

corazonadas

Publicación del ICICOR (Instituto de Ciencias del Corazón de Valladolid)

mayo 2014 # nº 13

El ECMO, una opción cuando no hay otras alternativas terapéuticas

Estimulantes sexuales para alcanzar unas relaciones satisfactorias

Hacia una valoración geriátrica integral
de los pacientes con enfermedades cardíacas



Sumario *nº 13 # mayo 2014*

Entrevista con...

03 Emilio Bautista

Asistencial

04-07 Entrevista: Maite Vidán

08-09 Una consulta de enfermería exclusiva para los ancianos con enfermedades cardíacas

10-13 El ECMO: una solución para los pacientes con insuficiencia cardíaca sin otras alternativas terapéuticas

Formación

14-15 Tres nuevos cardiólogos

16-17 El rito de auscultar, ver y hablar con el paciente, a debate

Investigación

18-19 ¿Por qué son necesarios los ensayos clínicos?

20-21 El ácido oleanólico ayuda a controlar la miocarditis

Consejos

22-23 Estimulantes sexuales para enfermos con patologías cardiovasculares

Contraportada

24 Ciencia y arte



Fotografía de portada: con la aparición de nuevos medios técnicos, la exploración cardíaca clásica se ha convertido en un asunto controvertido entre los Cardiólogos.

Edita:



© ICICOR

(Instituto de Ciencias del Corazón)
Hospital Clínico Universitario
de Valladolid
Avenida de Ramón y Cajal, 3,
47005 Valladolid
T. 983 42 00 14

www.icicor.es

Dirección:

José Alberto San Román Calvar

Redacción:

Javier López Díaz, Berta Velasco Gatón,
Mireia Fernández Gutiérrez, Pedro Mota
Gómez, Rebeca Sancho García y Rubén
Martín Montaña.

Diseño y maquetación:

Cultura y Comunicación

Fotografía:

© Eduardo Margareto y Archivo ICICOR

Ilustraciones:

© Silvia Plana

Imprime:

Gráficas Germinal

*Ninguna parte de esta publicación
puede ser reproducida, almacenada o
transmitida en manera alguna ni por nin-
gún medio sin permiso previo del editor.*

Patrocinan:



Entrevista con...

Emilio Bautista

Presidente de la Federación Española de Trasplantados de Corazón y Pulmón

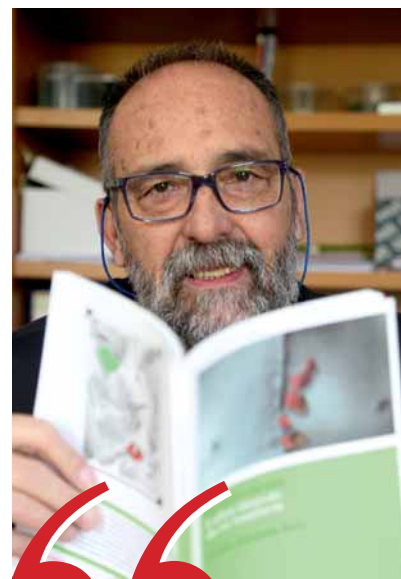
Emilio Bautista da la hora con el reloj que recibió por haber cumplido quince años con un corazón trasplantado. La cifra no es caprichosa, los expertos estiman que, actualmente, la vida media de estos enfermos se encuentra en torno a los catorce años y medio. El obsequio lo reciben todas las personas que cruzan este umbral y lo recogen en la fiesta que, anualmente, celebra la Asociación Castellano y Leonesa de Trasplantados de Corazón. Cuenta con 76 socios y quienes asisten a este acto, que acaba con una comida, recuerdan que el momento más emotivo se produce cuando estas personas y sus familias brindan por quienes les regalaron el órgano vital, que les ha permitido seguir con vida.

Emilio es uno de los impulsores de esta asociación que, en 2014 ha cumplido 20 años, y dedica buena parte de su tiempo a dirigir, también, la Federación Española de Trasplantados de Corazón y Pulmón, de la que es presidente. Entre Madrid y Valladolid defiende una de las labores de asistencia más importante que realiza esta entidad, la de acompañar a las personas que comienzan ese proceloso camino de esperar un donante, “el enfermo, además de la atención médica, se siente mejor cuando otra persona, ya trasplantada, le cuenta su experiencia”. Frente a frente, se reconocen, porque todo son dudas, incertidumbres y miedos.

La enfermedad crea lazos de solidaridad, si donar es regalar una vida, quien la ha recibido se siente en deuda y desea ayudar a otros que están pasando por su misma situación, porque son conscientes de la importancia de acompañar, escuchar y aconsejar. Emilio es pudoroso con los méritos y destaca que todas las actuaciones que han puesto en marcha son fruto del trabajo de muchos asociados.

En Valladolid, desde el año 2003, la Asociación dispone de dos viviendas, en la calle Gavilla, que se han habilitado para que puedan residir las personas en lista de espera o que han recibido un trasplante en cualquiera de los dos hospitales de Valladolid y permanecer acompañados de algún familiar. “Muchos pacientes no son de Valladolid y, tanto la llegada del órgano de un donante, como el postoperatorio, se puede alargar varios meses”, señala Emilio, aseverando que no todas las personas disponen de dinero suficiente para hacer frente a los gastos de hotel. Pero, estos pisos ofrecen otro servicio, “tanto el enfermo como sus allegados necesitan calor para sobrellevar una situación que los desborda”, comenta este antiguo profesional de la psicología, que parece no haber abandonado el oficio, “aplicamos lo que se conoce como terapia de presencia, que consiste en que otro trasplantado de corazón converse con ellos, les asesore y consiga tranquilizarlos”. Con este fin, la sede de la asociación se encuentra en el mismo edificio donde se asientan los pisos de acogida, “con esta cercanía, el contacto es mucho más frecuente”, remata Emilio.

A lo largo del año, en torno a 14 familias residen en estos pisos. No solo enfermos de corazón, también se cede a trasplantados de hígado y riñón, que son intervenidos en hospitales del Sacyl en Valladolid, “no podíamos hacer otra cosa que atender esta demanda”. Solo una reivindicación se escucha en boca de Emilio Bautista, pedir a la Administración regional que construya, en Valladolid, lo que se conoce como Hospital de Paciente, que funciona en ciudades como A Coruña, y que gestionan los propios enfermos ●



Emilio Bautista

Aplicamos lo que se conoce como terapia de presencia, que consiste en que **otro trasplantado de corazón converse con ellos**, les asesore y consiga tranquilizarlos.

Entrevista / Maite Vidán

“Es esencial transmitir la cultura de la valoración geriátrica integral y diseñar modelos de tratamiento más globales y continuados”

Del interés de la charla que pronunció en Valladolid la doctora Maite Vidán, dentro del ciclo ‘Los expertos en Valladolid 2014’, da cuenta que la sala se llenó y la reunión se prolongó durante más de una hora. Esta especialista en geriatría, que ejerce en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid, defendió que, en los enfermos ancianos es conveniente realizar una evaluación en la que se incluya la repercusión que la enfermedad cardiaca tendrá en su vida cotidiana, tanto en la que afecta a su autonomía, como el apoyo social y familiar que necesitará para mantener una buena calidad de vida.

La valoración geriátrica integral evaluará cómo ha quedado el corazón tras el infarto, pero, también estudia la capacidad mental, el estado de ánimo y el apoyo social con el que cuenta el enfermo.

Los pacientes ancianos con enfermedades cardíacas suelen ser muy heterogéneos. Usted apuesta por una valoración geriátrica integral, ¿por qué?

Una valoración geriátrica integral significa la evaluación no sólo de la enfermedad o enfermedades del paciente sino también de la forma en que estas influyen en su funcionalidad, es decir en el grado de autonomía para realizar las actividades cotidianas y relacionarse con el entorno. Evalúa la capacidad mental, el estado de ánimo y el apoyo social con el que cuenta el enfermo. Esta forma de evaluación permite aportar el tratamiento más óptimo y global a los problemas del enfermo, seleccionar la mejor ubicación para dicho tratamiento, permite un uso más racional y óptimo de los servicios sanitarios y sociales, y disminuye el número de pacientes que se hacen dependientes.

Así por ejemplo, si un anciano ha sufrido un infarto de miocardio, la valoración geriátrica integral evaluará no sólo cómo ha quedado su corazón tras el infarto, sino qué repercusión ha tenido en su autonomía para la vida cotidiana, si ha dejado secuelas en su memoria o en su estado de ánimo, si tiene alguna discapacidad que dificulte el tratamiento necesario y si tiene un buen apoyo social y familiar que le permitan cubrir las necesidades.

¿Cómo tiene que llevarse a cabo ese trabajo conjunto entre cardiólogos y geriatras?

Más de la mitad de los pacientes que ingresan en los Servicios de Cardiología hoy en día son ancianos, así que es necesario saber trabajar en equipo





La doctora Vidán aportó a los miembros del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico un nuevo punto de vista para mejorar el manejo y la toma de decisiones con pacientes de edad avanzada.

La educación para hacer al paciente responsable de su autocuidado es esencial. En este campo tienen un papel primordial los equipos de enfermería.

especialmente en el tratamiento de los pacientes más frágiles. En la fase aguda el cardiólogo tiene más peso en la intervención y es en el seguimiento y en la fase más crónica de la enfermedad en la que más suele colaborar el geriatra. También colaboramos en la toma de decisiones en casos de pacientes complejos o en el tratamiento de complicaciones no específicamente cardiológicas.

Actualmente, ¿se hace bien en España la valoración geriátrica?, ¿qué falta?

Aunque en los últimos años ha mejorado la evaluación de los pacientes ancianos, en muchos ámbitos, sobre todo hospitalarios, falta conocimiento sobre cómo evaluar al anciano complejo. Se toman decisiones sobre la enfermedad concreta que ha llevado al anciano al hospital, perdiendo un poco de vista el contexto global.

Por otro lado, no hay especialistas en Geriátrica suficientes para evaluar e intervenir en todos los ancianos frágiles, por lo que es esencial transmitir la cultura de la valoración geriátrica integral, educar en sus métodos a otros profesionales y diseñar modelos de tratamiento más globales y continuados.

La insuficiencia cardiaca es un síndrome que afecta, fundamentalmente, a las personas de mayor edad, la media es de 65 años, ¿Cómo debe enfocarse el tratamiento para no aumentar el sufrimiento del paciente y ofrecer mayor calidad de vida?

El enfoque debería estar centrado en el paciente, con un abordaje global de sus problemas. No es suficiente con seguir las pautas de tratamiento que nos marcan las guías clínicas específicas de esa enfermedad, porque generalmente coexiste con otras enfermedades (bronquitis, problemas renales, anemia o demencia por ejemplo) y discapacidades que pueden limitar el uso de las terapias teóricamente óptimas o dificultar el autocuidado. El tratamiento debe ser por lo tanto más personalizado, con un seguimiento más cercano y siempre en coordinación con el equipo de atención primaria. Hay que intentar evitar la segmentación del tratamiento.

Existe la creencia que las intervenciones quirúrgicas están vetadas a las personas de más edad, ¿con una buena valoración, puede abrirse el quirófano a personas ancianas?

La cirugía cardíaca puede ser una buena opción en paciente ancianos de bajo riesgo. Existen estudios que demuestran buenos resultados, con tasas de supervivencia altas varios años después de la cirugía, en octogenarios intervenidos de válvulas o de cirugía de by-pass. Una buena valoración geriátrica ayuda a identificar pacientes sin otras enfermedades, con buen estado funcional y mental previo que pueden beneficiarse de intervenciones quirúrgicas.

¿Nos puede poner un ejemplo?

Un paciente de 79-80 años con una estenosis aórtica severa (estrechamiento de la válvula de salida del corazón, que le produce fatiga) y con bajo riesgo

quirúrgico, es decir sin otras enfermedades asociadas, autónomo y que realizaba vida activa, puede ser un buen candidato para una cirugía de recambio valvular, por ejemplo.

Usted ha comentado en alguna ocasión que los pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca tienen poca información de su mal y del tratamiento que deben recibir. ¿Se hace necesario aumentar la labor pedagógica con estos enfermos?, ¿en qué frentes?

La educación para hacer al paciente responsable de su autocuidado es esencial. En este campo tienen un papel primordial los equipos de enfermería. La principal causa de que la insuficiencia cardíaca se descompense y requiera un nuevo ingreso hospitalario es la congestión, el acúmulo de líquido que el corazón no bombea adecuadamente y encharca los tejidos. Por lo tanto, se debe enseñar al enfermo a tener un registro diario de su peso, a reconocer cuándo empieza a retener líquidos, debe saber que tiene que evitar los alimentos con sal y tiene que reconocer cuáles son estos, tiene que conocer su medicación y para qué sirve y debe tener fácil acceso a su enfermera o médico si empiezan a aparecer problemas.

El Servicio de Cardiología del Hospital Clínico de Valladolid ha puesto en marcha una consulta de enfermería geriátrica, donde se realiza una valoración integral del paciente anciano, ¿qué otras acciones cree que debería crear para mejorar la atención de este tipo de pacientes?

La consulta de valoración geriátrica integral es una estupenda iniciativa. Considero esencial también que esté conectada con los equipos de atención primaria y con los equipos que atienden a pacientes en residencias. Otra acción importante es el apoyo y educación a los familiares y cuidadores.

¿Es bueno que el paciente conozca todos los pormenores de su enfermedad y, en caso de encontrarse en la fase final, que se le informe del tiempo que le queda de vida?

En general es bueno que el enfermo conozca la evolución de su enfermedad y el porqué de sus tratamientos. La información debe darse de forma delicada y ofreciendo siempre apoyo y comprensión al enfermo, pero sin ocultar la verdad. El concepto paternalista de la medicina en el que el médico tomaba la decisión de lo que era mejor para su enfermo ya está en desuso.

Hoy en día los pacientes quieren participar en las decisiones, comprender lo que ocurre, los tratamientos que se les proponen y expresar sus preferencias. La satisfacción del enfermo es mayor y la forma en que afronta la fase final de la enfermedad es mejor si se siente informado y apoyado.

Por su trabajo, usted está en contacto con personas que tienen una enfermedad terminal, ¿estamos preparados para la muerte?

Alrededor del tema de la muerte sigue habiendo aspectos que resultan tabú, a la gente le cuesta hablar de ello, un reflejo de esto es el escaso número de personas que realizan el documento de voluntades anticipadas, indicando cómo quieren que se hagan las cosas cuando ya no puedan decidir. Sin embargo resulta de gran ayuda para los profesionales y para la familia que el paciente con enfermedad terminal haya expresado previamente sus deseos, aunque sea verbalmente a su familia, de cómo y dónde morir y así puedan ser respetados ●



Los aspectos sociales pueden influir en la salud del anciano como son la soledad, el aislamiento y la dependencia.

Hoy en día los pacientes quieren participar en las decisiones, comprender lo que ocurre, los tratamientos que se les proponen y expresar sus preferencias.

Una consulta de enfermería *exclusiva para los ancianos con enfermedades cardiacas*



Blanca Omaña realiza diversas pruebas a los pacientes que pasan por su consulta y dedica buena parte del tiempo a resolver dudas que le plantean y ofrecer consejos sencillos y prácticos

La mayoría de los pacientes que acuden a esta consulta sobrepasan los 80 años.

La labor fundamental consiste en dar pautas a estos enfermos y a sus familiares, enseñarles que reconozcan los signos de alarma y, en su caso, cuándo tienen que acudir al médico.

Escuchar, informar y aconsejar. Esas son las premisas con las que funciona la Consulta de Valoración Integral del Paciente Anciano. La atiende una enfermera y comenzó en octubre de 2013 en el Centro de Especialidades de la Pilarica. Al principio, como experiencia piloto, solo se atendía una vez a la semana. Desde hace unos meses, la consulta permanece abierta todas las mañanas, con una media de cinco usuarios diarios. Como comenta su responsable, Blanca Omaña, “la labor fundamental consiste en dar pautas a estos enfermos y a sus familiares, enseñarles que reconozcan los signos de alarma y, en su caso, cuándo tienen que acudir al médico”. Pero el trabajo no queda ahí, tras una primera valoración clínica, funcional, social y psicológica, la enfermera comienza otra labor, en esta ocasión, más pedagógica, que sanitaria. Sin prisas, “hay que dedicarles todo lo que necesitan saber para resolver las muchas dudas que tienen sobre como sobrellevar su enfermedad”, recalca Blanca. De ahí, que una labor esencial sea explicar a estas personas, y a los familiares más cercanos, cómo tienen que administrar la medicación que les ha recetado el cardiólogo, el tipo de dieta más conveniente, ya que muchos tienen, también, hipertensión, o problemas de diabetes, y aconsejarles para que realicen cierta actividad física.

Blanca Omaña no lo dice, pero, seguramente, en algún momento de la consulta sugerirá al enfermo y al familiar que pregunten todo lo que se les ocurra, para que no se vuelvan a casa con dudas acerca de los cuidados y las limitaciones adquiridas tras el episodio cardíaco. También intentará que comprendan los motivos de estas limitaciones, dado que de este modo percibirán mejor en qué consiste la enfermedad y se encontrarán más seguros y motivados a la hora de llevar a cabo los cuidados necesarios.

Tras esta primera toma de contacto, se cita al paciente para un segundo encuentro y, si todo funciona correctamente, se le deriva a su médico de cabecera, para que sea este facultativo quien le atienda en el Centro de Salud, mientras se mantiene estable la enfermedad.

Buena parte de los pacientes que son atendidos en esta consulta sobrepasan los ochenta años. En estas personas, la edad supone un agravante importante para lograr una adecuada adaptación a las limitaciones impuestas por la insuficiencia cardíaca. En estos pacientes, habitualmente la capacidad de esfuerzo previa a la enfermedad es más limitada (artrosis, pérdida de masa muscular, etc.), por lo que la



insuficiencia cardíaca puede acabar haciendo que el paciente deje de salir a la calle o de realizar su actividad diaria habitual. Esto es especialmente frecuente tras una hospitalización, pues durante la misma el paciente permanece inmovilizado durante un periodo de tiempo en ocasiones prolongado (a veces durante meses), por lo que pierde gran parte de la movilidad e incluso la capacidad de realizar actividades básicas de la vida diaria (asearse, comer sólo, vestirse, etc.). La familia o el cuidador principal deben esforzarse en procurar una recuperación física lenta pero progresiva, de forma que en ocasiones es posible una recuperación física completa.

“No se trata de tener paciencia con estas personas”, recalca la enfermera que los atiende, “más bien hay que conseguir su confianza, dejarles hablar y ser consciente que, buena parte de ellos, necesitan que se les explique bien los hábitos que tienen que aplicarse para mantener una buena calidad de vida”.

Muchas de los enfermos que acuden a esta consulta padecen insuficiencia cardíaca crónica, que es, en pacientes mayores de 65 años, la primera causa de ingreso hospitalario por patología médica en España. Además su tasa de hospitalización se ha elevado en los últimos 10 años en un 45%, como consecuencia del incremento de los reingresos. El 75% del gasto empleado en insuficiencia cardíaca lo consume la hospitalización, y ha llegado a suponer hasta el 3% del gasto sanitario del país.

De ahí la importancia que para el Servicio de Cardiología del Hospital Clínico de Valladolid haya supuesto poner en marcha este tipo de consultas de enfermería para atender a este colectivo, cada vez más numeroso. Puede que genere un mayor número de visitas al centro de salud, pero permite una reducción de las visitas al cardiólogo, una mejor optimización terapéutica, una mejora en el estilo de vida y un mayor control de su enfermedad. Quizás, a la larga, también se consiga reducir los ingresos hospitalarios ●

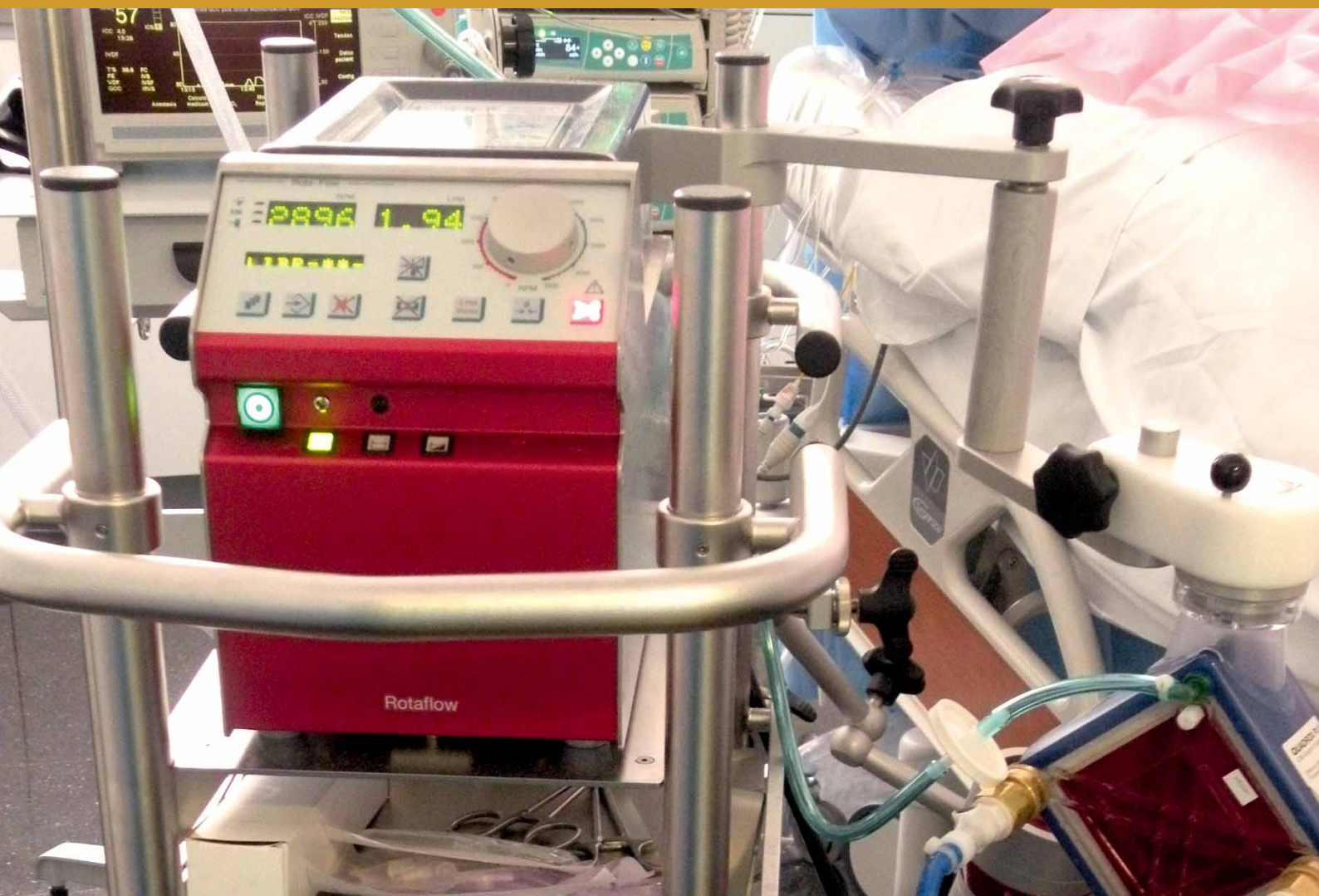
Una de las premisas en la Consulta de Valoración Integral del Paciente anciano es no tener prisa.

La insuficiencia cardíaca crónica es, en pacientes mayores de 65 años, la primera causa de ingreso hospitalario por patología médica en España.

Esta nueva consulta reduce las visitas al cardiólogo, aumenta la optimización terapéutica y ensancha el control de la enfermedad en estos pacientes.



En la Imagen superior, Mireia Fernández Gutiérrez, cirujana cardíaca y especialista en este tipo de intervención. Abajo, una de las ventajas del EMO es que permite una canulación periférica a través de la arteria y vena femoral del paciente, con una pequeña incisión en la ingle.



El ECMO, *una solución para los pacientes con insuficiencia cardiaca sin otras alternativas terapéuticas*

La insuficiencia cardiaca es una enfermedad muy frecuente cuyo pronóstico es globalmente malo, llegando a alcanzar una mortalidad del 50% en el primer año en los casos graves.

Durante mucho tiempo la única posibilidad de los pacientes en situación de insuficiencia cardiaca terminal era el control médico exhaustivo, las terapias de resincronización y en el mejor de los casos el trasplante cardiaco, cuando éste era posible.

España ha sido y es un país pionero en el número de trasplantes cardíacos y en el número de donantes por millón de habitantes, pero a pesar de ello existe un descenso gradual de los mismos, debido fundamentalmente a la disminución de la mortalidad por accidente de tráfico. En este contexto, nos encontramos ante un número cada vez menor de órganos donantes y un incremento sustancial del tiempo en lista de espera de nuestros pacientes.

Otros países no han gozado de la misma suerte que nosotros en cuanto a la gran solidaridad de los donantes, por lo que sus esfuerzos han ido encaminados al desarrollo de los SISTEMAS DE ASISTENCIA CIRCULATORIA que permitan “ayudar” e incluso “suplantar” la función del corazón enfermo.

En España estos sistemas no son novedosos, pero su desarrollo técnico y la mejora de sus complicaciones están permitiendo un “boom” en su utilización en los últimos años, lo que nos llena de esperanza a los grupos que hemos empezado a trabajar con ellos. El tipo de aparatos que se están desarrollando es cada vez mayor, desde los más sencillos, como el Sistema ECMO, hasta los más complejos, como “el Corazón Artificial Total”.

Numerosos equipos dentro del ámbito de trabajo de la Cirugía Cardíaca, la Cardiología y la Medicina Intensiva de nuestro país han adoptado ya el uso de sistemas tipo ECMO para el tratamiento de diferentes situaciones de insuficiencia cardiaca grave, con resultados ciertamente prometedores.

En este contexto, el grupo del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV) ha comenzado a trabajar con el Sistema ECMO, para aportar una nueva oportunidad a pacientes sin otras alternativas terapéuticas.

La aplicación de la técnica de Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO en sus siglas inglesas) se utilizada a modo de puente para aliviar temporalmente la actividad del corazón en pacientes de UCI con una extrema disfunción cardiaca.

La ECMO permite la supervivencia en un porcentaje importante de pacientes con graves patologías cardíacas que fallecerían sin este tipo de asistencia.

La ECMO se implanta siempre en situaciones realmente graves y urgentes, pero es importante que no se haga ni demasiado tarde, es decir, antes de que exista fallo orgánico irreversible, ni demasiado pronto, puesto que hay que tener presente que no es una técnica exenta de complicaciones.



Al paciente se le coloca un dispositivo sencillo que lleva conectado en serie una cánula de drenaje venoso, una bomba centrífuga, un oxigenador y un sistema de cánulas de retorno arterial.

El término ECMO (extracorporeal membrana oxygenation) hace referencia a un sistema de oxigenación con membrana extracorpórea de duración intermedia, que proporciona un soporte vital en caso de fallo respiratorio y/o circulatorio, manteniendo la oxigenación y la perfusión de los órganos hasta que sea posible la recuperación del paciente, o si ésta no es posible, hasta que puedan utilizarse otras soluciones como pueden ser el implante de otro tipo de asistencia ventricular de mayor duración o un trasplante cardíaco.

Se trata de un dispositivo sencillo que lleva conectado en serie una cánula de drenaje venoso, una bomba centrífuga, un oxigenador (e intercambiador de calor) y un sistema de cánulas de retorno arterial. Asimismo incorpora una consola que nos suministra datos referentes a las revoluciones por minuto y al flujo de la bomba y nos advierte de los posibles problemas que puedan surgir.

Otras enfermedades, fundamentalmente pulmonares, también pueden beneficiarse de su utilización.

La ECMO se implanta siempre en situaciones realmente graves y urgentes, pero es importante que no se haga ni demasiado tarde, es decir, antes de que exista fallo orgánico irreversible ("Los recursos desesperados se asocian con fracasos y descréditos de la técnica"), ni demasiado pronto, puesto que hay que tener presente que no es una técnica exenta de complicaciones.

En el HCUV aún son pocos los pacientes que se han beneficiado de esta técnica, pero tras "quitarnos el miedo", que siempre producen los inicios de un proyecto, los facultativos que ya lo han aplicado "estamos seguros que su uso se irá extendiendo y que el Sistema ECMO nos dará nuevas alegrías tanto a pacientes como a profesionales".

¿Cuáles son las ventajas de la ECMO?

- Su instauración es rápida y sencilla y su manejo más fácil que otros.
- Permite una canulación periférica a través de la arteria y vena femoral del paciente, con una pequeña incisión en la ingle.
- Se puede poner a pie de cama en la Unidad de Intensivos o de Hemodinámica, si la situación es emergente.
- Presenta menos complicaciones que sistemas anteriores.
- Permite tanto un soporte circulatorio como respiratorio.

Las indicaciones de esta técnica son muchas y, como ya hemos comentado previamente, se asocian sobre todo a:

- Shock cardiogénico por insuficiencia cardíaca aguda potencialmente reversible (que puede ocurrir después de un infarto masivo, de una miocarditis, de un fallo de bomba tras una cirugía extracorpórea, etc).
- Soporte circulatorio para preservar la integridad de los órganos del receptor mientras espera la aparición de un corazón ("puente al trasplante").
- Tratamiento del fallo primario del injerto cardíaco postrasplante ●

El Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Clínico Universitario de Valladolid ha comenzado a trabajar con el Sistema ECMO, para aportar una nueva oportunidad a pacientes sin otras alternativas terapéuticas.

El dispositivo extracorpóreo bombea la sangre, la oxigena y la devuelve a la circulación sistémica, para intentar dejar el corazón descansando, ya que trabaja con menos fuerza.

Este sistema es capaz de disminuir la mortalidad un 50 por ciento gracias a que sustituye, de forma parcial, la función del corazón y del pulmón durante un período de hasta 30 días, como máximo, en aquellos casos de insuficiencia cardíaca grave.

El ECMO funciona como un corazón y realiza el trabajo de este órgano para que pueda descansar y mejorar.



Tres nuevos cardiólogos



Julián Palomino, Maximiliano Amado y Marina Revilla con sus diplomas acreditativos de haber obtenido el título de cardiólogos.

María, Maximiliano y Julián coinciden en que se han formado en una especialidad que les ha supuesto mucho trabajo y sacrificios, pero el esfuerzo, dicen, ha valido la pena.

Marina Revilla, Maximiliano Amado y Julián Palomino han recibido, en mayo de 2014, el título que los reconoce como Licenciados especialistas en Cardiología. Han dedicado cinco años de formación en obtenerlo. Antes, pasaron otros seis años hasta licenciarse en Medicina. Con el diploma bajo el brazo, les ha llegado el momento de abandonar la séptima del Hospital Clínico de Valladolid. Ahora se enfrentarán a nuevos horizontes profesionales, aunque se muestran optimistas sobre su futuro laboral. Tras este quinquenio de formación, los tres confirman que se sienten capacitados para abordar y solucionar a cualquier situación clínica. Eso sí, se han formado en una especialidad en la que, todos coinciden, les ha supuesto “mucho trabajo y sacrificios”, pero el esfuerzo, dicen, ha valido la pena.

Marina, la benjamina del grupo, vallisoletana de 29 años, asegura que ha recibido las enseñanzas de buenos maestros que les han instruido en las claves para aplicar la cardiología clásica, basada en la buena valoración clínica, el profundo estudio de la historia clínica, la atenta anamnesis y la detallada exploración física de los pacientes.

La nueva especialista en Cardiología afirma que, en este lustro, “la cardiología ha evolucionado y mejorado mucho, con la incorporación de nuevos fármacos, con la mayor accesibilidad a técnicas diagnósticas de alto rendimiento (resonancia magnética cardiaca, TAC coronario) y con la implantación de procedimientos percutáneos mínimamente invasivos como son la prótesis aórtica percutánea y el mitra-clip. Esto ha supuesto un gran avance, no sólo para los médicos, sino sobre todo para nuestros pacientes”. La misma opinión tiene Maxi Amado, argentino de 32 años, quien asume que ésta es una de las ramas médicas que se encuentra en continuo crecimiento, porque, constantemente, aparecen nuevos estudios de investigación, “por lo que el cardiólogo debe estar actualizándose permanentemente”.

El doctor Amado, hace tres años, ya anunciaba a *Corazonadas* que tenía intención de permanecer varios años en España. Ha acertado en el vaticinio. Aquí se ha casado y en estas estepas castellanas continuará, porque pronto se incorporará a un nuevo hospital en el que podrá aplicar los conociemien-

tos que ha adquirido en técnicas tan dispares como la ecocardiografía y el implante de marcapasos. Su compañero, Julián Palomino, también tiene intención de quedarse en nuestro país, pero, antes, “tendré que solucionar todos el papeleo que nos exigen a los extranjeros”; señala este colombiano, al que, en unas semanas, se le acabará el permiso de estancia en formación, con el que ha podido realizar el MIR. Pero, la edad, tiene 32 años, le hace ser optimista, y confía en no tener que regresar a Colombia.

Julián Palomino ya contó a *Corazonadas* que lo que más le impactó cuando llegó al Servicio de Cardiología del Hospital Clínico de Valladolid fue la enorme complejidad de las enfermedades que en este hospital se tratan. Y enfatizaba, “aquí se atienden patologías muy complicadas”. Recordaba, entonces, el caso de un paciente al que detectaron una insuficiencia mitral severa; “tenía mucha fiebre”, comentó el doctor Palomino, “tomamos la decisión de que había que operarle por insuficiencia cardíaca...y acertamos”. Ahora corrobora todas estas afirmaciones: “una de las señas de identidad del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico es que la forma en la que nos enseñan a enfrentarnos a la cardiología, nos ofrece herramientas para resolverlo”, indica, rememorando los muchos casos complejos a los que ha tenido que atender en las guardias nocturnas que pasó en la sección de Coronarias.

Pero, en este tiempo, estos tres especialistas en Cardiología también han obtenido reconocimientos por su labor en otro campo que se cuida con mimo en el Instituto de Ciencias del Corazón, el de la investigación. Marina Revilla recibió el Premio de Investigación Biomédica 2012, que otorga el Hospital Clínico Universitario al mejor trabajo realizado por un facultativo en periodo de formación MIR. Julián Palomino, que antes de recalar en Valladolid, vivió cuatro años en Inglaterra y se interesó en el estudio de las malformaciones cardíacas congénitas; en compañía de Maxi Amado, se integró el grupo de Estenosis Aórtica del ICICOR para estudiar la genética de la estenosis aórtica degenerativa, la más común de las valvulopatías en los países desarrollados, obteniendo resultados esperanzadores para solucionar esta enfermedad.

En sus años de residencia en Valladolid, estos jóvenes cardiólogos también han vivido “situaciones duras”, pero todos coinciden en que se hizo más llevadero con el apoyo de los otros compañeros. “Ha existido mucha camaradería y ayuda entre los residentes, en momentos difíciles”, sentencia Maxi.

Julián asevera que aquí encontró “una nueva familia”. Ambos, los doctores Palomino y Amado han sido los primeros sudamericanos en realizar el MIR en este Servicio de Cardiología. “Los más bonito de salir de tu país es crecer como persona en un contexto diferente”, comenta este colombiano, que dejó hace más de una década su tierra.

Marina, Julián y Maximiliano indican que echaran de menos la rutina diaria en este hospital. Sus tutores y compañeros, también, porque han demostrado que, además de ganas de aprender, sobre todo, son “buena gente” ●

Una de las señas de identidad del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico de Valladolid es que la forma en la que nos enseñan a enfrentarnos a la cardiología, nos ofrece herramientas para resolver cualquier caso clínico.



Arriba, Julián Palomino. Sobre estas líneas, Maximiliano Amado.

El rito de palpar, auscultar, ver *y hablar con el paciente, a debate*

La aparición de nuevos medios técnicos, como el ecocardiógrafo de bolsillo, ha abierto una polémica sobre la necesidad de mantener el contacto físico y verbal entre el paciente y el cardiólogo.

Tal como ocurrió en la Controversia de Valladolid, que, en mitad del siglo XVI, enfrentó dos formas antagónicas de concebir la conquista de América, unos en defensa de los derechos humanos de los indígenas y otros que los veían como enemigos; en pleno del siglo XXI, surge otro debate, en esta ocasión, entre cardiólogos, bajo varios interrogantes sugerentes, ¿ha muerto la exploración cardíaca clásica?, ¿auscultar, palpar y observar el pulso venoso del paciente es ya historia?, ¿un ecocardiógrafo de bolsillo puede sustituir la exploración física? No es difícil aventurar, que, el resultado en este segundo envite dialéctico, acaba, como el primero, sin obtener una conclusión final respaldada por todos.

El debate está servido y, curiosamente, el enfermo, objeto de esta polémica, asiste impasible, y posiblemente, también perplejo, sin que nadie le haya preguntado. Puede que la respuesta más socorrida sea esta: "lo importante es

La exploración cardíaca clásica es un arte basado, fundamentalmente, en la experiencia



que el diagnóstico sea certero, lo de menos son las técnicas que se utilicen". Sin embargo, otros, también pueden preguntarse y hacer valer, lo importante y hasta qué punto es necesario ese "contacto físico y verbal que establecen el paciente y el cardiólogo", como defendía el catedrático salmantino, Cándido Martín Luengo. Este veterano profesional, que intervino en la discusión, señaló que le parecía interesante el debate "en un tiempo en que la medicina se deshumaniza y se tecnifica" y se mostró afligido porque, en el fondo, este cruce de opiniones lo que suscita es que muchos lamenten que los nuevos residentes "hayan perdido la capacidad de realizar una buena exploración".

Frente a esta postura, otros facultativos señalan que si comentasen a los residentes "como utilizábamos, hace no tantos años, nuestros oídos (auscultando), nuestras manos (palpando) o nuestra vista (identificando ondas en un pulso venoso), pensarían que hemos enloquecido y que es una 'batalla' más de los abuelos". Miguel Ángel García, el cardiólogo que propició este cruce de opiniones, sentenciaba que "es un hecho cierto, o mejor dicho, tristemente cierto, que la exploración cardíaca 'clásica' ha muerto para casi todos nuestros residentes, ha quedado desfasada". No es raro que, cuando un médico experimentado muestra un montón de hallazgos en el cuerpo y luego hace deducciones que los relaciona con una historia coherente, siempre parece sorprender a los estudiantes.

Lo que nadie pone en duda es que existe "un arte" a la hora de realizar una exploración cardíaca, basado en la experiencia. Así lo reconoce José Alberto San Román, Jefe del Servicio Cardiología del Hospital Clínico de Valladolid, cuando entró en la controversia con esta reflexión, "¿Por qué la llegada de una herramienta tan útil como la ecocardiografía portátil tiene que plantearse como sustitución de algo consustancial a nuestra profesión de médicos? ¿Por qué la exploración física debe quedar desplazada? Yo lo planteo como una suma".

El también director del ICICOR defendía que todos aquellos que ven pacientes a diario: "la exploración física, tocar al paciente, es un acto esencial en la relación médico-paciente". Y añadía, "la forma de acercarse al paciente, con respeto, incluso con cariño, la forma de buscarle los pulsos, de palpar la región apical, el cuello, de auscultar, todo ello establece un vínculo especial. Este es un beneficio intangible".

San Román, ofreció otros argumentos a favor de ejercitar este "arte de explorar", y señaló que "la realización del ecocardiograma en vez de la exploración física incurre en un coste de oportunidad, que no es más que la pérdida del valor de la acción no realizada, en este caso la exploración física ¿Confiará el paciente en el médico que no le explora y le hace un ecocardiograma de la misma manera que en el médico que le explora (con o sin ecocardiograma acompañante)? ¿Seguirá sus indicaciones de la misma manera?"

En esta línea se pronunciaron varios veteranos cardiólogos al defender que, con la exploración física, "se capta, se asimila y se interpreta". Algunos, dejaron claro que "no se puede dejar de lado el beneficio del lazo personal que se establece mientras se mira a los ojos y se palpa al paciente". Aunque, quien sentenció la controversia fue el propio presidente de la Sociedad Española de Cardiología al exponer: "la exploración física es un elemento fundamental de relación con el paciente y la base sobre la que construir un diagnóstico apropiado".

José R. González-Juanatey señaló en su reflexión, que sus maestros le enseñaron que los mejores profesionales son aquellos médicos que basan sus decisiones en su 'excelencia' en la realización de la historia clínica, en particular, una excelente exploración clínica que en Cardiología tiene a la auscultación como un elemento esencial ●



La auscultación es un elemento esencial para realizar una buena exploración clínica.

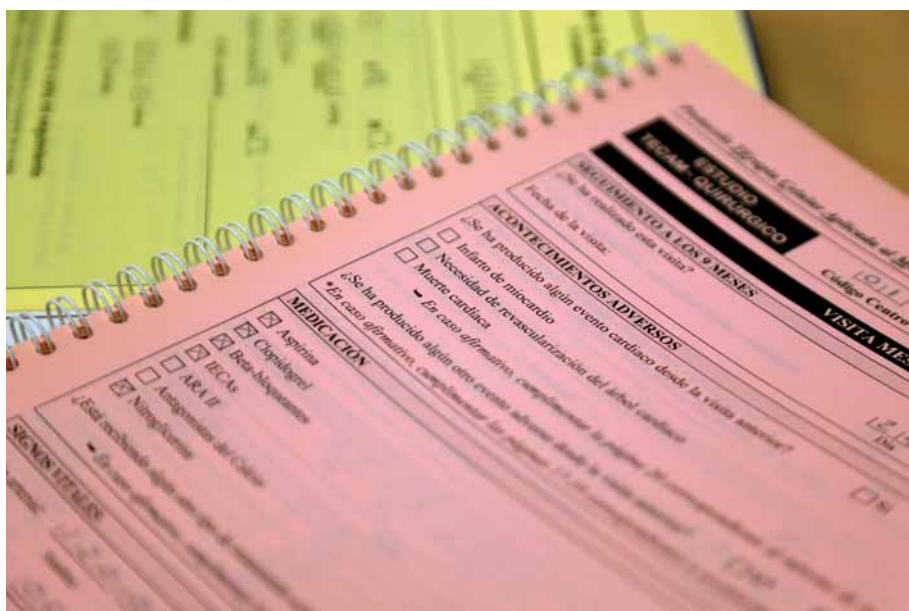


¿Auscultar, palpar y observar el pulso venoso del paciente es ya historia? Es una de las preguntas que sobrevuelan en esta controversia.

La forma de acercarse al paciente, con respeto, incluso con cariño, la forma de buscarle los pulsos, de palpar la región apical, el cuello, de auscultar, todo ello establece un vínculo especial. Este es un beneficio intangible.

¿Por qué son necesarios *los ensayos clínicos?*

Un ensayo clínico cuenta con rigurosísimos controles científicos y legales antes de ponerse en marcha y durante toda su realización.



Los ensayos clínicos son las herramientas que utilizamos en medicina para hacer avanzar el conocimiento. Las guías actuales se basan en la información aportada por los ensayos clínicos realizados. Los ensayos clínicos hoy en marcha y los que se iniciaran en breve son los pilares sobre los que se sustentarán los cuidados que les ofreceremos en los próximos años. Cuando usted toma un medicamento, antes, un ensayo clínico demostró que es seguro y que es eficaz.

Pero, ¿qué es un ensayo clínico? Es la manera en que tenemos en medicina de probar todo lo nuevo; un medicamento, las células madre para regenerar el corazón, una nueva técnica quirúrgica o un dispositivo novedoso para registrar de manera continua el funcionamiento de su corazón.

Un ensayo clínico nace cuando alguien se pone a pensar. Identifica un problema de salud para el que todavía no tenemos respuesta, idea una solución que puede ser un medicamento, una técnica, un dispositivo. Trabaja con ella en un laboratorio y ve que no es peligrosa y que puede ser beneficiosa; en animales, en modelos de ordenador obtiene unos resultados que después, traslada a las autoridades sanitarias del país en donde se quiere realizar el ensayo propiamente dicho. Un ensayo clínico cuenta con rigurosísimos controles científicos y legales antes de ponerse en marcha y durante toda su realización. En España el organis-

mo responsable es la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Lo más importante de un ensayo clínico es la seguridad del paciente.

Una vez pasados los controles se pone en marcha en enfermos. Los ensayos clínicos, de manera general, buscan pacientes con una determinada enfermedad lo más parecidos posible. Por eso, no todo el mundo puede participar en ellos, se tienen que poseer una serie de características, todas, y no padecer otras enfermedades que pudieran distorsionar los resultados. Por eso sólo unos pocos pacientes de los que padecen una enfermedad son candidatos a participar en los ensayos clínicos.

El médico responsable del ensayo clínico en el hospital identifica a un enfermo que puede ser candidato. Y habla con él. En ese momento ha de explicarle una serie de cosas muy importantes. Todas ellas iguales en todos los ensayos clínicos. La primera que la participación es voluntaria, que si no quiere hacerlo no pasa nada, seguirá teniendo la mejor atención posible, y que si decide hacerlo puede abandonar el estudio cuando quiera. Que en el ensayo queremos comparar algo nuevo, un medicamento, células madre, un dispositivo o una estrategia novedosa para tratar una enfermedad, y que necesitamos de su participación. Le explicaremos que el ensayo tiene, generalmente, lo que llamamos dos ramas, en una entran pacientes a los que se les tratará como se hace de manera habitual, lo mismo que si no participara en el ensayo. En la otra rama entran los pacientes a los que, además de lo habitual, se les añade la novedad, el medicamento, las células madre, o se pone en marcha una estrategia diferente. Se le debe informar al paciente de los posibles riesgos y de los beneficios que esperamos.

Ni el paciente ni el médico deciden en que rama participa el enfermo, es el momento de la aleatorización, del azar, todos los pacientes son iguales y un centro independiente decide que rama le toca.

Llegado el momento final de las explicaciones el médico deberá responder a todas las preguntas que se le ocurran al enfermo y a su familia, dejarle, si es posible, un tiempo para que piense y si decide participar, firmar el consentimiento informado.

El consentimiento informado es un compromiso que alcanzan médico y paciente, un documento escrito en el que se le cuenta al paciente lo que ya se le ha dicho verbalmente antes, un documento legal de salvaguarda para ambas partes.

Entonces sí, el estudio se pondrá en marcha en ese paciente, y se le harán los controles necesarios, sobre todo, para velar por su seguridad.

Cuando finalice el estudio analizamos los datos, comparamos los resultados obtenidos en ambos grupos, por ejemplo, ¿Viven más un grupo de pacientes que otro? ¿Tienen más reingresos? ¿Ha mejorado su capacidad de ejercicio? Así sabremos si el medicamento, el dispositivo, las células, además de seguros, son eficaces, o por el contrario no se obtiene ningún beneficio.

En el ICICOR estamos muy orgullosos de los ensayos clínicos que hemos puesto en marcha y liderado. Fuimos el primer hospital de España que implantó células madre derivadas de médula ósea para regenerar el corazón tras un infarto. En la actualidad participamos en tres ensayos clínicos con estas células y pronto esperamos hacerlo en dos más. Además somos pioneros en el tratamiento quirúrgico precoz de la endocarditis, una enfermedad infecciosa del corazón en la que generalmente los gérmenes destruyen las válvulas del corazón; pensamos que pacientes seleccionados se benefician de una operación precoz para limpiar el corazón frente a la práctica habitual de esperar a finalizar el tratamiento antibiótico.

Además participamos en otros cuatro ensayos clínicos con medicamentos. En total tenemos en marcha más de 20 proyectos de investigación, de los que ensayos clínicos son 9 ●

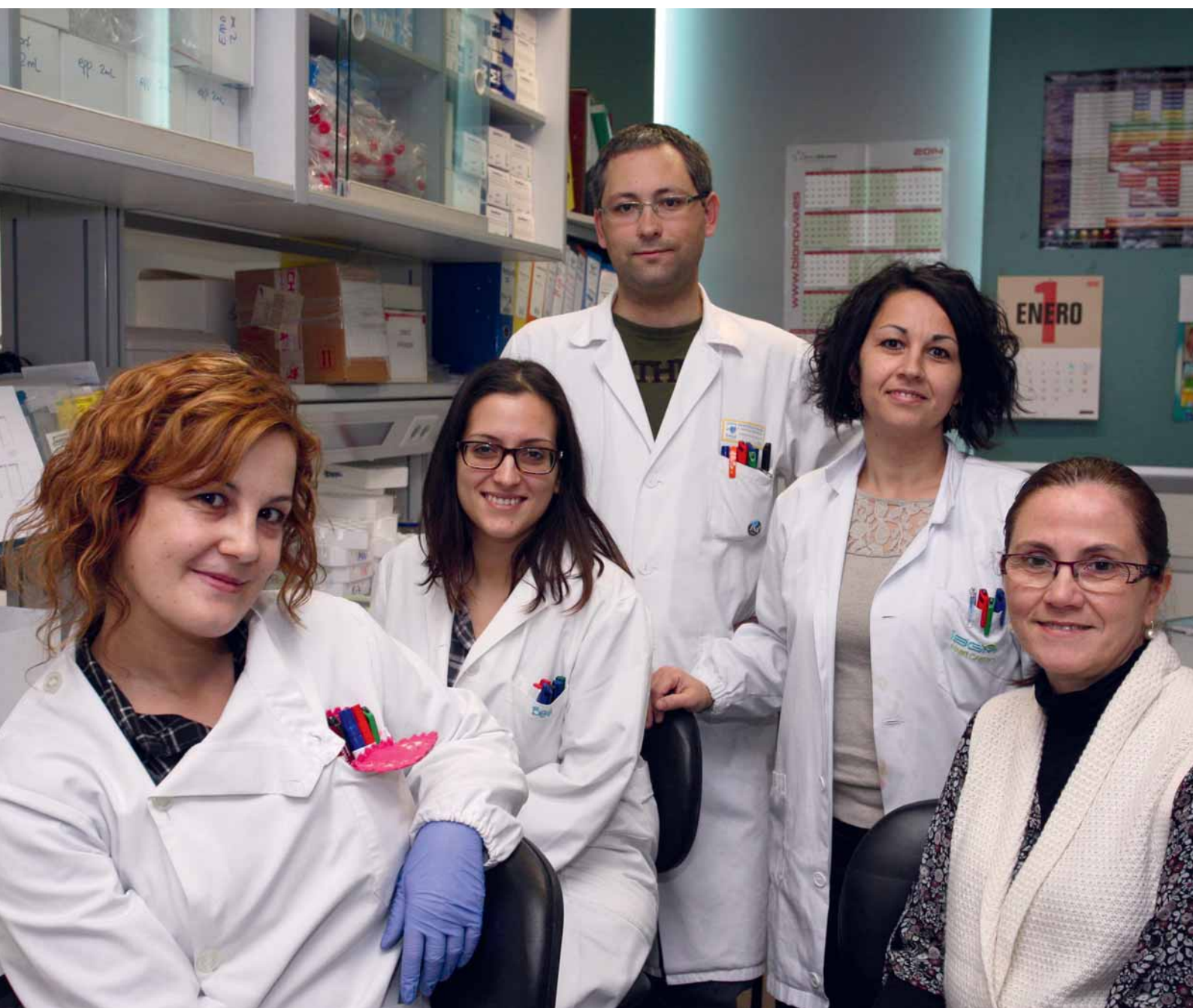


Pedro Mota es el responsable de la Unidad de Apoyo a la Investigación del ICICOR.

Actualmente, el ICICOR participa en tres ensayos clínicos con células madre y, en breve, pondrá en marcha otros dos. Además es pionero en el tratamiento quirúrgico precoz de la endocarditis.

El ácido oleanólico ayuda *a controlar la miocarditis*

De izquierda a derecha: Claudia Córdova, Beatriz Gutiérrez, Rubén Martín, Mabel Cabero y Marisa Nieto, miembros de la Unidad Inmunidad Innata e Inflamación del IBGM.



Tras más de dos años de duro trabajo, finalmente, la revista científica "*Journal of Molecular and Cellular Cardiology*", ha publicado una investigación fruto de la colaboración entre el ICICOR (dirigido por el Dr. Alberto San Román) y el Instituto de Biología y Genética Molecular, el IBGM, en la que se demuestra el ácido oleanólico, un triterpeno de origen natural que se encuentra en las hojas del olivo y en la piel y el hueso de la aceituna, ayudan a controlar la miocarditis, una enfermedad caracterizada por la inflamación del miocardio.

El Dr. en Bioquímica Rubén Martín Montaña, del Instituto de Ciencias del Corazón, en colaboración con el grupo que dirige la Dra. María Luisa Nieto Callejo, una investigadora de la Unidad de Inmunidad Innata e Inflamación del IBGM (centro mixto de la Universidad de Valladolid y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, CSIC), han demostrado los beneficios del ácido oleanólico, un componente de uno de los pilares de la dieta mediterránea, el aceite de oliva, en la salud.

Las alteraciones del miocardio, miocarditis junto con las miocardiopatías, son la principal causa de insuficiencia cardíaca en pacientes menores de 40 años o en atletas jóvenes. Aunque en algunos casos, la miocarditis puede tener una resolución espontánea, está fuertemente asociada con complicaciones cardíacas críticas. La presentación clínica varía desde síntomas sistémicos hasta muerte súbita e inesperada. Aunque la mayoría de las miocarditis agudas inducidas por virus se resuelven rápida y espontáneamente, algunos pacientes desarrollan una miocarditis crónica que resulta en una alteración considerable del músculo cardíaco, insuficiencia cardíaca e incluso la muerte.

Tras realizar el estudio en el modelo animal de miocarditis, el grupo científico ha demostrado que el ácido oleanólico disminuye considerablemente el daño cardíaco producido en los ratones de experimentación. En el estudio, se observa como los animales tratados con ácido oleanólico presentan una disminución de los parámetros característicos de la miocarditis, y una mejor evolución de la enfermedad, en gran parte por su poder antiinflamatorio y capacidad de regular la respuesta inmune.

Además, han realizado el estudio en cultivos de distintos tipos de células cardíacas, y comprobaron que el ácido oleanólico también tiene un efecto protector directo sobre los fibroblastos y miocitos cardíacos.

El investigador Rubén Martín Montaña destaca "la importancia de que se mantenga una estrecha colaboración entre clínicos y básicos para una aplicación de los conocimientos de investigación en la clínica". Se trata de mejorar la respuesta de los pacientes al tratamiento actual, sin ser sustitutos de éstos.

Tras este trabajo experimental, el objetivo final es realizar un ensayo clínico, "es una pena que tanto trabajo de investigación quede sin una aplicación en los pacientes", señala el Dr. Martín.

Los investigadores del IBGM y del ICICOR, que están inmersos en la Red Temática de Investigación Cooperativa en Enfermedades Cardiovasculares (Re-cava), han realizado una patente, que les permitirá comercializar este producto mediante su adquisición por parte de una empresa.

Dado el papel protector del ácido oleanólico en patologías inmuno-inflamatorias, una de las ideas en la que trabajan estos científicos es integrar este compuesto en la dieta como complemento nutricional, o bien a través de productos que contengan ácido oleanólico: alimentos funcionales.

Por último, con la experiencia en este campo, el grupo coincide en que este compuesto natural permitiría no solo tratar, sino prevenir ciertas enfermedades inflamatorias.

A pesar de la dificultad de investigar, en estos tiempos de insuficiente financiación, estos científicos confían en seguir adelante con los estudios con el ácido oleanólico ●

Una vez que se ha comprobado el papel protector del ácido oleanólico en patologías inmuno-inflamatorias, estos científicos trabajan en integrar este compuesto en la dieta como complemento nutricional.



Los investigadores reprodujeron la enfermedad humana en ratones, induciendo la miocarditis en una cepa de ratón concreta, y también realizaron pruebas *in vitro*.



Fragmento del cuadro 'In der Scheune', del artista austriaco Peter Fendi.

Estimulantes sexuales **para enfermos con patologías cardiovasculares**

Por falta de información, muchas personas que padecen problemas cardiológicos abandonan la actividad sexual ante el temor de una posible recaída en la enfermedad.

Los datos son contundentes, un tanto por ciento muy elevado de los hombres con hipertensión arterial presenta disfunción eréctil. Casi la mitad de los hombres con el mismo mal padece de una enfermedad coronaria significativa y el mismo trastorno aparece en muchos de los pacientes que han sufrido un Infarto de Miocardio. Además, la disfunción eréctil y las enfermedades de las arterias coronarias comparten muchos de los mismos factores de riesgo, como diabetes, tabaquismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad, sedentarismo y depresión.

Con estos datos, la pregunta que se hacen muchos hombres que padecen este mal es sencilla, ¿tiene solución?, ¿se pueden recuperar las relaciones sexuales satisfactorias?

Antes de nada, conviene reseñar que se trata de un trastorno médico común que tiene un impacto negativo en la calidad de vida y la autoestima, pudiendo crear dificultades en la relación de pareja.

También es necesario resaltar que existe una gran variedad de factores orgánicos, psicógenos y estilos de vida implicados en su aparición y está fuertemente relacionado con la edad.

Por tanto, su diagnóstico requiere de una detallada Historia médica y sexual, examen físico y distintas pruebas de laboratorio.

El tratamiento de esta patología representó un cambio importante con la comercialización desde 1998 de los fármacos inhibidores de la fosfodiesterasa (PD5), al demostrarse eficaces en el abordaje de la disfunción eréctil.

Desde hace unos años se han popularizado los estimulantes sexuales vía oral, conocidos como inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (enzimas presente en los cuerpos cavernosos), entre ellos: Sildenafil (Viagra), Vardenafil (Levitra), Tadalafil (Cialis), medicamentos que han revolucionado el tratamiento de la impotencia masculina y han permitido que esta situación tan molesta y dañina para la autoestima del hombre haya salido del clóset y se haya convertido en motivo común de una consulta médica.

Para utilizar esta medicación el médico debe catalogar el riesgo de cada individuo desde el punto de vista cardiológico; hombres de riesgo bajo pueden usarlo con toda confianza y a requerimiento personal (una sola dosis al día). De riesgo intermedio se debe primero tratar de corregir estos factores de riesgo y entonces usarlos a discreción y a necesidad. De riesgo alto, lo usual es la contraindicación inmediata. Primero debe estabilizar su estatus cardiológico y luego, con asesoría de su médico, iniciar tanto la actividad sexual como el uso de estos estimulantes.

¿Cuáles son las contraindicaciones? Principalmente, en pacientes en tratamiento con óxidos nítricos, nitritos y nitratos orgánicos como el trinitrato de glicerina (nitroglicerina).

No está recomendado su uso en aquellas personas con Insuficiencia Hepática o renal graves, infarto de miocardio reciente, patología de retina degenerativa de tipo hereditario y con hipotensión arterial.

No se deberían administrar los inhibidores de la PDE-5 en pacientes con hipotensión ortostática, y hay que tener precaución en los pacientes con estenosis aórtica o miocardiopatía hipertrófica obstructiva².

El efecto vasodilatador de los nitratos está fuertemente ampliado por los inhibidores de la PDE-5, provocando una importante caída de la presión arterial que en determinados casos puede implicar un compromiso hemodinámico que puede ser potencialmente grave o fatal, motivo por el cual están contraindicados.

Los pacientes isquémicos que no siguen tratamiento con nitratos de forma regular y con su cardiopatía estable, han de ser informados de que en caso de presentarse sintomatología anginosa, no podrán utilizar los nitratos hasta que no haya pasado un tiempo indicado por su Cardiólogo. Previamente, se deberá asegurar su tolerancia al ejercicio que implica la actividad sexual.

INTERACCIONES

- Alcohol: Puede reducir sus efectos.
- Alimentos: Las comidas muy pesadas pueden reducir su eficacia, sobre todo las comidas ricas en grasas.
- Conducir: Puede causar somnolencia, por lo que no se recomienda conducir inmediatamente después o manejar maquinaria pesada.
- Mujeres: Las mujeres no los deben usar, ya que su uso sólo ha sido aprobado en el caso de los hombres con disfunción eréctil.
- Jóvenes: En la actualidad existen personas que hacen un uso inapropiado del fármaco tomando una dosis sin necesitarla, sobre todo los jóvenes. Evite el consumo de fármacos sin prescripción facultativa.
- Embarazo: Tener en cuenta que no es un afrodisíaco ni ayuda a tener mayor probabilidad para que nuestra pareja quede embarazada.
- Con otros fármacos: Inhibidores de proteasas ,bloqueantes alfa etc.. Es muy recomendable especificar a su médico toda la medicación que tiene prescrita antes de iniciar cualquier nuevo tratamiento ●

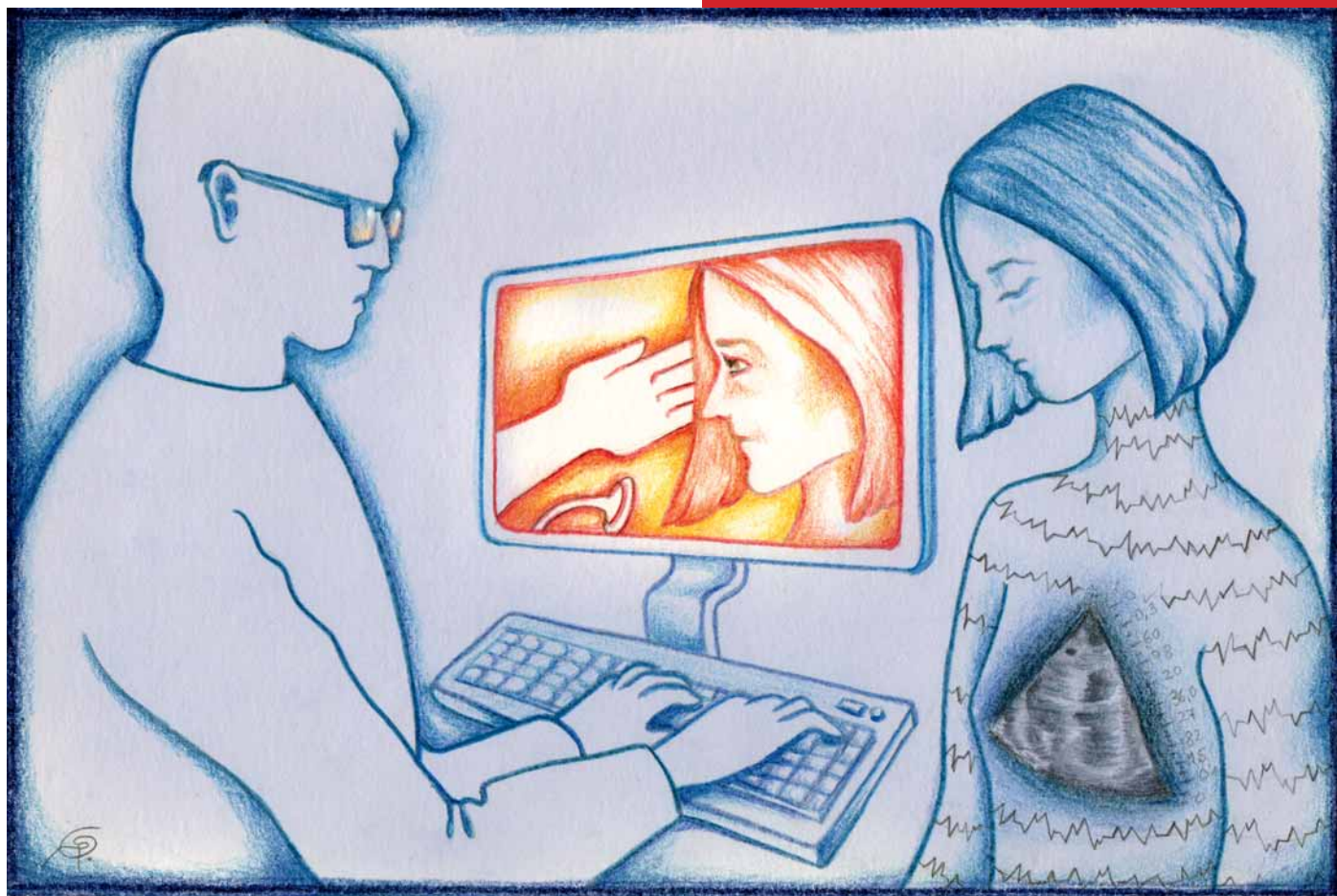


El uso inadecuado de estimulantes sexuales sin indicación adecuada puede dar lugar a más frustración, baja autoestima y alimentar el círculo vicioso de disfunción sexual.

Todas las personas tienen derecho a renovar su vida sexual y aumentar su autoestima. Eso sí, antes de iniciar su uso consulte a su médico para que le indique la pauta y recuerde que hay que conversar con la pareja porque la actividad sexual es cuestión de dos.



No conviene sobreestimar la droga, porque puede generar un alto grado de ansiedad y miedo de no tener relaciones más satisfactorias sin depender de la ayuda médica.



La imagen

Ciencia y arte

El enfermo acude a la consulta con su dolor, su sufrimiento y su temor. Pide socorro, habla y quiere que lo escuchan. El médico atiende su relato y, de vez en cuando, con el fin de encauzar el hilo de la narración, lo interrumpe para realizarle una pregunta y destacar un pequeño detalle. Ambos, paciente y galeno, saben que esta historia es la más importante del mundo en ese instante.

La confianza, convertirse en cómplice del enfermo, es una de las grandes cualidades de la clínica. Conversar forma parte del tratamiento, porque en las palabras que surgen a uno y otro lado de la mesa yace el poder de la clínica. La buena medicina, comentaban antaño, es una mezcla de arte y ciencia. No está de más recordar que, en griego, clínica significa a pie de cama. El especialista no solo es el que restaura la salud con buenos fármacos, sino quien es capaz de mejorarla con palabras y consejos.

El examen físico es un rito ancestral. En época de cha-

manes y sanadores, puede que este estudio de cabecera hasta fuera un privilegio sagrado. Un individuo le daba permiso a otro para que accediese a explorar y tocar las zonas más delicadas o privadas de su cuerpo. Se establecía un vínculo de confianza entre curador y doliente. Cuando concluía el ritual, gracias al tacto, el médico y el paciente ya no se sentían extraños.

Los avances vertiginosos en tecnología biomédica abocan a que la relación entre el médico y el paciente se encuentre, cada vez, más amenazada. La excelencia y precisión de los nuevos aparatos, la exactitud de los resultados de los análisis de laboratorio y la perfección que se ha alcanzado en los procedimientos médicos, van sustituyendo el contacto entre enfermo y doctor. El rito de escuchar, palpar, acompañar y conversar ha quedado en desuso; la clínica, el hogar de esas cualidades, ha perdido presencia debido al progreso de la tecnología ●