

Cardiología intervencionista e investigación de nuevos procedimientos

Grabado agosto 2022



♪ [música] ♪ - [Dr. Ransohoff] Hola, soy el Dr. Kurt Ransohoff, Director General y Jefe Médico de la Clínica Sansum. Me gustaría darles la bienvenida a "Sansum Speaks," un ciclo de conferencias presentado por el Consejo de Mujeres de la Clínica Sansum, dirigido por Julie Nadel y Bobbie Rosenblatt.

La serie demuestra nuestro compromiso de proporcionar no solo una atención sanitaria de la más alta calidad, sino también de informar y educar a nuestra comunidad sobre importantes temas de atención sanitaria. Estas charlas estarán llenas de información valiosa presentada por algunos de nuestros más distinguidos proveedores de atención médica. Cuanto más sepa, más provecho sacará de su experiencia sanitaria en la Clínica Sansum.

Así que, de nuevo, gracias por unirse a nosotros. ♪ [música] ♪ - Hola, hoy estamos aquí para hablar con uno de los cardiólogos altamente capacitados de la Clínica Sansum, el doctor Michael Shenoda.

Vamos a hablar con él sobre su trabajo en cardiología y sus importantes investigaciones. El doctor Shenoda se unió a la Clínica Sansum en 2011. Está certificado tanto en medicina interna como en cardiología y cardiología intervencionista. Creció en el área de Los Ángeles y luego asistió a la escuela de medicina en la Universidad Estatal de Michigan.

Y luego se mudó y volvió al soleado sur de California, donde hizo su residencia en medicina interna en la UCLA antes de ir al Cedars, [inaudible] en Los Ángeles, donde hizo su beca en cardiología y luego volvió a la UCLA para hacer cardiología intervencionista. Así que Mike, bienvenido, me alegro de tenerte aquí.

Permíteme empezar señalando que tienes una especialidad quirúrgica muy intensa, lo que significa que tus días están muy centrados en los problemas clínicos. ¿Cómo te interesaste por la cardiología?

- [Dr. Shenoda] Bueno, gracias, Kurt, por esa maravillosa introducción. Siempre me interesó la fisiología humana, y eso es lo que me llevó a estudiar biología y luego, cuando fui a la facultad de medicina, me interesó aún más la fisiología cardíaca. No fue hasta la facultad de medicina, en la que empecé a hacer mi primera rotación en la unidad de cuidados cardíacos y posteriormente vi mi primer angiograma coronario y angioplastia, y pensé, "Un momento, esta

persona acaba de tener una arteria 100% bloqueada, la hemos abierto, no tiene síntomas y se va a ir a casa en los próximos días y acabamos de rescatar a esta persona de un gran ataque al corazón". Yo estaba como, "Apúntame a esta carrera.

Quiero hacer esto. Quiero ayudar a la gente de esta manera". - Recuerdo, Mike, creo que no mencioné uno de tus títulos. Creo que después de la universidad y antes de la escuela de medicina obtuviste una maestría, tal vez podrías recordarnos cuál es.

- Sí, hice un programa de máster acelerado de un año en la Universidad de Barry en ciencias biomédicas, lo que, una vez más, me hizo ver que realmente me gustaban las ciencias biomédicas, y en particular la fisiología humana. Y después de obtener ese título, decidí que realmente quería ir a la escuela de medicina y convertirme en médico.

- Has mencionado el primer caso que viste, la angioplastia. ¿Consideraste otras especialidades después de la carrera de medicina o solo cardiología?

- Sí, estuve dudando entre la cardiología, la cirugía vascular y la cirugía plástica. Pero, repito, después de ver esa primera angioplastia y angiograma, decidí realmente que quería ser cardiólogo, un cardiólogo intervencionista para intentar ayudar a la gente con procedimientos básicos mínimos en lugar de las tradicionales cirugías a corazón abierto.

- Es curioso, Mike, hice mi residencia en la UCLA y recuerdo... Eso fue un poco antes que tú lo hicieras, pero recuerdo esa primera vez cuando las angioplastias eran totalmente nuevas y esa sensación de absoluto asombro por lo que podía pasar.

- Sí, es una tecnología fantástica que ha seguido evolucionando en la práctica diaria.

- Pero lo que estás haciendo ahora con algunos de los trabajos sobre válvulas que has realizado, tal vez podrías explicar a nuestros oyentes algunas de las... Creo que, igualmente asombroso cosas que están haciendo ahora tú, el doctor Aragón y otros.

- Sí, absolutamente, diría que una de las cosas que me gustan de estar en este campo son los rápidos y cambiantes avances tecnológicos, y el mejor ejemplo de ello es nuestro enfoque de las terapias valvulares.

En los últimos 10 años hemos revolucionado la forma de tratar a los pacientes con cardiopatías valvulares, empezando por la estenosis aórtica, que es un estrechamiento de una de las principales válvulas del corazón en la arteria. Antes teníamos que enviar a alguien a una operación a corazón abierto, ponerlo

en la máquina cardiopulmonar, parar su corazón para cortar la válvula y suturar una nueva con un cirujano cardiorácico. Y ahora tenemos la capacidad de hacerlo sin cirugía a corazón abierto, normalmente con un paciente que está ligeramente sedado, y somos capaces de poner una nueva válvula cardíaca a través de un catéter en la pierna, y empujar la vieja válvula a un lado con un globo, y luego poner una nueva válvula en su lugar.

El paciente suele permanecer un día en el hospital y puede volver a casa en uno o dos días y recuperarse completamente sin necesidad de abrirle el pecho ni operarle a corazón abierto. Asimismo, hemos avanzado en la terapia de la mitroválvula, en la que podemos reparar una mitroválvula con fugas, una vez más, sin necesidad de cirugía a corazón abierto o de la máquina cardiopulmonar en un paciente, solo colocando un clip a través de la válvula estratégicamente para detener la fuga de la válvula.

También tenemos muchas más terapias transcáteter para otras válvulas del corazón, como las que hemos utilizado en operaciones pulmonaras para pacientes con cardiopatías congénitas, y estamos evaluando otras terapias para otra válvula cardíaca, la tricúspide, en el lado derecho del corazón, en la que podemos sustituir o recortar la válvula si tiene una fuga grave.

- Tal vez valga la pena explicar a nuestros oyentes, antes de que se pudiera hacer este tipo de reemplazos de la válvula aórtica, ¿qué tratamiento recibían los pacientes para su recuperación?

- Con una operación tradicional a corazón abierto, los pacientes se conectan a la máquina cardiopulmonar, pasan un par de días en terapia intensiva, y a continuación, probablemente cinco o siete días en el hospital, y luego suelo decirles a los pacientes que generalmente se tardan entre cuatro y seis, y hasta ocho semanas en recuperarse por completo, lo que implica una rehabilitación intensiva, a veces en un centro especializado y otras veces en casa.

Con la sustitución de la válvula aórtica por transcáteter, conocida como TAVR, los pacientes no tienen que pasar por esa larga estancia en el hospital ni por el proceso de rehabilitación. La mayoría salen en un plazo de 24 a 48 horas y vuelven a funcionar con normalidad aproximadamente una semana después de la sustitución de la válvula transcáteter. Del mismo modo, en el caso de la reparación de la mitroválvula mediante un procedimiento denominado MitraClip, los pacientes suelen volver a casa al día siguiente y en una o dos semanas vuelven a andar con normalidad o mejor que antes.

- Sé que tú y el doctor Aragon tienen una excelente reputación y han estado trayendo pacientes de fuera de la zona. Tal vez podrías contarnos cuantos reemplazos de válvula aórtica están haciendo.

- Sí, quiero decir, afortunadamente empezamos desde cero cuando empezamos a construir este programa en 2013 y hemos llevado este programa a un nivel tan alto que hemos sido capaces de atraer a un montón de pacientes de Santa Bárbara, así como de fuera de Santa Bárbara.

Tenemos un poco de área de captación debido a nuestro volumen. Nos hemos convertido fácilmente en uno de los centros de mayor volumen de la costa central. Y hemos sido capaces de avanzar en nuestro programa para hacer algunos procedimientos bastante complejos, así al igual que en la cirugía a corazón abierto, hay casos de rutina y no rutinarios, y somos conocidos por ser capaz de tomar casos TAVR y MitraClip que no son tan rutinarios o que son complejas para la mayoría de las capacidades de los centros de atención.

Y hemos hecho avanzar nuestro programa hasta el nivel de la mayoría de los programas que solo se ven en los centros académicos o terciarios e incluso en algunos centros de referencia de atención cuantitativa, y nuestros volúmenes han rivalizado con los de algunos de nuestros centros académicos locales nacionales.

- He hablado en la introducción de algunas de las investigaciones que estás realizando, ¿quizás podrías compartir con nuestra audiencia qué áreas de estudio estás investigando ahora mismo?

- Actualmente somos uno de los pocos centros a los que se ha recurrido y se ha aprobado un nuevo estudio para tratar a los pacientes antes de que lleguen a padecer una estenosis aórtica grave y para tratar a los pacientes con estenosis aórtica moderada.

Así que no se trata de esperar a que la válvula se degenere gravemente y sea disfuncional, sino que la cuestión que se plantea es qué ocurre si tratamos a este paciente antes de que la válvula llegue a esa fase crítica en la que no funciona muy bien y los pacientes empiezan a tener síntomas importantes. ¿Qué pasa si tratamos a estos pacientes en un momento anterior de la evolución de su enfermedad?

¿Cambiará su resultado y afectará a su longevidad? Así que vamos a analizarlo en un nuevo y próximo ensayo de investigación en el que evaluaremos a esos pacientes para ver si les va mejor si los tratamos antes, en lugar de esperar hasta que llegue la fase crítica del progreso de su enfermedad.

También estamos estudiando a los pacientes en términos de si importa o no si arreglamos sus arterias antes o después del procedimiento de la válvula aórtica transcatóter. Esta cuestión ha seguido siendo un enigma en este campo durante la última década. ¿Qué hacemos con estos pacientes que tienen una enfermedad

coronaria concomitante? ¿Es mejor arreglar primero la válvula y luego las arterias?

¿O debemos arreglar primero las arterias y luego la válvula? Ese va a ser otro ensayo aleatorio en el que vamos a arreglar las arterias antes y después de la válvula y comparar ambos pacientes para ver quién sale mejor en términos de longevidad y síntomas a largo plazo.

- Eso tiene el sonido de un ensayo multicéntrico, supongo.
- Son ensayos enormes, multicéntricos, internacionales y nacionales, correcto.
- Pero eso es realmente algo que nuestra pequeña comunidad de Santa Bárbara fue elegida para participar.
- Absolutamente, y una vez más, se basa en nuestro gran volumen, en los maravillosos resultados que hemos tenido en los últimos cinco a siete años, así como la complejidad de los pacientes que tratamos.
- Pero, ¿significa esto que los pacientes locales que cumplen los requisitos podrían participar aquí mismo en Santa Bárbara?
- Absolutamente, estos son ensayos que normalmente solo se verían en un centro académico importante, y lo tenemos aquí mismo en nuestro patio trasero, en nuestro hospital comunitario local, y estos pacientes pueden participar en estos ensayos de investigación y pueden ser tratados aquí por esto.
- Tal vez una pregunta divertida para un médico sea, ¿qué consejo puede dar a la gente para que nunca tenga que conocerle profesionalmente?
- En realidad es una gran pregunta. Y siempre les digo a mis pacientes que solo quieren encontrarse conmigo en un entorno social, porque si estoy entrando en tu habitación es porque algo está pasando con tu corazón y necesita ser arreglado. Así, las directrices actuales de la Asociación Americana del Corazón abogan por una dieta mediterránea.

Muchas de las investigaciones actuales que estamos viendo apuntan aún más agresivamente hacia una dieta basada en plantas tanto como sea posible, ya que vemos que los marcadores inflamatorios del cuerpo se reducen en gran medida cuando se cambia a una dieta basada en plantas, incluso en comparación con ser un pescetariano, un vegetariano, e incluso los pacientes que son veganos, tienen marcadores inflamatorios mucho más bajos, lo que creemos que conduce a menores incidentes de enfermedades del corazón.

Además, las Directrices de la Asociación Americana recomiendan 30 minutos de ejercicio, de intensidad moderada, al menos cinco días a la semana. Así que creo que, siguiendo una dieta buena y saludable y haciendo ejercicio

regularmente, eso se ocupa de alrededor del 80% de los factores de riesgo modificables. Por supuesto, hay pacientes que tienen una predisposición genética a la formación de enfermedades del corazón, y en esos pacientes, incluso siguiendo las directrices, pueden eventualmente desarrollar enfermedades del corazón que necesitan ser tratadas debido a la genética que les fue transmitida por sus padres.

Pero lo que vemos, incluso en aquellos pacientes que tienen una predisposición genética a las enfermedades del corazón, cuando siguen un estilo de vida saludable para el corazón, se retrasa la aparición de la enfermedad, por lo general por una década o dos. Así que creo que, independientemente de la predisposición genética, creo que seguir las directrices de la Asociación Americana del Corazón en términos de dieta y ejercicio y pérdida de peso o mantener un nivel de músculo adecuado, es la mejor manera de evitar ver a un cardiólogo o al menos posponerlo.

- Como médico, por supuesto, he hecho recetas a los pacientes, y a veces los pacientes son realmente reacios a tomar medicamentos, ¿hay algunos medicamentos que son muy conocidos por tener quizás...? Solo por el contexto social y no profesional.

- Sí, creo que ya sabes, en las últimas décadas, probablemente los Statins [SP] han sido uno de los mayores medicamentos que han demostrado persistentemente en una multitud de estudios, sobre cientos de miles de pacientes para disminuir el riesgo de enfermedad cardíaca avanzada y es uno de los pocos medicamentos que han demostrado realmente disminuir la mortalidad también, antes y después del desarrollo de la enfermedad cardíaca, especialmente en aquellos pacientes con factores de riesgo como la diabetes, el colesterol y la obesidad.

Sé que han tenido una mala reputación en los medios de comunicación debido a su asociación con los dolores musculares, y luego ha habido algunos rumores de la aparición temprana de la diabetes y la enfermedad de Parkinson o Alzheimer, lo cual no se ha demostrado en ninguno de los ensayos clínicos, para ser honesto.

Y los beneficios de estos medicamentos superan con creces sus pocos riesgos.

- ¿Encuentras pacientes que utilicen algún tipo de tecnología, como relojes de Apple o máquinas [inaudible], y cuál es tu experiencia al respecto?

- Sí, absolutamente. Soy un gran defensor de la tecnología. Llevo un reloj de Apple, soy un corredor y me gusta hacer un seguimiento de mi ritmo cardíaco y la cantidad de peso extra y de mis ritmos cardíacos máximos y mi capacidad. Así que soy un gran creyente en las tecnologías portables y creo que va a

transformar la forma en que hacemos los diagnósticos, especialmente en cardiología y especialmente en el campo de la gestión de las arritmias.

Creo que ha sido enorme en el sentido de poder detectar cosas como la fibrilación auricular, los PAC y los PBC, latidos extra de las cámaras superior e inferior del corazón respectivamente. No creo que estén al nivel de poder hacer un diagnóstico definitivo, pero definitivamente son esperanzadores para los médicos cuando un paciente siente un ritmo cardíaco anormal y es capaz de enviarme a través de un mensaje de MyChart, su ECG es registrado por su reloj de Apple o su aplicación móvil, ECG con la aplicación Cardia, y creo que eso nos advierte en cuanto a investigar más y/o confirma con nuestra tecnología actual, como nuestros monitores ambulatorios, cuál es el verdadero diagnóstico.

Creo que todavía es la primera generación de dispositivos que está disponible para el consumidor, pero creo que en el futuro, cuando las futuras iteraciones de estas tecnologías portátiles mejoren, al igual que nuestros teléfonos celulares han mejorado dramáticamente en los últimos 15-20 años creo que las tecnologías portátiles van a dar un gran impulso a nuestra capacidad de hacer diagnósticos, no solo por arritmias, sino que hay algunos indicios de que cosas como la insuficiencia cardíaca temprana y también las funciones miocárdicas, en forma de aumento o disminución de las demandas de subasta por parte de ciertos dispositivos, estarán disponibles para el público en el futuro, y será de gran ayuda para nosotros como cardiólogos.

- Lo sé, a veces los pacientes traen su reloj de Apple y luego me preguntan: "¿Cómo lo uso?" Y entonces me doy cuenta de que son muy diferentes las habilidades necesitadas hoy día para ser médico.

- Correcto. Es difícil mantenerse al día con la tan amplia tecnología disponible. A veces tengo que recurrir a mis hijos para que me expliquen cómo funciona una aplicación en mi iPhone o iPad porque ellos saben exactamente cómo funciona o cómo hacer que esta aplicación se vea de una manera determinada, mientras que yo tardaría horas y mis hijos podrían hacerlo en 30 segundos.

Así que me resulta esperanzador tener a mis hijos cerca. Ellos son los que me ayudan con algunas de estas aplicaciones. Pero dicho esto, diría que las tecnologías actuales de los dispositivos portátiles no son 100% precisas. Una vez más, creo que son un buen método de detección para permitir a tu médico saber que tal vez algo está pasando.

Yo diría, la mitad de las veces cuando el reloj de Apple lee ciertos datos, es posible que no sean exactos, pero... Puede que solo se base en [inaudible], pero de nuevo, nos alerta de que algo está pasando y puede advertirnos de algo.

- Cambiemos de tema. En la clínica, tenemos un número de enfermeras y asistentes médicos, y podría ser útil si explicaras a nuestros oyentes cómo es que tú, como cardiólogo, trabaja con lo que llamamos PPAs, o proveedores de práctica avanzada.

- Sin lugar a dudas. Diría que el papel que han desempeñado los proveedores de servicios avanzados en la última década en la que he estado en la práctica ha cambiado drásticamente. Son un miembro del equipo de atención absolutamente importante. Sirven de puente con los médicos, por así decirlo, y permiten el acceso diario y exclusivo a ellos de forma inmediata a los pacientes.

Hacen rondas con nosotros en el hospital, participan en la gestión diaria de muchos de nuestros pacientes. Y cuando los médicos como yo, que podemos estar en el quirófano o en el laboratorio de catálisis para procedimientos prolongados, pueden comprobar el estado de los pacientes, asegurarse de que están bien, elaborar un plan de cuidados, consultarlo con nosotros y hacer que el paciente siga su camino, en lugar de tener que esperar a que salgamos del quirófano para ver o tratar a esos pacientes.

Además, muchos de estos PPA forman relaciones profundas y significativas con estos pacientes porque están involucrados en todos los aspectos de su cuidado, incluso en algunos de los aspectos sociales de los que los médicos pueden no ser conscientes o conocer debido a las limitadas interacciones que tenemos con estos pacientes y normalmente es en ciertos intervalos que vemos a estos pacientes, mientras que los PPA tienen mucho...

Los pacientes tienen una línea mucho más directa con los PPA, por así decirlo, y así tienen una mejor idea de lo que está pasando con el paciente como un todo, en lugar de solo los estados de enfermedad independientes que vemos como especialistas.

- Sí, gracias por aclararlo. Creo que es importante que la gente sepa el valioso papel que desempeñan estas personas en la clínica y, en realidad, en todo el sistema sanitario. Cuando piensas en el futuro de la cardiología, Mike, ¿qué es lo que más te entusiasma?

- Bueno, como intervencionista estructural, lo que más me entusiasma son los procedimientos mínimamente invasivos y la forma en que están evolucionando. Empezamos por poder tratar solo una válvula del corazón y ahora estamos tratando todas las válvulas del corazón sin cirugía a corazón abierto, con técnicas mínimamente invasivas.

Se está produciendo una evolución. Y algunas personas lo consideran incluso una tecnología disruptiva, ya que ahora estamos realizando tantos procedimientos sin cirugía a corazón abierto y la mayoría de estas válvulas

acabarán siendo tratadas para todos los estados de enfermedad sin necesidad de una cirugía a corazón abierto.

Hay ciertos estados de enfermedad a los que todavía no podemos llegar con un transcáteter porque la tecnología no está disponible, con válvulas que están muy calcificadas o que tienen una tonelada de calcio alrededor en el lado izquierdo del corazón, como la estenosis mitral o la enfermedad reumática de la válvula mitral es difícil de tratar con nuestras terapias transcáteter actuales, pero hay válvulas que se están desarrollando ahora con las que podemos tratar con una terapia transcáteter.

Del mismo modo, las válvulas aórticas con fugas graves que no tienen calcio. Es difícil poner una válvula en esa posición porque no hay mucho a lo que la válvula pueda aferrarse. Pero, de nuevo, estamos actualmente en los ensayos clínicos, evaluando los dispositivos más nuevos que se pueden colocar y tratar a los pacientes con una válvula aórtica con fugas severas.

Además, las válvulas cardíacas del lado derecho siguen siendo un reto para nosotros debido a su ubicación y anatomía. Pero, de nuevo, las terapias transcáteter siguen evolucionando para poder tratarlas de formas diferentes y únicas. También creo que en cardiología estamos avanzando hacia la personalización de los medicamentos a medida, incluso con los medicamentos que recetamos a los pacientes, observando aspectos como las predisposiciones genéticas y los genes, y el poder adaptar ciertas terapias a los pacientes y sus genes, creo que es una gran laguna, en este momento, la cual tenemos el conocimiento o el saber o la capacidad de tratar, pero creo que estamos avanzando hacia eso en cardiología.

- Cambiando de tema otra vez. Mencionas que tus hijos te ayudan con la tecnología. Tal vez podrías compartir, ¿qué es lo que te gusta hacer para divertirte? No es como que te demos mucho tiempo para divertirte, pero cuando tienes algo de tiempo, ¿cuáles son tus aficiones?

- Sí, bueno, definitivamente disfruto pasando tiempo con mi mujer y mis tres hijos. Soy un ávido corredor y definitivamente disfruto corriendo. Estoy aprendiendo a jugar al tenis porque mis hijos son aficionados a este deporte y todos pueden ganarme. Así que tengo que mejorar en eso. También nos gusta viajar internacionalmente en familia, así que siempre que tenemos algo de tiempo libre disfrutamos de las experiencias que nos brindan los viajes internacionales.

- Bueno, Mike, podemos terminar con lo último que has dicho. Realmente quiero agradecerte por tomarte el tiempo de hablar conmigo y con nuestros pacientes que nos escuchan. Nos gusta decir en Santa Bárbara en nuestra Clínica Sansum que tenemos la medicina de la gran ciudad con la conveniencia

de la pequeña ciudad y la compasión de la pequeña ciudad, y creo que eres un gran ejemplo de ello.

Muchas gracias por todo el trabajo que haces y por pasar un rato con nosotros esta tarde.

- Muchas gracias, Kurt, por recibirme, lo aprecio.



- Gracias por acompañarnos en Sansum Speaks.
Esperamos que la información compartida le sea útil.
Para ver todas nuestras charlas, visite
samspeaks.sansumclinic.org. 🎵 [música] 🎵

Sansum Clinic

P.O. Box 1200

Santa Barbara, CA 93102-1200

<https://sansumclinic.org>

(800) 472-6786

communications@sansumclinic.org