

[Imprimir](#) | [Cerrar](#)

Dra. Magda Heras i Fortuny



La Dra. Magda Heras i Fortuny es consultora senior de Cardiología del Servicio de Cardiología del Hospital Clínic de Barcelona, profesora asociada de la facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona y coordinadora del grupo CARDIO-IDIBAPS de la red HERACLES de investigación cardiovascular. Especialista en cardiopatía isquémica y trombosis, es uno de los miembros del comité de expertos asesores de la última Estrategia nacional sobre cardiopatía isquémica aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. La Dra. Heras, también editora jefe de Revista Española de Cardiología, comparte con nosotros su visión sobre la feminización de la Medicina.

Pregunta. Iniciado el año 2011, la Revista Española de Cardiología, de la que es usted editora jefe, se sitúa con un factor de impacto de 2,74. ¿Podemos considerarlo como signo de buena salud de la revista? ¿Qué balance hace de esta publicación desde su llegada?

Respuesta. El balance de Revista Española de Cardiología es muy positivo. El factor de impacto lo que hace es ordenar el ranking de las revistas con mayor prestigio y la verdad es que hay muy pocas revistas de sociedades nacionales que tengan factor de impacto, y de ellas, aun menos que alcancen el de la nuestra. Por lo tanto, creo que debemos estar muy contentos del lugar que ocupa esta revista en el área cardiovascular.

De todas formas, este reconocimiento es fruto de todos los editores que me han precedido, porque, obviamente, yo hace un año y medio que estoy al frente de la Revista y esto no se puede atribuir de ninguna manera a mi trabajo. Hay que reconocer que el trabajo bien hecho viene de los editores anteriores. Yo trabajo para que la trayectoria de la revista se mantenga y pueda mejorar.

P. Recientemente ha publicado en International Journal of Cardiology un artículo sobre la seguridad del tratamiento combinado con anticoagulación oral en pacientes sometidos a un stent coronario que así lo precisen. Esta combinación, ¿aumenta el riesgo de sangrado en nuestros pacientes? ¿Puede indicarse en condiciones de seguridad?

R. Este es uno de los temas más controvertidos en este momento en cardiología intervencionista. No hay duda de que pacientes a quienes se les ha implantado un stent intracoronario, que se encuentren en situación de riesgo de embolia, necesitan durante un tiempo la asociación de warfarina con ácido acetilsalicílico y clopidogrel. Esta asociación confiere un mayor riesgo de sangrado, pero afortunadamente, según los datos procedentes de nuestros estudios, las hemorragias que se producen no amenazan la vida del paciente; no obstante, sí que precisan reingreso en algunos casos.

Para asegurar que la eficacia y seguridad del tratamiento, mantenemos la anticoagulación en el límite inferior de la normalidad e indicamos el tratamiento durante el menor tiempo. Con estas dos premisas, el riesgo-beneficio sigue siendo favorable.

Cuando nos referimos al menor tiempo posible, estamos hablando de un mes. El riesgo de hemorragia se mantiene mientras dura el tratamiento; así, si reducimos el tiempo a un mes y durante este mes tenemos cuidado de que la anticoagulación sea ajustada al máximo, la probabilidad de hemorragia disminuye.

P. En octubre del 2009, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó la última actualización de la Estrategia nacional sobre cardiopatía isquémica, a cuyo comité de expertos asesores pertenece usted. ¿Cuáles son las principales líneas estratégicas de este plan estratégico?

R. Este plan tiene varios puntos importantes, pero a mí me gustaría señalar el más importante: el énfasis con el que el plan indica la necesidad de que los pacientes con síndrome coronario agudo, enfermedad que puede ser mortal en los primeros minutos, sean atendidos de manera correcta, acortando al mínimo el tiempo desde que aparecen los síntomas hasta que el sistema sanitario da respuesta.

En el plan, se recomienda a todos los responsables de sanidad que instauren en su territorio redes de asistencia al infarto para poder ofrecer el tratamiento más eficaz de que disponemos en estos momentos (angioplastia primaria) en el mínimo tiempo posible. Mediante la aplicación de esta recomendación, son varias las regiones de España en las que está cambiando el panorama de asistencia al infarto respecto a la asistencia hace cuatro o cinco años. No obstante, la implementación de la medida depende de las Comunidades Autónomas, por lo que aún no está extendido a todo el territorio de la Península de forma homogénea. En Cataluña, esta estrategia se aplica desde hace más de un año con resultados espectaculares.

Esta estrategia requiere una integración de voluntades políticas y efectivos sanitarios de urgencias, hospitales terciarios y hospitales comarcales para atender al paciente con el nivel adecuado a su gravedad en todo momento.

P. A principios de año, leíamos en Diario Médico la siguiente noticia: “Más mujeres = Problemas de cobertura. En España, tres de cada cuatro MIR son mujeres. También lo son más del 55 % de los médicos menores de 45 años y casi la mitad de los galenos que ejercen en nuestro país. La feminización de la profesión médica es una realidad creciente que va a impulsar cambios en las administraciones, en la legislación y en las condiciones laborales del médico”. En la noticia se apuntaba, en última instancia, valorar la reducción de las plazas de mujeres que acceden a los estudios de Medicina para mantener la viabilidad del sistema ¿Qué opina al respecto?

R. Esta pregunta es muy interesante. Yo soy profesora de la Universidad de Barcelona y en este momento el 80% de los estudiantes de cuarto de Medicina son mujeres, por lo tanto, el porcentaje de mujeres en la profesión dentro de diez años aún será superior.

El problema es que para estudiar Medicina la nota de corte de entrada es muy alta, entorno a un 8,5 de media, y esta nota es producto de la trayectoria escolar de primero y segundo de Bachillerato. A esas edades, las mujeres, por maduración diferente a la de los hombres, son las que tienen más claro qué quieren estudiar y están dispuestas a invertir tiempo estudiando. De ahí que al exigir calificaciones elevadas en el acceso universitario, la población femenina sea la que tenga mayores probabilidades de comenzar estos estudios.

Más que los problemas derivados de cobertura laboral que pudieran originar las médicas mujeres, me preocupa mucho más mantener fuera del sistema médico al 50% de la población que son hombres. En el momento en que se feminiza o masculiniza una profesión se pierde el 50% de ideas y enfoques complementarios.

P. Como coordinadora del grupo CARDIO-IDIBAPS de la red HERACLES de investigación cardiovascular, ¿qué puede decirnos sobre las principales líneas de investigación de este grupo?

R. En este grupo estamos trabajando entorno al endotelio vascular y la restenosis. Nuestra hipótesis de trabajo postula que las células endoteliales podrían estar desarrollando un papel en la recuperación o en la gravedad del infarto de miocardio. Tenemos un estudio clínico en marcha en el que estamos determinando las células progenitoras circulantes en el momento del infarto y cómo estas células cambian con el tiempo. Seguimos a los pacientes durante seis meses tras un infarto mediante pruebas de imagen (RM) y estudios de la vasodilatación arterial.

Por otro lado, con la Dra. Roqué y con otros colegas de Valladolid con los que trabajamos en red, tenemos unos modelos de hiperplasia intimal en el ratón en los que estamos estudiando el papel que desempeñan los receptores de las células vasculares, los K-V1.3, que son canales activados por potasio, y que se expresan solamente en las células musculares lisas con fenotipo proliferativo. Nos interesa su relación con los procesos de daño y reparación arterial.

Nota de la Redacción: Las opiniones expresadas en las entrevistas no reflejan necesariamente las propias de sanofi-aventis. Consulte siempre las [Fichas Técnicas](#) de los productos que en ellas se mencionan.