

corazonadas

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

agosto 2016 # nº 18

Médicos de Atención Primaria se forman en Cardiología

El ICICOR, a la cabeza en Proyectos de Investigación de Salud

Asistencia ventricular de larga duración,
éxito de un trabajo coral



Sumario nº 18 # agosto 2016

Entrevista con...

03 Susana Bombín

Asistencial

04-09 Asistencia Ventricular de larga duración, éxito de un equipo multidisciplinar

Formación

10-11 Sesión de Imagen Cardíaca: un clásico renovado

12-13 Cardíofamilia, médicos de Atención Primaria aprenden Cardiología

Entrevista

20-21 José Ignacio Gómez-Herreras / Jefe del Servicio de Anestesiología y Reanimación

Visitas

18-19 Bachilleres en Cardiología

Investigación

18-19 El ICICOR, líder en Proyectos de Investigación para la Salud

En primera persona

16-17 Gonzalo Fernández Palacios: "Por qué elegí Cardiología"

Actualidad del ICICOR

22-23 También es noticia...

Contraportada

24 Deseo



El 15 de marzo de 2016 un equipo multidisciplinar del Hospital Clínico Universitario, coordinado por el Servicio de Cardiología, realizó, con éxito, el primer implante de corazón artificial de larga duración.

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

Dirección:

José Alberto San Román Calvar

Redacción:

Javier López, Ana Revilla, Lucía Capella, Berta Velasco, Pedro Mota y Gonzalo Fernández Palacios.

Diseño y maquetación:

Cultura y Comunicación

Fotografía:

© Eduardo Margareto y Archivo ICICOR

Ilustraciones:

© Silvia Plana García

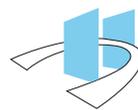
Imprime:

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...

Susana Bombín

Enfermera responsable de la Televigilancia

Susana Bombín apenas lleva nueve meses al frente de la consulta de enfermería de Televigilancia y se muestra asombrada por la efectividad de esta actividad clínica, que depende de la Unidad de Electrofisiología. “Mi trabajo es prevenir sucesos y es tremendamente gratificante comprobar cómo te adelantas a muchos acontecimientos que pueden suponer un riesgo para el corazón del paciente”, comenta esta joven profesional, que pasa buena parte de su jornada laboral frente a un ordenador estudiando la información que recibe de cada uno de estos enfermos cardíacos. El fin es detectar, de forma precoz, tanto problemas en el funcionamiento de estos dispositivos médicos implantados, como en la salud de sus portadores. Los datos son elocuentes. El número de pacientes con marcapasos, desfibriladores automáticos (DAI) y Holter subcutáneo, a los que se les realiza este seguimiento telemático desde el Servicio de Cardiología del Hospital Clínico, supera los 900. Mensualmente, revisa en torno a 280 dispositivos y deriva a consulta a una media de 20.

Una de las grandes ventajas de su trabajo es que estas personas no necesitan acudir a la consulta en el hospital, salvo que se les detecte alguna anomalía. La telemonitorización ahorra hasta el 50% de las visitas presenciales de estos enfermos con patologías crónicas. Muchos de ellos no residen en Valladolid, por lo que las ventajas son múltiples. Además, todos los pacientes tienen comunicación directa con Susana. La pueden llamar por teléfono (983-42.00.26 extensión 86944) para informarle de cualquier incidencia. Desde, “preguntarme si el transmisor permanecerá conectado, porque se marchan de vacaciones, hasta comentar que tienen palpitaciones o notan un pinchazo en el corazón”, relata Susana, a la que le gusta poner cara a los enfermos que atiende y que ellos sepan a quien transmiten sus incertidumbre, porque, “es importante crear un vínculo”. De ahí que esté presente en la consulta semanal de resincronización a la que tienen que acudir, periódicamente, estos enfermos que sufren todo tipo de arritmias y que atiende el doctor Jerónimo Rubio. La enfermera explica que el paciente, si tiene un evento, se lo comunica. Otras veces, desde el propio hospital, esta enfermera se adelanta a una incidencia y pide al paciente que se acerque al centro sanitario para que pase consulta.

Este sistema funciona con Internet y un módem que el paciente puede tener en su mesilla de noche y que se conecta por telefonía móvil o por wifi, de forma que el dispositivo implantado (desfibrilador o marcapasos), manda la información a través de la Red.

Susana Bombín también destaca que, desde la Unidad de Arritmias, trabajan con otros servicios del Hospital, como Neurología, ya que comparten pacientes, como los que han sufrido un ictus y se les ha implantado un holter. “Cuando comencé me parecía interesante mi trabajo, ahora, la satisfacción es mayor, ya que conseguimos adelantarnos a muchos eventos y los pacientes saben que están permanentemente atendidos”, comenta esta joven enfermera que no tiene reparos en reconocer que considera su labor como “muy útil”, y, apunta otra línea de trabajo, “a través de esta consulta, se pueden hacer muchos estudios de investigación” ●



Susana Bombín.

La telemonitorización ahorra hasta el 50% de las visitas presenciales en el hospital de estos enfermos con patologías crónicas”



Asistencia ventricular

de larga duración, éxito de un equipo multidisciplinar

Antes de la intervención, el paciente, un hombre de 68 años, suspiraba por “tener una cierta calidad de vida”. Se emocionaba, estaba intranquilo, “me van a poner un motorcito”, comentaba mientras recordaba que el primer infarto le vino un 23 de abril y, luego, llegaron otros, encadenados. Llevaba siete meses en lista de espera y el corazón para realizarle el trasplante, no llegaba. Su cardiólogo, Luis de la Fuente, coordinador de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca, le ofreció una solución, implantarle un dispositivo de asistencia ventricular de larga duración. No fue complicado convencerle, pues llevaba varios meses en lista de espera, y, él mismo, se daba cuenta del deterioro que sufría. Era consciente de que se le iba aplicar una técnica que, hasta el momento, no se había realizado jamás en el Hospital Clínico de Valladolid. La intervención se llevó a cabo el 15 de marzo de 2016. Hoy, después de pasar por el quirófano y tras, varios días de hospitalización, ya está en casa. Han desaparecido los ahogos y el cansancio. Actualmente, puede llevar una vida casi normal, con una primera indicación, tiene que estar pendiente de tener cargada la batería de ese pequeño “motorcito”, que le acompaña permanentemente y le bombea su corazón. Según el doctor de la Fuente, a este paciente le ha costado la adaptación, pero lo ha conseguido y “ha mejorado, notablemente, en su calidad de vida”, con algunos inconvenientes, eso sí, “como estar enganchado por un cable a unas baterías”.

La alegría de este vecino de Valladolid y de su familia es similar a la del equipo multidisciplinar del Hospital Clínico Universitario que, coordinado por el Servicio de Cardiología, participó en la realización, con éxito, del primer implante de corazón artificial de larga duración. Trabajaron, conjuntamente,



El dispositivo aspira la sangre del ventrículo izquierdo para inyectarla en la aorta y va conectada a través de un cable en unas baterías externas.

A la izquierda, los doctores Di Stefano y Schueler, responsables principales de la intervención.

El cirujano Salvatore Di Stefano, que dirigió esta intervención quirúrgica, destaca que, la principal dificultad, fue “la formación y coordinación de todo el personal implicado”.

Fue tal la expectación que despertó esta primera intervención que el quirófano casi se llenó. En completo silencio, otros profesionales y residentes quisieron seguir de cerca los detalles del trabajo del equipo que encabezaba el doctor Di Stefano.

las áreas de Cardiología, Anestesia, Cirugía Cardíaca y las supervisoras de enfermería. Para el doctor San Román, “es muy satisfactorio comprobar que se han realizado las acciones y que se ha cumplido el primer objetivo: poner una asistencia de larga duración con buen resultado para el paciente”. El jefe del Servicio de Cardiología, destaca que, “es un honor trabajar con tanta gente comprometida con la salud de nuestros pacientes e ilusionada con el programa de asistencias ventriculares”.

Quirófano

La intervención la dirigió el doctor Salvatore Di Stefano, coordinador del Programa Quirúrgico de Trasplante Cardíaco y Asistencia Ventricular del Clínico. Asegura que, la principal dificultad, fue “la formación y coordinación de todo el personal implicado”. El concepto de asistencia mecánica de larga duración implica un cambio conceptual del tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Este mensaje había que introducirlo para que “todos utilizásemos el mismo lenguaje y aplicásemos la misma visión de futuro”. Cuando el corazón



pierde su capacidad de bombear, hasta ahora, no ha habido una alternativa terapéutica válida. El trasplante ha representado la única solución eficaz. Se han utilizado técnicas quirúrgica de remodelado ventricular que no han solucionado la raíz del problema. Con estos dispositivos “intervenimos en el mecanismo clave de la actividad del corazón que es su función de bomba”, concluye Di Stefano.

Este veterano cirujano explica que la operación en si no es de las más complicadas. Pero, tiene unas peculiaridades técnicas específicas que se solventan sin problemas con el periodo de formación previo. Y desvela, “es cierto que es necesarios instaurar una circulación extracorporea para ayudar el corazón durante el implante, pero no es necesario pararlo como en otras cirugías convencionales”.

Por otro lado, Luis de la Fuente, acostumbrado a la tensión y velocidad que hay que imprimir a todo el equipo cuando se activa la llegada de un corazón para un trasplante cardiaco, señala que, ambas intervenciones “son similares en la complejidad, pero con una ventaja grande hacia la asistencia ventricular: esta segunda, se puede programar. El trasplante surge cualquier día y a cualquier hora y la coordinación tiene que ser milimétrica”.

Tanto el trasplante cardiaco como la Asistencia Ventricular son intervenciones similares en la complejidad, pero con una ventaja grande, la segunda, se puede programar. El trasplante surge en cualquier momento y la coordinación tiene que ser milimétrica.





La formación, de cardiólogos, cirujanos y enfermeros, se ha llevado a cabo en Newcastle (Inglaterra) con el especialista Stephan Schueler, que acudió a Valladolid para esta primera intervención en el Clínico.

De izquierda a derecha: Gregorio Laguna, Inés Sayago, Salvador Mercé, Salvatore Di Stefano, David Dobarro, José Ramón Echevarría, Enrique Fulquet, Luis Varela.



Formación

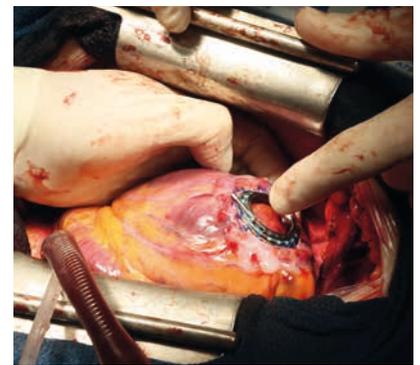
Para conocer los entresijos y las complicaciones de la implantación de una asistencia ventricular de larga duración, tanto Salvatore Di Stefano, como David Dobarro, cardiólogo del área de Insuficiencia Cardíaca del Clínico, viajaron al Hospital de Newcastle, en Reino Unido. Es el centro que suma el mayor número de implante de Heartware (más de 150). Allí compartieron experiencia con el profesor Schueler, quien acudió a Valladolid para presenciar esta primera intervención. Di Stefano reconoce que la estancia en Newcastle le permitió “ver, de primera mano todas las fases relacionadas, desde la selección de los pacientes candidatos, la técnica de implante, la evolución postoperatoria inmediata y las posibles complicaciones”.

También se tuvo que preparar, concienzudamente, el equipo de enfermería. Maribel Merino, en planta, y Suchil Gómez y Genoveva López, en el quirófano. El responsable del Servicio de Anestesiología, el doctor Gómez-Herrerías, comenta que los encargados de este nuevo tratamiento, como la doctora María José Cobreces, “tuvieron un proceso formativo que se inició el año pasado y se completó con una estancia en el hospital británico de referencia para este tipo de intervenciones. Y, la verdad, el programa y los resultados están siendo todo un éxito”. Gómez-Herrerías desvela que, el paciente, tuvo que recibir una atención especial, ya que “era el primer dispositivo de estas características que implantábamos. Sí teníamos experiencia en otros similares, lo que nos ayudó mucho, pero no en éste”. Y, concluye, “todo se desarrolló a satisfacción, debido a la preparación previa de Anestesiólogos, Cirujanos y Cardiólogos, así como del equipo de enfermería de la REA”.

Futuro

Salvatore Di Stefano cuenta que, en este momento, la mayoría de las indicaciones son para puente a trasplante, pero, se muestra convencido que a medio plazo, “estos nuevos dispositivos, pueden sustituirlo”. Actualmente, las principales complicaciones del trasplante derivan de la inmunosupresión (infecciones, tumores o vasculopatía del injerto). Estos dispositivos no necesitan inmunosupresión, pero 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. En la misma línea, Luis de la Fuente, apunta a que la Asistencia Ventricular “es un complemento y un facilitador del trasplante”. Por su experiencia, “facilita que los pacientes lleguen en buenas condiciones a recibir un trasplante de órgano biológico”. Pero, “el trasplante de órgano biológico, de momento es lo mejor que tenemos”, concluye.

Dí Stefano, coordinador del Programa Quirúrgico de Asistencia Ventricular de larga duración del Hospital, se muestra cauto a la hora de opinar si los Dispositivos de Asistencia Ventricular son un paso para conseguir, a medio plazo, implantar un corazón artificial dentro del cuerpo del paciente, “creo que se puede hablar parcialmente de esto”, comenta. Y razona su respuesta, “si el corazón es una bomba, nosotros implantamos una bomba. Lo único es que, en este momento, asistimos solo la parte izquierda del corazón, y, por consiguiente, necesitamos que la parte derecha tenga una suficiente capacidad funcional”. Es obvio, por tanto, concluye este cirujano, “que un sistema que ayude ambos ventrículos y que tenga la posibilidad de una alimentación eléctrica sin cables, es la antesala de un corazón artificial completo” ●



Su pequeño tamaño posibilita su colocación en el propio ventrículo izquierdo y su conexión directa a la aorta. El dispositivo funciona mediante un mecanismo de flujo continuo.



Sesión de Imagen Cardíaca: ***un clásico renovado***

La principal utilidad de estas sesiones es mantener al día en las distintas técnicas de imagen cardíaca al personal del Servicio menos acostumbrado a su realización.

La Sesión de Imagen Cardíaca nació en el año 2000 y la puso en marcha el actual jefe de Servicio, el Dr. Alberto San Román que, tras una estancia en el Hospital Royal Brompton de Londres, quiso traer a nuestro Servicio la filosofía de las sesiones monográficas de Imagen. Después de más de 400 reuniones, San Román, reconoce que “fue un paso más en la formación de nuestros residentes y becarios”. Pero, también, añade, “sirvió de ejemplo a otras actividades formativas que se pusieron en marcha imitando esta sesión”. Por último, asegura que ha sido “muy útil para uniformizar los criterios diagnósticos de los profesionales que trabajan en el área de Imagen”.

Tradicionalmente, se ha realizado mensualmente, los últimos jueves de cada mes, a partir de las tres de la tarde. Dado el horario, se acompañaba de un pequeño almuerzo, lo que hizo que se popularizara el nombre de “Ecopicnic”, entre

los asistentes. En estos encuentros se presentan casos clínicos de todo tipo, pero siempre centrados en el diagnóstico por la Imagen. Su preparación y presentación corre a cargo del personal médico del Área de Imagen Cardíaca y de los residentes rotantes en éste área. Su principal utilidad es mantener al día en las distintas técnicas de imagen cardíaca al personal del Servicio menos acostumbrado a su realización, dados los grandes avances en los últimos años de esta área de la Cardiología. En la sesión, se muestran desde los casos más frecuentes en la práctica clínica habitual,



Las técnicas de imagen, como el TAC, son esenciales en la medicina actual ya que, gracias a ellas, permite obtener un diagnóstico más preciso y desarrollar tratamientos más eficaces para el paciente.



y por ello los más importantes para saber detectar y diagnosticar; como los más infrecuentes y curiosos.

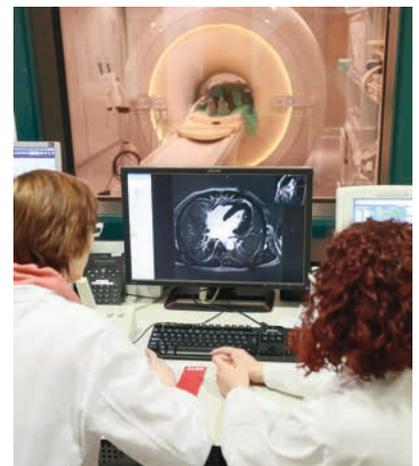
La reunión va dirigida a todos los cardiólogos con interés en la Imagen Cardíaca, y a los cardiólogos clínicos y/o intervencionistas, que tienen que solicitar y/o interpretar las imágenes de dichas pruebas. El fin es dar a conocer los últimos avances de imagen aplicados al campo del diagnóstico y tratamiento médicos en cardiología. De hecho, también acuden compañeros del Servicio de Radiología y de otros hospitales, como varios cardiólogos del Hospital del Río Hortega y radiólogos de otros centros de trabajo de Valladolid.

En sus orígenes, en el año 2000, los casos presentados eran exclusivamente de ecocardiografía en sus diferentes formas de realización. Pero como la imagen cardíaca ha crecido espectacularmente desde entonces y nuestra área de Imagen Cardíaca, a la par; a partir del año 2007, se introdujo la resonancia magnética; en 2008, el TC cardíaco y coronario y, posteriormente, la ecocardiografía 3D. Actualmente, se presentan casos de ecocardiografía de todo tipo (transtorácica, transesofágica, 3D...), resonancia magnética cardíaca y TC cardíaco y coronario. Otras técnicas de imagen, como la ecografía intracoronaria e intracardiaca, la tomografía de coherencia óptica y la angiografía coronaria invasiva también aparecen en ocasiones a través de casos presentados por compañeros de otras áreas.

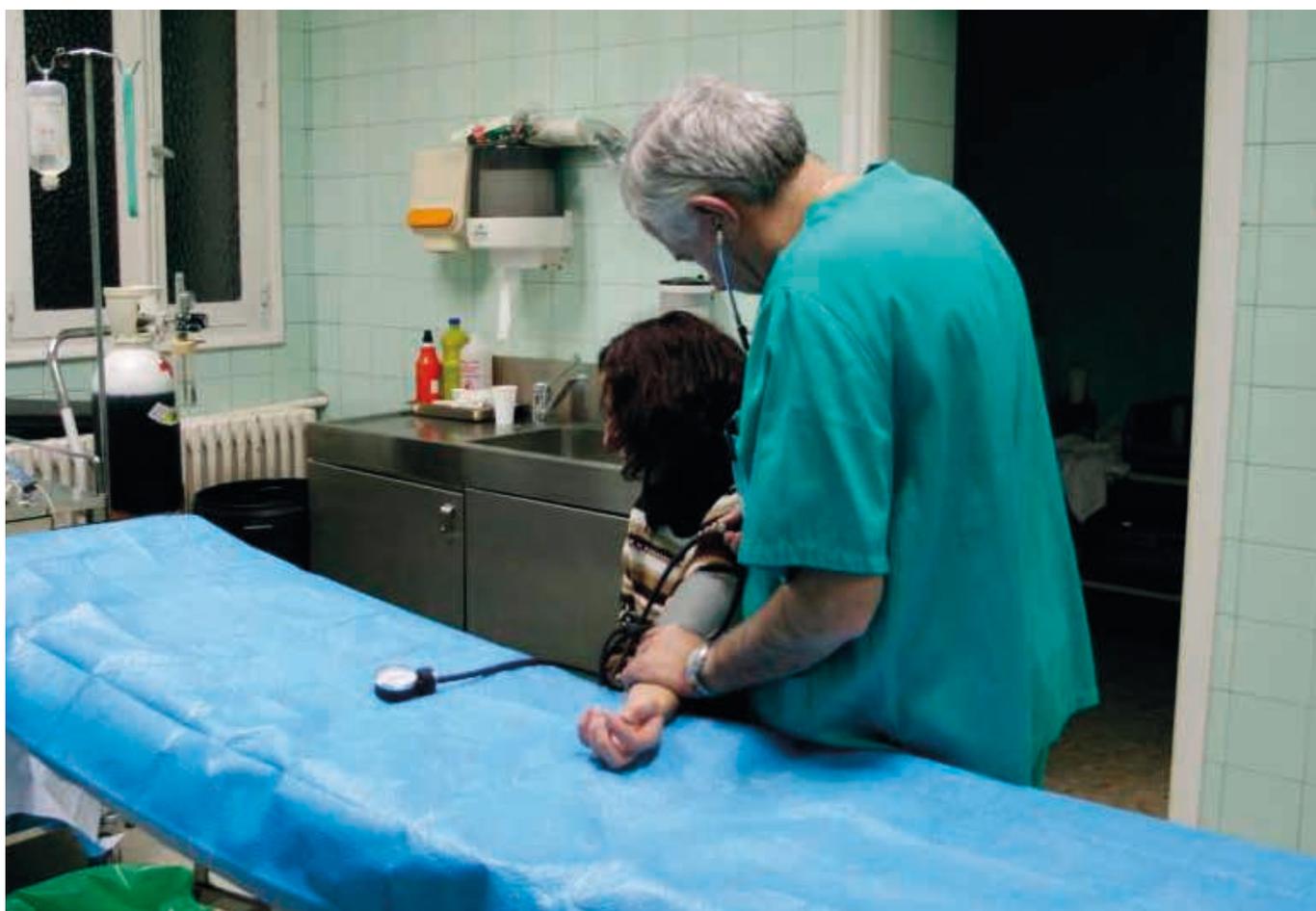
En resumen, se trata de una sesión eminentemente formativa. Se presentan casos que ya tienen una decisión tomada. En la mayoría, por tanto, ya se conoce el diagnóstico final y la evolución. Eso hace que sea muy interesante desde el punto de vista docente. Se discuten las diferentes pruebas y tras la discusión, se comenta el diagnóstico definitivo.

Recientemente se ha cambiado su horario y ha pasado a realizarse a primera hora de la mañana, como una sesión general más, lo que favorecerá la asistencia de todos los miembros del Servicio. Aun no tiene nombre, pero, a buen seguro, alguien la bautizará como "ecobreakfas" ●

El fin de estos encuentros es dar a conocer los últimos avances de imagen aplicados al campo del diagnóstico y tratamiento médicos en cardiología. De hecho, también acuden compañeros de otros servicios y hospitales.



Cardiofamilia, *médicos de Atención Primaria aprenden Cardiología*



El médico de familia es el más próximo al paciente, por lo que la coordinación con los cardiólogos es importantísima para lograr prevenir eventos.

La consulta de Atención Primaria es el primer contacto del paciente cuando su salud flaquea y un espejo de nuestra sociedad. Con el médico de Familia comienza la cadena sanitaria y, cada vez, son más los profesionales de esta especialidad interesados en adquirir conocimientos prácticos y actualizados sobre el manejo de las patologías cardiológicas ambulatorias más frecuentes. Además, la enfermedad cardiovascular sigue situándose como la principal causa de muerte, por delante del cáncer y de las patologías respiratorias. El médico de Atención Primaria es el más próximo al paciente y a su entorno, por lo que la coordinación con los cardiólogos es importantísima para lograr prevenir eventos y para un correcto seguimiento de los que ya lo han sufrido.



Más de 30 profesionales han participado en el octavo curso de Cardiología Práctica para Atención Primaria, impartido por especialistas del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico.

Cada vez son más numerosos los pacientes aquejados con problemas cardíacos que se acercan a los Centros de Salud.

Muchas incidencias comienzan con síntomas aparentemente no relacionados con enfermedades cardiológicas pero, sin embargo, son la mayor causa común de fallecimientos en nuestro país. Por ello, es de gran relevancia que los médicos de Atención Primaria, posean unos conocimientos y habilidades especiales a la hora de abordar a cualquier paciente y valoren al mismo teniendo en cuenta las posibilidades de que se presente, en alguno de ellos, alguna de estas patologías.

Este año, más de 30 profesionales han participado en el octavo curso de Cardiología Práctica para Atención Primaria, impartido por especialistas del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, que ha permitido a estos facultativos contrastar sus conocimientos con el de sus colegas, identificar lo que no saben, definir sus propios objetivos de aprendizaje, y buscar la información necesaria para la resolución de un problema clínico.

Según señalan los responsables de estas charlas, “el interés y las preguntas se centran fundamentalmente en los aspectos prácticos y de manejo. El contenido de este curso está orientado y se ajusta totalmente a satisfacer las necesidades que manifiestan los médicos de atención primaria”.

Se trata de mejorar las habilidades en la interpretación de los signos y síntomas de las enfermedades cardiovasculares y el reconocimiento de los hallazgos más relevantes a través del electrocardiograma. También se tratan las isquemias, arritmias y la hipertrofia ventricular, así como la fibrilación auricular, la cardiopatía isquémica estable y la insuficiencia cardiaca. Además, se abordan las principales vavulopatías en adultos.

Las charlas se celebran por la tarde, por lo que, como detalla Manuel López, Gerente de Área de Laboratorios Ferrer, patrocinador de estas sesiones desde hace dos años, “muchos, acabada su jornada laboral, se desplazan bastantes kilómetros, incluso desde otras provincias, para asistir puntualmente cada tarde al curso”. Este directivo considera que “su actitud ya dice mucho del curso, pero además cuando acaban el curso manifiestan satisfacción por haber participado, elogian la calidad de los ponentes y de los contenidos, destacan la importancia de actualizar conocimientos en un contexto eminentemente práctico e interactivo” ●



El electrocardiograma es una herramienta muy útil para el diagnóstico diferencial de la enfermedad en Atención Primaria.

El fin de estas sesiones es que los médicos de atención primaria contrasten sus conocimientos y consigan la información necesaria para la resolución de un problema clínico en sus consultas.

José Ignacio Gómez-Herreras**Jefe del Servicio de Anestesiología y Reanimación**

“Ahora podemos ofertar
asistencias cardiacas mecánicas
y trasplantes cardiacos a
pacientes, que hace bien poco
era imposible”

Para José Ignacio Gómez-Herreras la nueva REA del Hospital Clínico “está dotada con el mejor equipamiento que, actualmente, hay en el mercado”. Comenzó a funcionar a principios de 2016, la inversión se acerca a los tres millones de euros y ha supuesto la fusión en un solo espacio de la anterior unidad ubicada en las plantas uno y dos del edificio antiguo. La superficie total de este servicio crece de 650 a 1.089 metros cuadrados. El número de camas pasa de 20 a 28, aunque existen dos unidades diferentes, la primera está dedicada exclusivamente a pacientes que han sido sometidos a algún tipo de cirugía cardiaca y, la segunda, al resto de pacientes, si bien hay flexibilidad para que los pacientes pasen de una REA a otra, si hubiera necesidades de espacio.

En el Hospital Clínico se hacen unas 600 intervenciones de corazón al año y todas pasan por la REA. En términos globales, el número de ingresos ascendió el año pasado a 2.260 y la estancia media fue de 2,1 días.

¿Qué mejoras incorpora para el paciente la nueva REA del Hospital Clínico?

Las derivadas de unas nuevas instalaciones y de un nuevo equipamiento. La moderna ubicación reúne en un solo espacio lo que antes ocupaba dos: La Unidad de Reanimación de la planta primera, con sitio para diez camas y la Reanimación de la segunda planta, con otras diez. En la actualidad las veinte camas están incluidas en un solo espacio, lo que permite compartir y mejorar recursos, como almacenes de medicamentos, material fungible, instrumental, etc. ; además de zonas administrativas, de trabajo y de descanso del personal, comunes.

¿Con estas nuevas instalaciones se ha podido disminuir el tiempo de los enfermos en esta área?

El tiempo de estancia en la Unidad es un indicador de calidad de primer orden. A este respecto hay que recordar que nuestra Unidad fue ya acreditada con la Norma UNE-EN ISO 9001, por AENOR, en el año 2012 y reacreditada, anualmente,

hasta la actualidad. La estancia media de los pacientes en las antiguas instalaciones ya estaba dentro de la esperada en este tipo unidades y pacientes, al igual que el resto de indicadores. En la mejora de estos indicadores influyen numerosos factores, muchos dependientes más del tipo pacientes y patologías, que de factores estructurales o administrativos.

En el Servicio que usted dirige, hay un enfermero por cada dos camas y un médico y un auxiliar por cada cuatro, ¿la cifra es óptima?

Para el paciente habitual podríamos decir que es una relación eficiente. En cuanto a la asistencia a pacientes de gran complejidad y que requieren muchos más recursos instrumentales, como los sistemas de asistencia cardiaca extracorpórea, esta relación es insuficiente. En estas situaciones la dotación es de una enfermera por cada paciente y una auxiliar por cada dos. En cuanto a la atención médica, un especialista sólo puede atender a dos pacientes de estas características.

Estos recursos humanos ya existían en las antiguas instalaciones. En la actualidad, el número de pacientes con gran complejidad terapéutica ha aumentado y se espera una muy elevada curva ascendente debido al abordaje actual de la insuficiencia cardiaca. A fecha de hoy podemos ofertar nuevas terapias, como asistencias cardiacas mecánicas y trasplantes cardiacos a pacientes que hace bien poco era imposible. Esto hace que los recursos de enfermería y médicos tengan que ser mayores.

Además de las mejoras técnicas, usted suele destacar qué el trabajo de los profesionales en esta actividad sanitaria es esencial, ¿por qué?

En la actualidad, el número de pacientes con gran complejidad terapéutica ha aumentado y se espera una muy elevada curva ascendente debido al abordaje actual de la insuficiencia cardiaca.





La nueva REA es mucho más amplia y luminosa, una sensación a la que contribuye el hecho de que no haya habitáculos cerrados, aunque las prestaciones y las dotaciones son las mismas. Todas las plazas están dotadas del más moderno equipamiento.



Todo instrumental tiene que ser manejado por especialistas capacitados; sin esta condición nada es posible y, es más, podríamos obtener resultados desfavorables ligados a la falta de conocimientos y experiencia. Si tenemos en cuenta que la complejidad instrumental de nuestros pacientes es elevada y que algunos necesitan dispositivos de muy elevada complejidad, es impensable que todos sirvamos para todo. El requisito imprescindible para trabajar en estas unidades es la especialización. Es éste el sentido de la afirmación que el trabajo de los profesionales es esencial.

El hecho de que haya una REA específica para las personas operadas del corazón, ¿qué ha supuesto?

En las antiguas instalaciones ya existía una REA Cardíaca específica; es más, existe desde el año 1993. La nueva ubicación supone una mejora evidente en cuanto a instrumental, que es todo nuevo y con las últimas prestaciones, y en cuanto a las dependencias de soporte, como almacenes, zonas administrativas y recursos de organización.

¿Cómo es la colaboración con el Servicio de Cirugía Cardíaca?

Más que buena: mejor. Y no sólo con los Cirujanos Cardíacos, sino, también, con los Cardiólogos. Todas las decisiones terapéuticas se toman de forma colegiada durante la Sesión Clínica diaria, donde se deciden los tratamientos de todos y cada uno de los pacientes. En esta Sesión diaria participan no sólo los Anestesiólogos responsables de la Unidad, también los Cirujanos y los Cardiólogos.

En el Clínico se hacen unas 600 intervenciones de corazón al año y todas pasan por la REA, ¿hay sobrecarga de trabajo?

Estamos ya acostumbrados a esta carga de trabajo; hay que tener en cuenta que llevamos haciéndolo desde 1993.

El objetivo primordial del Servicio que usted dirige era y es cuidar al paciente hasta que se recupere de la anestesia y pueda ir a su habitación o a su domicilio en unas condiciones de seguridad óptimas, ¿Se ha conseguido?

Es nuestra pretensión. No siempre acertamos, pero siempre hacemos todo lo que está en nuestras manos ●

Bachilleres

en Cardiología

Ya son unas cuantas veces las que me han pedido que atendamos a estudiantes de bachillerato y les informemos sobre la carrera de Medicina y sobre ser médico. Cuando lo hago veo a mis hijos escuchándome y trato de contarles lo que les cuanto a ellos cuando me preguntan.

Lo primero que les digo es que no se sientan obligados a estudiar Medicina por tener buenas notas. Parece que si decides estudiar otra carrera en la que no necesitas buenas notas estás perdiendo la oportunidad de tu vida. Si la carrera es de letras te tachan directamente de bobo. Les hago ver que esto no es así. La decisión debe estar basada en otros parámetros. Y entonces les hablo de la motivación humana. Por supuesto, la motivación económica es importante pero en los profesionales sanitarios es esencial una motivación interna que se basa en el interés por aprender y plantearte retos. Por último, la motivación trascendente es también esencial: los que nos dedicamos al cuidado de la salud lo hacemos también porque queremos sentirnos útiles, queremos mejorar las condiciones en las que dejaremos este mundo a nuestros hijos. Pare ello, una cualidad que debe tener un médico es la empatía, la capacidad de ponerse en lugar del paciente y de entender su sufrimiento y sus necesidades.

También les comento que para acabar sintiéndose a gusto con su vida de adultos es importante el trabajo que tengan, pero mucho más importante será su actitud ante ese trabajo y ante las situaciones de la vida. Pretendo quitarles la ansiedad ante una decisión que sin duda es importante para el proyecto de vida, y hacerles ver que cuando sean adultos la satisfacción en su vida depende mucho más de ellos mismos que del trabajo concreto que tengan.

Cuando termino y les miro tengo una sensación extraña; no sé si están aburridos o alucinados por una clase de filosofía que no esperaban. Lo cierto, es que siento que he hecho lo que debía y espero que mis comentarios hayan hecho reflexionar a, al menos, uno de ellos.

Después empezamos a hablarles sobre la carrera de Medicina, sobre el trabajo de un médico en el hospital y sobre lo que hacemos nosotros en nuestro servicio. Pero eso es ya otra historia... ●



El doctor Alberto San Román durante su charla a los alumnos de segundo de bachiller del Instituto Maristas de Valladolid.

Pretendo quitarles la ansiedad ante una decisión importante para el proyecto de vida, y hacerles ver que cuando sean adultos la satisfacción depende mucho más de ellos mismos que del trabajo concreto que tengan.

EL ICICOR,

líder en Proyectos

de Investigación para la Salud



Javier López.



Amada Recio.

La misión del ICICOR es asegurar la salud cardiovascular de nuestra población de referencia de forma eficiente por medio de la excelencia en la asistencia, docencia e investigación y el respeto a nuestros pacientes.

La investigación no es un capricho. Varios estudios demuestran que en los servicios clínicos de hospitales, como el nuestro, en los que se investiga, los pacientes, al igual que el personal en formación, reciben una atención mejor que en aquellos en los que esta actividad no existe, es mínima o no está coordinada.

La excelencia en la investigación es difícil de cuantificar, la comunidad científica y las administraciones utilizan como principales herramientas el valor de los artículos publicados (medido en lo que denominan puntos de factor de impacto) y la capacidad para obtener financiación pública competitiva en las convocatorias anuales del Instituto de Salud Carlos III y del Ministerio de Sanidad.

No tiene nadie en cuenta el tamaño del grupo que consigue publicar o logra esas ayudas públicas. En nuestro caso, nos enorgullecen doblemente nuestros logros, son numerosas y de calidad nuestras publicaciones, obtenemos ayudas de manera regular y esto lo hacemos siendo un grupo muy pequeño en comparación con otros servicios de cardiología similares en complejidad al nuestro.

Las ayudas públicas nacionales para la investigación clínica más importantes son los Proyectos de Investigación de Salud (FIS), del Instituto de Salud Carlos III.

En estos momentos lideramos dos proyectos, el Dr. Alberto San Román desde 2014 dirige un estudio sobre la estenosis aórtica severa en pacientes asintomáticos, buscando marcadores que nos ayuden a predecir la evolución de la enfermedad. Su responsable afirma que es “un proyecto ilusionante, continuación de otro FIS anterior, centrándonos en aspectos clave de la enfermedad, con un marcado carácter clínico para buscar soluciones prácticas a problemas concretos de nuestros pacientes”.

Más emotivo para el servicio es el estudio que dirige el Dr. Javier López. En 2015 presentó, por primera vez como investigador principal, un proyecto FIS y, a la primera, fue seleccionado. “Es un punto y aparte en mi carrera investigadora. Desde que empecé mi residencia he compaginado mi labor asistencial con la investigación, primero presentaciones en congresos, más tarde artículos y ahora, con esta responsabilidad imagino que comienza una nueva etapa en la que tengo que comprometerme aún más en liderazgo y en la formación en investigación de los nuevos residentes”, comenta el doctor López. En él se investiga la utilización de un dispositivo implantado de forma percutánea, sin intervención quirúrgica ni anestesia local, en el corazón para mejorar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardiaca.

Además, el ICICOR participa en otros dos proyectos FIS liderados por otros centros. Es larga la trayectoria de nuestro grupo en investigación con el Hospital Valle de Hebrón en el programa FIS, hemos colaborado con ellos en tres proyectos de manera consecutiva desde hace siete años. La Dra. Teresa Sevilla es coinvestigadora del que actualmente está en marcha, que tiene como objetivo buscar un tratamiento que evite la dilatación de la aorta en los pacientes con válvula aórtica bicúspide. “Es un honor y una responsabilidad liderar este proyecto en nuestro servicio”, afirma con satisfacción esta joven investigadora.

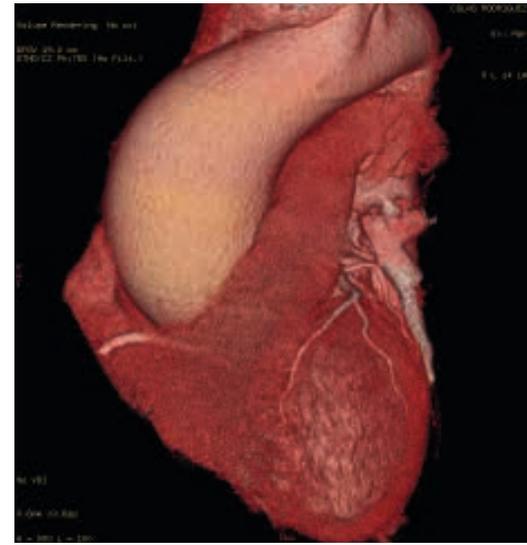
Finalmente, pero no menos importante, enfermeras de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca Avanzada y Trasplante Cardíaco participan en un FIS multicéntrico en el que se evalúa la “Efectividad de la titulación de fármacos por la enfermera especializada en pacientes de Insuficiencia Cardíaca (IC). Proyecto ETIFIC (Enfermera Titula Fármacos en IC). Es un tremendo orgullo para nuestro servicio el compromiso que el personal de enfermería tiene también con la investigación, no solo por su participación en este proyecto sino por su presencia cada vez mayor en diferentes congresos y foros de la especialidad de carácter nacional.

Actualmente, este estudio aún está en proceso de inclusión de candidatos. En nuestro centro participan 9 pacientes diagnósticos de Insuficiencia Cardíaca de Novo, los cuales han sido derivados tanto al grupo control como al grupo intervención, en el que son controlados en consulta de enfermería además de la del cardiólogo.

Las tres enfermeras que trabajan en él son Amada Recio, Rebeca Sancho y Ana Correa. Según apunta Recio, la investigadora principal del proyecto en el ICICOR, “el objetivo del estudio es evaluar la efectividad de titulación de fármacos de IC por la enfermera especialista en IC, y compararla con la realizada de manera habitual por el cardiólogo de UIC”. La consulta de enfermería aporta una mayor vigilancia de signos de descompensación y mayor incidencia en la educación de hábitos higiénico-dietéticos, ya que, de manera habitual, es posible tener visitas más frecuentes en consulta de enfermería que con el cardiólogo. Son dos tipos de consultas que se complementan y mejoran la atención de los pacientes, y se trata de demostrarlo.

¿Qué supone para una enfermera trabajar en este tipo de proyectos? Amada considera que “esta iniciativa está planteada para el trabajo en equipo cardiólogo-enfermera especialista en IC, pero liderado por las enfermeras, lo cual no es habitual, ya que suelen ser los facultativos los que están al frente de este tipo de proyectos.

“Además”, resalta esta profesional, “me parece fundamental que, para poder participar en el estudio, las enfermeras de las distintas unidades tenían que llevar un mínimo de dos años de experiencia y formación específica, avalando su “especialización” en IC” ●



Teresa Sevilla muestra un aneurisma de aorta ascendente en paciente con valvulopatía bicúspide.

En primera persona

Gonzalo Fernández Palacios

Residente de primer año en el Servicio de Cardiología

“Por qué escogí Cardiología”

A estas alturas, aun me costaría decir una sola y clara razón por la que escogí la especialidad de cardiología. Durante el estudio de la carrera, y posteriormente durante la preparación del MIR, siempre hubo algunas asignaturas, que por su contenido teórico, sus bases fisiopatológicas y su práctica clínica, me interesaron más que las demás. Siempre he pensado que un médico debe estar formado en múltiples disciplinas, y me daba cierta rabia tener que escoger solo una de ellas, pero en la sociedad actual, dado el inmenso caudal de conociemien-

Gonzalo Fernández en la sala de Hemodinámica.



tos científicos acumulados, la especialización es inevitable, incluso la superespecialización a la que la medicina va encaminándose de forma imparable. Así que, llegado el momento, había que decidirse, y, entre las asignaturas a las que anteriormente me refería, estaba la Cardiología, por esa comprensible relación entre la perfecta fisiología de una bomba eléctrica y mecánica por un lado, y las consecuencias patológicas cuando algo fallaba. Había otras especialidades que también me atraían, por una u otra razón, pero había que colocar una en primer lugar, a pesar de saber que la elección de una implicaba olvidarse de las demás. Cuando surge una bifurcación en el camino, hay que escoger si se quiere seguir caminando, aunque la posibilidad de elección lleve consigo la posibilidad de equivocarse y de arrepentirse. Opté por la Cardiología porque además me parecía una especialidad muy completa y autónoma, a pesar de que constaté que, muchos otros pensaban como yo, dadas las preferencias en anteriores convocatorias del MIR, dudé en cuanto a la posibilidad de conseguirlo. Tras la taquicardia de la elección, las dudas que aun persistían se han ido disipando.

Hoy día puedo decir que es una de las especialidades que exige más base de conocimiento en fisiología, muy completa en todos los aspectos, pues abarca desde la práctica clínica asistencial, hasta la parte más intervencionista en el laboratorio de hemodinámica, o más complejo aun, en el laboratorio de electrofisiología, pasando por gran variedad de técnicas de imagen diagnósticas que manejan los propios especialistas. Es una especialidad muy autónoma, realmente bonita y una de las máximas representaciones de lo que significa la medicina y el cuerpo humano.

Respecto, a que pretendo alcanzar durante este periodo de formación en esta especialidad, me gustaría lograr una formación completa en la variedad de la patología cardiaca, saber enfrentarme a la enfermedad de un paciente, saber hacer uso del arsenal diagnóstico del que disponemos, usarlo de forma adecuada para reconocer la enfermedad y la gravedad de los pacientes y, con ello, tratarlo de la forma más adecuada y completa posible. Me gustaría poder afrontar cualquier tipo de patología cardiológica sin temor y con seguridad, y con inquietud por seguir siempre aprendiendo. Al mismo tiempo, no quiero olvidarme de la parte humana de la relación médico-paciente, que muchas veces ignoramos en un contexto demasiado tecnológico y superespecializado. Ser consciente de que cuando no podemos curar, al menos siempre podremos reconfortar. Posiblemente, lo más enriquecedor que puede haber es ver el agradecimiento de un paciente satisfecho cuando sale de la consulta o se va de alta, y lo agradecido que queda con el trato que ha recibido, con el esfuerzo que ha puesto su médico y la cercanía que ha sentido con él. En definitiva, ser un buen cardiólogo, completo en todos los ámbitos, lo que significa ser un buen médico. Seguro que con ello también conseguiré ser mejor persona ●

Cardiología es una especialidad muy autónoma, realmente bonita y una de las máximas representaciones de lo que significa la medicina y el cuerpo humano.



Premios a la tesis del Dr. Amat

El Dr. Amat nos tiene acostumbrados a conseguir diferentes premios a sus trabajos. Su tesis doctoral, titulada “Factores pronósticos en el implante de prótesis valvular aórtica a través de cateter”, ha sido galardonada como la mejor tesis en 2 convocatorias: Premio Extraordinado de Doctorado de la Universidad de Valladolid para el curso 2014-2015 y el Premio de la Fundación Lair a la mejor tesis doctoral. Enhorabuena Nacho, que sigas así.



El doctor Ignacio Amat recibe el galardón de manos del director del Hospital Clínico de Valladolid Francisco Javier Vadillo Olmo.

Premios de Investigación Biomédica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

El pasado 9 de junio se entregaron en el Aula Bañuelos los Premios de Investigación Biomédica de nuestro Hospital correspondientes al 2014.

El Dr. Amat recibió el primer accésit al Mejor Artículo de Investigación realizado por personal facultativo del Clínico publicado en la revista ‘American Journal of Cardiology’ titulado “Comparison of Hemodynamic Performance of the Balloon-Expandable SAPIEN 3 Versus SAPIEN XT Transcatheter Valve que versa sobre la comparación del rendimiento hemodinámico de dos tipos de válvulas transcaterter (un procedimiento mínimamente invasivo para la colocación de estas válvulas en el corazón).



Álvaro Aparisi Sanz, Williams Hinojosa Camargo.

Nuevas incorporaciones al ICICOR

Como es tradicional cada año, se produce un relevo en los residentes del ICICOR. Acaban 3 el periodo de formación y otros 3 se reincorporan. Estos últimos son Pablo Catalá Ruiz, Williams Hinojosa Camargo y Álvaro Aparisi Sanz. ¡Bienvenidos!

Próximo congreso nacional de insuficiencia cardiaca

En Junio se celebró el congreso de insuficiencia cardiaca organizado por la Sección de Insuficiencia Cardiaca de la Sociedad Española de Cardiología en Oviedo. Hubo una nutrida asistencia de cardiólogos y enfermeras del ICICOR entre los 450 inscritos en el curso. Allí se desveló la ciudad que acogerá el próximo congreso en el año 2017. Y la elegida fue Valladolid. Es una noticia fantástica para la ciudad, para el hospital y para el ICICOR, que se volcará, como comité organizador local, en conseguir que sea un éxito de participación e interés científico.



Cambio de estado civil de un residente del ICICOR

El próximo 13 de agosto Dios mediante, contraerá matrimonio Pablo Elpidio García, residente de 4º año del ICICOR. Enhorabuena Pablo. Nos preguntamos quién será el siguiente en caer...



La imagen

Desear

A mi amigo Alberto le gusta “tocar el corazón”. Lo dice con una larga sonrisa, relajado, cruzando los brazos, respirando despacito. Es su sello, conseguir una cierta complicidad armónica con el otro. Conectar con su esencia. “Es un flechazo”, sugiere nada más sentarse. Cuenta que nos hemos olvidado de nuestra propia naturaleza, confundidos en el drama de ser individuos aislados, extraños en un mundo en el que, muchos, han perdido su realidad esencial. Ser consciente de la fuerza de su corazón.

Reflexiones en voz alta de este profesor de yoga, buceador en el mar de los sentimientos, que aconseja dejar a un lado, durante un rato, la vorágine diaria y meditar, simplemente como un ejercicio mental.

Alberto me cuenta que la ira te dice que te sientes invadido; mientras que la tristeza denota la ausencia, el vacío. A menos que la mente esté absolutamente libre de miedos, toda acción genera más perjuicio, más desdicha, más confusión. La mejor lección es tu comportamiento frente a los demás, “eres un espejo”, puntualiza con la convicción de quien, a veces, opta por callar y actuar. Asegura que cada uno tiene que escribir su propia cartografía y encontrar la brújula más fiable, para este viaje existencial.

Este sanador mantiene que la felicidad, si es que existe, es el logro de deseos tangibles, y no el fruto de la quietud de una mente satisfecha. Los griegos, inventores de la tragedia, ya dejaron dicho que cuidarse de uno mismo es saber vivir, y saber vivir es saber desear ●

