

corazonadas

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

enero 2018 # n° 20

El ICICOR implanta marcapasos inalámbricos

Respuestas para una vida sexual sana

La obesidad y el sobrepeso infantil, origen de los problemas cardíacos en la edad adulta



Sumario nº 20 # enero 2018

Entrevista con...

03 Rocío Gil Alonso

Asistencial

04-05 Un niño obeso es un adulto enfermo

06-07 Cada vez más obesos, cada vez más sedentarios

08-11 Marcapasos inalámbricos

Investigación

12-14 El diagnóstico precoz es esencial para el tratamiento de la Amiloidosis cardiaca

Entrevista

15-17 Ana Serrador, nueva presidenta de la Sociedad Castellano y Leonesa de Cardiología

Formación

18-19 X Curso de Gestión Biomédica de Valladolid

Consejos

20-21 Respuestas para retomar la vida íntima sin miedos

Actualidad del ICICOR

22-23 También es noticia...

Contraportada

24 Refranes



Corazonadas quiere alertar de que la obesidad tiene un impacto negativo en el sistema cardiovascular, así como que el daño pueda llegar a producirse a edades tan tempranas.

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, Jerónimo Rubio, Inés Sayago y Amada Recio.

Diseño y maquetación:

Cultura y Comunicación

Fotografía:

© Archivo Icicor, Eduardo Margareto y Medtronic

Ilustración:

Silvia Plana García

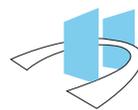
Imprime:

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...

Rocío Gil Alonso

Supervisora de Enfermería en la Séptima Norte

A Rocío se le amontonan las vivencias. Casi toda su vida laboral como enfermera ha transcurrido en el Servicio de Cardiología. Cerca de 27 años como supervisora en la Séptima Norte. Sonríe cuando recuerda que todo se anotaba a mano, porque aún no había llegado ni la informática, ni los ordenadores. Cuando la Sala de Hemodinámica se encontraba ocho plantas más abajo y las Pruebas especiales en la sexta planta. Cuando hubo que acometer el primer trasplante cardiaco. Cuando hacer un cateterismo se alargaba durante 24 horas y una angioplastia 48. Cuando se podía fumar. Accedió al cargo con dos encomiendas: Gestionar al personal de enfermería y mantener al día, el material. Ahora, en el momento de la despedida, ha decidido continuar su labor en un Centro de Salud, se muestra orgullosa de haber dirigido un equipo que ha mantenido la excelencia en clínica e investigación. De ahí que, entre tantas remembranzas, destaque que, en todo este tiempo, lo que no ha cambiado ha sido la atención exquisita a los pacientes. Hace una pausa y reconoce que su santo y seña en este tiempo no ha sido otro que extremar el cuidado de las personas que ingresaban aquejados de una enfermedad cardiaca. “El trato humano es fundamental”, dice con rotundidad. La cercanía, la empatía con el enfermo y sus familias han presidido su tarea y la del equipo que ha dirigido. En este punto de la charla, alza la voz, y destaca la relevancia de mantener una buena relación con las compañeras en una actividad donde hay que tomar decisiones rápidas, a veces cruciales para la persona a la que se atiende, y es imprescindible que cada profesional tenga claro su cometido y sepa que su labor es fundamental. Formar piña e involucrar a todos en un objetivo común. A Rocío Gil Alonso, la experiencia le ha enseñado que dirigir pasa por ser aceptada y respetada por el resto de los trabajadores con los que se comparte el día a día. Hay un punto de pudor cuando habla en primera persona. Se siente más cómoda cuando destaca los logros de su equipo. Le gusta hablar en plural. De tareas colectivas y del aprendizaje constante en su profesión. En esa necesidad de actualizar conocimientos, con la premisa de que la atención a las personas es el eje de su trabajo, decidió estudiar Psicología. Adquirió herramientas, pero reconoce que también se ha ido formando de lo que ha aprendido de otros. “Soy curiosa, me gusta mantenerme al día”, cuenta, mientras se refiere a la comunicación con los pacientes. El trato diario con los enfermos le ha hecho comprender muchas actitudes. A veces, un enfado no es más que una capa protectora ante una situación más dolorosa, para lo que no se sabe poner palabras. La importancia de compartir el duelo con las familias, escuchar en silencio o dar un abrazo a quien está desvalido. “Los pacientes son muy agradecidos con los gestos de comprensión y cuidados del personal”. Rocío se va, y se va agradecida a todos. Por lo aprendido, por lo vivido, por lo compartido, por lo sentido. Y se va dando mil gracias a todos de todo corazón ●



Me despido del Servicio de Cardiología agradecida por lo aprendido, por lo vivido, por lo compartido y por lo sentido.

Un niño obeso

es un adulto enfermo

Se deben organizar planes para que los niños coman mejor y para que hagan más ejercicio. Pero hay un paso previo esencial: los padres deben saber si sus hijos tienen exceso de peso o no



La obesidad en los niños favorece el desarrollo de múltiple enfermedades, además de los conocidos problemas psicológicos y sociales.

La ONU ha propuesto el cumplimiento de la Agenda de Desarrollo Sostenible para 2030. Esta se basa en una serie de indicadores relacionados con la salud (higiene, alimentación, contaminación del aire y del agua, mortalidad neonatal, enfermedades infecciosas y otros). Recientemente se ha hecho un estudio para saber si nos vamos acercando a esos indicadores propuestos. España está en el puesto 23 de 188 países. Si no está más adelante es porque falla estrepitosamente en tres parámetros, todos ellos en íntima relación con la infancia: el consumo de alcohol, la prevención del tabaquismo y el exceso de peso infantil.

Otro estudio hecho en España nos confirma que el exceso de peso en la infancia es un problema. El 30% de los niños entre 5 y 14 años tiene exceso de peso. Aunque se ha mejorado ligeramente en la dieta que consumen los niños en los últimos años, el sedentarismo ha subido llamativamente: más del 50% de los niños están más de 2 horas frente a la televisión o frente a aparatos electrónicos. Y hay otro dato muy preocupante: el 70% de los padres con hijos con exceso de peso creen que sus hijos tiene un peso normal; ven a sus hijos más altos y delgados de lo que son en realidad.

Y no nos cansaremos de repetirlo: un niño obeso es un adulto enfermo.

Ante este problema, es difícil plantear una solución sencilla. Se pueden organizar planes para que los niños coman mejor o para que hagan más ejercicio. Pero consideramos, que dados los datos previamente comentados, hay un paso previo esencial: los padres deben saber si sus hijos tienen exceso de peso o no. ¿Lo saben ustedes? ¿Saben si sus hijos tienen exceso de peso? ¿Saben si ustedes mismos tienen exceso de peso? ¿Es suficiente con mirar si uno tiene "michelines"? Por supuesto que no.

Existe una fórmula muy sencilla que todos deberíamos conocer para medir el índice de masa corporal (IMC por sus iniciales):

$$IMC = \frac{PESO}{ALTURA^2}$$

O LO QUE ES LO MISMO, DIVIDIR TU PESO ENTRE LO QUE RESULTA DE MULTIPLICAR TU ALTURA POR TU ALTURA

$$IMC = \frac{PESO}{ALTURA \times ALTURA}$$



Los padres tienen que educar a sus hijos para que realicen actividades físicas al aire libre.

Por ejemplo, si una persona mide 1,75 m. y pesa 82 kg, su IMC = 26.77 kg/m².

En los adultos, se considera que hay exceso de peso cuando este índice es mayor de 25. En los niños depende de la edad. Así un IMC indicativo de exceso de peso debe ser:

- mayor de 18 hasta los 7 años
- mayor de 19 hasta los 9 años
- mayor de 20 hasta los 10 años
- mayor de 21 hasta los 12 años
- mayor de 22 hasta los 13 años
- mayor de 23 hasta los 15 años
- mayor de 24 hasta los 17 años
- mayor de 25 desde los 18 años en adelante

En caso de que el IMC de sus hijos supere este rango debe ponerse en contacto con su pediatra ●

Datos clave:

1. Un niño obeso es un adulto enfermo.
2. El 30% de los niños tienen exceso de peso.
3. Los niños apenas hacen actividad física.
4. El 70% los padres no saben que sus hijos tienen exceso de peso.
5. Debemos medir el índice de masa corporal (IMC).
6. El IMC que indica exceso de peso depende de la edad.
7. Si se sospecha exceso de peso hay que ponerse en contacto con el pediatra.

Cada vez más obesos, *cada vez más sedentarios*

Entre los factores para tener obesidad en las edades más tempranas, destacan los hábitos poco saludables como no desayunar, y, sobre todo cenar, viendo la televisión o no realizar actividad deportiva fuera del horario escolar.

Una dieta mediterránea baja en calorías y unida a ejercicio físico reduce el riesgo a padecer enfermedades del corazón.

En Castilla y León la obesidad se ha duplicado en la última década entre los menores de 25 años. Este grupo ha pasado de contar con una prevalencia del 5,17 al 10,25 por ciento, y lo peor es que la curva no para de subir, ni entre los jóvenes ni entre la población en general. Según datos aportados por la Consejería de Sanidad, que ha realizado un estudio de riesgo cardiovascular en la Comunidad, en el que han participado 1.500 profesionales y 4.000 personas, en este tramo de población, la obesidad, o el sobrepeso, ha evolucionado de una prevalencia de un 22,9 a un 27,6 por ciento. La incidencia crece cinco puntos en el conjunto de la población y la línea crece. Entre los factores para tener obesidad en las edades más tempranas, figuran además hábitos poco saludables como no desayunar, comer y, sobre todo cenar, viendo la televisión o no realizar actividad deportiva fuera del horario escolar.

Si se analizan las cifras en otros grupos de edad, el futuro no es nada alentador. En cada uno de los grupos de edad se produce un repunte, hasta siete puntos en el caso del grupo de 50 a 54 años, que pasa de un 30,26 a un 37,28 por ciento, y sólo se observa una disminución en el de 70 a 74 años, que pasa de 32,01 a 29,63 por ciento en diez años. En el de más de 75 años ya no existen apenas diferencias, evoluciona del 23,8 a 24,06 por ciento.

Por sexos, en el caso de los hombres la prevalencia ha aumentado en la última década en todos los grupos, mientras que en el de las mujeres existe un punto de inflexión en el tramo de 65-69, donde cae del 38,7 al 37,7 por ciento. En los hombres el mayor incremento coincide en el grupo de 50 a 54 años, que evoluciona del 27,34 al 37,62 por ciento, mientras que en las mujeres se da entre los 35 y 39 años, con más de nueve puntos porcentuales, al pasar de un 15,14 a un 24,34 por ciento.

Uno de los retos de la Consejería de Sanidad en el área de promoción de la salud pasa por aplicar los programas coor-



dinados de la Estrategia NAOS, en especial el consumo de fruta y hortalizas, ejercicio físico y talleres de alimentación saludable en los centros escolares.

También, prevé impulsar nuevos programas en colaboración con las consejerías de Educación y Agricultura. Uno de los últimos proyectos comunes está vinculado al corazón azul de la Marca Tierra de Sabor, que distingue a los alimentos que favorecen una alimentación cardiosaludable. Los tres departamentos se han comprometido a diseñar recetarios saludables con estos alimentos; potenciar su inclusión en los menús de los hospitales, y Educación trabaja con las empresas concesionarias de los comedores escolares para implantarlos en los menús escolares. En concreto, quieren emitir certificados de menús saludables, para lo que se están dando los primeros pasos sobre los porcentajes de alimentos con este marchamo que tendrían que estar presentes, productos de temporada, frescos, entre otros.

Asimismo, está prevista la organización de un programa de actividades para que los más pequeños conozcan las claves de un estilo de vida saludable -alimentación, ejercicio físico e hidratación-, y que por medio de los menores los mensajes lleguen también a los padres ●



Conviene evitar alimentos que aumentan los niveles de colesterol, aquellos que contienen en mayor parte grasas de origen animal tales como el cerdo, la ternera o el cordero.



Marcapasos inalámbricos



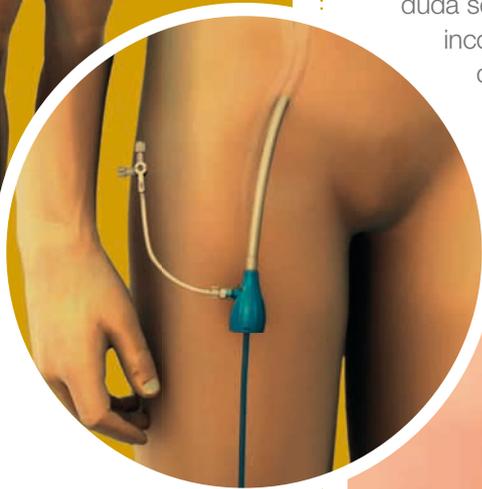
El corazón (lo mismo que los automóviles) es un órgano que funciona mediante electricidad. El impulso eléctrico (lo que sería la llave de contacto) se origina de forma automática en la parte más alta de la aurícula derecha, que es una de las cuatro cámaras que tiene el corazón y desde allí se propaga por el sistema de conducción (que en el ejemplo del automóvil serían los cables que van desde el contacto al motor), de forma que cuando éste llega al final, el corazón se contrae y expulsa la sangre al resto del cuerpo, que es para lo que está hecho el corazón.

Existen una serie de situaciones y enfermedades en las cuales el corazón no es capaz de generar este impulso eléctrico, o lo hace muy lento, e incluso aunque se produzca, este no es capaz de transmitirse por el sistema de conducción. En cualquiera de las circunstancias, la consecuencia es que el corazón comienza a latir muy despacio e incluso puede pararse, como le ocurriría a cualquier aparato que funcione por baterías o pilas, lo que puede dar lugar a diferentes síntomas que van desde mareos o cansancio intenso hasta la pérdida transitoria de conciencia u otros más graves incluida la muerte a consecuencia de una parada cardiaca prolongada. Afortunadamente, en la mayoría de los casos estas enfermedades son diagnosticadas pronto y se puede poner el remedio adecuado que consiste en implantar un marcapasos.

En esencia un marcapasos consiste en un generador de impulsos eléctricos, alimentado por una pila, y que va conectado a unos cables, llamados electrodos, que introducidos a través de las venas llegan hasta el corazón, permitiendo así remplazar la actividad eléctrica natural, pero enferma, del corazón por otros impulsos artificiales que aseguran una frecuencia cardiaca adecuada. Además, estos dispositivos tienen programas diferentes (como las

Arriba, diversos modelos de marcapasos convencionales. En la página de la derecha, el doctor Rubio con 'Micra', un marcapasos diez veces más pequeño que el convencional y sin cables.





El 'Micra' se coloca directamente en el corazón mediante un catéter insertado a través de la vena femoral. Una vez colocado, el marcapasos queda enganchado a la pared del ventrículo derecho y puede recolocarse si es necesario.

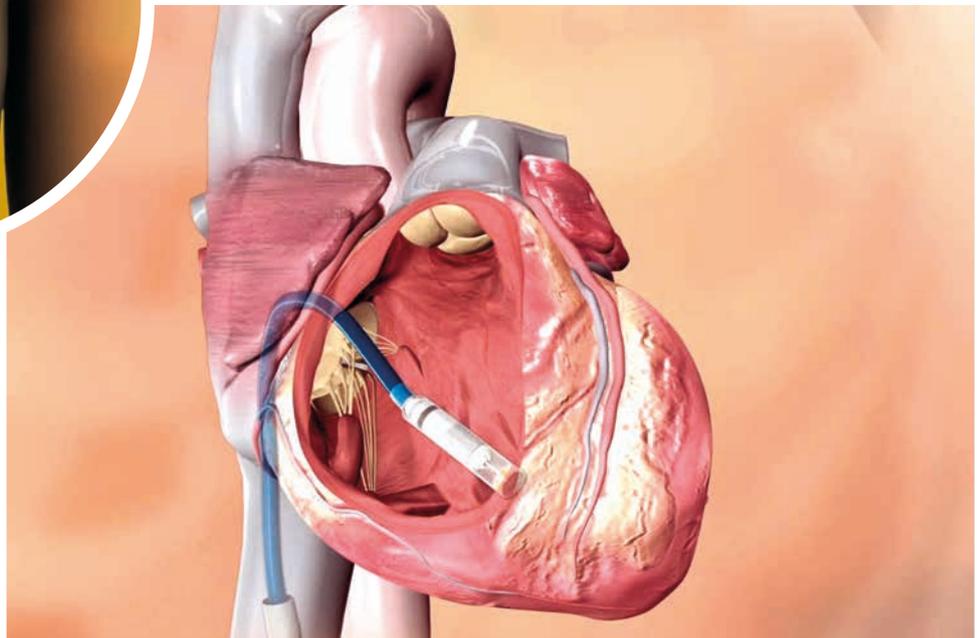
'Micra' elimina las posibles complicaciones derivadas del implante con electrodos y ha demostrado ser seguro y disminuir el riesgo de infecciones con respecto al implante convencional.

lavadoras), que permiten ofrecer a cada paciente una forma de actuación diferente, ajustada a sus propias necesidades.

En este punto es muy importante corregir un error muy frecuente que ocurre entre las personas no dedicadas a la medicina, y que consiste en creer que un marcapasos protege de cualquier enfermedad cardíaca. Están rotundamente equivocados. Se puede seguir teniendo, por ejemplo, un infarto de miocardio, lo que no van a tener nunca es un corazón que lata despacio.

Desde que se descubrió en 1899 que el corazón era capaz de contraerse cuando se le administraban impulsos eléctricos, pasaron años hasta que se logró implantar el primer marcapasos dentro del cuerpo en 1958 (el primer paciente al que se puso este marcapasos –Arne Jausson- murió recientemente, en 2001), y desde entonces se han producido notables avances tanto en mejorar su función, como en disminuir el tamaño (los primitivos había que implantarlos en el abdomen porque no cabían en el pecho) o en prolongar la duración de las pilas (en los primeros frecuentemente duraban menos de 1 año).

Estos avances también se han aplicado a los cables o electrodos, que sin duda se han perfeccionado muchísimo, no obstante presentan una serie de inconvenientes que pueden ser difíciles de resolver. El primero, y sin duda de mayor importancia, es su duración. En la actualidad, la mayoría de los pacientes a los que se implanta un marcapasos tienen una esperanza de vida superior a los 20 años y es de esperar que en ese tiempo un alto porcentaje de cables se deterioren o se rompan.



Además, la simple introducción de los cables dentro de las venas puede asociarse a complicaciones, y a más largo plazo se pueden dar otros problemas incluido el más temible, la infección. En la mayoría de estas complicaciones será preciso explantar los cables, intervención que es muy compleja y no exenta de riesgo. Es en este contexto en el que se está desarrollando la tecnología de los marcapasos sin cables, en los que evidentemente estos problemas se evitarían. Hay un grupo de pacientes en los que está especialmente indicado el implantar uno de estos dispositivos, y son aquellos en los que por diversas causas (operaciones, diálisis,

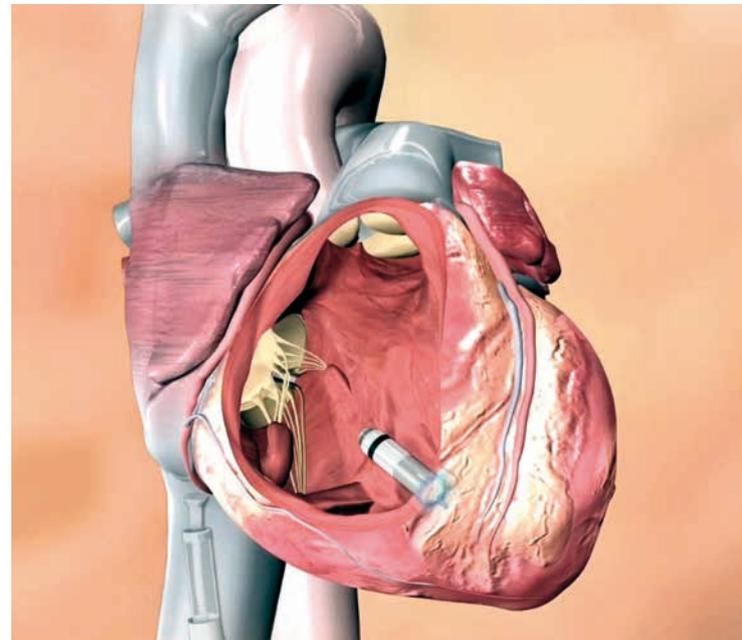
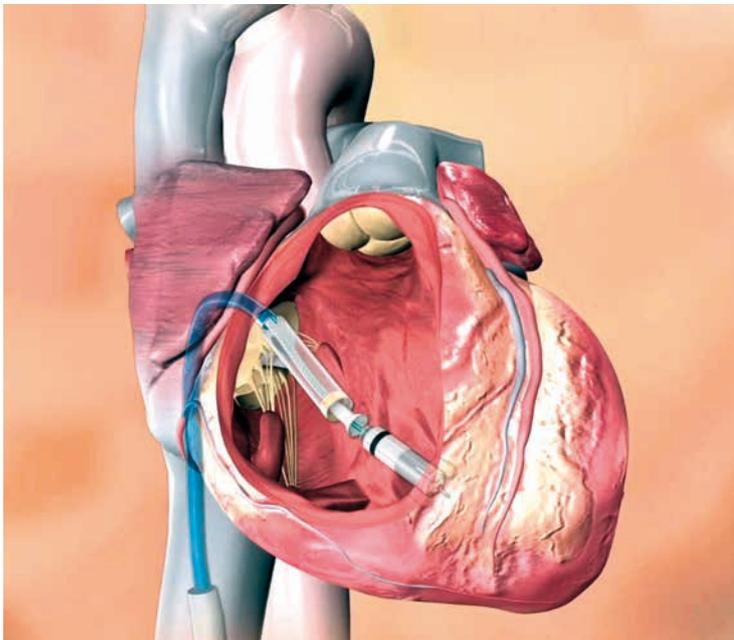
infecciones...) tienen ocluidas las venas por las que habitualmente se meten los cables, en los que hasta ahora solo se les podía tratar con cirugía cardíaca.

Estos dispositivos se depositan directamente en el corazón mediante unos tubos (catéteres) que se meten por la vena de la pierna retirándolos posteriormente, de forma que lo único que queda dentro del cuerpo es un pequeño dispositivo, que pesa menos de 2 gr y mide 2,5 cm (más pequeño y menos pesado que una moneda de 1 euro).

Aunque pronto saldrán otros, en el momento actual solo existe en el mercado un prototipo, con el que en el Servicio de Cardiología del Clínico de Valladolid tenemos experiencia. Como se ha comentado anteriormente presenta las ventajas de no precisar de cables, con lo que las pocas complicaciones que aparecen durante el implante aún se reducen más, es muy raro que se infecten, su implante es relativamente sencillo y rápido para profesionales que ya tengan experiencia en otras técnicas de exploración invasiva del corazón. En aquellos pacientes que tengan riesgo de hemorragias (por ejemplo en aquellos que toman anticoagulantes), éstas prácticamente desaparecen.

A pesar de su pequeño tamaño, tienen unas baterías que aseguran una duración próxima a los 10 años, así como diferentes programas dirigidos a mejorar el funcionamiento y como consecuencia la calidad de vida de los pacientes a los que se les implanta. Sin duda una ventaja adicional es que pueden ser seguidos por Internet con lo que se puede revisar su correcto funcionamiento mientras el paciente está en su domicilio.

El 'Micra' no requiere de incisiones quirúrgicas en el pecho ni la creación de ningún "bolsillo" debajo de la piel. Este hecho elimina las posibles complicaciones derivadas del implante y evita cualquier signo visible del dispositivo.



Pero no todo son ventajas, por sus características (solo estimula los ventrículos) no será la primera elección en todos los pacientes, y lo fundamental es que debido a su corta existencia no se tiene experiencia en cómo deben de cambiarse cuando al cabo de los años se agoten las baterías. En todo caso, es de esperar que en un futuro muy cercano, los avances en la tecnología proporcionarán las soluciones adecuadas a estos inconvenientes y sin duda, serán los dispositivos que se usarán con más frecuencia en todos los pacientes que lo precisen ●

Este dispositivo no requiere el uso de cables que conecten el marcapasos con el corazón, y el 'Micra TPS' manda impulsos eléctricos a través de un electrodo que está colocado en el propio dispositivo.

El diagnóstico precoz

es esencial para el tratamiento de la Amiloidosis cardiaca



La doctora Inés Sayago realizó en su Tesis Doctoral un pormenorizado estudio sobre el análisis de estrategias, diagnósticas y terapéuticas de la amiloidosis AL cardiaca avanzada.

La amiloidosis cardiaca es la enfermedad en la que el amiloide se deposita en el corazón. Se estima una incidencia de amiloidosis de 4-9 casos por millón de habitantes. Inés Sayago, facultativa en el ICICOR, centró su Tesis Doctoral en esta enfermedad, en la que queda mucho por investigar. Las conclusiones de este trabajo de investigación tienen una aplicación inmediata para la práctica clínica diaria de los especialistas involucrados en el manejo de pacientes con esta patología.

Cuando el amiloide se deposita en el corazón envuelve a las células cardiacas y esto engrosa las paredes de este órgano y lo vuelve rígido. A esta forma de afectación del corazón se denomina "miocardiopatía infiltrativa". El corazón rígido y engrosado no es capaz de funcionar adecuadamente. Según avanza la enfermedad el depósito de amiloide puede ser cada vez más extenso y sustituye a las células cardiacas con lo que el corazón comienza a latir con menos fuerza.

La manifestación clínica más frecuente es la disnea de esfuerzo, que progresa a mínimos esfuerzos. También son síntomas frecuentes el cansancio extremo, los mareos e incluso la pérdida de consciencia. Estos son secundarios a hipotensión o a las alteraciones del sistema eléctrico del corazón (bradicardia y bloqueos de conducción). Derivado de la afectación de los pequeños vasos que irrigan el corazón también puede aparecer angina de esfuerzo o de reposo que, de presentarse, son de difícil manejo.

Las amiloidosis son enfermedades sistémicas: el amiloide puede depositarse en otros órganos y tejidos distintos al corazón. Por ello, los pacientes, además de los síntomas cardiológicos, pueden tener otros derivados de la afectación de órganos como el riñón o los nervios.

Diagnóstico de sospecha de la amiloidosis cardiaca

Es fundamental la interrogación de los síntomas y la exploración física para orientar las pruebas. En los países desarrollados los dos subtipos más frecuentes son la Amiloidosis AL (producida a partir de inmunoglobulinas cancerosas) y la Amiloidosis Trastirretina (producida a partir del plegamiento anómalo de la proteína trastirretina)

La amiloidosis AL se produce debido a un cáncer de las células plasmáticas. Las células plasmáticas son células sanguíneas que se producen en la médula ósea y son productoras de las inmunoglobulinas (anticuerpos). Las inmunoglobulinas formadas a partir de las células cancerosas plasmáticas se pliegan de forma anómala y forman amiloide que se deposita en diferentes tejidos y órganos.

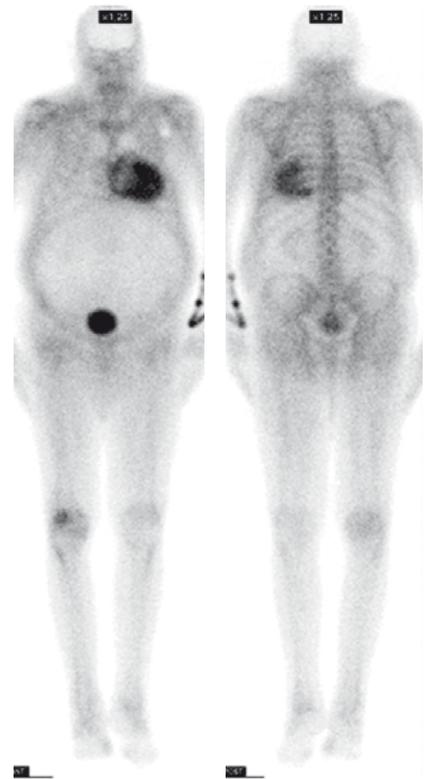
Esta enfermedad se presenta sin diferencia entre ambos sexos y generalmente por encima de los cincuenta años.

Existen dos tipos de amiloide por trastirretina: la mutada y la nativa (también llamada senil o salvaje).

En general, la afección cardiaca suele aparecer a partir de la quinta década y es más frecuente en varones, lo que ha llevado a plantear el posible papel protector del sexo femenino en el desarrollo de esta enfermedad.

Debido a la amplia distribución geográfica de las mutaciones de la TTR y a sus diferentes tasas regionales, es difícil conocer la incidencia y prevalencia de la amiloidosis trastirretina mutada. Basándonos en la estadística de centros de referencia en cardiopatía amiloidótica podemos inferir una incidencia aproximada de 0,4 por millón de habitantes /año.

Cuando el amiloide se deposita en el corazón envuelve a las células cardiacas y esto engrosa las paredes de este órgano y lo vuelve rígido. El corazón rígido y engrosado no es capaz de funcionar adecuadamente.



Gammagrafía con radiotrazador para la detección de depósito amiloide por trastirretina en el corazón. La imagen de la derecha muestra una captación intensa en el corazón en paciente con amiloidosis por trastirretina. La imagen de la izquierda no existe captación en el corazón, se trata de un paciente con amiloidosis AL.

El correcto diagnóstico de amiloidosis cardiaca y su diferenciación con otras causas de insuficiencia cardiaca es muy importante. En la actualidad no hay tratamientos que extraigan el depósito de amiloide de los tejidos donde se ha depositado, como el corazón. El diagnóstico precoz es esencial para su adecuado manejo y tratamiento.

Sin embargo estudios recientes sugieren que esta entidad está infra diagnosticada.

El correcto diagnóstico de amiloidosis cardiaca y su diferenciación con otras causas de insuficiencia cardiaca es muy importante. En la actualidad no hay tratamientos que extraigan el depósito de amiloide de los tejidos donde se ha depositado, como el corazón. En el caso de enfermedad cardiaca muy avanzada sin afectación de otros órganos y en pacientes jóvenes puede estar indicado el trasplante cardiaco.

En la Amiloidosis AL cardiaca, además del tratamiento cardiológico, está indicado comenzar con tratamiento de quimioterapia para detener la progresión del cáncer de células sanguíneas plasmáticas. Los regímenes quimioterápicos se eligen en función de la edad del paciente, de otras enfermedades que padezca y de la severidad de la afectación cardiaca. En algunos pacientes se puede realizar trasplante de médula ósea, que junto con el tratamiento quimioterápico han conseguido mejorar la supervivencia de los pacientes. No obstante, este tratamiento es de elevada complejidad y puede conllevar complicaciones importantes, incluida la muerte, sobretodo en pacientes con una afectación cardiaca muy avanzada.

El tratamiento quimioterápico y el trasplante de médula ósea detiene la producción de amiloide a partir de las inmunoglobulinas cancerosas y con ello, detiene el avance de la enfermedad cardiaca. En algunos pacientes jóvenes y sin otros órganos afectados, una vez detenida la enfermedad cancerosa sanguínea se puede indicar el trasplante cardiaco.

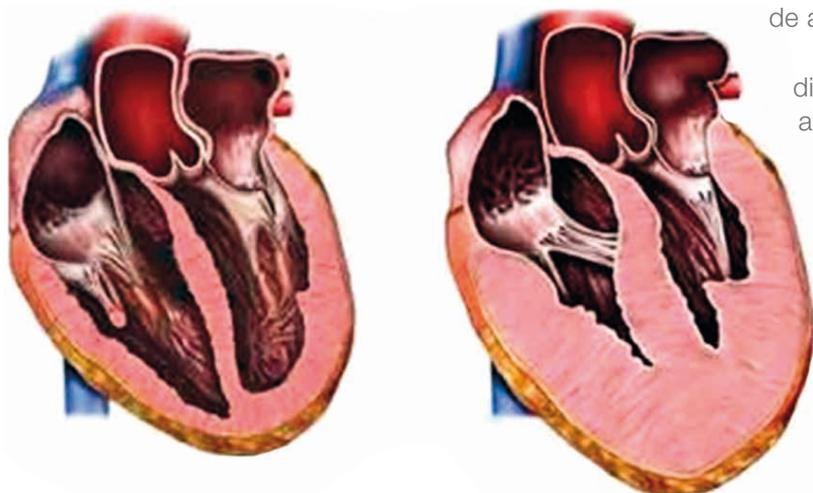
En la Amiloidosis Cardiaca por Trastirretina los tratamientos dependen de si es trastirretina mutada o trastirretina senil. Para los pacientes con amiloidosis trastirretina mutada con una afectación predominantemente en los nervios (como la polineuropatía familiar amiloidótica) existen tratamientos más específicos. Unos de los tratamientos es el trasplante de hígado. El trasplante hepático es de elevada complejidad y sólo está indicado en algunos pacientes jóvenes con mutaciones específicas; en casos de afectación cardiaca severa se realiza trasplante cardiaco y hepático combinados o secuenciales.

En los últimos años se ha demostrado que el amiloide por trastirretina mutada depositado en un tejido provoca un "efecto llamada" a la trastirretina no mutada para que se deposite también en ese órgano o tejido. Esto hace que el trasplante hepático no sea en muchos casos la solución; el nuevo hígado no produce trastirretina mutada pero la trastirretina no mutada se sigue depositando en los tejidos que ya tenían depósito de amiloide.

En los últimos años han surgido nuevos medicamentos como son el Tafamidis, indicado actualmente para la amiloidosis por trastirretina mutada con polineuropatía. Sin embargo, no existen aún resultados de estudios que avalen su utilización en la amiloidosis cardiaca.

En resumen, la Amiloidosis Cardiaca es una enfermedad en la que unas proteínas anómalas se acumulan en el corazón imposibilitando su adecuada función. El diagnóstico precoz es esencial para su adecuado manejo y tratamiento ●

Diferencia entre corazón sano (a la derecha) y corazón con depósito de amiloide en sus paredes (a la izquierda).





Ana Serrador

Nueva presidenta de la Sociedad Castellano y Leonesa de Cardiología

“Hay que mejorar la educación en salud para sensibilizar de la importancia de eliminar los factores de riesgo cardiovascular”

Si echamos una mirada a la atención cardiológica en Castilla y León, ¿Cuál es la lectura que hace?

La cardiología es la especialidad médica que más ha avanzado en los últimos años y Castilla y León no se ha quedado atrás. Se puede decir que se han conseguido grandes logros en el diagnóstico y tratamiento en las enfermedades cardiovasculares, que han mejorado el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes a lo que también ha contribuido el desarrollo de la prevención secundaria y los programas de rehabilitación cardiaca que están en expansión en la comunidad.

¿En qué hay que mejorar?

A pesar de tener los profesionales y los avances científico-tecnológicos más punteros del momento todavía queda mucho por progresar. Hay que mejorar la calidad asistencial, mejorar la accesibilidad y equidad en las prestaciones sanitarias especialmente en el tratamiento de infarto agudo de miocardio. Mejorar las actividades protocolizadas y la coordinación entre niveles asistenciales (Atención Primaria-Atención Especializada-Emergencias Sanitarias) así como la formación continuada científico-técnica de los profesionales. Se puede mejorar en la divulgación y educación en salud mediante programas de prevención que sensibilicen a la sociedad castellano-leonesa de la importancia de eliminar los factores de riesgo cardiovascular y llevar una vida sana.

Con cuatro hospitales de referencia, Valladolid, Burgos, León y Salamanca, y cerca de 150 profesionales, ¿está bien atendida la demanda de los usuarios en la sanidad pública regional?

Actualmente cualquier patología cardiológica en la comunidad, independientemente de su complejidad y gravedad, cuenta con los recursos asistenciales necesarios para su correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento gracias al desarrollo profesional y tecnológico que han alcanzado los hospitales de referencia de la región. Además existe una integración de los servicios de salud en red para aquellas patologías o intervenciones cardiológicas, que por su baja frecuencia o complejidad, requieran unas determinadas condiciones.

La nueva presidenta de la Sociedad Castellano y Leonesa de Cardiología es facultativo en el área de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista en el ICICOR. Ana Serrador asegura que esta especialidad goza de buena salud en la región, considera que “hay que afinar más en la patología que requiere atención emergente como es el infarto agudo de miocardio” y se marca como reto sensibilizar a la sociedad mediante campañas, con otros colectivos, para llevar a cabo una vida cardiosaludable.

Se puede mejorar en la divulgación y educación en salud mediante programas de prevención que sensibilicen a la sociedad castellano y leonesa de la importancia de eliminar los factores de riesgo cardiovascular y llevar una vida sana.



Sin embargo, hay que afinar más en la patología que requiere atención emergente como es el infarto agudo de miocardio. CyL es una comunidad extensa, con una densidad de población baja. Existen centenares de municipios con menos de 100 habitantes lo que significa que la población está muy dispersa, y existen núcleos urbanos alejados de estos centros de referencia lo que hace que la accesibilidad de la atención sanitaria urgente a estos centros sea más compleja. Para asegurar la calidad de la asistencia en toda la región es fundamental una Red Asistencial óptima que coordine el trabajo de los servicios de emergencias sanitarias con los hospitales de referencia, para permitir un manejo rápido y eficiente de la situación.

En el último Congreso de la Sociedad Castellano y Leonesa de Cardiología, el Consejero de Sanidad, aseveró que esta especialidad, en la región, es equiparable a la que se ofrece en el resto del país y que no existen carencias de ningún tipo. ¿Está de acuerdo?

En la última década Castilla y León ha conseguido muchos logros no sólo en el diagnóstico, tratamiento, pronóstico y prevención de la patología cardiológica, gracias al desarrollo profesional y técnico de la comunidad sino también en la investigación y divulgación de los resultados de salud sin olvidar los avances en el plano de la gestión sanitaria. Por todo ello, la cardiología de CyL si sitúa en una buena posición a nivel nacional, sin embargo, si hay carencias, nada es perfecto. La atención en el infarto agudo de miocardio echa en falta un registro de actividad regional institucional que permita evaluar la calidad de la asistencia realizada en esta patología que es una de las primeras causas de morbi-mortalidad en nuestra región y cuyas secuelas suponen un importante gasto sanitario.

Castilla y León es una región muy dispersa con más de 2.000 municipios. ¿Está dando resultado el llamado Código Infarto, el protocolo que puso en marcha la Consejería de Sanidad para aplicar un protocolo para la atención del infarto agudo de miocardio?

Sinceramente, no se conocen los resultados a nivel regional del funcionamiento del Código Infarto por la falta de un registro común, institucionalizado, que permita conocer los datos de la asistencia y los resultados de salud así como realizar un control de la calidad del proceso que identifique los puntos donde implementar las mejoras necesarias. A nivel local se conocen datos de los hospitales de referencia que no son representativos de la situación del infarto en CyL ya que se refieren a áreas con mayor disponibilidad de angioplastia primaria (AP). En una patología donde cada minuto supone una pérdida irreparable del músculo cardiaco y donde un 40% de los pacientes fallecen en el primer mes y la mitad de ellos en las primeras 2 horas antes de llegar al hospital es de vital importancia conocer los tiempos de asistencia.

Desde la instauración del Código Infarto en CyL en julio de 2014 se ha producido un incremento del intervencionismo en el IAM, es decir, de la realización de un cateterismo para desobstruir la arteria coronaria culpable bien sea mediante AP o mediante una estrategia fármaco-invasiva precoz, que supondría una angioplastia de rescate en caso de trombolisis fallida o de forma electiva en las primeras 24 horas si ha sido eficaz. La AP se ha incrementado un 150% en CyL desde que se instauró el Código Infarto. Cabe destacar que la realización de AP ha demostrado disminuir la mortalidad y mejorar el pronóstico siempre y cuando se realice de forma precoz antes de las 3 horas del inicio de los síntomas, retrasos superiores pueden no mejorar la mortalidad y además incrementar la prevalencia de insuficiencia cardiaca crónica, ya que tendríamos infartos más grandes en una patología donde

el tiempo de demora es músculo perdido. Por ello, la asistencia en red del Código Infarto requiere una buena coordinación y comunicación entre emergencias sanitarias y los hospitales de referencia dotados de hemodinámica. Requiere además unos protocolos de actuación que garantice los tiempos de asistencia sin demora y un registro de datos que permita hacer un control de la calidad del proceso para implementar las mejoras oportunas.

En una sociedad envejecida, como la de Castilla y León, uno de los problemas a los que se enfrentan los Servicios de Cardiología son las altas tasas de reingreso hospitalario por insuficiencia cardiaca. ¿Hay que apostar por los Hospitales de Día?

Por su supuesto. El Hospital de día de Insuficiencia cardiaca permite atender de forma ambulatoria a pacientes que requieren un seguimiento estrecho periódico evitando así los reingresos hospitalarios. Los cardiólogos y enfermeras especializados en Insuficiencia Cardiaca realizan programas de seguimiento individualizados en pacientes que presentan más riesgo de rehospitalización. Se optimiza la terapia y se educa al paciente y a la familia para el mejor conocimiento de su enfermedad.

¿Hay que mejorar la comunicación entre los Médicos de Familia y los especialistas en Cardiología?

La clave para asegurar la continuidad tras una hospitalización por un evento cardiológico es la comunicación entre Cardiología y Atención Primaria. Facilitar la continuidad de cuidados ha demostrado mejorar la eficiencia de la actividad asistencial. En el Registro RECALCAR, tras analizar los recursos y calidad de los servicios de cardiología españoles, se evidenció que el 56% de los pacientes cardiovasculares son atendidos por otras especialidades (medicina interna, servicio de urgencias...) lo que lleva a una falta de información en el seguimiento de los pacientes, demora en la asistencia y un exceso de utilización de los servicios de urgencias. En este sentido, en CyL se están creando redes de comunicación entre los dos niveles para integrar y mejorar la coordinación asistencial del paciente cardiológico. Los médicos de Atención Primaria pueden utilizar la vía telemática para resolver las dudas que surjan de sus pacientes sin necesidad de derivarlos al hospital incluso valorar un electrocardiograma en línea y recibir consejo sobre un tratamiento o medicación concreta. Es importante homogeneizar los informes de alta, que incluyan objetivos terapéuticos concretos para el paciente e indicaciones asistenciales. Hay que fomentar la formación continuada en cardiología de los médicos de Atención Primaria, ya que se traduce en una derivación óptima del paciente y en la mejora de comunicación entre ambos niveles.

¿Es necesario fomentar las campañas para incitar a una dieta sana, realizar ejercicio físico, no fumar y cuidar el peso? ¿Es la gran asignatura pendiente?

Por supuesto, una vida sana conlleva un cuerpo sano. La gran asignatura pendiente de la sociedad es el cambio del estilo de vida cuando este no es saludable. Malos hábitos como una dieta inapropiada o sedentarismo originan obesidad y favorecen la aparición de otros FRCV como la hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia. A pesar de que los cambios de hábitos son medidas eficaces, inocuas, baratas y a disposición de todos los pacientes, no se instauran ni se promueven como se deberían; además, los propios pacientes las consideran un sacrificio y deciden seguir sólo con fármacos. Un hábito de vida saludable sería aquel que incorporara una actividad física de intensidad moderada al menos durante 30 minutos, 5 días por semana, un control de peso adecuado y la supresión del tabaco ●

En la última década Castilla y León ha conseguido muchos logros no sólo en el diagnóstico, tratamiento, pronóstico y prevención de la patología cardiológica, gracias al desarrollo profesional y técnico de la comunidad sino también en la investigación y divulgación de los resultados de salud sin olvidar los avances en el plano de la gestión sanitaria.

La actividad científica de Ana Serrador se centra en la investigación de la Cardiopatía isquémica, Diabetes mellitus, y la Revascularización coronaria y técnicas diagnósticas aplicadas.

X Curso de Gestión Biomédica *de Valladolid*

Gran parte de la culpa de que no se estén aumentando los recursos en investigación parte de que no somos capaces de hacer ver a la sociedad y a los gobernantes que la ciencia biomédica y la inversión en salud son algo básico, ya que cuanto más dinero se destine el retorno para la sociedad será inmenso

El Curso de Gestión Biomédica ha alcanzado ya diez años con la premisa intacta desde que nació: ser un foro de intercambio de ideas, proyectos y herramienta para que los profesionales sanitarios interesados en la investigación avanzada puedan dirigir mejor su trabajo. La edición de este año, que se celebró a mediados de octubre, en Valladolid, se enfocó en torno al “Presente y el futuro de la investigación biomédica”. El fin último es que los asistentes adquieran una visión global de los distintos aspectos que abarca la gestión de la investigación en el entorno sanitario, tanto desde un punto de vista teórico como práctico. Cada vez se hace más necesario profesionalizar la gestión de la investigación biomédica al considerarse esta labor como bien público, ya que el conocimiento que genera sirve para optimizar los sistemas de salud, fortalecer la economía de los países y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

Entre otros, en esta décima edición, participaron Joaquín Arenas, Director Científico del Instituto I+12 del Hospital 12 de Octubre; Antoni Andreu, Investigador del Grupo de Investigación de Patología Neuromuscular y Mitocondrial del Instituto de Investigación del Hospital Vall de Hebron de Barcelona; Manuel Carrasco, Presidente de Ascendo Consulting Sanidad & Farma y Francisco de Paula, Director de Estrategia en Medtronic Ibérica. También intervinieron Jesús Fernández Crespo, Director del Instituto de Salud Carlos III y Mónica Robles, responsable del Servicio de Investigación e Innovación de la Dirección General de Innovación y Resultados en Salud de la Junta de Castilla y León.

En la inauguración, el Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León, Antonio María Sáez Aguado reconoció que la inversión en este campo está estancada, aunque su estado es “razonablemente bueno”. También destacó que hay núcleos “muy importantes” de investigadores en Castilla y León que se pretenden desarrollar en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III. Eso sí, admitió, que en Castilla y León no se ha “fallado demasiado” y se cuenta con un

presupuesto para investigación similar al de hace algunos años y, aunque no ha crecido, “no se han dado pasos atrás”. Por su parte, uno de los responsables del Curso de gestión biomédica, Alberto San Román, jefe del Servicio de Cardiología del Clínico Universitario de Valladolid, entiende que es “una obligación” de los profesionales sanitarios reclamar más fondos para investigar y que las “autoridades reconozcan que la ciencia es una prioridad”. De esta forma, señala que aunque en los últimos años la inversión en este campo no ha bajado tampoco ha subido, y “sí que han crecido sin embargo las necesidades para poder seguir progresando”.

No obstante, el director del ICICOR reconoce que “hay que mirar hacia dentro” en la profesión médica. “Probablemente, gran parte de la culpa de que no se estén aumentando los recursos en investigación parte de que no somos capaces de hacer ver a la sociedad y a los gobernantes que realmente la ciencia biomédica y la inversión en salud son algo básico, ya que cuanto más dinero se destine el retorno para la sociedad será inmenso”, aseveró.

En el caso de Valladolid existen varios proyectos de investigación que se ejecutan actualmente y que la clave en la que deben basarse y avanzar “son esas preguntas que los profesionales se hacen cuando ven cada día a pacientes que lo pasan mal, y donde se plantean por qué están así y qué puede hacerse para que mejoren y se cubran con iniciativas investigadoras las necesidades de salud”, apunta San Román.

Entre los campos de trabajo, el jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico, destaca las enfermedades relacionadas con pacientes mayores como la estenosis de la válvula aórtica degenerativa; el infarto agudo de miocardio que “sigue siendo muy frecuente”; la fase final de la insuficiencia cardíaca que deriva en trasplantes; los corazones artificiales; y las asistencias ventriculares de corta y de larga duración ●

De izquierda a derecha, el jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Alberto San Román; el director general del Instituto de Salud Carlos III, Jesús Fernández Crespo; el secretario general del Ministerio de Sanidad, Javier Castrodeza; el consejero de Sanidad de la Junta, Antonio Sáez; el jefe de Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, Francisco Fernández Avilés; y el director de gerente del Hospital Clínico, Francisco Javier Vadillo.



Respuestas

para retomar la vida íntima sin miedos

Para encontrar soluciones adaptadas a cada paciente, es necesario consultar con su personal sanitario de referencia, despojándose de los tabúes o de la vergüenza que se pueda experimentar al tratar estos temas.



Los pacientes con problemas cardíacos suelen plantearse algunas preguntas y temores sobre su vida sexual. Tras superar el período de convalecencia después de un infarto o una descompensación, y una vez que el médico lo indique, se pueden retomar las relaciones sexuales.

Sin embargo, en ocasiones surgen miedos y ansiedades relacionados con la recuperación de la actividad sexual. Para encontrar soluciones adaptadas a

cada paciente, es necesario consultar con su personal sanitario de referencia, despojándose de los tabúes o de la vergüenza que se pueda experimentar al tratar estos temas.

Algunas preguntas que con frecuencia surgen en la consulta, son las siguientes:

1. ¿Podré volver a tener relaciones sexuales?

Para tranquilidad de los pacientes, hay que decir que parece demostrado que los gastos energéticos durante el acto sexual son similares a los que genera subir dos pisos de escaleras.

Por lo que, si es capaz de realizar ese tipo de esfuerzo sin tener dolor en el pecho o fatiga excesiva, será capaz, desde el punto de vista físico, de mantener relaciones sexuales plenas.

2. ¿Cuándo puedo volver a practicar sexo?

Es más recomendable reanudar la actividad física (también la vida sexual) después de un entrenamiento físico y psicológico adecuado y progresivo.

3. ¿Puedo tener síntomas durante mis relaciones?

Lo más probable es que no haya ningún problema.

En algunos casos, puede aparecer angina de pecho durante la actividad sexual. Lo más probable es que esto le suceda a aquella persona que tenga el mismo riesgo de tener angina cuando realice cualquier otro esfuerzo físico moderado. Si esto llegase a suceder, es imprescindible que lo comunique al médico para su control.

4. ¿Es normal que tenga problemas de erección? ¿Y de frigidez?

Se trata de un problema detectado frecuentemente. Ambos pueden estar motivados por el tipo de tratamiento farmacológico o por la descompensación psicológica provocada por la enfermedad cardíaca. La existencia de una enfermedad de este tipo puede ser una causa psicológica que nos lleve a limitar o, incluso, a renunciar a nuestra vida sexual. Cualquiera de estas situaciones puede provocar síntomas de depresión susceptibles de ser tratadas por un psicólogo.

5. ¿Puedo tomar algún tratamiento farmacológico para los problemas de erección?

Como todos los fármacos, las pastillas para la erección tienen efectos secundarios y contraindicaciones. Los pacientes con tratamiento para del corazón, nunca deben de tomar pastillas para la erección por su cuenta sin consultarlo previamente con su médico, ya que podría tener efectos nocivos para su salud.

6. ¿Es normal que tenga miedo a la hora de enfrentarme a la intimidad con mi pareja?

Sí. Pero la actitud que se ha de tomar es la de hablar con sinceridad a su pareja de sus miedos e inquietudes, y solicitar la ayuda de un especialista si es necesario. No se sienta nunca avergonzado ni rechace pedir ayuda o apoyo.

Lo más recomendable es realizar posturas sexuales que requieran de un menor esfuerzo físico, y que permitan recuperar la intimidad sin riesgos.

El sexo ofrece muchísimas posibilidades que no implican un problema para nuestro corazón ●



Para tranquilidad de los pacientes, hay que decir que parece demostrado que los gastos energéticos durante el acto sexual son similares a los que genera subir dos pisos de escaleras.

Es más recomendable reanudar la actividad física (también la vida sexual) después de un entrenamiento físico y psicológico adecuado y progresivo.



También es noticia...



► Nuestros alumnos ganan un premio en un congreso de estudiantes

Alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid participaron en el primer congreso de cardiología para estudiantes de la Universidad Francisco de Vitoria de Madrid. Tres de sus trabajos, dirigidos por miembros del ICICOR, fueron seleccionados entre los mejores de cada categoría y uno de ellos ganó el primer premio a la mejor comunicación oral de dicho congreso. Enhorabuena.

El Hospital Clínico de Valladolid, premiado en el TOP 20

El Hospital Clínico de Valladolid ha sido galardonado con el premio Hospital TOP 20 por su trayectoria 2010-2015. Dicho galardón se basa en el análisis comparativo de diferentes indicadores de procesos, incluyendo los relacionados con las enfermedades cardiovasculares como infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, arritmia cardíaca, etc. Nos sentimos muy orgullosos de haber contribuido a este premio.



► Encuentro con expertos: Tomás Datino

El Dr. Tomás Datino, cardiólogo especialista en electrofisiología, nos visitó el 23 de noviembre, clausurando el programa "Encuentro con expertos en Valladolid 2017". El tema que desarrolló fue la muerte súbita en el deportista, realizando una magnífica revisión de este tema de tanta actualidad y de difícil manejo.

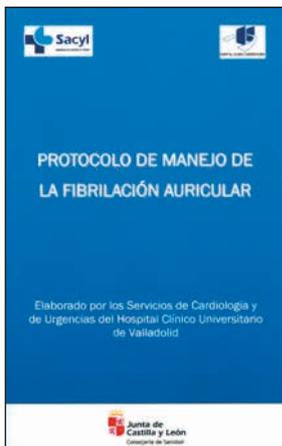
Beca de insuficiencia cardíaca

Investigadores del ICICOR, con la doctora Inés Sayago como investigadora principal, han conseguido una beca de la Sociedad Española de Cardiología para llevar a cabo un interesante estudio en pacientes con insuficiencia cardíaca en los que se implantará un dispositivo percutáneo con el fin de aliviar los síntomas de fatiga.



► Terminan sus programas de formación

El Dr. Paul Rojas y el Dr. Lenin Bulnes terminan en enero sus programas de formación en hemodinámica y electrofisiología respectivamente. Han estado con nosotros los últimos dos años especializándose en dichas áreas de conocimiento y ahora regresan a sus países de origen donde aplicarán e implantarán los conocimientos adquiridos. Mucha suerte a ambos.



► **Protocolos multidisciplinares en diferentes patologías**

Miembros del servicio de Cardiología y de Urgencias del Hospital Clínico de Valladolid han realizado un protocolo consensuado de actuación en una de las arritmias cardiacas más frecuentes, que es la fibrilación auricular. Tras meses de trabajo conjunto, el día 15 de noviembre se realizó la presentación en el aula de la 7ª planta del hospital, con la presencia de Javier Vadillo, gerente de nuestro hospital y miembros de ambos servicios.



También se ha realizado un protocolo de actuación en la encefalopatía post parada cardiaca, protocolo que se ha llevado a cabo conjuntamente por los servicios de Cardiología, Neurología y Electrofisiología Clínica. El 12 de diciembre se presentó dicho protocolo, también en el aula del ICICOR.

Alumnos del Colegio de La Enseñanza conocen el ICICOR



Las visitas de escolares al Servicio de Cardiología les permite a estos estudiantes conocer que el cardiólogo no solamente se dedica a tratar y controlar las enfermedades que afectan al corazón y los vasos sanguíneos, sino también advierte a sus pacientes sobre los riesgos y las posibilidades de que se desarrolle una enfermedad cardiovascular, además de que aconseja a sus pacientes cuál es la mejor manera de cuidar la salud cardiovascular, es decir que aplican medicina preventiva.



La imagen

Refranes

Mi abuela era la reina del refranero. A la mínima, nos lanzaba una de sus máximas. Nada más sentarnos a la mesa, cuando todos nos arrojábamos sobre los platos, sentenciaba: Quien come con cordura, por su salud procura. Y, remataba, de golosos y tragones están llenos los panteones. Era como un latigazo. Inmediatamente, retirábamos las manos de las exquisiteces que había preparado y esperábamos, con impaciencia, a que comenzase a servir. Entonces, con dulzura, nos decía a los más pequeños: Coméis más con los ojos que con la boca. A mi hermano, que preparaba oposiciones, le mandaba otro recado sugerente, sabes que una barriga llena no estudia de buena gana.

Eran veredictos sabios. Ella era enjuta. Todo nervio. Hasta poco antes de su muerte, cuidó y mimó el huerto familiar. No leyó un libro nunca. Pero la vida le enseñó que en la mesa no podía faltar la ensalada. Tampoco las legumbres, dos veces por semana, y las verduras en todas las estaciones del año. Nos alertó de que no había que abusar de la carne y de que no había mejor pócima estomacal que una infusión con manzanilla que ella misma recolectaba en el monte. Comía un puñado de nueces, a media mañana y fruta, para cenar. Desayuna como un emperador, come como un rey y cena como un pobre. Así nos educó, a base de citas que ella se aplicaba. Pura sabiduría ●

