corazonadas

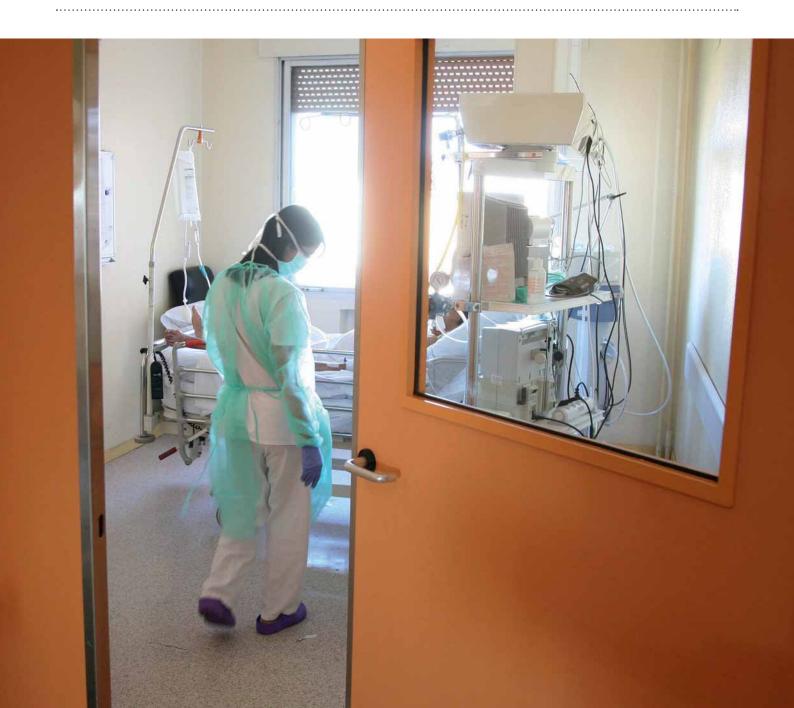
Publicación del ICICOR (Instituto de Ciencias del Corazón de Valladolid)

noviembre 2011 # nº 6

El TC multidetector, la alternativa al cateterismo cardiaco

El ICICOR incrementa su presencia en congresos nacionales e internacionales

Trabajo en equipo, rapidez y apoyo a las familias, lema de la Unidad Coronaria



corazonadas

Sumario nº 6 # noviembre 2011

Entrevista con...

03 : Ignacio Amat

Asistencial

04-07 : Así funciona la UCI de Cardiología



08-11 TAC Multidetector: la alternativa al cateterismo cardiaco

Investigación

12-14 El ICICOR aumenta su presencia en los congresos de cardiología

Formación

15-19 : La gestión de la investigación biomédica a estudio en el ICICOR

Fármacos

20-21 Prudencia ante los nuevos anticoagulantes

Consejos

22-23 : Navidades Cardiosaludables

Contraportada

24 : La imagen: La ensoñación



Fotografía de portada: Habitación de enfermos agudos en la Unidad Coronaria del Hospital Clínico de Valladolid.



(Instituto de Ciencias del Corazón) Hospital Clínico Universitario de Valladolid Avenida de Ramón y Cajal, 3, 47005 Valladolid T. 983 42 00 14

.....

Dirección:

José Alberto San Román Calvar

Redacción:

Javier López Díaz, Ana Revilla Orodea, Rocio Gil Alonso, Berta Velasco Gatón, Carolina Hernández Luis, Amada Recio Platero y Noel Rivas González.

Diseño y maquetación:

Cultura y Comunicación

Fotografía:

© Eduardo Margareto

Imprime:

Gráficas Germinal

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

Patrocinan:





2





Entrevista con...

Ignacio Amat

Seis meses de residente en Quebec

gnacio Amat ha contado ya a sus compañeros que, en Quebec, los pacientes preguntan mucho a los médicos sobre el tratamiento que les aplican, y 'son muy exigentes', asevera, porque se han informado antes. Los canadienses 'disponen de una buena cultura sanitaria', asegura este residente de quinto año en el Servicio de Cardiología del Clínico.

La sanidad pública en este país norteamericano es gratuita y el Estado dedica una gran cantidad de dinero a este fin. Este alto nivel no es óbice para que, tanto el enfermo, como el facultativo, reciban una factura detallada con el coste del tratamiento, 'Para valorar el Sistema Público de Salud es elemental que todos sepan, por ejemplo, que una prótesis valvulares aórticas cuesta 18.000 euros', enfatiza Amat, 'con esta información, todos están concienciados del gasto que generan'.

Anécdotas y curiosidades aparte, lo más importante de sus seis meses de estancia en el Instituto de Cardiología y Neumología de Quebec ha consistido en aprender y aplicar nuevas técnicas que le permitirán mejorar en la colocación del implante percutáneo de pró-

tesis valvular aórtica. También, con cierta envidia, ha comprobado que los Cardiólogos de este centro dedican dos días de su jornada laboral a la investigación. Amat no sale de su asombro, 'allí consideran tan importante la atención al paciente, como la investigación, la sitúan al mismo nivel'. Otro mundo, porque en España apenas si existe un hueco en la jornada laboral de un médico para investigar, 'tienes que utilizar tu tiempo libre para preparar un estudio, la sociedad no ha interiorizado que investigar supone estar al día', reconoce el doctor Amat mientras detalla que el Instituto canadiense que lo acogió contaba con 129 investigadores dedicados, exclusivamente, a la investigación, que disponen de un edificio anexo al Hospital para desarrollar su trabajo.

No ha perdido el tiempo este cardiólogo burgalés que aún no ha cumplido los treinta años y, en este semestre que ha pasado en Canadá, también ha trabajado en dos proyectos. Uno de ellos, sobre la prótesis percutánea valvular aórtica, será publicado en breve.

Son las experiencias de un profesional que anima a otros jóvenes a 'cambiar de aires'. Considera Amat que 'tendrían que ser obligatorias estas estancias lejos de tu entorno laboral y personal'. Cree que no solo ayudan a madurar; también, en el plano profesional, 'recibes nuevos conocimientos y aprendes que no hay una sola manera de hacer las cosas'.

Ignacio Amat también ha padecido los sinsabores del inmigrante. 'es una sensación extraña, porque cuando te encuentras en un territorio desconocido agradeces, enormemente, una sonrisa o unas palabras afectuosas'. Defiende que, por encima de las nacionalidades, se sitúan los valores y apuesta por acoger a la 'gente con iniciativa, vengan de donde vengan, porque siempre es bueno dar una oportunidad'



En Canadá consideran tan importante la atención al paciente como la investigación; la sitúan al mismo nivel"

$oxed{Asistencial}$

Así funciona la UCI de cardiología

Personal de enfermería atendiendo a un paciente de la Unidad Coronarias.



ace años en la Unidad Coronaria se atendía exclusivamente a pacientes Con infarto agudo de miocardio, pero, actualmente, se asiste a enfermos con todo tipo de cardiopatías agudas o crónicas reagudizadas en situación grave. Por este motivo, es más correcto llamarlo área Unidad de cuidados intensivos cardiológicos.

La razón es sencilla, la Unidad Coronaria es el área asistencial del hospital que está dotada de los medios técnicos y de los recursos humanos (personal médico y enfermería) necesarios para la atención y vigilancia continuada de los pacientes con cardiopatías graves y potencialmente recuperables.

Durante su estancia en esta Unidad el paciente se mantiene continuamente monitorizado con control del electrocardiograma, tensión arterial, saturación de oxígeno, ritmo de diuresis y control de la función cardiaca. En el caso de Los pacientes permanecen en esta UCI mientras la situación es crítica hasta su estabilización, pasando posteriormente a la planta de cardiología o son trasladados a su hospital de procedencia.



Desfibrilación o cardioversión eléctrica. Se aplican una o varias descargas eléctricas que se colocan sobre el pecho del enfermo cardiaco

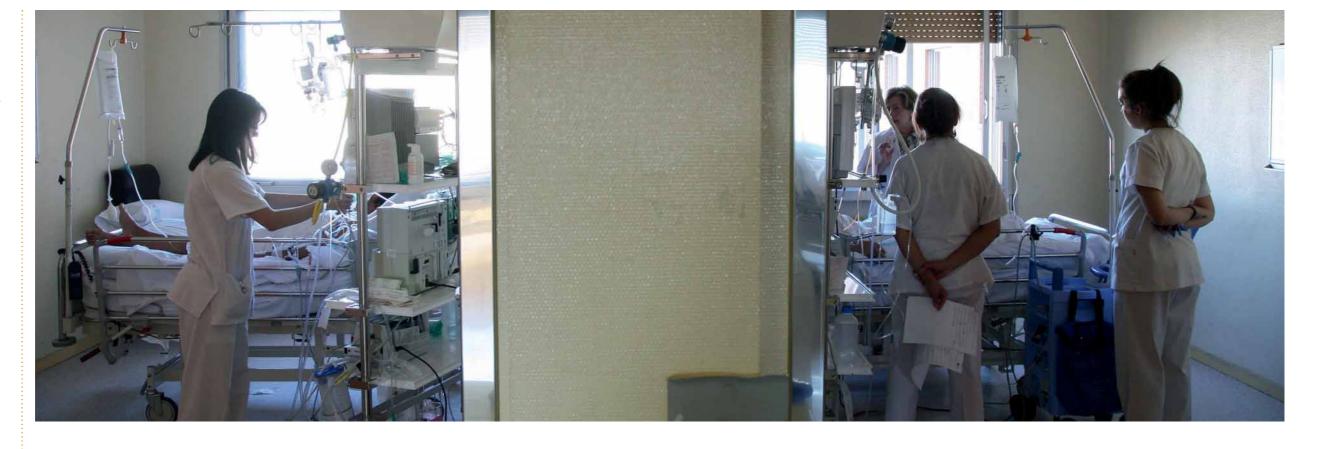
producirse alguna alteración en las constantes vitales del paciente saltará una alarma que avisa al personal médico y de enfermería. La dotación humana y técnica de la Unidad permite la reanimación cardiopulmonar del paciente con conexión en caso necesario a ventilación mecánica, realización de pericardiocentesis, implante de dispositivos que mejoran la función del corazón e implante de marcapasos transitorios. Además, cuenta con máquinas para la realización de diálisis renal de forma continua y, otro gran avance, dispone un sistema para la realización de hipotermia, con el objetivo de disminuir el daño cerebral en los pacientes que han sufrido una parada cardiaca.

Los pacientes permanecen en esta UCI mientras la situación es crítica hasta su estabilización, pasando posteriormente a la planta de cardiología o son trasladados a su hospital de procedencia.

La Unidad Coronaria está integrada en el Servicio de Cardiología y mantiene contacto directo y continuo con los Servicios de Emergencias Sanitarias, la Sección de Hemodinámica y los Servicios de Medicina Intensiva de Castilla y León con el objetivo de asistir al paciente cardiópata que requiere un cuidado intensivo. Esta Unidad Coronaria recibe enfermos complejos desde los Servicios de Medicina Intensiva de Castilla y León y otros que, debido a su situación crítica, precisan un trasplante cardiaco urgente



"Dar buenas noticias es muy reconfortante pero dar las malas es muy duro y debes estar preparado para atender no sólo al paciente sino también a su familia en esos momentos de desasosiego"





"Aquí el tiempo es oro, porque hay que tomar decisiones muy rápidas. El trabajo es muy duro, pero engancha".

Coordinación, rapidez y apoyo a las familias

uncionamos en equipo'. Esta frase la repiten a machamartillo todo el personal destinado en la Unidad Coronaria. La segunda idea, que brota tras la primera reflexión, es común entre los profesiones sanitarios destinados en este ala de la séptima planta del Clínico de Valladolid, 'aquí el tiempo es oro, porque hay que tomar decisiones muy rápidas. El trabajo es muy duro, pero engancha'.

Carolina Hernández, la responsable de esta Unidad ofrece otra de las razones por las que lleva a reducir una tarea, a veces, tan estresante, "es muy reconfortante cuando un paciente que ha estado muy crítico finalmente llega a una fase de estabilidad clínica y puede ser trasladado a la planta de cardiología o incluso un día te lo encuentras por la calle".

A continuación, la doctora Hernández Luis ofrece otra visión más personal, 'cuando tratas a un paciente no sólo nos relacionamos con él, también con su entorno. Dar buenas noticias es muy reconfortante pero dar las malas es muy duro y debes estar preparado para atender no sólo al paciente sino también a su familia en esos momentos de desasosiego'

Gema Pastor, Cardióloga en la Unidad de Coronarias aporta otro rasgo al trabajo clínico al que tienen que enfrentarse a diario, 'los pacientes cada vez son más complejos y precisan frecuentemente de técnicas invasivas para conseguir la estabilización.

Como en otras unidades de cuidados intensivos, las visitas están restringidas a períodos cortos. Lucia Capella, la supervisora de enfermería, que tiene que coordinar el trabajo de 22 enfermeros y 11 auxiliares, también destaca esta labor de apoyo a la familia, porque, cuando entran en el box se encuentran a una persona intubada, a veces sedada, y la angustia que les invade es tremenda, 'no pueden comunicarse y, en esos momentos, somos nosotros el único nexo de unión entre familia y enfermo'. En otras ocasiones el paciente despierta, tras varias semanas en coma, y se encuentra totalmente desorientado, 'hay que explicarle, con mucho tacto, qué les ha pasado, porque apenas recuerdan que sufrieron un infarto'.

Precisamente, la doctora Hernández alaba la alta cualificación del personal de enfermería y en especial el de la supervisora en esta Unidad 'es imprescindible por su gran preparación y experiencia en el cuidado de los pacientes críticos, así como por su gran capacidad de gestión de los recursos estructurales, técnicos y humanos. Además, es destacable su apoyo psicológico a los enfermos y familiares, tan necesario en este tipo de unidades'

María Sandín es una residente de 5º año, también se ha 'enganchado' a esta Unidad. Desde el primer día se dio cuenta de que lo que más le gustaba de la cardiología era la asistencia al paciente crítico y es en este campo en el que se ha especializado. María comenta que le atrae 'tener que tomar decisiones de una forma rápida y eficaz y bajo la constante presión de la extrema gravedad del paciente en esos momentos'.

María pone su boca la máxima de esta Unidad, 'es un trabajo en equipo: las decisiones tomadas en cuestión de segundos pueden decidir la evolución del paciente'

En ocasiones, el paciente despierta tras varias semanas en coma y se encuentra totalmente desorientado. Hay que explicarle, con mucho tacto qué les ha pasado, porque apenas recuerdan que sufrieron un infarto.

TAC multidector:

la alternativa

al cateterismo cardiaco

asta hace poco tiempo el único método para ver las arterias coronarias consistía en realizar el cateterismo cardiaco, pero desde hace algunos años se lleva a cabo en nuestro hospital el TC coronario (llamado también TC multidetector o de 64 cortes). Esta técnica permite conocer el estado de las arterias coronarias sin necesidad de anestesia local ni ingreso. Mediante la colocación de una vía venosa en la mano o el antebrazo se inyecta contraste y cuando llega al corazón se recogen imágenes de las arterias coronarias. Se realiza en el área de radiología (semisótano del hospital) por un cardiólogo y un radiólogo expertos en esta técnica y desde que comienzó, en octubre de 2008, se han realizado más de 700 estudios de este tipo sin ninguna complicación.

Esta prueba es muy eficaz para descartar la enfermedad de las arterias del corazón, sin embargo si se detecta una enfermedad importante de las arterias lo más probable es que finalmente haya que realizar también el cateterismo cardiaco, ya sea para confirmarlo o para tratar las lesiones. Hasta el momento, no es una prueba adecuada para pacientes con arritmias, aunque esto cambiará cuando se generalicen los equipos más modernos de 256 cortes. Por todas estas razones, la principal indicación del TC coronario es descartar la enfermedad de las arterias coronarias en personas con probabilidad baja o intermedia de tenerla (como previo a la cirugía valvular o en pacientes con dolor torácico con pruebas no concluyentes). Sin embargo, si la probabilidad de padecer

enfermedad coronaria es elevada (pacientes con angina de pecho o antecedentes de infarto o stent) lo más adecuado es realizar un cateterismo cardiaco. No obstante el cardiólogo en la consulta explicará cual es la prueba más adecuada para cada paciente.

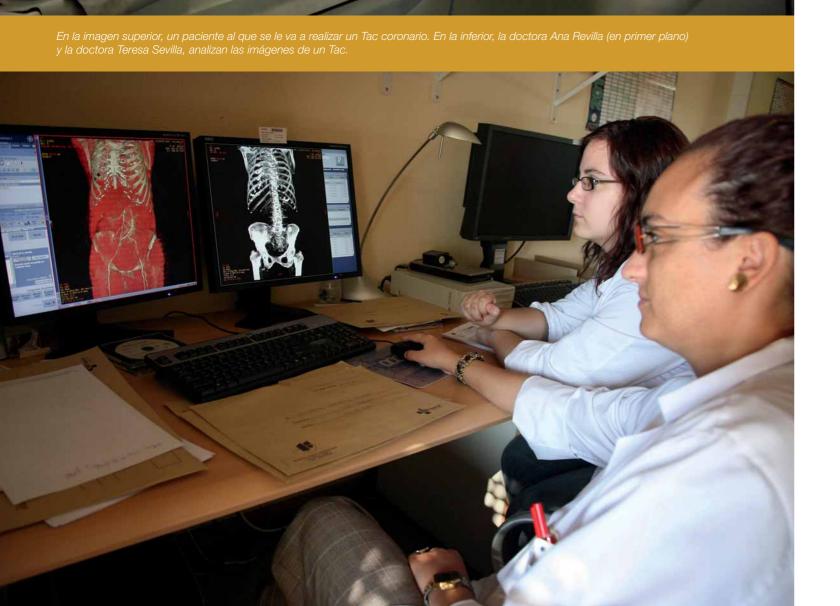
Si su cardiólogo le solicita en la consulta un TC de arterias coronarias no olvide que:

- Debe acudir a la prueba en ayunas de 6 horas.
- Solo debe haber tomado la medicación que le tocara con un poco de agua.





Imagen inferior, reconstrucción tridimensional obtenida mediante un Tac coronario.





El TC Multidetecor permite conocer el estado de las arterias coronarias sin necesidad de anestesia local ni ingreso. Mediante la colocación de una vía venosa, se inyecta contraste y cuando llega al corazón se recogen imágenes de las arterias coronarias.

- Es conveniente que venga acompañado.
- Debe traer el consentimiento informado firmado (que le habrán entregado en la consulta)

Cuando entre en la sala del TC se le colocarán unas pegatinas en el pecho para controlar el ritmo de su corazón y una vía venosa en la mano o antebrazo. Se le explican unas sencillas instrucciones que debe seguir para que la prueba sea de la mejor calidad posible y que básicamente consisten en tomar aire y aguantar la respiración durante unos segundos. La prueba dura en total 10-15 minutos y tras ella se podrá ir a casa, ya que no precisa ingreso. Tras analizar el estudio, el resultado le será enviado a su cardiólogo esa misma semana, el cual se pondrá en contacto con usted.

Principales diferencias entre el cateterismo cardiaco y el TC coronario

	CATETERISMO CARDIACO	TAC CORONARIO
Anestesia local	Sí	No
Punción	Arterial	Venosa
Contraste	Sí	Sí
Ingreso	Sí	No
Indicación	Ver / tratar enfermedad coronaria	Descartar enfermedad coronaria
Complicaciones relevantes en la zona de punción	Posibles	No
Otras complicaciones	Raras	Excepcionales

Una prueba habitual: el cateterismo cardiaco diagnóstico

I cateterismo cardiaco diagnóstico, también conocido como coronariografía Cinvasiva, es una de las pruebas más habituales en cardiología y se realiza en la Sala de Hemodinámica. Sirve para estudiar la enfermedad de las arterias coronarias. Al paciente se administra anestesia local en la ingle o en la muñeca y se pincha la arteria femoral (o radial si es por la muñeca). A través de esta vía se introducen catéteres, que son como pequeños tubos que llegan hasta el corazón y por ellos se inyecta contraste, lo que permite ver las arterias coronarias mediante una radiografía especial realizada a la vez. Generalmente precisa el ingreso durante 24 horas para vigilar que no aparezcan complicaciones en la zona de punción arterial.

El cateterismo cardiaco es fundamental en muchos enfermos cardiológicos, como los que han sufrido un infarto o una angina de pecho; pero no solo se realizan en éstos, también se aplica a otros pacientes, como aquellos con dolor torácico de causa dudosa o previamente a la cirugía cardiaca no coronaria, ya que antes de intervenir de cualquier cirugía que no sea coronaria (es decir, distinta a los bypass, como es la cirugía de las válvulas u otros defectos) es imprescindible conocer el estado de las arterias coronarias, porque si están enfermas deben repararse en la misma cirugía •



El cateterismo cardiaco diagnóstico sirve para estudiar la enfermedad de las arterias coronarias.

Antes de realizar cualquier cirugía que no sea coronaria es imprescindible conocer su estado, ya que si están enfermas deben repararse en la misma operación.



Control hemodinámico del paciente, durante un cateterismo cardiaco.

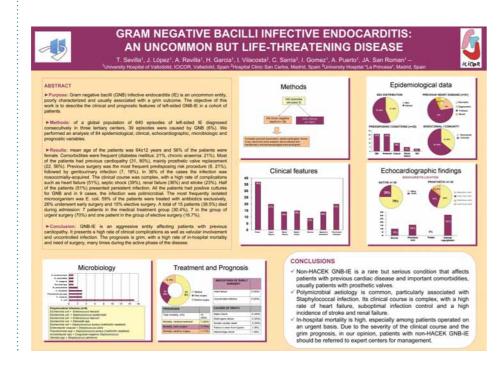
Investigación Invest

su presencia en congresos nacionales e internacionales de Cardiología

El ICICOR desarrolla tres tareas fundamentales: asistencia, docencia e investigación. En este artículo se abordan algunos aspectos relacionados con esta última.

n el ICICOR tenemos tres tareas fundamentales: Asistencia, docencia e

En la labor asistencial diagnosticamos, tratamos y aliviamos las dolencias cardiovasculares de nuestros pacientes e intentamos prevenir que vuelvan a enfermar. La docencia consiste en la formación de los nuevos miembros del servicio -MIR que invertirán cinco años de su vida para salir con su título de cardiólogos- y en la formación de profesionales de otros servicios del hospital. La tercera, que no última de nuestras tareas es la investigación. A algunos aspectos de ella nos vamos a referir en este artículo.





Introducción: 436 pacientes con IAM con elevación del ST trombolisado fueron randomizados a una intervención coronaria percutánea entre 3 y 12 horas con: 1) stent convencional sin tirofiban, 2) stent convencional con irofiban, 3) stent liberador de paclitaxel (SLP) sin tirofiban, o 4) SLP con tirofiban. El obietivo de este estudio es evaluar la influencia del tirofiban y del SLP sobre la progresión de la aterosclerosis en los segmentos distales

Métodos: Se evaluaron mediante angiografia coronaria cuantitativa los segmentos distales de la ARI en el estudio basal tras la intervención y a los 12 meses.

El 52% recibió un SLP y el 49.6% recibió tirofiban. No hubo tratamiento al alta y parámetros angiográficos basales entre los diferentes grupos. No hubo diferencias significativas en diámetro luminal mínimo (1.65±0.42 vs 1.71±0.42 mm) o longitud de la lesión (5.8±3.2 vs 5.7±2.6 mm) a los 12 meses entre los pacientes que recibieron un SLP o un stent convencional (Tabla 1). No hubo diferencias significativas en diámetro luminal mínimo (1.70±0.41 vs 1.66±0.43 mm), porcentaje de estenosis en diámetro (24.8±9.5 vs 25.5±9.6) o longitud de la lesión (5.7±3.1 vs 5.8±2.8 mm) a los 12 meses entre los pacientes que recibieron o no recibieron tirofiban (Tabla2). No se observaron diferencias significativas en ninguno de estos parámetros entre los 4

Conclusiones: No existe influencia del SLP o del tirofiban sobre la progresión de la aterosclerosis en los segmentos distales de la ARI en pacientes a los que se les realiza una

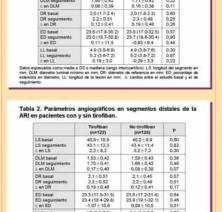


Tabla 1. Parámetros angiográficos en segmentos distales de la ARI en pacientes con stent recubierto de placitaxel (SRP) o stent

Foto 2: Análisis angiográfico en segmentos distales de la ARI en el estudio de

El centro de todas nuestras actividades es el paciente. Por eso realizamos una investigación clínica, centrada en la solución de sus problemas. La investigación es esencial para el buen desarrollo de todas nuestras actividades. Para ello llevamos a cabo numerosos estudios en los cuales es imprescindible la colaboración de los pacientes.

Una parte fundamental de la investigación es la transmisión de los resultados obtenidos en los diferentes estudios al resto de la comunidad científica y para ello existen dos posibilidades:

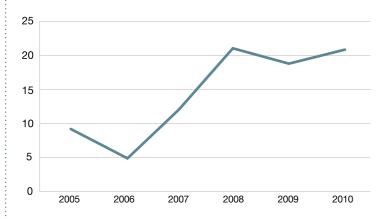
1) La forma idónea de difundir los resultados es la publicación en revistas científicas de artículos de investigación. Es una tarea difícil porque has de aportar información rigurosa, novedosa y, además, has de pasar una evaluación muy exigente por expertos mundiales. Desde hace muchos años el ICICOR mantiene un ritmo de publicación de artículos elevado, como se refleja en la gráfica siguiente.

La forma idónea de difundir los resultados de las investigaciones es la publicación en revistas científicas de artículos de investigación. Es una tarea difícil porque hay que aportar información rigurosa, novedosa y, además, hay que pasar una evaluación muy exigente por expertos mundiales.

de los resultados de la investigación es mediante la comunicación de estos en los congresos nacionales e internacionales.

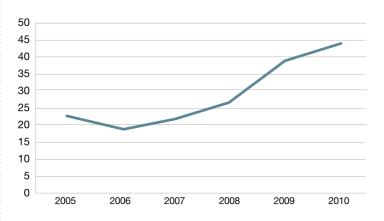
En lo que llevamos del año 2011, el ritmo de comunicaciones se ha incrementado notablemente. Hasta el momento se han aceptado un total de 21 comunicaciones en congresos nacionales y 23 en congresos internacionales.

Número de Publicaciones



2) Otra manera importante de difusión de los resultados de la investigación es mediante la comunicación de estos en los congresos nacionales e internacionales. A lo largo del año se realizan diferentes congresos en los que se reúnen especialistas en Cardiología para difundir los resultados preliminares o resúmenes de los diferentes estudios de investigación y discutir sobre ellos. Para que una comunicación sea aceptada también debe superar un duro proceso de evaluación por expertos en la materia. La siguiente gráfica representa las comunicaciones aceptadas en congresos nacionales e internacionales por miembros del ICICOR en los últimos años.

Número de Resúmenes



En lo que llevamos del año 2011, este ritmo de comunicaciones se ha incrementado notablemente. Hasta el momento se han aceptado un total de 21 comunicaciones en congresos nacionales y 23 en congresos internacionales. No es más que el reflejo del gran esfuerzo realizado por muchos miembros del ICI-COR durante mucho tiempo, que repetimos, siempre busca el mayor beneficio para nuestros pacientes. Agradecemos profundamente a todos los pacientes y familiares que hayan participado en nuestros estudios de investigación. Han contribuido a aumentar el conocimiento sobre sus enfermedades y con ello a mejorar la asistencia que préstamos todos los cardiólogos a nuestros pacientes •

a estudio en el ICICOR



Desde el Director General de Planificación e Innovación de la Junta de Castilla y León, hasta el Vicedirector del Centro de Investigación del Cáncer, estuvieron de acuerdo en que es posible mantener los programas de investigación biomédica en época de crisis, reduciendo costes.

Fue una de las conclusiones del 'IV Curso de Gestión de la Investigación Biomédica', que organizó en Valladolid el ICICOR, Instituto de Ciencias del Corazón, y a la que asistieron unas doscientas personas, el pasado 14 de octubre.

Una de las conclusiones del 'IV Curso de Gestión de la Investigación Biomédica', que organizó en Valladolid el ICICOR, es que resulta viable mantener los programas de investigación biomédica en época de crisis, reduciendo costes.





Mª Isabel Fernández, Asesora del Secretario de Estado del Ministerio de Ciencia e Innovación y Álvaro Roldán, Jefe de Sección de RRHH de la Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación, del Instituto de Salud Carlos III.

El Director del Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR) y Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, el Dr José Alberto San Román, organizador de este encuentro, justificó en su intervención la oportunidad de la jornada cuando señaló que con este Curso se pretendía ayudar a los investigadores mediante la actualización de conocimientos en relación con la gestión de la investigación y dar a conocer herramientas útiles para los investigadores. San Román apuntó la multitud de tareas de las que se tienen que encargar actualmente los investigadores médicos españoles para poder llevar a cabo su actividad y que no están directamente relacionadas con la actividad investigadora, y señaló que 'los investigadores tienen que estudiar en profundidad, diseñar un estudio, llevarlo a cabo y publicar sus resultados para que sean conocidos por toda la comunidad científica. Dado el poco apoyo que se presta para la gestión de la investigación, tienen que ocuparse también de las solicitudes de ayudas, de los contratos para los miembros de sus grupos, de conocer las leyes que rigen la investigación, de cómo se mide la calidad en la investigación y de otros muchos aspectos no directamente relacionados con la actividad de investigar'.

El Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León, que inauguró este encuentro científico, detalló que su departamento ha apoyado con más de 17,8 millones de euros la investigación biomédica en Castilla y León a lo largo de los últimos cuatro años, sobre el total de 37,91 millones euros entre financiación pública estatal y autonómica y la iniciativa privada. En concreto, este año ha impulsado más de 200 proyectos con una inversión de 2,39 millones de euros.

Mª Isabel Fernández, que es Asesora del Secretario de Estado del Ministerio de Ciencia e Innovación, abrió las jornadas con una ponencia en la que señaló que la nueva Ley de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación no regula la ciencia,

la tecnología o la innovación, pero sí ofrece los instrumentos jurídicos mas idóneos para su adecuado desarrollo en España.

La ley se centra en los organismos del Estado, pero muchas de las figuras jurídicas que facilita también pueden ser de aplicación a los organismos de las CCAA, a su elección. A juicio de esta asesora del gobierno central, 'la ley no afecta a las competencias autonómicas, sino que trata de complementar sus ordenamientos jurídicos'. También apuntó que existe un nuevo contrato laboral



De derecha a izquierda, Alberto Caballero, Director del Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León; Alberto San Román, Director del ICICOR y Javier López Díez, Cardiólogo del Hospital Clínico de Valladolid.

de acceso al Sistema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación que está abierto a doctores y también a especialistas que hayan superado la formación sanitaria especializada.

El Dr Alberto Caballero, Director del IESCYL, abundó en las razones que avalan la creación de la Fundación Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León, cuya finalidad, entre otras, es la de colaborar y atender las necesidades de investigación, capacitación y formación tanto del personal sanitario como de otros ámbitos que, en un concepto amplio de salud, prestan sus servicios en la Comunidad de Castilla y León.

Dependiente de la Consejería de Sanidad, según explicó Caballero " el IES-CYL es una fundación que nos permite ser una magnifica herramienta de gestión, en este caso de investigación, aunque también desarrollamos actividades docentes". Entre las labores que destacó está el ser el órgano que acoge a los investigadores estabilizados en las distintas unidades hospitalarias de investigación y a los grupos de investigadores emergentes. Además son los responsables de la gestión del Centro en Red de Medicina Regenerativa y Terapia Celular de Castilla y León y del Instituto Biosanitario de Salamanca.

También participaron como ponentes Joaquín Arenas, representante del Instituto de Salud Carlos III en su calidad de Subdirector General de Evaluación y Fomento de la Investigación. El Vicedirector del Centro de Investigador del Cáncer de Salamanca, el Dr Atanasio Pandiella y Rafael Gabriel que pormenorizó en un proyecto de investigación concreto, el e_PREDICE (Early Prevention of Diabetes Complications in people with hyperglycaemia in Europe), una de las acciones de investigación internacional más importantes en las que se encuentran embarcados actualmente los investigadores médicos españoles.

Con este curso se pretende ayudar a los investigadores mediante la actualización de conocimientos en relación con la gestión de la investigación y dar a conocer herramientas útiles para los investigadores.

'Los expertos en Valladolid' es una experiencia que se ha convertido en imprescindible, cotidiana y enriquecedora para el personal del Servicio de Cardiología del Clínico. En la edición de este año han participado:

Manuel Galiñanes

(Jefe de Servicio de Cirugía Cardiaca del Hospital Valle de Hebrón de Barcelona).

Guillem Pons

(Jefe del Área de Imagen del Servicio de Cardiología del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau).

Fernando Alonso

(Cardiólogo del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid).

El doctor Bardají

(Jefe de servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Tarragona).

Ángel Arenal

(Jefe de Sección de Arritmias del Servicio de Cardiología del Hospital Gregorio Marañón de Madrid).

Intercambiar conocimientos, una experiencia saludable

os expertos en Valladolid' es una de esas experiencias que se ha convertido Len imprescindible, cotidiana y enriquecedora para el personal del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico. En esta quinta edición han acudido seis reputados especialistas. El último, el doctor Bardají, que es Jefe de servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Tarragona, dedicó su intervención a comentar los pormenores del síndrome renocardiaco. Anteriormente, Ángel Arenal, uno de los grandes especialistas españoles en arritmias, abordó la imagen y estratificación del riesgo arrítmico. Le precedió Fernando Alonso, cardiólogo en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, quien desarrolló una ponencia sobre el intervencionismo en la enfermedad del troco coronario izquierdo.



El doctor Fernando Alonso durante su charla en 'Los expertos en Valladolid' sobre 'Intervencionismo en la enfermedad del tronco coronario izquierdo'.

Todas estas charlas se celebraron a las ocho y media de la mañana en una de las salas de la planta séptima y casi se puede afirmar que se han convertido en auténticas sesiones clínicas; porque, invariablemente, la conversación aborda los problemas concretos a los que se enfrentan los médicos

'Los expertos en Valladolid' es una forma novedosa de intercambiar experiencias con profesionales de otros centros sanitarios españoles. La clave del éxito, sin duda radica en la sencillez del formato, se celebran dentro de la jornada laboral, el propio espacio incita a la charla relajada y espontánea, y tiene lugar momentos antes de pasar consulta a los enfermos •

Las jornadas son una forma novedosa de intercambiar experiencias con profesionales de otros centros sanitarios. La clave del éxito radica en la sencillez del formato.

corazonadas



Furmacos

Noviembre 2011 # nº 6

Prudencia ante

los nuevos anticoagulantes



Se ha visto que el Sintrom® es muy útil para evitar que se formen coágulos. Sin embargo, este fármaco tiene limitaciones importantes que conocen muy bien los pacientes que lo toman.

os medicamentos que actúan sobre la coagulación de la sangre son muy Lutilizados en pacientes que tienen enfermedades del corazón. Un grupo de medicamentos disminuye la actividad de las plaquetas (fármacos antiplaquetarios) y otro grupo actúa directamente inhibiendo la anticoagulación (anticoagulantes). Entre los primeros los más conocidos son el ácido acetilsalicílico (AAS, Aspirina®) y el clopidogrel. Los pacientes que tienen cardiopatía isquémica (angina de pecho, infarto de miocardio) toman estos medicamentos. Entre los segundos destaca el Sintrom®, fármaco muy usado entre nuestros pacientes. Todos aquellos que llevan una prótesis valvular mecánica toman Sintrom®. Además, muchos pacientes con fibrilación auricular también lo toman. La fibrilación auricular es una arritmia que favorece que se formen coágulos en las cavidades cardíacas. De ahí pueden llegar al cerebro y provocar un accidente cerebral que puede provocar secuelas muy graves (parálisis, incapacidad de hablar, etc.). Se ha visto que el Sintrom® es muy útil para evitar que se formen coágulos. Sin embargo, este fármaco tiene limitaciones importantes que conocen muy bien los pacientes que lo toman. La dosis es difícil de regular y si el paciente está pasado de dosis la sangre apenas coagula y el paciente puede tener hemorragias. Al contrario, si el paciente está corto de dosis, el fármaco no actúa. Para evitar



eso y regular adecuadamente la dosis, es necesario hacer análisis mensuales. Además, muchos otros fármacos y determinados alimentos alteran su absorción en el estómago y hacen difícil su regulación. Por todo ello, desde hace muchos años se están buscando alternativas más cómodas que además sean, por lo menos, tan efectivas como el Sintrom®. En estos últimos años se han publicado resultados alentadores con tres fármacos: dabigatrán, apixabán y rivaroxabán. Con todos ellos se ha visto que evitan los accidentes cerebrales igual que el Sintrom® y que producen menos hemorragias. Además, no son necesarios los análisis periódicos. Estos resultados son muy esperanzadores pues encontrar una alternativa al Sintrom® ha sido una prioridad de la investigación durante muchos años. Actualmente, puede tomarse dabigatrán, que ya está disponible en las farmacias, en pacientes que por algún motivo no pueden tomar Sintrom®. Pero todavía, en la mayoría de pacientes debe mantenerse el Sintrom® y no cambiar a los nuevos anticoagulantes por los siguientes motivos:

1) Los estudios que demuestran la efectividad de los nuevos anticoagulantes se han hecho en pacientes con fibrilación auricular no en pacientes con prótesis valvulares. En estos pacientes no debe darse otro fármaco anticoagulante que no sea Sintrom®.

- 2) Si el paciente se ha controlado adecuadamente con Sintrom® durante años y no ha tenido hemorragias no hay motivo para sustituirlo.
- 3) El Sintrom® tiene antídoto conocido y puede administrarse en un centro hospitalario. Los nuevos anticoagulantes no tienen antídoto conocido. Si un paciente se pasa de dosis y tiene una hemorragia no se puede contrarrestar el efecto del fármaco.
- 4) El Sintrom® es un medicamentos muy seguro a largo plazo. No se conocen, sin embargo, los efectos a largo plazo de los nuevos fármacos anticoagulantes. Hace unos años se demostró que el ximelagatrán, otro nuevo anticoagulante, era muy efectivo pero al cabo de algún tiempo fue prohibido porque producía alteraciones muy importantes en el hígado.
- 5) Los nuevos anticoagulantes son muy caros. El tratamiento con Sintrom® durante 1 año cuesta unos 30 euros frente a los 1900 euros si se toma dabigatrán.

En resumen, desde el ICICOR consideramos que los nuevos anticoagulantes tienen mucho que ofrecer a nuestros pacientes. Sin embargo, debemos ser prudentes y conocer mejor estos fármacos antes de administrarlos de forma rutinaria •

Desde hace muchos años se están buscando alternativas que sean tan efectivas como el Sintrom®, pero más cómodas.



Los nuevos anticoagulantes tienen mucho que ofrecer a nuestros pacientes, pero debemos ser prudentes y conocer mejor estos fármacos antes de administrarlos de forma rutinaria.



Navidades

cardiosaludables

Legamos a esta época festiva en la que reuniones familiares, de trabajo, con amigos,... supone en muchas ocasiones hacerlo alrededor de una mesa donde la comida, el alcohol y los dulces están asegurados. Todos los años se comprueba que los españoles engordamos de 2 a 5 kilos tras estas fiestas. Esto supone elevar nuestros factores de riesgo cardiovascular. Para poder disfrutar de ellas sin desequilibrar nuestro organismo podemos seguir una serie de sencillos consejos.

Debemos tener claro qué factores aumentan el riesgo principalmente en Navidad:

- 1- El consumo de grasas, que todo el año debemos controlarlo pero en estas fechas tiende a dispararse: Nos producen sobrepeso, y aumentan nuestros niveles de colesterol.
- 2- El consumo de sal, presente sobre todo en platos precocinados, cubitos de caldo, embutidos, fiambres,... incluso en refrescos con gas, debemos reducirlo.
 - 3- El sedentarismo. Mantén el ejercicio diario.
 - 4- El tabaco. Elimínalo o redúcelo.

Y como consejo específico para las Navidades:

- Procura que las celebraciones no se agrupen en una misma semana. Todos tenemos compromisos, pero procura acudir a aquellos que realmente te interesan.
 - Prosigue tus hábitos dietéticos fuera de estas reuniones.
 - Mantén cinco comidas al día.
- Realiza ejercicio. Un paseo diario nos ayuda a despejarnos, disminuye el estrés y nos tonifica.
- En casa prepara los menús cocinando al vapor, al horno, a la plancha y en el microondas, reducirás el consumo de grasas.
- Adereza los platos con limón, plantas aromáticas... Evita el consumo de sal o redúcelo lo máximo posible.
 - Utiliza verduras como quarnición.

Durante las comidas:

- Elige entrantes ligeros, acompañados de ensaladas. Planifica tu comida seleccionando cuando sea posible los platos del menú.
 - Come despacio.
- Modera el consumo de alcohol. Preferiblemente posponlo para los postres. Si es posible elige tinto durante las comidas y pon una copa de agua al lado. Alternarás las dos bebidas sin darte cuenta y beberás menos alcohol.
- La cantidad que vayas a comer sírvetela en el plato, y si son pequeños mejor, evita comer directamente de fuentes, incluidos los postres, turrones, mazapanes,... controlarás mejor las cantidades •

Si además eres diabético...

Consejos:

- Mantén las tan importantes cinco comidas diarias, si tienes una celebración, antes de acudir, tómate una fruta o un yogurt. Llegarás más saciado y evitarás las
- Evita el alcohol, y en tal caso tómalo para brindar. En ningún caso lo tomes en ayunas. Éste produce hipoglucemias en el organismo
- Controla los dulces, aunque ya existen en el mercado los etiquetados como sin azúcar muchos se elaboran con sorbitol y fructosa, que a la larga desequilibrarán tu glucemia. Es recomendable los realizados con sacarina y asparmato si no quieres privarte del dulce.
- Y en Nochevieja no te prives de tomar las uvas con tus seres queridos, 12 uvas no superan los 75g recomendados de fructosa al día.

Ante todo no olvides continuar con la toma de tus medicamentos siguiendo los horarios habituales.

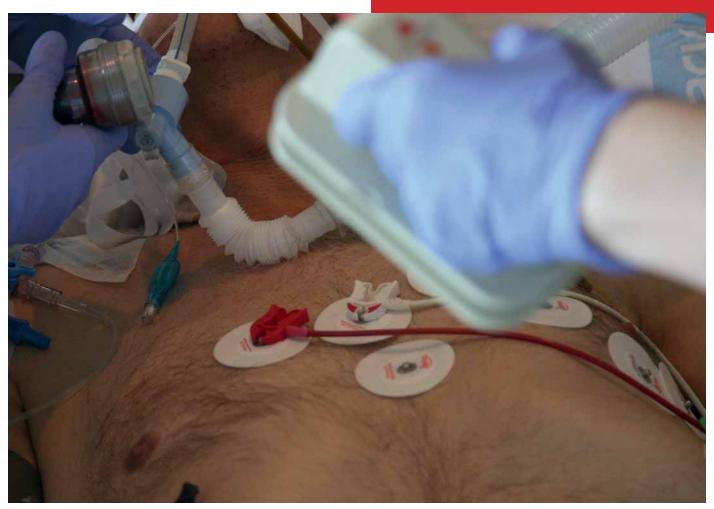
Si te desplazas fuera de tu ciudad lleva la medicación y el último informe que tengas de tu especialista.

Y como consejo principal y más importante, cuídate, para poder disfrutar de la compañía de los tuyos.



ICIC R Instituto de Ciencias del Corazón (Hospital Clínico Universitario de Valladolid)

http://www.icicor.es



La imagen

Ensoñación

uando ocurrió, no pasó ante mis ojos la película de mi ✓ vida. Todo fue mucho más trivial. Sentí un fuerte dolor. en el pecho y solo acerté a pensar que ese café que había preparado, jamás lo iba a tomar.

Desde que me desparramé por el suelo todo lo largo que soy, navego sobre una nube. Floto en un estado de bienestar en el que ha desaparecido ese fuego que me quemaba antes de caer en un letargo profundo. He perdido mi cuerpo. Ordeno movimientos, pero ni el dedo meñique me obedece. Nada, ni siento ni padezco.

Eso sí, escucho el murmullo de gente que, de cuando en vez, pulula a mi alrededor. Pero, tampoco reparo en lo que dicen, ni registro el tiempo. ¿Hace un día, dos?... acerté a oír un llanto, largo, desgarrador, ¿sería por mí?

Me agota esta atonía. No sé desde cuando llevo en este estado. No distingo el día de la noche, ni acierto a saber si ingiero comida y por donde.

Hace un momento me colocaron unas planchas eléctricas sobre el corazón. Lo supe porque me encontraba dormido cuando la descarga me sobresaltó. ¡Menudo susto! Hasta noté cierto alboroto a mi alrededor.

Luego, regresó la tranquilidad y, con toda nitidez, escuché: No sufre, está en un limbo.

Hoy, cuando, finalmente, he regresado a la vida. Esa voz estaba ahí. Ahora tiene rostro. Con una sonrisa, me ha espetado: "Bienvenido, llevas aquí quince días, ¿quieres ver a tu familia?, está ahí fuera, todos desean abrazarte".

Creo que una lágrima ha recorrido mi rostro