



DEL PRIMER AVISO A VOLVER A VIVIR: EL RECORRIDO FRENTE A LA **ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR**

Especialistas de Policlínica Gipuzkoa analizan el aumento de casos en mujeres, los hábitos de riesgo en jóvenes y el reto de intervenir a pacientes longevos

Izaro Zubeldia

La enfermedad cardiovascular continúa siendo uno de los grandes retos sanitarios. A nivel mundial sigue siendo la primera causa de muerte, con cerca de 20 millones de fallecimientos al año (uno de cada tres). Pero su impacto va mucho más allá: provoca discapacidad, dependencia y una importante pérdida de calidad de vida.

Frente a este escenario, la cardiología ha experimentado una enorme transformación. La prevención y el diagnóstico precoz conviven hoy con tratamientos menos invasivos, nuevas posibilidades quirúrgicas y programas para que el paciente recupere su vida. En la Unidad del Corazón de Policlínica Gipuzkoa, este recorrido reúne prevención, diagnóstico, cardiología intervencionista, cirugía y rehabilitación.

Prevenir antes de que llegue el problema

"Muchas enfermedades cardiovasculares pueden prevenirse", recuerda el doctor Gonzalo Navarrete, cardiólogo responsable de la Unidad del Corazón y jefe del servicio de Cardiología. Pese a los avances médicos, los factores de riesgo siguen teniendo un peso determinante. La hipertensión arterial, el colesterol elevado, el tabaquismo, la diabetes, el sobrepeso y la obesidad se encuentran entre los más habituales, a los que se suma el sedentarismo y el envejecimiento poblacional.

"Afortunadamente vivimos más años, pero el riesgo cardiovascular aumenta con la edad", explica el Dr. Navarrete. "Cada vez atendemos a más pacientes mayores con enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca o fibrilación auricular, lo que exige un abordaje más personalizado".

A su vez, problemas como la obesidad, la diabetes y la hipertensión aparecen a edades más tempranas. "Por eso, el futuro de la cardiología pasa tanto por la innovación terapéutica como por la prevención y la promoción de hábitos saludables", insiste.

Reconocer las señales de alarma

Prevenir también significa saber reconocer cuándo algo no va bien. Al pensar en un infarto, la imagen más habitual es el dolor intenso en el pecho, pero no siempre se presenta así. "Especialmente en las mujeres, pueden aparecer síntomas menos reconocidos como falta de aire, cansancio extremo, náuseas, mareo o dolor en la mandíbula, cuello, espalda o abdomen", indica Navarrete. Conocer estas formas de presentación, habituales en personas



La imagen más habitual relacionada con el infarto es el dolor intenso en el pecho, pero no siempre es así.

diabéticas y de edad avanzada, ayuda a consultar a tiempo y salvar vidas. Y es que, el hecho de que sus síntomas sean menos reconocibles puede contribuir a retrasar el diagnóstico.

Navarrete recuerda que aún existe la creencia de que la enfermedad cardiovascular es fundamentalmente masculina: "Los hombres suelen desarrollar enfermedad coronaria a edades más tempranas, mientras que en las mujeres el riesgo aumenta especialmente después de la menopausia".

Tratar sin abrir el tórax

Cuando la enfermedad ya está presente, la cardiología intervencionista amplía las posibilidades. El doctor Ramiro Trillo, jefe del servicio de Cardiología Intervencionista de Policlínica Gipuzkoa, explica que las técnicas de angioplastia coronaria e implante de stents son una alternativa efectiva y menos invasiva a la cirugía convencional: "Hoy se usa el acceso por la arteria radial con una tasa de complicaciones muy baja que permite al paciente deambular de inmediato, al contrario que el acceso por la arteria femoral, que precisaba reposo prolongado".

El gran cambio ha sido llevar el

intervencionismo a patologías antes quirúrgicas. Un ejemplo es la TAVI, el implante percutáneo de una prótesis valvular aórtica mediante catéter, que trata la válvula aórtica sin cirugía convencional, especialmente en personas mayores. Las técnicas percutáneas también intervienen sobre las válvulas mitral, tricúspide y pulmonar, cierran defectos congénitos o la orejuela izquierda para prevenir trombos e ictus.

La clave, explica Trillo, es que "hay que demostrar que con el procedimiento menos invasivo se obtienen los mismos resultados o mejores que los obtenidos por la técnica quirúrgica convencional". Cuando es así, las ventajas son claras: menor invasividad, estancias cortas y rápida recuperación, ampliando opciones para pacientes de alto riesgo o sin necesidad de anestesia general.

Cirugías necesarias

El avance del intervencionismo no invalida la cirugía cardiovascular. Hay patologías donde esta ofrece el tratamiento más completo o duradero. La doctora Lucía Pañeda, cirujana cardiovascular, señala las patologías de la aorta (aneurismas y disecciones), enfermedades valvulares complejas

donde es posible reparar en lugar de sustituir, endocarditis con destrucción de tejidos y casos que requieren tratar varias lesiones en una misma intervención. Asimismo, la cirugía cumple un papel fundamental en la enfermedad coronaria extensa o en pacientes diabéticos, donde el bypass coronario ofrece mejores resultados a largo plazo que los stents.

Aunque una operación sigue generando miedo, Pañeda destaca la evolución reciente: "Tenemos una planificación mucho más precisa, mejores técnicas quirúrgicas y anestésicas, una monitorización extraordinaria y cuidados postoperatorios muy protocolizados". La información también reduce la incertidumbre al explicar al paciente qué se va a hacer y qué esperar.

En este contexto, destaca el trabajo multidisciplinar. Para Pañeda, las decisiones no deben depender únicamente del especialista al que llegue primero el paciente. Cardiólogos clínicos, especialistas en imagen, intervencionistas, cirujanos y anestesiólogos valoran conjuntamente los casos complejos, considerando la edad, patologías asociadas, anatomía y preferencias. "Una Unidad del Corazón permite que el paciente esté

en el centro de la decisión. No se trata de elegir entre cirugía o intervencionismo, sino de elegir juntos la mejor solución para cada corazón", afirma.

Sobrevivir no es el final

El recorrido no termina al salir del quirófano o superar el infarto. El doctor Eduardo Alegria, jefe del servicio de Rehabilitación Cardíaca, explica que tras un episodio cardíaco puede aparecer la "enfermedad del miedo": incertidumbre y ansiedad en el paciente y la familia.

Aquí entra la rehabilitación cardíaca. Su fase activa hospitalaria de tres meses combina reacondicionamiento físico, apoyo psicológico, educación nutricional y control de factores de riesgo. Según el especialista, "los pacientes bien revascularizados y con control estricto de medicación presentan un riesgo de complicaciones posterior inferior al 1% anual".

El objetivo es ayudar al paciente a recuperar la confianza en su cuerpo. De esta forma, la atención cardiovascular es un proceso continuo: prevenir, detectar, tratar, operar y acompañar la recuperación. El fin no es solo superar la enfermedad, sino volver a vivir. ■

EQUIPO MÉDICO



► Dr. Gonzalo Navarrete, responsable Unidad Corazón y jefe servicio de Cardiología



► Dr. Ramiro Trillo, jefe del servicio de Cardiología Intervencionista



► Dr. Eduardo Alegria, jefe del servicio de Rehabilitación Cardíaca



► Dr. Lucía Pañeda, cirujana cardiovascular