

Dr. Darío Durán Muñoz, a nobreza do corazón

As enfermidades cardíacas van ser a epidemia do século XXI. Ataques ao corazón, infartos e outras doenzas preocupan seriamente ás autoridades sanitarias europeas. Os problemas vasculares cóbranse cada ano a vida de dous millóns de persoas na Unión (70.000 delas só en España). En Europa, as doenzas do corazón matan máis que todos os cancros xuntos. O maior impacto para reducir esa mortalidade conseguiríase reducindo os factores de risco prevenibles, entre eles o tabaquismo e a modificación dos hábitos dietéticos. Por iso pódese trazar un perfil das persoas que poden sufrir algún tipo de patoloxía cardiovascular. Algúns signos son externos, como fumar, estar obeso ou non facer ningún exercicio físico. É máis, considérase que un perímetro de cintura superior a 88 centímetros nas mulleres e a 102 nos homes triplica o risco cardiovascular. Se a iso se lle suma a hipertensión, a diabetese ou un colesterol elevado, é practicamente seguro que, se non se cuida, esta nunha situación de máxima vulnerabilidade. Da saúde cardíaca falamos cun dos médicos máis prestixiosos de Galicia. Licenciado hai 34 anos na Universidade de Santiago de Compostela e Doutor en Medicina e Cirurxía pola Universidade de Cantabria, é, na actualidade, Xefe Clínico de Cirurxía Cardíaca, Instituto Galego de Medicina Técnica (GALARIA), Hospital do Meixoeiro, Vigo. O Dr. Darío Durán Muñoz traballa nos campos de maior interese dentro da especialidade: cirurxía da válvula mitral, cirurxía das arritmias e cirurxía da aorta.

Dr. Darío Durán Muñoz, la nobleza del corazón

Las enfermedades cardíacas van a ser la epidemia del siglo XXI. Ataques al corazón, infartos y otras dolencias preocupan seriamente a las autoridades sanitarias europeas. Los problemas vasculares se cobran cada año la vida de dos millones de personas en la Unión (70.000 de ellas sólo en España). En Europa, las dolencias del corazón matan más que todos los cánceres juntos. El mayor impacto para reducir esa mortalidad se conseguiría reduciendo los factores de riesgo prevenibles, entre ellos el tabaquismo y la modificación de los hábitos dietéticos. Por eso se puede trazar un perfil de las personas que pueden sufrir algún tipo de patología cardiovascular. Algunos signos son externos, como fumar, estar obeso o no hacer ningún ejercicio físico. Es más, se considera que un perímetro de cintura superior a 88 centímetros en las mujeres y a 102 en los hombres triplica el riesgo cardiovascular. Si a ello se le suma la hipertensión, la diabetes o un colesterol elevado, es prácticamente seguro que, si no se cuida, esté en una situación de máxima vulnerabilidad. De la salud cardíaca hablamos con uno de los médicos más prestigiosos de Galicia. Licenciado hace 34 años en la Universidad de Santiago de Compostela y Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Cantabria, es, en la actualidad, Jefe Clínico de Cirugía Cardíaca, Instituto Galego de Medicina Técnica (GALARIA) Hospital do Meixoeiro, Vigo. El Dr. Darío Durán Muñoz trabaja en los campos de mayor interés dentro de la especialidad: cirugía de la válvula mitral, cirugía de las arritmias y cirugía de la aorta.



Luis MARIÑAS

–Doutor, as doenzas cardiovasculares matan máis que todos os cancros xuntos. Por que, sen embargo, non existe esa percepción? Talvez porque se teme máis ao cancro polo que supón de sufrimento...

–Probablemente isto se deba a que de xeito máis ou menos consciente a xente percibe o termo “cancro” como unha grande ameaza porque inclúe moitas enfermidades que poden afectar a diferentes órganos. Ademais, ata tempos recentes asociouse o cancro con sufrimento e mala evolución. Sen embargo, as enfermidades cardiovasculares, malia súa letalidade, teñen mellor prensa quizais porque a xente coñece que moitas situacións críticas relacionadas co corazón e a aorta son hoxe en día tratadas con éxito espectacular.

–Nos problemas cardíacos, hai factores de risco diferentes entre homes e mulleres? Ou se manifestan de forma diferente?

–Os factores de risco son os mesmos para ambos sexos, o que ocorre é que as hormonas femininas protexen en certo grao

–Doctor, las dolencias cardiovasculares matan más que todos los cánceres juntos. ¿Por qué, sin embargo, no existe esa percepción? Tal vez porque se teme más al cáncer por lo que supone de sufrimiento...

–Probablemente esto se deba a que de modo más o menos consciente la gente percibe el término “cáncer” como una gran amenaza porque incluye muchas enfermedades que pueden afectar a diferentes órganos. Además, hasta tiempos recientes se asoció el cáncer con sufrimiento y mala evolución. Sin embargo, las enfermedades cardiovasculares, a pesar de su letalidad, tienen mejor prensa quizás porque la gente conoce que muchas situaciones críticas relacionadas con el corazón y la aorta son hoy en día tratadas con éxito espectacular.

–En los problemas cardíacos, ¿hay factores de riesgo diferentes entre hombres y mujeres? ¿O se manifiestan de forma diferente?

–Los factores de riesgo son los mismos para ambos sexos, lo que ocurre es que las hormonas femininas protegen en cierto



á muller ata a menopausa. Despois desta, o perfil do risco vaise igualando ao do home.

–*As mulleres temen, sobre todo, o cancro de mama. Iso provoca que identifiquen peor unha doenza cardíaca?*

–Non teño esa percepción. A dor cardíaca, que adoita ser opresiva, e a sensación de falta de aire afán a relacionarse, ao inicio da enfermidade cardíaca, co exercicio físico, mentres que a dor do cancro de mama, cando este empeza a doer significativamente, adoita localizarse máis na rexión mamaria, na propia parede torácica. Mediante revisións e autochequeo deberíamos ser capaces dun diagnóstico precoz antes de que apareza a dor no cancro de mama.

A herdanza da familia

–*Se nunha familia existen antecedentes de enfermidades coronarias hai que coidarse especialmente? Que importancia ten o factor xenético?*

–A carga xenética ten directamente moita importancia en certos grupos de pacientes con enfermidade cardíaca ou aórtica. Tamén indirectamente en pacientes con diabeto tipo II, con dislipemias familiares ou con hipertensión. Por iso a relación familiar debe buscarse se os pais tiveron problemas cardiovasculares antes dos 55 anos, pois entón o risco cardiovascular dos fillos incrementáse un 50%. Neles é necesario extremar as pautas preventivas.

–*Que chequeos básicos deberíamos facer para controlar o noso corazón?*

grado a la mujer hasta la menopausia. Después de ésta, el perfil del riesgo se va igualando al del hombre.

–*Las mujeres temen, sobre todo, el cáncer de mama. ¿Eso provoca que identifiquen peor una dolencia cardíaca?*

–No tengo esa percepción. El dolor cardíaco, que suele ser opresivo, y la sensación de falta de aire acostumbran a relacionarse, al inicio de la enfermedad cardíaca, con el ejercicio físico, mientras que el dolor del cáncer de mama, cuando éste empieza a doler significativamente, suele localizarse más en la región mamaria, en la propia pared torácica. Mediante revisiones y autochequeo deberíamos ser capaces de un diagnóstico precoz antes de que aparezca el dolor en el cáncer de mama.

La herencia de la familia

–*¿Si en una familia existen antecedentes de enfermedades coronarias hay que cuidarse especialmente? ¿Qué importancia tiene el factor genético?*

–La carga genética tiene directamente mucha importancia en ciertos grupos de pacientes con enfermedad cardíaca o aórtica. También indirectamente en pacientes con diabetes tipo II, con dislipemias familiares o con hipertensión. Por eso la relación familiar se debe buscar si los padres han tenido problemas cardiovasculares antes de los 55 años, pues entonces el riesgo cardiovascular de los hijos se incrementa un 50%. En ellos es necesario extremar las pautas preventivas.

–En xeral, o risco cardiovascular comeza a partir dos 40 anos nos homes e pasada a menopausia nas mulleres, por tanto, a partir de entón, parece aconsellable unha revisión anual. O chequeo debería comprender unha entrevista médica con exploración física, control da tensión arterial, un electrocardiograma e analítica, que inclúa a glucemia en xaxún, o colesterol, os triglicéridos e estudo da orina. Con estas probas o cardiólogo decidirá a necesidade dunha ecocardiografía, unha proba de esforzo ou unha TAC, para descartar enfermidade cardíaca. Tamén deberían facerse chequeos previos á práctica deportiva de competición ou que implique esforzo físico importante, para prever a morte súbita.

–*A cuarta parte da poboación é hipertensa. Esa hipertensión arterial é un trastorno crónico?*

–Sen dúbida na maioría dos pacientes. Ademais da carga xenética inflúen os hábitos, a alimentación e a obesidade. Estes tres últimos factores son modificables mediante unha loita activa para o seu control durante toda a vida. Trátase de educarse continuamente nunha forma de vida saudable.

–*Como controlar esa tensión arterial en diabéticos?*

–Dependendo do tipo de diabete, entre o 15-60% dos pacientes van desenvolver hipertensión arterial e/ou nefropatía diabética. Para prever ou tratar estes problemas, ademais do control dos niveis da glucosa en sangue, debería reducirse o peso mediante unha dieta moderadamente hipocalórica, reducir a ingesta de sal a 5,8 g/día, diminuír a inxesta de alcohol a non máis dun vaso de viño ao día e practicar actividade física aeróbica (camiñar, footing...) durante unha hora, polo menos tres días por semana. O médico considerará a prescrición de fármacos como os coñecidos como IECAS ou outros, co fin de manter a tensión por debaixo de 130/80 mmHg (milímetros de mercurio).

–*É certo que con tomar unha aspirina diaria e algo de viño pódese reducir o risco de infarto?*

–Unha aspirina diaria axuda a baixar o risco de infarto de miocardio ou de ictus cerebral, pero só se recomenda en persoas que tiveron algún destes problemas ou teñen factores de risco alto de telos, xa que o uso diario de aspirina pode ter serios efectos secundarios. Tampouco se debe suspender de forma brusca a toma diaria de aspirina porque pode producirse un efecto rebote que provoque a formación de coágulos.

O consumo de unha a dúas copas de viño –mellor tinto– ao día é beneficioso para a saúde cardiovascular porque ten un efecto antiagregante/anticoagulante similar ao da aspirina, é un potente antiinflamatorio, mellora o nivel do colesterol bo e pode axudar a controlar a tensión. A través destes efectos tamén diminúe o risco de embolias cerebrais e de problemas de rego sanguíneo nas pernas. Por enriba da dose sinalada, o alcohol ten máis efectos daniños que beneficiosos.

–*A obesidade infantil pode provocar doenzas cardiovasculares?*

–Os nenos con sobrepeso corren o risco de sufrir diabete, colesterol elevado e hipertensión arterial. Problemas que co paso do tempo conducen a padecer enfermidades cardiovasculares. É unha epidemia na nosa xuventude que urxe corrixir e que debería ser combatida moi en serio polas autoridades sanitarias e os propios pais.

–*¿Qué chequeos básicos deberíamos hacer para controlar nuestro corazón?*

–En general, el riesgo cardiovascular comienza a partir de los 40 años en los hombres y pasada la menopausia en las mujeres, por tanto, a partir de entonces, parece aconsejable una revisión anual. El chequeo debería comprender una entrevista médica con exploración física, control de la tensión arterial, un electrocardiograma y analítica, que incluya la glucemia en ayunas, el colesterol, los triglicéridos y estudio de la orina. Con estas pruebas el cardiólogo decidirá la necesidad de una ecocardiografía, una prueba de esfuerzo o una TAC, para descartar enfermedad cardíaca. También deberían hacerse chequeos previos a la práctica deportiva de competición o que conlleve esfuerzo físico importante, para prevenir la muerte súbita.

–*La cuarta parte de la población es hipertensa. ¿Esa hipertensión arterial es un trastorno crónico?*

–Sin duda en la mayoría de los pacientes. Además de la carga genética influyen los hábitos, la alimentación y la obesidad. Estos tres últimos factores son modificables mediante una lucha activa para su control durante toda la vida. Se trata de educarse continuamente en una forma de vida saludable.

–*¿Cómo controlar esa tensión arterial en diabéticos?*

–Dependiendo del tipo de diabetes, entre el 15-60% de los pacientes van a desarrollar hipertensión arterial y/o nefropatía diabética. Para prevenir o tratar estos problemas, además del control de los niveles de la glucosa en sangre, debería reducirse el peso mediante una dieta moderadamente hipocalórica, reducir la ingesta de sal a 5,8 g/día, disminuir la ingesta de alcohol a no más de un vaso de vino al día y practicar actividad física aeróbica (caminar, footing...) durante una hora, al menos tres días por semana. El médico considerará la prescrición de fármacos como los conocidos como IECAS u otros, con el fin de mantener la tensión por debajo de 130/80 mmHg (milímetros de mercurio).

–*¿Es cierto que con tomar una aspirina diaria y algo de vino se puede reducir el riesgo de infarto?*

–Una aspirina diaria ayuda a bajar el riesgo de infarto de miocardio o de ictus cerebral, pero sólo se recomienda en personas que han tenido alguno de estos problemas o tienen factores de riesgo alto de tenerlos, ya que el uso diario de aspirina puede tener serios efectos secundarios. Tampoco se debe suspender de forma brusca la toma diaria de aspirina porque puede producirse un efecto rebote que provoque la formación de coágulos.

El consumo de una a dos copas de vino -mejor tinto- al día, es beneficioso para la salud cardiovascular porque tiene un efecto antiagregante/anticoagulante similar al de la aspirina, es un potente antiinflamatorio, mejora el nivel del colesterol bueno y puede ayudar a controlar la tensión. A través de estos efectos también disminuye el riesgo de embolias cerebrales y de problemas de riego sanguíneo en las piernas. Por encima de la dosis señalada, el alcohol tiene más efectos dañinos que beneficiosos.

–*¿La obesidad infantil puede provocar dolencias cardiovasculares?*

–Los niños con sobrepeso corren el riesgo de sufrir diabetes, colesterol elevado e hipertensión arterial. Problemas que a la larga conducen a padecer enfermidades cardiovasculares. Es una epidemia en nuestra juventud que urge corregir y que debería ser

—E entre os adultos, é certo que se triplica o risco cardiovascular cando o perímetro da cintura supera os 88 centímetros na muller e os 102 centímetros no home?

—Si, é certo que nestas persoas existe maior risco cardiovascular, a hipertensión arterial é 2,5 veces máis frecuente e desenvolven máis frecuentemente diabetes, gota, así como varios cáncers, incluíndo o de colon e o de próstata. Realmente a medición do perímetro umbilical é de balde e fácil de controlar persoalmente. Ademais, está máis estreitamente ligado á saúde cardiovascular que o simple dato de sobrepeso.

(Recentemente presentouse o primeiro Atlas Municipal de mortalidade por cancro en España, realizado polo Instituto de Salud Carlos III. Nese estudo, os investigadores decidiron ampliar o campo e xerar os mapas de mortalidade para dez enfermidades máis, como a diabetes ou as doenzas cardiovasculares. Se partimos a Península pola metade, entre norte e sur, cunha liña que vaia desde Valencia a Extremadura, atopámonos cun reparto con claras diferenzas. A diabetes e as enfermidades cardiovasculares proliferan na metade sur; a tuberculose no norte. Isto significa que segundo onde vostede viva así terá máis posibilidades de evitar unha ou outra causa, ou tamén de padecer unha ou outra doenza. En enfermidades cerebrovasculares, Andalucía é a máis afectada; polo que respecta a Galicia, Ourense está na parte alta e o resto de provincias na media. En canto a enfermidades cardiovasculares, o peor lévanos tamén as provincias andaluzas pero nesa parte alta tamén está Lugo).

O paro, un risco para a saúde

—E os datos anteriores están relacionados con diversas variables: ingesta de sal, industrias... pero a alimentación é parte importante. É a dieta mediterránea o mellor para previr un infarto?

—Unha dieta mediterránea variada, rica en froitas e vexetais, é a base da prevención pero é insuficiente. Necesítase exercicio físico moderado frecuente e supresión de malos hábitos como o tabaco, o sobrepeso ou o estrés.

—Menos estrés, deixar de fumar e andar máis. Non provoca máis estrés o paro que o traballo? Se é así parece algo incontrolable...

—Curiosamente, as dúas situacións poden producir uns niveis moi perxudiciais de estrés, aínda que é máis fácil de tratar no segundo caso, xa que podemos analizar que é o que nos produce estrés e tomar unha actitude mental e vital enfocada a reduci-lo. É importante o control do estrés crónico. Para iso, debemos concedernos tempo para a reflexión, para saber que queremos, a onde vamos e que é o éxito na vida persoal.

Sen embargo, o estrés por si só non produce infarto, aínda que si pode desencadealo se hai outras condicións que afecten directamente ao corazón, como diabetes, tabaquismo, hipertensión...

—Tén habido casos entre deportistas profesionais. Como é posible se están moi controlados medicamente?

—Aínda que ás veces estas situacións son imprevisibles, un chequeo completo, como comentabamos anteriormente, debe descartar estas mortes súbitas que adoitan ter un substrato anatómico ou eléctrico identificable.

—E ocorre a catástrofe. A rapidez da atención médica é fundamental. Pero, como se identifica correctamente que estamos, por exemplo, ante un inicio de infarto?

combatida muy en serio por las autoridades sanitarias y los propios padres.

—Y entre los adultos, ¿es cierto que se triplica el riesgo cardiovascular cuando el perímetro de la cintura supera los 88 centímetros en la mujer y los 102 centímetros en el hombre?

—Sí, es cierto que en estas personas existe mayor riesgo cardiovascular, la hipertensión arterial es 2,5 veces más frecuente y desarrollan más frecuentemente diabetes, gota, así como varios cáncers, incluyendo el de colon y el de próstata. Realmente la medición del perímetro umbilical es gratis y fácil de controlar personalmente. Además, está más estrechamente ligado a la salud cardiovascular que el simple dato de sobrepeso.

(Recientemente se ha presentado el primer Atlas Municipal de mortalidad por cáncer en España, realizado por el Instituto de Salud Carlos III. En ese estudio, los investigadores decidieron ampliar el campo y generar los mapas de mortalidad para diez enfermedades más, como la diabetes o las dolencias cardiovasculares. Si partimos la Península por la mitad, entre norte y sur, con una línea que vaya desde Valencia a Extremadura, nos encontramos con un reparto con claras diferencias. La diabetes y las enfermedades cardiovasculares proliferan en la mitad sur; la tuberculosis en el norte. Esto significa que según donde usted viva así tendrá más posibilidades de evitar una u otra causa, o también de padecer una u otra dolencia. En enfermedades cerebrovasculares, Andalucía es la más afectada; por lo que respecta a Galicia, Ourense está en la parte alta y el resto de provincias en la media. En cuando a enfermedades cardiovasculares, lo peor se lo llevan también las provincias andaluzas pero en esa parte alta también está Lugo).

El paro, un riesgo para la salud

—Y los datos anteriores están relacionados con diversas variables: ingesta de sal, industrias... pero la alimentación es parte importante. ¿Es la dieta mediterránea lo mejor para prevenir un infarto?

—Una dieta mediterránea variada, rica en frutas y vegetales, es la base de la prevención pero es insuficiente. Se necesita ejercicio físico moderado frecuente y supresión de malos hábitos como el tabaco, el sobrepeso o el estrés.

—Menos estrés, dejar de fumar y andar más. ¿No provoca más estrés el paro que el trabajo? Si es así parece algo incontrolable...

—Curiosamente, las dos situaciones pueden producir unos niveles muy perjudiciales de estrés, aunque es más fácil de tratar en el segundo caso, ya que podemos analizar qué es lo que nos produce estrés y tomar una actitud mental y vital enfocada a reducirlo. Es importante el control del estrés crónico. Para ello, debemos concedernos tiempo para la reflexión, para saber qué queremos, adónde vamos y qué es el éxito en la vida personal.

Sin embargo, el estrés por sí solo no produce infarto, aunque sí puede desencadenarlo si hay otras condiciones que afecten directamente al corazón, como diabetes, tabaquismo, hipertensión...

—Ha habido casos entre deportistas profesionales. ¿Cómo es posible si están muy controlados médicamente?

—Aunque a veces estas situaciones son imprevisibles, un chequeo completo, como comentábamos anteriormente, debe descartar estas muertes súbitas que suelen tener un substrato anatómico o eléctrico identificable.



–O infarto produce unha dor de intensidade moi variable que adoita ser opresiva, ou con sensación de pesadez ou incomodidade, en periodos repetitivos non maiores de tres minutos. Localizado no peito, ou na parte alta do estómago, pode estenderse cara o pescozo, o lombo, os ombros ou os brazos. A miúdo acompañado de sensación de náusea, sudoración, dificultade para respirar, palpitacións e sensación de mareo. Ante esta situación é probable que nos atopemos ante una angina de peito severa ou un infarto agudo.

–*Se temos eses síntomas deberíamos tomar “cafinitrina” inmediatamente?*

–Os pacientes que teñen historia de angina de peito e coñecen os seus síntomas, deben tomar una cafinitrina se empezan a notalos e repetir cada cinco minutos outras tres doses, se non lles cede a dor mentres acoden a urxencias. Se un non é alérxico á aspirina e pensa que está tendo un ataque ao corazón é recomendable que desfaga na boca unha aspirina común e así reducir a formación de coágulos dentro das arterias coronarias, mentres chega ao hospital máis próximo.

–*Que danos sofre o corazón cun infarto ou ataque ao corazón?*

–No infarto o que ocorre é que se produce a morte dun grupo

–*Y ocurre la catástrofe. La rapidez de la atención médica es fundamental. Pero, ¿cómo se identifica correctamente que estamos, por ejemplo, ante un inicio de infarto?*

–El infarto produce un dolor de intensidad muy variable que suele ser opresivo, o con sensación de pesadez o incomodidad, en periodos repetitivos no mayores de tres minutos. Localizado en el pecho, o en la parte alta del estómago, puede extenderse hacia el cuello, la espalda, los hombros o los brazos. A menudo acompañado de sensación de náusea, sudoración, dificultad para respirar, palpitaciones y sensación de mareo. Ante esta situación es probable que nos encontremos ante una angina de pecho severa o un infarto agudo.

–*¿Si tenemos esos síntomas deberíamos tomar “cafinitrina” inmediatamente?*

–Los pacientes que tienen historia de angina de pecho y conocen sus síntomas, deben tomar una cafinitrina si empiezan a notarlos, y repetir cada cinco minutos otras tres dosis, si no les cede el dolor mientras acuden a urgencias. Si uno no es alérgico a la aspirina y piensa que está teniendo un ataque al corazón es recomendable que deshaga en la boca una aspirina común y así reducir la formación de coágulos dentro de las arterias coronarias, mientras llega al hospital más cercano.

de células da parede do corazón debido a que se produciu unha obstrución dunha das arterias que nutre esa parte do corazón. Dependendo de en que arteria e en que segmento da arteria se produce a oclusión, o grupo de células afectado pode ser máis ou menos grande e por tanto o infarto será máis ou menos grave. Pero ademais da extensión, a gravidade pode estar en relación coa aparición de arritmias graves orixinadas na zona afectada. Éstas poden matar bruscamente.

—*A enxeñería xenética pode axudar a recuperar esas células mortas despois dun infarto?*

—No momento actual é difícil porque podemos implantar células novas na zona danada, pero estas non van funcionar se non somos capaces de aportar vasos sanguíneos que substitúan aos obstruídos, para poder alimentar axeitadamente as células implantadas.

(Por certo, que o reparto xenético en España é moi homoxéneo. Así que nada desas diferenzas que explotan algúns políticos...).

Pódese pinchar o corazón sen que deixe de latir?

—*O avance da cirurxía foi enorme en todos os campos. Iso pódese observar, por exemplo, na reparación ou substitución da válvula mitral. É dicir, a que regula o sangue que flúe entre as diferentes cámaras do corazón. Non hai un gran risco para o paciente nesa cirurxía a corazón aberto?*

—A mortalidade nos trinta días seguintes á cirurxía mitral varía desde menos do 2% cando a válvula é reparable, ata o 9-10% cando hai que substituír a válvula por unha válvula artificial. Inflúe tamén niso o estado preoperatorio do paciente, do resto do seu corazón e dos seus pulmóns, que xa viñeron sufrindo os efectos do malfuncionamiento valvular. Aínda que é unha cirurxía complexa que require o paro cardíaco e pulmonar, a apertura do corazón e a utilización dunha máquina que substitúe temporalmente ao corazón e os pulmóns é unha intervención segura que utiliza unha tecnoloxía desenvolvida durante máis de cincuenta anos e refinada cos máis modernos materiais tecnolóxicos.

—*Por que se dana a válvula cardíaca?*

—Basicamente dánase por ser defectuosa de nacemento, por unha infección ou por procesos dexenerativos da propia válvula, do músculo cardíaco ou da aorta.

—*Unha válvula cardíaca mecánica pode fallar ou desenvolver coágulos nela?*

Todas as válvulas mecánicas actuais son tromboxénicas (poden xerar trombos), máis tromboxénicas se están colocadas en posición mitral ou substituíndo válvulas do lado dereito do corazón que se substitúen á válvula aórtica. Por iso é necesario tomar de por vida anticoagulantes orais, para conseguir que o sangue coagule menos do normal e non se formen coágulos que a oclúan ou que dean lugar a embolias. É unha medicación que debe tomarse todos os días e seguir un control estrito polo hematólogo, quen axustará os niveles de anticoagulación ao tipo e situación da prótese no corazón.

—*É posible que, en ocasións, haxa que repetir esa cirurxía. Iso ten algún risco engadido para o paciente?*

“Los niños con sobrepeso corren el riesgo de sufrir diabetes, colesterol elevado e hipertensión arterial. Es una epidemia en nuestra juventud que urge corregir y que debería ser combatida muy en serio por las autoridades sanitarias y los propios padres”

—*¿Qué daños sufre el corazón con un infarto o ataque al corazón?*

—En el infarto lo que ocurre es que se produce la muerte de un grupo de células de la pared del corazón debido a que se ha producido una obstrucción de una de las arterias que nutre esa parte del corazón. Dependiendo de en qué arteria y en qué segmento de la arteria se produce la oclusión, el grupo de células afectado puede ser más o menos grande y por tanto el infarto será más o menos grave. Pero además de la extensión, la gravedad puede estar en relación con la aparición de arritmias graves originadas en la zona afectada. Éstas pueden matar bruscamente.

—*¿La ingeniería genética puede ayudar a recuperar esas células muertas después de un infarto?*

—En el momento actual es difícil porque podemos implantar células nuevas en la zona dañada pero éstas no van a funcionar si no somos capaces de aportar vasos sanguíneos que sustituyan a los obstruídos, para poder alimentar adecuadamente las células implantadas.

(Por cierto, que el reparto genético en España es muy homogéneo. Así que nada de esas diferencias que explotan algunos políticos...).

¿Se puede pinchar el corazón sin que deje de latir?

—*El avance de la cirugía ha sido enorme en todos los campos. Eso se puede observar, por ejemplo, en la reparación o reemplazo de la válvula mitral. Es decir, la que regula la sangre que fluye entre las diferentes cámaras del corazón. ¿No hay un gran riesgo para el paciente en esa cirugía a corazón abierto?*

—La mortalidad en los treinta días siguientes a la cirugía mitral varía desde menos del 2% cuando la válvula es reparable, hasta el 9-10% cuando hay que sustituir la válvula por una válvula artificial.





—As reoperacións son relativamente frecuentes no caso das válvulas biolóxicas porque cos anos deteriórnanse, pero tamén as mecánicas en ocasións poden necesitar ser substituídas. Por suposto, calquera delas debe xeralmente ser cambiada se se infecta.

A reoperación *per se* aumenta lixeiramente o risco cirúrxico, pero o que máis aumenta este é o grao de deterioro do estado xeral do paciente no momento da intervención.

—*Recentemente, vostede participou noutra operación ben complexa. En Meixoeiro, en Vigo, non necesitaron abrir o tórax dun paciente para colocarlle unha prótese na arteria aorta. Como é posible pinchar o corazón sen que pare de latir e operar sen abrir o peito do paciente?*

—O corazón é un órgano moi noble que aguanta moi ben a súa manipulación coidadosa. Por outra banda, o desenvolvemento tecnolóxico permitiu comprimir unha válvula artificial dentro dun tubo de menos de 10 milímetros de diámetro que, atravesando a parede do corazón, permítenos levar a nova válvula ao interior da válvula aórtica nativa enferma. Unha vez na posición correcta, expandirémola e fixarémola, guiando estas manobras coa visión por raios X e ecografía.

É unha intervención practicada co corazón latindo. Pódese realizar en menos de media hora, a través dunha pequena ferida

Influye tamén en ello el estado preoperatorio del paciente, del resto de su corazón y de sus pulmones, que ya han venido sufriendo los efectos el malfuncionamiento valvular. Aunque es una cirugía compleja que requiere el paro cardíaco y pulmonar, la apertura del corazón y la utilización de una máquina que sustituye temporalmente al corazón y los pulmones es una intervención segura que utiliza una tecnología desarrollada durante más de cincuenta años y refinada con los más modernos materiales tecnológicos.

—*¿Por qué se daña la válvula cardíaca?*

—Básicamente se daña por ser defectuosa de nacimiento, por una infección o por procesos degenerativos de la propia válvula, del músculo cardíaco o de la aorta.

—*¿Una válvula cardíaca mecánica puede fallar o desarrollar coágulos en ella?*

—Todas las válvulas mecánicas actuales son trombogénicas (pueden generar trombos), más trombogénicas si están colocadas en posición mitral o sustituyendo válvulas del lado derecho del corazón que si sustituyen a la válvula aórtica. Por ello es necesario tomar de por vida anticoagulantes orales, para conseguir que la sangre coagule menos de lo normal y no se formen coágulos que la ocluyan o que den lugar a embolias. Es una medicación

duns 10 centímetros de lonxitude no tórax, ou sen abrir o tórax nin perforar o corazón, simplemente en moitos casos pinchando unha arteria femoral ou axilar. Esixe un equipo multidisciplinar formado por cirurxiáns cardiólogos intervencionistas e ecocardiografistas, así como anestesiólogos. Permite tratar pacientes que pola súa idade e enfermidades asociadas serían rexeitados para cirurxía convencional con circulación extracorpórea debido ao alto risco cirúrxico.

Estas intervencións foron deseñadas co fin de dar unha solución a pacientes con estenose aórtica severa que eran conside-

que debe tomarse todos os días y seguir un control estricto por el hematólogo, quien ajustará los niveles de anticoagulación al tipo y situación de la prótesis en el corazón.

—Es posible que, en ocasiones, haya que repetir esa cirugía. ¿Eso tiene algún riesgo añadido para el paciente?

—Las reoperaciones son relativamente frecuentes en el caso de las válvulas biológicas porque con los años se deterioran, pero también las mecánicas en ocasiones pueden necesitar ser sustituidas. Por supuesto, cualquiera de ellas debe generalmente ser cambiada si se infecta.

La reoperación *per se* aumenta ligeramente el riesgo quirúrgico, pero lo que más aumenta éste es el grado de deterioro del estado general del paciente en el momento de la intervención.

—Recientemente, Ud. participó en otra operación bien compleja. En Meixoeiro, en Vigo, no necesitaron abrir el tórax de un paciente para colocarle una prótesis en la arteria aorta. ¿Cómo es posible pinchar el corazón sin que pare de latir y operar sin abrir el pecho del paciente?

—El corazón es un órgano muy noble que aguanta muy bien su manipulación cuidadosa. Por otra parte, el desarrollo tecnológico ha permitido comprimir una válvula artificial dentro de un tubo de menos de 10 milímetros de diámetro que, atravesando la pared del corazón, nos permite llevar la nueva válvula al interior de la válvula aórtica nativa enferma. Una vez en la posición correcta, la expandiremos y fijaremos, guiando estas maniobras con la visión por rayos X y ecografía.

Es una intervención practicada con el corazón latiendo. Se puede realizar en menos de media hora, a través de una pequeña herida de unos 10 centímetros de longitud en el tórax, o sin abrir el tórax ni perforar el corazón, simplemente en muchos casos pinchando una arteria femoral o axilar. Exige un equipo multidisciplinar formado por cirujanos cardiólogos intervencionistas y ecocardiografistas, así como anestesiólogos. Permite tratar pacientes que por su edad y enfermedades asociadas serían rechazados para cirugía convencional con circulación extracorpórea debido al alto riesgo quirúrgico.

Estas intervenciones fueron diseñadas con el fin de dar una solución a pacientes con estenosis aórtica severa que eran considerados inoperables. Actualmente la industria, los cardiólogos y los pacientes presionan para que se extienda su uso a aquellas personas que pueden ser intervenidas a corazón abierto, argumentando que permiten un postoperatorio menos doloroso e incómodo. Sin embargo, hay que tener en cuenta que pueden presentar complicaciones serias y que, con la experiencia actual, aún no se ha demostrado que los resultados a corto y largo plazo sean iguales o mejores



rados inoperables. Actualmente a industria, os cardiólogos e os pacientes están intentando que se estenda o seu uso a aquelas persoas que poden ser intervidas a corazón aberto, argumentando que permiten un postoperatorio menos doloroso e incómodo. Sen embargo, hai que ter en conta que poden presentar complicacións serias e que, coa experiencia actual, aínda non se demostrou que os resultados a curto e longo prazo sexan iguais ou mellores que coa intervención clásica. Isto debería explicarse sempre ao paciente, pois os resultados do recambio valvular aórtico clásico son excelentes e aínda non teñen sido superados.

Por outra banda, o enorme custo destes dispositivos porá enriba da mesa un problema de recursos sanitarios, dado o importante número de pacientes que poderán ser tratados no futuro, a medida que mellore a tecnoloxía e se teñan máis datos sobre a súa efectividade a longo prazo.

—*Os latexos do corazón non poden expulsar esa válvula que van introducir na aorta?*

—Para a manobra de expansión e fixación da válvula na raíz da aorta, anulamos o impulso cardíaco durante uns segundos, estimulando electricamente o corazón a unha frecuencia de 180 a 200 latexos por minuto. Así evítase que a válvula se desprace durante a súa fixación. É unha manobra delicada que, para evitar unha catástrofe, existe moita sincronización do equipo que está actuando.

(*É de esperar que os hipocondríacos —os que teñen unha preocupación esaxerada ou sen fundamento pola súa saúde— estean encantados*

que con la intervención clásica. Esto se debería explicar siempre al paciente, pues los resultados del recambio valvular aórtico clásico son excelentes y todavía no han sido superados.

Por otra parte, el enorme coste de estos dispositivos plantea un problema de recursos sanitarios, dado el importante número de pacientes que podrán ser tratados en el futuro, a medida que mejore la tecnología y se tengan más datos sobre su efectividad a largo plazo.

—*¿Los latidos del corazón no pueden expulsar esa válvula que van a introducir en la aorta?*

—Para la manobra de expansión y fijación de la válvula en la raíz de la aorta, anulamos el impulso cardíaco durante unos segundos, estimulando eléctricamente el corazón a una frecuencia de 180 a 200 latidos por minuto. Así se evita que la válvula se desplace durante su fijación. Es una manobra delicada que, para evitar una catástrofe, exige mucha sincronización del equipo que está actuando.

“Aínda que as propiedades terapéuticas da risa non están cientificamente probadas, sabemos que o benestar que producen a alegría, a relación amistosa con outra xente, o gozo das cousas da vida diaria e o interese polos demais son características frecuentes na maioría dos octoxenarios ou nonaxenarios con excelente calidade de vida”

“Aunque las propiedades terapéuticas de la risa no están científicamente probadas, sabemos que el bienestar que producen la alegría, la relación amistosa con otra gente, el disfrute las cosas de la vida diaria y el interés por los demás son características frecuentes en la mayoría de los octogenarios o nonagenarios con excelente calidade de vida”

con todos os detalles que nos facilita o Dr. Durán. De todos os xeitos, aínda faltan algúns... por exemplo, os síntomas do aneurisma... Seguimos...).

Tea de vela para a aorta

—*Na aorta, a maior arteria que sae do corazón, pódese producir unha coartación (estreitamento) ou un aneurisma (ancheamento, abultamento). Por que se producen tanto un como outro fenómeno?*

—A coartación é un defecto conxénito debido a un desenvolvemento defectuoso da aorta. Os aneurismas poden estar ligados a enfermidades xenéticas que implican un defecto na composición da matriz da parede aórtica, pero a maioría deles son procesos dexenerativos da parede aórtica asociados á hipertensión, as hiperlipemias, o envellecemento e máis raramente a procesos infecciosos.

—*É certo que o aneurisma (que pode aparecer en distintos puntos) non dá ningún síntoma? É dicir, que é case imposible de detectar agás por radiografías ou tomografías realizadas por outras razóns?*

—Os aneurismas da aorta só dan síntomas cando polo seu ta-

(Es de esperar que los hipocondríacos —los que tienen una preocupación exagerada o sin fundamento por su salud— estén encantados con todos los detalles que nos facilita el Dr. Durán. De todas formas todavía faltan algunos... por ejemplo, los síntomas del aneurisma... Seguimos...)

Tela de vela para la aorta

—*En la aorta, la mayor arteria que sale del corazón, se puede producir una coartación (estrechamiento) o un aneurisma (ensanchamiento, abultamiento). ¿Por qué se producen tanto uno como otro fenómeno?*

—La coartación es un defecto congénito debido a un desarrollo defectuoso de la aorta. Los aneurismas pueden estar ligados a enfermedades genéticas que implican un defecto en la composición de la matriz de la pared aórtica, pero la mayoría de ellos son procesos degenerativos de la pared aórtica asociados a la hipertensión, las hiperlipemias, el envejecimiento y más raramente a procesos infecciosos.

—*¿Es cierto que el aneurisma (que puede aparecer en distintos puntos) no da ningún síntoma? Es decir, ¿que es casi imposible de detectar salvo por radiografías o tomografías realizadas por otras razones?*

maño e localización comprimen ou distenden estruturas veciñas como poden ser o esófago (molestias ao tragar), os bronquios (dificultade ou ruidos ao respirar), ou algún nervio (rouquén). Ás veces producen embolias se soltan trombos da súa parede. Orixinan dor por compresión ou cando están a punto de romper ou rompen. Ás veces poden sospeitarse en enfermidades da válvula aórtica ou porque forman parte dunha enfermidade con outras afectacións asociadas. Pero efectivamente, a maioría dos asintomáticos descóbrense nunha radiografía ou nunha tomografía computarizada, realizada por outro motivo.

—*Ás veces, a parte de aorta afectada debe ser reemplazada (por tea?). Iso co paso do tempo non pode traer complicacións para o paciente?*

Cando se decide substituír a aorta por un tubo xeralmente de Dacron® (o material que se usa para as velas dos veleiros) ou de GoreTex® (tamén usado en vestimenta de abrigo), valórase que os riscos da propia intervención e do futuro da prótese sexan menores que os de vivir cunha aorta enferma. De todas formas, os riscos a medio e longo prazo de levar un tubo protésico son moi baixos e practicamente redúcense a infección e problemas nas liñas de suturas coa aorta do paciente.

—*Un mesmo paciente pode repetir un aneurisma en calquera outra parte da aorta?*

—Si. A enfermidade aneurismática é unha enfermidade da estrutura da parede aórtica, polo que pode aparecer en diversos lugares e en diversos momentos, de aí a importancia de manter controlados os factores determinantes controlables, sendo a tensión arterial o máis importante.

—*E se non se detecta pódese desangrar en poucos minutos...*

—É raro que cando se está rompendo non produza dor. Xeralmente a rotura inicial non conduce directamente a unha rotura completa, polo que no noso medio adoita a ser posible chegar a un hospital que dispoña dun equipo de cirurxía cardiovascular de urxencia e unha UCI afeita a manexar a estes pacientes. Pero si é verdade que o tempo é un factor esencial para a supervivencia.

Tratamento das arritmias

—*Imos coas arritmias que poden producir síntomas como palpitacións ou síncope. Quen pode padecerlas e como se diagnostican?*

—Todos podemos padecer arritmias que poden ter múltiples orixes. Algunhas poden ser transitorias e ligadas a situacións puntuais. Falamos de taquiarritmias cando o ritmo do corazón acelérase anormalmente e de bradiarritmias cando o ritmo se ralen-

—Los aneurismas de la aorta sólo dan síntomas cuando por su tamaño y localización comprimen o distienden estructuras vecinas como pueden ser el esófago (molestias al tragar), los bronquios (dificultad o ruidos al respirar), o algún nervio (ronquera). A veces producen embolias si sueltan trombos de su pared. Originan dolor por compresión o cuando están a punto de romperse o se rompen. A veces pueden sospecharse en enfermedades de la válvula aórtica o porque forman parte de una enfermedad con otras afectaciones asociadas. Pero efectivamente, la mayoría de los asintomáticos se descubren en una radiografía o en una tomografía computarizada, realizada por otro motivo.

—*A veces, la parte de aorta afectada debe ser reemplazada (¿por tela?). ¿Eso a la larga no puede traer complicaciones para el paciente?*

—Cuando se decide sustituir la aorta por un tubo generalmente de Dacron® (el material que se usa para las velas de los veleros) o de GoreTex® (también usado en vestimenta de abrigo), se valora

que los riesgos de la propia intervención y del futuro de la prótesis sean menores que los de vivir con una aorta enferma. De todas formas, los riesgos a medio y largo plazo de llevar un tubo protésico son muy bajos y prácticamente se reducen a infección y problemas en las líneas de suturas con la aorta del paciente.

—*¿Un mismo paciente puede repetir un aneurisma en cualquier otra parte de la aorta?*

—Sí. La enfermedad aneurismática es una enfermedad de la estructura de la pared aórtica, por lo que puede aparecer en diversos lugares y en diversos momentos, de ahí la importancia de mantener controlados los factores determinantes controlables, siendo la tensión arterial el más importante.

—*Y si no se detecta te puedes desangrar en pocos minutos...*

—Es raro que cuando se está rompiendo no produzca dolor. Generalmente la rotura inicial no conduce directamente a una rotura completa, por lo que en nuestro medio suele ser posible llegar a un hospital que disponga de un equipo de cirugía cardiovascular de urgencia y una UCI acostumbrada a manejar estos pacientes. Pero sí es verdad que el tiempo es un factor esencial para la supervivencia.

Tratamiento de las arritmias

—*Vamos con las arritmias que pueden producir síntomas como palpitaciones o síncope. ¿Quién puede padecerlas y cómo se diagnostican?*

—Todos podemos padecer arritmias que pueden tener múltiples orígenes. Algunas pueden ser transitorias y ligadas a situaciones puntuales. Hablamos de taquiarritmias cuando el ritmo del corazón se acelera anormalmente y de bradiarritmias cuando el ritmo se ralen-

“Hai que ter en conta que coa operación curamos os desperfectos ocasionados pola enfermidade pero non esta. De aí que, para unha maior supervivencia, é fundamental o control dos factores de risco”

“Hay que tener en cuenta que con la operación curamos los desperfectos ocasionados por la enfermedad pero no ésta. De ahí que, para una mayor supervivencia, es fundamental el control de los factores de riesgo”



tiza. Algunhas son unha ameaza para a vida, mentres que outras toléranse ben.

–*Cal é o seu tratamento?*

–Gran parte das taquiarritmias contrólense con medicación ou corrixindo o proceso que as induce. Cando teñen unha repercusión importante e falla o tratamento médico, pódense tratar coa aplicación de catéteres que, mediante frío ou radiofrecuencia, anulan as vías por onde circula o estímulo cardíaco que produce a arritmia. Estas son intervencións que se poden facer con anestesia local e un simple pinchazo nunha vea.

–*Pode ser necesaria a cirurxía para corrixir unha arritmia?*

–A cirurxía pode ser necesaria para tratar unha taquiarritmia se fracasa a intervención descrita anteriormente. Tamén se pode aplicar para curar unha arritmia orixinada nas aurículas –a fibrilación auricular–, aproveitando que o paciente é intervido do corazón por outro motivo. No noso hospital temos tratado así a 250 pacientes. Temos unha das experiencias máis grandes no noso país, cuns resultados superpoñibles aos publicados na literatura médica internacional.

As arritmias ventriculares malignas que poden producir a morte brusca trátanse cunha pequena operación que se pode facer con anestesia local, durante a cal se implanta un desfibrila-

tiza. Algunhas son una amenaza para la vida mientras que otras se toleran bien.

–*¿Cuál es su tratamiento?*

–Gran parte de las taquiarritmias se controlan con medicación o corrigiendo el proceso que las induce. Cuando tienen una repercusión importante y falla el tratamiento médico, se pueden tratar con la aplicación de catéteres que, mediante frío o radiofrecuencia, anulan las vías por donde circula el estímulo cardíaco que produce la arritmia. Éstas son intervenciones que se pueden hacer con anestesia local y un simple pinchazo en una vena.

–*¿Puede ser necesaria la cirugía para corregir una arritmia?*

–La cirugía puede ser necesaria para tratar una taquiarritmia si fracasa la intervención descrita anteriormente. También se puede aplicar para curar una arritmia originada en las aurículas –la fibrilación auricular–, aprovechando que el paciente es intervenido del corazón por otro motivo. En nuestro hospital hemos tratado así a 250 pacientes. Tenemos una de las experiencias más grandes en nuestro país, con unos resultados superponibles a los publicados en la literatura médica internacional.

Las arritmias ventriculares malignas que pueden producir la muerte brusca se tratan con una pequeña operación que se puede hacer con anestesia local, durante la cual se implanta un desfibrila-



lador automático cun ou varios electrodos no corazón. O aparato, que é máis pequeno que un paquete de tabaco, colócase debaixo da pel no tórax. É quen de detectar cando se produce a arritmia e automaticamente produce un choque eléctrico para corrixila.

Nos casos de arritmias que producen unha ralentización do ritmo cardíaco –bradicardia–, os pacientes poden necesitar a implantación dun marcapasos, mediante unha operación moi parecida á da implantación dun desfibrilador.

–*A apnea do sono pode provocar bradicardias?*

–Aproximadamente o 18% dos pacientes con apnea do sono poden presentar alteracións do ritmo con significado patolóxico. Na apnea do sono os sucesivos periodos de pausa respiratoria e a conseguinte diminución de osíxeno no sangue orixinan

dor automático con uno o varios electrodos en el corazón. El aparato, que es más pequeño que una cajetilla de tabaco, se coloca debajo de la piel en el tórax. Es capaz de detectar cuándo se produce la arritmia y automáticamente produce un choque eléctrico para corregirla.

En los casos de arritmias que producen una ralentización del ritmo cardíaco –bradicardia–, los pacientes pueden necesitar la implantación de un marcapasos, mediante una operación muy parecida a la de la implantación de un desfibrilador.

–*¿La apnea del sueño puede provocar bradicardias?*

–Aproximadamente el 18% de los pacientes con apnea del sueño pueden presentar alteraciones del ritmo con significado patológico. En la apnea del sueño los sucesivos periodos de pausa respiratoria y la conseguinte disminución de oxígeno en la sangre originan bra-

bradicardias. Alteracións que non se deben a problemas estruturais e que se resolven coa utilización durante o sono dunha máquina coñecida como CPAP.

A risa axuda ao corazón

—Hai xente cun bypass, que pode ser dobre ou triple. Iso fai que se reduza a súa esperanza de vida?

—Mesmo hai pacientes con bypass cuádruple ou quádruple. Pero a esperanza de vida non depende tanto do número de pontes coronarias como do estado do músculo cardíaco no momento da operación. Se non houbo infartos previos ou foron pequenos e o corazón se contrae normalmente, haberá maior esperanza de vida. Ademais, a duración dos inxertos depende do tipo de inxerto utilizado. Se utilizamos as arterias mamarias internas, sabemos que máis do 90% delas van estar permeables aos 10 anos, mentres que se utilizamos as veas das pernas, unha porcentaxe destas tenden a ocluírse cos anos. Por iso debemos utilizar os inxertos arteriais nas arterias coronarias principais, cuxo funcionamento é necesario para unha maior supervivencia. Por outra banda, hai que ter en conta que coa operación curamos os desperfectos ocasionados pola enfermidade pero non esta. De aí que, para unha maior supervivencia, é fundamental o control dos factores de risco, coa fin de ralentizar a progresión da arteriosclerose.

(Outra reflexión: somos o país do mundo con máis hipertensos -en porcentaxe- despois de Xapón. É curioso porque somos os dous países do mundo onde se come máis pescado. Ou será por iso?... polo sal do pescado).

—Somos unha poboación á que lle gusta o sal: *pescaíto* frito, *pataquiñas* fritidas, amendoas salgadas, olivas, lacón, cacheira, xamón serrano e outros embutidos... así que os únicos responsables somos nós. Non imos botarlle a culpa ao pescado!

—Un enfermo do corazón, éo para sempre?

—En termos xerais, si. Hai moi poucas intervencións curativas. A medicina e a cirurxía conseguen compensar ou reparar lesións cardíacas, permitindo a moitos pacientes mellorar tanto que poden levar unha vida normal cunha supervivencia moi prolongada. Pero son corazóns que necesitan ser coidados, sendo os seus donos os principais coidadores a través do control dos factores de risco cardiovascular, a práctica dunha vida fisicamente activa adaptada ás súas capacidades, a alimentación sa e a loita contra o sobrepeso.

(Últimamente apareceron ata cátedras de risoterapia nalgunha Universidade como a de Alcalá. Talvez sexa porque a vida, ultimamente, non nos dá moitas oportunidades).

—A risa é saudable para o corazón?

—Aínda que as propiedades terapéuticas da risa non están cientificamente probadas, sabemos que o benestar que producen a alegría, a relación amistosa con outra xente, o gozo das cousas da vida diaria e o interese polos demais son características frecuentes na maioría dos octoxenarios ou nonaxenarios con excelente calidade de vida. Por iso recomendo esa actitude vital, o optimismo razoable e o cultivar o contacto cos amigos. O corazón e o cerebro agradeceránnolo. Si, convén rir, convén darnos as nosas oportunidades. **G**

dicardias. Alteraciones que no se deben a problemas estruturales y que se resuelven con la utilización durante el sueño de una máquina conocida como CPAP.

La risa ayuda al corazón

—Hay gente con un bypass, que puede ser doble o triple. ¿Eso hace que se reduzca su esperanza de vida?

—Incluso hay pacientes con bypass cuádruple o quádruple. Pero la esperanza de vida no depende tanto del número de puentes coronarios como del estado del músculo cardíaco en el momento de la operación. Si no ha habido infartos previos o han sido pequeños y el corazón se contrae normalmente, habrá mayor esperanza de vida. Además, la duración de los injertos depende del tipo de injerto utilizado. Si utilizamos las arterias mamarias internas, sabemos que más del 90% de ellas van estar permeables a los 10 años, mientras que si utilizamos las venas de las piernas, un porcentaje de éstas tienden a ocluirse con los años. Por ello debemos utilizar los injertos arteriales en las arterias coronarias principales, cuyo funcionamiento es necesario para una mayor supervivencia. Por otra parte, hay que tener en cuenta que con la operación curamos los desperfectos ocasionados por la enfermedad pero no ésta. De ahí que, para una mayor supervivencia, es fundamental el control de los factores de riesgo, con el fin de ralentizar la progresión de la arteriosclerosis.

(Otra reflexión: somos el país del mundo con más hipertensos -en porcentaje- después de Xapón. Es curioso porque somos los dos países del mundo donde se come más pescado. ¿O será por eso?... por la sal del pescado).

—Somos una poboación a la que le gusta la sal: *pescaíto* frito, *pataquiñas* fritas, almendras saladas, aceitunas, lacón, *cacheira*, jamón serrano y otros embutidos... así que los únicos responsables somos nosotros. ¡No vamos a echarle la culpa al pescado!

—Un enfermo del corazón, ¿lo es para siempre?

—En términos generales, sí. Hay muy pocas intervenciones curativas. La medicina y la cirugía consiguen compensar o reparar lesiones cardíacas, permitiendo a muchos pacientes mejorar tanto que pueden llevar una vida normal con una supervivencia muy prolongada. Pero son corazones que necesitan ser cuidados, siendo sus dueños los principales cuidadores a través del control de los factores de riesgo cardiovascular, la práctica de una vida físicamente activa adaptada a sus capacidades, la alimentación sana y la lucha contra el sobrepeso.

(Últimamente han aparecido hasta cátedras de risoterapia en alguna Universidad como la de Alcalá. Tal vez sea porque la vida, últimamente, no nos da muchas oportunidades).

—¿La risa es saludable para el corazón?

—Aunque las propiedades terapéuticas de la risa no están científicamente probadas, sabemos que el bienestar que producen la alegría, la relación amistosa con otra xente, el disfrute das cousas da vida diaria y el interese por los demás son características frecuentes en la mayoría de los octogenarios o nonagenarios con excelente calidade de vida. Por eso recomiendo dicha actitude vital, el optimismo razoable y el cultivar el contacto con los amigos. El corazón y el cerebro nos lo agradecerán. Sí, conviene reírse, conviene darnos nuestras oportunidades. **G**