de los clínicos investigadores.

**¿Hasta qué punto es importante que los investigadores, compatibilicen esta labor con la clínica médica?**

Puedo asegurar con convicción que en aquellos lugares en el que los clínicos desarrollan investigación, los pacientes se benefician de los últimos avances de la Medicina de forma más ágil. Del mismo modo, cuando los investigadores están inmersos en la actividad asistencial, son capaces de identificar de forma más eficaz los verdaderos problemas de los pacientes y plantean líneas de investigación que tienen mayores posibilidades de transferencia a la clínica. La Sanidad y la sociedad en su conjunto necesitan investigadores clínicos.

**Usted trabajó como becaria en el Instituto de Salud Carlos III, del que ahora es directora. ¿Qué aprendió en esa etapa que le sirviera en su trabajo posterior?**

Aprendí que en la investigación, como en la vida, no existen atajos, y que solo es posible avanzar con muchísimo trabajo y con rigor. Aprendí que es preciso caminar sin mirar a los lados, siguiendo un objetivo y con la vista puesta en el horizonte para no perderse por caminos que parecen ser más cortos o más seguros. Con tenacidad y con buenos compañeros de viaje. Me servirá el resto de mi vida.

**En los albores del siglo XXI hay quienes defienden que el objetivo de la medicina tiene que ser prolongar la vida, no sería mejor apostar por procurar el bienestar personal.**

La Medicina, desde sus orígenes profundamente arraigados en los valores humanistas, ha seguido el principio de beneficencia, es decir la búsqueda del bien del enfermo. Junto a este valor fundamental, se han logrado grandes progresos en el reconocimiento de la libertad de decisión del enfermo y del respeto hacia su dignidad, pero es necesario continuar avanzando en estas libertades individuales. En este marco ético, considero que las líneas de investigación dirigidas a aumentar la longevidad no son excluyentes, sino complementarias a aquellas que pretenden asegurar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias ●

Es triste comprobar como a lo largo de la geografía española se están perdiendo grupos científico-clínicos sólidos porque sus líderes académicos se jubilan y no existe recambio.

# Tesis doctorales

## *para avanzar en la resolución de las enfermedades cardiacas*



Carlos Cortés y Pablo Elpidio García leyeron sus tesis doctorales en la Universidad de Valladolid, tras realizar el MIR en el Servicio de Cardiología del Hospital Clínico de Valladolid.

La investigación de Carlos Cortés demuestra que el implante de TAVI en pacientes con patología mitral no incrementa el riesgo de la intervención y en determinados pacientes podemos mejorar también la patología mitral y además predecir en quienes tendremos dicha mejoría.

Las tesis doctorales en medicina son trabajos de investigación original que tratan sobre una materia científica, y se realizan tras un periodo docente orientado a prepararse como investigador. Eso lo que hicieron **Carlos Cortés** y **Pablo Elpidio García**, mientras realizaban su formación MIR en el Servicio de Cardiología de nuestro hospital.

La que preparó Carlos Cortés, leída ante el tribunal en enero de 2019, surgió de su trabajo diario en la Unidad de Hemodinámica del Hospital Clínico. Antes, había realizado el MIR en este servicio de Cardiología, y, desvela que, “desde mis primeros años de formación en el Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid se me inculcó la necesidad de investigar, de hacer avanzar el conocimiento con el objetivo de poder ofrecer a nuestros pacientes las terapias que hayan demostrado ser las más beneficiosas”. De ahí que, de la mano del Dr. Amat, se introdujo en la posibilidad de implantar prótesis valvulares a través de técnicas percutáneas, sin necesidad de anestesia general y de cirugía convencional. Entonces, enfatiza, “me atrajo desde el principio”. Ambos facultativos comprobaron que la presencia concomitante de enfermedad mitral y aórtica era un aspecto en el que todavía “no teníamos el suficiente conocimiento sobre la mejor estrategia a seguir”.

Con este trabajo científico, ha conseguido estudiar el impacto que tiene padecer enfermedad asociada en la válvula mitral en los pacientes que reciben TAVI para solucionar su problema en la válvula aórtica.



Actualmente, Carlos Cortés forma parte de la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de nuestro hospital.

Con un registro multicéntrico liderado por el ICICOR y que han participado los centros más importantes en la cardiología nacional se ha estudiado como influye tener insuficiencia, estenosis o ser portador de una prótesis de la válvula mitral en los pacientes con estenosis aórtica que reciben TAVI. Se ha podido estudiar a más de 2500 pacientes y se ha comparado el pronóstico de los que presentan enfermedad también en la mitral con respecto a los que la presentan sólo en la válvula aórtica.

La investigación ha comprobado cómo la mayoría de los pacientes que reciben TAVI experimentan también una mejoría en la insuficiencia mitral además se ha desarrollado una calculadora online para poder predecir dicha mejoría. Se ha comprobado que factores influyen en el éxito del procedimiento en los pacientes ya sometidos previamente a intervención sobre la válvula mitral y cómo esta situación no aumenta el riesgo de la intervención.

En definitiva, la Tesis Doctoral del doctor Carlos Cortes ha demostrado que el implante de TAVI en pacientes con patología mitral no incrementa el riesgo de la intervención y en determinados pacientes podemos mejorar también la patología mitral y además predecir en quienes tendremos dicha mejoría.

Por su parte, Pablo Elpidio García, tuvo la oportunidad de la realizar la formación MIR, también en el Servicio de Cardiología del Hospital Clínico de Valladolid y unirse al equipo que estudia la endocarditis infecciosa, una enfermedad caracterizada por la infección del endocardio principalmente a nivel de las válvulas cardíacas. Aunque se trata de una patología poco frecuente, es difícil de manejar clínicamente debido a su carácter multisistémico. Valladolid siempre ha estado comprometido con la investigación en este campo.

El doctor García, ya desde su etapa de formación, presentó trabajos en algunos congresos y progresivamente se fue uniendo a las publicaciones científicas del grupo, tanto como autor, colaborador como autor principal.

En este sentido, hace ya 3 años se plantearon la ambiciosa idea de poder predecir el riesgo de mortalidad intrahospitalaria del paciente con endocarditis infecciosa izquierda, y además crear una APP que permitiera el uso de nuestra calculadora de forma fácil y sencilla. No existía nada igual en el campo de la endocarditis infecciosa y, aunque las guías internacionales recomiendan una estratificación pronóstica precoz, no aportan la forma de hacerlo de forma objetiva. Así surgió la idea del trabajo de tesis doctoral. Basándose en variables pronósticas previamente identificadas construyeron una fórmula para el cálculo de la mortalidad intrahospitalaria individual del paciente con endocarditis infecciosa izquierda. De esta forma, en base a las características del paciente (edad, prótesis valvular, diabetes mellitus y presencia de comorbilidades), a la evolución clínica de la enfermedad (insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, shock séptico, hemorragia cerebral e ictus isquémico), a los hallazgos microbiológicos (Estafilococo aureus, hongos y bacilos Gram negativos del grupo no-HACEK) y a los hallazgos de las pruebas de imagen (vegetación, complicación perianular, disfunción protésica o valvular severa, hipertensión pulmonar, disfunción ventricular izquierda), fueron capaces de predecir de forma fiable el riesgo de mortalidad intra-hospitalaria de un paciente con endocarditis infecciosa izquierda.

Esto es muy importante, porque permite la estratificación pronóstica precoz de los pacientes, identificar pacientes de alto riesgo que se pueden beneficiar de decisiones terapéuticas más agresivas con el objetivo de modificar el curso natural de la enfermedad y mejorar el pronóstico de los pacientes. Además, esta herramienta permite una información más objetiva al paciente y sus familiares, y determinar el impacto pronóstico de los cambios evolutivos a lo largo de la enfermedad ●



*Pablo Elpidio es miembro de ENDOVAL, un grupo multicéntrico, del que forman parte el Hospital Clínico de Valladolid junto al Clínico San Carlos y La Princesa, de Madrid, para la investigación en endocarditis infecciosa.*

El estudio de Pablo Elpidio predice el riesgo de mortalidad intrahospitalaria del paciente con endocarditis infecciosa izquierda, y, además, ha creado una APP que permite el uso de una calculadora de forma fácil y sencilla.

# Curso BMV

## *una gran sesión clínica*



Más de 200 personas asistieron a estas jornadas centradas, fundamentalmente, en la atención al paciente, que se desarrollaron en el Centro Cultural San Agustín.

El Curso “BMV” sobre excelencia clínica en cardiología tiene como finalidad contribuir a aumentar la salud cardiovascular de la sociedad mediante un programa de formación médica continuada que fomente la excelencia y el trato humano en el ejercicio clínico de la cardiología, y facilite la toma de decisiones en este campo.

Tras nueve ediciones, el curso BMV, que organizan, conjuntamente, los Hospitales Universitarios Vall d’Hebron de Barcelona, Gregorio Marañón de Madrid y Clínico de Valladolid; continúa demostrando su originalidad y eficacia. Esta alianza propone, anualmente, una gran sesión clínica en la que más de 150 cardiólogos de estos tres centros hospitalarios, y de otros hospitales, que asisten, por su atractivo, ponen en común y debaten sus experiencias, “basadas en la práctica clínica cotidiana de los tres grupos, que, por razones históricas, obedece a una filosofía común de funcionamiento centrado en el paciente”, como resaltan sus promotores. Uno de los asistentes, Vicente Peral, del Hospital Son Espases, de Mallorca, señala que le aportó “una visión más clínica y global de determinadas patologías cardíacas. Poder compartir con otros compañeros de otros centros diferentes opiniones”. Sobre la organización de las distintas mesas, el doctor Peral, que participó como panelista en una mesa sobre cardiopatía isquémica, destaca “la fluidez y espontaneidad, con la que se trataban los diferentes temas”. A Ignacio Amat, cardiólogo intervencionista en el Hospital Clínico de Valladolid, le resultó útil “ya que cada vez más nos centramos en asistir a reuniones muy específicas, centradas en temas de nuestra super-especialidad. Sin embargo en este congreso las mesas de discusión están formadas por personas muy expertas en sus campos, de forma que oyes hablar a los mejores de aspectos que se alejan de tu trabajo diario específico pero que son muy útiles para los pacientes que posteriormente



De izquierda a derecha: Elisabete Alzola, Aitor Urbarri, Manuel Martínez Sellés, Luis de la Fuente y Ignacio Ferreira.



Los asistentes al curso 'BMV' sobre Excelencia Clínica en Cardiología dispusieron de una aplicación móvil con toda la información de las jornadas e, incluso, pudieron votar las preguntas que se plantearon en las distintas mesas de debate.

Otra de las metas de este encuentro fue la de fomentar el trato humano del paciente con enfermedad cardíaca, que en la actualidad recibe una atención "demasiado instrumentalizada". El paciente debe ser considerado y tratado como el principal sujeto y actor de su problema.

*Ignacio Amat, sentado a la izquierda, moderó una de las mesas de debate, en torno a la cardiopatía isquémica.*

ves en una consulta generalista de cardiología o durante las guardias". Ahí radica el éxito de estas sesiones. No sólo abren nuevos escenarios a los facultativos que, a diario, se pueden enfrentar a casos similares, también "es beneficioso sobre todo las personas que están en formación, para que escuchen los diferentes criterios y puntos de vista, como incide el doctor Peral.

Este año, estas jornadas se desarrollaron en Valladolid, entre el 31 de enero y 1 de febrero. Se expusieron una treintena de casos clínicos, "teniendo en cuenta, no sólo las guías de actuación vigentes, sino también las circunstancias reales y actualizadas del problema, las tendencias futuras en este campo y las capacidades y peculiaridades de nuestro medio en relación con todo ello", según rezaba en el programa. Se trataron casos singulares como "TAVI en estenosis aórtica severa y enfermedad coronaria: ¿cómo decidimos si hay que revascularizar?", "Estrategias terapéuticas para la insuficiencia mitral funcional", "Mujer de 81 años con aneurisma de aorta e insuficiencia aórtica severa. ¿Cómo, cuándo y qué tratamos?" o "Con lo fácil que era y le piden estudio genético". Sobre la mesa de debate en la que participó Vicente Peral, donde entre otros casos se trató el de una paciente anciana con SCASEST no complicado, este especialista en cardiología observó que las posibilidades tecnológicas que disponían algunos hospitales, "no se acompañaban de los conocimientos clínicos que yo considero elementales". Por su parte, el doctor Amat, apunta que la mesa que coordinó, sobre cardiopatía isquémica y las nuevas formas de valorar la enfermedad coronaria "se introdujo una perspectiva más fisiológica, es decir valorando más la función que el mero aspecto estructural de si una arteria parece que está más estrecha o no".

Acorde con los tiempos, durante las jornadas, los asistentes podían descargarse la aplicación "Curso BMV" y, además de conseguir toda la información del curso a través de su dispositivo móvil, podían votar los casos clínicos. El auditorio participó, masivamente ●

# 10 consejos

## *para no saltarse el tratamiento*

**¿Se olvida alguna vez de tomar sus medicamentos? ¿Toma los fármacos a la hora indicada? Cuando usted se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos? Y, si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomar la medicación? ¿Se olvida alguna de vez de reponer a tiempo la medicación prescrita?**



*En ocasiones, nuestros hábitos de vida van en contra de lo que el tratamiento farmacológico pretende lograr. Tomar medicación para controlar el colesterol y sin embargo realizar una dieta cargada de grasas animales, fritos y rebozados, no va a conseguir los efectos deseados.*



**S**i ha respondido que no a cualquiera de estas preguntas, aunque sólo sea a una, está incumpliendo el tratamiento que su equipo de salud le ha prescrito. La falta de adherencia a los tratamientos puede ser debida a numerosas causas. El tomar un número elevado de fármacos, que sea preciso partir las pastillas, que el tratamiento sea muy largo o que el paciente considere que no le aporta efectos importantes.

Cuando hablamos de la adherencia al tratamiento, no sólo nos referimos a tomar las pastillas que nos han recetado, si no a hacerlo de la manera correcta. En ocasiones los medicamentos deben ser tomados en ayunas, o al contrario, es preferible administrarlos después de la ingesta. Algunos fármacos requieren ser tomados en un horario muy estricto, y otros fármacos no se pueden combinar entre ellos... Tener todas estas consideraciones en cuenta, ayudarán a que el tratamiento que nos han recetado haga el mayor efecto posible.

Así mismo, hemos de tener en cuenta que el tratamiento de nuestros problemas de salud no sólo se refiere a los medicamentos que hemos de tomar, sino que nuestros hábitos higiénico-dietéticos pueden alterar el efecto de los medicamentos. Hay medicamentos, como el Sintrom, que se ven afectados por

la ingesta de ciertos alimentos (principalmente verduras de hoja verde) por lo que es importante conocer cuales son las recomendaciones al respecto, para realizar el tratamiento correctamente.

En ocasiones, nuestros hábitos de vida van en contra de lo que el tratamiento farmacológico pretende lograr. Tomar medicación para controlar el colesterol y sin embargo realizar una dieta cargada de grasas animales, fritos y rebozados, no va a conseguir los efectos deseados. Sería el mismo caso que el del paciente diabético con tratamiento en pastillas y/o insulina... pero que come dulces e hidratos de carbono refinados.

## ***Decálogo para una buena adherencia terapéutica:***

- 1.** Tome la medicación tal y como se la ha prescrito el médico, no olvide ningún medicamento.
- 2.** Intente seguir los mismos hábitos al tomar la medicación, para evitar olvidos.
- 3.** No tome por su cuenta otros medicamentos o productos de herboristería sin consultar con su médico. Podrían interactuar y no ser adecuado.
- 4.** Siga las recomendaciones dietéticas que le haga su equipo de salud más acorde con su patología y su medicación.
- 5.** El uso de pastilleros diarios o semanales, puede resultar de ayuda para una toma correcta de las dosis. Sobre todo cuando el número de medicamentos es elevado o cuando el paciente tiene dificultades para recordar la medicación que ha de tomar.
- 6.** Aunque el principal interesado en conocer la medicación que toma es el propio paciente, si un familiar conoce la medicación que debe tomar, es más fácil evitar los olvidos o fallos.
- 7.** Cada paciente tiene unas patologías determinadas, que condicionan los medicamentos que pueden o no tomar. Siga los consejos de sus médicos y enfermeras, no modifique tratamientos porque tenga conocidos a los que les haya ido bien o mal con dicho tratamiento.
- 8.** Conozca su enfermedad. Entender por qué un tratamiento puede ayudarle, hace que para usted sea más importante realizar bien ese tratamiento.
- 9.** Si aparecen efectos adversos, a no ser que sean graves, no suspenda el tratamiento por su cuenta. Consulte con un profesional. Los efectos adversos a veces no tienen que ver con su tratamiento. Otras veces, aunque sean debidos al mismo, son efectos habituales al inicio del tratamiento pero que desaparecen a los pocos días.
- 10.** Hable con sus médicos y enfermeras. Antes de iniciar el tratamiento, infórmese de para qué sirve y cuál es la manera correcta de administrarlo. Si le surge alguna duda, póngase en contacto con ellos para resolverla. Su equipo de referencia le conoce a usted y a sus problemas de salud, intentará pautarle el tratamiento que más le beneficie y menos riesgos suponga para usted ●

El tratamiento de nuestros problemas de salud no sólo se refiere a los medicamentos que hemos de tomar, sino que nuestros hábitos higiénico-dietéticos pueden alterar el efecto de los medicamentos.

La actitud y las creencias de los pacientes sobre la eficacia de la medicación, la gravedad de su enfermedad o las capacidades del equipo sanitario desempeñan un papel importante en la adherencia al mismo.



*Las tasas de adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas se sitúan alrededor del 50%. La Organización Mundial de la Salud (OMS), califica la falta de adherencia como un problema mundial de gran magnitud".*

# Menús cardiosaludables



## Cocinar sano y sabroso

De la mano de Rubén Gómez, propietario y cocinero del restaurante La Traviata, en Cuéllar, (calle Francisco de Orantes 9. Teléfono 667 47 79 75), iniciamos una nueva sección con destacados chefs, que elaborarán, para Corazonadas, una serie de menús cardiosaludables y fáciles de realizar. Rubén está especializado en alta cocina, con platos creativos. Uno de ellos es una exquisitez, las alcachofas con huevo, que, quienes lo han probado, cuentan que se disuelven en la boca. Partimos de una buena premisa, cómo utilizar la cocina a nuestro favor para proteger el corazón con buenos platos.

### Ingredientes:

- Alcachofas
- Aceite de oliva
- Limón
- Huevo

### CORAZÓN DE ALCACHOFA A BAJA TEMPERATURA

Lo primero es limpiar las alcachofas. Se ha de retirar lo mínimo, tres capas. Aconsejamos quitar tres capas hasta que tengan, todas, la misma altura. Cortamos las puntas de la alcachofa y frotamos con limón. Ahora mismo, hay en el mercado antioxidantes naturales que no aportan acidez a la alcachofa. Las colocamos en la cazuela hacia arriba y que queden cubiertas de aceite. Las dejamos a 60 grados, de 4 a 5 horas. Si no tenemos termómetros. En la vitro sería en, una escala de 1 a 10, en el 3. Si es con una cocina a gas, a fuego mínimo.

Cogemos la yema de huevo y la metemos en agua caliente, unos 80 grados. Aconsejamos pasar de 70 grados por la salmonela y, de esta forma, nos curamos en salud.

Ponemos el corazón de las alcachofas hacia abajo en una satén con un poco de aceite del confitado y aplastamos para que quede una flor. Damos la vuelta, salamos y ponemos en un plato. Hacemos un hueco con una cuchara y colocamos la yema. A la hora de comer, recomendamos romper el huevo y mezclar todo, ya que nos dará más suavidad al plato ●





**FUTMET DE GAMBAS CON QUINOA Y HUEVAS DE SALMÓN**

Pelamos las gambas y guardamos el cuerpo para la receta posterior. Ponemos en el fuego la olla con aceite el ajo picado y la cebolla. Cuando esté pochado incorporamos las cabezas y las cáscaras de las gambas. Subimos el fuego y agregamos el brandy y el vino, y lo dejamos evaporar. Añadimos la sal y la pimienta. Presionamos con una cuchara de madera para que suelte los jugos. Agregamos el agua y dejamos cocer a fuego bajo/medio media hora. Trituramos dentro de la cazuela y después pasamos por una malla fina y ya tenemos el fumet.

Ponemos a cocer la quinoa con un poco de sal el tiempo, según fabricantes. Una vez cocida, colocamos en un aro para la presentación. Colocamos una gamba pelada encima y unas huevas de salmón con un germinado de ajo. Regamos con el fumet y listo para comer ●

**SALMÓN CON CREMA DE MANGO, FRUTOS ROJOS Y CAMA DE GAMBAS**

Quitamos las tripas de las gambas de la elaboración anterior. Ponemos un papel de horno pintado con un poco de aceite y colocamos las gambas en el centro y tapamos con otro papel. Aplastamos las gambas con ayuda de una cazuela y la metemos al congelador.

Para la crema de mango utilizamos puré de mango, un poco de pimienta y sal y lo trituramos, añadiendo aceite de oliva como si hiciéramos una mahonesa. No nos pasamos para que no pierda el dulzor del mango.

Ponemos aceite en la sartén y marcamos por los dos lados el salmón.

Para la presentación, retiramos con cuidado uno de los papeles del carpaccio. Lo ponemos en el plato y retiramos el otro papel. Salamos y regamos, con un poco de aceite de oliva, no muy intenso, para que no quite protagonismo a la gamba. Colocamos encima el salmón, lo napamos con el puré de mango, que, previamente, lo hemos calentado y ponemos unos frutos rojos y una hojita de menta ●



**Ingredientes:**

- 50 ml aceite de girasol
- 250 gramos gambón
- 1,5 litros de agua
- 1 cebolla
- 1 diente de ajo
- 25 ml brandy
- ½ vaso de vino blanco
- Sal y pimienta



*Rubén Gómez ha sabido combinar la alta cocina con una carta basada en productos de la tierra con sabores exquisitos.*

**Ingredientes:**

- Rodajas de salmón
- Gambón pelado
- Puré de mango
- Aceite, pimienta y sal
- Frutos rojos hojas de menta
- Rodajas de piña

# También es noticia...

## Premios de investigación

Miembros del ICICOR han conseguido varios premios de investigación en los últimos meses. ¡Enhorabuena!

*Pablo Elpidio García se hizo con el premio por un trabajo sobre los fármacos en la miocardiopatía hipertrófica.*

• **Ignacio Amat** ha ganado el 2º accésit al mejor trabajo de investigación publicado en 2018 por algún miembro del hospital clínico de Valladolid.



• **Pablo Elpidio García** el premio al mejor caso clínico publicado por algún miembro del hospital clínico de Valladolid.

• **Álvaro Aparisi** el tercer premio al mejor caso clínico publicado por residentes del Colegio Oficial de Médicos de Valladolid.

• **Susana Bombín**, enfermera del servicio encargada de la televigilancia (seguimiento por internet de marcapasos y desfibriladores) ha ganado el primer premio a la mejor comunicación en el congreso RITMO 2018 celebrado en Barcelona en marzo 2019.



*Álvaro Aparisi Sanz, que es residente de tercer año en el Servicio de Cardiología, presentó el caso clínico titulado "El arte de la curiosidad".*



*El trabajo elaborado por Susana Bombín versaba sobre ¿Los episodios breves de taquicardia auricular detectados en el Holter subcutáneo son predictores de fibrilación auricular?*

## Los expertos en Valladolid

Sergio Cánovas López, Jefe de Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, de Murcia, hablará sobre 'La cirugía cardiaca en el siglo XXI', el próximo 14 de junio.



► **Nuevos tutores de residentes**

Se han incorporado como nuevos tutores principales de residentes **María Sandín, Gemma Pastor y Aitor Urbarri.**

*De izquierda a derecha, los doctores Pastor, Urbarri y Sandín, además de su tarea diaria en el hospital asumen la labor de planificar, supervisar y evaluar a los residentes que realizan su formación como especialistas en Cardiología.*

**Sesiones de actividad de 2018**

Durante los meses de enero y febrero se han realizado sesiones generales en las que se resume la actividad realizada en cada una de las unidades del ICICOR. Entre los datos más destacados, presentamos los siguientes:

Cateterismos cardiacos	3.190
Angioplastias coronarias	1.792
Implantes de TAVIs	87
Ecocardiogramas	8.440
TAC cardiacos	451
Resonancias cardiacas	484
Implantes de marcapasos	290
Implantes de desfibriladores	103
Ablaciones de arritmias	278
Trasplantes cardiacos	13
Artículos publicados	53

**Nuevas incorporaciones al ICICOR**



**Alexander Stepanenko,** experto en trasplante cardiaco y asistencias ventriculares se ha incorporado a la Unidad de Insuficiencia Cardiaca.



**Fabián Julca Grovas,** natural de Perú, se ha incorporado al programa de formación de Hemodinámica en nuestro servicio.



**Oleksandr Shangutov,** residente de 3º año de la Clínica Universitaria de Navarra ha iniciado su rotación en la Unidad Coronaria de nuestro servicio. Próximamente se incorporarán otros residentes que han elegido nuestro servicio para realizar sus rotaciones externas. Bienvenido



## La imagen

# Bienestar pleno

A la gente feliz le gusta compartir su felicidad. He leído investigaciones científicas que demuestran que las personas confiadas y optimistas resuelven los problemas de manera más acertada y en menos tiempo que las pesimistas, malhumoradas o desilusionadas. Me vienen estos pensamientos cuando Consuelo ha pasado por mi consulta. Es una mujer menuda. Ya ha cumplido los setenta. Todos sus males son crónicos. Sin embargo, no pierde la media sonrisa. Se le dibuja en la cara cuando le pido que se cuide más. Responde que no tiene tiempo para ella. Entonces, con una pasión inusitada, me hace partícipe de las peripecias de sus nietos. Los logros profesionales de sus hijos, las tertulias en las comidas familiares y los progresos de su marido, que se recupera de un ictus. “Doctor,

a mi me da vida ver contentos a quienes me rodean, más que las pastillas que usted me receta, ¡que se le va a hacer!”, responde.

Esta mujer, de forma innata, ha interiorizado que no hay mejor fórmula para transitar por la vida que saborear durante el mayor tiempo posible, intencionadamente, los acontecimientos positivos, los momentos de alegría. Se ejercita para valorar más la parte buena de su existencia que los acontecimientos negativos. Cuantas más personas atiendo en mi consulta, mas compruebo que la felicidad innata es la que fluye como la sangre por las venas y que tiene que ver con estar vivo. Es un estado de placidez incontrolable, de la misma manera que la respiración o el crecimiento del pelo; y siempre está disponible ●

