

ASPACACOR

ASOCIACIÓN DE PACIENTES CARDÍACOS DE CÓRDOBA Y PROVINCIA





ASPACACOR

ASOCIACIÓN DE PACIENTES CARDÍACOS
DE CÓRDOBA Y PROVINCIA

**Avda. Menéndez Pidal, s/n
14004 – Córdoba
(Unidad de Prevención Secundaria y Rehabilitación
Cardíaca)**

**Hospital Universitario Reina Sofía
Tfnos.: 686 95 22 11 ó 629 96 16 89
Correo electrónico: aspacacor@gmail.com**

**Edita e Imprime: Diputación de Córdoba
Departamento de Ediciones y Publicaciones**

Depósito Legal: CO xxx - 2015



Diputación de Córdoba

ASPACACOR

ORÍGENES DE LA ASOCIACIÓN

Los pacientes tratados en el Hospital Universitario Reina Sofía por patologías isquémicas, una vez estabilizados y dados de alta hospitalaria, son requeridos por la Unidad de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca de este hospital, para someterse a la segunda fase de la rehabilitación cardíaca, participando en un programa multidisciplinar de dos meses de duración.

En el mes de marzo de 2011 entre los pacientes de ese grupo, surge la idea de crear una asociación ante la necesidad de continuar lo iniciado en el hospital, y así la materializan con la aprobación de sus estatutos y con la inscripción en el Registro de Asociaciones con fecha 5 de julio de 2011.

Según consta en el tercer punto del Acta Fundacional, esta fue la primera Junta Directiva de **ASPACACOR**:

Presidente: D. Federico Márquez López

Vicepresidente: D. Félix Muñoz Muñoz

Secretario: D. Agustín Rosillo Gómez

Tesorero: D. Juan Fernández Rodríguez

Una vez creada y legalizada la Asociación, y contando con el respaldo del equipo del Servicio de Rehabilitación Cardíaca, se comienza a dar a conocer a todos los grupos anteriores y a los que se van constituyendo.

OBJETIVOS DE ASPACACOR

- Informar y asesorar a las personas afectadas por I.A.M. y patologías cardíacas en general.
- Promover, activar y facilitar la tercera fase de la rehabilitación, una vez los pacientes son dados de alta en la Unidad de Rehabilitación Cardíaca, facilitando la continuidad del ejercicio físico, así como la solución de los problemas que puedan dificultar al paciente, el desarrollo de esta última fase de la rehabilitación.

- Organización de jornadas de concienciación, promoción y puesta al día de todos los hábitos saludables, para sensibilizar no solo a pacientes, sino a familiares y ciudadanía en general, para lo que contamos con los profesionales de los servicios de U.C.I. Cardiología y U.R.H.C.

ACTIVIDADES QUE **ASPACACOR** OFRECE

- Disponer de un local social que sea punto de encuentro de los asociados y donde realizar tareas administrativas de la asociación.
- Disponer de un espacio para maquinaria deportiva y ofrecer programas de actividad física según la prescripción de los profesionales.
- Programa de natación adaptada.
- Organización de encuentros de convivencia, tales como actividades deportivas solidarias, senderismo, etc.



ASPACACOR ACTIVA

Desde que celebramos la I Jornada de Prevención Cardiovascular el pasado 23 de febrero, hasta la publicación de este segundo número de nuestra revista, **ASPACACOR** ha desarrollado una importante actividad como asociación, pues hemos trabajado en todos los ámbitos en los que considerábamos que podíamos, con nuestra aportación y gestión, conseguir mejoras para el paciente.

En el H.U. Reina Sofía hemos estado presentes en las distintas ocasiones en que se nos ha convocado como asociación de pacientes.

En la Unidad de Participación Ciudadana, asistimos como miembro de la "*Comisión de Participación Ciudadana*" realizando nuestras aportaciones y sugerencias en los distintos planes que se elaboran por esta Unidad y se someten a debate en esta Comisión, valga como ejemplo el Nuevo Plan de Actuación de Participación Ciudadana y Mejora 2015.

Consideramos a esta "*Comisión de Participación Ciudadana*" de gran utilidad, porque de las distintas asociaciones convocadas surgen propuestas que pueden mejorar el día a día de los usuarios en general, o sea, de pacientes y familiares.

En cuanto a las reuniones celebradas entre **ASPACACOR** como asociación de pacientes, y las Unidades de Gestión Clínica de Cardiología, y la Unidad de Ges-



ción Clínica Interniveles de Medicina Física y Rehabilitación, se nos ha dado la oportunidad de presentar nuestras propuestas de mejora, derivadas de las necesidades de nuestros asociados, lo que se ha hecho no solo de palabra en el desarrollo de estas reuniones, sino que se han recogido por escrito y entregado a la representación de estas dos unidades.

En la última Asamblea General se aprobó de forma unánime, iniciar las gestiones necesarias para expresar nuestro enorme agradecimiento al Dr. D. José Suarez de Lezo Cruz Conde, Jefe de la Unidad de Gestión Clínica de Cardiología del H. U. Reina Sofía de Córdoba, ante su próxima jubilación.



Como es nuestro deseo mostrarle este agradecimiento en los más amplios y variados ámbitos posibles, hemos solicitado oficialmente a la alcaldía, se le conceda la máxima distinción municipal. También hemos celebrado reuniones con todos los grupos políticos municipales del Ayuntamiento de Córdoba, a excepción del grupo correspondiente al partido Ciudadanos, que no encontraron hueco en sus

agendas para recibirnos. El objeto de estas reuniones era recabar su colaboración en todas las acciones que tenemos pensado llevar a cabo en el ámbito municipal, y entregarle copia del escrito dirigido a la Sra. Alcaldesa sobre este asunto, para que cuando este asunto sea llevado al pleno del ayuntamiento, reciba el apoyo unánime de los grupos políticos municipales. En todos los casos en los que fuimos recibidos por los representantes de los grupos políticos municipales, ha existido una identificación con este proyecto y el compromiso de participación. Por parte de Alcaldía, el Jefe de Gabinete nos asesoró sobre los trámites a seguir.

Como el año pasado se celebraron elecciones municipales y autonómicas, y como consecuencia de ello se renovaron los representantes provinciales y autonómicos, hemos tenido reuniones con los nuevos responsables de los diferentes organismos, presentándole nuestra asociación y solicitando las ayudas necesarias para desarrollar actividades como, edición del segundo número de nuestra revista, así como dípticos y carteles informativos sobre la II Jornada de Prevención Cardiovascular, estando programada su celebración para el próximo 23 de febrero, día que en su momento designamos como "día de **ASPACACOR**" por coincidir con el aniversario de la puesta en funcionamiento de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del H. U. Reina Sofía de Córdoba. También se están definiendo y elaborando los temas que compondrán un libro (manual) dirigido a pacientes y familiares, con el objetivo de mejorar nuestros hábitos de vida saludable, disipar dudas, corregir errores, y normalizar el día a día de nuestras vidas.



ASPACACOR

Avda. Menéndez Pidal, s/n

14004.- Córdoba

Unidad de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca

Hospital Universitario Reina Sofía

TFNOS: 686.95.22.11 Ó 629.96.16.89

e-mail: aspacacor@gmail.com



A/A

D^a Isabel Ambrosio Palos

Alcaldesa

El pasado 14 de octubre ASPACACOR celebró Asamblea General de asociados, en el transcurso de la misma, y en el desarrollo del segundo punto del orden del día, se suscitó un debate en el que de forma unánime se decidió solicitar la concesión de las máximas distinciones de carácter honorífico, en los ámbitos nacional, autonómico, provincial y municipal, para el Profesor Dr. D. José Suárez de Lezo Cruz Conde, por haber destacado de forma extraordinaria en su profesión, desde donde ha prestado servicios de enorme trascendencia para la salud, alcanzando consideración indiscutible en la comunidad científica internacional, aparte de por sus méritos y cualidades personales, sobradamente demostradas a lo largo de su extensa carrera.

En su haber está su currículum y sobre todo, el haber elegido a Córdoba para poner al servicio de los cordobeses y andaluces en general, todo su proyecto de creación de un servicio de cardiología, según escribía en un artículo en nuestra revista:

"La población cordobesa y la de su entorno no debiera recibir diferente atención que aquella residente en Nueva York, o en Rotterdam, o París, por poner ejemplos de sociedad moderna."

Consiguió poner a Córdoba, en lo que a cardiología se refiere, en la primera línea de tratamientos y técnicas. Partiendo de lo que entonces era "la sala de electros", comenzó a aplicar técnicas innovadoras. Se instaló en Córdoba una de las primeras salas de hemodinámica de España, fue pionero en las primeras terapias de reperfusión en el infarto agudo de miocardio (trombolisis intracoronaria) y posteriormente en la revascularización, implantando el primer stent en la fase aguda de un

infarto en 1994, lo que ha contribuido a reducir de forma drástica las cifras de mortalidad en este escenario clínico. Ha desarrollado técnicas innovadoras en el tratamiento percutáneo de cardiopatías congénitas, siendo centro de referencia el HURS. Y todo esto, en la sanidad pública, en nuestra Córdoba y para los cordobeses, porque según manifestó:

"Córdoba merece todo mi afán"

Como consecuencia de todo esto, ha recibido numerosos premios nacionales e internacionales, y situado a la cardiología cordobesa en la vanguardia.

Ha formado a más de treinta promociones de cardiólogos, publicado más de 250 artículos en los medios científicos con mayor factor de impacto, como *Circulation*, por poner un ejemplo. También destaca por su labor docente siendo el primer catedrático de Cardiología de Andalucía y habiendo sido Director de 32 Tesis Doctorales.

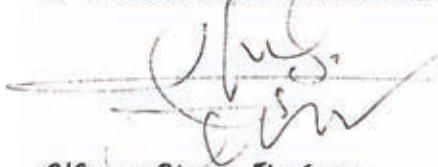
Por todo lo expuesto, los asociados de ASPACACOR, y en su nombre su Secretario y Presidente,

SOLICITAN:

Se le conceda al Profesor, Dr. D. José Suárez de Lezo Cruz Conde, la máxima distinción de carácter honorífico que este Ayuntamiento conceda, así como el merecido honor de rotular una calle con el nombre de:
"Doctor José Suárez de Lezo"

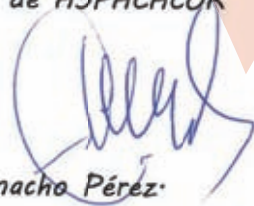
Córdoba, 15 de octubre de 2015.

El Presidente de ASPACACOR



Alfonso Otero Jiménez

El Secretario de ASPACACOR



Fernando Camacho Pérez

Este es un resumen de las actividades que **ASPACACOR** ha llevado a cabo en el segundo año de gestión de la actual Junta Directiva.

Los miembros de esta Junta se ponen a disposición de todo paciente, o familiar, pudiendo entrar en contacto con la Asociación:

- mediante los teléfonos 686 95 22 11 y 629 96 16 89
- correo electrónico aspacacor@gmail.com



SALUDA DEL PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN DE CÓRDOBA

Como presidente de la Diputación de Córdoba quiero aprovechar esta tribuna para poner de manifiesto, una vez más, nuestra colaboración y respaldo al trabajo que la Asociación de Pacientes Cardíacos de Córdoba y Provincia viene realizando con el propósito de mejorar la calidad de vida, la salud y la autoestima de quienes padecen esta enfermedad coronaria, que afecta cada vez a un mayor número de personas.

Con este mismo objetivo, y conscientes de la importancia de informar y prevenir a tiempo, desde la institución provincial nos sentimos comprometidos con la labor de este colectivo, y por ello, no sólo participamos en la edición de este nuevo número de su revista, sino que estamos orgullosos de volver a acoger la Jornada de Prevención Cardiovascular, en la que se dan cita algunos de los mejores profesionales y expertos en la materia, y que en su primera edición fue todo un éxito.

La enfermedad del corazón es una de las afecciones más usuales a las que nos enfrentamos a lo largo de nuestra vida, por lo que es necesario combatirla de forma conjunta, con la implicación y la concienciación de todos, ciudadanos y administraciones.

Y en esta tarea seguirá incidiendo este equipo de gobierno porque, como he reiterado en numerosas ocasiones, entre nuestras principales líneas de actuación está la de apoyar la labor de los colectivos de nuestra provincia, colaborando en aquellas actuaciones y proyectos que redunden en el bien común de los ciudadanos y ciudadanas de Córdoba.



Antonio Ruiz Cruz

*Presidente de la
Diputación de Córdoba*



DELEGADA TERRITORIAL DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

PREVENIR Y ACOMPAÑAR EN EL CAMINO

Me gustaría saludar a las personas que forman parte de la Asociación de Pacientes Cardíacos de Córdoba y provincia (ASCAPACOR), a quienes por primera vez me dirijo desde esta publicación con la que el colectivo se dirige a sus socios y a la sociedad para hacer balance de último año y dar a conocer los nuevos proyectos a desarrollar en 2016. Es un privilegio para mí poder reconocer desde estas líneas vuestra labor, con la que perseguís un objetivo claro: modificar los estudios de vida de quienes han sufrido algún evento cardiovascular, así como prevenir factores de riesgos y posibles nuevos episodios.

El diagnóstico de una patología coronaria sorprende y cambia de forma importante la vida de los pacientes y su familia, que han de adaptarse no sólo a la enfermedad, sino también a otras situaciones que se le presentan en su ámbito familiar, social y laboral. Estas personas se sienten en Córdoba muy bien arropadas por ASPACACOR, que bajo la presidencia de Alfonso Otero, centra sus esfuerzos en informar y educar en salud a los enfermos cardíacos para que integren en sus vidas pautas de conductas cardiosaludables.

Transmitís a la sociedad la importancia de fomentar medidas preventivas a nivel primario y secundario, que contribuyen a la reducción de la incidencia de esta enfermedad tan prevalente y a la mejora de la calidad de vida de los enfermos. Les apoyáis en el difícil camino que supone superar un infarto agudo de miocardio u otras situaciones también complicadas. Vuestro trabajo es una aportación en el ámbito de la participación ciudadana que permite ir de la mano de la Junta de Andalucía, que impulsa iniciativas en el marco del Plan Integral de Cardiopatías de cara a la prevención de factores de riesgo y la rehabilitación de los pacientes con problemas cardíacos.

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en Andalucía y en los países occidentales, por detrás del cáncer. Se estima que en torno al 74% de los casos que se producen en hombres y el 55% en mujeres, están relacionados con factores de riesgo modificables y que tienen que ver con hábitos de vida poco saludables como son el tabaquismo, el sedentarismo, la hipertensión o la diabetes. Por ello, la inclusión de buenos hábitos en la dieta y el desarrollo de ejercicio físico para disminuir la incidencia de las enfermedades cardiovasculares en la sociedad son fundamentales, ya que la mayoría de estos factores se pueden prevenir.

Además, centenares de profesionales velan diariamente por nuestra salud cardíaca en la provincia de Córdoba (en las unidades de cardiología, urgencias, unidades corona-



rias y de arritmias, técnicas de imagen, prevención secundaria y rehabilitación cardiaca, entre otras) e incorporan importantes avances tecnológicos que ayudan a mejorar la calidad de vida de los enfermos cardiacos.

Precisamente, aquí, en los centros sanitarios y hospitalarios de la provincia de Córdoba, es habitual encontrar a los socios de ASPACACOR, siempre acompañando al enfermo y a su familia. Por ejemplo, en el Hospital Universitaria Reina Sofía han realizado ya rehabilitación cardiaca y prevención secundaria más de 625 pacientes durante los últimos 6 años. Los espacios dedicados a esta actividad se han reformado y ampliado recientemente para mejorar la atención que reciben los pacientes. Desde la Delegación Territorial de la Junta a la que represento seguiremos trabajando para seguir dando pasos hacia adelante en pro de la salud cardiaca de los cordobeses y contaremos con vuestro apoyo incondicional.

Reciban un afectuoso saludo.

María Ángeles Luna Morales

Delegada Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales



DIRECTORA GERENTE HURS

40 AÑOS DE ILUSIONES CON ASOCIACIONES Y PACIENTES

El Hospital Universitario Reina Sofía cumple este año cuatro décadas de vida convertido en uno de los principales complejos sanitarios de Andalucía. La historia de estos 40 años es un carrusel de emociones y logros que en ningún momento se ha detenido. En estos 14.600 días, el hospital público de la ciudad de Córdoba ha sido testigo de la esperanza depositada por los centenares de pacientes que confían en su plantilla integrada en estos momentos por alrededor de 5.000 profesionales. Ellos, el personal -junto a los pacientes-, son el bien máspreciado de una institución que vela por mejorar la salud y la calidad de vida de la ciudadanía.

Como mediadores entre pacientes y profesionales encontramos en muchas ocasiones a colectivos y asociaciones, que se ocupan de trasladarnos sus inquietudes y de acercar los recursos sanitarios a la población para hacerlos más visibles. Además, trabajan con intensidad para mejorar la calidad percibida en su atención. Es el caso de la Asociación de Pacientes Cardíacos de Córdoba y Provincia (**ASPACACOR**), que a pesar de vuestra breve trayectoria -los integrantes dieron los primeros pasos hace poco más de 3 años- vuestro trabajo resulta de gran ayuda para los pacientes con enfermedades cardíacas. Ofrecéis apoyo y calidez a personas y familias en momentos difíciles (muchos de ellos acaban de sufrir infarto) para transmitirles ilusiones renovadas y ganas de vivir, con la prevención como nueva filosofía de vida.

Es con vosotros, con los pacientes, con los colectivos de enfermos, con la participación ciudadana y con el voluntariado con quienes queremos celebrar este cumpleaños tan especial que, de algún modo, todos sentimos un poco nuestro. Pacientes, ciudadanos y profesionales nos sentimos orgullosos del Reina Sofía, de nuestro hospital, un centro ejemplar y pionero en muchos campos de la medicina y de la ciencia, que ocupa un destacado lugar dentro de la red de centros de atención hospitalaria del Sistema Sanitario Público Andaluz.

Con este 40 aniversario buscamos reforzar el sentido de pertenencia al centro. Procedimientos innovadores y avances se han sucedido en muchos ámbitos médicos, especialmente en el de la cardiología (muchas veces de manos de la cardiología intervencionista), la cirugía cardiovascular y terapia celular. La cardiología cordobesa figura entre las mejores del mundo y eso es gracias la excelencia profesional y a la confianza de la población.



Para conmemorar esta efeméride tan especial estamos desarrollando un amplio programa de actividades científicas y socioculturales que pueblan ya el calendario de los próximos doce meses para repasar la historia y la evolución del hospital a lo largo de estas cuatro décadas, que sumen impactos positivos para la imagen del hospital. Arropados por el lema '40 años avanzando juntos' (elegido con la participación de profesionales y usuarios) y el cartel anunciador de la programación titulado 'Construyendo' (trabajo ganador del concurso organizado por el hospital) se han iniciado ya las primeras actividades conmemorativas. Nos gustaría contar con vuestra participación para celebrar con toda Córdoba nuestro 40 aniversario, desde ahora y hasta diciembre de 2016.

Marina Álvarez Benito

Directora gerente Hospital Universitario Reina Sofía



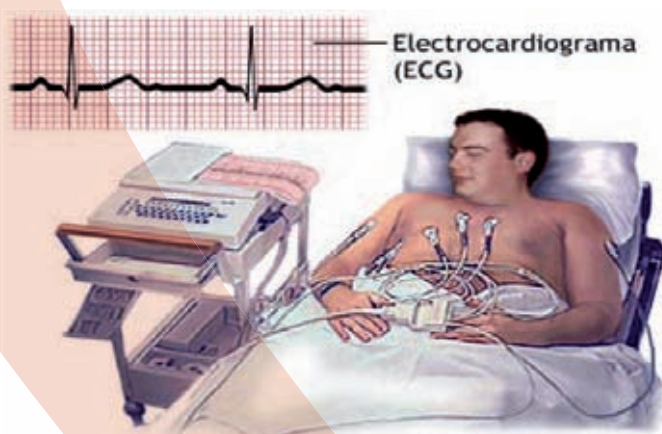
SECCIÓN CORONARIA DE LA U.C.I. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE CÓRDOBA

ASPECTOS DE INTERÉS PARA UN PACIENTE CORONARIO EN SU PASO POR LA SECCIÓN CORONARIA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

La Cardiopatía Isquémica constituye una de las patologías de mayor relevancia a nivel mundial en la actualidad, es por esto un problema prioritario en las sociedades occidentales.

Históricamente se ha desglosado su estudio y abordaje considerando tres categorías principalmente: Infarto Agudo de Miocardio, angina inestable y cardiopatía isquémica crónica. ¿Qué es un infarto de miocardio? Es la necrosis, o muerte de las células, de un órgano o parte de él por falta de riego sanguíneo debido a una obstrucción o estenosis (estrechez) de la arteria correspondiente. ¿Qué es la angina inestable? En otras ocasiones, el paciente puede padecer una angina inestable que suele ser signo de muy alto riesgo de infarto agudo de miocardio o muerte súbita. La angina inestable se desencadena igual que el infarto, pero en este caso no existe una oclusión completa de la arteria coronaria por el trombo y no se ha llegado a producir muerte de células cardíacas. Se manifiesta en reposo por un dolor u opresión que empieza en el centro del pecho y puede extenderse a brazos, cuello, mandíbula y espalda. Es decir, los síntomas son iguales a los del infarto, aunque generalmente de menor duración e intensidad. Esta angina debe ser tratada como una emergencia, ya que hay un elevado riesgo de producirse un infarto, una arritmia grave o muerte súbita. Recientemente se produjo un cambio en la definición de infarto agudo de miocardio (IAM) a propuesta de un comité de la European Society of

Cardiology y el American College of Cardiology, que fue recibido con cierto grado de controversia y escepticismo por los cardiólogos españoles. En cualquier caso y salvando las diferencias definitorias, son estas dos categorías, IAM y angina inestable, las que integran la forma aguda de las coronariopatías o síndrome coronario agudo (SCA).



En España, según datos del año 2002 la mortalidad por enfermedades cardiovasculares permanecía como primera causa de muerte, representando aproximadamente el 34% del total de defunciones. En Andalucía los datos son similares al resto del país. A pesar de ello, se observa una mejoría notable en los últimos años en la mortalidad hospitalaria, debida principalmente a la introducción, primero, de las unidades coronarias y, posteriormente, al uso generalizado de la aspirina, los fibrinolíticos y al intervencionismo coronario.

La gravedad de la enfermedad coronaria, hace a los pacientes afectados por esta patología subsidiarios de recibir atención en unidades especiales de cuidados críticos (UCI) donde se aborda la fase más aguda del proceso. La rapidez en la detección del cuadro e inicio del tratamiento serán las prioridades en estos momentos iniciales.

No todos los pacientes se benefician de estos cuidados por distintas causas. Aunque no se conoce con exactitud la frecuencia con que los pacientes con IAM no ingresan en una UCI, se estima que en España puede oscilar entre un 11 y un 35%. De estos datos se desprende que una gran mayoría de pacientes aquejados de enfermedad coronaria "disfrutan" de "un paseo por la UCI". Paseo que puede ser contemplado desde distintas perspectivas según se atienda preferentemente al proceso fisio-patológico acontecido o a las emociones, sensaciones y experiencias vividas por los protagonistas directos o por su familia. En nuestra UCI el número de pacientes que ingresan por esta patología se mantiene en unas cifras constantes (figura 1).

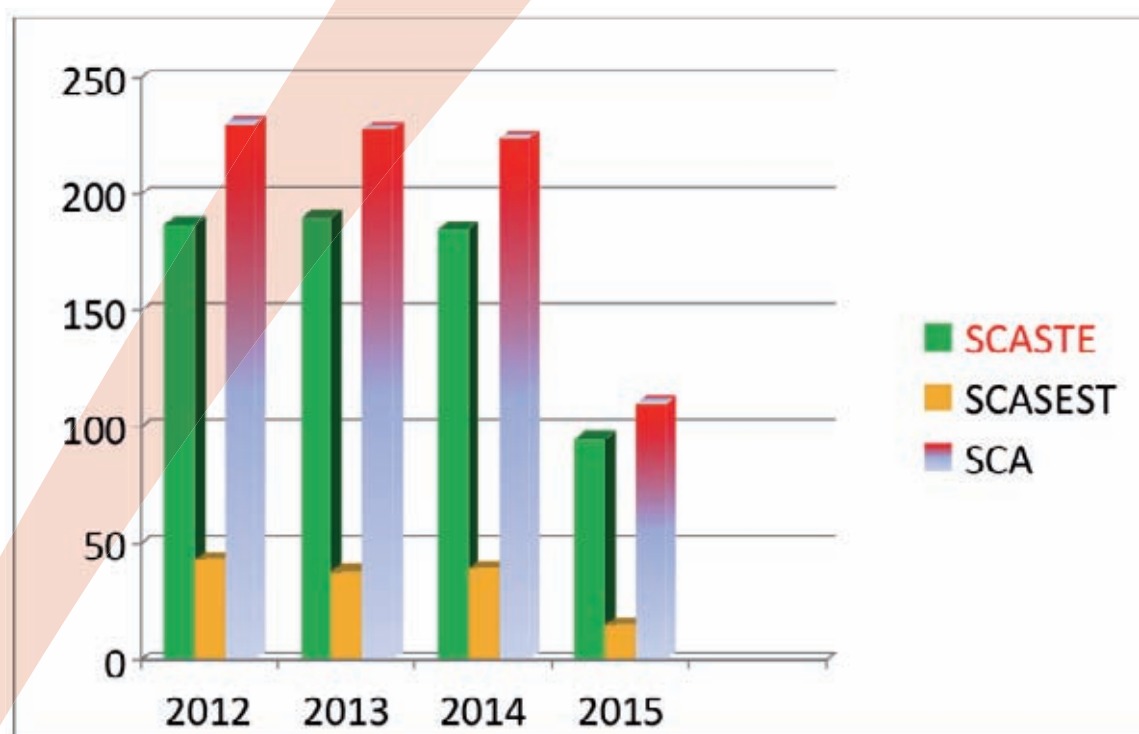


FIGURA 1. Enfermos ingresados por SCA en la UCI del Hospital Reina Sofía de Córdoba.

En Andalucía los Servicios de Medicina Intensiva están integrados en los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU). Son definidos como un servicio central del Hospital, que engloba varias áreas asistenciales integradas, cuyo eje conductor organizativo es la gradación de la asistencia con arreglo a la gravedad del enfermo, la intensidad de los cuidados y bajo un concepto de continuidad asistencial. Ello obliga a que se desarrolle en un ambiente asistencial multidisciplinario y multiprofesional. Esto requiere un trabajo en equipo con el Servicio de Cardiología y sus distintas secciones, con el Servicio de Urgencias, con el Servicio de Rehabilitación en la sección de rehabilitación cardíaca fundamentalmente, con dispositivos de asistencia extrahospitalaria y otros Servicios con los que nos coordinamos según la complejidad y necesidad del paciente. De esto se deriva un importante trabajo en equipo con reuniones de puesta a punto frecuentes y un horario de dedicación que sobrepasa comúnmente al estipulado como asistencial y que no es remunerado, coincidiendo en la valoración del mismo como muy positivo por la gran mayoría de los profesionales que nos comprometemos, ya que en el objetivo de este trabajo esta la mejora asistencial de los pacientes. Como en todo equipo asistencial, el buen funcionamiento dependerá de la adecuada cualificación técnica y de la calidad humana de su personal.



Distintos documentos resaltan el elevado nivel de preparación y capacidad de responsabilidad clínica de los equipos que conforman las unidades especiales de atención a pacientes coronarios en fase aguda debe tener, a fin de resolver con prontitud diversas situaciones extremas con las que se va a enfrentar en su actividad asistencial. Estos profesionales en sus distintos niveles de cualificación deberán poseer conocimientos y habilidades para llevar a cabo la interpretación correcta de las arritmias más comunes y la toma rápida de decisiones frente a situaciones graves, como el inicio de las maniobras de resucitación cardiopulmonar y la aplicación de desfibrilación eléctrica. Se señala, así mismo, como necesaria su capacidad para prestar apoyo psicológico a los enfermos y sus familiares en un periodo de crisis.

La estancia en las unidades de cuidados intensivos suele limitarse a tres días de promedio, durante los cuales pueden presentarse importantes problemas que comprometen la seguridad de los pacientes. Figura 2.

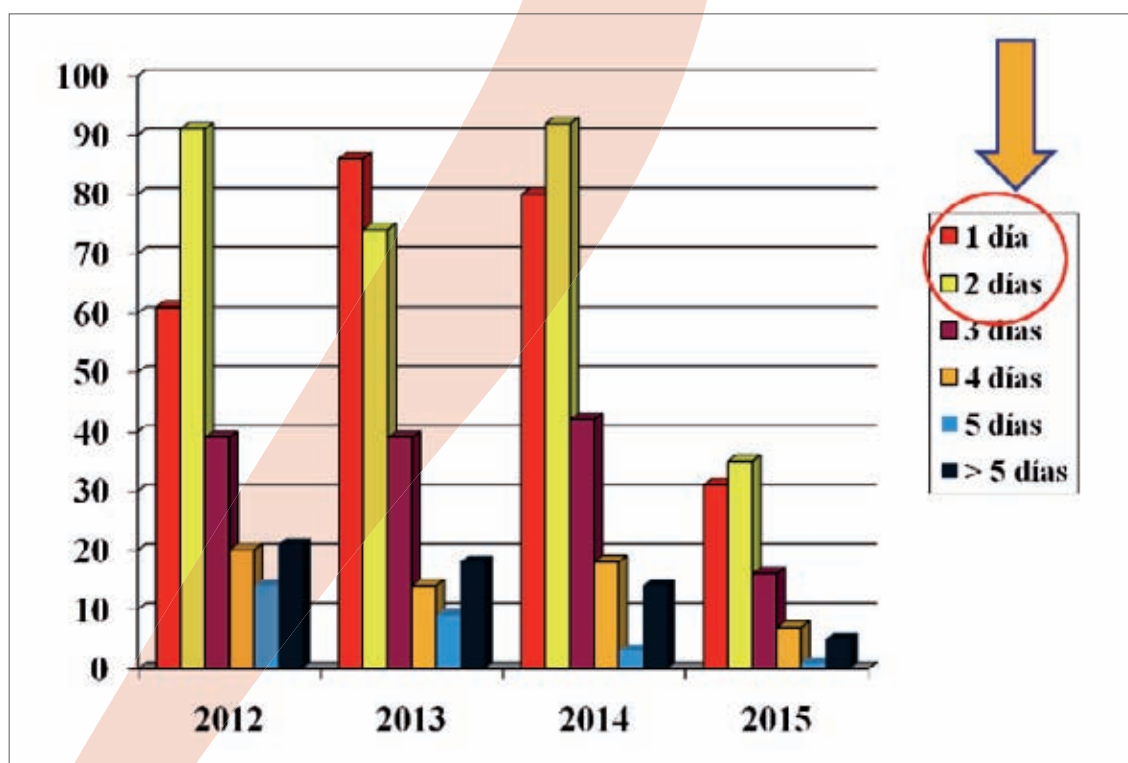


Figura 2. Días de ingreso en UCI de los enfermos con SCA.

El dolor suele ser de las primeras manifestaciones a atender por parte de los profesionales de UCI. Dolor manifestado de diversas formas, que puede presentarse acompañado de sensación de gran ansiedad y síntomas vaso vagales como diaforesis, náuseas, vómitos, etc.

La valoración física, observación y asistencia al dolor forman parte del comienzo del proceso. Paralelamente se irán desarrollando todas las acciones que correspondan, para la subsanación del problema oclusivo que esté originando la

obstrucción de la arteria o arterias correspondientes y la falta de riego de una porción de corazón. Se administrará el tratamiento adecuado o se comenzará con la preparación del paciente si debe someterse a alguna modalidad de intervencionismo coronario en la sala de hemodinámica de cardiología, un cateterismo cardiaco.

Las complicaciones hemodinámicas, el sangrado y las alteraciones periféricas de la perfusión, constituyen la base de la atención sobre estos pacientes, sin olvidar ni dejar de lado las respuestas en forma de dolor e incomodidad, carencias de información, mecanismos de autoayuda y repercusiones de las amenazas percibidas por el enfermo.

Numerosos estudios han puesto de manifiesto que las necesidades de respiración, seguridad, realización, movilidad y aprendizaje se ven alteradas en este tipo de pacientes originando una gran demanda de cuidados. Estos cuidados comunes pueden intensificarse si aparecen complicaciones relativamente frecuentes como las mencionadas anteriormente, así como las respuestas asociadas a las amenazas percibidas, las emociones, las deficiencias en el conocimiento y los riesgos en el mantenimiento de la salud.

La elevada instrumentalización de los cuidados, así como la incorporación de importantes avances tecnológicos en las UCI, favorece una visión reduccionista de los pacientes por parte del personal que lo atiende tanto médicos como de enfermería. Este hecho puede dar lugar a un excesivo énfasis en el control de determinados aspectos más relacionados con la patología propiamente que con las vivencias experimentadas por el paciente que las padece.

Los pacientes que sufren cardiopatía isquémica conviven con frecuencia con mitos y falsas creencias al respecto de su nueva situación que condicionan la vivencia de la propia enfermedad y que pueden verse fomentadas en el contexto de una unidad especial, con normas muy estrictas, sobre todo relacionadas con los regímenes de visitas, y limitaciones en sus movimientos.

Este tipo de unidades han demostrado su efectividad en el tratamiento de este tipo de patología, sobre todo en lo referente a su fase aguda, pero una vez que ha quedado solucionada la parte técnica del problema, cabría preguntarse si ciertas lagunas serían posibles de solucionar abordando otros aspectos más vivenciales del paciente. Es en esta parte en la que nuestro equipo más está trabajando para dar una respuesta mas adecuada y completa a las necesidades lógicas de nuestros pacientes en estos momentos tan delicados. Diversos estudios cualitativos basados en grupos focales y entrevistas en profundidad con pacientes que padecen, o han padecido, alguno de los citados problemas de salud han servido de base para establecer las expectativas de los usuarios en la relación que establecen con el sistema de salud. El análisis de las mismas resulta muy útil para evaluar nuestro servicio sanitario, la calidad de nuestra actividad asistencial y para la planificación de líneas de acción que den respuesta a las demandas planteadas por nuestros usuarios.



Como en todos los ámbitos de la vida, las respuestas adaptativas frente a esta situación de crisis, frecuentemente inesperada, varían según los recursos de afrontamiento de cada persona. Las investigaciones desarrolladas con el objeto de indagar en estas respuestas ponen de manifiesto que los pacientes, en estas unidades, viven una gran cantidad de experiencias negativas, pero aisladas e incluso asumidas como normales, por darse en un contexto muy tecnificado y propicio para la deshumanización de la asistencia. Esto da pie a que, a pesar de esos sentimientos negativos, sus valoraciones generales del paso por la UCI, suelen ser positivas e incluso les inspire sensaciones de mayor seguridad.

Estos fenómenos aparecen de forma distinta según se trate de una primera experiencia de enfermedad coronaria con respecto a aquellos pacientes que ya han padecido situaciones similares previas.

En los pacientes con un primer episodio de SCA se observa una gran variabilidad de respuestas que van desde una completa minimización de los síntomas hasta la percepción de muerte inmediata o invalidez futura. Estas respuestas suelen ser consecuencia de falta de información acerca del proceso en el que se haya inmerso.



En aquellos pacientes que si han tenido experiencias previas de este tipo, sus respuestas se van a ver condicionadas por el hecho de que estas hayan resultado negativas o positivas. En los que han tenido una experiencia negativa las respuestas emocionales giran en torno al temor, la ansiedad, el miedo, etc. suscitado por los recuerdos propios o incluso de muerte de un familiar cercano. Por otro lado, los pacientes cuya experiencia, o la de algún allegado haya resultado positiva, esta unidad les confiere seguridad.

Algunos pacientes con antecedentes plantean dudas sobre la eficacia de los tratamientos que les habían prescrito, tras haber sufrido episodios posteriores, aún habiendo seguido las recomendaciones terapéuticas y tras haber cambiado sus hábitos.

En el momento del ingreso pueden darse situaciones contradictorias. En numerosas ocasiones se mezclan el miedo, el temor, la preocupación, la sensación de gravedad y la vivencia de una muerte cercana. En cambio, otros pacientes describen sensaciones de seguridad, tranquilidad y confianza percibidas por la tecnificación del entorno y los profesionales.

Durante la estancia en la unidad las respuestas se van haciendo más sosegadas y meditadas. Los pacientes cuentan con mucho tiempo para reflexionar y observar lo que ocurre a su alrededor, lo que da pie a que se replanteen muchos aspectos de sus vidas y sus roles, manifestando miedos sobre la capacidad invalidante del proceso y sobre la posibilidad de convertirse en una carga familiar. Junto a un sentimiento de soledad, manifestado con mucha frecuencia, suelen aparecer otros de desánimo, frustración, de injusticia, miedo, de invalidez. Después de las primeras horas de ingreso, ante la ausencia de dolor y la percepción de mejoría, puede observarse, en algunos casos, dudas sobre la importancia del suceso. Ante esta sensación de "superación del problema", el paciente siente mayores necesidades de distracción y de aumentar su comunicación demandando la presencia de sus familiares y solicitando el alta temprana a la habitación.

Durante este periodo pueden expresar aburrimiento pendiente de todos y cada uno de los movimientos. Se convierten en espectadores de todo lo que acontece. Hechos, que los llevan en ocasiones a valorar el trabajo de los allí presentes y otras a acrecentar las sensaciones de miedo e inseguridad influenciadas por algunos comportamientos observados o por el estado crítico de otros vecinos.

El sentimiento de mejoría, transcurrida la fase crítica, propicia estados de ánimo más favorables. Sin embargo, hay aspectos como la aparición súbita e inesperada de la enfermedad que hacen mantener una actitud expectante y de auto vigilancia extrema.

Temas como la muerte, la sexualidad, las limitaciones para el desarrollo de una vida parecida a la que se practicaba con anterioridad, suelen ser omitidos o aplazados para ser tratados en otros momentos.



Durante el proceso en general, tres de las categorías mencionadas, la percepción del dolor, la vivencia de la enfermedad y la información recibida aparecen como piezas clave que pueden y deben ser tratadas por los profesionales de la UCI por las repercusiones que van a tener sobre el resto del proceso de hospitalización y rehabilitación.

A pesar de las lagunas asistenciales comentadas, los pacientes se muestran, por lo general, satisfechos con la atención recibida y perciben por las prioridades generadas sobre ellos y los medios desplegados para su atención, que son considerados en todos los niveles de asistencia crítica como “pacientes prioritarios”. Sin embargo, también manifiestan dudas no resueltas por los profesionales que les atendieron y que ponen de manifiesto la necesidad de abordar la educación sanitaria en las unidades especiales como una prioridad a abordar.

Dres. Gema Alonso Muñoz y Miguel Ángel Chiroso Ríos.
Sección Coronaria de la U.C.I. Hospital U. Reina Sofía. Córdoba.

INFORME MUNDIAL SOBRE LA DISCAPACIDAD

DISCAPACIDAD POR CAUSA CARDIOVASCULAR

La discapacidad forma parte de la condición humana: casi todas las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida, y las que lleguen a la senilidad experimentarán obstáculos crecientes en su funcionalidad..

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), aprobada por las Naciones Unidas en 2006, pretende “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”.

El Informe mundial sobre la discapacidad reúne la mejor información disponible sobre la discapacidad con el fin de mejorar la vida de las personas con discapacidad y facilitar la aplicación de la CDPD. Su propósito es: ofrecer a los gobiernos y la sociedad civil un análisis exhaustivo de la importancia de la discapacidad y de las respuestas proporcionadas, basado en las mejores pruebas disponibles, y recomendar la adopción de medidas de alcance nacional e internacional.

¿QUÉ SABEMOS SOBRE LA DISCAPACIDAD?

El número de personas con discapacidad está creciendo. Esto es debido al envejecimiento de la población -las personas ancianas tienen un mayor riesgo de discapacidad- y al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales.

Se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% de la población mundial. Esta cifra es superior a las estimaciones previas de la Organización Mundial de la Salud, correspondientes a los años 1970, que eran de aproximadamente un 10%. Según la Encuesta Mundial de Salud, cerca de 785 millones de personas (15,6%) mayores de 15 años viven con discapacidad.

Sin embargo, a causa de la interacción entre problemas de salud, factores personales y factores ambientales, existe una enorme variabilidad en la experiencia



de la discapacidad. Aunque la discapacidad se correlaciona con desventaja, no todas las personas discapacitadas tienen las mismas desventajas. Aparte de los obstáculos discapacitantes, las mujeres con discapacidad sufren discriminación de género.

¿CUÁLES SON LOS OBSTÁCULOS DISCAPACITANTES?

El Informe aporta pruebas sustanciales de los obstáculos a que se enfrentan, como los siguientes:

- Políticas y normas insuficientes: La formulación de políticas no siempre tiene en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad, o bien no se hacen cumplir las políticas y normas existentes.
- Actitudes negativas: Las creencias y prejuicios constituyen obstáculos para la educación, el empleo, la atención de salud y la participación social.
- Prestación insuficiente de servicios. Las personas con discapacidad son particularmente vulnerables a las deficiencias que presentan los servicios tales como la atención de salud, la rehabilitación y la asistencia y apoyo.
- Problemas con la prestación de servicios. La mala coordinación de los servicios, la dotación insuficiente de personal y su escasa competencia pueden afectar a la calidad, accesibilidad e idoneidad de los servicios para las personas con discapacidad.
- Financiación insuficiente. Los recursos asignados a poner en práctica políticas y planes son a menudo insuficientes
- Falta de accesibilidad. Muchos edificios (incluidos los lugares públicos) y sistemas de transporte y de información no son accesibles a todas las personas.
- Falta de consulta y participación. Muchas personas con discapacidad están excluidas de la toma de decisiones en cuestiones que afectan directamente a su vida.
- Falta de datos y pruebas. La falta de datos rigurosos y comparables sobre la discapacidad y la falta de pruebas objetivas sobre los programas que funcionan pueden dificultar la comprensión e impedir que se adopten medidas.

¿ CÓMO ABORDAR LOS OBSTÁCULOS A LA ATENCIÓN DE SALUD Y EL PAPEL DE LA REHABILITACIÓN ?

El que los programas de salud pública sean accesibles a las personas con discapacidad permitiría reducir las desigualdades y las necesidades no satis-

fechas en la esfera de la salud. Involucrar a personas discapacitadas como educadores e instructores puede mejorar el conocimiento y las actitudes. La potenciación de las personas con discapacidad para que administren mejor su propia salud a través de cursos autogestionados y mejor información ha resultado eficaz para mejorar los resultados sanitarios y puede reducir los costos de la atención de salud

Se conoce que la rehabilitación es una buena inversión porque genera capacidad humana. Las respuestas en materia de políticas deberían hacer hincapié en las intervenciones tempranas, en las ventajas de la rehabilitación para promover el funcionamiento de las personas con múltiples problemas de salud y en la prestación de servicios lo más cerca posible de donde vive la gente. Integrar la rehabilitación en los centros de atención primaria y secundaria de salud es muy importante para mejorar la disponibilidad. Mejorar el acceso a los medios tecnológicos auxiliares aumenta la autonomía, fomenta la participación y puede reducir los costos de asistencia y apoyo.

DISCAPACIDAD POR CAUSA CARDIOVASCULAR Y REHABILITACIÓN CARDIACA

En España la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular son patologías extremadamente frecuentes, con tasas del orden de 200-300 nuevos casos anuales por cada 100.000 varones y de 50-150 por cada 100.000 mujeres. Estas tasas superan ampliamente la incidencia conjunta de cáncer de colon, recto, pulmón y mama, lo que da una idea de la magnitud de la patología cardiovascular. Suponen igualmente la primera causa de ingreso hospitalario, y generan un número muy importante de enfermos crónicamente discapacitados, fundamentalmente personas de edad avanzada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirmó ya en el año 2002 que el número de fallecimientos y discapacidades debidos a cardiopatías y accidentes cerebrovasculares que juntos ocasionan la muerte de más de 12 millones de personas anualmente en todo el mundo, puede decrecer en más del 50% mediante una combinación de esfuerzos nacionales sencillos y costoeficaces y medidas individuales encaminados a reducir los principales factores de riesgo como la hipertensión, la hipercolesterolemia, la obesidad y el hábito de fumar. Los programas de rehabilitación cardiaca son, pues, una intervención eficaz de prevención secundaria en la enfermedad cardiovascular. Estos programas deben ofrecer un planteamiento multidisciplinario e incluir ejercicio físico, actuación psicológica y control de los factores de riesgo cardiovasculares. Siendo el ejercicio físico la intervención con mayor evidencia científica en la reducción de la morbi-mortalidad de la enfermedad coronaria.

El Hospital Universitario Reina Sofía, los Distritos Sanitarios Córdoba Centro y Guadalquivir y su Unidad de Gestión Clínica Interniveles de Medicina Física y



Rehabilitación están comprometidos con la mejora de la atención a las personas afectas de cualquier discapacidad. El Programa de Rehabilitación Cardíaca que está siendo potenciado y ampliado es una muestra innegable de este compromiso.

Fernando Mayordomo Riera

*Director de la Unidad de Gestión Clínica Interniveles
de Medicina Física y Rehabilitación*



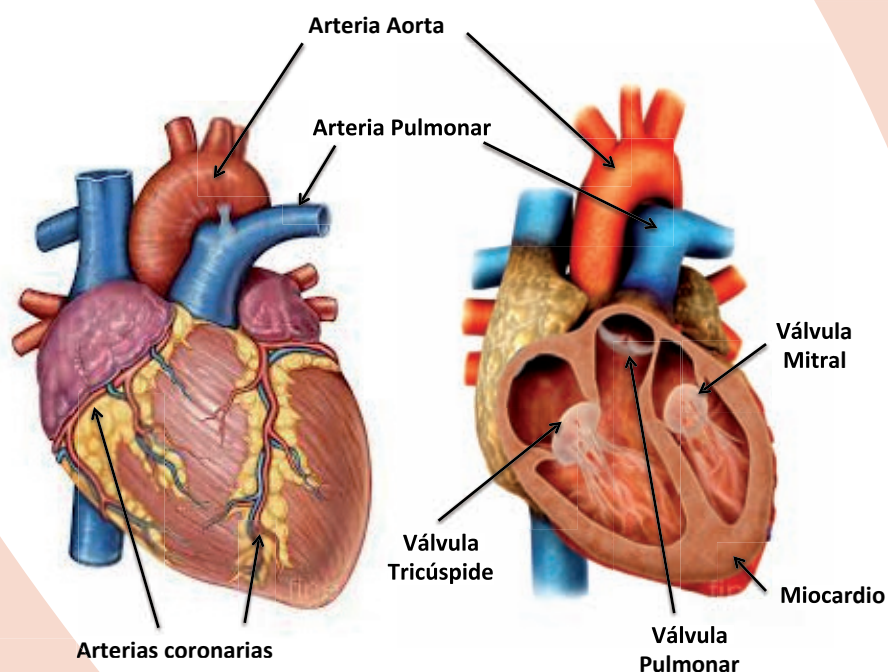
INSUFICIENCIA CARDIACA: "CUANDO EL CORAZÓN FALLA"

¿QUÉ ES EL CORAZÓN?

El corazón es un órgano que funciona como una bomba haciendo que la **sangre** circule continuamente por nuestro **sistema circulatorio** que forman **arterias y venas**. La sangre lleva a todas nuestras células el oxígeno y los **nutrientes** que necesitan para vivir.

En cada latido, el **corazón** expulsa una determinada cantidad de sangre hacia la arteria más gruesa (**aorta**) y por sucesivas ramificaciones que salen de la aorta, la sangre llega a todo el organismo. La **sangre**, cuando ha cedido el oxígeno y los nutrientes (proteínas y azúcar) a las células del organismo, se recoge en las venas que la devuelven nuevamente al corazón.

Así pues, el corazón es un sistema de bomba conectado a los vasos sanguíneos (arterias y venas) que hace circular la sangre en un solo sentido. Para que esto se haga "con normalidad", el corazón necesita de una serie de elementos anatómicos, y cada uno de ellos tiene una función concreta:



- **Miocardio:** son las diferentes células que conforman el músculo cardíaco, cuya función es la de bombear la sangre.
- **Válvulas cardíacas:** Son cuatro (aórtica, pulmonar, mitral y tricúspide) y su función es la de que la sangre fluya en un solo sentido, es decir, que la sangre no retorne a las cavidades cardíacas por las que ya ha pasado.
- **Arterias coronarias:** el corazón, como todos los músculos, necesita para su funcionamiento oxígeno y nutrientes, que obtiene, como el resto del cuerpo, de la sangre. Esta le llega a través de las arterias coronarias que salen de la aorta. Las arterias coronarias recorren la superficie externa del corazón en todo su contorno –formando una especie de corona (de ahí su nombre)– y de ella parten ramas que hacen llegar la sangre a todo el músculo cardíaco.
- **Arteria Aorta:** Es el vaso sanguíneo de mayor calibre de nuestro organismo, y a través de él, en cada latido, el corazón lleva sangre oxigenada a cada uno de los órganos.
- **Pericardio:** es una membrana fibrosa que envuelve al corazón y se prolonga hasta las raíces de los grandes vasos. Su misión es recubrir al corazón, separándolo de estructuras vecinas, para que este no tenga ningún tipo de lesión.

¿QUÉ ES LA INSUFICIENCIA CARDÍACA?

La insuficiencia cardíaca es una enfermedad en la que el corazón no bombea la sangre al organismo como debería. Esto significa que la sangre no puede llevar suficiente oxígeno y nutrientes a los diferentes órganos para que funcione normalmente. Aunque se denomina “insuficiencia” cardíaca, esto no significa que el corazón esté a punto de dejar de funcionar. Quiere decir en cambio que el corazón tiene dificultades para satisfacer las necesidades del organismo (especialmente durante momentos de actividad). Es una enfermedad crónica para la cual no hay curación pero realizando cambios en su forma de vida y tratándola adecuadamente puede conseguir una mejoría importante en su calidad de vida, así como prolongarla.

La insuficiencia cardíaca puede manifestarse a cualquier edad pero su frecuencia aumenta claramente en edades más avanzadas. Alrededor del 1% de las personas menores de 65 años padecen insuficiencia cardíaca, pero el 7% de las personas de 75 a 84 años presentan esta enfermedad, porcentaje que aumenta al 15% en las personas mayores de 85 años. De hecho, la insuficiencia cardíaca es la causa más frecuente de hospitalización en las personas mayores de 65 años.



¿POR QUÉ SE PRODUCE LA INSUFICIENCIA CARDIACA?

Realmente la Insuficiencia Cardiaca no es una única enfermedad, sino que se trata de un síndrome al que se puede llegar por diferentes causas. Las más frecuentes son: la hipertensión arterial y la enfermedad de las arterias coronarias (cardiopatía isquémica):

- Enfermedad de las arterias coronarias (**cardiopatía isquémica**): esto es el estrechamiento de las arterias que riegan el corazón debido a depósito de grasas y daño en su pared. Cuando la obstrucción al paso de la sangre es total se produce el infarto de miocardio, como consecuencia de ello hay una falta de oxígeno y daño en una zona del músculo cardíaco, lo cual va a provocar una dificultad para contraerse y para expulsar sangre de forma adecuada. La enfermedad de las arterias coronarias se asocia íntimamente a los principales factores de riesgo, que son: hiperlipemia (elevación del colesterol), hipertensión arterial (elevación de la presión arterial), tabaquismo, diabetes (azúcar) y obesidad.
- Tensión arterial alta (**hipertensión arterial**): cuando la presión de las arterias del organismo está elevada o mal controlada, el corazón tiene que hacer un esfuerzo mayor para bombear sangre y con el tiempo puede debilitarse.

Otras causas menos comunes que las anteriores, pero frecuentes en la clínica diaria son las siguientes:

- Alteración del músculo cardíaco (**miocardiopatía**): Puede ser ocasionada por abuso de alcohol, drogas o por infecciones víricas. En ocasiones la causa no llega a conocerse.
- Enfermedades de las válvulas cardíacas (**valvulopatías**): ante cualquier defecto en las válvulas cardíacas, el corazón tiene que trabajar con mayor dificultad y a la larga no consigue trabajar de forma eficaz.
- Otros problemas que solos o acompañados pueden llevar a una insuficiencia cardiaca: enfermedades cardíacas de nacimiento (**cardiopatías congénitas**), enfermedades pulmonares o bronquiales avanzadas (**broncopatías**), anemia severa y funcionamiento excesivo del tiroides (**hipertiroidismo**).

En la insuficiencia cardiaca es frecuente que ocurran episodios de descompensación que requieren que el paciente permanezca hospitalizado. Existen una serie de factores (otras enfermedades, hábitos diarios, fármacos...), que pueden desencadenar la aparición de insuficiencia cardíaca, pero si se corrigen pueden mejorar los síntomas. Estos son:

1. Otras enfermedades: fiebre, arritmias, infecciones, anemia, obesidad, insuficiencia respiratoria y renal, hipertiroidismo...
2. Tratamiento con ciertos fármacos: antiinflamatorios (fármacos habituales para el tratamiento del dolor), corticoides (fármacos habituales en el trata-



miento de las enfermedades reumáticas o de la insuficiencia respiratoria), etc.

3. Hábitos dietéticos, como la ingesta excesiva de sal o sobrecarga de líquidos, la falta de actividad física...
4. Sin duda uno de los más importantes, y que más precipitan el desarrollo de un ingreso por insuficiencia cardíaca, es EL ABANDONO DE LA MEDICACIÓN que le ha prescrito su médico.

¿CUÁLES SON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA?

El síntoma principal de la insuficiencia cardíaca es el ahogo o disnea, sobre todo cuando la falta de respiración se va incrementando con la realización de actividades cotidianas. Si este síntoma aparece, y sobre todo si va unido a alguno de los siguientes, tiene que consultar con su médico a la mayor brevedad posible:

- El despertarse durante la noche por falta de respiración y con la necesidad de sentarse para poder respirar, o necesidad de ponerse varias almohadas para dormir cómodamente (sin ahogo), **figura A**.
- Aumento de peso de 3-5 kg en una semana.
- Aumento en la dificultad para dormir con tos seca.
- Disminución de la cantidad de orina o levantarse frecuentemente por la noche para orinar. Durante la noche, al estar tumbado, el líquido de las piernas y tobillos acumulado durante el día, vuelve al flujo sanguíneo y los riñones se encargan de eliminarlos por la orina.
- Mareo o desmayos al realizar esfuerzos.
- Palpitaciones (latidos rápidos y/o irregulares).
- Más agotamiento que lo habitual, con falta de apetito e hinchazón del estómago, **figura B**.
- Inflamación en los tobillos (por retención de líquidos), **figura C**.



¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA INSUFICIENCIA CARDIACA?

Si presenta alguno de los síntomas nombrados anteriormente acuda a su médico. Lo auscultará, mediará la presión arterial y frecuencia cardíaca, medirá su peso y talla, le explorará el abdomen, auscultará su corazón y pulmones... Y serán

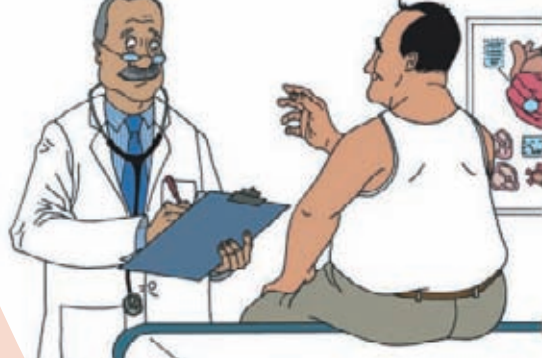
de especial interés en la historia clínica la presencia de factores de riesgo cardiovascular (tabaco, hipertensión, diabetes, obesidad...) y los antecedentes personales o familiares de enfermedades relacionadas con el corazón.

Las pruebas médicas que más interés tienen para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca son:

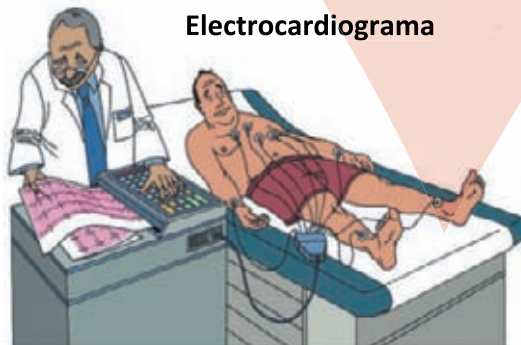
1. **Radiografía de tórax:** puede valorar el tamaño del corazón (si está dilatado o no) y la "cantidad de líquido" que tienen los pulmones.
2. **Electrocardiograma:** registra el ritmo y la actividad eléctrica del corazón.
3. **Ecocardiografía:** es una de las pruebas de mayor interés. Permite conocer el estado del músculo del corazón, las dimensiones y funcionamiento de las cavidades cardíacas, las válvulas cardíacas, etc.
4. **Ergometría o Prueba de esfuerzo:** permite ver la capacidad funcional en cuanto a capacidad física que tiene el paciente.
5. **Cateterismo cardíaco:** en ocasiones es necesario practicar un cateterismo cardíaco para conocer el estado de las válvulas, la presencia o no de enfermedad coronaria, etc... con vistas a plantear un tratamiento definitivo de la enfermedad (implante de "muelles" o valorar la necesidad de una intervención quirúrgica de las válvulas).

EXÁMENES PRACTICADOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA

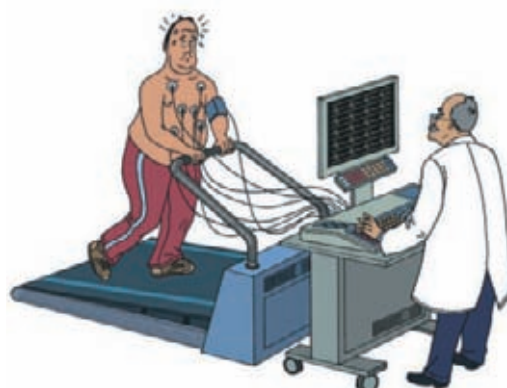
Historia Clínica



Electrocardiograma



Ecocardiograma



Ergometría o Prueba de Esfuerzo



¿TIENE CURA LA INSUFICIENCIA CARDIACA?

La Insuficiencia Cardíaca es una ENFERMEDAD CRÓNICA. Esto quiere decir que se trata de una enfermedad que no tiene un tratamiento curativo, pero podemos controlarla siguiendo cuidadosamente el tratamiento adecuado y modificando los hábitos de dañinos para esta enfermedad. De este modo, se pueden disminuir y mejorar los síntomas, se retrasa la progresión de la enfermedad y por tanto, mejora el pronóstico y nuestra calidad de vida.

Entre las medidas farmacológicas y no farmacológicas para conseguir este adecuado control de la enfermedad, las más importantes son:

1. **Tómese toda la medicación** que le ha prescrito su médico y cardiólogo. Son muchas pastillas, pero cada una tiene su función. Algunos de ellos pueden tener efectos secundarios. No obstante, las ventajas de tomarlos superan a los inconvenientes, y es importante conocerlos:
 - a. Fármacos para evitar la progresión de la enfermedad: ramipril, enalapril, candesartán, losartán...
 - b. Fármacos para controlar la frecuencia cardíaca: bisoprolol, carvedilol, digoxina, ivabradina...
 - c. Fármacos diuréticos (eliminan líquido): furosemida, torasemida, hidroclorotiazida, clortalidona, espironolactona, eplerenona...
 - d. Fármacos para evitar la formación de coágulos o trombos: sintrom, aspirina, clopidogrel, prasugrel, apixabán, dabigatrán, rivaroxabán...
 - e. Fármacos para disminuir el colesterol: estatinas.
2. **Mídase el pulso y tómese la presión arterial periódicamente.** Sentirá más control de su enfermedad. Aprenda a hacerlo usted mismo, y lleve un registro de sus anotaciones para comunicarlo a su médico si hubiese cambios. Hágalo siempre a la misma hora del día, si nota algún síntoma, y en situación de reposo.

Registros de peso, TA, FC

FECHA	MEDIDAS	MAÑANA			TARDE		
		PAS (Máxima)	PAD (Mínima)	Pulso	PAS (Máxima)	PAD (Mínima)	Pulso
	1ª Medida						
	2ª Medida						
	3ª Medida						
	1ª Medida						
	2ª Medida						
	3ª Medida						



3. **Cuide sus hábitos de vida**, especialmente en la realización de ejercicio físico (si la enfermedad está estabilizada) y en el cuidado de su alimentación:

- a. **Debe procurar mantenerse en su peso ideal.** Pésese a diario, a la misma hora (preferiblemente por la mañana) y si hay un cambio de 1 kg al día o 3 kg por semana, consulte a su médico o enfermera de referencia la posibilidad de subir la medicación diurética (para eliminar más líquidos).
- b. **Evite y reduzca los alimentos ricos en grasas:** leche entera, yemas de huevo, carnes rojas grasas, fritos, embutidos...
- c. **Limite el consumo de sodio (sal) en su dieta.** La sal favorece la acumulación de líquidos, lo cual sobrecarga al corazón para realizar su función (tiene que trabajar más, bombeando más veces). Evite el uso de sal en las comidas, y sobre todo, evite comidas que contengan altas cantidades de sal como: embutidos y conservas (alimentos de lata), sopas en sobres, salsas, alimentos precocinados, quesos curados, mantequillas con sal, patatas fritas... En su lugar se puede dar más sabor a las comidas añadiendo ajo, cebolla, pimienta, limón, vinagre...
- d. **Evite tomar bebidas alcohólicas**, el alcohol puede debilitar el músculo cardíaco en pacientes con insuficiencia cardíaca.
- e. **Controle el consumo de líquidos**, aproximadamente a 1,5 - 2 litros al día como máximo (incluye agua, zumos, café, leche...). Es muy importante que anote la cantidad de líquido que toma durante el día para poder controlarlo.

Insuficiencia Cardíaca: Ejercicios



4. Es importante que **realice ejercicio físico**, sin excederse, porque mejora el flujo sanguíneo y reduce la carga de trabajo del corazón.

- a. Realice un programa de entrenamiento ajustado a sus necesidades (**Figura anterior**), asesorado o tutelado por personal especializado. Si tiene posibilidad, póngase en contacto con la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Reina Sofía.
- b. Elija actividades que le diviertan y realice ejercicio acompañado de otras personas.

En definitiva, la Insuficiencia Cardíaca es una enfermedad **CRÓNICA**, que no se cura pero se puede controlar en base a una serie de medidas básicas que te dejamos resumidos en la **Figura 7**.

Mensajes para Recordar

- La insuficiencia cardíaca: paradigma de una enfermedad crónica (“no se cura, pero se controla”).
- Muy importante intentar prevenirla: ajustar peso, control de la hipertensión arterial, colesterol, diabetes mellitus, etc.
- Ejercicio físico controlado: mejora los síntomas y la capacidad funcional.
- Evitar el consumo de Antiinflamatorios y sal (incluidos derivados).
- Muy importante tomarse toda la medicación (muchas pastillas, cada una tiene su función).
- Un buen control de la enfermedad depende de tu médico y equipo de enfermería, pero sobre todo **DEPENDE DE TI**.



José López Aguilera
Cardiólogo Hospital Reina Sofía

UNIDAD DE PREVENCIÓN SECUNDARIA Y REHABILITACIÓN CARDIACA: PRESENTE Y FUTURO

El 23 de febrero de 2016 celebramos nuestro VI aniversario. Ya hace un año que se inauguró la I Jornada de Prevención Cardiovascular y se editó el primer número de esta revista. En esta jornada de convivencia se hizo una puesta al día de la prevención de las enfermedades cardiovasculares promocionando los hábitos de vida cardiosaludables.

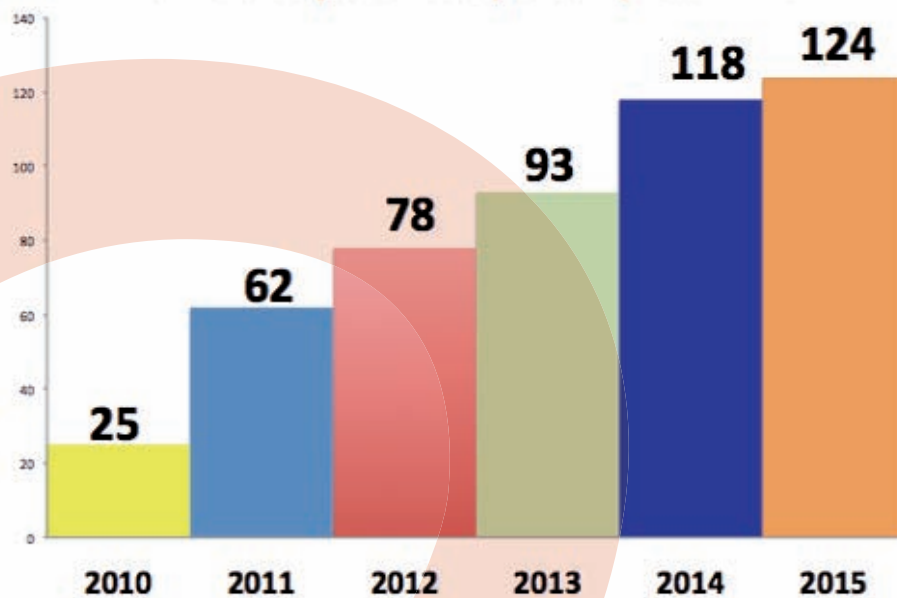


Iª Jornada de prevención cardiovascular 23-02-2015.

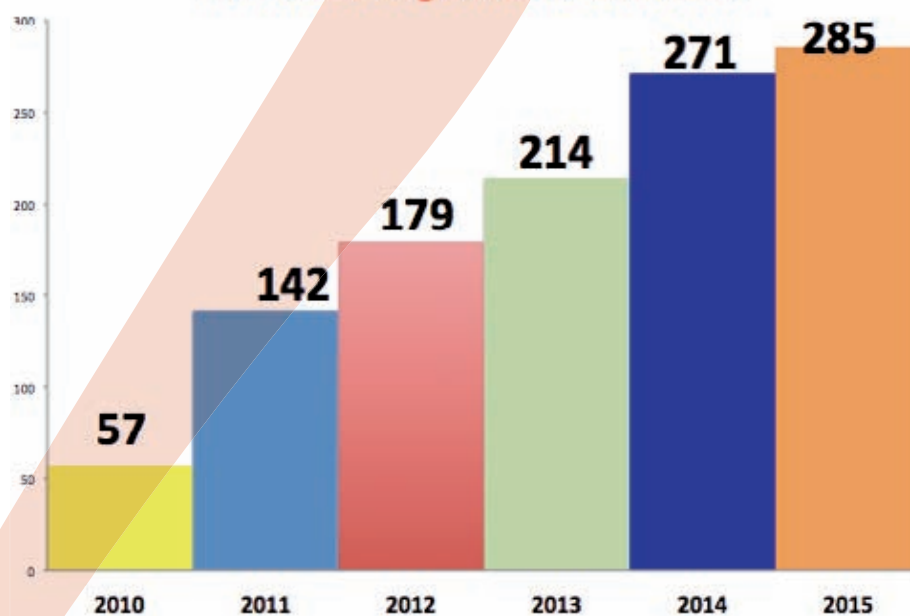
La Unidad de rehabilitación cardiaca (URC), en su corta pero intensa trayectoria se encuentra en un constante desarrollo.



Número de pacientes que completan RHC



Número de ergometrías realizadas



En estos 6 años la URC ha llegado a su máximo crecimiento físico. Disponemos de 6 puestos de entrenamiento físico (5 cicloergómetros y un tapiz rodante) por lo que a lo sumo sólo podemos entrenar entre 20- 25 pacientes cada dos meses. Además los grupos son cerrados, es decir comienzan y terminan cada dos meses sin posibilidad de incluir a ningún paciente durante este periodo.

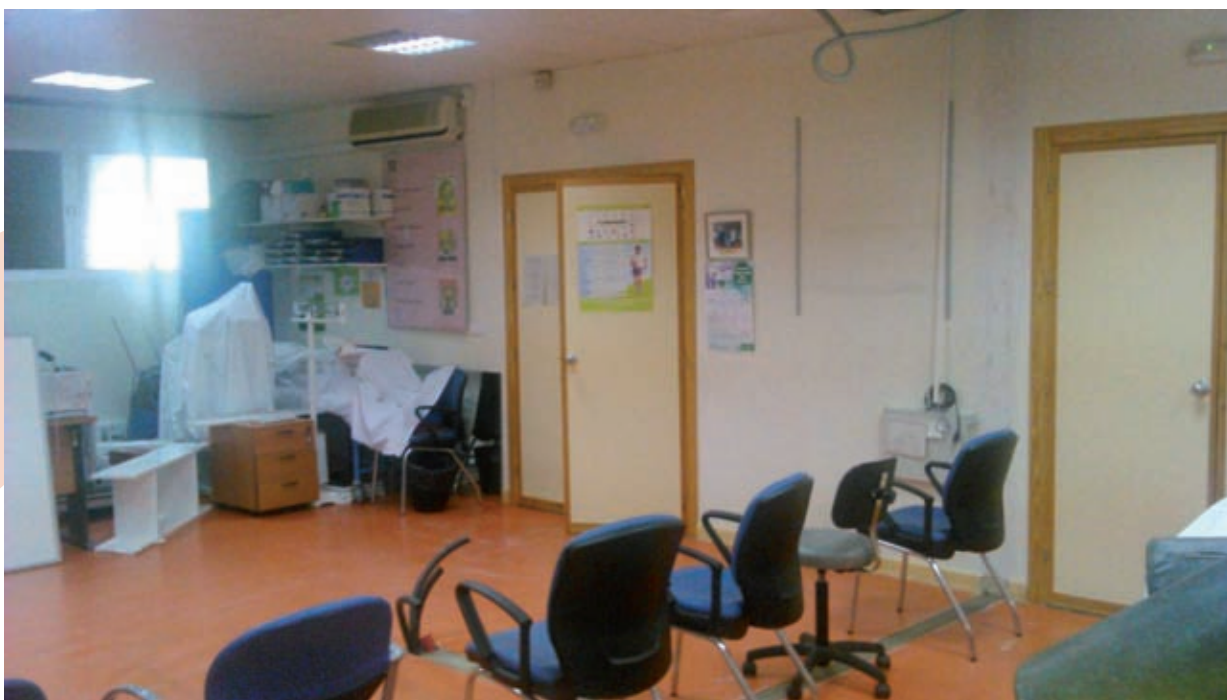


Aumentando la lista de espera para la valoración médica (4 meses) y para el comienzo del programa (6 meses).

Para solucionar estos problemas en Agosto del 2015, aprovechando el periodo vacacional, comienzan las obras de ampliación de la URC. Ardua y laboriosa tarea, que tras sufrir muchos avatares termina en Septiembre. El 15 de este mes de Septiembre comienza el grupo XXVIII en la nueva sala de Rehabilitación Cardíaca.



Ampliación de la sala de entrenamiento. Agosto 2015

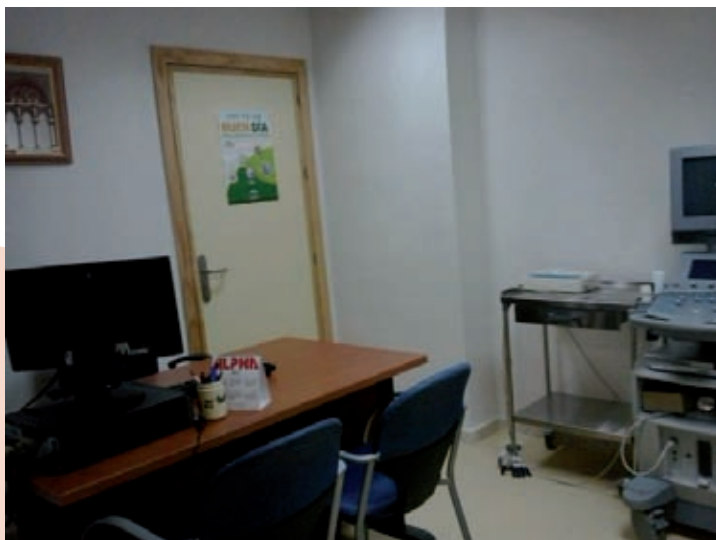
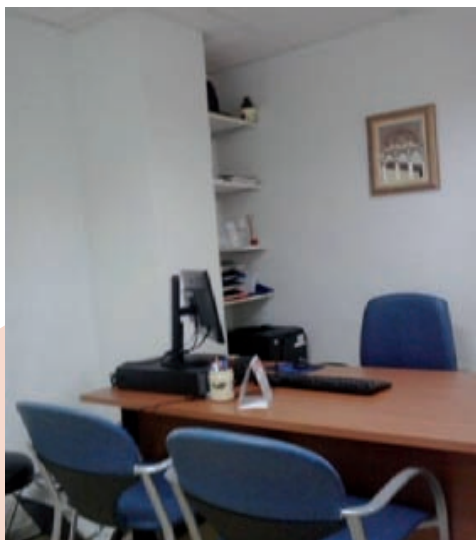


Sala de Rehabilitación Cardíaca en obras, las sillas dividen los espacios.

Además se han creado dos nuevas consultas de Rehabilitación Cardíaca (RHC) una para cardiología preventiva donde el cardiólogo hace la selección de los pacientes y las pruebas complementarias (ecocardiografía , ergometría) y otra de RHC donde el médico rehabilitador valora la discapacidad y planifica el entrenamiento de los pacientes. Estas consultas son también utilizadas por la psicóloga y la trabajadora social para la valoración individual de los pacientes. El disponer de un espacio propio de consultas facilita la labor asistencial del equipo de RHC.



Consulta de cardiología preventiva



Consulta de Rehabilitación Cardíaca



Nueva sala de entrenamiento de RHC. Con espacio para la nueva maquinaria.



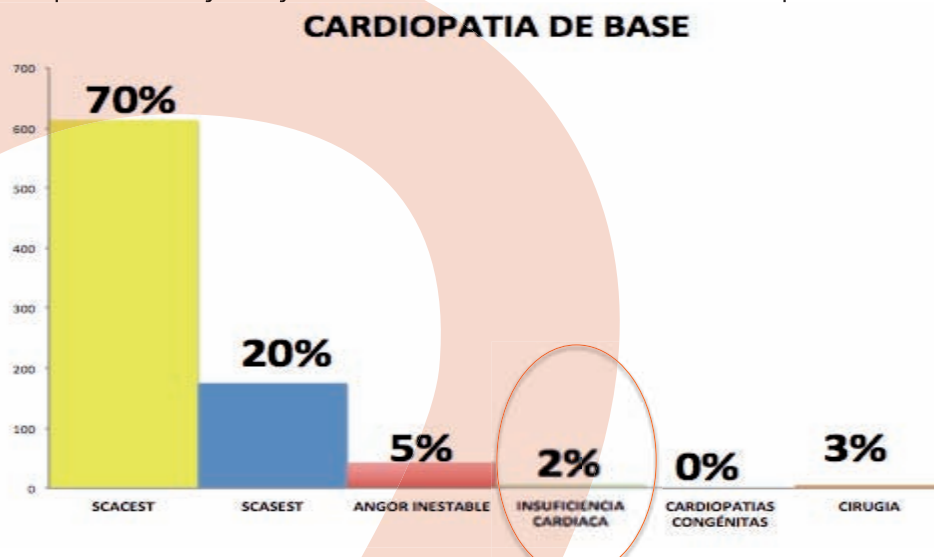
Entrenamiento en la nueva sala de RHC.

Esta ampliación permitirá que se dupliquen los puestos de entrenamiento físico pasando de 5 bicicletas y 1 cinta a 9 bicicletas y 3 cintas rodantes. El disponer de más maquinaria facilitará que se beneficien del PRC un mayor número de pacientes, creando grupos de entrenamiento abiertos, más fluidos y disminuyendo la lista de espera.



En la actualidad la cardiopatía de base del PRC es la cardiopatía isquémica, atendiendo sólo al 2% de las Insuficiencias cardíacas.

La insuficiencia cardíaca es una patología muy prevalente que genera mucha discapacidad. Los estudios científicos demuestran que la RHC disminuye los ingresos hospitalarios y mejora la calidad de vida de estos pacientes. Por tanto



es un objetivo inmediato de nuestra URC la apertura del PRC a la insuficiencia cardíaca. Las sociedades científicas avalan el uso de ergometrías con consumo de oxígeno para la valoración de pacientes con esta patología. Actualmente no disponemos de esta herramienta de trabajo, pero la vamos a adquirir próximamente. De esta forma entrenaríamos a los pacientes con insuficiencia cardíaca de forma eficaz y segura.

En este nuevo año que acaba de comenzar nos proponemos:

1. Incrementar el número de pacientes en el PRC.
2. Disminuir las listas de espera.
3. Incorporar la insuficiencia cardíaca en el PRC.
4. Utilizar la ergometría con consumo de oxígeno.

Presente y futuro se funden en la URC para lograr una mejora continua.

Unidad de Rehabilitación cardíaca HURS.

Dra. A. Heredia (médico rehabilitador)

Dr. J. López (cardiólogo).

Dña. M. Ramos (enfermera).

D. R. Jiménez (fisioterapeuta).



DETERMINACIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL EN LA REHABILITACIÓN CARDIACA

La enfermedad cardiovascular es el principal problema de salud en Europa y el resto del mundo, suponiendo la primera causa de mortalidad y de gasto sanitario. Representan la tercera causa de muerte entre los 15 y 44 años de edad y la primera a partir de los 45 años en la población laboral, siendo además una de las causas más frecuentes de incapacidad laboral ^{1,2}. En España se registran cada año 23.000 bajas laborales por enfermedad cardiovascular, siendo la causa más frecuente de incapacidad temporal tras la lumbalgia y la depresión, siendo también responsable de un elevado número de incapacidades permanentes, y generando por tanto un importante gasto económico ³.

La Constitución Española de 1978, en su artículo 41, establece que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes en casos de necesidad, fijando las bases para la conformación del sistema español. El Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social de 1994 es la norma que recoge todas las disposiciones en materia de Seguridad Social de nuestro ordenamiento jurídico actual.

Entre las prestaciones económicas del sistema contributivo, se encuentra la prestación por incapacidad laboral (IL) entendida como “la situación en la que el trabajador no puede realizar sus tareas debido a la existencia de una enfermedad o lesión”, pudiendo ser esta situación transitoria (incapacidad temporal) o permanente (incapacidad permanente). El INSS tiene la competencia para evaluar, revisar y calificar las situaciones de incapacidad y reconocer el derecho a las prestaciones económicas contributivas de la Seguridad Social por incapacidad laboral, en sus distintas modalidades.

TIPOS DE INCAPACIDAD LABORAL

Incapacidad Temporal

La incapacidad temporal se define como la situación del trabajador que debido a enfermedad o accidente, se encuentra imposibilitado para el trabajo y recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social. El parte médico de baja laboral es el único documento oficial que justifica un proceso de incapacidad temporal y será expedido por el médico de Atención Primaria del Servicio Público de Salud

que haya realizado el reconocimiento médico o por los servicios médicos de la Mutuas de Accidentes de Trabajo, cuando la causa de la baja médica sea debida a un accidente de trabajo o enfermedad profesional el trabajador preste sus servicios con una empresa que tiene concertado la protección de las contingencias con una Mutua.

Las principales características de la Incapacidad Temporal son:

- a. Duración: el periodo máximo de duración de la incapacidad temporal será de 365 días, prorrogables por otros 180 días cuando se presuma que durante ellos pueda el trabajador ser dado de alta por curación o mejoría. Agotado el plazo de 365 días, el INSS o Instituto Social de la Marina (ISM) serán los únicos competentes para reconocer la situación de prórroga, determinar el inicio de incapacidad permanente o determinar el alta médica.
- b. Acceso: tienen derecho a la prestación por incapacidad temporal los trabajadores integrados en cualquier régimen de la Seguridad Social que se encuentren en la situación clínico-laboral referida en el concepto de incapacidad temporal y que además cumplan 2 requisitos: estar afiliado y en alta y acreditar un periodo mínimo de cotización de 180 días en los cinco años inmediatamente anteriores al momento del hecho causante (fecha de la baja médica), salvo supuesto de accidente laboral o enfermedad profesional, en el que no se exige ningún periodo previo de cotización.
- c. Contenido: La prestación por incapacidad temporal tiene por objeto restablecer la salud del trabajador, por lo que tienen derecho a recibir asistencia sanitaria y farmacéutica y además puede generar un subsidio económico que sustituye parcialmente las rentas de trabajo que dejan de percibirse.
- d. Finalización: puede producirse por las siguientes causas: finalización del plazo máximo establecido para la situación de IT, por ser dado de alta médica el trabajador, con o sin propuesta de incapacidad permanente, por haberle sido reconocido al beneficiario el derecho a percibir pensión de jubilación, por la incomparecencia injustificada a cualquiera de las convocatorias para los exámenes y reconocimientos establecidos por los médicos Inspectores del INSS o por los médicos de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) o por fallecimiento.

El derecho al subsidio por IT se extinguirá por:

- Por el transcurso del plazo máximo de 545 días naturales desde la baja médica.
- Por alta médica por curación o mejoría que permita al trabajador realizar su trabajo habitual.
- Por ser dado de alta el trabajador, con o sin declaración de incapacidad permanente.



- Por el reconocimiento de la pensión de jubilación.
- Por la incomparecencia injustificada del beneficiario a cualquiera de las convocatorias para los exámenes y reconocimientos establecidos por los médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social o a la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social.
- Por fallecimiento.

Incapacidad Permanente

La incapacidad permanente se define como la situación del trabajador que después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales, graves y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral.

Se califica en cuatro grados en función de la merma en su capacidad laboral y la posibilidad de realización de las labores fundamentales de su trabajo habitual:

- a) Incapacidad permanente parcial: merma superior al 33% que no le impide realizar las labores fundamentales. Si el trabajador cuenta con los requisitos previos, da derecho a una indemnización a tanto alzada cuya cuantía es igual a 24 mensualidades de la base reguladora necesaria para el subsidio de IT.
- b) Incapacidad permanente total: incapacitado para las tareas fundamentales de su profesión habitual, siempre que se pueda dedicar a otra distinta.
Da derecho a percibir una pensión cuya cuantía es del 55 % de la base reguladora. Para mayores de 55 años se puede incrementar en un 20 % más por su falta de preparación general o especializada y circunstancias sociales y laborales del lugar de residencia, se presume la dificultad de obtener empleo en actividad distinta de la habitual
- c) Incapacidad permanente absoluta: imposibilidad de realizar cualquier trabajo o profesión. Podrá percibir una prestación igual al 100 % de la base reguladora
- d) Gran invalidez: además de no poder realizar cualquier trabajo, tampoco puede realizar la mayor parte de las actividades de la vida diaria, necesitando de ayuda de un cuidador.

En este caso pasará a percibir junto con la pensión correspondiente un complemento nunca inferior al 45 % de la pensión percibida.

El INSS es el organismo que asume la gestión de la incapacidad permanente en todos sus trámites, y el órgano multidisciplinar integrado en el INSS y encargado de emitir los dictámenes son los Equipos de Valoración de las Incapacidades Laborales del Ministerio de Empleo y Seguridad Social (EVLIS), las cuales tienen adscritas las unidades médicas de valoración, constituidas por médicos inspec-



res. El procedimiento para el reconocimiento de las prestaciones de incapacidad laboral permanente lo puede iniciar de oficio la dirección provincial del INSS, por propia iniciativa, por extinción de la situación de incapacidad temporal, por petición de la inspección de trabajo o por petición del servicio público de salud, pero también lo puede iniciar el propio paciente mediante los modelos normalizados y las entidades colaboradoras como mutuas del trabajo, aunque en este caso solo para las contingencias profesionales.

Los grados de Incapacidad Permanente siempre son revisables, pudiendo realizarse su revisión si las circunstancias de la enfermedad han variado en tanto el incapacitado no haya cumplido la edad establecida para acceder a la pensión de jubilación, por algunas de las siguientes causas: agravación o mejoría de las lesiones que produjeron el estado de invalidez o por error diagnóstico.

VALORACIÓN MÉDICA DE LA INCAPACIDAD LABORAL EN EL CARDIOPATA

La valoración de la capacidad laboral de un trabajador requiere objetivar las limitaciones orgánicas y/o funcionales que una lesión o enfermedad haya originado en el trabajador, pero también resulta imprescindible conocer las competencias y tareas realizadas por el trabajador y los requerimientos del puesto de trabajo, para poder determinar si las limitaciones permiten o impiden al trabajador desarrollar la actividad laboral. En la valoración de la incapacidad, cada individuo es un caso único que va a requerir un tratamiento interpretativo único. Establecer si un trabajador que presenta una determinada enfermedad o patología, puede seguir desempeñando su trabajo, depende de tres factores: el propio trabajador (la actitud que muestra), el puesto de trabajo (requerimientos específicos del mismo) y la enfermedad o lesión (capacidad física y/o psíquica que le queda al trabajador tras el menoscabo provocado por la enfermedad). Por tanto, a la hora de valorar la existencia de una situación de incapacidad laboral, lo determinante es poner en relación la situación funcional del trabajador, con las exigencias o requerimientos propios de su actividad laboral.

VALORACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO

Una misma profesión y un mismo puesto de trabajo tienen condiciones diferentes según que se realicen desde el autoempleo, desde la administración, en el marco de una empresa grande o pequeña, o en condiciones contractuales fijas o provisionales. También es frecuente la variación en la actividad a lo largo de la vida laboral de la persona.

Teniendo en cuenta esta gran variabilidad, para poder establecer unos requerimientos del puesto de trabajo necesitamos de herramientas que estandaricen cada puesto de trabajo. Para facilitar ésta tarea, en 2007 se constituyó un grupo de trabajo en la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del



INSS, formado por médicos inspectores del INSS y especialistas en Medicina del Trabajo. Dicho grupo elaboró una Guía de Valoración Profesional 6 y también definió un sistema de clasificación por grupos profesionales para identificar todas las ocupaciones que comparten niveles altos de exigencia en determinados requerimientos considerados básicos para el desarrollo de la actividad laboral.

Dicha guía de valoración elabora un sistema de clasificación en fichas, basado en la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO). Dado el volumen tan grande de ocupaciones diferentes en la CNO-94, se decidió en la Guía de Valoración Profesional comenzar la elaboración de las fichas por las profesiones más frecuentes en nuestro entorno laboral y la primera edición contaba con las fichas profesionales de las 150 ocupaciones más frecuentes.

En octubre de 2012, se publica una nueva edición ampliando el número de fichas a 269 ocupaciones diferentes, y finalmente en el año 2014 se ha publicado la última guía en la que el número de fichas asciende a 502, incluyendo la totalidad de las ocupaciones de la CNO-11.

Dichas fichas ocupacionales aportan a los médicos encargados de la valoración de la capacidad laboral una información valiosa que se divide en tres bloques:

1. Información relativa a las competencias y tareas de las profesiones más frecuentes

Existen algunas profesiones en las que se necesita disponer de algún certificado de aptitud o permiso específico que contemple aspectos sobre la capacidad física y psíquica y estado de salud de los trabajadores, para poder ser ejercidas en España. Existe una legislación que establece unos requerimientos obligatorios que deben cumplir los trabajadores en los siguientes supuestos:

- Permiso de conducir
- Licencia para uso de armas
- Permisos de embarque marítimo:
- Licencia de controlador de tránsito aéreo
- Personal de vuelo de la aviación civil:
- Personal de seguridad en la circulación ferroviaria
- Bombero y policía local y autonómico.

2. Identificación de los requerimientos profesionales

Los requerimientos profesionales son las aptitudes psicofísicas que debe poseer un trabajador para realizar una profesión determinada. Los requerimientos analizados son la carga física, carga biomecánica, manejo de cargas, trabajo de precisión, sedestación, bipedestación, marcha por terreno irregular, carga men-



tal, de pendencia, visión, audición, voz, olfato o gusto y sensibilidad. Para cada requerimiento se define un nivel de intensidad o exigencia diferente en función de las características del trabajo a realizar.

Para cada uno de los requerimientos profesionales se establecen cuatro grados de intensidad o exigencia. Carga física: la carga física es la suma de los esfuerzos musculares que se precisan para el desarrollo del trabajo y cuyo límite vendría impuesto no por el trabajo muscular, sino por el sistema cardiovascular. Su valoración se realiza con una estimación del consumo energético o consumo de oxígeno derivado de las tareas de la categoría profesional o del puesto de trabajo.

La forma de objetivar el consumo energético es la realización de la ergometría convencional mediante el protocolo de Bruce modificado, con consideración del trabajo mantenido en la jornada laboral de 8 horas, expresado en equivalentes metabólicos (METS).

En el paciente con cardiopatía, otro requerimiento importante a analizar además de la carga física es el manejo de cargas, en el que se analiza el peso de la carga y el porcentaje de la jornada laboral que exige el manejo de la misma.

3. Información sobre los posibles riesgo derivados de la actividad laboral y las circunstancias específicas del ambiente de trabajo que puedan incidir en la capacidad laboral de los trabajadores

Son aquellos factores presentes en los puestos de trabajo que no dependen de las características propias del trabajador sino de circunstancias externas al mismo, pero que pueden influir en el desarrollo de la actividad laboral.

Se distinguen tres situaciones, los riesgos derivados del ambiente laboral (ruido, polvo, radiaciones, exposición a agentes biológicos...), los riesgos derivados del material o herramientas del trabajo y las circunstancias específicas del medio laboral.

VALORACIÓN DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN DEL TRABAJADOR

Una vez que conocemos los requerimientos específicos de cada puesto de trabajo, que están recogidos en las fichas ocupacionales, tendremos que objetivar las limitaciones orgánicas y/o funcionales que una lesión o enfermedad haya dejado en el trabajador.

Para simplificar la valoración funcional del paciente se han diseñado unos protocolos de valoración funcional del paciente que permiten establecer de forma objetiva las limitaciones y determinar el grado de incapacidad. Los protocolos se basan en las tablas de la Asociación Médica Americana ⁸, que son las guías utilizadas como patrón de referencia a la hora de valorar la incapacidad laboral. Tras aplicar el protocolo de valoración funcional del paciente, obtendremos un grado de limitación funcional del paciente.

Valoración funcional del paciente cardíopata

Con el objetivo de realizar una valoración de la capacidad laboral del paciente, hay que tener en cuenta que la patología cardíaca debe ser evaluada cuando sea clínicamente estable. La evaluación de los pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo es compleja ya que además del puesto de trabajo, va a depender del grado de afectación funcional del paciente y de su pronóstico (determinado por la función cardíaca, la extensión de la enfermedad coronaria, la posible isquemia residual y el riesgo de arritmia). Además de la historia clínica y la exploración física, hay una serie de exploraciones complementarias que nos van a ser de gran utilidad a la hora de la valoración funcional.

Pruebas Complementarias necesarias en la valoración funcional del paciente

- **Ecocardiograma:**

Permite determinar las dimensiones de las cámaras y el grosor de las paredes ventriculares, la función ventricular o fracción de eyección (FEVI) y de la función diastólica

- **Ergometría:**

Es la prueba más útil para la valoración de la capacidad laboral. Lo que nos interesa conocer es si el paciente podrá incorporarse a su puesto de trabajo. Tomamos como referencia la capacidad funcional obtenida en la ergometría

Factores que influyen sobre pronóstico y la capacidad funcional del paciente:

1. La funcionalidad cardíaca:

- Función ventricular: evaluada generalmente mediante ecocardiografía
- Capacidad funcional: medida por la prueba de esfuerzo y expresada en METS.

2. La extensión de la enfermedad coronaria:

Para evaluarla podemos utilizar el ecocardiograma o TAC coronario para evaluar la presencia y extensión de lesiones coronarias.

3. La isquemia residual y su magnitud:

Para evaluar la presencia de isquemia residual se utilizan pruebas de esfuerzo.

4. Posibilidades de revascularización y resultados obtenidos:

Posibilidades de revascularización percutánea o quirúrgica o presencia de lesiones severas no revascularizables.

Teniendo en cuenta todos estos factores y los resultados de las pruebas realizadas, se puede establecer el grado funcional del paciente y su capacidad laboral. Además, hay que tener en cuenta que en el paciente cardíopata las jornadas de trabajo deben de ser de un máximo de 8 horas, no siendo recomendables los



cambios de turno, en especial los nocturnos, ya que estas variaciones de horarios obligan a realizar ajustes a diferentes niveles (físicos y mentales) que pueden interferir en el tratamiento o toma de medicación.

Plazos aproximados para la reincorporación laboral

- **Cardiopatía Isquémica:** tras estabilización, tras angioplastia coronaria es posible la reincorporación laboral precoz, excepto profesiones de riesgo. Tras cirugía coronaria el plazo son de 3 a 4 meses y post trasplante cardiaco 6 a 12 meses. No están aconsejados los trabajos que requieran esfuerzos isométricos o violentos, exposición prolongada al frío, horarios largos o nocturnos o trabajos con gran estrés o responsabilidad o seguridad sobre terceros.
- **Valvulopatías:** tras una valvuloplastia es posible una reincorporación laboral precoz (2-4 semanas), pero tras sustitución valvular hay que esperar de 3 a 6 meses tras la cirugía. En los casos que necesitan tratamiento anticoagulante, se desaconsejan las tareas con peligro de corte o de golpes.

PAPEL DE LA REHABILITACIÓN CARDIACA

En las principales guías europeas de cardiopatía isquémica y de prevención secundaria, se recomiendan programas de rehabilitación cardiaca y prevención secundaria en pacientes de moderado-alto riesgo o en aquellos con múltiples factores de riesgo.

Una de las consecuencias más notables de los avances que se han experimentado en el tratamiento integral de los pacientes que sufren un síndrome coronario agudo, es que se consigue la recuperación de la capacidad funcional en la mayoría de los pacientes, así como mejora la percepción del control emocional, de la capacidad física y de la capacidad para volver al trabajo del paciente, lo que conlleva la posibilidad de reincorporación laboral en la mayoría de los casos. La tasa de reincorporación laboral se ha incrementado de forma progresiva en la última década, en todas las ocupaciones y tramos de edad, paralelo a la implantación de los avances terapéuticos, entre ellos a la rehabilitación cardiaca.

Como hemos visto uno de los aspectos más importantes a la hora de determinar la capacidad funcional del paciente y sus posibilidades de reincorporación laboral es la capacidad funcional determinada mediante una prueba de esfuerzo, existiendo diferentes grados funcionales en función de los METS alcanzados. La rehabilitación cardiaca, además de mejorar el pronóstico del paciente, también incrementa su capacidad funcional.



Dra . Ángela Heredia . Médico Rehabilitador .

Dña. Marisol García. Trabajadora Social.

Unidad de Rehabilitación Cardíaca HURS (Córdoba).

BIBLIOGRAFÍA

1. BERTOMEU V, CASTILLO-CASTILLO J. *Situación de la enfermedad cardiovascular en España. Del riesgo a la enfermedad.* Rev Esp Cardiol. 2008;2-9.
2. BRIFFA TG, HOBBS MS, TONKIN A, SANFILIPPO FM, HICKLING S, RIDOUT SC, ET AL. *Population trends of recurrent coronaryheart disease event rates remain high.* Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2011;1:107-13.
3. GARCÍA RUIZ P, PÉREZ LEAL I, DE LA FUENTE MADERA JL, FERICHE LINARES R ET AL. *Jornadas de actualización para médicos inspectores del Instituto Nacional de la Seguridad Social 2012-2013.* NIPO: 271-14-057-X
4. *Guía de valoración profesional 2014.* Instituto Nacional de la Seguridad Social.



TALLER DE PACIENTES- FAMILIARES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

TERCERA EDICIÓN

Un grupo de enfermeras de la Unidad de Cardiología del Hospital Reina Sofía imparte un taller de pacientes - familiares con insuficiencia cardíaca. Esta actividad se inició para ayudar a quienes ya conviven con la enfermedad, proporcionándoles información sobre su patología, despejando dudas y educándolos en hábitos de vida saludable.

Estos talleres se siguen organizando para grupos reducidos de 20-25 personas con la finalidad de motivar su participación y poder ofrecerles una atención más personalizada. Se les pasa una encuesta de satisfacción después de finalizar el taller para comprobar el grado de beneficio que han obtenido.

Los pacientes que asisten a estas charlas de formación, llegan desde diferentes puntos de la provincia de Córdoba y son personas que han pasado por nuestro servicio ya sea a través de consultas externas, rehabilitación cardíaca o la unidad de hospitalización.

El taller se inicia con una explicación sobre la anatomía y fisiología cardíaca para centrarnos después en la definición de la insuficiencia cardíaca, causas que la provocan, síntomas, características, diagnóstico y tratamiento. Los pacientes han de saber que se trata de una enfermedad crónica que se puede controlar con el tratamiento adecuado y con los hábitos de vida correctos.



La segunda parte del taller se basa en las recomendaciones sobre la vida sana centradas en la alimentación y el ejercicio moderado, así como el control de la enfermedad y el auto cuidado del paciente en colaboración con la familia.

Este año hemos reforzado los aspectos psicológicos de la enfermedad, contando con la presencia de una enfermera de la unidad, especializada en psicología, la cual da una charla destacando como afectan dichos aspectos psicológicos en la insuficiencia cardíaca, haciendo hincapié en tratamiento psicológico y no sólo en el médico. Así mismo, otra enfermera del hospital, especializada en sexología les habla de su salud sexual.

A diferencia del año pasado, todas las charlas se realizan en una única sesión para comodidad del paciente ya que en otros años ha supuesto una dificultad para los pacientes de otras localidades, el tener que asistir dos días al acto.

Durante el taller, los pacientes reciben un folleto informativo que resume lo más destacado de la clase que a su vez podrán repasar y consultar en casa para despejar cualquier interrogante. Además en este documento figura un teléfono de contacto al que pueden llamar para despejar dudas.



El grupo de enfermeras nos mostramos muy satisfechas con los resultados logrados hasta el momento, pues tanto enfermos como familiares reconocen que el taller les resulta de gran utilidad a la hora de plantear cuestiones que no se habían atrevido durante su episodio de hospitalización o en su revisión con el especialista en consulta externas.

Es más, uno de los objetivos de esta actividad pasa por conocer si con esta formación se puede reducir el número de ingresos de los pacientes que ya han aprendido a manejar su enfermedad.

**Antonia Cepas Sosa, Ana Belén Muñoz Villarreal, Francisca Herruzo Baltanás,
Felisa Arroyo Morón, Rafaela Simoni Pedrera y Marina Sánchez Moyano.**

Enfermeras de la Unidad de Hospitalización de Cardiología.

M^a Luisa Luque Serrano y M^a del Rosario Roldán López.

*Supervisoras de la Unidad de Cardiología.
H.U REINA SOFÍA DE CÓRDOBA.*

ESTUDIO CORDIOPREV

Las enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular) son la principal causa de muerte tanto en España como en el resto del mundo. La prevalencia de estas enfermedades, lejos de disminuir, continúa creciendo, en gran parte debido a la gran influencia que tiene en su aparición el estilo de vida inadecuado, destacando la mala alimentación, el sedentarismo o el tabaco.



Es importante sin duda alguna, la necesidad de reforzar el concepto de la dieta sana, la cual no tiene por qué ser una dieta aburrida, sino que implica aprender a comer de un modo más saludable, utilizando un aceite de calidad como es el aceite de oliva como principal grasa en la dieta, en lugar de mantequilla o manteca, así como la disminución en la ingesta de carnes rojas reemplazándolas por pescados y un consumo elevado de frutas, vegetales y legumbres.

En este contexto, el equipo de investigación de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba -miembro del IMIBIC y del CIBERObs- trabaja para demostrar si el tipo de dieta influye en el riesgo de sufrir manifestaciones clínicas en personas que ya presentan enfermedad cardiovascular. Para ello, en el año 2009, se puso en marcha el estudio CORDIOPREV, un estudio de intervención con dos modelos de dieta saludable, en el que participan 1.002 pacientes con enfermedad cardiovascular. Por un lado la mitad de los participantes sigue una dieta saludable, recomendada por la Sociedad Americana de Cardiología y con un contenido limitado de grasa, mientras que la otra mitad sigue un modelo de Dieta Mediterránea, en la que la mayoría de la grasa procede de aceite de oliva virgen.

Con este planteamiento, el estudio CORDIOPREV quiere demostrar si las dietas saludables son capaces de tener un efecto "curativo" sobre enfermos del corazón, lo que supone un avance sobre el estudio Predimed, en el que se demostró dicho beneficio en personas sin enfermedad cardíaca previa. Es importante destacar, que el estudio CORDIOPREV es el primer estudio de este tipo en el mundo, suponiendo un importante avance en el conocimiento de la importancia del estilo de vida en la prevención cardiovascular.



DINÁMICA DEL ESTUDIO

En cuanto a la dinámica del estudio, desde el hospital se realiza un estrecho seguimiento de los pacientes participantes, de modo que cada doce meses han de visitar el hospital para que se les realice una extracción de sangre, una revisión clínica con un médico internista y una revisión dietética con un dietista-nutricionista.

Asimismo, dos veces al año acuden a una revisión dietética y clínica en la que, además, se les realiza una ecografía. Pero además, para reforzar el seguimiento de la dieta, cada dos meses un equipo de dietistas-nutricionistas realizan un seguimiento telefónico, donde se evalúa el seguimiento y adherencia de los pacientes a las dietas.

Por último, el programa se complementa con sesiones grupales en las que se realizan talleres de cocina, de educación nutricional o de temas específicos que solicitan los propios pacientes como cocina saludable, etiquetado de alimentos, diabetes, alimentos de temporada, etc.

Esta dinámica se traduce en un riguroso control del paciente, ya que cada dos meses se evalúa su nivel de adherencia a cada uno de los tipos de dieta.

El proyecto -en el que participan más de 30 investigadores, liderados por los doctores Francisco Pérez Jiménez y José López Miranda- cuenta con el apoyo de múltiples instituciones privadas y públicas. Entre ellas se encuentra la Fundación Patrimonio Comunal Olivarero como patrocinador principal, así como Citoliva y CEAS. Asimismo, también dan su apoyo al proyecto a la Junta de Andalucía a través de las Consejerías de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; Economía, Innovación, Ciencia y Empleo; y Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural las Diputaciones Provinciales de Córdoba y Jaén y el Instituto de Salud Carlos III.

Equipo de investigación de la U.G. Clínica de Medicina Interna del Hospital U. Reina Sofía de Córdoba -miembro del IMIBIC y del CIBEROBn.



CORAZÓN Y SEXUALIDAD

BUENA:

SEXUALIDAD EN PATOLOGÍA CARDÍACA.

La enfermedad cardíaca puede afectar la salud sexual por múltiples razones, desde causas orgánicas, hasta las psicológicas. Cualquier enfermedad, sea del origen que sea, acaba afectando a diferentes órganos y sistemas, también acaba produciendo problemas sociales, laborales, familiares, de pareja y de autoestima. Todo esto puede afectar también a la vida sexual.

Las alteraciones morfo anatómicas, fisiológicas y psicológicas que se dan en la patología cardíaca, pueden influir en la respuesta sexual, hemos de recordar que la respuesta sexual es fundamentalmente de carácter neuro vascular, aunque el sistema endocrino y muscular también tiene un importante papel. Por tanto las disfunciones sexuales de etiología cardiovascular tendrán un origen vascular, hormonal, metabólico o muscular. Por supuesto que podremos encontrar otras causas como alteraciones congénitas, infecciones y también iatrogénicas o tóxicas, aunque estas últimas suelen afectar a los sistemas ya referidos. Pero sea como sea, siempre se ha de tenerse en cuenta, la ansiedad de rendimiento, los problemas de autoestima, los miedos y otros muchos síntomas, que acompañan a las enfermedades crónicas. Además el efecto de los tratamientos médicos propios de esta patología, también refuerza la posibilidad de la aparición de disfunciones sexuales.

De todas formas, las dificultades en el reajuste de la vida sexual de estos y estas pacientes tras el episodio cardíaco se achacan, con mayor frecuencia a problemas psicológicos, al miedo, el estrés y al desconocimiento. Aproximadamente, la mitad de estas personas, tienen miedo al reanudar la actividad sexual.

El repertorio erótico es amplio, la actividad sexual está sujeta a la tolerancia al esfuerzo de cada persona. En los primeros momentos, la resistencia a la movilidad, puede estar limitada, pero esto no quiere decir que no se pueda recuperar. En todo caso, si pensamos que la sexualidad se limita al coito y este no se puede llevar a cabo, quizás se piense, que la sexualidad ya se ha terminado. Esta idea se aleja bastante de la realidad, pueden cambiar nuestras conductas pero nunca nuestra condición de personas sexuadas.



El sexo es la materia prima del amor, el ser sexuados nos lleva a poder amarnos. Los gestos amorosos tienen un amplio abanico de posibilidades. La mirada, la ternura, el bienestar, la motivación y la forma en la que procesamos nuestra experiencia sexual son fundamentales para nuestra satisfacción. La satisfacción sexual no depende del coito, tener a este como único objetivo del encuentro, puede resultar frustrante.

Teniendo en cuenta que los encuentros sexuales en pareja tienen, fundamentalmente, el objetivo del placer, y que la cópula reproductiva se da con mucha menor frecuencia en nuestras vidas, reconozcamos, que la pareja se reúne para jugar, compartir disfrutando de la intimidad que suponen las posibilidades infinitas del juego erótico.

Nuestro cerebro es el órgano más importante de la sexualidad, lo que pensamos respecto a lo que nos está ocurriendo, nos puede condicionar. La fantasía es una buena aliada, favoreciendo la creatividad y el disfrute. Por el contrario, los pensamientos negativos, reduccionistas y limitantes inhiben nuestras conductas amorosas o las sitúa en la insatisfacción.

Nuestra piel, la de todo el cuerpo, supone el órgano más grande de la sexualidad. La aventura de explorar nuestros placeres en semejante lienzo nos amplía infinitamente nuestras posibilidades de disfrute. La actividad sexual, puede experimentarse a solas o en pareja con diversas exigencias respecto al gasto cardiaco, así pues, podemos adaptar la actividad a la situación personal y el momento del proceso cardiaco en el que cada cual se encuentre.

Al contrario de lo que se pueda pensar, la actividad sexual, tras el evento cardiaco, siempre consensuada con el médico especialista, puede ser rehabilitadora.

Aumenta la autoestima y en pareja supone una nueva oportunidad para reajustar patrones y guiones eróticos obsoletos. Con frecuencia, me encuentro en consulta, con pacientes que expresan haber mejorado en la relación de pareja tras haber recibido asesoramiento sexual. Se hace necesario mejorar los conocimientos sobre el hecho sexual humano, adquirir habilidades de comunicación y cultivar nuestras conductas adaptándolas a la nueva situación para facilitar el disfrute de ambos miembros de la pareja.



Carmen Jurado Luque.

Sexóloga.

*Responsable de la consulta del
H.U. Reina Sofía de Córdoba.*



CLUB FIDIAS NATACIÓN INTEGRAL

Un año más tenemos el placer de escribir en esta revista y con una gran noticia para nuestro deporte.

El pasado mes de septiembre la Junta de Andalucía publicó la licitación para la finalización de la obra de la piscina del Parque Figuerola, con una duración de cuatro meses, por lo que próximamente esta piscina entrará en funcionamiento para atender la gran demanda existente del colectivo de personas con discapacidad, deporte salud, rehabilitación, etc...



El proyecto de esta instalación, impulsado por la Federación Andaluza de Deportes para Personas con Discapacidad Física (FADDF), está financiado al 50 % por la Junta de Andalucía y la Excm. Diputación Provincial de Córdoba.

En el club Fideas Natación Integral llevamos desde el año 1999, junto con la Delegación en Córdoba de la FADDF, desarrollando programas continuados de



natación utilitaria. En principio en la piscina de Vistalegre, y desde el año 2004 hasta la actualidad, estamos desarrollando el Programa de Actividades Acuáticas para Personas con Discapacidad, en la piscina de las Instalaciones Deportivas Municipales de Lepanto, en convenio con la FADDF y el Instituto Municipal de Deportes de Córdoba.

En la pasada temporada 2014/15 comenzamos un programa específico para pacientes de corazón junto con Aspacacor. Ésta asociación y la FADDF han mantenido varias reuniones con las Unidades de Rehabilitación y Cardiología del Hospital Universitario Reina Sofía, así como con la Directora Gerente de este hospital y la Delegada Provincial de Salud, comprobando en todo momento la demanda existente en estas unidades, así como en la asociaciones que componen el Consejo de Participación Ciudadana del Hospital. Estos pacientes necesitan actividades en el medio acuático, por lo cual hemos realizado un convenio de colaboración con ellas, y ofertarles actividad física en el medio acuático, específicamente para pacientes afectados de corazón y con una especialista en estas actividades.

Desde el Club Fidias nos sentimos satisfechos con todos los resultados que estamos consiguiendo en competición y con estas actividades que desarrollamos en el medio acuático y en el que los diferentes usuarios mejoran su calidad de vida. Pero queremos seguir mejorando y el poco espacio con el que contamos, no nos deja seguir creciendo en la oferta necesaria para asumir la gran demanda de estas actividades tan específicas. Contamos con un equipo técnico cualificado para el desarrollo de las diferentes actividades/grupo, para trabajar con la gran variedad de discapacidades y patologías, que tienen nuestros usuarios. Por este motivo estamos ilusionados con esta próxima instalación del Parque Figuerola y esperamos que en breve esté operativa y poder atender a este sector de la población que en ocasiones y debido a las características especiales de algunas personas, no pueden hacer uso de las piscinas existentes en Córdoba.

Esperamos que todos los plazos para su finalización y puesta en marcha se cumplan y que por fin sea una realidad aquel sueño que empezó a construirse hace 9 años, cuando en 2007 se puso la primera piedra.

En el apartado de Competición, nuestros resultados de la temporada 2014/15 han sido los siguientes:

- Enero: Valladolid. Tercer clasificado en el Campeonato de España de Axa de Jóvenes por edades.
- Marzo: Alcorcón. Cuartos en el Campeonato de España Absoluto por Comunidades Autónomas, en la que este club aportó un total de 20 deportistas y tres técnicos a la selección andaluza.
- Abril: Cáceres. Campeones de España en los Campeonatos Nacionales del Consejo Superior de Deportes en Edad Escolar.



- Junio: Mataró. Tercer clasificado en los Campeonatos de España de Natación por Clubes.
- Julio: Glasgow. Nuestro nadador Miguel Ángel Martínez Tajuelo, participó en los Campeonatos del Mundo de Natación Paralímpica, con un 4º puesto y dos 5º.
- Diciembre: Puente Genil. Campeones en el Campeonato de Andalucía de Natación Paralímpica.
- La Fundación Andalucía Olímpica y la Fundación Cruzcampo entregaron en Sevilla los Estímulos al Deporte en su edición de 2015. Se trata de unas distinciones a los méritos competitivos logrados en la presente temporada que este año ha recaído en el Club Natación Fidas, que desde Córdoba es uno de los grandes impulsores de este deporte para personas con discapacidad.



Ctos Nacionales del Consejo Superior de Deportes en Edad Escolar



Campeonatos de España de Natación por Clubes



Recogiendo el premio de Estímulos al Deporte



Campeonato de Andalucía



TALLER DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR CON ALUMNOS/AS DE UN CURSO DE CELADOR

La parada cardiorespiratoria (PCR) es un problema de primera magnitud para la salud pública. Ésta supone el cese de forma brusca e inesperada de la circulación sanguínea y de la respiración espontánea y, por tanto, el cese del aporte de oxígeno a los órganos vitales, siendo especialmente afectado el cerebro. Cuando éste deja de recibir oxígeno durante 6-8 minutos se produce la muerte de sus células, dando lugar a una situación irreversible.

El 80% de las PCR extrahospitalarias se deben a enfermedad coronaria, que es la primera causa de mortalidad en España. El 50% de la mortalidad por enfermedad coronaria se produce como muerte súbita. En España, cada menos de media hora se produce una parada cardiorrespiratoria y el tiempo es el mayor condicionante para lograr sobrevivir a ella, ya que por cada minuto que pasa las posibilidades de recuperación disminuyen en un 7-10%

Por ello, cuando el corazón falla el tiempo pasa a ser la variable fundamental. De la rapidez con que se actúe puede depender la supervivencia del afectado. En este caso, el de la parada cardiorrespiratoria, la línea entre la vida y la muerte puede estar en el minuto 6. Según un estudio que publica el último número de la Revista Española de Cardiología, las probabilidades de sobrevivir a una parada cardiorrespiratoria se reducen a la mitad tras el sexto minuto, pero además si se inician las maniobras de soporte vital transcurridos los primeros ocho minutos se produce un incremento significativo de la mortalidad.

Ante esta situación se debe actuar de forma rápida mediante la aplicación de una serie de sencillas maniobras aplicadas por las personas que se encuentran al lado de la víctima que sufre la parada cardiorrespiratoria. Estas maniobras intentarán suplir las funciones respiratoria y circulatoria hasta que los servicios sanitarios se hagan cargo de la situación aplicando las medidas de soporte vital avanzado protocolizadas para intentar revertir la situación de parada cardiorrespiratoria.

Toda la población debería estar capacitada para atender una parada cardiorespiratoria, empleando medidas de reanimación y soporte vital básico, pero, sobre todo, el personal sanitario y no sanitario (administrativos, celadores...) que formará en un futuro parte de la plantilla de los Servicios Sanitarios Públicos debe



saber actuar ante una situación de dichas características. Cuando hablamos de personal no sanitario de los Servicios Sanitarios Públicos, nos referimos principalmente a los celadores, ya que son los profesionales que trabajan más mano a mano con los sanitarios (personal de enfermería, médicos, fisioterapeutas...); siendo estos últimos los que finalmente realizan medidas de soporte vital avanzado (desfibrilación, administración de medicación ante parada, etc.).

En los últimos años, se han desarrollado cursos de Celador de 300 horas teórico prácticas de duración a través de las distintas Mancomunidades Intermunicipales de diferentes territorios de nuestra comunidad andaluza. Dichos cursos fueron impartidos por Diplomados Universitarios en Enfermería e iban dirigidos a unos 15 alumnos de entre 18 y 30 años. El objetivo de uno de los módulos consistió en preparar al alumnado para la participación en las acciones de emergencia y primeros auxilios mediante la aplicación de las técnicas correspondientes, entre ellas la reanimación cardiopulmonar básica, como se visualiza en las siguientes imágenes.

Claudia Bernabeu Álvarez

Enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria



SEXUALIDAD EN EL SIGLO XXI

A lo largo del último medio siglo, la formación de nuestra sexualidad tuvo dos poderosos ejes: la culpa y el silencio. Casi todas las mujeres y los hombres que hoy somos padres y madres, abuelos y abuelas, crecimos bajo esa sombra dolorosa de la tradición y la seca moral familiar acechando siempre atrás del deseo, del placer y la curiosidad. Las relaciones sexuales tenían como propósito único la reproducción y estaban prohibidas antes del matrimonio, pasaporte instantáneo al placer.

En ese escenario ¿Cuáles son los desafíos que nos presenta hoy la sexualidad humana? Existen innumerables manuales, libros y páginas web con imágenes y textos sobre el sexo y la sexualidad. Como nunca, abunda la información o educastración, almacenar orgasmos, para sobrevivir exitosamente en la jungla del sexo mercantil, más allá de lo imaginable, de pornografía y prostitución. Pero pocos atienden a la sexualidad como aquello que nos pasa en el alma con lo que nos pasa en el cuerpo. Al inicio de este siglo, vale recordar el significado de ser persona, su dignidad innata y los derechos aparejados. De ahí se desprenden los derechos de la sexualidad, vivida como ejercicio humano pleno y vehículo de liberación personal, citemos algunos derechos:

El derecho al placer y la responsabilidad de cuidar al otro: Consideramos los sentimientos como algo femenino, débil, frágil, indeseable. Olvidamos que son indispensables para conectarnos al mundo para entenderlo y movernos en él. Sentimiento y placer, inevitables modos de ser humanos, El placer compartido tiene un poder inigualable. Nada hay más fuerte que una pareja armada en el amor.

El derecho a decir no y la responsabilidad de aceptarlo como respuesta. Durante demasiado tiempo hemos manejado el tema de la obligación y el deber marital, como pretexto para controlar a las mujeres. Otro ejemplo, doloroso como pocos, es el abuso sexual cometido contra niñas y niños, incapaces de decir no. El ejercicio de la libertad es indispensable para una sexualidad plena: libertad para rechazar, tanto como libertad para aceptar. Es urgente recuperar el derecho a la posibilidad de cerrar nuestras puertas y decidir cuándo, cómo y ante a quienes abrirlas.

El derecho a la libertad y el compromiso con el amor: La sexualidad no es algo prescindible. No somos seres abstractos. Somos hombres o mujeres, con todo lo

que eso implica y como mujeres o como hombres somos y estamos en el mundo. Desde ese ser hombres o mujeres amamos, sufrimos, gozamos, soñamos, nos vamos construyendo y nos vamos muriendo. Sólo el amor redime y sólo la libertad nos permite amar. Pese al desgaste de las palabras, libertad y amor pesan lo mismo y son inseparables. El amor es la soledad compartida, habitada iluminada y a veces ensombrecida por la soledad del otro. El siglo XXI nos convoca a entender que cada mujer y cada hombre somos una historia única, universo abierto e inacabado. A entender que cada una y cada uno somos procesos vivos que se encuentran y se desencuentran en una trama maravillosa e irrepetible. Por ser personas. Porque somos espejos y puertas a la verdad, nuestra sexualidad es el vehículo para gozar y para gozarnos, para amar y para amarnos. Soberanos sujetos de derechos y responsabilidades. Nada más, pero nada menos.

José Antonio López.

Paciente miembro de ASPACACOR.



GRACIAS A LOS ÁNGELES

(CARTA DE MARTA PÉREZ PORCEL, PUBLICADA EN DIARIO CÓRDOBA)

Llevo mucho tiempo queriendo escribir esta carta, y hoy, a punto de cumplirse un año del día en el que unos ángeles me devolvieron a mi marido y padre de mi hijo, por fin he reunido el valor para hacerlo.

Y digo ángeles porque gracias a todos y cada uno de ellos hoy podemos celebrar su segundo cumpleaños.

El 23 de Julio del 2014 a mi marido le dio un infarto cuando iba con la bici. Con 33 años, deportista, con una vida sana. Sin un por qué, un coágulo se le fue a parar en la aorta y casi le quita la vida. Gracias a nuestro amigo Raúl, que no lo dejó sólo esa tarde, y a Antonio, que no dejó de moverse en urgencias para que lo atendieran con rapidez, ya que en un primer momento lo confundieron con un cuadro de ansiedad. Gracias a esa enfermera veterana, que cuando vio el resultado del electro lo llevó corriendo a cardiología.

Y gracias, gracias a todo el magnífico equipo humano y profesional de la Uci de Cardiología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, que le salvaron la vida, y lo apoyaron y cuidaron de él como si de un hijo o hermano se tratara; tratándolo con dulzura, explicándole y explicándonos en todo momento la evolución de su estado; y con alguien siempre de guardia a los pies de su cama,



atentos al menor movimiento o a la menor petición, con una mano amiga para apoyar en su mano y tranquilizarlo, incluso mientras le realizaban el cateterismo; pendiente todos de él las 24 horas del día hasta que fue pasado a planta.

Él quería haber escrito esta carta, pero sé que si a mí me embarga la emoción al recordarlo, a él le resultará aún más difícil.

El primer día que llegó a casa y escuché su risa junto a nuestro hijo de siete meses no podía dejar de llorar, gracias a todos esos ángeles mi marido volvía a disfrutar de su hijo y de su vida.

Y muchísimas gracias a otros ángeles que continúan la labor tras el infarto, ya que son meses también muy complicados. Me refiero a la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Reina Sofía, que con su equipo de cardiólogos, enfermera, traumatólogo, psicóloga, trabajadora social, dietista... les devuelven las ganas de seguir luchando, les escuchan y les buscan un por qué al infarto, les ayudan a seguir las pautas de una dieta y ejercicio adecuados, pero sobre todo les apoyan para superar ese mal trago y les hacen ver que pueden recuperar una calidad de vida que en muchos casos es mejor que la anterior al infarto.



Y gracias a la asociación Aspacacor, que con su lucha constante y en colaboración también con esta unidad de rehabilitación; van consiguiendo muchísimas mejoras para ayudar al colectivo de pacientes cardíacos.

Así que un millón de gracias, al personal médico, a la familia, a los amigos, a los compañeros, a todos los que han estado ahí, cuando sople la vela de su segundo cumpleaños, estaréis todos presentes.

Marta Pérez Porcel

*Esposa de paciente, ambos
asociados de ASPACACOR*

AZUL, COMO LAS TARDES DE VERANO

RELATO DE LADISLAO BARRA SILVA

Amanecía, y amanecía tan despacio que las últimas estrellas se olvidaron de recoger sus brillos en la cajita mágica de los destellos. La pereza del nuevo día se dejaba notar por las calles del pueblo; el vecindario estaba cansado, como si en la noche anterior los cohetes y la música se hubiesen aliado para rendir a paisanos y forastareros... ¡Que fiesta la de la noche anterior!

Las farolas de la carretera de Pozoblanco aún estaban encendidas, respiraban con dificultad, la claridad de la mañana las asfixiaba y el horizonte se tiznaba de una luz dorada recién nacida que despacio se ensanchaba haciéndose grande y clara.

Las puertas de las casas permanecían cerradas, tras las persianas de ventanas y azoteas aún no se adivinaban las miradas curiosas que todos los días parecían desperezarse con el primer atisbo de luz, eran miradas guardianas de las vidas ajenas que, luego en la tienda o en el mercado cumplían su papel de fieles informadores, narraban con detalles quien o quienes habían ido o habían venido, que llevaban y que traían, quien iba al consultorio y quien a la farmacia... y quien salía de alguna casa que no era la suya.

De vez en cuando una brisa fresca movía los papeles, envoltorios y bolsitas de plástico brillantes que por el suelo parecían jugar a amontonarse al filo de las aceras, una nueva brisa, otro soplo de aire y nuevamente se esparcían calle abajo, así una vez y otra hasta que encontraban un rincón y permanecían atrapadas en un sueño confortable hasta que llegaba la escoba del barrendero o barrendera, según tocara en el empleo comunitario gestionado por el ayuntamiento.

A tiro de piedra se estaba a las afueras del pueblo, allí el día había madrugado más, de los olivos comenzaba a manar la sombra fresca, las jaras se habían lavado con el invisible rocío de verano y lanzaban destellos plateados y verdes, más arriba, subiendo por la carretera del cementerio, se mezclaba el silencio de los cipreses con el canturreo de un bando de jilgueros y el bronco ladrido de algún perro guardián.

Por la carretera de Obejo, el verde oliva y el azul casi añil del horizonte de La Solana, parecían transformarse en una ola dulce nacida del sudor de un imaginario mar que rebosaba espumas blancas y caracolas de cristal... Eran las fachadas y ventanales de las casas del pueblo, dónde las calles continuaban silenciosas, tan mudas y tan sordas que ni los quiquiriquí de los gallos habían conseguido alterar su letargo mañanero.



La tranquilidad tenía los minutos contados porque Rafalín, niño soñador y parlanchín como pocos, bajaba por la carretera, pero no como todos los días cuando llegaba de conversar con el silencio del amanecer y miraba boquiabierto el entretenido juego de los papeles y el aire por las esquinas. No venía de asustar al bando de jilgueros comilones de espinos blancos, ni de hacer ladrar al viejo mastín y guardián del rebaño de Carrasco. Rafalín no venía soñando con un día más de fiesta ni con una noche de música y pasodobles para que bailen los mayores y sienta envidia la luna que solo tiene cara y es del color de la cera. Rafalín bajaba en la ambulancia desde el Centro de Salud avenida abajo, que conduce a la carretera que lleva a la ciudad. El conductor decidió, al objeto de no poner nervioso al vecindario, no activar la sirena ni las luces, sabía que no se encontraría ni con coches ni vecino alguno, el pueblo estaba dormido. Era el último día de feria y la mañana olía a herbolario y a rebotica, a claveles y a soledad, a pachulí, a jornalero con traje de domingo sentados en la terraza del bar de Angelín. Los días de la feria, por la noche, es cuando bajan los ángeles del cielo vestidos de muchachas y se sientan en cualquier tejado para escuchar, desde lo alto, de la voz amarga y acartonada de los más mayores, los acontecimientos, muertes y nacimientos, celebraciones y chascarrillos que sucedieron en el pueblo o en cualquier rincón de la sierra... La luna de plata, con su abanico celeste, es testigo mudo de cuanto acontece, y de cómo a algunos se les abre el corazón cuando escuchan su historia contada por otros labios, y hasta el alma se les llueve de un vino áspero y turbio que les seca la garganta y le pone tacto de lija. Los ángeles no dejan de ser hombres de sierra, jóvenes de pueblo, niños de peonza y antiguo corro de la patata. Rafalín escucha, sin entender nada, la conversación entre el enfermero y el médico, se miraban nerviosos, conscientes que en esta ocasión no será como en otras... El corazón diminuto de Rafalín era a cada latido más débil y más pequeño, mientras él sonríe y mira emocionado a su madre que le coge de las manos mientras que intenta guardar el equilibrio entre curva y curva, entre pensamiento y presentimiento, entre lágrima invisible y callados suspiros que duelen como crueles temores.

Todos en el pueblo saben que Rafalín es un niño especial, nació con apenas siete meses de gestación y al parecer esa era la causa de tener un corazón de arco iris. A los padres le habían dicho que era un milagro que pudiera hacer una vida casi normal, si por normal entendemos tener constantes ingresos hospitalarios y, en la cartera del colegio en vez de un plumier de lápices de colores, un plumier donde guardaba pastillas de todos los colores y tamaños, plumier que se llenaba de pastillas cuando su padre, jornalero agrícola, tenía trabajo o cobraba el subsidio por desempleo, cuando no era así el plumier si se llenaba era un milagro de la providencia divina. Hasta que murió era el abuelo, con la complicidad del médico, quien se encargaba de conseguir la medicación. Unos decían que su corazón era demasiado grande para su endeble cuerpo, otro todo lo contrario, que su corazón era tan diminuto como la semilla de la pimienta. Ni unos ni otros tenían razón. La dolencia del pequeño, dijeron los médicos especialistas



que no tenía causas claras. Sin embargo, se podía asociar a distintas variantes: al consumo excesivo de alcohol durante el embarazo, a la rubeola materna, a una nutrición deficiente durante la gestación, al consumo de medicamentos para controlar las convulsiones y diabetes. Su madre, toda la vida en un pueblo pequeño, nunca supo a que cusa culpar de la enfermedad de su hijo. Se culpaba a ella para sufrir en silencio, silencio que le ata no solo las manos sino la mirada y los sentimientos. “Tetralogía de Fallot”, ese era el difícil nombre de la enfermedad de Rafalín, nombre que a María le costaba recordar y que Andrés, su padre, nunca se atrevió a pronunciar. Cada viernes, día de mercadillo en el pueblo, muy de temprano, Rafalín enfila sus pasos hacia la vacía plaza, espera las furgonetas de los hombres altos y negros, los que después de cruzar el mar en noches y días de agonía y silencios, aún conservan el olor a sal y el chillido de las gaviotas pegado a sus cuerpos. A veces, cuando se descuidan o están ordenando sobre sus esterillas lo collares y pulseras que van a vender, Rafalín busca alguna ola entre las cajas de abalorios y cinturones de falsa piel... El mar es verde y azul y grande y lleno de encajes de sábanas de ajuar de novia guapa, le había oído decir a su madre. El sabe que el mar viene prendido en las manos y en los ojos de aquellos emigrantes, y cuando no lo ven aspira fuerte fuerte la brisa y el olor que sólo él parece apreciar, es como si le robase a la mañana un soplo de aire salobre y marinero, después se hunde calle abajo con su pequeño tesoro fondeado en el pecho y la alegría repicando la campanilla de su corazón.

- Dile al conductor que acelere y que ponga las luces y la sirena. Ordenó el médico al enfermero.

María, su madre, miro nerviosa al enfermero y después al médico. Apretó las manos de Rafalín y apenas sintió respuesta.

- ¿Estos episodios le ocurren con frecuencia? Preguntó el médico, que estaba por primera vez de guardia en el ambulatorio del pueblo, mirando a María.
- En el último mes tres veces. Contestó el enfermero, que como era vecino del pueblo, conocía al dedillo la historia del pequeño. Así evitó que María se angustiara aún más.
- Este niño debía vivir más cerca del hospital. Si lo episodios son tan frecuentes... no sé, no sé... Estos enfermos pueden tener anemia, endocarditis infecciosa, infección de las válvulas del corazón, embolismos, problemas de coagulación, infartos cerebrales. Dijo el médico casi murmurando al oído del enfermero.
- No se atreven a operarlo. Creo que además de la “Tetralogía de Fallot” tiene alguna otra dolencia que complica el tratamiento. Se tardó bastante tiempo en diagnosticar su enfermedad. Vivir en un pueblo y no disponer de suficientes recursos, sin duda, es una complicación para casos así, lo cierto es que se fue dejando dejando y el tiempo se encargó de ir complicando su salud. Contestó el enfermero también en voz muy baja.



Ha pasado casi un año, cada mes dos o tres viajes en ambulancia, cada vez más largos, cada vez más interminable. Tras varios días de hospitalización volvía el resuello, y con él la preocupación de los cardiólogos se desvanecía hasta el próximo lance. Los padres del chavalín, con el miedo corriendo por sus venas, y dándole todo por su bienestar, decidieron dar un tijeretazo a la distancia y con la ayuda de un familiar consiguieron una vivienda en una barriada cercana a la ciudad. Vivirían más cerca del hospital. Hoy, como hace casi un año, el amanecer es perezoso, y Rafalín se siente aprisionado contra el alquitrán de las calles, ni la libertad de las nubes blancas rodando por el azul del cielo, ni la alegría de los jilgueros comedores de espinos estaban junto a él al salir el sol. A Rafalín lo que más le extrañó al descubrir la ciudad no fueron los altos edificios, ni las anchas avenidas chispeantes de coches con prisas, ni tan siquiera el cambiante color de los letreros luminosos, contra todo esto estaba preparado porque alguna vez lo había visto en una excursión del colegio, lo que realmente le sorprendió fue aquel barrio a las afueras, sus casas eran de tablas mezcladas con trozos de hojalata. Contra aquellas calles desempedradas en las que no había aceras, ni alcantarillas, ni rejas en las ventanas, no le habían aleccionado.

De la furgoneta descargaron las cuatro sillas, la mesa camilla, el colchón -con su funda de listas blancas y rojas- y unos tiestos con geranios. A su madre se le nubló la mirada cuando la mano del conductor saludó y dijo adiós por la ventanilla, le temblaron los labios pero no lloró, fue cuando vio la cocina de butano esquinada en la única sala de aquello que más que una casa parecía una chabola, cuando las lágrimas le rebosaron por el borde de los párpados. El padre, Andrés, seguramente para consolarla, aseguró que pronto saldrían de allí. Con el tiempo aquella promesa se olvidó.

Rafalín nunca quiso acostumbrarse a la ciudad ni al barrio de casas de chapa y cartón, prefería el pasillo de la segunda planta del hospital, el rellano de los ascensores y la escalera donde se escondían algunos padres para fumar. Ahora sabía que cuando su corazón se volviese agua o amenazara con ser estrella fugaz, estaría cerca de sus ángeles de la guarda, la ambulancia tardaría menos, incluso podría ir en taxi.

Kiko estuvo atado tres días a una estaca, Rafalín lo sujetó con aquella corbata azul con puntitos blancos que su padre nunca usó, no quiso soltarlo antes por temor a que se escapara. Su madre se enfadó mucho cuando le vio llegar con el perro, y enseguida dijo que no lo quería allí, que lo soltara. El padre en cambio, sentenció que un chucho es siempre necesario en una casa, porque asusta a los ladrones y anuncia con sus aullidos cuando ronda cerca la mala suerte. Rafalín añadió que Kiko tenía, además, pinta de perro policía...

El perro parecía listo, y aquella corbata de lunarillos, con la que estaba amarrado a la estaca, le daba un cierto toque elegante. A los tres días sabía ladrarle a los desconocidos, a los cinco era capaz de traer los palitos que Rafalín le lanzaba tan lejos como podía.

El día comenzaba con colores vivos, la mañana era como una fruta fresca que tenía que madurar. En la ciudad la luz, aún siendo mortecina de por vida, luchaba por recuperar antiguos brillos. Los árboles, esqueléticos y enfermizos, cada vez que una leve brisa soplaba entre sus ramas, sonreían agradecidos. Los semáforos, ojos tricolores de las esquinas, parecían perezosos, y esta mañana, sólo tenían un color que incansablemente advertía peligro. Los edificios continuaban tan altos como el primer día que Rafalín los contempló boquiabierto; sus ventanas no dejaban ver el cielo, solo lo reflejaban, sus esquinas afiliadas parecían estar al acecho, sus cabellos eran cientos de tubos de antenas de televisión y radio, parecían desafiar a las nubes y jugaban a enredarlas y convertirlas en nubes de tormenta. La mano de María nuevamente sujetaba las de Rafalín, nuevamente intentaba detener sus lágrimas a la vez que guardar el equilibrio en cada curva. Como de costumbre Rafalín le sonrió e intentó abrir más los ojos pero no pudo más. No pudo sujetar su cuerpo a la dura camilla de la ambulancia. Por un instante sus brazos se hicieron alas, Kiko le seguía fiel a corta distancia. Rafalín corría y corría y los pies no le dolían, estaban casi fundidos a la lona de sus zapatillas, en un tris tras habían llegado a las afuera de la ciudad. Decidió descansar al filo del hilo azul y gris de la carretera. Se detuvo y fue a tenderse sobre los margaritos que crecían al borde de la cuneta. El campo estaba hermoso a pesar del ruido y el humo que dejaban tras de sí los coches y los camiones. Se quedó dormido, Kiko a su lado jadeaba y estirazaba las patas traseras.

Al despertar no tuvo necesidad de abrir los ojos. Miró al horizonte y no pudo ver la torre de la iglesia, pensó que el pueblo debía estar muy lejos cuando aún no se distinguía. Para la ciudad, de donde había escapado, ni siquiera miró. Kiko, como el mejor de los amigos, seguía a su lado, enfadándose y ladrando a los coches, era un buen perro con pinta de perro policía. Después de una buena caminata, un ruido estrepitoso, que sonaba a cafetera vieja, se paró detrás de él, extrañado y un poco asustado, volvió la vista, era la misma furgoneta que un año atrás le había llevado a la ciudad, Rafalín respiró hondamente como queriendo encontrar consuelo en aquel pasado que se hacía presente y futuro a la vez.

La torre de la iglesia estaba lejos, pero ya podía verse de cuando en cuando, aparecía y desaparecía entre los cerros, entre los olivos, entre las encinas. El blanco de las casas y el rojo brillante de los tejados parecían una bandera de feria que se acercaba y se acercaba. Rafalín pensaba en el abuelo: "¿Qué dirá cuando me vea?, ¿me conocerá?... Sí, estoy seguro que se acuerda de mí". A través de la ventana del camión el cielo se recortaba azul azul sobre el rastrojo amarillo y el verde frescor de las encinas. Nuevamente Rafalín respiró profundamente. Su corazón latía cada vez con más prisa y no sentía dolor, era como un tren que corre y corre hasta llegar a su estación.

- ¡Ya estamos! Dijo la voz aguardentosa del chofer mientras chirriaba el freno de mano.

Nuevamente un ladrido de Kiko le hizo caer en la cuenta que no estaba solo.

Encaminó sus pasos calle arriba, pasó por la puerta de la iglesia, más adelante, la casa de la tía Rosa, que cuidó del abuelo hasta que se vino al cielo. El callejón y el caminillo, un poco más adelante la casa, con su parra rodeada de avispa zumbonas, el jazmín con sus mariposas blancas como copos de nieve, los tiestos de gitanillas rojas, y en una silla, a la sombra, con su gorra de campesino viejo el abuelo, esperando impaciente, alertado sin duda, por los ladridos de Kiko.

Rafalín es un niño alegre, que un día decidió llamarse "Azul" como las tardes de verano.

Ladislao Barra Silva.

Paciente de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del H.U. Reina Sofía de Córdoba.





regala **VIDA**
dona órganos



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Hospital Universitario Reina Sofía
Unidad de Coordinación de Trasplantes

Diputación^{de} Córdoba

municipios
únicos

personas
únicas

Porque sabemos que nuestros municipios
son únicos, con diferentes necesidades,
queremos mejorar los servicios de cada uno de ellos
para apoyar a las personas que los forman

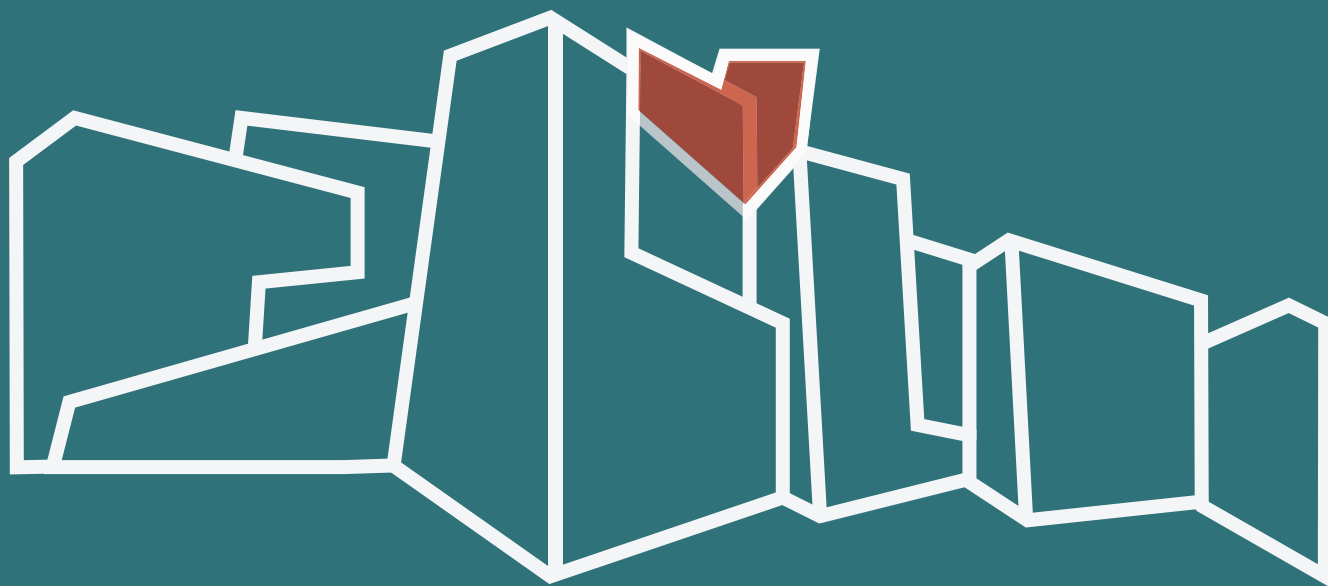
Visítanos en:
www.dipucordoba.es



Diputación de Córdoba



40 AÑOS
AVANZANDO
JUNTOS



1976 - 2016



Hospital Universitario
Reina Sofía

www.hospitalreinasofia.org



ASPACACOR FELICITA Y SE UNE A LA CELEBRACIÓN
DE ESTE CUADRAGÉSIMO ANIVERSARIO