

corazonadas

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

septiembre 2015 # nº 16

El peso de la herencia genética en las enfermedades del corazón

El ICICOR prepara un nuevo Manual de Cuidados en enfermería para mejorar la atención integral al paciente

CardioStep: una herramienta para conocer cómo funciona el sistema cardiovascular



Sumario nº 16 # septiembre 2015

Entrevista con...

03 Berta Velasco

Asistencial

04-05 CardioStep: una nueva herramienta para conocer cómo funciona el sistema cardiovascular

06-07 El peso de la herencia genética en las enfermedades del corazón

08-10 Enfermería prepara un nuevo Manual de cuidados para mejorar la atención integral al paciente

Formación

11-13 La doctora Lucía Vera, becaria de la Unidad de Hemodinámica, recibe el premio al mejor caso clínico presentado en el Congreso europeo EuroPCR

14-15 Entrevista a Gabriel Largaespada Pérez

Investigación

16-17 El Iccor lidera una investigación internacional que publica la más prestigiosa revista mundial sobre enfermedades del corazón

Entrevista

18-21 Fernando Colina, psiquiatra

Actualidad del ICICOR

22-23 También es noticia...

Contraportada

24 La ira rompe el corazón



En portada: ecocardiograma portátil, muy útil para realizar un diagnóstico rápido a la cabecera del paciente.

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 Díaz, Berta Velasco Gatón,
Lucía Capella, Ignacio Amat, David
Dobarro, Iria Duro, María Sandín, Lucía
Vera y Jesús Ángel Valencia

Diseño y maquetación:

Cultura y Comunicación

Fotografía:

© Eduardo Margareto y Archivo ICICOR

Ilustraciones:

© Alba Alcántara Plana

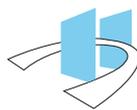
Imprime:

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...

Berta Velasco

Secretaria de Dirección, Investigación, Formación y Comunicación del ICICOR

Quizá uno de los rasgos que más resalten en Berta Velasco sea el tesón que imprime a sus tareas, acompañado de la máxima, “el saber no ocupa lugar”. Con esta premisa se muestra encantada de formar parte de un Servicio de Cardiología “puntero”, en el que además de grandes profesionales, “una de nuestras máximas es la búsqueda de la excelencia en todas las actividades que desarrollamos, lo que conlleva a que no nos conformemos en cómo hacemos las cosas, sino en que estemos continuamente mejorándolas”.

De ahí que defiende que, para ser una buena profesional, “hay que reciclarse continuamente, ya que la vida evoluciona constantemente y no te puedes estancar en una época, sino que hay que seguir aprendiendo cosas nuevas para ser cada vez mejor profesional”. Dicho y hecho, aunque se formó como Técnico en Turismo, trabajó en Valladolid y en el Reino Unido (allí fue madre y perfeccionó su inglés); el azar le llevó al IOBA (el Instituto Universitario de Oftalmobiología Aplicada), donde permaneció durante siete años, hasta que se incorporó al ICICOR, en 2007, en un puesto similar, pero con muchas más responsabilidades.

En el IOBA aprendió todos los entresijos de la labor relacionada con la gestión de la investigación. Con este bagaje, ya en el ICICOR, se encarga de la gestión económica y administrativa de las actividades de investigación, el registro de las actividades, la elaboración de contratos del personal investigador, realización de memorias económicas justificativas de las ayudas, tramitación de facturas, gestión de los contratos de los ensayos clínicos, y un largo etcétera.

Asegura que colaborar con investigadores es “un lujo”, porque “son gente que no se contenta solo con curar a sus enfermos sino que, además, normalmente, en su tiempo libre, se dedican a investigar con el fin de profundizar en el conocimiento de estas enfermedades para poder diagnosticar mejor las mismas y encontrar nuevos tratamientos y/o soluciones, es decir para curar mejor a sus enfermos, y yo las admiro y aprendo muchas cosas de ellas”. Si se le pregunta por el proyecto de investigación que más le interesa, no duda, todo lo relacionado con las células madre.

Además, de estos cometidos, Berta Velasco también gestiona la agenda del Jefe del Servicio de Cardiología y, como Secretaria de Formación, es responsable de la preparación de los numerosos cursos que lleva a cabo el ICICOR y atiende a quienes quieren participar en los Programas de Formación. No acaban aquí sus competencias. La comunicación es otra de sus tareas, “creemos que es importante que la gente nos conozca, sepa lo que hacemos y quiénes somos”. De Berta Velasco depende la página web (www.icicor.es), la elaboración de la memoria anual, de folletos y carteles, y hasta de distribuir la revista Corazonadas en las salas de espera, para que los pacientes sepan la actividad de Servicio de Cardiología del Hospital Clínico ●



Berta Velasco.

En el ICICOR creemos que es importante que la gente nos conozca, sepa lo que hacemos y quiénes somos.

CardioStep:

una nueva herramienta para conocer cómo funciona el sistema cardiovascular



Se usa el CardioStep para ver cómo funciona el corazón de pacientes con obstrucción de la válvula aórtica y comprobar cómo se comportan las presiones dentro de su corazón durante un cateterismo cardiaco.

Hace unos meses nos planteamos en el ICICOR cómo podríamos contribuir al avance en el conocimiento de la evolución natural de uno de los problemas más importantes de las válvulas del corazón, la estenosis aórtica, una enfermedad que se caracteriza por la obstrucción progresiva de una de estas válvulas, hasta que el paciente requiere la sustitución de la misma para permitir que la sangre circule adecuadamente. En general, la intervención valvular se suele realizar cuando este problema provoca que el corazón del paciente pierda capacidad contráctil o bien que el propio paciente refiera que le falte el aire, le duela el pecho cuando camina o tenga pérdidas de conocimiento. Sin embargo, existe un periodo de la evolución de la enfermedad en la cual la obstrucción de la válvula es importante, pero sin ocasionar ninguno de estos problemas al paciente, en el cual la actitud es realizar un seguimiento estrecho para detectar las indicaciones de intervención lo antes posible.

Hasta la fecha no existen muchos datos que nos permitan saber cuándo el paciente va a desarrollar estos síntomas, habiendo pacientes que están varios años realizando una vida normal sin problemas y otros que en un periodo de tiempo corto precisan intervenir. Para intentar clarificar si existen parámetros hasta la fecha desconocidos que nos permitan identificar a aquellos pacientes con mayor riesgo de empeorar rápidamente y por tanto someterlos a un seguimiento más estrecho para tratarlos precozmente y evitar complicaciones, planteamos un ambicioso proyecto que presentamos al Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Economía y Competitividad, siendo uno de los pocos proyectos galardonados a nivel estatal con una de las becas FIS (Fondo de Investigación Sanitaria).

Uno de los elementos claves y más innovadores de nuestro proyecto, es el uso de un dispositivo que permite que el paciente haga esfuerzo mientras le hacemos algunas pruebas que comúnmente sólo se realizan en reposo absoluto. Este dispositivo, llamado CardioStep y fabricado por una empresa de alta tecnología asociada a la Universidad de Innsbruck en el Tirol austriaco, se asemeja a las máquinas de hacer “stepper” en el gimnasio, es decir, es una máquina que trata de simular el movimiento de piernas cuando se suben escaleras, pero en este caso mientras el paciente está tumbado y con una serie de dispositivos electrónicos y conexiones informáticas que nos permiten medir exactamente en un ordenador cuántos vatios de “trabajo” ha desarrollado ese paciente durante el esfuerzo realizado. Este CardioStep está realizado con materiales especiales que permiten que

se use dentro de la resonancia magnética, ya que por la naturaleza de esta prueba, no pueden introducirse elementos metálicos en la sala, lo cual hace que este dispositivo sea todavía más especial en su diseño. Hasta la fecha, el ICICOR es el primer hospital de España, y uno de los pocos en el mundo, que ha comenzado a realizar resonancias magnéticas cardíacas en esfuerzo utilizando este tipo de dispositivos, con lo ilusionante y a la vez difícil que ello resulta.

¿Y esto para qué? Para ver cómo funciona el corazón de pacientes con obstrucción de la válvula aórtica durante una resonancia magnética y ver cómo se comportan las presiones dentro del corazón en estos pacientes durante un cateterismo cardíaco, en esfuerzo también. ¿Por qué puede ser interesante ver cómo funciona el sistema cardiovascular de los pacientes con obstrucciones valvulares mientras realizan esfuerzos? Parece lógico, ya que la mayoría de los síntomas que presentan los pacientes cuando precisan intervenir tienen lugar inicialmente en esfuerzo, cuando la demanda del corazón es mayor, conocer exactamente qué ocurre en esos momentos. Además, existen datos con otras pruebas menos precisas que sugieren que aquellos pacientes con mala tolerancia al esfuerzo, pueden tener un peor pronóstico. Creemos por tanto que el hallazgo de anomalías en el comportamiento de las presiones o la función del corazón en algunos pacientes, nos puede dar pistas acerca de quién va a desarrollar síntomas y precisar de una intervención sobre la válvula en un periodo corto de tiempo. Por ello, confiamos en que el CardioStep nos ayude a entender un poco mejor esta enfermedad y que este dispositivo, y otros similares que se desarrollen en el futuro, permitan mejorar el tratamiento de los pacientes ●

Esta máquina trata de simular el movimiento de piernas cuando se suben escaleras, pero en este caso mientras el paciente está tumbado y mide cuántos vatios de “trabajo” ha desarrollado ese paciente durante el esfuerzo realizado.



Esta máquina trata de simular el movimiento de piernas cuando se suben escaleras, pero, en este caso, mientras el paciente está tumbado, mide cuántos vatios de “trabajo” ha desarrollado ese paciente durante el esfuerzo realizado.

El peso de la herencia *genética en las enfermedades del corazón*



La doctora Iria Duro puso en marcha la consulta de cardiopatías familiares en 2013, tras formarse en la Unidad de cardiopatías familiares de A Coruña.

Cuenta María Sandín que es difícil explicar a una familia que su ser querido ha fallecido de una causa que tiene una base genética y que, por lo tanto, el resto de la familia debe estudiarse también. En ocasiones, algunas cardiopatías hereditarias pueden tener como primer síntoma una arritmia grave o, incluso, la muerte súbita. La consulta de Cardiopatías Familiares de la que son responsables las doctoras Duro y Sandín, se ocupa de la atención de pacientes aquejados de enfermedades hereditarias del corazón y de la aorta así como de la atención a todos sus familiares.

Las cardiopatías familiares se definen así por tener una presentación familiar y una base genética. Engloban un espectro amplio de enfermedades del corazón que incluyen las llamadas miocardiopatías (enfermedades del músculo cardíaco), las canalopatías (enfermedades de los “canales” eléctricos del corazón) y otros síndromes con afectación vascular.

El carácter familiar de estas cardiopatías obliga a no estudiar al paciente como individuo sino como miembro de una familia. De manera que cuando un paciente padece una de estas enfermedades, existe la posibilidad de que sus familiares puedan también estar afectados y se debe buscar una base genética en la familia. “Cuando una persona se encuentra bien es difícil explicarle que tiene un riesgo de arritmias o que tiene una enfermedad cardiológica que va a hacer que su estilo de vida cambie o que tenga que iniciar un tratamiento específico”, afirma una de las cardiólogas responsable de esta consulta.

Estas enfermedades muchas veces son difíciles de diagnosticar, al tener una presentación clínica muy heterogénea y una evolución difícil de predecir. Por esta razón, estas consultas son un poco atípicas, porque no se trata a un paciente como individuo, sino que se estudia a una familia de forma global, de manera que en las decisiones que se toman en el paciente índice (aquel individuo quien, dentro de un sistema familiar, expresa una cardiopatía), deben considerarse los aspectos propios de toda la familia.

En los últimos años se está dando una especial importancia a estas patologías ya que engloban la mayor parte de las causas de muerte súbita en individuos jóvenes y son también importantes como causa de muerte súbita en pacientes de mayor edad. Por este motivo se han creado Unidades específicas en los Ser-



Estas consultas son un poco atípicas porque no se trata a un paciente como individuo, sino que se estudia a una familia de forma global.

La mayor satisfacción es cuando se identifica una mutación causal en la familia y les anuncias que no tienen esa mutación, ni riesgo de padecer la enfermedad ni de transmitirla a la descendencia y que les das el alta.

vicios de cardiología destinadas al estudio de estas enfermedades. De ahí la reflexión de la doctora Sandín sobre la importancia de estas consultas, “hay que tener muy en cuenta que la muerte de un familiar de forma súbita hace que el resto de la familia se alerte y preocupe por el riesgo propio o de otros seres queridos”.

En el Servicio de Cardiología del Hospital Clínico, la Dra. Iria Duro inició una consulta de Cardiopatías Familiares en 2013, que se ha ampliando recientemente a 6 consultas mensuales con la incorporación de la Dra. María Sandín. Es un trabajo en equipo entre ambas cardiólogas y el resto de Unidades del Servicio, siendo imprescindible la participación de especialistas en el área de la imagen cardíaca (fundamental para el diagnóstico de las miocardiopatías) y una relación estrecha con la Unidad de arritmias (para el diagnóstico de canalopatías y el tratamiento de las mismas)

Son ya más de 90 las familias en estudio en nuestra Unidad y aumentan, día a día, con pacientes, no sólo de nuestro hospital; también de otros centros sanitarios como el Río Hortega, el de Segovia, Palencia, Aranda de Duero y otros de la Comunidad.

Los estudios genéticos también nos han servido para identificar la causa de eventos tan importantes como la muerte súbita. Destaca el caso de un paciente con múltiples paradas cardíacas recuperadas cuya causa era desconocida, y tras el estudio fue diagnosticado de taquicardia ventricular polimorfa catecolaminérgica, la cual, con tratamiento farmacológico, mejora su pronóstico.

En otros casos, la genética nos ha permitido cambiar el diagnóstico, ya que hay algunas miocardiopatías que, en fase avanzada, pueden dar fenotipos muy similares. Lo mejor es cuando se identifica una mutación causal en la familia y puedes decir a las personas que no tienen esa mutación que no tienen riesgo de padecer la enfermedad ni de transmitirla a la descendencia y que les das el alta. Lo peor es lo contrario, cuando a una persona le explicas que es portador de una mutación que causa una cardiopatía.

En nuestra consulta ofrecemos atención al paciente diagnosticado de la cardiopatía (al que llamamos paciente índice) y a su familia. Realizándose un estudio en cascada tanto de los aspectos estructurales o eléctricos de la patología como de los aspectos genéticos de la misma. Con el resultado del estudio, hay veces que podemos hacer una valoración del pronóstico del paciente, lo cual nos ayuda al seguimiento del caso y la toma de decisiones. Para ello es fundamental favorecer el contacto de los pacientes con nuestra Unidad ofreciendo una dirección de correo electrónico donde pueden remitirnos sus dudas y donde los familiares pueden ponerse en contacto con nosotros para ser estudiados. icicorcardiopatiasfamiliares@gmail.com ●

En nuestra consulta ofrecemos atención al paciente diagnosticado de la cardiopatía (al que llamamos paciente índice) y a su familia. Realizándose un estudio en cascada tanto de los aspectos estructurales o eléctricos de la patología como de los aspectos genéticos de la misma. Con el resultado del estudio, hay veces que podemos hacer una valoración del pronóstico del paciente, lo cual nos ayuda al seguimiento del caso y la toma de decisiones. Para ello es fundamental favorecer el contacto de los pacientes con nuestra Unidad ofreciendo una dirección de correo electrónico donde pueden remitirnos sus dudas y donde los familiares pueden ponerse en contacto con nosotros para ser estudiados. icicorcardiopatiasfamiliares@gmail.com ●



La doctora María Sandín reconoce que, a veces, es difícil explicar a una familia que su ser querido ha fallecido de una causa que tiene una base genética y que, por lo tanto, el resto de la familia debe estudiarse también.

Enfermería

prepara un nuevo Manual de Cuidados para mejorar la atención integral al paciente

El objetivo es reflejar de forma clara todos los cuidados de enfermería que un paciente cardiológico recibe desde que le sobreviene el problema hasta que después de su paso por el Servicio recibe el alta hospitalaria.



Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en Castilla y León. De ahí, la importancia de un manejo adecuado de este tipo de pacientes, tanto en su fase preventiva, curativa como rehabilitadora.

La Cardiología ha sufrido un gran avance, en los últimos años, propiciado por la aparición de nuevas tecnologías que han mejorado los métodos diagnósticos y han perfeccionado los procedimientos terapéuticos. Todos estos cambios han conseguido que podamos ofrecer al paciente cardiológico mejores y más rápidas soluciones para sus problemas.

El Personal de Enfermería ha incorporado estos cambios a sus pautas de trabajo sin olvidar su objetivo principal que es "cuidar al enfermo". Una enfermera, desde que entra en su turno de trabajo hasta su salida, está continuamente ofreciendo cuidados de enfermería. Cuidados que contribuyen en un tanto por ciento muy alto a la mejoría del paciente, a la detección precoz de complicaciones y a que su estancia en nuestro servicio sea valorada más positivamente.

Por todo ello, surgió el proyecto de plasmar en papel todos estos cuidados. De escribir nuestro trabajo diario de una forma ordenada y precisa. Existen muchos libros y publicaciones sobre protocolos de enfermería, sobre técnicas y procedimientos, pero nosotros queremos dar otra visión, donde el paciente sea el eje principal sobre el que giren todos nuestros cuidados. Debe ser él el centro, el objetivo de nuestro trabajo y sobre el que tenemos que volcar nuestros esfuerzos. Queremos reflejar de forma clara todos los cuidados de enfermería que un enfermo cardiológico recibe desde que le sobreviene el problema hasta que después de su paso por nuestro Servicio recibe el alta hospitalaria.

Nuestro objetivo es efectuar una revisión de los cuidados que nuestros pacientes precisan con el fin de mantener en todo el Servicio unos cuidados excelentes, actualizados y unificados, a la vez que sirva de guía al personal de nueva incorporación. De este modo, dispondremos de un Manual de Cuidados de Enfermería de nuestro Servicio de Cardiología donde se reflejen todos los Cuidados Generales que damos a nuestros pacientes en las diferentes unidades (Hospitalización, U. Coronaria, Consultas, U. Arritmias, Hemodinámica...) contemplando a su vez todos los cuidados específicos derivados de cada una de las técnicas y procedimientos a los que puede ser sometido el paciente. Así mismo, serán fundamentales los planes de cuidados que desde la planta de hospitalización se elaboren encaminados a dar autonomía e independencia al paciente de cara al alta y su seguimiento en atención primaria.

Nos gustaría para la consecución del proyecto contar con el mayor número de profesionales de todas las unidades del Servicio. Cuantas más personas participen, más enriquecedor será el resultado y más consensuadas serán las resoluciones que se tomen. El trabajo en equipo y sobre todo el trabajo en

grupos formados por personal de las diferentes unidades facilitarán que demos una visión más continuada de los cuidados que recibe el paciente. Tenemos la gran suerte de contar con un grupo de enfermería con un rango de edad muy variado. Creo que el personal más veterano aportará al proyecto la experiencia de muchos años de trabajo mientras que el personal más joven aportará el entusiasmo y el empuje.

Nos va a obligar a poner al día y unificar todos los protocolos, las técnicas y procedimientos, los cuales están dando muy buenos resultados pero al ser revisados serán sin duda actualizados y mejorados.

En principio existe un equipo coordinador formado por cuatro personas, Yolanda de la Fuente, (Enfermera 7ª Norte), Elva López (Enfermera U. Coronaria), Lucía Capella (Supervisora U. Coronaria, Electrofisiología y Hemodinámica) y Jesús Ángel Valencia, enfermero de Hemodinámica. Hasta ahora nos hemos encargado de ir dando forma a la idea original y sentando las bases para poste-

Los profesionales de enfermería tienen contacto con los pacientes las 24 horas del día, durante los 365 días del año.



Apostamos por crear un Manual de Enfermería donde el paciente sea el eje principal sobre el que giren todos nuestros cuidados.



Cuanto más profesionales participen en la elaboración del Manual, más enriquecedor será el resultado.



riormente ir distribuyendo el trabajo entre el resto de los compañeros que quieran colaborar en el proyecto.

Somos conscientes de que surgirán problemas a la hora de hilvanar los diferentes temas y capítulos pero estamos muy animados. Consideramos que es un proyecto muy ilusionante y que va a servir para que tengamos más conciencia de Servicio.

No es un proyecto a corto plazo, debemos tomar todo el tiempo que sea necesario para que el resultado sea digno y refleje nuestra realidad. No tenemos prisa, pero si tenemos la convicción de que el proyecto saldrá adelante cueste lo que cueste.

Nuestro Servicio de Cardiología es un referente para los hospitales de la Comunidad Autónoma y también a nivel nacional, por eso nosotros como grupo de enfermería de este servicio, debemos de estar a la altura de las circunstancias elaborando un Manual de Cuidados de Enfermería serio, contrastado y que pueda servir de referente para otros hospitales.

Me gustaría aprovechar esta ocasión para agradecer al Jefe de Servicio, el Dr. Alberto San Román su postura respecto al proyecto. Desde el minuto uno, desde el momento que surge la idea de este libro, lo considera un objetivo prioritario del Servicio, y siempre nos ha mostrado su interés y su apoyo incondicional. Para nosotros es muy importante saber que nos respalda y nos anima.

Por último, quiero dar las gracias, por anticipado, a todos los compañeros que van a colaborar en el proyecto, a todas las Supervisoras de Unidad, que sin duda nos van a facilitar el trabajo en grupo y a los facultativos que seguro van a ser unos buenos consultores y un gran apoyo. También quiero dar las gracias a todos los compañeros que no participan activamente en el proyecto, porque es su trabajo, los cuidados que ofrecen diariamente a los pacientes, lo que ha inspirado este proyecto ●

La Doctora Lucía Vera,

becaria de la Unidad de Hemodinámica, recibe el premio al mejor caso clínico presentado en el congreso europeo EuroPCR

Un caso resuelto en el área de Hemodinámica del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico de Valladolid recibió el primer premio en Congreso europeo EuroPCR, que el pasado mes de mayo se celebró en París. Este evento internacional, reúne a profesionales con interés en el ámbito de la intervención cardiovascular, incluyendo cardiólogos, cirujanos, radiólogos, enfermería y técnicos.

El trabajo lo presentó en el congreso la doctora Lucía Vera, con el nombre de “Infarto agudo de miocardio y la técnica de *ping-pong*, salvando el caso”.

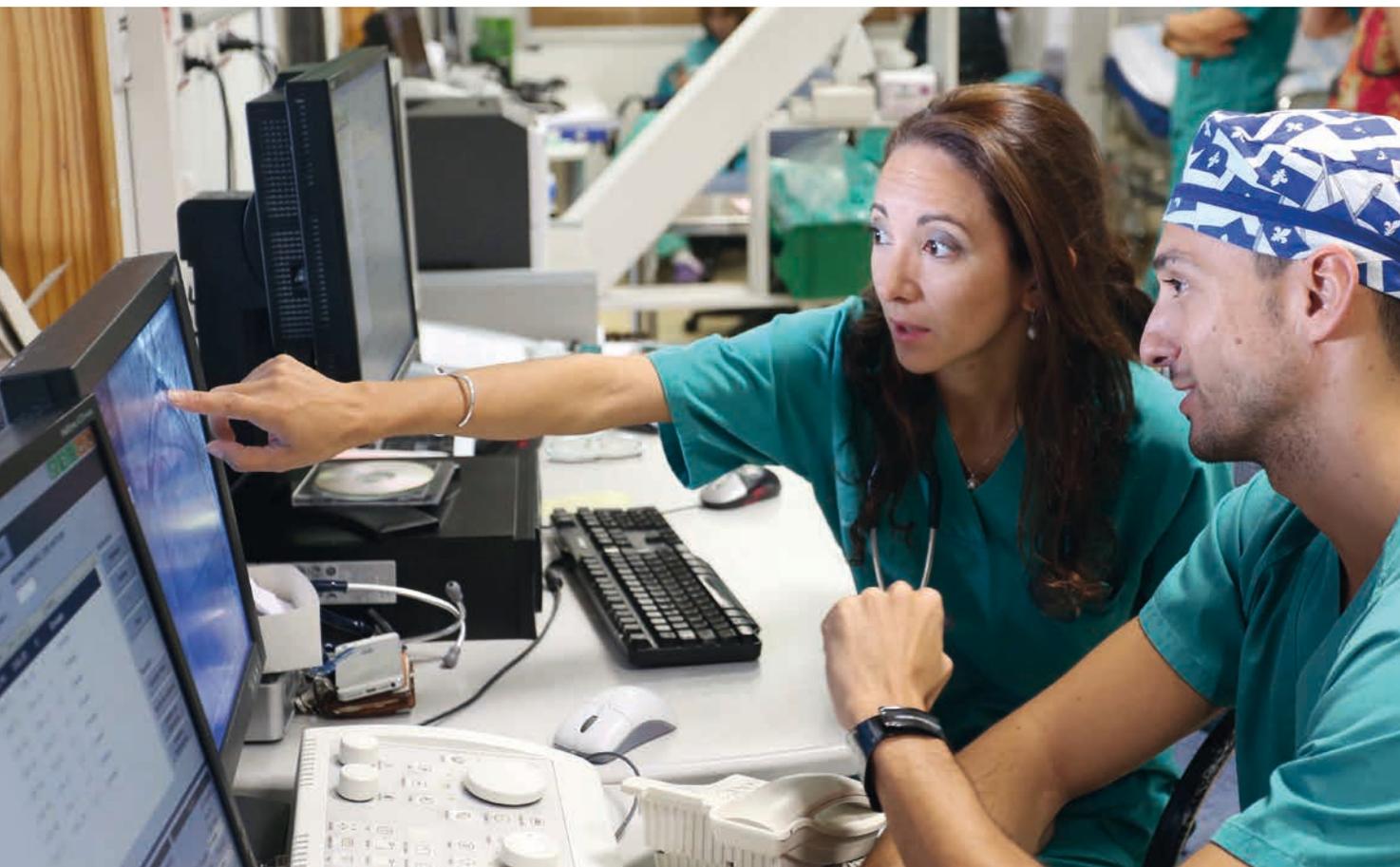
Durante las sesiones fue recibido con gran interés, ya que es relativamente sencilla para los cardiólogos intervencionistas, rápida y no implica necesidad de material especial.

Los días antes del congreso se pre-seleccionaron los casos candidatos y luego de su exposición un comité decidió el mejor del año. Fue gratificante el recibir el premio ya que fue elegido entre cientos de casos procedente de diferentes partes del mundo.

La evaluación y el tratamiento de la mayoría de los casos de angina o infartos incluyen en algún momento la valoración del estado de las arterias coronarias mediante un cateterismo cardiaco. Este consiste en acceder al sistema arterial del cuerpo a través de una arteria del brazo o la ingle, llevar un pequeño tubo de plástico (llamado catéter) hasta la aorta y allí se posicionan en el origen de las coronarias. Todo esto se realiza moviendo el catéter desde afuera guiados por la imagen de radioscopia que es una imagen generada por rayos X similar a una radiografía pero en movimiento.



La doctora Lucía Vera.



Los doctores Amat y Vera analizando el caso con el que consiguieron el premio en el congreso europeo EuroPCR.

La presentación describe el caso de un paciente con un infarto agudo en cuyo cateterismo urgente se observó oclusión de una arteria coronaria. Mientras se estaba haciendo el tratamiento mediante angioplastia sufrió una perforación que le ocasionó una pequeña perforación con salida de sangre hacia el pericardio ocasionando hipotensión.

Para conocer si las arterias están obstruidas se inyecta contraste radiológico dentro de ellas (ya que la sangre no se ve en los rayos x), este rellena las arterias, por donde iría la sangre y se observa en la imagen si hay estrecheces o se observa que una se corta de golpe, lo cual significa que esta tapada por completo. Hasta este momento tenemos un estudio de diagnóstico que nos muestra el estado de las coronarias.

En el caso de los infartos agudos, que ocurren generalmente por estrecheces severas o directamente por oclusión de una de las ramas de las coronarias el tratamiento se realiza en el mismo momento, si técnicamente es posible por la forma y localización de la lesión. La intervención, o sea, abrir las lesiones se llama "angioplastia" o intervencionismo coronario. Lo mas común es dilatar esa estrechez pasando un pequeño (menor a 1 mm) alambre blando y flexible llamado "guía" a través de la lesión. Montado en esa guía (a modo de un tren sobre una vía) se avanza un "balón de angioplastia" que es como un globo alargado el cual entra plegado y se expande en la zona abriendo la estrechez. Seguidamente se implanta un stent, que es un pequeño muelle metálico que también entra plegado y se libera en la zona lo cual mantiene a la arteria abierta.

El caso que presentamos para el Congreso europeo EuroPCR tuvo interés por dos razones principales.

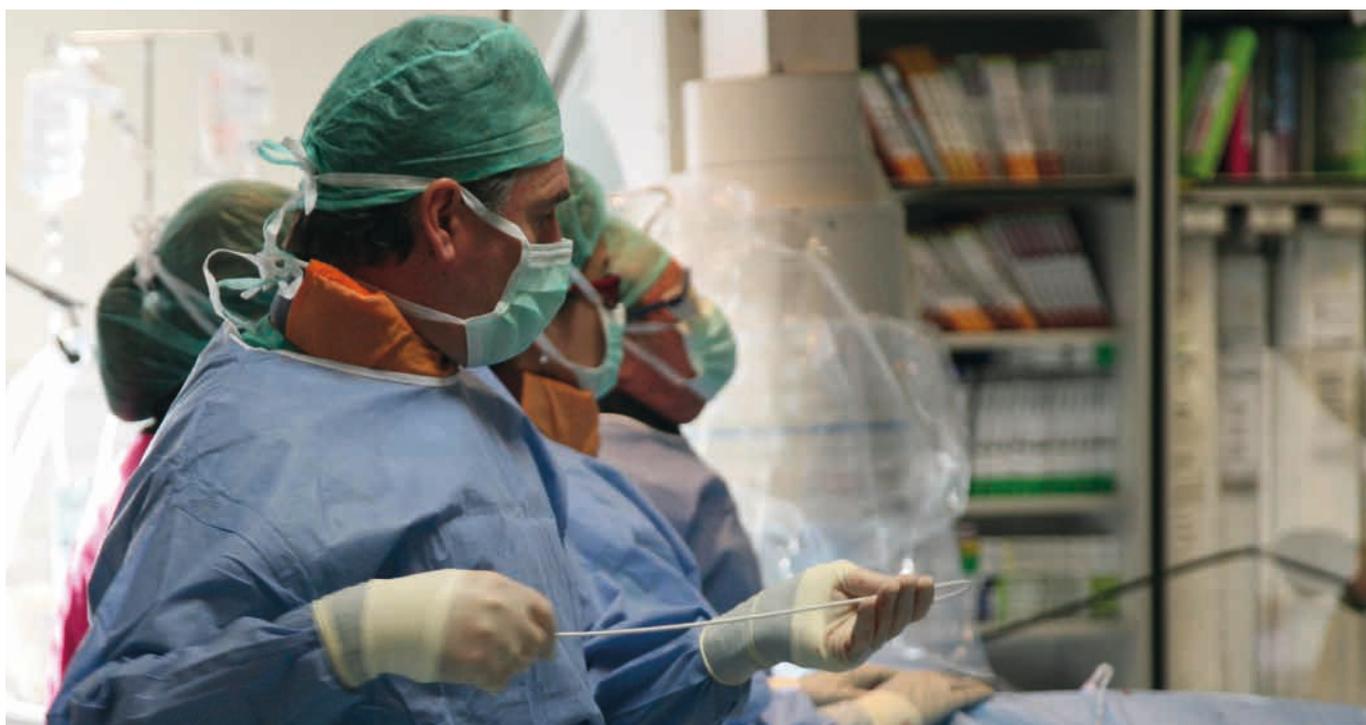
La primero, la tasa de complicaciones de estos procedimientos en la actualidad es muy baja, pero al ser un procedimiento realizado con frecuencia pueden ob-

servarse ocasionalmente. La presentación describe el caso de un paciente con un infarto agudo en cuyo cateterismo urgente se observó oclusión de una arteria coronaria. Mientras se estaba haciendo el tratamiento mediante angioplastia sufrió una perforación como la descrita ocasionada por la guía de angioplastia que al pasar por una zona enferma de la arteria, muy cerca de la estrechez, le ocasionó una pequeña perforación con salida de sangre hacia el pericardio (esa membrana fina que recubre al corazón) ocasionando hipotensión.

La segunda razón de interés fue la realización de una técnica nueva para sellar esa zona rápidamente y así estabilizar al paciente y al mismo tiempo completar la desoclusión de la arteria coronaria.

Los stents especiales para "sellar" una perforación de la coronaria son mas gruesos porque además de tener una malla metálica cilíndrica (como los convencionales), tienen una pequeña membrana que lo cubre cerrando los espacios de la maya para un efecto de sellado, por ello se llaman stents "cubiertos". Esto los hace mas voluminosos y por lo tanto no se puede usar el catéter de tamaño habitual para llevarlos hasta la zona del problema. Cabe mencionar que hasta que se implanta dicho stent la zona de la perforación está descubierta con san-

Lo que se realizó en este caso fue inflar rápidamente un balón común en la zona de la perforación lo que contuvo el sangrado durante unos minutos. Mientras tanto se insertó otro catéter que también se acercó al origen de la misma arteria, al lado del catéter inicial y que llevaba el stent de sellado.



grado permanente hacia fuera de la arteria. Lo que se realizó en este caso fue inflar rápidamente un balón común en la zona de la perforación lo cual contuvo el sangrado durante unos minutos. Mientras tanto se insertó otro catéter que también se acercó al origen de la misma arteria, al lado del catéter inicial y que llevaba el stent de sellado. Se desinfló rápidamente el balón que "taponaba" la arteria y se avanzó el stent y se lo colocó en la zona sellando la perforación y al mismo tiempo abriendo la estrechez de arteria.

Esta maniobra con dos catéteres en la misma coronaria no es habitual y en este caso se optó por ella ya que permite mantener tapada la arteria con el balón por uno de los catéteres mientras se acerca otro evitando así el cambio por uno solo de mayor tamaño. Este cambio requiere un tiempo (minutos) que muchas veces es crítico en situaciones urgentes ●

Entrevista / Gabriel Largaespada Pérez

“El sistema sanitario español es uno de los mejores, y tiene muchas bondades que deben ser reconocidas por los usuarios y el personal”

Gabriel Largaespada Pérez, está a punto de concluir sus dos años de estancia en el ICICOR como becario de la Fundación BBVA-Fundación Carolina. Un programa de ayuda internacional que permite formarse en España a médicos de Hispanoamérica. El doctor Lagaespada, nicaragüense, eligió la especialidad Electrofisiología y Arritmias. Antes, estudió medicina en su país y se formó como cardiólogo en México. Valladolid no fue una elección al azar. Pasó un mes de rotación antes de acabar la especialidad y cuando apareció la oportunidad, solicitó integrarse en la Unidad de Electrofisiología.

Regreso a Nicaragua con una nueva visión de los sistemas sanitarios y de la cardiología a un país donde aún hay mucho que hacer. Hace 15 años en Nicaragua no se hacía hemodinámica ni cirugía cardíaca, hace 5 años no existía la electrofisiología.

¿Cómo surgió tu interés por la cardiología?

Al vivir de cerca, siendo ya médico y teniendo a mi mamá enferma, la falta de cardiólogos en mi país. Además es una especialidad que atiende problemas que son muy frecuentes y constituyen una importante carga para las sociedades modernas y para el individuo. La cardiología ha logrado ofrecer avances que han repercutido de forma notoria en la sobrevida y calidad de vida de nuestros pacientes.

¿Por qué elegiste especializarte en electrofisiología?

Quería entender lo que la mayoría no logra por temor o pereza jejeje... electrofisiología tiene fama de ser demasiado complicada. Además me ofrecería oportunidades laborales irrepetibles al volver a mi país. En Nicaragua solamente existen 3 electrofisiólogos, tenía el trabajo asegurado y sería el experto en algo que pocos entienden.

¿Ha sido sustanciosa tu estancia en el ICICOR? ¿Qué te ha sorprendido?

Sí, pienso que he obtenido muchas experiencias positivas y negativas que si las sé aprovechar me ayudarán a crecer como persona y como profesional. ¿Sorprendido en el ICICOR? Dos cosas principalmente: como el sistema sanitario puede cubrir prácticamente todo (desde traslados a consultas de rutina a

dispositivos de varios miles de euros); segundo, la notable mejoría de derechos de los residentes y trabajadores en general.

¿Te has sentido extraño aquí?

Sí, aunque ya estaba un poco preparado al haber vivido primero en Francia y luego en México pero también reconozco que he recibido el apoyo de muchas personas. Toma en cuenta que hay 8 horas de diferencia, vengo de la costa pacífica...la temperatura promedio es de 32 °C sin grandes variaciones, soy el que habla “raro”, él que no entiende siempre lo que le dicen; vengo de una sociedad que es como un pueblo grande donde todos se conocen, donde existe una mezcla de lenguas y etnias, donde se hace vida en la calle durante todo el año, donde existen muchos menos recursos....

Procedes de Nicaragua, un país donde la cardiología no tiene el mismo desarrollo que en y España, ¿qué esperas aportar cuando regreses con este bagaje profesional?

Regreso con una nueva visión de los sistemas sanitarios y de la cardiología a un país donde aún hay mucho que hacer (hace 15 años en Nicaragua no se hacía hemodinámica ni cirugía cardíaca, hace 5 años no existía la electrofisiología). El reto está en ir aplicando paulatinamente las cosas positivas aprendidas y desdeñando aquéllas que llevan a problemas, sacando provecho de las fortalezas propias y buscando como crear las inexistentes, cambiando mentalidades (esto quizás lo más difícil).

Habrás notado que, en España, la Sanidad es un asunto prioritario que crea polémicas y quejas, tú que vienes de fuera, ¿te sorprende cuando se cuestiona el Sistema Nacional de Salud?

Me sorprende cuando se cuestiona asuntos que son poco relevantes y que distraen de otros de suma importancia. He conocido de primera mano distintos sistemas (Nicaragua antes y ahora, México, Francia, Estados Unidos; y en la facultad estudiamos un par más). El sistema español en mi opinión es uno de los mejores, y tiene muchas bondades que deben ser reconocidas por los usuarios y el personal. No hay sistema perfecto, por ello es necesaria la constante renovación a través de la supervisión regular y la crítica constructiva. Ayuda mucho primero conocer lo propio y luego aprender como lo hacen los demás.

Aunque todos hablamos español, a veces cuesta entenderse, por los localismos que usamos para expresarnos, ¿has tenido muchos problemas para saber realmente lo que contaban los pacientes?

Jejeje...Sí, ha sido toda una “aventura lingüística”, creo que ellos y yo hemos pasado momentos complicados, por suerte siempre tuve a una auxiliar de enfermería que me sirviese como “traductora” jejejej...eso es la maravilla y potencia del mestizaje de idioma español ●



Gabriel Largaespada.

EL ICICOR

lidera una investigación internacional que publica la más prestigiosa revista mundial sobre enfermedades del corazón

Durante años, la única alternativa para los pacientes con endocarditis infecciosa tras el implante de válvula aórtica percutánea constituía una cirugía cardiaca consistente en la apertura quirúrgica del tórax y el cambio de la válvula enferma por una prótesis.

La endocarditis infecciosa ocurre con tan poca frecuencia como en las prótesis quirúrgicas (en 5 de cada mil pacientes tratados), pero se asocia a una muy elevada mortalidad, en casi la mitad de los pacientes que la padecen.

El objetivo del estudio fue determinar la incidencia, predictores, características clínicas, manejo y resultados de la endocarditis infecciosa tras el implante de válvula aórtica percutánea. Este artículo co-liderado por el Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR) de Valladolid y el Institute Universitaire de Cardiologie et Pneumologie (IUCPQ) de Quebec, en el que han participado 21 grandes hospitales de todo el mundo ha sido recientemente publicado en 'Circulation', una de las revistas más importantes sobre enfermedades cardiovasculares. El motivo por el que se ha aceptado por dicha revista es porque constituye el primer gran registro de una rara pero devastadora enfermedad que afecta a las prótesis cardiacas, en este caso, implantadas a través de catéter, denominada endocarditis infecciosa. Es decir, la infección de la válvula implantada en el corazón.

En los últimos años, las biotecnologías empleadas para el tratamiento de las enfermedades cardiacas han sufrido un desarrollo exponencial. En el campo del intervencionismo percutáneo la principal revolución se ha producido a través del desarrollo en 2002 y posterior perfeccionamiento de las prótesis valvulares cardiacas para el tratamiento de las válvulas enfermas de nuestros pacientes. Durante años, la única alternativa para estos pacientes constituía una cirugía cardiaca consistente en la apertura quirúrgica del tórax, la parada controlada del bombeo del corazón y el cambio de la válvula enferma por una prótesis. Si bien esta técnica ha tenido durante décadas buenos resultados, su agresividad hacía difícil el aplicarla a pacientes frágiles o de edades avanzadas. Para este tipo de pacientes las prótesis a través de catéter, introducidas por una arteria en la ingle del paciente, sin necesidad de anestesia general, ni de abrir quirúrgicamente o de parar el corazón, sin duda están salvando muchas vidas.

Por supuesto, el análisis de las complicaciones de esta técnica es muy importante para reducir las. En este sentido, nuestro centro ha realizado una labor puntera que ha permitido la buena disposición de todos los centros colaboradores a la hora de facilitarnos el acceso sus resultados en casi 8000 pacientes para

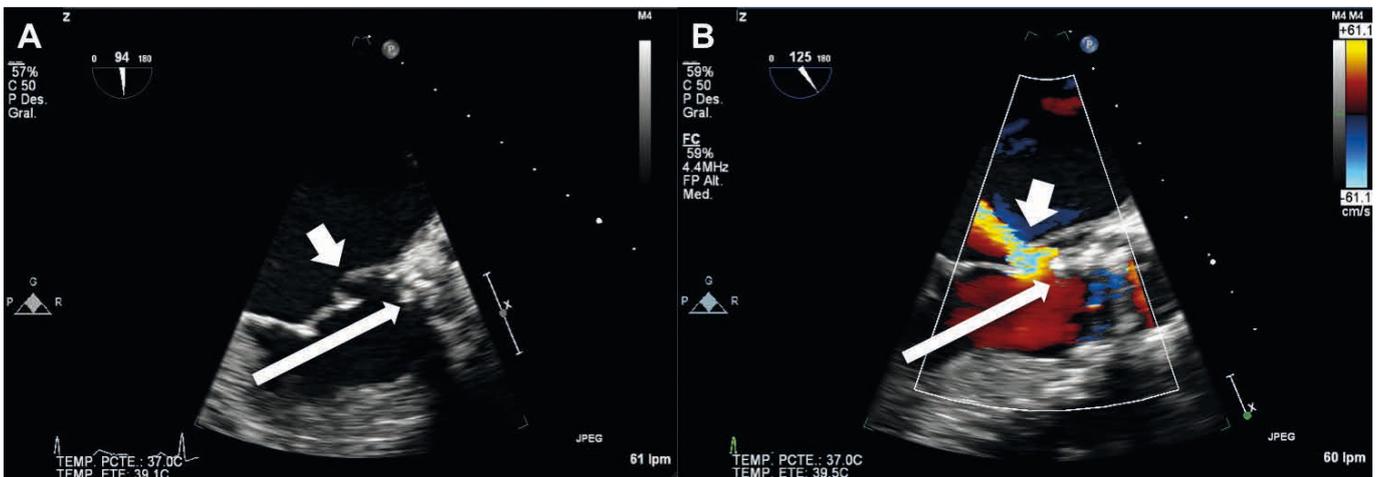


Imagen ecocardiográfica de un paciente al que se ha puesto una Tavi (se señala en la flecha larga) y que ha desarrollado una infección de la válvula aórtica, que se ha extendido a la mitral y se ha perforado (flecha corta).

analizar con detalle qué ocurre cuando estas válvulas se infectan, por qué lo hacen, cómo influye esto en los pacientes y cómo lo estamos tratando para intentar hacerlo aún mejor. A la luz de nuestros resultados, la endocarditis infecciosa ocurre con tan poca frecuencia como en las prótesis quirúrgicas (en 5 de cada mil pacientes tratados), pero se asocia a una muy elevada mortalidad, en casi la mitad de los pacientes que la padecen. Esto en parte se debe a que son pacientes muy enfermos y frágiles de base, pero también a que la actitud es muy conservadora con ellos. Es decir, no se les opera cuando su válvula se infecta para cambiarla por otra, sino que sólo se les trata con antibióticos lo que parece no ser suficiente de acuerdo a nuestros resultados. Además, los gérmenes responsables de estas infecciones parecen ser algo diferentes a los de las prótesis quirúrgicas. Son gérmenes en muchos casos presentes en el medio hospitalario como “contaminantes”, lo que obligaría a extremar las medidas de asepsia no sólo durante la intervención sino en los días posteriores, antes del alta. Sin embargo, la tendencia a evitar la anestesia general en estos pacientes parece ser un factor útil ya que el empleo de intubación orotraqueal parece asociarse a esta infección. Finalmente, no todas las prótesis se comportan igual; parece que las que tienen un marco metálico de mayor tamaño también se infectan con más facilidad y además el tener que retirarlas mediante cirugía abierta en caso de que se infecten es más complejo, lo que puede explicar la baja frecuencia con la que se operan estos pacientes en caso de infección tras el implante de la prótesis. Sin duda, son datos preliminares, pero por primera vez indican en qué aspectos podemos mejorar la forma en la que tratamos a nuestros pacientes sometidos a implante de prótesis valvular cardiaca a través de catéter. Cuando las cosas van bien en estos procedimientos nos sentimos muy satisfechos. Pero es cuando surgen complicaciones, que son inevitables, cuando tenemos que ser capaces de solucionarlas y cuando la calidad de la asistencia se pone de manifiesto ●

Valvular Heart Disease

Infective Endocarditis After Transcatheter Aortic Valve Implantation
Results From a Large Multicenter Registry

Ignacio J. Amat-Santos, MD; David Messina-Zeitoun, MD, PhD; Helene Eltchaninoff, MD; Samir Kapadia, MD; Stamatios Lerakis, MD; Asim N. Cheema, MD; Enrique Gutiérrez-Ibañes, MD; Antonio J. Muñoz-García, MD, PhD; Manuel Pan, MD; John G. Webb, MD; Howard C. Herrmann, MD; Susheel Kodali, MD; Luis Nombela-Franco, MD; Corrado Tamburino, MD; Hasan Jilalawi, MD; Jean-Bernard Masson, MD; Fabio Sandoli de Brito Jr, MD; Maria Cristina Ferreira, MD; Valter Correa Lima, MD; José Armando Mangione, MD; Bernard Jung, MD; Alec Vahanian, MD; Eric Durand, MD; E. Murat Tuzcu, MD; Salim S. Hayek, MD; Rocio Angulo-Llanos, MD; Juan J. Gómez-Doblas, MD; Juan Carlos Castillo, MD; Danny Dvir, MD; Martin B. Leon, MD; Eulogio Garcia, MD; Javier Cobiella, MD; Isidre Vilacosta, MD; Marco Barbanti, MD; Raj R. Makkar, MD; Henrique Barbosa Ribeiro, MD; Marina Urena, MD; Eric Dumont, MD; Philippe Pibarot, PhD; Javier Lopez, MD; Alberto San Roman, MD; Josep Rodés-Cabau, MD

Background—We aimed to determine the incidence, predictors, clinical characteristics, management, and outcomes of infective endocarditis (IE) after transcatheter aortic valve implantation (TAVI).

Methods and Results—This multicenter registry included 53 patients (mean age, 79±8 years; men, 57%) who suffered IE after TAVI of 7944 patients after a mean follow-up of 1.1±1.2 years (incidence, 0.67%; 0.50% within the first year after TAVI). Mean time from TAVI was 6 months (interquartile range, 1–14 months). Onset of IE was 3.87±95% confidence interval, 1.55–9.64; $P=0.004$) and the self-expandable CoreValve system (hazard ratio, 3.12; 95% confidence interval, 1.37–7.14; $P=0.007$) were associated with IE (multivariate analysis including 3067 patients with individual data). The most frequent causal microorganisms were *coagulase-negative staphylococci* (24%), followed by *Staphylococcus aureus* (21%) and *enterococci* (21%). Vegetations were present in 77% of patients (transcatheter valve leaflets, 39%; stent frame, 17%; mitral valve, 21%). At least 1 complication of IE occurred in 87% of patients (heart failure in 68%). However, only 11% of patients underwent valve intervention (valve explantation and valve-in-valve procedure in 4 and 2 patients, respectively). The mortality rate in hospital was 47.2% and increased to 66% at the 1-year follow-up. IE complications such as heart failure ($P=0.037$) and septic shock ($P=0.002$) were associated with increased in-hospital mortality.

Conclusions—The incidence of IE at 1 year after TAVI was 0.50%, and the risk increased with the use of onotracheal intubation and a self-expandable valve system. *Staphylococci* and *enterococci* were the most common agents. Although most patients presented at least 1 complication of IE, valve intervention was performed in a minority of patients, and nearly half of the patients died during the hospitalization period. (Circulation. 2015;131:1566–1574. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.014089.)

Key Words: endocarditis ■ heart valves ■ transcatheter aortic valve implantation

Continuing medical education (CME) credit is available for this article. Go to <http://cmajournal.org> to take the quiz. Received November 2, 2014; accepted February 24, 2015. From Quebec Heart & Lung Institute, Quebec, Canada (I.J.A., S.H.B., M.U., E.D., P.P., J.R.C.); Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Spain (I.J.A., J.L., A.S.R.); Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Bichat Hospital, France (D.M., Z., B.L., A.V.); Hôpital Charles Nicolle, University of Rouen, France (H.E., E.D.); Department of Cardiovascular Medicine, Cleveland Clinic, OH (S. Kapadia, E.M.T.); Emory University School of Medicine, Division of Cardiology, Atlanta, GA (J.L., S.H.B.); St. Michael's Hospital Toronto, ON, Canada (A.C.); Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid, Spain (E.G., J.R.A., L.); Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, Spain (A.M.-G., J.J.G., D.); Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Spain (M.P., J.C.); St. Paul's Hospital, Vancouver, BC, Canada (G.W., D.D.); Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia (H.H.); Columbia University Medical Center/New York Presbyterian Hospital, NY (S. Kodali, M.B.L.); Instituto Cardiovascular, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, Spain (L.N.-F., E.G., J.C., L.V.); Ferrerros Hospital, University of Catania, Italy (C.T., M.B.); Colson-Sinus Heart Institute, Colson-Sinus Medical Center, Los Angeles, CA (H.J., R.M.); Centre Hospitalier de l'Université de Moncton, QC, Canada (J.B.M.); Hospital Instituto Albert Einstein, São Paulo, Brazil (J.S.A.B.); Hospital Naval Marcolino Dias, Rio de Janeiro, Brazil (M.C.F.); Hospital Sao Francisco-Santa Casa de Misericórdias, Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil (V.C.L.); and Hospital Beneficência Portuguesa, São Paulo, Brazil (I.A.M.). The online-only Data Supplement is available with this article at <http://circulationjournal.org/lookup/suppl/doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.114.014089/-/DC1>. Correspondence to Josep Rodés-Cabau, MD, Quebec Heart & Lung Institute, Laval University, 2725 Chénier Ste-Foy, G1V 4G3 Québec City, QC, Canada. E-mail: josep.rodés@crsqa.ulaval.ca © 2015 American Heart Association, Inc. Circulation is available at <http://circjournal.org> DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.014089

Portada de la revista Circulation que publicó el estudio realizado desde el ICICOR, conjuntamente, con otros hospitales españoles y extranjeros, donde se ofrece una revisión crítica de la evidencia en la endocarditis infecciosa.

Fernando Colina / psiquiatra

“El corazón lesionado despierta el miedo y el miedo duele sobre el corazón”

Fernando Colina cita a Aristóteles para poner en valor que, hace más de dos mil años, el pensador griego indicó que el corazón es el órgano más importante del cuerpo y que en él recaían las funciones emocionales, sensoriales y de acción. Con esta idea, este psiquiatra, va tejiendo unas reflexiones donde hilvana que el corazón tiene una representación simbólica distinta al resto de los órganos del cuerpo humano, por lo que sus patologías “son una herida en el alma, del espíritu”. De ahí, que este psiquiatra, pensador y maestro de toda una generación de profesionales de la psiquiatría asegure que muchos pacientes cardiológicos se enfrenten a su enfermedad con una actitud de derrota porque ‘el infarto rompe un tejido, pero también un fundamento’ y recuerda que el dolor de corazón es el mismo que el de la angustia.

Hay muchos pacientes que, tras un infarto, deciden dejar de mirar al pasado y al futuro para vivir en un presente continuo.

Fernando Colina es Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Río Hortega de Valladolid. Antes de hablar de cura prefiere citar a Kafka, “el corazón es una casa con dos alcobas: en una vive la pena y en la otra la alegría. En su último libro, ‘Sobre la locura’, señala que “una vida sin una muerte en el horizonte no es vividera para el hombre” y defiende que “respetar el derecho a estar loco empieza por reconocer ese derecho y coincide con el esfuerzo por no entorpecer la estabilización del enfermo a un nivel óptimo de locura, por debajo del cual no resiste la vida”.

¿Por qué las enfermedades del corazón conllevan, con frecuencia, una aptitud de derrota en los pacientes?

El corazón no es un órgano como los demás. Ya no por su importancia vital sino por la representación psíquica que posee. La lesión de corazón no es solo una afección del cuerpo sino que tiene visos de ser una herida del alma.

El valor simbólico y antropológico del corazón no desaparece en la época de la ciencia. Las ciencias avanzan y la cardiología es una de las ramas más técnicas de la medicina, pero la esencia humana, el misterio y el significado de lo que es la vida y el hombre, permanece y no es científica. El corazón es un testigo de ese pasado científico que no podemos silenciar.



El corazón no es un órgano como los demás. Ya no por su importancia vital sino por la representación psíquica que posee. La lesión de corazón no es solo una afección del cuerpo sino que tiene visos de ser una herida del alma.

Fernando Colina ha publicado una docena de libro sobre las llamadas enfermedades mentales donde apuesta por el trato frente al tratamiento.

Señala usted que las personas que sufren un infarto reaccionan de hasta cuatro formas diferentes. Tres de ellas van desde el abatimiento, a la alegría, minimizando la enfermedad, y hasta con resentimiento, ¿por qué?

Me refería a tres formas de reaccionar prototípicas ante cualquier suceso grave, que son comunes a todos acontecimientos negativos importantes, pero que en el caso del infarto adquieren una densidad especial.

La primera es reaccionar con abatimiento, mostrándose vencidos por dolor, el temor y la enfermedad. Además, en su caso no se trata simplemente de la amenaza de una enfermedad grave sino de la posibilidad de una muerte súbita e imprevisible, lo que la vuelve más preocupante. La angustia de muerte puede volverse continua y atenaza al enfermo sumiéndole en la apatía y en una desesperación casi cobarde.

La segunda reacción es contraria. Consiste en despertar una hipomanía defensiva que niega la realidad y presta al enfermo una falsa alegría. Lo que se ha llamado euforia del superviviente se encarga de banalizar lo sucedido o de comportarse como si nada hubiera sucedido. Los que reaccionan así no llegan a negar la realidad, como puede suceder en las psicosis, pero emplean cierta supresión de los hechos muy específica que les permite no tenerla en cuenta y vivir dándola la espalda. Aparentan una normalidad tan absoluta que algunos clínicos se refieren a ellos como normópatas, como enfermos de normalidad.



Aquiles vendando a Patroclo. En la Antigüedad, la medicina era ya reconocida como un arte en parte y comentaban que un médico, por sí mismo, vale como muchos hombres.



El filósofo griego, Aristóteles, afirmó que, al igual que el mundo tiene un punto central, también el hombre lo tiene, y éste es el corazón.

Aristóteles llega a considerar que el corazón no puede enfermar, pues los principios no pueden hacerlo. Permanece siempre indemne para garantizar la función de todo lo que de él depende.

La tercera también es muy común. Es la reacción que se acompaña de amargura y resentimiento. El enfermo se siente víctima de una injusticia y se cree acreedor ante la sociedad, los amigos o los médicos. Su ecuación es muy simple: sufro, luego alguien es culpable. Alguien que debe de pagarle una deuda por ello o garantizarle la salud.

Hay una cuarta actitud que nos puede sorprender, el que tras padecer este mal decide romper con todo lo anterior y se propone vivir al día. Una especie de presentismo, dejar todos los proyectos. ¿Es solo una ilusión eso de vivir una vida sin compromisos, sin futuro?

Hay muchos pacientes que, tras un infarto, deciden dejar de mirar al pasado y al futuro para vivir en un presente continuo. Quieren aprovechar la vida y se instalan en el carpe diem dispuestos a no malgastar ninguna hora. De este modo dicen adiós a la nostalgia y los proyectos. Es evidente que a algunos les funciona bien, por lo que no se les puede objetar nada, pero no cabe duda de que se pierde la lucidez y se entra en una especie de tontuna.

¿Por qué es importante tener deseos?

El deseo es la esencia de la vida. Sin deseos no somos reconocibles. Las locuras son antes enfermedades del deseo que de la razón. La esquizofrenia, la paranoia, la melancolía no pueden entenderse sin referirlas a los problemas que el psicótico sufre con su propio deseo y con la comprensión y recibimiento del deseo de los demás.

¿Cómo, por tanto, hay que enfrentarse a un problema cardíaco grave?

Eso no lo sabe nadie. No creo que en este campo puedan darse consejos o recomendaciones seleccionadas y acertadas. Hay que darlos, porque el paciente puede pedirlos y no debemos parecer o resultar indiferentes y pesimistas ante él. Pero no creo que se pueda ir más allá de las buenas palabras. La mejor solución es la que inventa cada uno. Los sistemas de autodefensa funcionan y hay que dejar que se desarrollen a gusto del protagonista. Tratar de desviarlos o reconducirlos solo puede plantearse si el propio paciente lo pide o acepta nuestra sugerencia si se observa que se autocastiga en exceso.

Cuando alguien comenta “me duele el corazón”, está diciendo muchas más cosas que expresar un malestar físico, ¿por qué?

Porque el corazón es mucho más que una víscera. En este sentido los comentarios de Aristóteles (385 a. C.- 322 a. C.) en Partes de los animales son muy significativas. Nos aporta dos reflexiones importantes. La primera que la región en torno al corazón es el principio de las emociones. Tiene un valor de principio, por lo tanto, y los principios en la metafísica aristotélica son algo capital. El infarto no rasga un tejido sino que, desde este punto de vista, rompe un fundamento. Tanta importancia le da Aristóteles a este hecho que llega a considerar que el corazón no puede enfermar, pues los principios no pueden hacerlo. Permanece siempre indemne para garantizar la función de todo lo que de él depende.

En segundo lugar, el corazón para Aristóteles es importante por la posición que ocupa: hacia el centro, más arriba que abajo, y más delante que detrás –curiosamente no dice nada de su lateralidad, probablemente para no contradecirse–, pues a su juicio la naturaleza coloca lo más noble en las zonas más nobles. Comenta que también el hígado existe en todos los animales sanguíneos, pero que nadie se atrevería a pensar que sea el principio de todo, pues no está situado en absoluto en la posición propia de un principio.

¿Se encuentra fijado en nuestro imaginario que el corazón es un ser vivo que vive dentro de otro ser vivo?

Al menos se comporta como tal. El corazón es como un animal dentro de nosotros mismos. Tiene movimientos, sentimientos que parecen arrancar de él, decisiones que nos arrastran, razones que nos vencen y que a veces no llegamos a entender. Sin querer remitimos al corazón todo lo que tiene que ver con el amor, con la moral, con la verdad o con las promesas. Este ser vivo que nos acompaña es el que más sufre cuando el infarto rompe el corazón.

Si está herido es cuando más reclama nuestra atención. Se torna más presente y bullicioso que nunca y sus movimientos se vuelven amenazadores. Las corazonadas se resienten y todos los augurios y los presentimientos se convierten en ocurrencias amenazadoras, en malos presagios que torturan al infartado.

¿Hasta qué punto es cierto que el dolor físico del corazón es similar al de la angustia?

Es cierto y es algo que se vuelve en contra del cardiópata. El dolor precordial de la coronariopatía coincide con la somatización más frecuente de la angustia. La angustia es cardíaca y la angustia es inseparable del hombre. El corazón lesionado despierta el miedo y el miedo duele sobre el corazón. Se establece así un círculo vicioso y una retroalimentación continua. La vigilancia se incrementa y al infartado le cuesta olvidar su enfermedad ●

El corazón lesionado despierta el miedo y el miedo duele sobre el corazón. Se establece así un círculo vicioso y una retroalimentación continua. La vigilancia se incrementa y al infartado le cuesta olvidar su enfermedad.



Fernando Colina defiende que hombres y mujeres siguen sintiendo que su espíritu habita en el corazón y que el centro de la vida es el corazón.

También es noticia...



De izquierda a derecha, Manuel Fernández Molina, María Isabel Merino Romero y Mónica Santos Arranz.

► Premios de enfermería del ICICOR

Las enfermeras del ICICOR han conseguido dos importantes premios por sus trabajos en investigación. El primero de ellos en el congreso de la Sociedad Castellano-Leonesa de Cardiología (SOCALEC) que tuvo lugar en Valladolid. El trabajo galardonado con el premio a la mejor comunicación de enfermería del congreso llevaba por título "MEDIASITINIS Y TERAPIA VAC: A PROPÓSITO DE UN CASO", cuyo objetivo era mostrar el uso de la terapia de vacío como alternativa a otros tratamientos convencionales en la mediastinitis posquirúrgica. Sus autoras fueron María Isabel Merino Romero, Mónica Santos Arranz y Manuel Fernández Molina.

El segundo de ellos ha conseguido el premio a la mejor comunicación de enfermería del congreso de las enfermedades cardiovasculares que se celebrará próximamente en Bilbao. Enfermeras de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante Cardíaco del ICICOR colaboraron en el diseño y en la realización del proyecto titulado "Titulación de Fármacos por Enfermeras especializadas en Insuficiencia Cardíaca (IC): una revisión de la literatura".

Séptimo trasplante cardíaco de 2015

En el año 2001 se realizaron los dos primeros trasplantes de corazón en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Es el único centro sanitario de Castilla y León autorizado para llevar a cabo estas intervenciones.

En los últimos dos meses se han realizado 3 trasplantes cardíacos, con los que en lo que llevamos de 2015 se han realizado 7. Destacar que en varios ha sido necesaria la utilización de la ECMO, que es una asistencia cardíaca de la cual se trató en el número anterior de Corazonadas. En la actualidad hay 5 pacientes en lista de espera, por lo que se estima que se superarán los 10 trasplantes cardíacos este año.





Inés Sayago.

► **Bienvenida a dos nuevas incorporaciones al ICICOR**

La Dra. Inés Sayago y el Dr. Luis Varela se han incorporado recientemente al ICICOR. La Dra. Sayago se formó como cardióloga en el Hospital Virgen de la Macarena de Sevilla y tras su especialización ha realizado un programa de formación en insuficiencia cardiaca avanzada y trasplante cardiaco en uno de los centros nacionales más prestigiosos, el Hospital Puerta de Hierro de Madrid. El Dr. Luis Varela es cardiólogo y se formó en la Fundación Favalaro de Buenos Aires, Argentina. Ambos se han incorporado a la Unidad de Insuficiencia Cardiaca y Trasplante del ICICOR.



Luis Varela.



Ignacio Amat.

► **El Dr. Ignacio Amat consigue el grado de Fellow de la Sociedad Europea de Cardiología.**

Para lograr conseguir esta distinción es necesario que la Sociedad Europea de Cardiología reconozca las aportaciones realizadas en el campo de la clínica y en la investigación de los aspirantes. ¡Enhorabuena!

Tres R-1 se incorporan al ICICOR

Raquel Ladrón Abia, Gonzalo Fernández Palacios y Silvio Vera Vera han comenzado, este curso, el programa para formarse como cardiólogos en nuestro Servicio. Estos nuevos residentes pasarán cinco años y rotarán por la unidad coronaria, la cardiología clínica, la imagen cardiaca, la cardiología intervencionista, la unidad de arritmias y estimulación cardiaca y el trasplante cardíaco. Además, realizan trabajos de investigación básica y clínica, por lo que la formación que alcanzan es global y completa, todo ello amparado en una reforzada acción tutorial que asegura un cumplimiento riguroso del programa de la especialidad. Actualmente, son 15 los médicos que realizan la especialidad en el ICICOR.



De izquierda a derecha, Silvio Vera Vera, Raquel Ladrón Abia y Gonzalo Fernández Palacios.



La imagen

La ira rompe el corazón

Aristóteles ya intuyó que la ira está acompañada del calentamiento de la sangre cercana al corazón. La cólera y el deseo de venganza lo encienden y caldea. Séneca la comparó con un ácido que puede hacer más daño al recipiente en la que se almacena que en cualquier cosa sobre la que se vierte.

La ira es uno de los siete pecados capitales y, como el fuego, no se puede apagar sino al primer chispazo. Después es tarde.

Ahora sabemos que estos pensadores clásicos no andaban descaminados. Perdonar es bueno para el corazón. Lo dice una institución médica norteamericana, que, tras un trabajo de investigación en el que han participado 1.300 personas, concluye que los hombres jóvenes que reaccionan ante el estrés con ira tenían tres veces más de riesgo de

desarrollar una enfermedad cardiaca prematura.

La rabia, el arrebato, la furia siempre hiere y destruye, aniquila nuestras propias fuerzas y energías y, sin duda, es nuestro peor enemigo.

La medicina tradicional, además de considerar las emociones como causa de enfermedades, acudía a las leyendas para aleccionar a los pacientes.

Como aquella de un anciano que le dijo a su nieto: “siento como si tuviera en el corazón dos lobos que se están peleando. Uno de ellos es violento, está siempre enojado y queriéndose vengar. El otro está repleto de perdón, compasión y amor”.

El niño le preguntó: “¿Cuál de los dos será el que gane la pelea y se quede en tu corazón?”.

A lo que el abuelo le respondió: “El que yo alimento” ●

