

# EXPAUMI

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN DE EXPACIENTES DE MEDICINA INTENSIVA

Nº 15

Diciembre 2004

Málaga

(Foto: Francisco Gil del Río)



**FIRMA DE LOS CONVENIOS DE COLABORACIÓN ENTRE LA ASOCIACIÓN DE EXPACIENTES (EXPAUMI) Y SOCIEDADES CIENTÍFICAS (SAMFYC Y SAMIUC) CON EL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE MÁLAGA Y LA DELEGACIÓN PROVINCIAL DE SALUD**

# XVI MESA REDONDA DE EXPAUMI: La Situación del Paciente y su Familia tras el Alta Hospitalaria.

**SUMARIO** Nº15:

**EXPAUMI**

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN DE EXPACIENTES DE MEDICINA INTENSIVA  
Nº 15 Diciembre 2004 Málaga

**Edita:**

EXPAUMI

**Coordinan:**

M. V. De la Torre Prados, A.  
García Alcántara, Antonio Gil  
Fuentes, Manuel Ortega  
Jiménez, Manuel Luque.

**Fotografías:**

Francisco Gil del Río (Miembro  
Comisión Gestora),  
Manuel Luque.

**Diseño Gráfico y  
Maquetación:**

Manuel Luque.

**IMPRIME:**

DIGARZA

Esta publicación no comparte  
necesariamente las opiniones  
vertidas en la misma por sus  
colaboradores.

Depósito Legal:

2	La Opinión del Paciente y su Familia tras el Alta Hospitalaria.
4	Enfermeras de Enlace en el Hospital y en Atención Primaria: Coordinación y Continuidad de Cuidados.
6	Alta Hospitalaria: el papel del Médico de Familia.
7	Centro de Alta Resolución de Especialidades (C.A.R.E.), H. R. U. "Carlos Haya".
8	La Función del Servicio de Atención al Paciente del Hospital Clínico.
9	La Función de la Unidad de Trabajo Social del Hospital Clínico.
	<b>OPINIÓN:</b>
10	Reconocimiento y homenaje a dos grandes humanistas de la sanidad pública.
12	Enfoque ese ángulo 1: Competencias y Valores.
14	Enfoque ese ángulo 2: Un nuevo estilo integrador en la Sanidad Pública.
	<b>CHARLAS-COLOQUIO MENSUALES:</b>
16	¿Porqué y cómo controlar el colesterol después de un infarto de miocardio?
20	Disfunción Eréctil: Conceptos Básicos.
21	El Cerebro, el Corazón y la Mente.
25	La Hipertensión Arterial: ese enemigo silencioso.
26	Reflexiones sobre la Donación de Órganos y Tejidos.
	<b>ACTIVIDADES:</b>
27	Proyectos llevados a cabo por EXPAUMI en el año 2004.
30	Programa de Deshábito al Tabaco.
31	Saber salvar vidas, una tarea necesaria hacia los Familiares de Pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Intensiva.
34	Continuar y fortalecer la Cadena de la Vida para Profesionales Comunitarios y Cuidadores de Pacientes en los diez Distritos Municipales.
38	Divulgación en Playas Malagueñas de Soporte Vital Básico y Actividades Preventivas en Salud.
40	El Programa Corazón en Málaga.
42	El Recetario de Manuel Ortega.

# **XVI MESA REDONDA DE EXPAUMI:**

## **“La Asistencia al Paciente tras el Alta Hospitalaria.”**

Como cada semestre y desde hace más de ocho años, EXPAUMI convoca una Mesa Redonda en la que se pretende, como siempre, debatir temas de alto interés socio-sanitario para mejorar en lo posible el bienestar del enfermo. En esta ocasión se reflejan en esta revista las ponencias desarrolladas en este acto.

### **PONENCIAS:**

#### **LA OPINIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA.**

Por D. Francisco Ruíz Claro y D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Dolores Díaz Ropero.  
Expaciente de UMI y familiar, miembros de EXPAUMI.

#### **LA FUNCIÓN DE LAS ENFERMERAS DE ENLACE EN EL HOSPITAL Y EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.**

Por D<sup>a</sup>. María Victoria Requena Toro, Enfermera de Enlace de Hospital Clínico Universitario “Virgen de la Victoria” y D<sup>a</sup>. Remedios Reina, Enfermera de Enlace del distrito de Huelín.

#### **EL MÉDICO DE FAMILIA.**

Por el Dr. Francisco Serrano, Médico de Familia del Centro de Salud de Rincón de la Victoria.

#### **EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE DEL HOSPITAL CLÍNICO.**

Por la Dra. Ana López Pulido, Responsable de la Lista de Espera Quirúrgica, y D<sup>a</sup>. María Estrada Vázquez, Trabajadora Social de la Subdirección de Gestión y Atención al Usuario.

#### **CENTRO DE ALTA RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES (C.A.R.E.)**

#### **HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO “CARLOS HAYA”.**

Por el Dr. José Trujillo Ruíz, Director del C.A.R.E., H.R.U. “Carlos Haya”.

Esta Mesa Redonda será moderada por D. Antonio Gil Fuentes,  
miembro de la Comisión Gestora de EXPAUMI.

# LA OPINIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA.

**E**l III Plan Andaluz de Salud resume de forma adecuada las expectativas que tenemos los ciudadanos del Sistema Sanitario Público: profesionalidad, humanidad, confort y seguridad de las instalaciones.

Todos estos aspectos deben estar basados en la buena relación usuario-profesional y para eso es importante la participación de ambos en el propio sistema.

Esta participación necesita del desarrollo de una buena información.- Es imprescindible que ésta sea transparente sobre todo en relación con las inversiones que se realicen ya que deben ajustarse a las necesidades que generan el nivel de gravedad de los pacientes, y acordes al equilibrio que debe existir entre el gasto y el beneficio que produce.

La realidad sin embargo, nos lleva

a recordar a los diferentes responsables del Sistema Sanitario Público Andaluz que durante la estancia y al alta hospitalaria deben estar presentes las siguientes competencias y realidades a nivel de gestores, cargos directivos,

**“Todos estos aspectos deben estar basados en la buena relación usuario-profesional y para eso es importante la participación de ambos en el propio sistema.”**

profesionales y en la infraestructura:

- En cada área asistencial debe estar la relación de los profesionales con conocimiento de las funciones del puesto de trabajo.
- Solicitamos ser atendidos con atención, profesionalidad e interés ante la situación crítica de nuestra salud.

- El profesional debe tener ajustada su capacitación y competencia al puesto de trabajo, evitando contratar profesionales que trabajan por primera vez en áreas como es Urgencias, UCI, Quirófanos ...

- El número de profesionales durante todas las épocas del año debe ajustarse al nivel de gravedad y complejidad de los pacientes que se atienden, evitando la sobrecarga asistencial de los profesionales que iría en contra del nivel de asistencia sanitaria recibida por el paciente y que podría conllevar resultados no deseables (aumento de complicaciones y de mortalidad).

- La información recibida, tanto oral como escrita, sobre la enfermedad que motivó el ingreso hospitalario del paciente debería ser clara y ajustada al nivel cultural y social de este.

Por **Francisco Ruíz Claro** y **M<sup>a</sup> Dolores Díaz Roperó**,  
Expaciente de UMI y familiar, miembros de EXPAUMI.

- Los recursos disponibles deberían ser acordes en su número a las necesidades en todo el proceso asistencial: lista de espera, ingreso por urgencias, calidad en las infraestructuras de UVI (intimidad, tranquilidad, espacio para atender al familiar, mobiliario, ...) y en las plantas.

- La distribución de los recursos debe ser equitativa, sin que se aprecien diferencias entre las áreas residenciales de Málaga capital y provincia, por ejemplo dotación en la UCI del Hospital Clínico respecto a Carlos Haya (número de respiradores, monitores, material de transporte...).

- Es necesario una dotación tecnológica con especialidades médicas equivalentes entre las diferentes áreas de Málaga.

- Necesitamos el apoyo de profesionales como trabajadores

sociales, psicólogos, enfermeros, médicos de familia y especialistas que de forma conjunta nos faciliten y ayuden a la integración y normalización de nuestra vida tras el alta hospitalaria: en los problemas económicos, sociales, laborales y familiares.

- La gestión de la lista de espera debe ser transparente, pública y en relación a las diferentes patologías dentro de los hospitales públicos de Málaga.

- El usuario según la gravedad de su enfermedad (asesorado por su especialista) y conociendo el margen de tiempo de elección, elegiría el centro hospitalario. Si no existiera esta opción en el Sistema Sanitario Público de Málaga pudiera elegir en otras provincias andaluzas o la asistencia sanitaria privada subvencionada por el Sistema Sanitario Público.

No debería ocurrir una sola muerte por no promocionar la flexibilidad y la rentabilidad de los recursos disponibles. En la actualidad emigran profesionales sanitarios a otros países europeos por no tener trabajo.

Consideramos que el tiempo que el médico de familia dispone para atender a sus pacientes es muy reducido, quedando limitado casi a un aspecto administrativo.

# ENFERMERAS DE ENLACE EN EL HOSPITAL Y EN ATENCIÓN PRIMARIA: COORDINACIÓN Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS.

Por **María Victoria Requena Toro**, Enfermera de Enlace del Hospital Clínico Universitario y **Remedios Reina**, Enfermera de Enlace del distrito de Huelin.

Las necesidades de los cuidados de la población vienen determinados por cambios demográficos y de morbilidad como el aumento de la esperanza de vida, la cronificación de las enfermedades, los cambios en la estructura tradicional de las familias y la incorporación de la mujer a la vida laboral.

A esto se unen los cambios en las demandas de los usuarios: derecho a la información, exigencia de personalización en el trato, y confort en el uso de los servicios.

El envejecimiento de las poblaciones está provocando un cambio en las organizaciones de los servicios sanitarios.

La fragmentación organizativa interfiere en la prestación de un servicio de salud integral y personalizado, siendo las enfermeras de enlace el recurso que emplea el sistema para garantizar la continuidad asistencial al margen del ámbito donde se desarrolle el proceso.

La independencia y el autocuidado constituyen elementos claves en la recuperación funcional y reincorporación a la comunidad, garantizando el máximo

bienestar y minimizando el sufrimiento de pacientes y familiares, además de asegurar la continuidad de la atención independientemente del nivel en el que se encuentre el paciente.

La filosofía de las enfermeras hospitalarias de enlace se sustenta en la coordinación de cuidados encaminados a conseguir la independencia y autonomía de los pacientes y sus familias, bien, desarrollando las intervenciones necesarias para alcanzarla o bien supliendo los déficits de autonomía. Todo ello a través del proceso de atención y utilizando los sistemas estandarizados para la práctica enfermera. Además, las enfermeras de enlace procuran la coordinación del plan asistencial durante la estancia hospitalaria, y apoyan a la enfermera responsable del paciente en el desarrollo del plan de cuidados que se ha establecido.

La formación, como elemento clave para la mejora continua de la calidad, constituye un elemento clave en el desarrollo del trabajo de las enfermeras de enlace. Todo ello contribuye a garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes y cuidadores principales entre niveles asistenciales.

Pero, además, son también

capítulos destacados en su trabajo los siguientes:

- Facilitar la coordinación del equipo de salud en el plan asistencial durante la estancia hospitalaria.
- Orientar sus actuaciones en beneficio del paciente y su familia, fomentando su participación y la toma de decisiones.
- Disminuir el impacto que supone la transición al domicilio tras el alta hospitalaria asegurando la coordinación en el seguimiento del proceso.
- Garantizar la transmisión adecuada de la información sobre los cuidados, con un mismo lenguaje de enfermería.
- Garantizar al paciente y cuidador los conocimientos básicos para el manejo de la salud.

## USUARIOS DE ESTE SERVICIO:

- Pacientes inmovilizados por motivos neurológicos y/o por deterioro cognitivo.
- Pacientes crónicos con reagudizaciones frecuentes.
- Pacientes en situación terminal.
- Cuidadores principales de todos ellos.
- Pacientes que demandan un uso continuado del SNS y que necesitan garantizar la

continuidad de cuidados.

## **ACTUACIONES:**

- Intervención: planificación al alta.
- Valoración focalizada (afrontamiento familiar).
- Asesoramiento y gestión de material ortoprotésico.
- Asesoramiento y gestión de productos para la nutrición.
- Gestión de citas (dietética, rehabilitación,...).
- Gestión coordinada del transporte sanitario y citas.
- Planificación con su enfermera del plan educativo a desarrollar con el paciente y su cuidadora.
- Comunicación fluida con su enfermera de enlace comunitaria.

Dentro del Marco Legal surge el Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas que establece, en su Capítulo VII, que se promoverán una serie de medidas a favor de los mayores y las personas con discapacidad entre las que se encuentran los cuidados a domicilio.

El modelo incorporado por el SAS para la mejora de la Atención Domiciliaria incorpora, entre otras medidas, a la Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE). Esta enfermera se enmarca dentro de la gestión de casos con una práctica avanzada de cuidados.

La gestión de casos es un proceso de colaboración mediante el cual la enfermera vela para que el paciente alcance los objetivos marcados en su plan asistencial coordinándose con diferentes profesionales y movilizandolos recursos necesarios, garantizando así una atención

integral y continuada que resuelva las necesidades de cuidados del paciente y su cuidadora.

Gestionar los cuidados se entiende en el contexto de este servicio como la recepción de información específica sobre las necesidades de mayores, discapacitados y sus cuidadoras, para compartirla y revisarla, así como la coordinación de las intervenciones con todos los profesionales y familiares implicados en la mejora de la atención.

Las ECES velarán para que los pacientes cuenten con una valoración integral acorde con sus necesidades realizada por ella y/o por los miembros del EBAP- que determine un plan de actuación focalizado fundamentalmente en la prevención de problemas de salud y paliación de los existentes, actuando en cooperación con el equipo. Además las enfermeras de enlace desarrollan procesos educativos y prestan apoyo a la cuidadora principal, de forma individual y grupal.

Esta enfermera se ubica en el Centro de Salud y debe ser un eslabón entre la Atención Especializada y la Atención Primaria al servir de referencia en aquellos Centros y eje de comunicación con el nivel de atención especializada. Un profesional que contacta y con el que contactar desde otros niveles asistenciales (Teleasistencia).

## **POBLACIÓN DIANA:**

Personas susceptibles de recibir

atención a domicilio:

- Personas inmovilizadas (fundamentalmente mayores de 65 años o con discapacidad).
- Pacientes con procesos terminales o necesitados de cuidados paliativos.
- Personas con alta hospitalaria necesitadas de cuidados con cierta complejidad.
- Personas cuidadas en instituciones residenciales.
- Cuidadoras principales de las personas susceptibles de recibir atención a domicilio.

## **O B J E T I V O S ESPECÍFICOS:**

1. Favorecer la Atención Domiciliaria desde los EBAP a todos los incapacitados.
2. Mantener y mejorar la calidad de vida de los/las cuidadores/as principales (talleres de cuidadoras).
3. Facilitar la prestación de la Atención Domiciliaria al EBAP.
4. Conocer y participar en la mejora de los mecanismos de coordinación del EBAP con la red social.
5. Conocer y participar en la mejora de los mecanismos de coordinación con otros niveles asistenciales para garantizar la continuidad de cuidados.
6. Participar en el diseño, desarrollo y evaluación de los circuitos de asignación, recogida y reutilización de material específico para la Atención Domiciliaria.

# ALTA HOSPITALARIA: EL PAPEL DEL MÉDICO DE FAMILIA.

Por el **Dr. Francisco Serrano**,  
Médico de Familia del Centro de Salud de Rincón de la Victoria.

**E**l Médico de Familia debe acoger al paciente dado de alta hospitalaria para proseguir su proceso curativo y de rehabilitación, es pues, el paso de un nivel de cuidados hospitalarios, donde el paciente se encuentra más inestable, a otro nivel de cuidados, en atención primaria.

Es necesario que el paciente comprenda que el concepto de curación no termina con la salida del hospital, sino que debe proseguir en su domicilio/residencia habitual, siendo en este punto donde el papel del personal sanitario de atención primaria encuentra su ámbito de trabajo en los cuidados posthospitalarios.

Creo importante recordar que el aspecto de “cercanía” o “conocimiento” mutuo que existe entre el médico/enfermero con el paciente/familiares o cuidadores es un elemento determinante, ya que esta confianza mutua debe utilizarse siempre en beneficio

del paciente. Es posible (y lo vemos en nuestra práctica médica habitual) que el paciente ingresado en el hospital no se “atreva” a preguntar todas sus dudas o miedos y si se muestre más franco en el ámbito de la atención primaria.

Entre otras funciones el médico de familia debe:

- **Informar** al paciente y cuidadores.
- **Determinar un Pronóstico** de su patología y expectativas de curación.
- **Planificar** un plan de asistencia médica, así como de sus necesidades humanas o materiales.
- **Ofertar-dinamizar** recursos que puedan acelerar el proceso curativo o de rehabilitación.
- **Identificar** cambios en la evolución del paciente que pueda precisar los recursos de otro nivel asistencial (especialista de 2º nivel, urgencias

hospitalarias...etc.).

- **Valorar el impacto del cuidador**, identificando signos de estrés.

Es necesario reflexionar sobre cómo podemos mejorar la **Comunicación entre los Niveles Asistenciales**, ya que en mi opinión debe existir un flujo de comunicación bidireccional y continuado en el tiempo, siempre dirigido a un mayor conocimiento del paciente, y por tanto, de su **Enfermedad**.

Así mismo, la existencia de una cooperación entre el **Medico-enfermería-enfermería de Enlace**, es no solo necesaria y deseable, sino indispensable para conseguir una atención global del paciente.

Siempre deberemos introducir un plan de **Prevención** de nuevos eventos, para que el paciente conozca los **Hábitos Saludables de Vida**.



# CENTRO DE ALTA RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES (C.A.R.E.), HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO “CARLOS HAYA”.

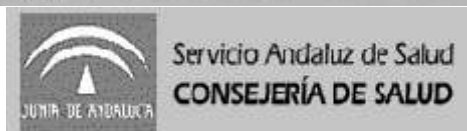
Por el Dr. José Antonio Trujillo Ruíz,  
Director del C.A.R.E del Hospital “Carlos Haya”.

## EL C.A.R.E EN POCAS PALABRAS:

El Centro de Alta Resolución de Especialidades (CARE) dependiente del H. R. U. “Carlos Haya” de Málaga perteneciente al Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) fue inaugurado en Diciembre de 2001. Este centro está orientado a la consecución de la mayor resolución diagnóstica en el menor tiempo posible, articulando la visita única por paciente y proceso asistencial. Se trata pues, de un centro médico innovador y pionero en la sanidad pública andaluza, que se está convirtiendo en referente nacional en la utilización de la metodología de la alta resolución.

En el primer año de vida, se han realizado más de 35.000 actos CARE, con el gran valor añadido

que ha supuesto esta nueva metodología de atención sanitaria especializada, tanto para el paciente como para la coordinación entre Atención Primaria y Atención



Especializada. En su segundo año de vida se han atendido a 50.000 pacientes con esta nueva metodología.

En un solo año la oferta de

servicios del CARE se ha duplicado: asciende a casi 70 procesos, para los que se realizan, en el día, las pruebas complementarias necesarias para establecer un diagnóstico e instaurar el tratamiento. El número de pacientes que se ha beneficiado ha crecido de forma exponencial. En la actualidad rondan la centena de procesos los que se ofertan en nuestra cartera.

Nuestro objetivo, es que la alta resolución se introduzca como metodología de rutina en todos los servicios médicos especializados. La implantación de esta metodología requiere profundos cambios en la organización de las consultas externas, que el Complejo Hospitalario está abordando de forma progresiva, utilizando como metodología la reingeniería de procesos.

# LA FUNCIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE DEL HOSPITAL CLÍNICO.

Por la **Dra. Ana López Pulido**,  
Responsable de la Lista de Espera Quirúrgica.

**L**a continuidad asistencial es el elemento que garantiza la calidad que el sistema sanitario público de Andalucía quiere dar.

La atención primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario y el primer contacto entre los servicios sanitarios y los ciudadanos. De su buen funcionamiento dependerá que la atención especializada desarrolle sus funciones en las mejores condiciones.

En el tema que nos ocupa, nos encontramos en la atención especializada que ha prestado sus servicios al paciente, en régimen de hospitalización, y que al recibir su alta hospitalaria tiene que coordinarse con la atención primaria para garantizar el seguimiento clínico al paciente.

En esta relación de atención primaria y especializada el servicio de atención al paciente juega un papel importante ofreciendo una serie de prestaciones, que según las circunstancias que provocaron el ingreso del paciente y su situación en el momento del alta, se utilizarán o no. Veamos varios

supuestos:

1. En el informe del alta puede indicar el facultativo que atendió al paciente una revisión de su patología en un tiempo aproximado para lo que el paciente, algún familiar presentarán el documento en la unidad de cita previa que asignará fecha, día y hora de consulta.

2. En el mismo informe de alta puede existir una prescripción de una medicación o alimentación enteral que precise un visado hospitalario para lo que el facultativo adjunta un “informe de visado” y es en la unidad de atención al paciente dónde se registra, firma la receta y se deriva, según prescripción, para su continuidad en el centro de salud.

3. El motivo del ingreso del paciente pudo ser por una patología subsidiaria de cirugía tras la atención urgente. El paciente se va de alta y se realiza su inscripción en el registro de demanda quirúrgica de la unidad de lista de espera.

4. En el informe de alta el

facultativo puede indicar la necesidad de alguna prestación ortoprotésica para lo que adjuntará el documento reglamentario y será la unidad de prestaciones dentro de la subdirección de atención al paciente quien gestione dicha petición.

5. El paciente puede tener alta hospitalaria a domicilio, a centro periférico o de mayor especialización. Para su traslado precisa transporte sanitario que irá solicitado por su especialista en un documento dónde se reseñan los datos de filiación, clínicos del paciente y destino. Esta solicitud la tramita el familiar o el celador de planta con la unidad de prestaciones que organiza el traslado.

Esta atención hospitalaria se articula con la atención sanitaria primaria y viceversa para garantizar una asistencia integral y continuada al paciente. Todo ello encaminado a satisfacer las necesidades y expectativas del ciudadano, siguiendo una de las líneas del plan de calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

# LA FUNCIÓN DE LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL DEL HOSPITAL CLÍNICO.

D<sup>a</sup>. María Estrada Vázquez,  
Trabajadora Social de  
la Subdirección de Gestión y Atención al Usuario.

La Unidad de Trabajo Social es uno de los Servicios Especializados con los que cuenta este Hospital para atender las problemáticas sociales que presentan los pacientes a su ingreso y que inciden directamente en su enfermedad.

Las Trabajadoras sociales intervienen detectando estas problemáticas y modificando las condiciones bio-psico-sociales de los pacientes al alta y estudian las posibles alternativas que se ofrecen al paciente para garantizar un equilibrio de estas condiciones en su domicilio o en Instituciones.

El objeto de la intervención del trabajo social hospitalario es actuar ante los factores sociales asociados y/o derivados de la enfermedad, que deben ser tratados igual y paralelamente al diagnóstico médico, para facilitar la recuperación del enfermo, a fin de garantizar un seguimiento de tratamiento una vez al alta.

## Descripción del Servicio de Trabajo Social en Hospital:

- Detección de los factores de riesgo social.

- Estudio, Valoración y Diagnóstico Social de situaciones-problemas.

- Orientación e información, tramitación y/o gestión de recursos socio-sanitarios.

- Apoyo psico-social a pacientes y familiares.

- Apoyo a la reinserción del paciente con problemas socio-familiares tras el alta Hospitalaria.

- Coordinación con los Servicios Sociales y de Atención Primaria para la derivación y canalización de las problemáticas sociales de los pacientes.

- Aportación de datos sociales a la Historia Clínica y Diagnóstico Integral de los pacientes.

- Fomento, elaboración y participación en programas y proyectos de mejora de la calidad asistencial y humanización de la asistencia.

Aportar aspectos sociales en los planes de mejora de calidad de la organización y al equipo asistencial, participando en proyectos de investigación oportunos.

Mantenimiento de las relaciones y coordinación de los dispositivos y recursos sociales en el ámbito de influencia del hospital..

## DEFINICIÓN DE CLIENTE.

Pacientes que presenten problemática socio-familiares que dificulten o condicionen su proceso de salud, tanto en el periodo de hospitalización como en la continuidad de tratamiento social al alta hospitalaria.

### Cliente Interno:

- Paciente y/o familia.
- Equipo asistencial: médico, enfermería, etc.
- Otro personal de la institución.

### Cliente Externo:

- Centros de salud (Atención primaria y Salud Mental).
- Servicios Sociales comunitarios y especializados (Ayuntamientos, menores, drogodependencia...).
- ONG (Voluntarios, Asociaciones,...).
- Instituciones públicas y privadas (Junta de Andalucía., INSERSO, etc.) (Caritas, Residencia de Edad, etc.).
- Otros organismos relacionados con el sector (juzgados, instituciones penitenciarias, policía local...).

# RECONOCIMIENTO Y HOMENAJE A DOS GRANDES PROFESIONALES HUMANISTAS DE LA SANIDAD PÚBLICA.

Por la Comisión Gestora de EXPAUMI.

**EXPAUMI (Asociación de Expacientes de la Unidad de Medicina Intensiva) SOLICITA Y DEMANDA A LAS INSTITUCIONES PUBLICAS SANITARIAS EL HOMENAJE Y EL RECONOCIMIENTO OFICIAL A LOS DOCTORES D<sup>a</sup> MARÍA VICTORIA DE LA TORRE PRADOS Y D. ÁNGEL GARCÍA ALCÁNTARA, EXTRAORDINARIOS PROFESIONALES Y HUMANISTAS DE LA SANIDAD PUBLICA POR LA LABOR QUE ESTÁN DESARROLLANDO DURANTE MAS DE OCHO AÑOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL CLÍNICO VIRGEN DE LA VICTORIA, EN MEJORAR LA SALUD DEL ENFERMO Y SU FAMILIA.**

**E**l sentir de más de trescientos cuarenta socios enfermos-expacientes de la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Clínico de Málaga, pertenecientes todos ellos a la Asociación **EXPAUMI**, quieren dejar latente su testimonio y el mayor agradecimiento, a los **Doctores D<sup>a</sup>. María Victoria de la Torre Prados** y a **D. Ángel García Alcántara**, personas y profesionales que trabajan en la Unidad de Medicina y Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Virgen de Victoria, por su aportación al bienestar de todos nosotros, a su gran profesionalidad, el gran humanismo, la inagotable capacidad de creatividad y de trabajo en cuantos proyectos se han planteado y se plantean cada día en la Asociación, con un

único y exclusivo objetivo que es el mejorar y ayudar al enfermo que pasa por la UMI y también a sus familiares.

Es también importante indicar que los Doctores planifican y nos informan periódicamente con el

**Dos estrellas que brillan y nos acompañan con extraordinaria bondad, dedicación y profesionalidad a todos los enfermos-expacientes de la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Clínico de Málaga.**

fin de perfeccionar, mejorar, adquirir un mayor conocimiento y dirigido principalmente a los **Visitadores de UMI**, la realización de unos cursos de formación de voluntariado y en los que también colaboran, la Trabajadora Social y la Psicóloga de la Asociación. El objetivo

principal es el de preparar cada día mejor al equipo de compañeros, que visitan diariamente de manera totalmente altruista a los enfermos que están ingresados en la UMI y a sus familiares, continuando su labor en planta., una vez éstos han sido dados de alta de la Unidad.

Como dato informativo para poder valorar el alcance de ésta labor tan humanitaria y altruista siempre bajo la supervisión de **M<sup>a</sup> Victoria y Ángel**, desde el año 1996 hasta la fecha nuestra Asociación lleva visitados en la UMI a más de 2.800 enfermos y atendidos a más de 5.500 familiares.

Los doctores **D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Victoria y D. Ángel** son personas infatigables por toda la trayectoria profesional que

desarrollan dentro y fuera del Hospital, por su dedicación y gran voluntad de servicio a los demás, su entusiasmo y predisposición en colaborar siempre ante cualquier propuesta o demanda que se les solicita por parte de cualquier componente de la Asociación. Que duda cabe que con su ejemplo, bondad y servicio demostrado día a día, nos hacen sentir a todos nosotros muy felices, altamente motivados y participativos.

Esta situación tan positiva nos llena de satisfacción y plenitud y nos sirve de manera muy especial, como una terapia de autoayuda, principalmente a todos los que

colaboramos y participamos de manera directa, en la realización de las actividades que programamos, las cuales las vamos desarrollando de manera racional, voluntaria y sobre todo en equipo. Ello demuestra, que en el transcurrir del tiempo, nuestra personal situación tanto física, anímica y psicológica resultan en gran medida una mejora muy importante, lo que nos permite llevar nuestra enfermedad con un mayor equilibrio y sentido de bienestar general, sabiendo además que tenemos en todo momento el apoyo de estas dos grandes personas y profesionales.

Lo expuesto es una realidad tan

tangible y demostrable, pues nos llena de orgullo y de satisfacción para nuestra Asociación **EXPAUMI**, y por ello que solicitamos y reclamamos a la **Gerencia del Hospital Clínico y los más Altos Cargos de la Sanidad Pública Andaluza**, para que se les haga un **Reconocimiento Oficial y Público** a estos **Dos Grandes Médicos Humanistas**, escandalosamente benefactores del enfermo y de sus familiares, porque se lo merecen por méritos propios y así lo demandan más de mil usuarios entre pacientes y familiares del Hospital Clínico.

## Breve Historia.

**L**os doctores **M<sup>a</sup> Victoria de la Torre y Ángel García**, por su gran humanidad y sensibilidad hacia el enfermo, por su gran experiencia profesional de muchos años trabajando en la UMI, pensaron poner en marcha un proyecto de humanización hacia el enfermo conjuntamente con otros profesionales del hospital. En el año 1996 fue creada **EXPAUMI**, pues estaban totalmente convencidos que con la participación de expacientes de UMI, dedicados a visitar y apoyar voluntariamente al enfermo ingresado y a sus familiares, para darles confianza, transmitiéndoles con la propia experiencia mensajes de ánimo, sensibilidad afectiva y humanitaria y ante todo contando con la colaboración imprescindible y necesaria de todo el equipo profesional de la UMI, (enfermería, asistentes,

médicos, etc) se conseguiría mejorar el bienestar y la satisfacción del paciente y familiar.

No obstante el camino no ha sido de rosas precisamente, sino todo lo contrario, los **Doctores M<sup>a</sup> Victoria y Ángel**, han tenido que soportar, sufrir y sentirse maltratados en múltiples ocasiones por la propia organización dentro del Hospital, ante actitudes y situaciones muy ingratas y ofensivas durante todo este proceso. Sin embargo con su fortaleza, tesón, voluntad y sensibilidad, convencimiento en su proyecto y a lo que hoy es ya una realidad, ha valido la pena.

**EXPAUMI**, que hoy goza de una excelente salud como Asociación, es el resultado de aquel pensamiento que fue madurado, desarrollado y muy trabajado a lo largo de todo este tiempo, gracias principal y fundamentalmente a la labor y del esfuerzo de los **Doctores M<sup>a</sup>**

## Victoria y Ángel.

Por todo lo que nos están ofreciendo y por lo mucho que ya nos han dado les decimos que: **“OS QUEREMOS DE VERDAD Y MUCHAS GRACIAS“.**

Para todos nosotros, éstos dos grandes médicos profesionales y humanistas de la medicina, han significado y significan tanta energía positiva, que durante el tiempo vivido en estos más de ocho años y que por suerte para muchos de nosotros tenemos la fortuna de haber compartido muchas horas junto a ellos, siempre los hemos visto con el mismo espíritu de lucha, dedicación y de trabajo en ayudar en cualquier momento e intentar que el paciente y su familia, se reencuentre de nuevo consigo mismo, después de pasar por la UMI y poder superar las secuelas psíquico-sociales que le produjo la causa del ingreso.

# COMPETENCIAS Y VALORES.

## **C**ada Centro Hospitalario tiene que tener decidido en que quiere ser EXCELENTE.

Para ello necesita conocer cuál es su punto de partida. Sólo de este modo se puede gobernar una organización de modo que los resultados no aparezcan como fruto del azar. Porque entonces las decisiones que se tomen serán tenidas como irrelevantes.

Cuando notemos que mejora la satisfacción de los profesionales y comprobamos que los usuarios-pacientes, salen del centro satisfechos y bien atendidos o cuando la sociedad nos dice que el impacto de nuestras publicaciones es mejor y mayor que las de otros centros, estamos hablando de consecuencias que tienen como antecedente unos recursos y un conjunto de decisiones orientadas a obtener el mayor partido de los medios de que disponía.

Hay que convencerse de que las variables cualitativas son mucho más importantes que las cuantitativas. Pero no hay que olvidar que los comportamientos humanos, siempre tienen dimensiones observables y

cuantificables. Por tanto, sin obviar los elementos financieros que condicionan la vida de cualquier centro sanitario, toda organización mejora en la medida en que cuida su vinculación con el entorno, sus procesos internos y la formación de los profesionales que la componen.

**La formación nunca es un gasto, sino una inversión.**

**Las ideas innovadoras no pueden quedarse encerradas en las cabezas o los despachos de los directivos.**

Cuando nos paramos a analizar cuál es la estrategia más conveniente para nuestro centro sanitario -otra cosa es que quienes debieran dedicar como mínimo el 40% de su tiempo a hacerlo apenas dedican el 5%-tenemos que llegar a concretar objetivos coherentes a ella. Es evidente que no se puede intentar lograr la excelencia en todo, pero

eso no justifica la paralización, sino que empuja a definir qué sabemos hacer mejor que otros, o en que tenemos que mejorar prioritariamente en un momento concreto.

Una vez tomada esa decisión, las ideas innovadoras que arrastrarían a la organización, hacia dónde debe dirigirse, no pueden quedarse encerradas en las cabezas o despachos de los directivos; tienen que ir cayendo en cascada, impregnando a todas las personas. Y eso implica el esfuerzo de tomarse un tiempo con cada una de ellas, haciéndoles descubrir qué objetivos de su trabajo reforzarán mejor las estrategias deseadas.

Como es lógico no se puede pedir lo mismo a todo el mundo. Los objetivos tienen y deben ser motivadores, retadores, pero a la vez posibles, realizables. Y para descubrir de que es capaz cada persona tenemos que hablar de las competencias. Quizás tendríamos que hablar también de cómo ligar el logro de objetivos con la retribución variable de las personas, pero esa cuestión excede de mis propósitos en estos momentos, aunque como idea básica sería el establecer incentivos por las

Por **Antonio Gil Fuentes**.

La opinión de un enfermo crónico, miembro de EXPAUMI, ex-empresario y Técnico en Organización de Empresas.

mejoras de los sistemas técnicos y aplicaciones organizativas, desarrolladas por el propio personal de la Unidad o Servicio y cuyos beneficios una parte de ellos deberían repercutir en las personas que han participado en dicha mejora. Quédense con la idea de que a cualquier organización y así lo he venido aplicando a lo largo de mi vida profesional, le interesa retener a las personas de más talento y compromiso.

Porque son las personas quienes consiguen los resultados apetecidos, quienes se relacionan con el entorno, quienes forman equipos y quienes modifican las organizaciones que han quedado obsoletas o ancladas en el tiempo. Y siempre hay algunas con características más adecuadas. A esas personas que poseen las cualidades más necesarias para un determinado trabajo es a quienes hay que descubrir y cuidar; y además toda organización debe procurar que sus comportamientos sean reconocidos por los demás como los más convenientes. No desaprovechen a estos profesionales, ya que en ellos se encuentran las tres cualidades más relevantes e importantes que consideramos excelentes para el

desempeño del trabajo y que recogen en cierto modo la **Integridad** de todas las cualidades humanas. Ellas buscan la relación con las personas, es decir buscan la **Unidad**; la relación con el entorno, buscan la **Verdad**; la búsqueda de resultados, buscan la **Bondad** y la presentación del conjunto, buscan la **Belleza**. Estas personas, son las trascendentales, de los que la filosofía perenne, siempre nos ha hablado. Y lo que a cada Centro Sanitario toca, como a cualquier organización, es saber concretarlos en sus circunstancias precisas, así como saber descubrir qué personas poseen un mayor número e intensidad de esas competencias.

La integridad de las competencias evoca así mismo algo que constituye el núcleo de toda actividad sanitaria: **la búsqueda de la felicidad**.

Es cierto que nadie es completamente feliz en esta vida, pero también es cierto que se puede ser más o menos feliz. Y que todos aspiramos constantemente a serlo cada día más. La innovación, la capacidad de relación, saber delegar y saber escuchar evocan el deseo de influencia, la búsqueda de un

poder que en el fondo es Servir.

La capacidad de planificar, la anticipación, el saber desarrollar a los demás, y el trabajo en equipo, reflejan esa visión global de los acontecimientos y circunstancias que nos proporciona un sentimiento de plenitud. Por último, la capacidad de resolver problemas, saber vender, conocer la respuesta de los demás y la flexibilidad dan consistencia en la búsqueda de las metas que nos proponemos.

Estos tres sentimientos: poder, plenitud y satisfacción en el cumplimiento de las metas, unidos al deseo de ser reconocidos por las personas que queremos y al deseo de estar siempre ocupados, constituyen probablemente los cinco rasgos más importantes del sentimiento que denominamos felicidad. Y ello es así porque responden al cumplimiento de las diversas maneras en que se manifiesta la voluntad humana.

Cuando la voluntad es ante todo deseo, procura estar ocupada, no aburrirse; constantemente se plantea nuevas metas ante cuyo logro propone nuevos horizontes.

# UN NUEVO ESTILO INTEGRADOR EN LA SANIDAD PÚBLICA.

conocimientos y experiencia en optimizar el sistema operativo así como la mejor racionalización del proceso cuyo fin es el de conseguir la satisfacción y bienestar del usuario como eje principal de la Sanidad Pública.

## EXPOSICIÓN

Como enfermo crónico, me siento profunda y sinceramente muy agradecido a todos los que trabajan en la Sanidad Pública y cumplen su trabajo con responsabilidad y eficacia. No hay duda que hoy por hoy y gracias a ellos, nos permite avanzar o como mínimo mantener la calidad del servicio.

Pienso no obstante que esto no es suficiente y sería muy deseable el avanzar en este terreno

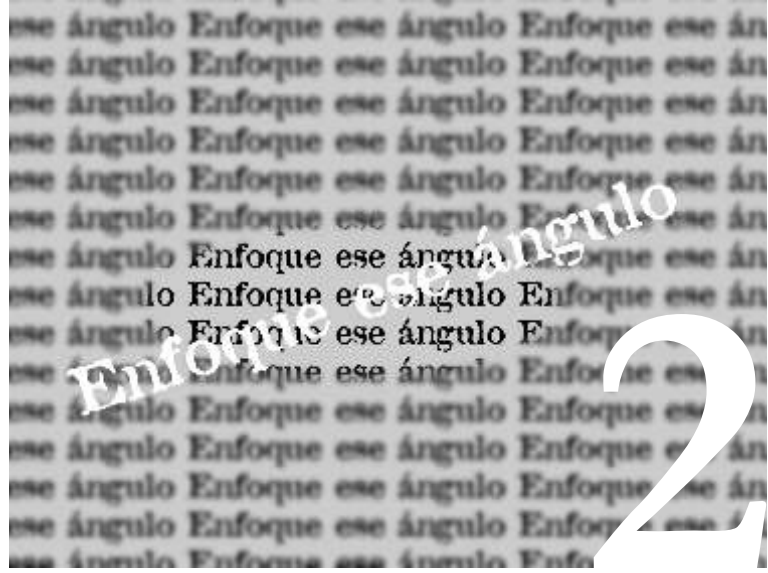
mediante el aprovechamiento al máximo de todos los recursos disponibles tanto estructurales, económicos, técnicos y humanos para optimizar a corto y medio plazo los resultados deseados en el análisis de partida y cuyo diagnóstico final sea la opinión mayoritaria en la satisfacción de los usuarios.

“El sistema sanitario precisa de la integración y colaboración de todos sus profesionales y usuarios comprometidos”.

Estoy plenamente convencido, de que todos los que trabajan en la Sanidad Pública y en particular en este Hospital, demandan y reclaman desde hace varios años de manera urgente, el que se les escuche y puedan participar activamente y de manera objetiva en la toma de decisiones de las políticas que la dirección pretenda llevar a cabo en esta nueva etapa de reestructuración, pues pienso que ¿algo tendrán que decir y opinar?

**L**as instituciones **P**úblicas (Hospital Clínico), deben de aceptar y permitir la colaboración y la participación de los usuarios comprometidos en mejorar la calidad asistencial y sobre todo y principalmente la de todos los profesionales (leer “ Enfoque Ese Ángulo” 1) para que ellos puedan aportar sus





Por **Antonio Gil Fuentes.**

La opinión de un enfermo crónico, miembro de EXPAUMI, ex-empresario y Técnico en Organización de Empresas.

No le quepa duda a la Dirección de este Hospital, que con la participación, compromiso, capacidad, entusiasmo, motivación y la experiencia de todos los profesionales y usuarios que se impliquen en el nuevo proyecto, estos, serán la mejor garantía y el éxito del funcionamiento del sistema.

Pero para ello es fundamental desde mi experiencia, que la **G e r e n c i a** debe ser extremadamente rigurosa, objetiva y a la vez muy exquisita aplicando toda su capacidad, conocimiento y experiencia en elaborar un estudio exhaustivo y profundo de la actual situación estructural y del funcionamiento de los distintos departamentos o áreas del Hospital.

En el aspecto profesional y humano no solo se debe evaluar la capacidad de los profesionales desde el punto de vista puramente técnico, sino también es imprescindible valorar su perfil

personal, la capacidad organizativa, experiencia en la coordinación de equipos, las relaciones humanas, etc, etc, ya que todo ello les va a permitir para el nuevo proyecto y estudio global estructurar con la mayor

**“El sistema sanitario precisa de la integración y colaboración de todos sus profesionales y usuarios comprometidos”.**

eficacia a las perspectivas y objetivos que la organización se ha fijado cumplir a corto, medio y largo plazo.

También quiero subrayar y preguntar en que situación se encuentran las relaciones con los representantes sociales, no obstante pienso de manera total y

absoluta que han de ser también participes en el desarrollo de este proyecto.

Es fundamental, pues, el que se promulgue a todos los niveles la difusión de los planes previstos y se permita la participación de todos los implicados en esta nueva etapa. Ello significará sin duda alcanzar el éxito del proyecto y la satisfacción y bienestar del usuario y también la de todos los profesionales por saber que la labor que están realizando es considerada y valorada positivamente por toda la sociedad a la que están dedicando su trabajo y esfuerzo.

# ¿PORQUÉ Y CÓMO CONTROLAR EL COLESTEROL DESPUÉS DE UN INFARTO DE MIOCARDIO?

**E**l Infarto de Miocardio y la Angina de Pecho son dos enfermedades producidas por el acúmulo de colesterol en la pared de las arterias que llevan la sangre al músculo cardíaco, el miocardio. Aquellos individuos que han padecido ya un infarto o una angina están pues expuestos a tener un segundo episodio; por ello, es preciso rebajar los niveles de colesterol, con la intención de reducir la cantidad del mismo en la pared de las arterias.

Aunque este resumen está enfocado al tratamiento del colesterol elevado, no debe olvidar que otros factores favorecen el depósito de colesterol en las paredes arteriales, como la obesidad, hipertensión, diabetes, hábito de fumar cigarrillos, vida sedentaria, y, si lo que Ud. quiere es ahorrarse un segundo infarto, no sólo debe bajar su colesterol, si no también controlar o eliminar, si fuera posible, estos otros factores tan nocivos como el colesterol.

## ¿Qué colesterol hay que bajar?

La pregunta es buena, pues ya sabemos desde hace muchos años que en un análisis de sangre hay dos colesteroles, el HDL colesterol (“bueno”) y el LDL

colesterol (“malo”). Evidentemente, es el LDL o “malo” el que hay que bajar. A fecha de hoy, un paciente que padece de corazón por un infarto o angina o bien los diabéticos, debe tener un colesterol malo (LDL) por debajo de 100 mg/dL. No se confunda, si hay que seguir una dieta más o menos estricta o tomar medicación depende sólo de los niveles del colesterol malo (LDL) y no del colesterol total.

## **Tengo el colesterol alto y mi médico se ha pasado media consulta preguntándome por mi familia, cuando el enfermo soy yo. ¿Porqué?**

La mayoría de individuos tienen el colesterol alto porque producen mucho colesterol en el hígado o porque absorben mucho colesterol en el intestino. Sin embargo, hay unos pocos individuos (1 entre 500) que tienen un colesterol muy alto porque no lo degradan convenientemente. En estos individuos, el trastorno es familiar y lo padecen la mitad de los miembros de una familia; además, el colesterol está tan alto (>300 mg/dL) que los casos de infarto en la familia se acumulan en gente joven (por debajo de los 50 años). Cuando esto sucede, hablamos de Hiperco-

lesterolemia Familiar y es importante perder tiempo hablando de la familia porque puede haber otros familiares con colesterol muy alto que no lo sepan y que se enteren cuando tienen el primer infarto. Si Ud. padece de Hipercolesterolemia Familiar tiene derecho a pagar sólo el 10% del precio de las medicinas para el colesterol (aportación reducida).

Si Ud. quiere saber más de Hipercolesterolemia Familiar, puede consultar a su médico, acudir a una Unidad de Lípidos o visitar la página web [www.colesterolfamiliar.com](http://www.colesterolfamiliar.com)

## **Mucho colesterol bueno y mucho colesterol malo, pero yo tengo altos los Triglicéridos. ¿Es eso malo?**

Me alegro que me haga esta pregunta. Los triglicéridos son un compuesto graso de la sangre que acompaña al colesterol. Los triglicéridos altos favorecen la arteriosclerosis y, por tanto, la probabilidad de tener nuevos ataques al corazón. Si Ud. tiene los triglicéridos altos probablemente este gordo, tenga una talla de falda o pantalón alta,

sea diabético, consuma alcohol de forma habitual o no tenga ninguna actividad física. Para controlar los triglicéridos se debe dejar de consumir alcohol, perder peso (sobre todo talla de falda o pantalón), hacer ejercicio y controlar lo mejor posible la diabetes. Recuerde, los triglicéridos son malos compañeros de viaje y conviene controlarlos.

### **¿Cómo bajar el LDL colesterol?**

Evidentemente con dieta. En la tabla que reproducimos en la página siguiente, se enumeran una serie de alimentos separados en tres categorías: aquellos que se pueden consumir a diario, los que se pueden tomar dos o tres veces en semana y aquellos que deben evitarse a toda costa. Ni que decir tiene que la base de la alimentación debe efectuarse a expensas de aquellos alimentos de la primera o segunda columna, dejando la tercera sólo para situaciones excepcionales.

**He oído que el aceite de oliva es bueno para el colesterol y el corazón; desde entonces, aliño mucho las ensaladas con este aceite y como muchos alimentos fritos. ¿Es eso bueno?**

Desde hace muchos años se sabe que existen tres tipos de grasas: saturadas, monoinsaturadas y poliinsaturadas. Las grasas saturadas proceden de los animales, sobre todo leche entera y derivados lácteos (mantequilla), quesos, nata, carnes rojas y del cerdo; elevan mucho el colesterol y suelen estar presentes en lo que llamamos comida basura o comida rápida. La grasa monoinsaturada procede habitualmente de los vegetales; en nuestro país, la principal es el aceite de oliva. La grasa poliinsaturada procede bien de los vegetales (determinados aceites como el girasol) o del reino animal (pescados). Pues bien, cuando se sigue una dieta rica en grasa poliinsaturada y monoinsaturada (aceite de oliva) el colesterol malo es más bajo que si se lleva una dieta rica en grasa saturada. Lo más importante que Ud. debe recordar, si tiene el colesterol alto, es que el aceite de oliva y el pescado le bajarán el colesterol solo si sustituyen a grasas saturadas, esto es, deja de consumir carnes, productos lácteos, etc... Si Ud. añade aceite de oliva de forma generosa a una dieta convencional no conseguirá ningún beneficio. Solo engordará. Recuerde, el secreto en Sustituir, no Añadir.

Si quiere conocer más sobre dietas para el colesterol le aconsejamos que visite la siguiente dirección de la Sociedad Española de Arteriosclerosis:

**[http://www.searteriosclerosis.org/lipidos/recomendaciones\\_sugerencia.php](http://www.searteriosclerosis.org/lipidos/recomendaciones_sugerencia.php)**

**Veo muchos anuncios sobre omega-3, lecitina, ciertos yogures, ¿realmente bajan el colesterol?**

Existen en el mercado alimentos que se han enriquecido en distintos componentes con la intención de reducir el colesterol. En general, podemos decir que los ácidos grasos omega-3 son útiles para reducir los niveles de triglicéridos, pero no el colesterol. Algunos yogures y algunas margarinas, se han enriquecido en fitosteroles (esteroles parecidos al colesterol de origen vegetal); el consumo de 2 gr al día, añadidos a una dieta prudente o a un tratamiento con medicinas, permite bajar el colesterol malo, por lo que pueden tomarse diariamente con esta intención. No está confirmado que la lecitina de soja reduzca el colesterol.

**¿Qué debo hacer si mi colesterol malo (LDL) no está**

## ELECCIÓN DE ALIMENTOS PARA REDUCIR EL COLESTEROL

ALIMENTOS (frescos o congelados)	RECOMENDADOS (Consumo diario)	A LIMITAR (2-3 veces por semana)	NO RECOMENDADOS
<b>CEREALES</b>	Pan, pasta alimenticia, arroz, maíz (preferible cereales integrales).	Cereales no integrales. Bollería confeccionada con aceite de girasol (magdalenas, bizcocho).*	Bollería en general, galletas, aperitivos tipo ganchitos, cortezas, etc.
<b>FRUTA, VERDURAS Y LEGUMBRES</b>	Todas (es recomendable comer 3 raciones de fruta y 2 o más de otros vegetales al día).	Patatas fritas de bolsa, preparadas con aceite de oliva o girasol.	Coco. Patatas fritas de bolsa preparadas con aceite de composición desconocida. Verduras y legumbres cocinadas con grasas tipo chorizo, beicon, etc.
<b>HUEVOS, LACTEOS Y DERIVADOS.</b>	Leche, yogur desnatado. Productos elaborados con leche desnatada. Clara de huevo.	Queso fresco o con bajo contenido graso. Leche semidesnatada. Huevo entero.	Leche entera. Todos los demás quesos. Nata y crema de leche. Flanes, natillas, cremas, cuajadas y batidos.
<b>PESCADO Y MARISCO</b>	Pescado blanco y azul. Marisco (crustáceos y moluscos). Conservas al natural.	Conservas en aceites de oliva o girasol.	Frituras comerciales o con aceites no recomendados.
<b>CARNES Y AVES</b>	Pollo, pavo, conejo (sin piel y sin grasa).	Ternera, buey, caballo, cordero, cerdo, jamón (sin grasa), hamburguesas magras.	Embutidos, salchichas, beicon, hamburguesas, vísceras. Patés. Pato y ganso.
<b>GRASAS Y ACEITES</b>	Aceite de oliva, de preferencia. Aceites de semillas (girasol, maíz).	Margarinas en que se haga constar que carecen de ácidos grasos <i>trans</i> .	Mantequilla, manteca de cerdo, tocino, sebo. Aceites de palma y coco.
<b>DULCES*</b>	Mermelada, miel, azúcar, caramelos, helados de agua, granizados, sorbetes. Repostería y postres elaborados con leche desnatada y aceite sin yema de huevo.	Repostería y postres caseros elaborados con leche desnatada y aceite sin yema de huevo. Turrón y mazapán. Chocolate con más del 50% de cacao.	Pastelería y bollería en general. Postres que contengan lácteos enteros y/o mantequilla. Chocolate con menos del 50% de cacao.
<b>FRUTOS SECOS</b>	Almendras, avellanas, nueces, cacahuetes, etc. (Preferible crudos -si están disponibles- y sin sal).		
<b>BEBIDAS</b>	Agua mineral, zumos naturales, café (máximo 3 al día), té, infusiones.	Refrescos azucarados.*	
<b>ESPECIAS Y SALSAS</b>	Todas las especias. Salsas elaboradas con aceite de oliva, vinagre, mostaza o alioli.	Mayonesa.	Bechamel y salsas que contengan leche entera, mantequilla y/o grasas de origen animal.

En la tabla se recogen alimentos que deben ser elegidos por las personas con colesterol elevado, aquellos que deben consumirse con moderación (2 ó 3 veces por semana) y aquellos que deben ser evitados. \*Por su riqueza en azúcares simples, los alimentos marcados con un asterisco deben limitarse en las personas con hipergliceridemia.

### **controlado con la dieta?**

En este caso, su médico le introducirá en su tratamiento un medicamento para bajar el colesterol. Los mejores medicamentos son las ESTATINAS, medicinas que reducen la producción de colesterol en el hígado. La mayoría de pacientes responden muy bien a este tratamiento y su colesterol malo se reduce. Además de controlar el colesterol, estos medicamentos parecen tener otras acciones sobre la pared de las arterias que, a largo plazo, evitan nuevos infartos. Por ello, es muy frecuente que la mayoría de pacientes que han tenido un infarto estén con este tipo de medicamentos. Además de las Estatinas, existen otros medicamentos que actúan en el intestino, reduciendo la absorción del colesterol, pero la capacidad de disminuir el colesterol malo en sangre es menor y, por lo general, se añaden a las Estatinas cuando éstas por sí solas no consiguen reducir el colesterol LDL por debajo de 100 mg/dL.

### **Tengo miedo a tomar pastillas para el colesterol, desde que oí que retiraban unas por problemas en los músculos. ¿Debo preocuparme?**

Los medicamentos utilizados para bajar el colesterol malo son seguros; con ellos se llevan tratados millones de pacientes en todo el mundo y se conocen bien sus efectos secundarios. Las Estatinas pueden producir muy raramente problemas en el hígado y en los músculos. A nivel del hígado pueden producir hepatitis; a nivel muscular pueden producir inflamación (dolor muscular generalizado y debilidad). Ambos, hepatitis y daño muscular, son muy raros (<0.5%) y además, para su tranquilidad, son regularmente investigados en cada análisis que Ud. se haga para el colesterol. Para ver si hay hepatitis se analizan en sangre las transaminasas (GOT y GPT) y para el daño muscular se analiza la CPK. Estos análisis son anormales incluso antes de que se tengan síntomas y alertan al médico de la posible toxicidad de los medicamentos.

### **CONSEJOS DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA EL RESTO DE LA FAMILIA :**

1. Tome frutas y verduras en todas las comidas.
2. Consuma legumbres dos o más veces por semana
3. Consuma frutos secos dos o más veces por semana
4. Cocine y aliñe los alimentos con aceite de oliva.
5. Consuma leche y yogurt desnatados y quesos poco grasos.
6. Consuma mejor pescado que carne y mejor pollo que carnes rojas.
7. No tome bollería industrial ni patatas u otros fritos de bolsa. Límite los alimentos y bebidas de sabor dulce
8. No tome más de 3 huevos a la semana.
9. Camine un mínimo de 30 minutos diarios.
10. Evite fumar.
11. No añada sal a las comidas .

Tomado de [www.searteriosclerosis.org/recomendaciones.php](http://www.searteriosclerosis.org/recomendaciones.php)

# DISFUNCIÓN ERÉCTIL: CONCEPTOS BÁSICOS.

Por el **Dr. Emilio Julve,**

Servicio de Urología del Hospital Clínico Universitario de Málaga.

**L**a disfunción eréctil se define como la incapacidad persistente para conseguir y mantener una erección suficiente para la realización satisfactoria de la relación sexual. Es un trastorno que no amenaza la vida, pero afecta de una forma muy importante a la calidad de vida de los que la padecen.

Muy a menudo, la población en general vive este problema de salud como una consecuencia natural del envejecimiento, con una importante falta de información y educación. Hasta hace pocos años la carencia de tratamientos eficaces para la mayoría de los que se atrevían a consultar cerraba el círculo que condenaba este problema de salud al silencio.

La frecuencia de este problema es mayor de lo que se suponía y afecta a un 12% de la población de varones entre 25 y 70 años. Sin embargo, en España sólo un 16% de los hombres afectados consultan al médico acerca de su trastorno.

Su incidencia aumenta con la edad y con enfermedades intercurrentes, que a su vez son más frecuentes a medida que

aumenta la edad, como la presencia de diabetes, hipertensión arterial, el hábito de fumar, angina de pecho, infartos cardiacos, alteraciones de los lípidos y otros muchos factores como el uso de determinados fármacos antidepresivos y antihipertensivos.

Cuando aparecen problemas de erección, el primer paso es hablar con su pareja y acudir a su

Puede que su médico le ponga un tratamiento directamente o bien que le remita a un especialista para que determine una causa poco clara o en la que son necesarios más estudios e instaure un tratamiento más específico.

Para este problema existen tratamientos médicos y quirúrgicos.

La opción terapéutica menos invasiva son los fármacos que se administran por vía oral, como el sildenafil, tadalafil y vardenafil, que han mostrado un alto grado de eficacia y seguridad en el tratamiento de este problema, independientemente de su causa y severidad. El tratamiento por vía oral debe ser prescrito y supervisado por un médico. Si esta medicación no resulta eficaz, no se tolera o está contraindicado su uso, se debe pasar al segundo escalón terapéutico que consiste en la administración de fármacos inyectados en el pene por el propio paciente. Si este tratamiento inyectable no resulta eficaz, el siguiente y último tratamiento posible es el quirúrgico que consiste en el implante de una prótesis de pene.



(Foto: Francisco Gil del Río)

médico, quien por una parte, intentará modificar aquellos factores que pueden favorecer el desarrollo de una disfunción eréctil (tabaco, alcohol, medicamentos...); por otra tratará las enfermedades que pueden ser la causa de la misma. En muchos, además, será necesario añadir un tratamiento específico para la disfunción eréctil.

# EL CEREBRO, EL CORAZÓN Y LA MENTE.

Por el **Dr. José M<sup>a</sup> Porta Tovar,**  
Psiquiatra.

## EL HOMBRE ES UN SER INTEGRAL.

**E**l hombre, la persona, se definen como un ser integral, integrado. El misterio de la vida radica, fundamentalmente, en esa integración maravillosa del llamado cuerpo con la llamada alma. El cadáver se distingue del hombre en que es un ser desintegrado.

La mejor ilustración para entender esta concepción unitaria de la persona es pensar en un ordenador y su programa. ¿De qué sirve tener un ordenador de millones de megas sin un programa que lo ponga en funcionamiento? ¿De qué sirve un magnífico programa sin un ordenador donde desarrollarlo? ¿Qué es más importante, el programa o el ordenador? ¿Acaso la vida del ordenador está en el programa? ¿Acaso en el ordenador?

Así ocurre con el hombre y con la vida. ¿Dónde se oculta el secreto? En su unidad, en su integración, en la armonía entre las células, los tejidos, los órganos y los sistemas.

A veces pensamos que, en el cuerpo humano, cada órgano tiene su función, su propia vida y a su estudio se dedican muchos científicos que llamamos especialistas. Así, por ejemplo, el

especialista del cerebro es el neurólogo, el especialista del corazón es el cardiólogo y el especialista de la mente es el psiquiatra.

Sin embargo, a poco que reflexionemos nos damos cuenta de que todos estos órganos están unidos y comunicados entre sí, de tal manera que lo que le ocurre a uno repercute en la marcha del otro. Por ejemplo: el cerebro recuerda un hecho doloroso, la mente se angustia y el corazón se acelera.

El hombre es una unidad, un todo. Cuando hablamos del cuerpo y del alma, estamos utilizando dos metáforas. No existen ni el cuerpo ni el alma como dos entes distintos y menos subsistentes. El hombre es el resultado de la combinación de una serie de sustancias y energías que dan como resultado la vida y sus atributos.

Es un error querer encontrar el punto de unión entre el alma y el cuerpo. Algunos lo intentaron, como Descartes, que lo localizaba en la epífisis, o, como otros, que lo sitúan en el sistema nervioso extrapiramidal.

Los sentimientos más sublimes están hechos de química y, al contrario, toda química encierra un halo de vida. Esa es la concepción bíblica del universo y del hombre. Concepción que, por

supuesto, no entra en contradicción alguna con la vida sobrenatural ni con la fé cristiana.

## EL CEREBRO Y LA MENTE.

### 1.- LA QUÍMICA DE LOS SENTIMIENTOS.

Cualquiera podría pensar que el cerebro y el sistema nervioso son como un ovillo de cables por los que discurre un fluído parecido a la electricidad, de consistencia viscosa, sutil o espiritual. Pues bien, esto no es así: también los pensamientos, los afectos y los instintos, están hechos de química.

Tomemos como ejemplo los sentimientos más espirituales de la vida del hombre y veamos cómo resultan de unas reacciones químicas conocidas: desde el año 1930, sabemos que, a partir de un estímulo de cualquiera de nuestros sentidos, el sistema nervioso ejecuta, a través de las hormonas, las operaciones del cerebro que hemos dado en llamar emociones.

Actualmente conocemos ya muchas de estas hormonas, tales como la oxitocina, los estrógenos, la testosterona, la DHEA (dehidroepiandrosterona), la dopamina, la progesterona, la prolactina y otras, que intervienen en la

química de las emociones. Bástenos con citar algunos ejemplos:

La oxitocina, segregada por la hipófisis, no sólo tiene como función estimular el útero durante el parto, sino que también interviene en las contracciones de la vagina en el momento del orgasmo femenino. Se le llama la hormona de la fidelidad, porque es la que hace que se permanezca junto a la persona que te atrae. El simple contacto con la persona deseada eleva los niveles de oxitocina en sangre y estimula la comunicación sexual.

Fijaos aquí en la diferencia que existe entre los animales y el hombre: en las palomas o en las conejas la visión del macho produce la ovulación de la hembra y, por tanto, la cópula está directamente orientada a la procreación. En la mujer, la visión del hombre va a excitar directamente la hipófisis y ésta, mediante la oxitocina, no provoca la ovulación sino el deseo de la unión sexual.

Los estrógenos, producidos por los ovarios, son las hormonas femeninas por excelencia y hacen que la mujer resulte atractiva para el hombre. Una vida sexual intensa aumenta el nivel de estrógenos en sangre. Estrógenos que protegen a la mujer contra el infarto y previenen la sequedad vaginal y la craurosis.

La testosterona la producen los testículos y es la hormona masculina por excelencia.

La DHEA o dehidroepiandrosterona es directamente responsable del deseo erótico que un hombre o una mujer despiertan en los demás y de ella derivan las feromonas, que regulan el comportamiento sexual a través del olfato (Importancia del olfato, perfumes etc. en las relaciones personales)

La serotonina tiene también que ver con el comportamiento sexual, según sea su nivel en sangre. Habrá que recordar que los medicamentos antiserotoninérgicos deprimen la función sexual.

La dopamina es responsable de todas las conductas adictivas. La prolactina y la progesterona inhiben o aminoran el deseo sexual de la mujer (Ej. En la segunda parte del ciclo y durante la lactancia).

La PEA (fenil-etil-alanina), conocida como la “molécula del amor”, es una sustancia con efectos euforizantes o depresores, según sea su nivel en sangre, y se relaciona con las emociones románticas.

## 2.- LA QUÍMICA Y EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

Sabemos por experiencia que la psicología de la mujer y la del hombre son distintas. Principalmente por la diferencia de los cerebros.

+ El cerebro de la mujer es más pequeño que el del hombre (100grs.), pero la tasa de cerebración es mayor en la mujer que en el hombre. El cuerpo caloso y la comisura anterior son mayores en la mujer que en el hombre, a igual volumen cerebral. Además de eso, existen diferencias en el número y tipo de sinapsis.

+ Curiosamente hay que decir que el desarrollo del cerebro y de la mente depende de las hormonas del propio feto, las cuales dependen de la carga genética de los padres.

Ej.- En el desarrollo de los animales dimórficos, la tendencia natural se dirige hacia la hembra, pero si en el período fetal hay un nivel adecuado de testosterona (Determinado por un gen activador localizado en el cromosoma Y, se producen las modificaciones necesarias para que sea macho. De ahí los diferentes grados de diferenciación sexual: heterosexual, bisexual, homosexual. Dependen de la testosterona producida por los testículos del feto).



### 3.- EL CORAZÓN Y LA MENTE.

+ El corazón es simplemente una bomba de propulsión.

+ Sin embargo, su relación con la mente es constante: Simbólicamente se le ha señalado como sede de las emociones, por las repercusiones que sobre él tienen todos los pensamientos y todos los afectos.

- Acompaña a todas las vicisitudes por las que atraviesa la mente (emociones).

- Padece los avatares del estrés, la ansiedad y la depresión.

- Ansiedad: sube la T/A, acelera el pulso hasta provocar taquicardias.

**Ansiedad:** Órganos diana: digestivo (diarreas), respiratorios (Falta de aire), neurológicos (jaquecas, vértigos, acúfenos), piel (caída del cabello), erupciones y cardíacos: palpitaciones, arritmias, ahogos, dolores precordiales con proyección hacia brazo y mano izquierda...

La ansiedad no es sólo una manifestación externa de nerviosismo. Es una forma de pensar y de sentir. En definitiva, una forma de ser. De ser más sensible, más activo (interior y exteriormente) etc., que lleva consigo una manera de vivir distinta. Con todas sus ventajas y algunos inconvenientes.

**Depresión:** La depresión es un

estado de ánimo. No tiene nada que ver con la ansiedad, aunque a veces la acompaña. Evidentemente, el estado afectivo de la persona tiene mucho que ver con la salud de su corazón, en el sentido más científico de la palabra.

El buen estado de ánimo fortalece el sistema inmunitario.

### VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN CARDÍACA.

Habida cuenta de la estrecha relación entre la salud mental y la función cardíaca, he aquí un programa práctico para examinar y mejorar el estado de nuestra salud mental y, por consiguiente, el estado de nuestra función cardíaca:

#### 1. -Nivel de motivación:

Después de un accidente cardiovascular, es corriente encontrar los siguientes niveles de motivación: desmotivación total (escepticismo), motivación hipertrofiada en un solo sentido (radicalidad), sincretismo pasivo (eclecticismo) y motivación positiva y responsable.

#### 2. -Sistema de valores:

Según todos los testimonios de personas que han sufrido un problema cardíaco, la escala de valores vitales cambia totalmente: todo se relativiza y todo adquiere un valor añadido distinto del que tenía antes. Pues

bien, habría que examinar esa nueva escala de valores y adaptar a ella nuestra nueva vida. (Nueva escala de valores que sería, sin duda, la que todos deberíamos haber tenido desde un principio, independientemente de haber sufrido o no sufrido un accidente vascular).

#### 3. -Equilibrio emocional:

Apático, lábil, ansioso, tranquilo, apasionado. Tenemos que moderar nuestras emociones, aplicando nuestro interés a aquello que verdaderamente vale la pena.

#### 4. -Afectividad:

El mundo se mueve por amor, a pesar de las apariencias. Por eso, nada tan esencial como repasar nuestra situación personal a la luz de este principio.

#### 5. -Actitud ante el universo:

Todo aquel que ha pasado por una experiencia tan vital como sentir que la vida se le va de las manos, debería reencontrarse consigo mismo y con la naturaleza que le rodea. Es una ocasión propicia para la reflexión, para la contemplación, para la acción de gracias.

Es un tiempo para viajar y para soñar. Viajar y conocer mejor el mundo, cuando todavía se dispone de buena salud. Soñar, cuando ya no es posible viajar, pero todavía nos queda la posibilidad de hacer nuestra "aventura interior" (Escribir, leer etc.)

## 6. -Actitud ante sí mismo:

En esta época, la persona disfruta de la posibilidad de manifestarse tal cual es y de abandonar esas limitaciones que le imponían el "qué dirán" o la función social que otros le asignaran. Es el mejor momento para decir esa verdad que uno ha tenido siempre oculta por distintas razones.

## 7. -Actitud ante los demás:

Muchas veces, la persona se ve obligada a abandonar su vida laboral y a jubilarse. En ese momento, en que ya se han superado factores distorsionantes, tales como la competitividad, los intereses económicos o profesionales, el hombre está en disposición de tomar esa actitud de servicio desinteresado hacia los otros, que caracteriza a los grandes maestros y a los grandes hombres de la historia. (Participación en las ONG's etc.).

## 8. - Actitud ante la vida y la muerte:

Esa segunda oportunidad que les regala la vida debería ser para aquellos que han "nacido de nuevo" un motivo de agradecimiento y de esperanza: probablemente, la vida esté esperando todavía algo de cada uno de ellos.

## 9. -La experiencia religiosa:

Si uno lo piensa bien, cuando alguien tiene conciencia de estar viviendo una segunda oportunidad, aprovecha para

sentir y experimentar las realidades trascendentes y, en particular, para encontrar su sitio en el universo en que vivimos. En ese sentido, deberíamos preguntarnos: ¿tiene la experiencia religiosa un lugar especial en la vida de estas personas?

1.- Primero, aceptar que la ciencia, desgraciadamente, no da respuestas a las preguntas más importantes de la vida: ¿por qué estamos aquí y adónde vamos?

2.- Segundo, decir que existe, más allá del razonamiento experimental, otra forma de conocimiento que los psiquiatra valoramos sobremanera: es la intuición. La intuición da respuesta a muchas preguntas incontestadas: al amor, a la esperanza y a la fe. En ese sentido, decía Charles Péguy: la fé es una intuición amorosa de Dios.

3.- Tercero, decir que el 75 % de los españoles se declara creyente y que tiene, por tanto, derecho a preguntar a la ciencia sobre el alcance de esta misteriosa creencia, en una sociedad desacralizada como la nuestra\*.

4.- Añadir que nunca como hoy se ha dejado sentir esa soledad en que el hombre camina por la vida y se enfrenta a la pobreza, a la injusticia y a la muerte.

5.- Por último, señalar que la psicología experimental está empeñada en encontrar factores

biológicos cuantificables a la hora de plantear y resolver este problema.

En el "Diario médico", apareció recientemente un artículo titulado: "Acudir a la iglesia una vez por semana mejora la salud de las personas" En resumen, el artículo venía decir lo siguiente: "las personas mayores que acuden a un servicio religioso presentan un estado físico y mental más saludable que las que no lo hacen y, en estas últimas, los niveles en sangre de la proteína interleukina 6, del sistema inmune, son inferiores a los de las primeras. Esta es la conclusión de una investigación realizada en la universidad de Duke, en Carolina del Norte, sobre más de 1.700 personas mayores de 65 años, con la colaboración del "National Institute of Aging". El estudio fue publicado en el "International Journal of Psychiatry por el profesor Harold Koenig, psiquiatra director de la investigación.

La esperanza es, en definitiva, la virtud que define la calidad de una persona y el estado psíquico en que se encuentra.

**LEMA: SI QUIERES CUIDAR TU CORAZÓN, CUIDA TU MENTE.**

\*COX, H.: La ciudad secular. Ed. Península. Barcelona, 1968.

# LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL: ESE ENEMIGO SILENCIOSO.

Por la **Dra. Carlota García Arias**,  
Unidad de Hipertensión del Hospital Clínico Universitario.

**E**l objetivo que nos planteamos al intentar prevenir y controlar la Hipertensión Arterial, es reducir la morbilidad y mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares, y debemos intentarlo por los medios menos agresivos e invasivos posibles.

Para conseguir este objetivo debemos mantener la Tensión Arterial Sistólica (o máxima) en cifras inferiores a 140 mmHg y la Tensión Arterial Diastólica (o mínima) por debajo de 90 mmHg. A la vez debemos controlar otros Factores de Riesgo Cardiovascular (diabetes, obesidad, sedentarismo, tabaco..), y ello lo podemos conseguir en muchos casos modificando el estilo de vida de los pacientes.

Pero para poder actuar correctamente debemos conocer en primer lugar qué es la hipertensión, que debemos hacer y que no hacer y como prevenirla.

## ¿Qué es la Hipertensión Arterial?

Es la elevación de las cifras de Tensión Arterial, bien de la Tensión Arterial Sistólica, de la tensión Arterial Diastólica o de ambas.

También debemos conocer que es la Enfermedad Cardiovascular más frecuente, ya que afecta al 20% de la población mundial, y que cursa de una forma silenciosa y sin producir síntomas. Esta elevación continua de cifras de tensión arterial a la larga provocan alteraciones en diferentes órganos: Corazón, Riñón, Cerebro, Ojos y en todo el árbol arterial.

## ¿Cómo podemos prevenirla?

En primer lugar evitando el consumo excesivo de sal y de cafeína o sus derivados, como podrían ser

refrescos de cola o té. También es muy importante un consumo adecuado y abundante de legumbres, frutas y verduras, así como obtener mediante una dieta variada cantidades suficientes de potasio, calcio y magnesio.

Es muy importante controlar nuestro peso corporal y evitar la **o b e s i d a d**, así mismo acostumbrarnos a realizar ejercicio y no llevar una vida sedentaria, sería suficiente con andar unos 45 minutos al día. Por supuesto no debemos fumar y tampoco es conveniente consumir alcohol en exceso.

Otra medida para prevenir la Hipertensión Arterial es evitar el consumo de sustancias que pueden elevar la Tensión Arterial, como son los antiinflamatorios (en caso de necesitar controlar el dolor es mejor utilizar analgésicos tipo Paracetamol), el regaliz, drogas como la cocaína y las anfetaminas, anticonceptivos orales, sustancias que inhiben el apetito, abusar de anticongestivos nasales y los corticoides.

## ¿Qué no debemos hacer?

En este apartado tenemos que volver a insistir en algunos "consejos" ya comentados previamente, en primer lugar **NO FUMAR** no solo por el efecto dañino del tabaco sobre el sistema cardiovascular y el sistema respiratorio, sino también por el efecto negativo del tabaco sobre las cifras de TA.

Es importante limitar el consumo de sal común, es decir, cloruro sódico, y podemos sustituirlo o bien por sales de citrato sódico (conocida como sal de régimen) o mejor utilizar en la elaboración de la comida otras especias y condimentos como el ajo,

perejil, albahaca, romero, etc... Debemos evitar el exceso de café, y es importante que sepamos que un hipertenso puede tomarse un café, un refresco de cola o un té al día, y que así mismo es importante no abusar del alcohol.

Y por último aunque no menos importante evitar el consumo de grasas mono o insaturadas, que con frecuencia encontramos en alimentos precocinados (como por ejemplo las patatas congeladas prefritas, sopas de sobre,...), comida rápida, bollería industrial, etc...

## Y por último ¿Que debemos hacer?

Es lógico pensar que debemos hacer lo contrario de lo comentado anteriormente, así, es importante aumentar el consumo de frutas y verduras, y no olvidarnos de las legumbres y de incluir en nuestra dieta más pescado.

También debemos hacer ejercicio de forma regular, lo ideal sería hacerlo todos los días y podría consistir en andar unos 45 minutos seguidos, aunque también son aconsejables ejercicios como nadar o montar en bicicleta, no obstante si no se puede hacer todos los días, sería aconsejable hacerlo al menos unas 3 ó 4 horas a la semana.

Además, debemos controlarnos la Tensión Arterial con frecuencia, dependiendo de si somos o no hipertensos. Así, los hipertensos deberían tomarse la tensión al menos una vez cada 7 ó 10 días, aunque esta frecuencia puede ser mayor en pacientes no hipertensos, por ejemplo, una vez al mes.

Y por último, y quizás lo más importante seguir las indicaciones de nuestro médico y tomar la medicación tal y como ha sido prescrita.

# REFLEXIONES SOBRE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS.

Por el **Dr. Domingo Daga Ruiz**,  
Coordinador de Trasplantes del Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

**L**os trasplantes son hoy día una terapéutica establecida en nuestros hospitales. En los últimos 10 años más de 100.000 pacientes en nuestro país han recibido algún trasplante de órganos o tejidos, y muchos de ellos han visto salvada su vida o mejora de su calidad de vida gracias a ello. No obstante el gran esfuerzo realizado en este campo y el gran incremento que se ha producido en las tasas de donación de nuestro país, la oferta de órganos y tejidos sigue sin poder cumplir con la demanda de estos procesos terapéuticos.

Entre un 8 y un 10% de los pacientes que ingresan en una lista de espera van a fallecer antes de que les llegue la oportunidad del trasplante.

El Proceso de Donación y Trasplante es una actividad médico hospitalaria más, que tiene lugar dentro de la atención médica especializada como prototipo de actividad multidisciplinaria, que requiere la participación directa de un buen número de profesionales y especialistas de todo tipo. Muchas veces el personal sanitario no directamente implicado en el mundo del trasplante, se verá involucrado de una u otra manera en un proceso de donación, su colaboración y su generosidad serán demandadas, porque este es el prototipo de actividad en el que se va a solicitar el espíritu solidario de todos.

Los avances en medicina han permitido que ahora el trasplante sea un tratamiento con éxito. Hasta no hace mucho se lo consideraba como algo experimental, pero hoy es una buena opción médica. El mayor problema en este momento es obtener el suficiente número de órganos para trasplantar a los enfermos que lo necesitan.

Todas las ayudas son necesarias para resolver la escasez de órganos. La

mejor manera para asegurar que exista mayor número de órganos utilizables, es hacerse donante y animar a otros a hacerse.

## ¿Quién puede ser donante de órganos/tejidos?

Lo más importante es que la familia conozca el deseo de ser donante, ya que siempre los profesionales sanitarios hablarán con los familiares más próximos. Las familias cumplen la voluntad de la persona fallecida, si la conocen. Este conocimiento les facilita mucho la toma de decisiones a la hora de donar, y de alguna manera les reconforta, en un momento de tanto dolor, saber que la muerte de su familiar no fue inútil, ya que proporcionará vida a otras personas.

## ¿Pueden los familiares del donante conocer a los receptores de los órganos donados?

La Ley española exige el anonimato en la donación y no es posible dar a conocer la identidad del donante receptor ni viceversa. No obstante, a las familias de los donantes se les informa del destino de los órganos donados, de la edad y del funcionamiento del trasplante tras la operación.

Sería negativo tanto para la familia del donante como para el receptor. Para la familia del donante porque el proceso del duelo es necesario superarlo y esto no se consigue si les facilita la continuidad de la vida de su familiar en otra persona. Así mismo se pueden producir chantajes emocionales o materiales por la donación.

El receptor necesita recuperarse de su enfermedad, y no es aconsejable cargar al receptor con la posibilidad de la culpa o responsabilidad de la muerte de la otra persona.

## ¿Que desfigurado el cuerpo después de la extracción de órganos y tejidos?

No. La extracción de los órganos y tejidos es una operación quirúrgica de cuyo rigor depende la vida de los enfermos que se van a trasplantar. Se realiza en quirófano por un equipo de especialistas. Una vez acabada la intervención se suturan las heridas como en cualquier otro tipo de intervención, no quedando ninguna deformidad ni lesiones externas que desfiguren el cadáver.

## ¿Tiene que pagar algo la familia por la donación o por el trasplante de órganos?

No. La Ley de Trasplantes exige que tanto la donación de órganos como el trasplante sean gratuitos. La familia de un donante no paga ni cobra por la donación. En España los enfermos trasplantados tampoco pagan por el trasplante ya que está incluido entre las prestaciones sanitarias del Sistema Sanitario Público Español.

## RECUERDE:

- Si decide hacerse donante, rellene los datos del carnet de donante. Los menores de 18 años deben tener la autorización de sus padres o tutores legales.
- Comente con la familia su decisión, especialmente con los familiares más cercanos.
- Lleve con usted el carnet de donante.
- Anime a otras personas a hacerse donante.
- Todos podemos enfermar y necesitar un trasplante algún día.

**HAGASE DONANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS UN DONANTE PUEDE SALVAR VARIAS VIDAS.**

# PROYECTOS LLEVADOS A CABO POR EXPAUMI EN EL AÑO 2004.

Los distintos proyectos que EXPAUMI ha llevado a cabo a lo largo de este año han sido los siguientes:

## SERVICIO DE ATENCIÓN SOCIAL A ENFERMOS CRÓNICOS.

El objetivo de este proyecto es ofrecer la atención social a expacientes de la UMI, favoreciendo su inserción social tras el alta hospitalaria.

Las actividades que se llevan a cabo en este proyecto son, entre otras:

- Resolución de necesidades sociales de tipo individual.
- Información sobre recursos sociales (públicos y privados) y prestaciones sociales.
- Información y tramitación sobre pensiones.
- Información sobre el servicio de teleasistencia.
- Seguimiento de pacientes tras el alta hospitalaria.
- Información y tramitación sobre el programa Tarjeta Corazón.
- Información sobre apoyo emocional y ayuda psicológica.
- ...

Este proyecto se lleva a cabo a lo largo del año, tanto en el Hospital como en la Asociación.

El personal que se encarga de llevarlo a cabo son, tanto la trabajadora social y la psicóloga de la Asociación como el personal sanitario de la UMI.

El presente proyecto ha sido subvencionado por el Excmo. Ayuntamiento de Málaga.

## DESHÁBITO AL TABACO PARA EXPACIENTES.

El objetivo de este proyecto es la apoyar en el proceso de rehabilitación cardíaca de los pacientes ingresados por un síndrome coronario agudo.

Las actividades realizadas son: talleres de seis sesiones a expacientes fumadores y a sus familiares de 90 minutos de duración con participación activa de los mismos con el soporte profesional adecuado.

Este proyecto se lleva a cabo durante todo el año en la sede de EXPAUMI por la psicóloga de la Asociación.

Este proyecto ha sido igualmente financiado por el Excmo. Ayuntamiento de Málaga.

## **APOYO AL DUELO Y AL PACIENTE TERMINAL.**

Este proyecto tiene como objetivo aportar información sobre el proceso de duelo en los tres niveles (físico, emocional y conductual), a través de información al personal sanitario y mediante carta de condolencia al cabo de un mes a familiares de pacientes fallecidos, además de, cuando la situación lo requiera, entrevistas personales de los familiares con la psicóloga de la Asociación.

Este proyecto es llevado a cabo por la psicóloga de la Asociación junto al personal sanitario de la UMI:

Este proyecto ha sido financiado por el Excmo. Ayuntamiento de Málaga.

## **PROGRAMA ANUAL DE FORMACIÓN A FAMILIARES DE ENFERMOS EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA VITAL.**

El objetivo de este proyecto es capacitar, tanto en aspectos preventivos como asistenciales, a familiares de enfermos crónicos, con patologías cardio-respiratorias, vasculares o neurológicas, para poder atenderle en situación de emergencia en espera de la llegada de los servicios de emergencia.

Suelen ser grupos de entre 20 y 25 alumnos, aunque en ocasiones se ha superado esta cifra, llegando incluso a los 30.

La jornada se divide en una parte teórica, un descanso y parte práctica, en la que se dividen en subgrupos para aplicar los contenidos aprendidos a unos maniqués especiales utilizados en Medicina.

Es el sexto año de realización de estos cursos, se realizan un sábado al mes, y es llevado a cabo por voluntarios de EXPAUMI y doctores de la UMI, instructores del Plan Nacional de Reanimación Cardiopulmonar.

Este proyecto ha sido financiado por el Excmo. Ayuntamiento de Málaga.

## **CUIDADORES PRIMARIOS DEL PACIENTE DISCAPACITADO.**

El objetivo de este proyecto es potenciar el factor familiar en la recuperación del paciente discapacitado y/o crónico.

Consiste en un curso de formación durante un mes a familiares de pacientes ingresados en UMI con problemas de salud crónicos invalidantes, donde de forma interdisciplinar, se les explica:

- Contenido de salud.
- Contenido social.
- Contenido psicológico.

Este proyecto se lleva a cabo normalmente entre los meses de mayo y junio, organizados por doctores de UMI, la psicóloga y la trabajadora social de la asociación.

Este proyecto ha sido financiado por el Excmo. Ayuntamiento de Málaga, por la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía y por la Excma. Diputación de Málaga.

### **TALLER DE HABILIDADES SOCIALES EN VOLUNTARIADO DE AUTOAYUDA.**

El objetivo de este proyecto es capacitar a los voluntarios de EXPAUMI en habilidades sociales para la autoayuda, aportando destrezas en habilidades sociales básicas y capacitando específicamente a los voluntarios en habilidades sociales relacionadas con las visitas a enfermos.

Consiste en 5 sesiones donde se explican temas relacionados con la salud, con lo social y con lo psicológico, cumplimentándose con una práctica de apoyo presencial a enfermos ingresados en UMI, supervisados por personal sanitario y social.

La duración este proyecto es de un mes, normalmente entre los meses de abril y mayo, y se lleva a cabo por personal los doctores de UMI, la trabajadora social y la psicóloga de la asociación.

Este proyecto ha sido financiado por el Excmo. Ayuntamiento de Málaga.

### **ATENCIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES DE LARGA ESTANCIA.**

Es un proyecto innovador, que lo realizamos por primera vez este año.

El objetivo es aliviar las necesidades de los familiares de pacientes de larga estancia, ingresados en UMI, desde el punto de vista social., garantizando una higiene básica, un descanso adecuado y una alimentación básica durante el proceso vivido.

Gracias al personal sanitario del Hospital, se contacta con los familiares del paciente ingresado que residan fuera de la capital, concertando una entrevista y facilitándole los medios necesarios para lo anteriormente citado si así se valora por la trabajadora social de la asociación.

La duración del proyecto es durante todo el año, y es llevado a cabo por el personal sanitario del Hospital y la trabajadora social de la Asociación, junto a la trabajadora social de la Unidad de Trabajo Social del Hospital.

Este proyecto ha sido financiado por la Excma. Diputación del Málaga.

# PROGRAMA DE DESHÁBITO AL TABACO.

Por **Beatriz Roldán.**  
Psicóloga de **EXPAUMI.**

**E**n la actualidad asumimos el hábito de fumar como una conducta que repercute negativamente en nuestra salud. Hemos pasado de ver el tabaco como un símbolo de madurez y modernidad a verlo como lo que realmente es, una **ADICCIÓN**. Realmente la adicción a la nicotina está a la misma altura que la adicción a otras sustancias como son la cocaína o el alcohol. Esta nueva visión acerca del tabaco es fruto de las múltiples investigaciones en las que han quedado demostrados sus efectos nocivos. Aunque todavía la publicidad nos sigue bombardeando con el consumo de tabaco también recibimos mucha información por parte de las autoridades sanitarias que nos van haciendo tener conciencia del problema.

Es en el caso de enfermos coronarios donde se llevan al extremo las consecuencias del tabaco, estando su consumo estrictamente prohibido. Se ha demostrado que tras un síndrome coronario agudo la práctica totalidad de los pacientes deja de fumar pero pasado un tiempo

muchos de ellos recaen. Es fácil dar una explicación, son muchos años de consumo y los hábitos están muy arraigados. Además el paciente se va encontrando mejor y se va olvidando de los malos momentos del episodio cardíaco.

En consecuencia, en nuestra asociación hemos visto la necesidad de poner a disposición de las personas que deseen dejar

**Si desea participar en el programa de deshábito al tabaco, puede ponerse en contacto con la psicóloga de la asociación, Beatriz Roldán llamando al número de teléfono 660 056 720**

de fumar una terapia de grupo destinada a afrontar esta dependencia de una forma diferente a la que estamos habituados.

Esta terapia es estrictamente psicológica, es decir, en ningún momento se utilizan sustitutivos farmacológicos del tabaco como pueden ser parches, chicles o medicamentos. La finalidad es

aprender estrategias que nos permitan controlar nuestra conducta de fumar. Este aprendizaje parte del conocimiento de nuestros hábitos a la hora de fumar, con esto nos referimos, a cuántos cigarrillos fumamos al día, en qué momento, cuáles son los “imprescindibles”, etc. El programa está concebido para que el paciente no sufra el temido síndrome de abstinencia que suele acompañar al abandono de cualquier adicción. El consumo de tabaco se va reduciendo progresivamente y adaptándose al ritmo de cada individuo. El grupo se reúne una vez por semana durante seis semanas y la duración de cada sesión es aproximadamente de 90 minutos.

A la luz de los resultados obtenidos podemos confirmar la efectividad de esta terapia. Por supuesto para lograr tener éxito es fundamental la voluntad del paciente y tener la disposición de querer dejar de fumar. **DEJAR DE FUMAR ES POSIBLE.**



# SABER SALVAR VIDAS, UNA TAREA NECESARIA HACIA LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA.

## INTRODUCCIÓN.

Se define el **Paro Cardiorrespiratorio** como la interrupción brusca, “inesperada” y potencialmente reversible de la respiración y de la circulación espontáneas. Como consecuencia de ello, se produce el cese brusco del transporte de oxígeno a la periferia y a los órganos vitales, con especial significación al cerebro. Si esta situación no se revierte mediante una rápida intervención conducirá a la anoxia tisular y muerte biológica irreversible. Por lo tanto, la muerte súbita cardíaca será consecuencia del paro cardíaco brusco que progresa en el plazo de pocos minutos hacia un proceso, ahora sí, irreversible.

Sin embargo, paro cardiorrespiratorio no debe aplicarse a aquellas situaciones en las que la detención de las funciones vitales tiene lugar en el proceso de muerte natural, entendida ésta como consecuencia del envejecimiento biológico o de la evolución terminal de una enfermedad.

La **Resucitación Cardiopulmonar** es el conjunto de maniobras encaminadas a revertir el estado de PCR, sustituyendo primero, para intentar restaurar después, la

respiración y circulación espontáneas, con el objetivo fundamental de recuperar las funciones cerebrales de forma completa.

## ALGUNOS DATOS.

Se estima que en España la incidencia de **Muerte Súbita** es de 26 a 38 por 100.000 habitantes y año, datos que coincide con cerca de las 400 paradas cardíacas atendidas por el 061 en la provincia de Málaga en el año 2001. Un 25% de estos casos pudieron ser trasladados a los hospitales (103 casos en el año 2001) y solo un 9% de estos casos habían recibido medidas de soporte vital básico por testigos presenciales.

Sabemos que la mortalidad de estos casos atendidos por los centros sanitarios depende del tiempo de llegada del 061 al lugar del paro cardíaco (lo idóneo menos de 10 minutos) y del inicio de medidas de soporte vital básico por los testigos (lo aconsejado en menos de 4 minutos), todo ciudadano de a pie debe conocer estas técnicas.

La causa más común de paro cardiorrespiratorio es la enfermedad coronaria. Así, el 12% de las defunciones que se producen de forma natural son

súbitas y, de éstas, el 88% son de origen cardíaco. Además, en los pacientes con cardiopatía coronaria es la forma más frecuente de fallecimiento (más del 50%) siendo además el primer síntoma en el 14-26% de los casos. En España se producen cerca de 9000 muertes súbitas al año entre la población de 25 a 74 años. La mayor parte de las muertes por infarto agudo de miocardio son debidas precisamente a la manifestación de una arritmia grave que conlleva al paro cardíaco. En general, la capacidad de reanimar a la víctima de un paro cardíaco está relacionada con muchos factores, siendo el más importante el conocer por parte de los testigos la situación de gravedad, poner en marcha el dispositivo de emergencia, 061, e iniciar las medidas de soporte vital básico lo antes posible y de la forma correcta.

El soporte Vital básico se integra en la “**Cadena de la Vida**” o “**Cadena de Supervivencia**”, ocupando los dos primeros eslabones de los cuatro que tiene esta cadena y englobando la secuencia de actuaciones que deben llevarse a cabo lo más rápidamente posible ante la sospecha de un paro cardíaco. Cada una de estas acciones tienen

Por los **Dres. M. V. De la Torre Prados, A. García Alcántara, J. Merino Vega, M. D. Briones López, F. Hidalgo Gómez, F. Cota Delgado y C. Salazar Ramírez**,  
S. Cuidados Críticos y Urgencias. H. C. U. Virgen de la Victoria, Málaga.

por separado una eficacia muy limitada y sólo su conjunto, realizadas ordenadamente y en el momento oportuno logra unas tasas de supervivencia muy significativas. Además, la fuerza de la cadena depende de la fuerza de su eslabón más débil; por eso, el sistema de emergencias debe tener en cuenta la importancia de todos y cada uno de los eslabones para alcanzar las máximas probabilidades de éxito.

De hecho, se estima que, a priori, la **probabilidad de supervivencia en una parada cardio-respiratoria** oscila entre un 0 y un 20%. Si se aporta Soporte Vital Básico precozmente, dicha probabilidad puede llegar a superar el 40%. En cambio, si el Soporte Vital Básico se retrasa, la supervivencia es prácticamente imposible (0%).

### NECESIDAD DE LA FORMACIÓN DE LA POBLACIÓN EN TÉCNICAS DE SOPORTE VITAL BÁSICO.

En nuestro país, junto a otras sociedades avanzadas, los **accidentes de tráfico** y las **enfermedades cardiovasculares** son dos de las principales causas de mortalidad. Entre los jóvenes tanto los accidentes (de tráfico, laborales, domésticos, deportivos ...) como las intoxicaciones por el uso de drogas constituyen las principales causas de riesgo vital.

Este tipo de situaciones que suponen un riesgo vital inmediato son un hecho frecuente. Muchas personas, que de otro modo fallecerían, pueden recuperarse si reciben asistencia inmediata por las personas que

diferencia entre la vida y la muerte del afectado.

Por tanto, la precocidad en la actuación inicial es el factor más importante relacionado con la expectativa de supervivencia. Conseguir un alto nivel de implicación de las instituciones para lograr el aprendizaje y la profundización en la ciudadanía de las técnicas de soporte vital básico (SVB) es un objetivo implantado en la mayoría de los países desarrollados. Sin embargo, esta es una asignatura pendiente en nuestro entorno. Aún cuando el “soporte vital avanzado” (061) se ha ido extendiendo de forma generalizada, los esfuerzos para difundir los conocimientos de soporte vital básico en la comunidad en general no han sido paralelos, siendo necesario para ello la colaboración y la

	SVB	SVA	SUPERVIVENCIA
<b>PCR</b> Tiempo: 0 Minutos	<4 Minutos	<8 Minutos	43%
	<4 Minutos	>16 Minutos	10%
	>4 Minutos	Variable	0%

están más cerca en el momento de producirse el hecho. La simple aplicación de unas medidas de soporte vital básico, de muy fácil aprendizaje, pueden suponer la

coordinación de las diferentes administraciones e instituciones implicadas en la salud, la prevención y la educación.

Dentro de la población en general, se puede establecer un orden de prioridades en cuanto a las necesidades de formación de los diversos segmentos que la componen. Así, en primer lugar, estarían los **“primeros intervinientes en las situaciones de emergencia por su ejercicio profesional”** a los que es imprescindible conocer y dominar las técnicas de soporte vital básico. En este grupo se encuadra el personal de centros sanitarios, los miembros de las fuerzas de seguridad, protección civil y orden público, los bomberos...Muy cercano a este segmento estarían los profesores de colegios e institutos y los miembros de comités de seguridad y salud laboral de empresas.

En un segundo nivel de prioridad y de necesidad se deben situar a los familiares de pacientes con enfermedades que impliquen un importante riesgo vital, como son las cardiovasculares, respiratorias o neurológicas degenerativas.

Según la Guía Clínica de la Asociación Americana de Corazón del 2004 se considera una recomendación útil, beneficiosa y efectiva, con una evidencia tipo B, el entrenamiento de los familiares en Reanimación Cardiopulmonar Básica (RCPB) junto a un soporte social, de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA).

Durante el periodo de 1998 a 2004 se diseñó una cartera asistencial para los pacientes y familiares ingresados con SCA y otras patologías respiratorias y neurológicas, que incluía evaluación de riesgo social (soledad, económico y discapacidad), apoyo psicológico, fomento del conocimiento y las habilidades en RCPB y la educación sobre el control de los Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) y la activación precoz del Sistema de Emergencia ante un dolor torácico coronario, o signos de deterioro respiratorio o de conciencia.

Se ha introducido evaluación sobre el conocimiento teórico y práctico y de la metodología utilizada.

Veintiséis talleres se han desarrollado durante este periodo siendo 564 los familiares entrenados.

La edad media de los familiares, que han asistido a estos talleres a lo largo de este periodo, ha permanecido estable ( $37 \pm 15$  años de media). Se ha apreciado diferencia significativa en la mayor participación de los varones del núcleo familiar, en el nivel de estudios universitarios y en la disminución del porcentaje del ama de casa como actividad laboral. El nivel medio del score antes del taller permanece estable mientras, después del mismo, la diferencia es significativa con tendencia a ser más elevado.

Es necesario un reconocimiento oficial y generalizar esta cartera asistencial dentro de los Servicios de CC y U.

Año	98	99	00	01	02	03	04	Total	P
Número	n=51	n=89	n=87	n=82	n=97	n=102	n=56	n=564	
Edad, Años	$36 \pm 13$	$37 \pm 14$	$41 \pm 16$	$37 \pm 14$	$38 \pm 16$	$37 \pm 16$	$36,5 \pm$	$37 \pm 15$	ns*
Mujeres %	68	81	71	61	65	54	64	66	,007**
Est. Univ. %	30	20	27	30	28	49	41	34	,002**
Ama Casa %	25	23	20	14	18	10	11	17	,000**
Escor. Antes.	$5,8 \pm 3$	$5,5 \pm 2$	$5,3 \pm 3$	$6 \pm 3$	$5,8 \pm 2$	$6 \pm 3$	$6 \pm 3$	$5,8 \pm 3$	ns***
Escor. Desp.	$10 \pm 3$	$10,5 \pm 2$	$10,3 \pm 3$	$11 \pm 2$	$11 \pm 2,3$	$11,7 \pm 2,6$	$12,4 \pm 2$	$11 \pm 2,5$	,000***

\*T-test; \*\*Chi square; \*\*\* T. Anova. (Escore máximo=15)

# CONTINUAR Y FORTALECER LA CADENA DE LA VIDA PARA PROFESIONALES COMUNITARIOS Y CUIDADORES DE PACIENTES EN LOS DIEZ DISTRITOS MUNICIPALES.

Los cuidadores primarios son el inicio y la continuidad de la asistencia de los profesionales comunitarios a nivel sanitario y social.

Iniciativas que incidan en la adquisición de conocimientos y habilidades de estilos de vida saludables y de **Soporte Vital Básico (SVB)** hará más eficaz los esfuerzos de las administraciones públicas.

Por segundo año consecutivo se ha desarrollado un **Convenio de Colaboración**, entre Sociedades Científicas (**SAMIUC** y **SAMFYC**), Usuarios (**EXPAUMI**), **Área de Bienestar Social y Participación Ciudadana del Ayuntamiento de Málaga** y **Delegación Provincial de Salud de la Junta de Andalucía**, para ofertar 10 Talleres con periodicidad anual cursos de SVB en los Distritos Municipales de Málaga capital, valorando la participación y eficacia de los resultados.

El Ayuntamiento de Málaga,

considera básico el mantenimiento y mejora de la calidad de vida, el bienestar ciudadano y los servicios sociales en el marco del desarrollo sostenible de la ciudad. Incluso en este sentido incide la Organización Mundial de la Salud, al conceptuar al ciudadano como protagonista de la salud en



función de las interrelaciones que se producen con el resto de actores socioeconómicos e instituciones que forman parte del medio urbano en el que la Administración Local es motor esencial para el bienestar de aquél.

Las competencias municipales en este campo, se mueven en el sentido de sentar bases en cuanto a salubridad pública y medio ambiente, a la participación en la gestión primaria de salud y a la prestación de servicios sociales. Este último aspecto se concreta específicamente en la Ley de Salud de Andalucía al definir las competencias de los ayuntamientos, entre las que incluye expresamente el desarrollo de programas de promoción, educación y protección sanitaria para grupos sociales con riesgos específicos, mediante la gestión de los servicios sociales comunitarios.

El Ayuntamiento de Málaga está plenamente comprometido en dirigir hacia todos los colectivos sociales y a la ciudadanía en general, las prestaciones y recursos de los servicios sociales municipales para la potenciación del bienestar ciudadano. Entre estas actuaciones es fundamental la labor que se desarrolla a través de los Servicios Sociales de las Áreas y Juntas de Distrito Municipales, en el ámbito de la realización de actividades de

Por los **Dres.M. V. De la Torre Prados, J. Merino Vega A. Vallejo Báez C. Reina Artacho, F. Segura González, A. Soler García y A. García Alcántara,**  
Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Clínico Universitario  
Virgen de la Victoria, Málaga.

apoyo, promoción, educación, protección y formación de diversos colectivos sociales desfavorecidos por medio de programas de salud pública encaminados a evitar los factores de riesgo que impliquen la adicción al tabaco o al alcohol o cualquier tipo de drogodependencia y los programas de rehabilitación, reinserción y apoyo social.

La Delegación Provincial de Salud cuenta entre sus objetivos el fomentar iniciativas y apoyar institucionalmente programas de prevención y de intervención de los problemas de salud de la población malagueña.

Entre los fines de la asociación de usuarios **EXPAUMI** y de las Sociedades Científicas **SAMIUC** y **SAMFYC** está la realización de actividades de formación y de prevención frente a posibles riesgos y eventos que pongan en peligro la supervivencia y la salud de los ciudadanos afectados. Concretamente, pretenden llevar a cabo la difusión de conocimientos relacionados con la labor de reanimación

cardiopulmonar y de prevención de drogadicción, alcoholismo, riesgo cardiovascular y accidentes, mediante la realización de cursos y actividades preventivas dirigidas a la población en general.

Los servicios sociales del Ayuntamiento de Málaga incluyen entre sus fines la labor de canalización de iniciativas de asociaciones o instituciones que promuevan la formación de la ciudadanía en general y, en particular, de los colectivos más debilitados socialmente así como del personal y del voluntariado que participa en programas que fomenten la prevención, la asistencia y la rehabilitación integral de los ciudadanos, incidiendo en una mejora de la calidad de vida a través de la coordinación de los diferentes recursos disponibles en la comunidad.

Actualmente los accidentes de tráfico y las enfermedades cardiovasculares son dos de las principales causas de mortalidad, mientras que entre los jóvenes tanto los accidentes como las

intoxicaciones por el uso de drogas constituyen las principales causas de riesgo vital. Mediante la correcta e inmediata aplicación de las llamadas **“Técnicas de Soporte Vital Básico”** se consigue evitar un gran número de fallecimientos y lesiones provocados por esas situaciones.

Por ello, para todas las partes firmantes de este Convenio, se hizo patente la necesidad de formación del ciudadano en las Técnicas de Soporte Vital Básico y en la prevención e intervención inmediata ante las situaciones citadas, para lo que es necesaria la colaboración y la coordinación de las diferentes instituciones implicadas, para lo que se articulan los siguientes.

Se estableció una línea de actuación entre las diferentes partes para la difusión de Técnicas de Soporte Vital Básico en reanimación y riesgo cardiovascular y en prevención de drogadicción y alcoholismo, centrado en facilitar al ciudadano en general, a asociaciones de carácter cultural o recreativo, personal municipal integrado en

los Servicios Sociales de las Áreas y Distritos Municipales, técnicos de la Fundación Deportiva Municipal y a cuidadores o familiares cercanos de pacientes crónicos de los distritos de salud, los conocimientos y habilidades básicas en este campo.

En los meses de marzo a mayo de 2003 y 2004 se ofertaron estos Cursos-Talleres, dirigidos a trabajadores comunitarios (auxiliar de domicilio, animador social, trabajador social, voluntariado de ONG, sanitarios y directivos) y cuidadores de pacientes crónicos.

Con 5 horas de duración y el lema: **“Aprender a Fortalecer y a Continuar en la Cadena de la Vida”** se ha incidido en los factores de mortalidad más prevalentes, cardiovascular, accidentes y cáncer, y en el conocimiento sobre el grado de severidad y la actuación en situaciones de riesgo vital: atragantamientos, lipotimias, quemaduras e inhalaciones de humo, intoxicaciones, accidentes vasculares agudos, convulsiones, descompensaciones diabéticas, síndrome coronario agudo,

Taller de **SOPORTE VITAL BASICO Y DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN SALUD EN LOS DISTRITOS MUNICIPALES DE MÁLAGA**

Marzo a Mayo del 2004

Aprender a Fortalecer y a continuar en **La Cadena de la Vida**

AYUNTAMIENTO DE MÁLAGA  
RCP  
MÁLAGA  
Boehringer Ingelheim

electrocución, ahogamiento, accidentes: heridas, caídas deportivas y de tráfico. Monitores y/o Instructores de RCP de diferentes niveles asistenciales participan: Atención Primaria, 061, Urgencias y Cuidados Críticos Hospitalarios (UCCH).

Un total de 452 alumnos asistieron a los 20 cursos-talleres

superior de forma significativa respecto a la media (43,6%).

En los distritos con mayor porcentaje de cuidadores (amas de casa) la edad mostró diferencias significativas, como 13 puntos por encima de la media ( $40 \pm 14$  años). El escore de conocimiento inicial mostró un tercio como media del valor global (rango 0-26), en los

El mantenimiento de esta oferta y la incorporación de profesionales de diferentes niveles asistenciales, usuarios, profesionales comunitarios y cuidadores de pacientes en estos talleres podría mostrar un impacto positivo en el comportamiento de la población que acuda a las UCCH, con actuaciones precoces y adecuadas.

Distrito	Centro	El Palo	Ciudad Jardín	Bailén	Palma Palmilla	Cruz de Humill.	Carr. de Cádiz	Churr.	Camp.	Puerto de la Torre	Total
	N=63	N=46	N=25	N=54	N=36	N=59	N=45	N=36	N=36	N=52	N=452
Edad**	$39 \pm 10$	$53 \pm 11$	$40 \pm 11$	$46 \pm 15$	$45 \pm 18$	$41 \pm 15$	$30 \pm 13$	$33 \pm 13$	$37 \pm 12$	$34 \pm 12$	$40 \pm 14$
Mujer***	86%	93,5%	64%	85%	100%	83%	80%	81%	96%	42%	84%
T. Com.***	70%	37%	40%	35%	33%	32%	40%	53%	44%	44%	43,6%
EscAnt**	$5,4 \pm 4$	$3 \pm 2$	$6,5 \pm 4$	$7 \pm 6,4$	$8 \pm 5,5$	$8,4 \pm 5$	$9 \pm 5$	$9,4 \pm 5$	$6 \pm 5$	$7,5 \pm 4$	$7 \pm 5,4$
E. Des.**	$20 \pm 3$	$16 \pm 5$	$19 \pm 4$	$17 \pm 6$	$21 \pm 3$	$19 \pm 4$	$20 \pm 5$	$18 \pm 5$	$20 \pm 4$	$21 \pm 4$	$19 \pm 5$

Rango del Escore Conocimiento 0-26; \*\*T. Anova  $p=0,00$ ; \*\*\* Chi Square  $p=0,00$

durante los años 2003 y 2004. Veintiocho profesionales (monitores y/o Instructores de RCP) han participado.

El perfil de los alumnos muestra un porcentaje cercano al 50% como trabajador comunitario, en algunos distritos con porcentaje

distritos donde la edad del grupo era superior y con mayor porcentaje de mujeres mostraron resultados significativos más bajos, de igual forma esta diferencia significativa se mostró en el test después del Curso-Taller.

# DIVULGACIÓN EN PLAYAS MALAGUEÑAS DE SOPORTE VITAL BÁSICO Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN SALUD.

El dos de Julio de 2004 se firma por segundo año consecutivo en la ciudad de Málaga el **Acuerdo de Colaboración para la difusión de las Técnicas de Soporte Vital Básico y de Actividades Preventivas en Salud en las Playas de Málaga** entre Instituciones Públicas (**Excmo. Ayuntamiento de Málaga y Delegación Provincial de Salud**), Asociaciones Científicas (**SAMFYC y SAMIUC**) y la **Asociación de Usuarios EXPAUMI**.

Durante el verano se produce una gran concentración de personas en las playas del litoral municipal, lo que conlleva reunir en un mismo escenario diferentes

grupos poblacionales, dónde la difusión de mensajes de esas técnicas básicas de soporte vital y preventivas de salud pueden ser muy positivas ante la posibilidad que se produzcan ahogamientos, golpes de calor, ataques al corazón, intoxicaciones, accidentes...

El Ayuntamiento, a través de la Delegación de Playas, entre otras funciones, establece el servicio de salvamento y socorrismo durante la temporada estival. Esta tarea se cumplimenta perfectamente con la difusión de estas enseñanzas en escenarios públicos, que incluyan aspectos de estilos saludables y de prevención y actuación ante emergencias.

**SOPORTE VITAL BÁSICO Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN SALUD**  
SEGUNDAS JORNADAS DE DIVULGACIÓN EN PLAYAS MALAGUEÑAS

¡Tú puedes salvar una vida!

Simulacro para aprender a fortalecer y a continuar la Cadena de la Vida

Sábado 3 de Julio de 2004, 18:00 h.  
Playa de La Misericordia

Domingo 11 de Julio de 2004, 12:00 h.  
Playa de La Malagueña

Domingo 18 de Julio de 2004, 18:00 h.  
Playa del Palo

**Organizan:**

**SAMIUC** **EXPAUMI** **SAMFYC**

Es necesaria la colaboración y la coordinación de las instituciones señaladas, para establecer una línea de actuación entre las diferentes partes para la difusión de técnicas de soporte vital básico en las situaciones más frecuentes de emergencia.

Para llevar a cabo el objetivo señalado, se realizaron tres simulacros de una hora de duración en las principales playas de la ciudad, por las entidades firmantes, con el soporte de 30 profesionales de la salud de las

**CUIDA TU SALUD, ES UN CONSEJO DE EXPAUMI**  
(Expacientes de la Unidad de Medicina Intensiva)

061

Este evento demostrativo consistió en tres aparatos, no si uno que se le que nos, y otros en un momento determinado de nuestros vidas

**Ataque Cardíaco.**  
Esta demostración se realizó con una de los muchos cuadros que se pueden presentar en un paciente crítico. Los síntomas representaron a un infarto de miocardio que está causando un día de playa.

Esta demostración consistió en un simulacro y la realización de un entrenamiento del socorrido.

**Ahogamiento.**  
Representación por parte de los actores de la zona de un ahogamiento en una zona de playa.

Hasta ahora se han realizado: **Ataque Cardíaco (R.C.P.)**  
**¡Apóntate!**  
**¡Hazlo ahora!**

La vida de un familiar, un amigo, un compañero de trabajo, cualquier vecindario, etc., puede depender algún día de ti.

Próximos cursos de R.C.P. Básico en los cuartos de Málaga Capital. Martes: Mayo de 2005.

Publicación: **EXPAUMI**  
Telf: 952 333 422  
647 809 371  
647 852 375  
en el distrito municipal



Por los **Dres. M. V. De la Torre Prados, A. García Alcántara, F. Cota Delgado, C. Salazar Ramírez, J. Peña Huertas\*** y **J. Ingelmo Martín\*\***.  
S. Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital Clínico Universitario “Virgen de la Victoria”, Málaga. \*061. \*\*M. F. y Comunitaria.

Asociaciones Científicas señaladas, del **061** y **Cruz Roja** (con acreditación de Monitores de Soporte Vital Básico y Avanzado) y la de usuarios como **EXPAUMI**.

Los tres escenarios se desarrollaron durante los siguientes días:

- 3 de Julio a las 18 horas en la Playa de la Misericordia.
- 11 de Julio a las 12 horas en la Playa de la Malagueta.
- 18 de Julio a las 12 horas en la Playa del Palo.

Durante una hora se realizan simulacros de ahogamientos, ataques del corazón y atragantamientos. Se difundieron mensajes de forma interactiva con la participación del público asistente. En ambos periodos se

desarrollaron durante el sábado por la tarde y domingo por la mañana, en el periodo de julio a septiembre.

Se evaluó el impacto de la experiencia a través de una entrevista directa aleatoria al total de las 750 personas que asistieron a estos simulacros. Docientas cuarenta ocho fueron entrevistadas con una edad media de 36 años sin diferencias entre los diferentes escenarios, con distribución similar a nivel de género. Un total de 124 (50%) personas se apuntaron a recibir cursos de SVB, todos los asistentes apreciaron la experiencia como interesante, entretenida y con mensajes claros. Un 21% de los asistentes eran no residentes en Málaga.

Los escenarios públicos de las ciudades son un potencial hacia el desarrollo de actividades lúdicas que de forma intersectorial invitan a la población a ser activos ante los problemas de salud.



Playa	Misericordia			Malagueta			El Palo			Total			P
	N	Media	DS	N	Media	DS	N	Media	DS	N	Media	DS	
Edad	89	35,3	14	77	38	17	80	36,5	13,6	246	36,4	,95	ns*
Mujeres %	46 (52%)			44 (57%)			39 (49%)			129 (52%)			ns**
Mensaje Claro %	91 (100%)			77 (100%)			80 (100%)			248 (100%)			ns**
Interés Alto %	91 (100%)			77 (100%)			80 (100%)			248 (100%)			ns**
Entretenida %	91 (100%)			77 (100%)			80 (100%)			248 (100%)			ns**
Inscripción Curso %	51 (74%)			37 (73%)			36 (86%)			124 (50%)			ns**
Residencia Málaga %	71 (80%)			70 (91%)			53 (66%)			194 (79%)			0,001**

\* Test ANOVA; \*\* Chi Cuadrado

# EL PROGRAMA CORAZÓN EN MÁLAGA.

**D**urante el año pasado, 109 pacientes entraron a formar parte del mismo, con lo que ya son 1190 los residentes en la provincia de Málaga que se están beneficiando del Programa Corazón, una iniciativa de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (E.P.E.S.), perteneciente a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, puesta en marcha en 1999 y cuyo objetivo es mejorar la atención sanitaria de los pacientes que han sufrido un Síndrome Coronario Agudo, entidad que engloba a procesos como la angina de pecho y el infarto agudo de miocardio.

Málaga ocupa el tercer lugar entre las provincias andaluzas con mayor número de pacientes incluidos en el programa, sólo por detrás de Sevilla y casi al mismo nivel que Granada.

Antonio Mantero es el director en Málaga de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, organismo que gestiona el Servicio 061. Él nos comenta como a los pacientes

que han sufrido un evento de estas características se les oferta la posibilidad de que sus datos personales y antecedentes médicos queden registrados en una base de datos para su consulta inmediata por el



## Cerca de 1200 personas integran el Programa Corazón en Málaga.

Servicio de Emergencia del 061 en caso necesario: "A los pacientes se les explica que lo que pretendemos, siempre con su autorización por supuesto, es disponer de manera automática de su historial clínico en nuestra base de datos, porque de esta forma, si en alguna ocasión

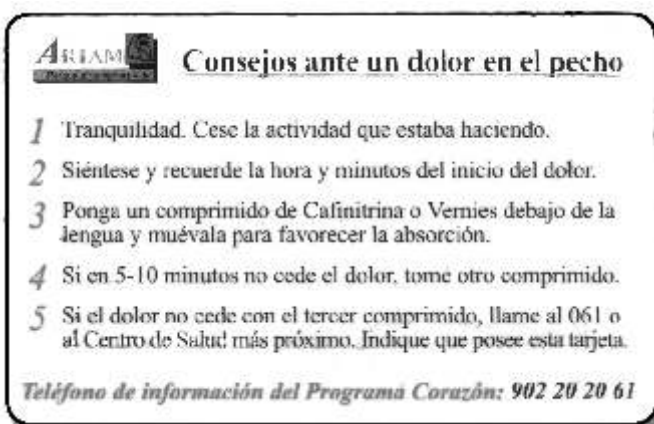
necesitasen nuestra ayuda, esto nos permitirá ahorrar un tiempo precioso al evitar determinadas preguntas sobre sus dolencias y tratamientos previos. De la misma forma se les informa de que se trata de un programa gratuito -continúa Mantero- patrocinado por la Consejería de Salud y avalado por la Sociedad Andaluza de Cardiología y la Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias y que sus datos estarán a disposición de todos los Centros de Coordinación de Urgencias y Emergencias del 061 en Andalucía".

La cardiopatía isquémica representa la primera causa de muerte en países industrializados como España y es responsable del fallecimiento anual de alrededor de 400 personas por millón de habitantes. Aproximadamente las dos terceras partes de estas muertes se producen en las primeras horas tras el inicio de los síntomas, en su gran mayoría antes de llegar al hospital.

## Tarjeta personal

Los pacientes que han sufrido una enfermedad coronaria grave, reciben en el momento del alta hospitalaria, de manos de su facultativo o del médico de atención primaria, un sobre del Programa Corazón, que contiene un folleto informativo, una ficha personal y un sobre franqueado para poder enviar la documentación requerida. El sobre también incluye la posibilidad de solicitar la inclusión en el programa por teléfono, llamando al 902.202.061.

Al formar parte del Programa Corazón se recibe una tarjeta personal de identificación con un número personal, el nombre del hospital de referencia del paciente y consejos sanitarios para el caso de sufrir un dolor de pecho.





# EL RECETARIO

**D**esde tiempos remotos es sabido que la dieta está directamente relacionada con la salud, pero sólo en la actualidad se ha dado a este tema la importancia que se merece. La dietética y la nutrición son hoy materias reconocidas y cada vez son más los profesionales que se dedican a su estudio y divulgación. Las recetas que a continuación relaciono, están dentro de la más pura “dieta mediterránea”, baja en calorías.

## ARROZ TRES DELICIAS

### INGREDIENTES:

200 grs. de arroz, 100 grs. de gambas cocidas, 100 grs. de jamón de york, 150 grs. de pechuga de pollo, 2 huevos, 50 grs. de guisantes cocidos, 1 cebolla de unos 100 grs. aproximadamente, 4 cucharadas de aceite de oliva virgen extra, sal y pimienta.

En una cacerola con agua caliente y un poco de sal, echamos el arroz y lo ponemos a cocer durante unos 15 minutos, moviéndolo varias veces con una cuchara de madera. Una vez cocido el arroz se aparta del fuego, y en un colador bajo el grifo lo enjuagamos muy bien con agua fría. Una vez bien escurrido el arroz, lo pasamos a una fuente y con la paleta de madera lo extendemos para que quede lo más suelto posible.

Limpiamos y cortamos en trozos

pequeños la pechuga de pollo que junto con las gambas peladas y el jamón cortado a tiras, freímos en una sartén con el aceite, les damos unas vueltas y salpimentamos un poco. A continuación, batimos muy bien los huevos y los echamos en la sartén con los ingredientes antes mencionados. Cuando cuajen los huevos se aparta la sartén del fuego, apartamos los huevos junto con todo lo demás y mezclamos bien con los guisantes y el arroz en la misma fuente.

Se sirve en la misma fuente bien caliente.

## LOMO DE MERLUZA A LA CAMPESINA

### INGREDIENTES:

½ kilo de lomos de merluza, 100 grs. de gambas peladas, 100 grs. de champiñones laminados, 1 manojo de espárragos trigueros de unos 150 grs. 1 cebolla mediana, ½ vasito de vino blanco seco, ½ vasito de nata líquida, 2 cucharadas de zumo de limón, 1 vaso de caldo de pescado, 1 ramillete de perejil, 2 cucharadas de mantequilla, sal y pimienta.

Rociamos los lomos de merluza con el zumo de limón y salpimentamos.

Pelamos la cebolla y la picamos muy bien pequeña.

En una cazuela de barro ó en una cacerola, ponemos a rehogar la cebolla con la mantequilla durante unos 5-7 minutos hasta que esté transparente. A

Por Manuel Ortega.

### Consejos de Manuel Ortega:

Las enfermedades relacionadas con el corazón son una de las principales causas de muerte en la sociedades avanzadas. El estrés, el tabaco y la mala alimentación, pero podemos tener en nuestras manos algunas medidas preventivas saludables como los ejercicios y una buena dieta.

## R A P E   A   L A JARDINERA

### INGREDIENTES:

**½ kilo de cola de rape, 200 grs. de zanahoria, 100 grs. de guisantes, 300 grs. de patatas peladas, 2 dientes de ajo, 2 cucharadas rasas de harina, 3 ramitos de perejil picado más 1 ramillete, 1 vaso de vino blanco seco, ½ vaso de caldo de pescado, 4 cucharadas de aceite de oliva virgen extra, sal y pimienta.**

continuación añadimos los lomos de merluza con un poco de vino blanco y lo dejamos cocer durante unos 6 minutos, añadiendo si es preciso un poco de caldo de pescado si vemos que le falta liquido. Una vez transcurrido el tiempo de cocción les incorporamos a la cazuela los champiñones, los espárragos (solo la parte blanda) y las gambas. Rectificamos de sal y le añadimos la nata liquida dejándolo cocer todo junto durante unos 7 minutos aproximadamente a fuego suave.

Se sirve en la misma cazuela de barro poniéndole un poco de perejil bien picado por encima.

Limpiamos bien el rape y lo cortamos en medallones.

En una cacerola con agua, ponemos a cocer todas las verduras bien limpias y troceadas. Cuando esté cocida la menestra de verduras, la sacamos poniéndola a escurrir y reservamos.

En una cazuela de barro con el aceite, ponemos a freír los dientes de ajos picados. Cuando

empiecen a dorarse, espolvoreamos los ajos con la harina y el perejil picado, inmediatamente echamos el caldo y removemos dándole un hervor. A continuación, añadimos la menestra que teníamos reservada y los medallones de rape dejándolos cocer a fuego lento durante unos 7 minutos aproximadamente a fuego lento. Se espolvorea con perejil muy picado. Se sirve bien caliente en la misma cazuela de barro.

## **CONEJO AL VINO BLANCO CON SALSA DE ALMENDRA**

### **INGREDIENTES:**

**1 conejo de 1 kilo y medio aproximadamente, 7 cucharadas de aceite de oliva virgen extra, 3 dientes de ajo, 1 cebolla, 8 almendras, 1 rebanada de pan, 8 cebollitas francesas, 1 huevo cocido duro, ½ vaso de vino blanco seco, harina para rebozar, sal, tomillo y orégano.**

Limpiamos bien el conejo y lo troceamos, reservando la asadura.

Rebozamos con harina ligeramente los trozos de conejo y, en una cazuela de barro con el aceite de oliva a fuego suave, freímos los trozos de conejo hasta que estén bien dorados por todas partes, una vez dorados los sacamos y reservamos al calor.

En la misma cazuela ponemos los ajos y la cebolla pelados y bien picados, los ponemos a rehogar hasta que tomen color cuidando que no se quemem, sacamos y reservamos en un mortero. A

continuación echamos en la misma cazuela las almendras, el hígado del conejo y la rebanada de pan, qué una vez frito sacamos y lo ponemos en el mismo mortero con lo anterior, lo majamos bien y reservamos.

Pelamos las cebollitas quitándoles solo la primera piel y a continuación le hacemos una incisión cruzada en la parte inferior. Las ponemos en la misma cazuela que hemos frito lo anterior y las rehogamos ligeramente. Añadimos la carne que teníamos reservada y cubrimos con agua, le echamos un poco de tomillo y orégano y lo dejamos cocer durante unos 4 minutos. A continuación agregamos los ingredientes que tenemos reservados en el mortero y el vino blanco, removemos bien con una cuchara de madera para mezclar bien los sabores. Pelamos el huevo cocido y separamos la clara de la yema, deshaciendo esta última con un poco de agua y la añadimos a la cazuela. A continuación la agitamos ligeramente y seguimos cociendo a fuego suave hasta que la salsa esté espesa y la carne tierna y jugosa.

Se sirve bien caliente en la misma cazuela de barro.

## **MACEDONIA DE FRUTA CON MIEL**

### **INGREDIENTES:**

**1 naranja, 1 manzana, 1 pera, 1 melocotón, ½ piña natural, 6 guindas en almíbar, 1 cucharada de azúcar, 2 cucharadas de miel y ½ cucharadita de canela.**

En una fuente o bol de cristal, vamos echando todas las frutas, bien limpias y cortadas a trocitos menos las guindas en almíbar.

Una vez que tengamos todas las frutas troceadas, le añadimos el azúcar, la canela y la miel diluida con una cucharadita de agua fría.

Decoramos con las guindas en almíbar cortadas a rodajas alrededor de la macedonia en la fuente o en un bol.

Se sirve a temperatura ambiente ó bien fría.

## BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

1º Apellido .....  
2º Apellido .....  
Nombre .....  
Nacido el..... en .....  
Provincia de..... Teléfono .....  
Nº de D.N.I. ....  
Nº de Seguridad Social .....  
Domicilio .....Nº ..... Piso .....  
Letra ..... C.P. .... Provincia .....  
Actividad o Profesión .....  
Situación .....

### OTROS DATOS:

Infarto Operado Amigo  
Marque con una cruz donde proceda.  
ENTIDAD:  
Banco o Caja .....  
Sucursal..... Domicilio .....  
C.P. .... Población .....  
Nº de Cuenta .....  
Titular de la Cuenta .....



**EXPAUMI** C/ Virgen de la Candelaria s/n, Centro Social  
Rafael González Luna (Bda. de Carranque), 29007 Málaga.  
Nº de cuenta EXPAUMI-Unicaja 21033054-90-0030007553



**EXPAUMI** C/ Virgen de la Candelaria s/n, Centro Social  
Rafael González Luna (Bda. de Carranque), 29007 Málaga.  
Nº de cuenta EXPAUMI-Unicaja 21033054-90-0030007553

## BOLETÍN DE DOMICILIACIÓN

Al Banco o Caja de Ahorros.....  
Calle.....Nº..... Agencia Nº.....  
Málaga, ..... de..... de 200.....

Muy Sres. míos:

Ruego a Vds. que, a partir de esta fecha y hasta nuevo  
aviso, se sirvan atender al recibo de Euros (en número y  
letra).....

..... que anualmente le será presentado por  
**EXPAUMI** (Asociación de Expacientes de la Unidad de  
Medicina Intensiva), con cargo a la cuenta corriente o  
libreta nº..... que mantengo con Vds.

Les saluda atentamente:  
(firma)

D./Dña.....  
Calle.....Nº..... Piso.....Tel.....

## CUOTA ANUAL 10€

# EXPAUMI

## MENSAJEROS DE SALUD

C/ Virgen de la Candelaria s/n,  
Centro Social Rafael González Luna (Barriada de Carranque)  
29007, Málaga.

Teléfonos: 952303122 - 647859378 - 647859373

[www.expaumi.org](http://www.expaumi.org)



### **PRIMER CONCURSO DE GUIONES SOBRE PROBLEMAS GRAVES DE SALUD**

**(Dolor torácico, Atragantamiento, Accidente de tráfico,...)**

**Premio: Un fin de semana para dos personas en un hotel  
de cuatro estrellas de la provincia de Málaga.**

**Fecha límite de entrega de guiones: 28 de febrero de 2005.  
Más información: EXPAUMI**