

EXPAUMI MENSAJEROS DE SALUD

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN DE
EXPACIENTES DE MEDICINA INTENSIVA

Nº 16

Diciembre 2005

Málaga

EXPAUMI, GALARDONADA CON EL PREMIO MÁLAGA VOLUNTARIA 2005



D. Antonio Gil Fuentes, Secretario de EXPAUMI, recibe la
estatuilla de manos de D. Francisco de la Torre Prados,
Excmo. Alcalde de Málaga.



SUMARIO Nº16

SUMARIO Nº16:

EXPAUMI

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN DE EXPACIENTES DE MEDICINA INTENSIVA
Nº 16 Diciembre 2005 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, Francisco
Ramírez Castilla, Manuel Luque,
Archivo EXPAUMI.

Ilustración:

Araceli.

Diseño Gráfico y Maquetación:

Manuel Luque.

IMPRIME:

Gráficas DIGARZA s.l.
Plaza de los Ángeles, 3
29011, Málaga
Telf.: 95227 8543

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

Depósito Legal: MA-1775-2005

- 2..... La Importancia el Ejercicio Físico
en el Paciente Cardiópata.
- 8..... Enfermos contra Sanos
- 11..... Menopausia y Sexualidad.
- 18..... Salud y Tabaco.
- 22..... La Osteoporosis
¿Qué es y cómo se previene?
- 31..... La Dieta
y las Enfermedades del Corazón.
- 34..... Aproximación al Concepto
Necesidad Espiritual de la Persona.
- 36..... Primer Viaje a Hospitales Públicos de Andalucía
“Mensajeros de Salud”.
- 40..... Enfoque Ese Ángulo 3: Elecciones 2005
Nueva Junta Directiva.
- 41..... Proyectos Llevados a Cabo
por **EXPAUMI** en el año 2005.
- 44..... Terceras Jornadas de Difusión de las Técnicas
de Soporte Vital Básico y de Actividades Preventivas
en Salud en las Playas de Málaga Capital.
- 47..... Continuamos Fortaleciendo la Cadena de la Vida.
Talleres para Profesionales Comunitarios y Cuidadores
de Pacientes en los Diez Distritos Municipales.
- 55..... Málaga con el
Programa Corazón.
- 60..... De Puertas a Dentro.
- 66..... **EXPAUMI** te Ayuda
a Dejar de Fumar.
- 68..... Cómo Cuidarse Después
de un Infarto.
- 70..... Apoyo Psicológico al Paciente y sus Familiares
tras sufrir una Enfermedad Grave.
- 72..... Andar es Salud.
- 74..... El Recetario
de Manuel Ortega.

SUMARIO Nº16

EXPAUMI MENSAJEROS DE SALUD

Cuando llegan estos momentos de redactar el editorial nos planteamos ¿qué podemos comunicar en este número de la revista que no hayamos comentado y escrito ya durante los nueve años de vida de nuestra Asociación? ...alguien pensará que todo está dicho y hecho, pero amigos, eso no es así.

La imaginación, ilusión y realidades que día a día se suscitan y se proponen por los miembros de nuestra Organización, desprenden un inmenso cúmulo de ideas positivas, que es impensable que exista un techo en nuestra actividad creativa y de desarrollo. Amigos, hay mucho por hacer todavía.

Por ejemplo, este año 2005 sin ir más lejos hemos iniciado una Campaña de Difusión sobre la experiencia de EXPAUMI, visitando los Hospitales Públicos de Andalucía. Y se preguntaran, ¿qué es lo más sobresaliente de este proyecto que se ha puesto en marcha? Primero, destacar la colaboración de dos grandes Instituciones Públicas malagueñas como son el Ayuntamiento de Málaga y la Delegación de Gobierno de la Junta de Andalucía. Y, en segundo lugar, la satisfacción de todos nosotros al poder ofrecer nuestra experiencia y colaboración para poner en marcha asociaciones de expacientes y familiares en todos los Hospitales andaluces.

Este primer paso ha supuesto un gran éxito para EXPAUMI, por la recepción, atención y compromiso de todos los responsables médicos y profesionales de cada Hospital en valorar y pensar en poner en marcha en sus respectivos Hospitales proyectos como el nuestro.

También queremos resaltar nuestra asistencia al encuentro de Asociaciones malagueñas que se celebró el pasado día 3 de diciembre en el Palacio de Ferias y Congresos de Málaga, con motivo del Día Internacional del Voluntariado. Un Acto que fue organizado conjuntamente por la Delegación de Gobierno de la Junta de Andalucía y por el Ayuntamiento de Málaga.

Por la tarde y en un auditorio repleto de personas, se nos concedió, sin esperarlo ni saberlo, el Trofeo y la Distinción por el Trabajo de Ayuda, Información, Difusión y Formación sobre la Salud en bien del enfermo y su familia, otorgado por la ya larga trayectoria constante y comprometida con la Sociedad malagueña y que nos fue entregado por el Excmo. Alcalde de Málaga D. Francisco de la Torre.

Felicidades por el esfuerzo y calidad de los organizadores.



LA IMPORTANCIA DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL PACIENTE CARDIÓPATA.

Se entiende por ejercicio físico el movimiento del cuerpo que se hace para entrenar o estar en forma, es decir, el estado de permanecer activo.

Los objetivos del ejercicio físico son:

- Mejorar el estado físico, muscular y cardio-respiratorio.
- Controlar los factores de riesgo cardiovascular, como son la hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes, tabaquismo, sedentarismo y obesidad.
- Disminuir la ansiedad y depresión.



- Elevar la autoestima.
- Ayudar a controlar el peso corporal.

Existen varios tipos de ejercicio físico:

1. Según el objetivo que queremos alcanzar:

- **Preventivo:** para mantenerse en forma.
- **Terapéutico:** para corregir un deterioro físico, mejorar una función o recuperar el estado de bienestar. Se utiliza en todos aquellos casos en que existe una lesión articular o muscular y hay que tratarla para recuperar el grado de movimiento y fuerza que tenía antes de ocurrir la lesión.

2. Según el mecanismo de acción:

- **Aeróbico:** cuando el ejercicio se realiza con la respiración libre y utiliza oxígeno para la contracción muscular. Con este tipo de ejercicio conseguimos aumentar sobre todo la resistencia muscular. Es el tipo de

ejercicio ideal para el paciente cardíopata. Por ejemplo: caminar.



Ejercicio Aeróbico.

- **Anaeróbico:** se realiza con la respiración bloqueada “aguantando la respiración” para conseguir aumentar la fuerza muscular. Es una contracción muscular más prolongada que agota el oxígeno del músculo, por lo tanto, se realiza sin oxígeno. Por ejemplo: halterofilia.

3. Según el movimiento realizado en el ejercicio:

- **Isotónico o Dinámico:** cuando existe un movimiento amplio de las articulaciones.

Por la **Dra. Adela M. Gómez González**,
Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.
Coordinadora Unidad de RBH Cardio-Respiratoria.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Generalmente coincide con el ejercicio aeróbico y se realiza con la respiración libre, por lo tanto, es de elección en la persona que ha sufrido una cardiopatía. Ej.: caminar, bicicleta.



Ejercicio Isotónico.

- **Isométrico o Estático:** cuando se realiza una contracción del músculo sin movimiento de la articulación. Ej.: coger un peso y aguantarlo en una posición determinada. Coincide con el ejercicio anaeróbico y se usa para ganar fuerza muscular.

- **Isocinético:** ejercicio que se realiza a velocidad constante. Se

necesita de aparatos especiales (aparatos isocinético) para su realización. Normalmente no se utiliza en rehabilitación cardíaca.

4. Según la intención del ejercicio:

- **Flexibilización:** cuando se quiere conseguir aumentar la elasticidad del músculo. Son los ejercicios de estiramientos. Se debe realizar siempre antes de cualquier actividad física (para que los músculos estén más flexibles y evitar las roturas musculares) y al final de la actividad física (para conseguir relajar los músculos que han realizado el ejercicio físico).

- **Fortalecimiento:** se obtiene aumento de la fuerza muscular. Son los ejercicios anteriormente descritos (isotónicos, isométricos, isocinéticos).

EFFECTOS DEL EJERCICIO FÍSICO.

1. Activa la circulación sanguínea: aumenta el flujo sanguíneo muscular y al corazón.



Ejercicio Isométrico.

2. Aumenta el metabolismo óseo: mejora la calcificación de los huesos.

3. Aumenta la masa muscular: mejora la fuerza, potencia y resistencia muscular.

4. Aumenta la flexibilidad articular: evita la rigidez articular de la artrosis.

5. Disminuye las resistencias periféricas: disminuye la tensión arterial.

6. Aumenta el consumo de oxígeno: mejora la oxigenación de los tejidos.

7. Disminuye el tono simpático de los vasos sanguíneos:



Ejercicio Isocinético.

disminuye la frecuencia cardíaca con disminución de las arritmias malignas y menor predisposición presentar muerte súbita.

8. Disminuye la ansiedad y de presión: mejora el estado de ánimo.

Todos estos efectos se obtienen con 1 realización del ejercicio aeróbico de forma continuada, a largo plazo. El ejercicio físico da lugar a una vida más activa y productiva, con mejoría de la calidad de vida.

Las **contraindicaciones** del ejercicio físico, en general, son:

- Procesos inflamatorios agudos.
- Procesos infecciosos agudos.
- Fracturas.
- Patología grave descompensada.

Todas estas situaciones necesitan

de un reposo limitado para recuperarse de la enfermedad que presentan y posteriormente continuarán con un programa de ejercicio terapéutico.

INDICACIONES DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL PACIENTE CARDIÓPATA.

CARDIOPATÍAS:

1. Isquémicas:

- Infarto agudo de miocardio.
- Tras cirugía coronaria.
- Tras angioplastia.
- Angina de esfuerzo estable.

2. Transplante cardíaco.

3. Valvulopatías operadas.

4. Insuficiencia cardíaca estable.

5. Marcapasos o desfibriladores.

CONTRAINDICACIONES DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL PACIENTE CARDIÓPATA.

ABSOLUTAS: no deben realizar

ejercicio físico.

1. Aneurisma disecante de aorta.
2. Estenosis severa del tracto de salida del ventrículo izquierdo.



Ejercicio de Flexibilización.

RELATIVAS: pueden realizar ejercicio físico cuando se haya tratado la enfermedad.

1. Angina inestable.
2. Patologías descompensadas.
3. Enfermedades en fase aguda.

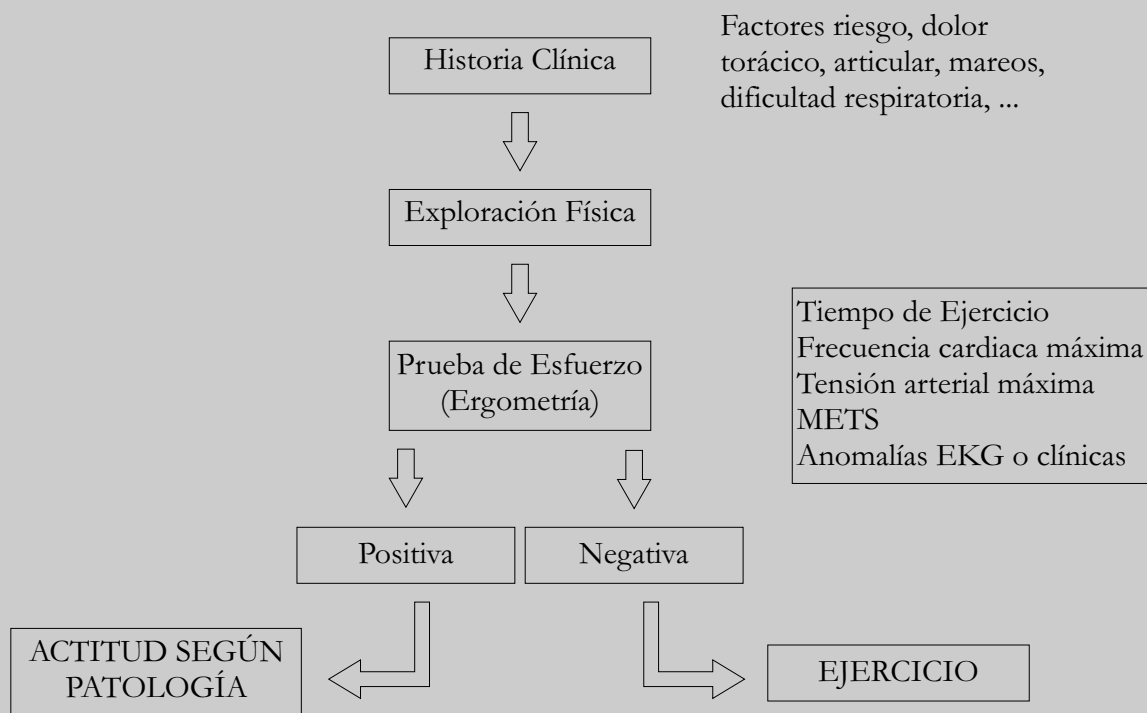
4. Arritmias:

- EV con el ejercicio.
- TV.
- TSV no controladas.
- Bloqueos A-V 2º y 3º grado.

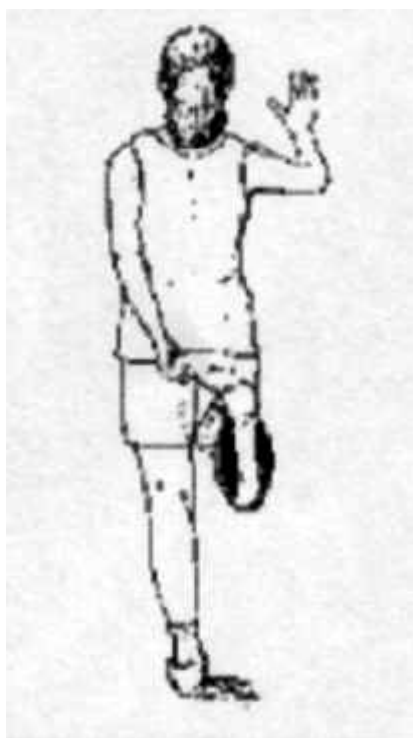
¿QUE EJERCICIO PUEDE REALIZAR UN CARDIÓPATA?

Antes de iniciar el ejercicio hay que realizar una valoración médica en la que se detalla la sintomatología que presenta el

VALORACIÓN MÉDICA



Esquema 1. Valoración Médica para la indicación de ejercicio físico.



Ejercicio de Flexibilización.

paciente (dolor torácico en reposo, con el ejercicio, dificultad respiratoria, mareos, problemas auriculares...). Tras la exploración clínica se realiza una Ergometría o prueba de esfuerzo que determina la respuesta al ejercicio y a la intensidad a la que puede realizarlo (Esquema 1).

Una vez realizada la valoración, el tipo de ejercicio físico que se aconseja es predominantemente aeróbico, como caminar, nadar,

bicicleta en terreno llano o carretera suave con la siguiente pauta:

1º: 5-10 minutos: Fase de calentamiento (ejercicios respiratorios, estiramientos y dinámicos).

2º: 10-40 minutos: Actividad física (caminar suave y progresivo).

3º: 5-10 minutos finales: Fase de enfriamiento (disminuir progresivamente y estirar).

La intensidad del ejercicio se mide mediante la frecuencia cardíaca. Si la persona se ha realizado una ergometría, se halla el 60% de la frecuencia máxima obtenida y progresivamente se va aumentando hasta llegar al 85%. Ejemplo: en la ergometría se ha alcanzado 130 l/m. a esto se le halla el 60%, es decir, 78 latidos/minuto. Esta es la frecuencia cardíaca que tiene que alcanzar dicha persona la hora de caminar. Progresivamente, se irá aumentando ese límite hasta alcanzar el 85% de la frecuencia cardíaca máxima, es decir, 110

l/m.

Si la persona no es cardiópata o no había indicación de realizar una ergometría, existe una fórmula para conocer cuál es la frecuencia cardíaca máxima: $FC_{m\acute{a}x} = 220 - \text{Edad}$.

Si una persona tiene 50 años, sería: $220 - 50 = 170$. Ahora le hallamos el 60% de $170 = 102$. Esta es la frecuencia cardíaca máxima para realizar el ejercicio físico al principio (102 l/m). Una



Ejercicio de Flexibilización.

vez pasados varios meses, se halla el 85% de 170 o 144. Esta es la nueva frecuencia cardiaca máxima para continuar realizando el ejercicio físico (144 l/m). Se recomienda el uso de un pulsómetro para conocer la frecuencia cardiaca.

La duración del ejercicio debe ser de 20 a 60 minutos, de forma progresiva.

La frecuencia del ejercicio debe ser de 2 a 5 sesiones semanales. Más de 5 sesiones a la semana no aporta mayor beneficio cardiovascular.

A los 6 meses de realizar una actividad al ritmo adecuado, se recomienda introducir otra actividad aeróbica, para cambiar de trabajo de los grupos musculares (ej. caminar y nadar).

El ejercicio físico es efectivo cuando la frecuencia cardiaca disminuye de 3-8 latidos/minuto o cuando el mismo ejercicio es realizado con mayor facilidad (adaptación del corazón al ejercicio).



RECOMENDACIONES A LA HORA DE REALIZAR EJERCICIO FÍSICO.

- Ropa y calzado adecuados.
- Respetar el periodo de calentamiento y enfriamiento.
- Siempre de forma progresiva.
- No en ayunas.
- No antes de 2-3 horas de una comida.
- Hidratación adecuada.
- Nunca suspender bruscamente un ejercicio. Hay que disminuir progresivamente la intensidad del ejercicio hasta parar.
- No pasar de la frecuencia cardiaca definida.
- ¡Cuidado con el calor y el frío! Evitar temperaturas extremas.
- Mejor ejercicio inicialmente: CAMINAR.
- No realizar ejercicio si: mareos, dolor torácico, dolor articular, proceso inflamatorio,... y CONSULTAR CON EL MÉDICO.

ENFERMOS CONTRA SANOS.

Conseguir el estatuto de enfermo ha sido una vieja aspiración de muchas personas que necesitaban esta identidad para poderse beneficiar de las ayudas que la medicina les podía brindar. Es el caso de las personas transexuales y el más reciente de las obesas.

La palabra enfermo está tan cargada de historia y de valores culturales que en este momento es demasiado pequeña (o quizás demasiado grande) para identificar muchas de las nuevas realidades clínicas que son susceptibles de ser atendidas por la medicina moderna. ¿Cómo considerar enfermo a una persona que puede comenzar una diabetes con 10 años y al que le espera una perspectiva de vida de 60 o más años? ¿Se puede vivir todo ese tiempo con el sambenito, con el estigma cultural de la enfermedad? Es un buen ejemplo, uno más, de la distancia que hay entre ser un enfermo y estar o sentirse enfermo.

Una de las grandes diferencias con un pasado reciente, sobre la forma de estar enfermo, es que en el momento actual a la persona enferma se le ha concedido (o ha conquistado) el estatuto de autonomía que le corresponde por vivir en una sociedad abierta en donde la capacidad autolegisladora es uno de los bienes más preciados. Frente al todo por el enfermo pero sin el

“Si en la vieja alianza entre la clínica y el poder el enemigo a batir era la enfermedad, en la nueva alianza el enemigo son los enfermos”.

enfermo del viejo paternalismo médico, la nueva manera de vivir la enfermedad incorpora el derecho a la autodeterminación del paciente. Lo que en la jerga de la bioética se denomina el ejercicio del principio de autonomía.

El paciente es ahora considerado una persona responsable, en la

mayoría de las ocasiones corresponsable con el médico, pero en muchas ocasiones y desde luego, siempre, en caso de litigio con la voluntad del médico, el paciente es en el modelo actual de relación médico-paciente, el responsable de la última decisión. Este ejercicio de autonomía convierte al paciente en un sujeto activo de todo el proceso asistencial, pero también en responsable de su propia enfermedad.

No es sorprendente que en este nuevo escenario se haya propuesto por los laboristas británicos un nuevo contrato con los pacientes fumadores y obesos, por ejemplo. Si usted es responsable debe dejar de fumar y debe dejar de comer, dicen. En caso contrario, usted no está a la altura de este nuevo contrato del que sólo toma los derechos pero no las obligaciones, dicen quienes tienen poder para decir estas cosas. La propuesta es de una lógica aplastante y no ha hecho más que comenzar. Son los efectos colaterales de las

Por el **Dr. Federico J. C-Soriguer Escofet**,
Jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición (Hospital Civil),
Hospital Universitario Carlos Haya.

propuestas libertarias con las que nos sorprendemos casi todos los días.

La otra cuestión es que a pesar de todos los intentos por que no sea así, nunca hubo tantos enfermos ni tantas enfermedades como ahora. Además con el empeño actual de las políticas de salud todos somos sujetos de prevención de algo y en este proyecto preventivo nos convertimos en potenciales enfermos. Sorprendentemente y para colmo, la salud se ha convertido en un objetivo “clínico”. Casi un nuevo sujeto de intervención médica, aunque ahora los médicos no sean los clínicos sino los preventivistas, los salubristas, algunos epidemiólogos. Una nueva clase dirigente sanitaria que en nombre del discurso salubrista han reorganizado la alianza con el poder, antiguamente en manos de los clínicos. De hecho buena parte del trabajo de los médicos y de la medicina ha consistido en reparar los desperfectos que el sistema generaba. No es sorprendente que la llamada clase

médica haya sido siempre una clase tradicionalmente muy conservadora, fiel aliada del poder, cualquiera que fuera la clase de este poder, que la utilizó



entre otras cosas para silenciar sus desafueros.

Si en la vieja alianza entre la clínica y el poder el enemigo a batir era la enfermedad, en la

nueva alianza el enemigo son los enfermos. Los enfermos son el gran incordio del nuevo modelo. Ningún sistema sabe que hacer con ellos. Son demasiados y demasiados ruidosos. Exigen demasiado y nunca hay dinero suficiente. Las necesidades son ilimitadas y los recursos limitados, se dice desde todas las instancias.

La nueva alianza recupera ahora el valor demiúrgico de la autonomía y en un sorprendente ejercicio libertario responsabiliza radicalmente a los enfermos de su enfermedad, convirtiéndolos como si en un juego de predestigitación se tratara de víctimas en culpables. Culpables de no haber seguido las medidas de prevención dictadas por los nuevos ideólogos de la medicina, por no haber sabido evitar la enfermedad, por no estar sanos. Culpables de ser obesos, de ser drogadictos, de no haber sabido evitar las complicaciones de la diabetes, de ser parapléjico, etc, etc, y sobre todo culpables de dilapidar el dinero de los sanos o para los sanos.

En el nuevo modelo liberal primero fueron los pobres y los desempleados y ahora se añaden los enfermos, como culpables de no haber seguido las recomendaciones de quienes ya advirtieron de lo que había que haber hecho para no caer en algunas de estas categorías nefandas que los clínicos codificamos con vocación taxonómica y que ahora han dejado de ser categorías clínicas para convertirse en la quintaesencia de la irresponsabilidad culposa.

Aquellos que desde el poder ejercieron clásicamente la ética de la responsabilidad, ahora se lavan las manos y desplazan esta responsabilidad a los ciudadanos pues, dicen que no se puede ser libre y al mismo tiempo no pagar por ello un precio, el precio de la libertad. Mientras tanto, ellos dictaminan lo que está bien y lo que está mal, lo bueno y lo malo, lo que debe ser y lo que no, que era el espacio reservado a los ciudadanos que ejercían desde la ética de la convicción. Si Max

Weber levantara la cabeza tendría que rescribir su código de conducta moral.

Algunos se sorprenden todavía de que haya clínicos que rechazan las propuestas de los laboristas británicos sobre la exclusión de las prestaciones sanitarias a gordos y fumadores que no cumplan el contrato de dejar de fumar y de perder peso. Ser pobre, ser obeso y ser fumador, algo que desgraciadamente va junto es un estigma culpable para la izquierda británica. Y además lo hace en nombre de la libertad.

Quizás en momentos así se comprende que hubiera otros en los que algunos ciudadanos ofuscados gritaron los de vivan las cadenas o como le dijo el jornalero andaluz al señorito: en mi hambre mando yo. Quienes así nos sorprenden olvidan que la función de un médico no es la de juzgar. El médico como todos los grupos humanos con algún tipo de poder llevan aparejado alguna limitación a sus derechos.

Los clínicos, al contrario que los salubristas y los epidemiólogos ven a los enfermos (o a los sanos) de uno en uno y lo que se encuentran con frecuencia al otro lado del espejo es el sufrimiento, el dolor y la muerte. Ante este panorama el médico puede hacer cualquier pregunta pero no puede hacer juicios morales de las repuestas.

Los moralistas temen al plano inclinado o pendiente irresponsable por la que serían arrastrados quienes aceptaran propuestas que se asoman a ese límite moral que se antoja peligroso. La mayor parte de las veces estos moralistas conservadores exageran. Tal vez como lo hago yo ahora con esta premonición pues obligar a los médicos a convertirse en jueces si que es un verdadero plano inclinado. Un verdadero torpedo contra la línea de flotación de este cascarón de nuez en el que se ha convertido la moral de la medicina clínica.

MENOPAUSIA Y SEXUALIDAD.

La Menopausia, natural o espontánea, no es más que una fecha, y viene definida desde 1999 por la I.M.S. (Sociedad Internacional de Menopausia) como el cese permanente de las menstruaciones debido a la pérdida de la actividad funcional del ovario. Ésta sólo se reconoce de forma retrospectiva cuando han transcurrido 12 meses consecutivos sin ella y se han descartado otras causas fisiológicas o patológicas para la misma.

Los síntomas que acontecen en esta etapa, si es que aparecen, vienen englobados en lo que llamamos Síndrome Climaterico: sofocos, sudoraciones, palpitaciones, etc. Paralelamente aparecen síntomas emotivos-psíquicos, como irritabilidad, cambios de humor, alteración del ritmo del sueño, etc. A medio plazo van instaurandose síntomas debidos a la atrofia urogenital, como dispareunia (molestias relacionadas con el coito), sequedad vaginal, ardor, coitalgia (dolor a la penetración).

A más largo plazo aparecen las dos complicaciones más importantes y graves, las complicaciones cardiovasculares y la osteoporosis que no es más que la disminución de la cantidad y de la calidad del hueso, lo que implica un aumento del riesgo de fracturas óseas.

La Menopausia viene definida desde 1999 por la I.M.S. como el cese permanente de las menstruaciones debido a la pérdida de la actividad funcional del ovario.

En España hay aproximadamente 6.500.000 de mujeres con más de 50 años, con una esperanza media de vida de 81.5 años, lo que significa que cualquier mujer española vive más del 30 % de su vida en menopausia.

Por eso se crearon las Unidades de Menopausia dentro del Servicio Andaluz de Salud, desde donde se vigilan múltiples

procesos. Éstas se ocupan de vigilar y promocionar la salud de estas mujeres, diagnosticar las enfermedades crónicas, tanto cardiovasculares como del metabolismo óseo, despistaje del cancer, sobre todo el de mama y útero (siguen siendo los mas frecuentes), además de paliar la clínica del Síndrome Climatérico. Así mismo nos ocupamos de formar profesionales tanto de pregrado como postgrado, así como investigación clínica aplicada.

Ya que la mujer asiste hoy a una mayor esperanza de vida, tenemos que aumentar la calidad de la misma. De ahí que una vez añadido años a la vida, ahora añadamos vida a los años.

Entrando ya en el terreno de la sexualidad, dicha función, es un elemento inherente a la condición humana y con una importante repercusión vital sobre el individuo. Sin embargo, hasta hace poco tiempo, la sexualidad ha estado encubierta o incluso considerada como un

Por los **Dres. Miguel A. Olalla Herrera, Isabel Jurado Navarrete, Alfonso Duque Frischkorn** y por **M^a del Mar Olalla Jimenez***,
Unidad de Menopausia, Servicio de Obstetricia y Ginecología,
Hospital Universitario Virgen de la Victoria.
*Facultad de Farmacia, Universidad de Granada.



tema tabú en la mayoría de las sociedades occidentales, de manera que la educación sexual no existía y las consultas médicas por problemas de disfunción sexual eran prácticamente inexistentes.

La sexualidad va más allá de la biología genital (hormonas, coito, orgasmo, reproducción), es una función de toda persona y depende del estado emocional, del estado de salud y de la relación

de pareja.

La O.M.S. en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), define la salud reproductiva y sexual como: un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. La sexualidad empieza con el

nacimiento y termina con la muerte.

La satisfacción sexual es un componente muy importante en la calidad de vida de la mujer menopáusica, el placer físico, el contacto íntimo; importando más la calidad del encuentro que el número de ellos.

Un hecho muy relevante en la sexualidad de los españoles fue la publicación en 1971 de El libro de la vida sexual, dirigido por el prestigioso Dr. López Ibor. En dicha obra al tema de la “sexualidad en la senilidad” (a partir de los 55 años) le dedica cuatro páginas de las 650 que consta el tratado; a partir de ahí todo son ocasos, imposibilidades o lujurias.

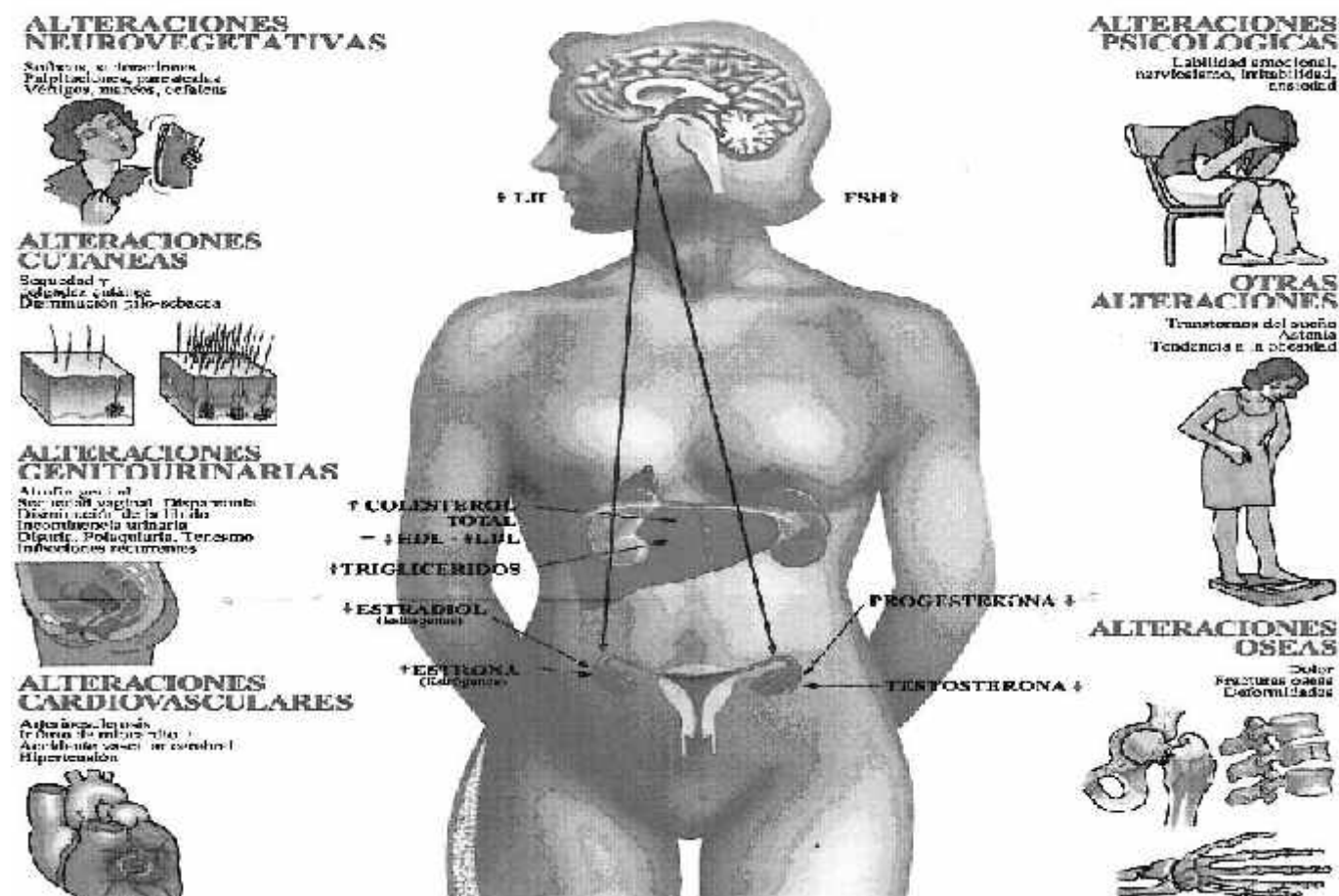
Afortunadamente los tiempos han cambiado y hoy se acepta abiertamente la posible influencia (positiva o negativa) de la sexualidad en las relaciones humanas y se ubica en el lugar que le corresponde en el conjunto de la vida afectiva de cada persona.

La menopausia es percibida por muchas mujeres como el fin de la sexualidad, además de la pérdida de la capacidad reproductiva. Durante esta etapa la respuesta sexual se ve afectada por factores hormonales, psicológicos y socio-culturales. Las mujeres que

en años anteriores han alcanzado un buen nivel de satisfacción sexual probablemente no advertirán ningún cambio en el deseo o en el placer; mientras que otras referirán un aumento, al sentirse liberadas de las posibilidades de un embarazo

y/o disponer de más intimidad por la partida de los hijos del hogar familiar; por último un tercer grupo de mujeres manifestarán una sensible disminución de la libido (en algunas poblaciones llegan hasta el 50%).

POSIBLES ALTERACIONES EN LA MENOPAUSIA



Respecto de los **cambios hormonales** propios del climaterio, pueden interferir la respuesta sexual y lo hacen por varios mecanismos, por un lado el déficit estrogénico determina el adelgazamiento de la mucosa genital, la disminución de su elasticidad, sequedad vaginal y la fragilidad de estos tejidos; además desaparece la flora saprófita habitual de la vagina con la mayor predisposición ha padecer infecciones genito-uritarias. Todos estos cambios conducen a lo que los ginecólogos denominamos “vaginitis atrófica” responsable de las molestias relacionadas con el coito (dispareunia, frigidez, etc.).

En esta etapa la mujer se siente confusa por la dicotomía entre sus sentimientos de excitación sexual y la respuesta de su aparato genital que es escasa, tardía, e insatisfactoria. Ni que decir tiene que su pareja asocia la falta de lubricación con el rechazo a su persona o que ya es incapaz de excitar a su compañera y acaba autoinculpandose.

Asimismo, ocurre de forma simultánea una disminución de la congestión genital lo que conlleva a una disminución de la plataforma orgásmica, con una disminución de la erección de los pezones y disminución de las contracciones uterinas durante el orgasmo.

Por otro lado el climaterio determina cambios visibles en la piel, mamas, la grasa cambia de configuración, depositandose en el abdomen y cintura. Todos estos cambios son vividos por las mujeres como una pérdida de su atractivo físico y todo ello conlleva a una inhibición del deseo sexual.

En la menopausia los niveles circulantes de andrógenos (testosterona) disminuyen, y como éstos están relacionados con la libido, dicha caída puede ser en parte responsable de la alteración en la respuesta sexual. Este caso es particularmente importante en las mujeres castradas (extirpación de ovarios) donde la caída de estas hormonas (andrógenos) es muy brusca e

intensa, precisando tratamiento hormonal sustitutivo.

Existen también **factores psicológicos y socioculturales** responsables de la relación entre menopausia y el final de la vida sexual de la mujer. Aunque hoy en día los dos factores más importantes a opinión de la propia mujer climatérica para mantener una vida sexual activa son: la relación interpersonal y el bienestar físico de ambos miembros de la pareja. Nosotros estamos acostumbrados a ver en la clínica diaria que cuando una pareja goza de buena relación afectiva y no padece impedimentos físicos que la limiten, la actividad sexual puede mantenerse y de hecho se mantiene a todo lo largo de la vida.

Para algunas culturas la menopausia confiere beneficios y las mujeres esperan con agrado su llegada; para otras constituye un estigma, algo que no se puede ni nombrar, por la carga emocional peyorativa que implica.

El Climaterio suele coincidir con un momento de la vida en el que los hijos se independizan. En las mujeres que han centrado su atención en la crianza de los hijos y el cuidado de la casa, surge un sentimiento de inutilidad y frustración y aparece el autoreproche por el tiempo perdido, lo cuál repercute negativamente sobre su sexualidad.

El desconocimiento de los cambios fisiológicos crea inseguridad y confusión en la mujer, pero si su vida sexual ha sido plena, puede acomodarse a esta etapa y seguirá siéndolo.

M A N E J O Y TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES DE LA SEXUALIDAD PROPIAS DEL CLIMATERIO.

Cuando el deterioro de la actividad sexual se produce por la atrofia vulvo-vaginal, y según el grado de intensidad utilizamos cremas o lubricantes vaginales, esto produce una ostensible mejoría de la calidad de dichas relaciones, lo cuál ayuda a mantener la frecuencia de las mismas (ya sabemos el dicho popular que “lo que no se usa, se atrofia”). Los estrógenos locales o sus metabolitos intermedios constituyen el tratamiento de elección para la atrofia genital, ya que éstos restauran la circulación sanguínea de la vagina, disminuye el pH de la vagina y mejora ostensiblemente el grosor, el número de plegaduras y la elasticidad de los tejidos vaginales.

Cuando la disfunción sexual no es debida a una atrofia vulvo-

vaginal, podemos usar otros recursos:

- Se debe modificar la rutina (lugar, horarios, etc.), además de dedicar más tiempo a la estimulación precoital.

- Intentar suprimir o modificar las medicaciones que puedan alterar la libido (algunos hipotensores, ansiolíticos, antidepresivos, etc.).

- El uso de vibradores, consigue aumentar el flujo sanguíneo a los genitales externos, además de proporcionar satisfacción sexual.

- Los andrógenos, solos o asociados a la terapia estrogénica, parecen ser efectivos en los casos en que la disminución de la libido está relacionada estrechamente con la menopausia y muy especialmente con la menopausia quirúrgica (castración). Existen en forma de gel y parches transdérmicos.

- Existe otros fármacos, como la Tibolona, que es un esteroide cuyo efecto biológico depende del tejido sobre el que

actúe y tiene un efecto francamente positivo sobre la libido de la mujer; además de desencadenar en el sistema nervioso central un aumento en la producción de opioides endógenos, lo que produce un efecto positivo sobre la sensación de bienestar general de la mujer climatérica. Sobre el epitelio vaginal mejora dicha atrofia y modifica la sequedad vaginal, lo que por otra vía distinta, consigue mejorar la calidad de las relaciones sexuales.

- El uso de Sildenafil, a dosis de 50 mgr, puede estar indicado en las disfunciones sexuales en mujeres menopáusicas, con contradictorios resultados, según los estudios publicados hasta la presente.

- En las pacientes que existe un padecimiento psíquico o psiquiátrico o también en las que la disfunción sexual persista tras el tratamiento instaurado, recomendaremos el estudio por un sexólogo especialista.

RESUMIENDO.

El órgano sexual por excelencia, sobre todo en el caso de la mujer, es el cerebro, por lo que todas las estrategias deben ir encaminadas a mantener el equilibrio psíquico del mismo y a ayudar a todos los demás órganos que trabajan para él.

Si la mujer acepta su sexualidad después de la menopausia, conoce los cambios propios y de su pareja y está preparada para adaptarse a ellos, podrá aprender a disfrutar de otra manera. Para esto es fundamental el papel del profesional de la salud que asesore y la educación sexual que hayan recibido ambos miembros de la pareja.

Según Vicente Bataller, médico, psicoterapeuta y sexólogo, el aumento de edad no tendría por que ser paralelo a la disminución del placer sexual, aunque suele serlo. Si no hubiese tanta falta de comunicación en estos aspectos, la cosa cambiaría, y con la edad se ganaría experiencia en sexualidad. El que una mujer mayor rechace las demandas

sexuales de su pareja, casi siempre responde a más motivos que la simple falta de deseo. Habría que indagar en el pasado sexual de esa pareja, en sus relaciones no sexuales, en la falta de tacto del varón o en la existencia de otros problemas de salud que afecten secundariamente a la sexualidad.

CONCLUSIONES.

- El sexo no es imprescindible, pero si es importante. Practicar el sexo en todas las etapas de la vida es lo que nos diferencia de los animales. Las disfunciones sexuales afectan a todas las edades, pero se intensifican a partir de los 50 años.

- La sexualidad de la mujer en la menopausia va a depender de la que practicaba en épocas anteriores a la misma y de la atracción que siga sintiendo por su pareja.

- Las mujeres deben mentalizarse y pedir ayuda a los profesionales, si comienzan a notar cambios en su líbido, orgasmos o molestias referidas a las practicas sexuales. Nunca acostumbrarse a la falta de actividad sexual.

- Las personas que tienen una actividad sexual satisfactoria cuentan con una mayor esperanza de vida (Prof. Manuel Castillo, Universidad de Granada).

Málaga, 11 Noviembre 2005.



SALUD Y TABACO.

HISTORIA DEL TABACO.

La primera noticia que se tiene del tabaco es en 1492, cuando Cristóbal Colón pisó tierras Americanas en Guanahaní y los indios le ofrecieron hojas de tabaco.

Posteriormente Fray Bartolomé de las Casas describe en su Historia de Indias, como los españoles observan que los indios fuman las hojas del tabaco y, el hecho de ofrecerlo a otra persona era un gesto de paz entre ellos.

Los descubridores del Nuevo

Mundo rápidamente se inician en esta extraña costumbre, siendo Rodrigo de Xeres el que crea la primera plantación en su finca de Ayamonte, por lo que fue condenado por la Santa Inquisición, que no vio con buenos ojos aquel diabólico vicio, manifestando en el texto del tribunal: “Sólo Satanás puede conferir al hombre la facultad de expulsar humo por la boca”. Se convirtieron así en los primeros opositores al consumo de tabaco. En los siglos XVI-XVII se le atribuye propiedades terapéuticas, se difunde por todo el mundo y su cultivo supera al de otras plantas traídas también del

Nuevo Mundo, como las patatas y, comienza a adquirir categoría económica en el comercio internacional.

A finales del siglo XVII la venta de tabaco es tan importante que las farmacias son insuficientes y se crean tiendas exclusivas que son los actuales estancos.

A su vez comienzan a aparecer los primeros enemigos del tabaco, así el Papa urbano VIII prohíbe fumar en todas la Diócesis de Sevilla, los reyes Jacobo I de Inglaterra y Luis XII de Francia ponen multas a los fumadores, los Sultanes Ahmed I y Mohmud IV de Turquía los manda a torturar y el Zar de Rusia Miguel Feodorovich le cortaba la nariz y si reincidían los decapitaba.

Durante los siglos XVIII-XIX se impuso el inhalar el polvo de tabaco (rapé), aunque se seguía fumando.

Es en el siglo XX cuando mayor auge alcanza el tabaco y la industria tabaquera obtiene sus máximos beneficios. Se relaciona el hábito de fumar con las grandes estrellas del celuloide y comienza la batalla publicitaria.

En 1950 se demuestra que el



Por la **Dra. María Victoria Hidalgo Sanjuan**,
Médico Especialista de Aparato Respiratorio.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria.



fumar es la primera causa de muerte por cáncer de pulmón, a lo que la industria tabaquera responde aumentando la publicidad y creando un comité de expertos para investigar las propiedades saludables del tabaco.

En 1964 el Informe Ferry demuestra que el tabaco tiene propiedades adictivas y es la primera causa de muerte evitable en el mundo. En 1977 las organizaciones médicas y sanitarias de Estados Unidos lleva a juicio a las compañías tabaqueras, las cuales declaran ante el Gran Jurado que desconocían que la nicotina fuera adictiva y que el fumar fuera el primer factor etiológico en el cáncer de pulmón.

En 1991 sale a la luz pública el Informe Williamson y Brown, documento interno de las

tabaqueras que hace público un ejecutivo arrepentido, en el que se demuestra que la industria conocía los daños que producía en tabaco, incluso antes que las autoridades sanitarias, que no sólo ocultaron la información, sino que adulteraron artificialmente el proceso de fabricación para conseguir un producto final con más nicotina y mayor poder adictivo. Este informe supuso un grave golpe para la industria tabaquera, ya que supuso la acusación de cometer perjurio durante el juicio ante el Gran Jurado y por otra parte el inicio de una demanda por “Delito de envenenamiento

público”. A partir de aquí, se inicia la regulación del consumo de tabaco en lugares públicos y demás medidas preventivas que se están llevando a cabo en la actualidad.

EL TABACO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

La OMS lo considera como la amenaza más grande para la salud mundial del milenio. Mueren por enfermedades relacionadas con el 4 millones de personas al año y se espera que en el año 2030 la



mortalidad sea de 10 millones al año.

España es uno de los países de la Unión Europea donde más se fuma, con una prevalencia del 36% en mayores de 16 años. Si bien ha disminuido el consumo en varones, este ha aumentado entre las mujeres. Las muertes atribuibles al tabaco han aumentado de forma considerable, suponiendo una pérdida potencial de 10-20 años de vida.

P A T O L O G Í A A S O C I A D A A L C O N S U M O D E T A B A C O .

Cáncer: de pulmón, laringe, de la cavidad oral, esófago y vejiga.

Enfermedades Vasculares: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, hipertensión arterial, enfermedad tromboembólica, aneurisma aórtico, disfunción eréctil en varones.

Enfermedades respiratorias: EPOC (Bronquitis crónica y enfisema), hiperreactividad bronquial, fibrosis pulmonar,

neumotórax, mayor probabilidad de padecer neumonías, etc.

B E N E F I C I O S D E D E J A R D E F U M A R .

Pasado 20 minutos: disminuye la tensión arterial, disminuye el ritmo cardíaco y aumenta la temperatura de los pies y las manos.

Pasadas 8 horas: baja la concentración de monóxido de carbono a valores normales y aumenta la concentración de oxígeno en sangre.

Pasadas 24 horas: disminuye el riesgo de sufrir infarto de miocardio y disminuye el riesgo de muerte súbita.

Pasadas 48 horas: comienza a regenerarse las terminaciones nerviosas, aumenta la agudeza del olfato y del gusto, ha desaparecido prácticamente la nicotina del cuerpo y caminar se vuelve más fácil.

Pasadas 72 horas: se relaja la musculatura bronquial mejorando la función respiratoria.

Pasadas 2-3 semanas: mejora la circulación, aumenta la sensación

La mitad morirá por causa del tabaco



de bienestar y la función pulmonar aumenta un 30%.

Pasado entre 1-3 meses: aumenta la capacidad física y respiratoria.

Pasados 1-9 meses: disminuye la tos, la congestión nasal, la fatiga y la falta de aliento, vuelven a crecer los cilios respiratorios, por lo que disminuyen el riesgo de

infecciones y desaparece la tos crónica.

Pasado 1 año: disminuye al 50% la probabilidad de padecer enfermedad coronaria.

Pasados 5 años: la tasa media de muerte por cáncer de pulmón disminuye de 137/100.000 habitantes/año a 72/100.000

habitantes/año, la posibilidad de crisis cardíaca es dos veces menor que la de un fumador.

Pasados 10 años: el riesgo de cáncer de pulmón es igual al de los no fumadores y la posibilidad de crisis cardíaca es igual a la de los no fumadores.

CONCLUSIONES

EL TABACO TE DA:

- HUMO
- BRONQUITIS
- E. CARDIOVASCULAR
- CÁNCER

EL TABACO TE QUITA:

- EL OXÍGENO
- EL DINERO
- LA SALUD
- LA VIDA

¿MERECE



LA PENA ?

LA OSTEOPOROSIS

¿QUÉ ES Y CÓMO SE PREVIENE?

DEFINICIÓN DE OSTEOPOROSIS.

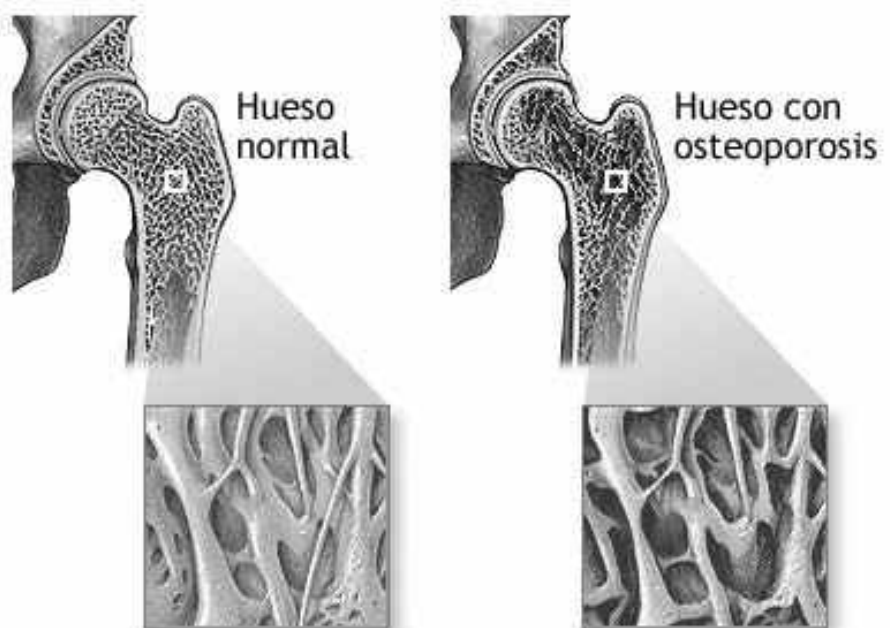
Osteoporosis significa literalmente hueso poroso y se trata de una enfermedad que se caracteriza por una pérdida progresiva de masa ósea, adelgazamiento del tejido óseo y aumento del riesgo de fractura.

Si analizamos los 3 elementos de esta definición comprenderemos mejor cuál es el problema. La primera parte nos dice que se pierde progresivamente masa ósea. Esto quiere decir que se pierden por igual todos los elementos que forman el hueso. No se pierde solo el calcio, como

se dice frecuentemente en la calle. En pocas palabras, el paciente con osteoporosis va teniendo cada vez menos cantidad de hueso pero el que queda tiene una composición normal.

La segunda parte de la definición hace referencia a que el tejido óseo se va adelgazando. Para comprender esto debemos saber que el hueso está formado por una parte más externa que se denomina corteza ósea o hueso cortical que es más compacto que

el resto y sirve para dar forma y consistencia al hueso. El interior, por el contrario, es menos compacto y está organizado en pilares y vigas, verticales y horizontales, que se denominan trabéculas y sirven para dar resistencia al hueso. Pues bien, el tejido óseo de los pacientes con osteoporosis además de mermar en cantidad se adelgazan las trabéculas óseas y el hueso cortical disminuye de espesor. En la figura podemos ver más o menos lo que sucede.



ADAM.

Por el **Dr. Antonio Fernández Nebro**,
Jefe de Servicio de Reumatología del
Hospital Regional Universitario Carlos Haya.

Finalmente, el tercer componente de la definición es la consecuencia de todo lo anterior, es decir, disminuye la resistencia normal de hueso y se rompe con facilidad ante traumatismos menores de lo normal. Cuanto más pérdida de masa ósea, mayor fragilidad ósea y mayor riesgo de fractura.

¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE?

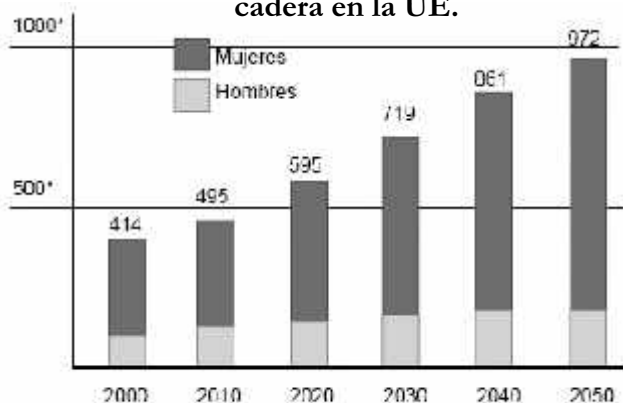
La osteoporosis es un problema muy frecuente en los países desarrollados que afecta más a las

mujeres y aumenta con la edad. Estadísticamente sabemos que 1 de cada 2 mujeres y 1 de cada 5 hombres va a sufrir una fractura relacionada con la fragilidad de sus huesos después de los 65 años. Esto hace que se produzcan cada año entre 100 y 200 fracturas de cadera por cada 100.000 habitantes, es decir, que en Málaga puede que se produzcan entre 1.000 y 2.000 fracturas de cadera al año. Todas las fracturas óseas tienen su importancia, pero de todas ellas, la más grave es la de cadera, ya que sucede normalmente en una persona anciana a la que provoca pérdida de independencia en el 50% de

los casos y la muerte en el plazo de 6 meses en el 20% de los casos.

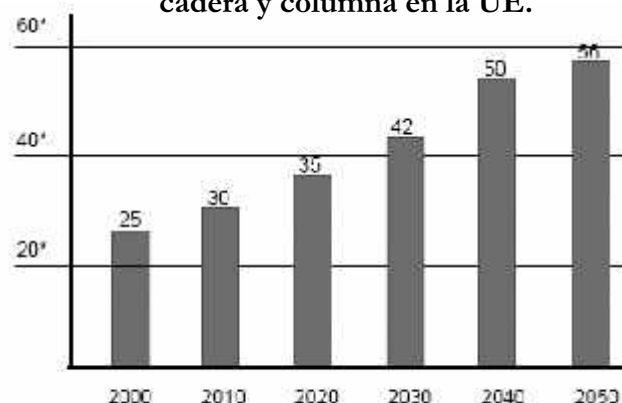
Desde el punto de vista social, las fracturas de cadera también representan un grave problema económico ya que nos cuesta a los europeos 14.700 millones de euros cada año. Además, como la osteoporosis es un problema relacionado con la edad y la población europea está sufriendo un envejecimiento progresivo, la Unión Europea ha hecho unas previsiones para los próximos 50 años que podemos ver en el gráfico de abajo y ponen de manifiesto el crecimiento de este problema.

Previsión para 50 años sobre la incidencia de fracturas de cadera en la UE.



*Número x 1000
Fuente: Comisión Europea.

Camas hospitalarias necesarias para tratar las fracturas de cadera y columna en la UE.



*Camas de hospital necesarias por cada 1.000 habitantes
Fuente: Comisión Europea.

¿CÓMO SE PRODUCE LA OSTEOPOROSIS?

Para comprender cómo se produce la osteoporosis es conveniente primero saber cómo evoluciona la masa ósea a lo largo de nuestras vidas. Durante la niñez, todas las personas van ganando masa ósea gracias al crecimiento óseo en longitud y en grosor. Cuando finaliza el crecimiento sigue aumentando nuestra masa ósea debido a que nuestro tejido óseo va ganando en grosor y resistencia hasta que este proceso se detiene aproximadamente a los 30 ó 35 años. Es en ése momento de la vida cuando una persona tiene su máxima cantidad de masa ósea y por eso se denomina “pico de masa ósea”. Este pico de masa ósea es diferente entre los diferentes individuos y es mayor en los hombres que en las mujeres, lo cual se debe a múltiples factores, pero sobre todo está determinado por los genes y por nuestras hormonas. Las personas que tengan un pico de masa ósea pequeño estarán en

desventaja respecto a las personas con un pico más alto si sufren alguna pérdida ósea más adelante.

Una vez que se ha alcanzado el pico de masa ósea, todas las personas pasan unos años manteniendo la misma cantidad de masa ósea hasta después de los 40 que se empieza a perder una pequeña cantidad cada año (en torno al 0,5% anual) el resto de la vida. Esta pérdida fisiológica es similar en ambos sexos y puede acelerarse por diferentes motivos, incluyendo de nuevo aspectos genéticos y hormonales. Por ese motivo la mujer después de la menopausia sufre una pérdida mayor de masa ósea, en torno al 2-3%, que después se estabiliza y vuelve a unas pérdidas anuales

normales similares a las del hombre. Hay algunas mujeres que después de la menopausia sufren una pérdida ósea muy acentuada que las sitúa en una posición claramente desfavorable ante el riesgo de osteoporosis.



Como se puede deducir de todo lo anterior, las personas con un pico de masa ósea menor y que sufran una pérdida acentuada en la menopausia son las que están en mayor riesgo de sufrir osteoporosis. Por tanto, las mujeres son las

que están más expuestas a este problema porque los hombres suelen alcanzar un pico de masa ósea mayor y no sufren la menopausia.

¿QUÉ CAUSA LA OSTEOPOROSIS?

No existe una causa única de osteoporosis, sino que existen muchos factores de riesgo que van a producirlo. Un factor de riesgo de osteoporosis es aquel que predispone a padecer esta enfermedad, de tal modo que cuantos más factores tenga un individuo mayor será el riesgo de sufrirla. Como el 80% del pico de masa ósea que cada uno de nosotros alcanza está determinado genéticamente, un factor de riesgo fundamental será la predisposición genética. Esta predisposición podemos conocerla de una manera grosera si existen antecedentes familiares en primer grado (padre, madre o hermano) de fractura de cadera. Sin embargo, aunque la predisposición genética es un factor importante, no es el único, ya que el sexo femenino, algunas enfermedades endocrinológicas, como la diabetes o las enfermedades del tiroides, la edad avanzada y un estilo de vida inadecuado (consumo de tabaco,

alcohol y vida sedentaria) también influyen de una forma decisiva en el riesgo de osteoporosis.



¿QUÉ SÍNTOMAS PRODUCE?

La osteoporosis normalmente no provoca dolor y los pacientes no suelen notar su presencia hasta que se produce la primera fractura. Típicamente, las fracturas aparecen después de los 40 años y se localizan en sitios muy determinados como las vértebras, las muñecas, las costillas, las caderas e incluso los hombros. En tales casos se producirá dolor intenso mientras se resuelve la fractura, pero después el paciente vuelve a encontrarse bien. A veces, las fracturas de la columna dorsal no

provocan dolor y pasan desapercibidas para los pacientes y a base de acumularse varias fracturas se va desarrollando una característica joroba y una considerable pérdida de altura. Cuando las fracturas vertebrales son numerosas hacen que el funcionamiento mecánico de la columna sea inadecuado y provocan dolor constante aunque no se haya tenido una fractura reciente. En otras ocasiones se produce dolor crónico porque una de las fracturas vertebrales no termina de resolverse debido a que en la misma vértebra se producen pequeños hundimientos que van sucediéndose a continuación unos de otros.

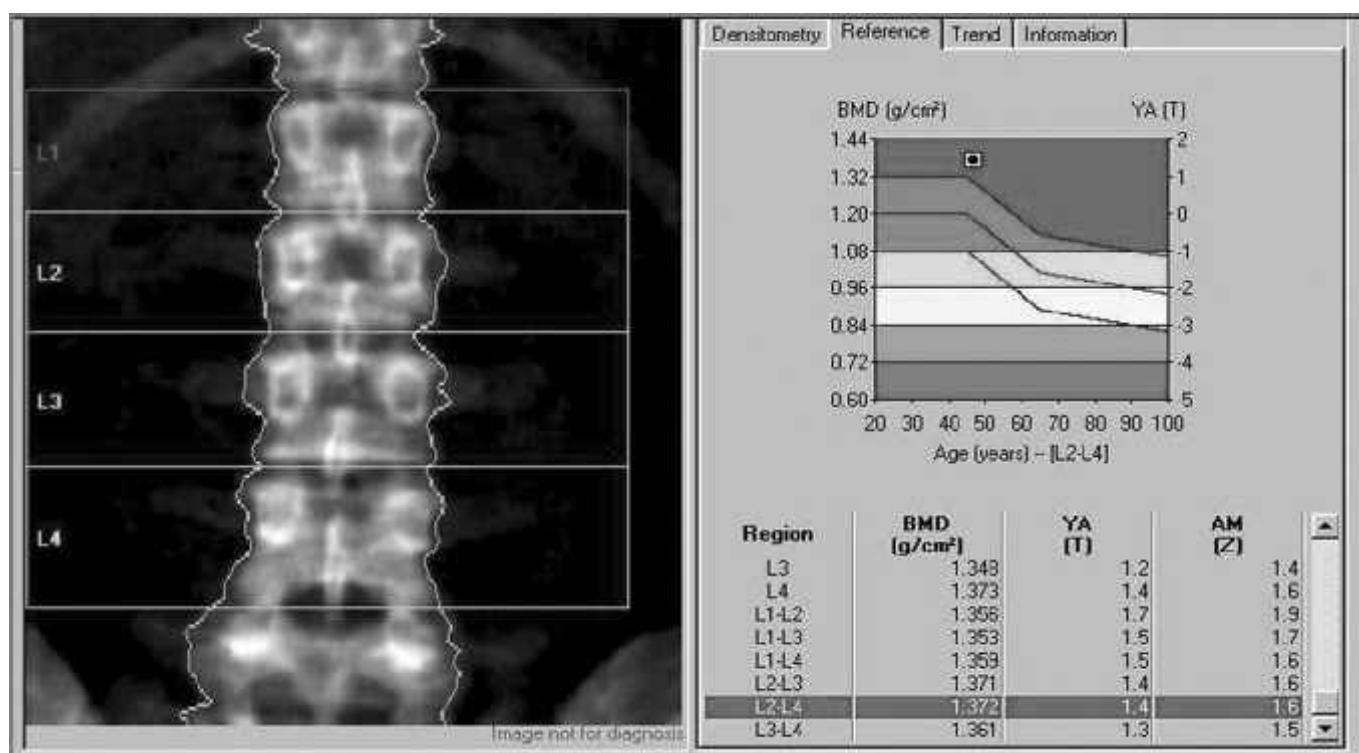
¿ C Ó M O S E DIAGNOSTICA LA OSTEOPOROSIS?

antes de que se produzcan las fracturas puede sospecharse si existen factores de riesgo de osteoporosis cuya lista podemos

El diagnóstico de la osteoporosis

ver en la tabla de abajo.

RIESGO ELEVADO.	RIESGO MODERADO.
Edad mayor de 70 años.	Sexo (mujer).
Bajo peso corporal (índice de masa corporal menor de 20-25 ó peso inferior a 40 Kg).	Consumo de tabaco (fumador activo).
Pérdida de peso superior al 10% respecto al peso habitual de joven o adulto o pérdida de peso en los últimos años.	Menos exposición solar (baja o nula).
Inactividad física (no realizar actividades físicas de forma regular como caminar, subir escaleras, llevar peso, hacer las tareas de la casa, etc).	Antecedente familiar de primer grado de fractura de cadera.
Tratamiento corticoide superior a 6 meses (excepto inhalados o transdérmicos).	Menopausia causada por cirugía o radioterapia o quimioterapia o bloqueo hormonal.
Tratamiento antiepilépticos.	Menopausia precoz (antes de los 45 años).
Hiperparatoroidismo primario.	Periodo fértil de corta duración (inferior a 30 años).
Diabetes mellitus tipo 1.	Menarquia tardía (después de los 15 años).
Anorexia nerviosa.	No lactancia.
Gastrectomía.	Consumo de calcio inferior a 500-850 mg/día (menos de 1 vaso de leche al día y nulo consumo de queso).
Anemia perniciosa.	Hiperparatiroidismo no especificado.
Fractura por fragilidad previa.	Diabetes mellitus tipo 2 o no especificada.
	Hipertiroidismo.
	Artritis reumatoide.



Debido a que es primordial detectar la osteoporosis en las etapas más tempranas, antes de que se produzcan las fracturas, es muy importante dar difusión de estos factores de riesgo. Una vez que el médico ha identificado a un paciente de riesgo, el mejor método que disponemos en la actualidad para confirmar la existencia o no de osteoporosis y valorar el grado de afectación es la densitometría ósea. La densitometría ósea es una prueba

muy útil para diagnosticar osteoporosis en personas con algunos factores de riesgo, pero es muy poco sensible y demasiado cara para usarla como método de cribado de la población general sana.

La densitometría consiste en la utilización de bajas dosis de rayos X para observar un área determinada del cuerpo, como la columna, la cadera, la mano o el talón. Este procedimiento mide

la densidad aparente del hueso y hace una estimación de su masa que se mide en g/cm². En la figura de arriba podemos ver una densitometría ósea donde está resaltada con una franja verde la masa ósea entre la 2ª vértebra lumbar y la 4ª.

La densitometría tiene un error de precisión del 1-2%, esto quiere decir que no es capaz de distinguir en variaciones de la masa ósea que estén dentro de

estos límites. Por este motivo, no tiene sentido repetir las densitometrías antes de 1 año, ya que los cambios que esperamos que se produzcan no deben ser superiores a estas cifras.

Aparte de la densitometría, el médico es muy posible que necesite hacer unos análisis y unas radiografías de la columna vertebral para asegurarse que no se han producido fracturas y de que no existan otras enfermedades.

¿CÓMO PREVENIR LA OSTEOPOROSIS?

Como se ha dicho antes, lo ideal es identificar a los individuos con alto riesgo de padecer osteoporosis antes de que se produzca y poder prevenirla. La mejor forma de prevenir la osteoporosis es controlando los factores de riesgo de osteoporosis modificables. Obviamente no podemos cambiar el sexo, la edad ni la carga genética de las personas, pero sí podemos controlar el peso, hacer

ejercicio, evitar el tabaco, el alcohol, alimentarnos correctamente. Esta tarea de prevención debe comenzar en la infancia facilitando la consecución del mejor “pico de masa ósea” posible mediante una buena alimentación, exposición solar y realización de ejercicios en los niños.

NECESIDADES DE CALCIO.

Edad	Calcio recomendado (diario)	Porciones de Productos Lácteos
1-3 años	500 mg.	1,5
4-8 años	800 mg.	2
9-18 años	1.300 mg.	3
Adulto	1.000 mg.	2
Menopausia	1.500 mg.	3,5

LA ALIMENTACIÓN Y LA OSTEOPOROSIS.

La mayor parte del calcio necesario para conseguir unos huesos fuertes hay que tomarlos antes de los 17 años, así que debemos tener especial cuidado con nuestros hijos antes de esta edad. En la tabla de la página anterior podemos ver las necesidades de calcio que debemos satisfacer mediante la alimentación según la edad.

Una buena regla para calcular de forma aproximada el contenido de calcio de los alimentos es la siguiente: una comida normal, sin contar los productos lácteos, contiene alrededor de 300 mg, 1 vaso de leche, 2 yogures industriales o 1 porción de queso contienen otros 300 mg. de calcio cada uno. Teniendo en cuenta esta regla, una mujer en la edad de la menopausia necesitará además de la dieta (300 mg.), 3 vasos de leche desnatada (900 mg.) y una porción de queso (300 mg.) para poder satisfacer sus necesidades diarias. Aquellas personas con

intolerancia a la lactosa pueden tolerar mejor el yogurt o bien podrán tomar las bebidas de soja, siempre que tenga una correcta composición de calcio.

Las necesidades diarias de vitamina D se estiman en torno a 400 UI y esa cantidad se encuentra en un vaso de leche entera o desnatada con vitamina D añadida. Debemos recordar también que nuestro cuerpo es capaz de fabricar vitamina D cuando tomamos el sol y que tampoco debemos tomarla en exceso porque se acumula dentro de nuestro cuerpo y puede intoxicarnos.

ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

Debemos llevar una alimentación equilibrada, hacer ejercicio físico diario fuera del agua, como caminar una hora diaria, subir escaleras, etc. No debemos fumar y tampoco tomar más de una copa al día de alcohol.

PREVENIR LAS CONSECUENCIAS DE LA OSTEOPOROSIS.

Una vez que un paciente ha sido diagnosticado de osteoporosis es vital que evite en lo posible las caídas. Para ello hay que evitar prácticas de riesgo que propicien las caídas (evitar que los objetos queden por medio en el suelo de la casa, eliminar las alfombras, evitar los suelos mojados o muy pulidos, etc), mejorar el equilibrio mediante ejercicios que fortalezca la musculatura y nuestra postura como el Tai-Chi, mejorar la visión con las correcciones adecuadas. También debemos tener cuidado con los tranquilizantes y las medicinas para bajar la tensión. Por supuesto no se debe beber alcohol.

TRATAR LA OSTEOPOROSIS.

Una vez que la osteoporosis está declarada, dependiendo del grado de intensidad que se tenga, será necesario el uso de tratamientos para impedir que sigamos perdiendo masa ósea e incluso ganarla en lo posible. Nuestro médico sabrá elegir cuál es el tratamiento más adecuado. La mayoría de los tratamientos actualmente disponibles solo son capaces de frenar las pérdidas de masa ósea y solo permiten ganancias en la densitometría que no suelen superar el 10% del total. Entre ellos se incluyen la calcitonina, el raloxifeno y los bifosfonatos (alendronato, risedronato e ivandronato). Esta mejora suele ser suficiente para la mayoría de los pacientes que tienen osteoporosis. Sin embargo, para aquellos casos más graves, por ejemplo, aquellos que tienen osteoporosis con masa ósea muy baja y ya han sufrido alguna fractura puede ser necesario el uso de algunos fármacos capaces de aumentar la



formación de masa ósea como la teriparatida. Más recientemente, el ranelato de estroncio, ha salido para el tratamiento de la osteoporosis y también tiene

algunas cualidades para formar hueso. Durante mucho tiempo se ha recomendado el uso de los estrógenos para tratar la osteoporosis en las mujeres menopáusicas pero en la actualidad esto ha dejado de recomendarse porque se ha visto que a largo plazo tiene más inconvenientes que ventajas.

En conclusión, la osteoporosis es un grave problema de salud pública que es responsable de un gran número de fracturas cada año que tienen un elevado coste social y provocan incapacidad, mala calidad de vida y un incremento de la mortalidad de las personas que lo padecen. El mejor modo de reducir este problema es mediante campañas de salud dirigidas a concienciar a la población de la importancia de llevar un estilo de vida saludable.

LA DIETA Y LAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN.

Cuando se nos invita a dar consejos sobre la dieta, la nutrición, la forma de alimentarse, siempre nos preguntamos quienes somos y qué autoridad tenemos para indicar a las personas lo que pueden o no pueden comer.

Quienes trabajamos en Medicina Preventiva tratamos de observar y analizar los fenómenos en grandes grupos de población o en grandes grupos de personas sanas o enfermas. Lo que intentamos hacer es seguir el ejemplo y los consejos de científicos importantes. Isaac Newton le decía en una carta a Robert Hooke en 1675 que "Si he visto más allá es poniéndome de pie en los hombros de gigantes"; decía lo mismo que Marcus Lucanus: "Pigmeos en los hombros de gigantes ven más allá que los propios gigantes".

Sin embargo no siempre los médicos nos hemos "subido a los hombros de los gigantes" para opinar o dar consejos. Hace muy poco tiempo los médicos

prohibían el pescado azul a quienes tenían un colesterol por encima de las referencias, mientras el pueblo, afortunadamente, continuaba comiendo sardinas, que, como sabemos hoy, son altamente aconsejables en todos los grupos de población y más en quienes sufren de arteriosclerosis o hipercolesterolemia. Igual puede

"¿Qué se requiere saber entonces para seguir un buen consejo? Podríamos decir en general que exigimos que haya una evidencia convincente".

estar sucediendo hoy con el pan, especialmente el "pan cateto", que ha sido un componente tradicional de nuestra dieta, por muchos siglos y que fuente principal de numerosos nutrientes.

Pero si se debe ser muy prudente y sabio para dar consejos, nunca hay que olvidar que el consejo para un grupo puede no ser

bueno para otro. Un ejemplo es el de la ingesta de alcohol es: un par de copas de vino ayudan a prevenir la arteriosclerosis, pero el alcohol que contiene puede ser un factor mayor de riesgo en una mujer cuya madre o hermana haya sufrido de cáncer de mama.

¿Qué se requiere saber entonces para seguir un buen consejo? Podríamos decir en general que exigimos que haya una evidencia convincente. En otras palabras, que exista "evidencia basada en estudios epidemiológicos que muestren asociaciones convincentes entre exposición y enfermedad, con pequeña o inexistente evidencia en contrario". No nos vale que tal o cual científico haya realizado un último y extraordinario hallazgo o que ha tenido lugar tal descubrimiento en un experimento animal. Los consejos convincentes surgen de lo que digan organismos muy autorizados como la Organización Mundial de la Salud.

Por el **Dr. Jorge Gómez-Aracena,**
Especialista en Medicina Preventiva y
Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga.

Sabemos que existe una relación entre la alimentación, la nutrición y muchas enfermedades degenerativas. En las siguientes líneas trataremos de resumir muy brevemente el consenso que existe en la comunidad científica respecto de la prevención de algunas de estas patologías.

CONSEJOS PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER.

- Índice de Masa Corporal. Sabemos que este índice se mide calculando el peso en kilogramos dividido por la talla en metros elevado al cuadrado. El índice Ideal debe ser de 25. Por sobre él estaremos en sobrepeso. Y el sobrepeso es un factor de riesgo de cáncer y de muchas otras enfermedades.
- El Ejercicio se ha mostrado como un factor protector.
- No beber o no más de dos copas de vino.
- Moderación de la ingesta de

pescado estilo “chino”; salazón.

- 5 raciones de fruta-vegetales/día.
- Moderación en la ingesta de carnes rojas (120 g/día en promedio).
- Evitar comidas/bebidas “hirviendo”.

CONSEJOS PARA LA PREVENCIÓN DEL SOBREPESO.

- Amamantar al bebé.
- No agregar azúcar a las fórmulas.
- Animar a las madres a que los niños regulen la ingesta.
- Asegurar una ingesta equilibrada.
- Ingesta de frutas y vegetales.
- Limitar las horas de TV. Está comprobado que a más horas de TV, más gordos pueden ser nuestros niños.

- Ejercicio, el deporte que nos guste.
- NO ROTUNDO a TODAS las “Chucherías” y limitación de bebidas azucaradas.

CONSEJOS PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES.

- Evitar el Sobrepeso.
- Evitar la ingesta de cantidades excesivas de ácidos grasos de procedencia animal: cordero, cerdo, manteca, mantequilla.
- Ejercicio.
- NO a las “Chucherías” y bebidas azucaradas.

CONSEJOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS.

- Se aconseja tomar el sol o exponerse al sol por una hora al día; no en exceso.
- Calcio (no menos de 500 mg/día, ya sea mediante comidas

con alto contenido en calcio como leche, derivados o pescado o en suplementos).

- Aumentar el Ejercicio.

- Debe tratar de evitarse el uso de terapia hormonal en la menopausia.

- Evitar el alcohol, tabaco, tranquilizantes.

ARTERIOSCLEROSIS Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

La base fundamental es la mantención y estímulo de la antigua gastronomía andaluza. Quien bautizó la Dieta Mediterránea, el Dr. Ancel Keys, la definió como: “principalmente vegetariana: pasta en muchas formas, hojas rociadas con aceite de oliva, toda clase de vegetales de la estación, todo terminado con fruta y frecuentemente bañado en vino” “Dieta baja en carne y productos lácteos”. Es decir muchos vegetales, ensalada, verduras, uso de aceite de oliva, algo de vino y una ingesta limitada de carnes rojas; esto coincide con lo que se ha recomendado para la prevención del cáncer. Los vegetales, ricos en fibras regularán la glucemia, ayudarán a mejorar las grasas en la sangre, participarán en impedir



que se formen placas ateromatosas. El aceite de oliva también hará algo parecido.

Estos consejos, practicados usando nuestras viejas recetas de la abuela, limitando el uso de sal (sustituyéndola por

condimentos tradicionales) y complementados con los consejos de nuestro médico y los tratamientos que se impongan, con mucho sentido común, pueden ser una base positiva y feliz de alargar la vida con una cierta alegría.

APROXIMACIÓN AL CONCEPTO NECESIDAD ESPIRITUAL DE LA PERSONA.

Los profesionales de la sanidad estamos asistiendo, en la actualidad, a una insistente llamada de atención por parte de la sociedad y, en concreto, por los usuarios, respecto a lo que se debe entender por CALIDAD ASISTENCIAL que nos está llevando a analizar nuestras actuaciones profesionales y redescubrir conceptos que aunque siempre han estado ahí parecen haber perdido vigencia; por esta razón, cuando hablamos, hoy, de *Calidad*, hablamos fundamentalmente de *Humanización* de la asistencia y de *Abordaje global o completo* de la persona humana y cuando lo hacemos desde este último punto de vista, pretendemos integrar las distintas dimensiones que componen nuestra realidad humana, es decir, la biológica, la social, la psicológica... pero cuando intentamos abordar la última dimensión, la espiritual, comienzan los problemas porque parece que no tenemos muy claro a qué nos estamos refiriendo y qué es lo que esta característica de nuestro ser, nos aporta; tanto es así, que cuando usamos el término “espiritual”, en nuestro ámbito de trabajo, y en el diseño de nuestros programas, aparece un determinado “recelo” e incluso una “connotación o

sesgo peyorativo” del mismo.

Aproximarnos a este concepto e intentar clarificar esta dimensión va a ser el objeto de este artículo. Para ello, voy a seguir la línea de reflexión que de este tema realiza el profesor Rafael Lora González, experto en Atención Integral.

- Todos los seres humanos necesitamos satisfacer determinadas necesidades para poder desarrollarnos, llevar a

“Tú no eres un ser humano con una experiencia espiritual. Eres un ser espiritual con una experiencia humana”.

cabo nuestro proyecto de vida y conseguir un equilibrio emocional y afectivo que redunde en comportamientos de colaboración en nuestras relaciones interpersonales. Necesidades que van desde las más básicas o instintivas, a la que llamamos biológicas o fisiológicas hasta las más complejas y elevadas, relacionadas con la seguridad, el amor y pertenencia, la estima y la realización o sentido de la vida.

- Cada persona está llamada a

hacer realidad su proyecto de vida, su sentido a la Vida, sintiéndose plenamente realizado. También, en el momento de la enfermedad, el envejecimiento y la proximidad de la muerte, necesita la persona darle su Sentido; sentido a una realidad que se nos impone y que precisa de integración personal para sentirse realizado. Cuando ésta la enfermedad- aparece, nos muestra, la otra cara de nuestra realidad, la más profunda y la más dura: la debilidad manifiesta, nuestra evidente fragilidad y las incertidumbres propias de nuestro futuro; en definitiva, las luces y sombras de nuestro existir y de nuestra condición.

- Asimismo, aparece el cuestionamiento de otros aspectos fundamentales, innatos a nuestra limitación como hombres: el misterio del dolor y de la muerte; realidades que se imponen y que hay que encuadrar, en esos momentos, dentro de nuestro universo personal, para que conceptos como el fracaso o la derrota, no se hagan fuertes y podamos mantener un equilibrio interior sano.

- El término espiritual aunque lo utilizamos en varios sentidos, en el uso habitual y corriente de

Por **Fernando Álvarez Martínez**,
Enfermero.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

nuestra lengua, lo manejamos para expresar lo contrapuesto a lo material y a lo temporal. Pero al mismo tiempo, en nuestra vida real, no existe lo contrapuesto a lo material y a lo temporal ya que nuestra vida humana está vinculada a la materia y al tiempo. Entonces hablar de espiritualidad ¿es hablar de una abstracción? Cuando decimos necesidades espirituales ¿a qué nos estamos refiriendo?

- Pues sencillamente a afrontar la vida tal cual es, desde un Proyecto de Vida realizado, dando sentido pleno a nuestro Existir, contemplando, en este sentido, a la vida, en su totalidad: lo corporal, lo social, lo político, lo económico y lo trascendente, sin intentar descomponerlo en diversos elementos.

- La espiritualidad o lo espiritual sólo puede tener sentido si se plantea desde la globalidad, es decir, desde la vida y desde las situaciones que se dan en ella, en el quehacer cotidiano, con su dinamismo y sus problemas: éxitos y fracasos, alegrías y tristezas y con todas sus implicaciones.

- Cuando hablamos de espiritualidad o necesidades espirituales estamos aludiendo a

una de las cualidades o rasgos que definen al ser humano como *punto de referencia del universo y distinto a todo*, me refiero a la **DIGNIDAD**: El hombre tiene una necesidad de perpetuarse, sentir que su obra permanece y caminar, desde la esperanza, hacia la trascendencia que plenifique sus ansias y aspiraciones.

- La dimensión espiritual y la dimensión religiosa aunque están relacionadas entre sí y en muchas ocasiones se las ha identificado, no tienen por qué ser coincidentes. La dimensión espiritual, no sólo abarca a la religiosa sino que además contempla el mundo de los valores desde fuera de ella, con una visión mucho más amplia: el sentido de la vida desde distintos puntos de vista, desde las distintas opciones tomadas por el ser humano y que han configurado la visión global de la existencia de cada persona nominalmente.

- Por tanto, la dimensión espiritual, abarca la dimensión religiosa pero la supera al mismo tiempo, no agotándola.

- A modo de Conclusión diremos que si se pueden medir las necesidades fisiológicas del ser

humano en relación con la falta de algo preciso que debe estar colmado; si se puede hablar de necesidades psicológicas y sociológicas, también podremos medir las necesidades espirituales preguntándonos por los interrogantes del hombre sobre sí mismo y su sentido a la vida.

- Si hasta ahora hemos considerado al enfermo desde estas *tres dimensiones bio-psico-social*, a partir de ahora incorporaremos ya la **dimensión espiritual** como *línea roja que atraviesa a las tres dimensiones anteriores y les da una razón de ser*.

Estamos en Navidad y al margen de los tópicos de esta época, es siempre un tiempo precioso para detenernos de la prisa y de nuestras múltiples actividades- y reflexionar sobre nuestra condición de humanos, donde la Fraternidad, ¡tan desvirtuada! y la Paz, ¡tan castigada! nos sirva de referencia para realizar ese cambio interior que tanto necesitamos y tanto necesitan aquellos que nos esperan.

Con mis mejores deseos y en la amistad ¡¡FELIZ NAVIDAD!!

PRIMER VIAJE A HOSPITALES PÚBLICOS DE ANDALUCÍA “MENSAJEROS DE SALUD”.

Tras algunos meses de preparación y superados algunos problemas y escollos, se pudo dar luz verde al viaje de trabajo que con tanto cariño e ilusión habíamos estado preparando bajo el proyecto y dirección de nuestro querido compañero Antonio Gil Fuentes.

Esta era una experiencia piloto, la primera vez que se hacía algo así en España. Una nueva experiencia de solidaridad en la ayuda y difusión de la salud. El motivo era mostrar el trabajo que nuestra Asociación EXPAUMI, ha venido desarrollando durante estos nueve años de trabajo en la atención a los enfermos y a sus

familiares, colaborar y apoyar a quien pudiera estar interesado en este novedoso sistema de atención dentro del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, en U.C.I. y planta.

Por fin, el día 26 de Abril de 2005, nos reunimos el grupo que se había seleccionado para este fin, bajo la dirección de nuestros queridos doctores, D. Ángel García Alcántara y Doña Maria Victoria de la Torre

HOSPITALES VISITADOS

**Hospital de Poniente de Almería, El Ejido (Almería),
26/4/2005.**

**Hospital de Especialidades Torrecárdenas, Almería,
26/4/2005.**

**Hospital General Virgen de las Nieves, Granada,
27/4/2005.**

**Hospital de Especialidades San Cecilio, Granada,
27/4/2005.**

**Hospital Medico-Quirúrgico Ciudad de Jaén, Jaén,
28/4/2005.**

**Hospital Comarcal San Agustín, Jaén,
28/4/2005.**

**Hospital General Reina Sofía, Córdoba,
29/4/2005.**

Por **José Evangelista Moreno**,
Expaciente y Miembro de la Comisión Gestora.

(componentes de EXPAUMI), en los aparcamientos del Hospital Clínico, donde nos esperaba el autocar con el que haríamos el viaje.

A las 7 de la mañana salimos llenos de ilusiones por el

resultado de este viaje, rumbo a El Ejido, (Almería), donde haríamos la primera visita.

Durante el viaje, vivimos unos días de entrañable camaradería y unión en el trabajo que

estábamos haciendo, también aprendimos y vimos cosas buenas por parte del personal que atendía estos centros, y otras no tanto por parte de las instalaciones de algunos centros.

También doy las gracias en mi nombre y el de mis compañeros, por el trato y las atenciones que recibimos en todos los Centros Hospitalarios visitados, por parte del personal que nos atendió en cada uno de ellos.

Finalmente el día 29/4/2005 a las 21.00 horas, llegamos a Málaga felizmente, cansados pero con la satisfacción del deber cumplido y la esperanza de que nuestro sistema se adopte por otros centros.

En la fecha que escribo este artículo, han pasado unos meses desde que se realizó el viaje de promoción y divulgación del programa **Mensajeros de Salud**, empezando a recibir en el transcurso de estos meses, con

Entre los hospitales que se han interesado en implantar nuestro sistema se pueden citar:

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, a través de D. Fernando Mateo Aras.

Hospital de Poniente de El Ejido (Almería), a través de D. Miguel Ángel Díaz Castellano.

Hospital Infanta Margarita de Cabra (Córdoba), a través de Dña. Mari Carmen de la Fuente y D. Alejo Ortigón.

Hospital Comarcal de Montilla (Córdoba), a través de D. Emilio del Campo.

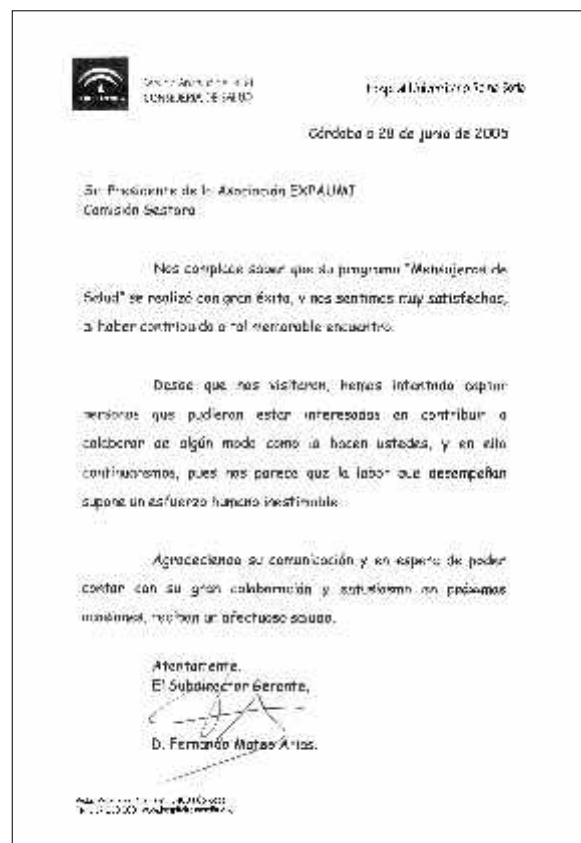
Hospital Comarcal de Baza (Granada), a través de D. Pedro Ramos Fernández.

Hospital de Especialidades Virgen de Valme (Sevilla).

gran alegría, la respuesta de algunos de los hospitales que visitamos, y otros que no visitamos pero que asistieron a la presentación de nuestro programa, que están interesados e intentando implantar el sistema de visitas que realiza nuestra asociación EXPAUMI, a pacientes, por expacientes de la U.C.I., bajo la supervisión de médicos y enfermería, para ofrecer a demás del apoyo moral del visitador, todos los servicios de nuestra asociación, también, permitir la visita de los familiares directamente al paciente, eliminando la barrera de los cristales, que impiden transmitir el cariño, el afecto y la moral que se puede trasmitir con un beso, o tomar las manos del enfermo entre las de sus familiares.

Estamos satisfechos de los resultados de este viaje, ya que si se implanta en otros hospitales, se será en beneficio de los enfermos y sus familiares.

También queremos dar las gracias al personal de los hospitales que se interesan por nuestro sistema.





ELECCIONES 2005

NUEVA JUNTA DIRECTIVA.

Propuesta por **Antonio Gil Fuentes**,
Secretario en funciones
y miembro de la Comisión Gestora

¿Se puede retomar el Organigrama del 15 de junio de 2002?

Desde hace más de tres años, la forma de nuestra Asociación ha sido dirigida y coordinada por una COMISIÓN GESTORA y siempre ha sido y debe ser, bajo la supervisión de los Doctores D^a. María Victoria y D. Ángel, columna vertebral de EXPAUMI.

Un breve resumen de la historia de EXPAUMI.

La Comisión Gestora actual, sustituyó a la Junta Directiva allá por el año 2002, debido a que desde los inicios de la Asociación en el año 1996, prácticamente nunca funcionaron todo lo bien que deberían haberlo hecho, debido básicamente a las discrepancias y protagonismos de algunos miembros, principalmente el Presidente en todos los casos (leer actas de Asambleas, etc.), muchos de nosotros recordamos esos momentos tan desagradables.

Ante estos acontecimientos tan lamentables, no quedó otra alternativa que formar una

Comisión Gestora Provisional hasta que se considerara por mayoría que estábamos preparados para elegir una nueva Junta Directiva.

Durante todos estos años hemos trabajado, duro, con rigor, con sentido democrático, con armonía, compañerismo y con un compromiso serio, formal y responsable, lo cual ha permitido

“Nos ha llegado el momento de elegir a nuestros representantes legales para formar la Nueva Junta Directiva. Ojalá acertemos esta vez y no nos equivoquemos”.

posicionar a nuestra Asociación, como un ejemplo dentro del Tercer Sector (ONG) y en el punto más elevado nunca imaginado por ninguno de nosotros, recibiendo asimismo el reconocimiento, premios y distinciones de las más altas Instituciones de Andalucía y de Málaga.

Por eso pienso que la experiencia acumulada durante estos años

no la debemos de olvidar y menos perderla de vista, sino que hay que tenerla siempre presente, porque nunca, según dicen, las... ¿terceras? Partes fueron buenas.

Estimad@s amig@s, nos ha llegado el momento de elegir a nuestros representantes legales para formar la Nueva Junta Directiva. Ojalá acertemos esta vez y no nos equivoquemos.

Deseo fervientemente que esta nueva etapa, sea un nuevo e impresionante relanzamiento con los nuevos retos en que nuestra Asociación deberá enfrentarse en este futuro inmediato y creo firmemente que todo ello se conseguirá si somos capaces de contar con un nuevo equipo humano, una buena planificación y una coordinación adecuada.

Enhorabuena EXPAUMI.
Felicidad y Salud para todos.

Antonio Gil Fuentes (socio n^o 234).

Málaga, 5 de Diciembre de 2005.

PROYECTOS LLEVADOS A CABO POR EXPAUMI EN EL AÑO 2005.

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 el Psicólogo de la Asociación como el Personal Sanitario de la UMI.

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 cinco sesiones de 90 minutos de duración a expacientes fumadores y a sus familiares, con participación activa de los mismos y con el soporte profesional adecuado.

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

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 el psicólogo de la Asociación.

Este proyecto es llevado a cabo por el Psicólogo de la Asociación junto al Personal Sanitario de la UMI.

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 séptimo año de realización de estos cursos, se realizan un sábado al mes, y es llevado a cabo por Voluntarios de EXPAUMI, Doctores de la UMI e Instructores del Plan Nacional de Reanimación Cardiopulmonar.

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 explican:

- 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, el Psicólogo y la Trabajadora Social de la Asociación.

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 Voluntario de EXPAUMI, los Doctores de UMI, la Trabajadora Social y el Psicólogo de la Asociación.

ATENCIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES DE LARGA ESTANCIA.

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.

DIFUSIÓN DE TÉCNICAS DE SOPORTE VITAL BÁSICO Y DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN SALUD EN LOS DISTRITOS Y LAS PLAYAS MALAGUEÑAS.

Este proyecto responde a la necesidad de formación del ciudadano en la prevención e intervención inmediata ante situaciones de emergencias (dolor torácico, ahogamiento, accidentes, intoxicaciones, ...).

Difundir la importancia de aprender las técnicas de Soporte Vital Básico, favorecer la prevención en los problemas de salud más prevalentes en nuestro entorno y la participación del usuario en el autocuidado y en la gestión de los recursos relacionados con la asistencia y la integración tras la enfermedad.

Este proyecto se realiza en diferentes ámbitos, como los distritos municipales de Málaga, y en tres escenarios distintos de playas, donde se realizan diferentes simulacros de ahogamiento, de ataque al corazón...

Este proyecto se realiza entre los meses de marzo y septiembre, es llevado a cabo por Personal Sanitario del Hospital y por Voluntarios de la Asociación, junto con la colaboración de diferentes Instituciones, tanto públicas como privadas.

TERCERAS JORNADAS DE DIFUSIÓN DE LAS TÉCNICAS DE SOPORTE VITAL BÁSICO Y DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN SALUD EN LAS PLAYAS DE MÁLAGA CAPITAL.

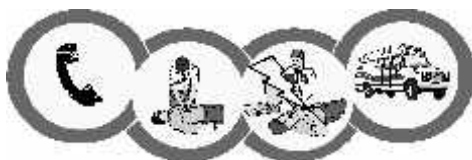
INTRODUCCIÓN.

Las 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 presencian el evento.

Las medidas de soporte vital más eficaces son de muy fácil aprendizaje y pueden ser aplicadas correctamente por cualquier persona sin ningún tipo de formación médica previa. El que se haga o no de modo inmediato puede suponer la diferencia entre la vida y la muerte.

Las enfermedades cardiovasculares y los traumatismos en accidentes de tráfico constituyen en nuestro país dos de las tres primeras causas de mortalidad. Sin embargo durante la época estival es frecuente la atención por parte de los Servicios de Emergencias el atender a personas que han sufrido accidentes relacionados con baños en el mar o en piscinas. La transcendencia de la atención inicial a este tipo de víctimas se pone de manifiesto al considerar que del 50 al 60% de las muertes tiene lugar en el medio prehospitalario y que una atención adecuada en ese periodo puede evitar un 35% de los fallecimientos y un 18% de las lesiones.

La precocidad en la actuación inicial es el factor más importante relacionado con la expectativa de supervivencia.



La Cadena de Supervivencia consta de cuatro eslabones:

1. Alerta precoz del sistema.
2. Aplicación precoz de técnicas de Soporte Vital Básico.
3. Desfibrilación precoz.
4. Soporte vital avanzado precoz.

Las dos actuaciones referidas (alerta del sistema y atención inicial) constituyen los dos primeros eslabones de lo que se ha dado en llamar “cadena de supervivencia”. Basta la debilidad de un eslabón para que la totalidad de la cadena se vea afectada. Durante la resucitación cardiopulmonar la carencia o el retraso en la aplicación de alguno de los elementos hace improbable la supervivencia.

El esfuerzo de difusión habría que centrarlo inicialmente en familiares de pacientes con enfermedades crónicas (enfermedad cardiovascular, respiratoria o neurológica, que suponga agudización de las

mismas con riesgo vital inminente) o hábitos tóxicos (alcohol y otras drogas de abuso).

Teniendo en cuenta las principales causas de riesgo vital para los jóvenes, que son los accidentes e intoxicaciones por drogas, y para los adultos los ataques del corazón como el infarto agudo de miocardio, se considera que, junto a los contenidos de Reanimación Cardio-Pulmonar Básica (RCPB), se deber añadir conocimientos de prevención y de intervención en las situaciones citadas.

A pesar de que las técnicas de tratamiento del paro cardiorrespiratorio quedaron perfectamente diseñadas a principios de los sesenta, su difusión a primeros de los ochenta era escasísima y la práctica quedaba circunscrita a unos pocos especialistas hospitalarios. Tampoco existía el desarrollo de los Sistemas de Emergencia Sanitario (061).

A partir de 1985 la Sociedad Científica de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y el Ministerio de Sanidad y Consumo iniciaron un Plan de Enseñanza de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) al que Ministerio otorgó el reconocimiento de interés sanitario. Desde entonces se han formado en nuestra provincia profesionales sanitarios capacitados para dar correctos

Por los Dres. M. V. de la Torre, A. Garcia Alcántara,
J. Ingelmo Martín, J. Merino Vega, M. D. Briones López,
C. Salazar Ramírez y A. Muñoz López.

cuidados a nivel extrahospitalario en los Centros de Urgencia y a nivel post-resucitación en los centros hospitalarios, y se ha desarrollado el Sistema de Emergencia 061 desde 1994. Sin embargo, los esfuerzos para difundir estos conocimientos entre la población no han ido paralelos, tanto a nivel de la población en general como a nivel de colectivos jóvenes (Educación Secundaria, Formación profesional y Universitaria) siendo necesario la colaboración y la coordinación de las diferentes instituciones, tanto municipales como del área de Educación y de Salud provinciales.



Merece resaltar el soporte Municipal del Ayuntamiento de Málaga Capital en la organización de simulacros de emergencias en las playas de Málaga durante los veranos del 2003, 2004 y 2005 en las playas de la Misericordia, La Malagueta y el Palo a través del operativo de Playas, así como el soporte de la Delegación Provincial de Salud de la Junta de

Andalucía en la difusión de mensajes preventivos y actuación ante situaciones de emergencias en las Playas Malagueñas con la disponibilidad de los recursos del 061 en los escenarios de playa durante el verano 2003, 2004 y 2005.

JUSTIFICACIÓN.

Durante el verano es frecuente la concentración de niños, jóvenes y adultos en las playas del litoral malagueño lo que conlleva reunir en un mismo escenario diferentes grupos poblacionales donde la difusión de mensajes de **aprender a mantener la Cadena de la Vida, reforzando los dos primeros eslabones de la misma**, es posible en situaciones en las que ellos pueden ser testigos: ahogamientos o semiahogamientos, golpes de calor, ataques del corazón, intoxicaciones en fiestas juveniles, accidentes de moto...etc.

Teniendo en cuenta los fines de **EXPAUMI**, como Asociación de Expacientes de UMI, de realizar actividades que eviten nuevos ingresos o reingresos en las Unidades de Medicina Intensiva (UMI), de la población en general y secuelas graves en dicha población.

Los fines de la **SAMIUC**, como Sociedad Científica, que debe fomentar actuaciones que vayan

hacia la difusión de las Técnicas de Reanimación Cardiopulmonar Básica y la Prevención de Eventos causantes de motivo de ingreso en la Unidades de Medicina Intensiva.

Los fines de la **SAMFYC** incluyen una amplia divulgación de las técnicas de RCP en el marco del convenio con SAMIUC y propagación de las actividades preventivas para la salud entre la población general.

La **Delegación de Salud de la Junta de Andalucía**, entre cuyos objetivos se encuentra el fomentar iniciativas y apoyar interinstitucionalmente Programas de Prevención y de Intervención de los problemas de salud más prevalentes de la población malagueña.

El **Ayuntamiento de Málaga**, igualmente, a través del Área de Playas tiene entre otras funciones el establecer el servicio de salvamento y socorrismo durante la época estival, siendo compatible dicha actividad, con la canalización de iniciativas de asociaciones y otras entidades científicas que promuevan la formación de la ciudadanía en general, tanto en la prevención como en la actuación de situaciones emergentes de la época estival: semiahogamientos y ahogamientos, ataques al corazón, atragatamientos, caídas de motos, intoxicaciones en fiestas juveniles,...



RESULTADOS DE LAS JORNADAS.

Se realizarán tres simulacros de una hora de duración en las principales playas de la ciudad, por las entidades firmantes, con el soporte de los profesionales de la salud, las asociaciones científicas citadas y un grupo de voluntarios-expacientes de EXPAMI como actores de los tres simulacros representados en las Playas de Málaga capital: un ahogamiento con traumatismo

cervical, un infarto de miocardio con parada cardíaca y un atragantamiento.

Un total de 1150 personas han asistido a los simulacros realizados en los tres escenarios de Playas de La misericordia, La Malagueta y El Palo, durante los veranos del 2003, 2004 y 2005.

Se realizaron 362 entrevistas directas para evaluar el impacto de la experiencia. Los asistentes tenían una edad media de 37 años sin diferencias entre los diferentes escenarios, con distribución similar a nivel de género, un 55% del total eran mujeres..

El 82% de los entrevistados se apuntaron a recibir cursos de Soporte Vital Básico (SVB). Todos los asistentes apreciaron la experiencia como interesante, entretenida y con mensajes claros. Un 19% de los asistentes eran no residentes en Málaga.



CONCLUSIONES.

Los profesionales de áreas críticas deberíamos promover actividades intersectoriales en los escenarios públicos de las ciudades invitando a la población a ser activos en problemas de salud.

Playa	Misericordia	Malagueta	El Palo	Total	P
	N/Media/DS	N/Media/DS	N/Media/DS	N/Media/DS	
Edad	152/36,3/14	102 38 17	108/36,5/13,6	362/37/15	ns*
Mujeres	93 (60%)	57 (59%)	50 (46%)	200 (55%)	ns**
Mensaje Claro	151 (100%)	101 (100%)	106 (100%)	357 (98%)	ns**
Interés Alto	151 (100%)	101 (100%)	106 (100%)	358 (98%)	ns**
Entretenida	150 (99%)	100 (99%)	104 (99%)	354 (97%)	ns**
Inscripción Curso	130 (83%)	82 (84%)	81 (77%)	293 (82%)	ns**
Residente Málaga	130 (83%)	88 (91%)	74 (68%)	292 (81%)	,001**

*Test ANOVA; ** Chi Cuadrado

CONTINUAMOS FORTALECIENDO LA CADENA DE LA VIDA.

TALLERES PARA PROFESIONALES COMUNITARIOS Y CUIDADORES DE PACIENTES EN LOS DIEZ DISTRITOS MUNICIPALES.

INTRODUCCIÓN.

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 mas eficaz los esfuerzos de las administraciones públicas.

Por tercer año consecutivo se han desarrollado 10 Talleres de SVB en los diez Distritos Municipales de Málaga capital, habiéndose valorado la participación y eficacia de los resultados. Han participado de forma activa las Sociedades Científicas SAMIUC (Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva, Crítica y Urgencias) y SAMFYC (Sociedad Andaluza de Médicos de Familia y Comunitaria), de Usuarios como EXPAUMI (Asociación de Expacientes de Medicina Intensiva), el Área de Bienestar Social y Participación Ciudadana del Ayuntamiento de Málaga y la Delegación de Salud Provincial del SAS (Servicio Andaluz de Salud).

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

“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”.

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 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

Por los Dres. M. V. de la Torre, A. García Alcántara,
J. Ingelmo Martín, J. Merino Vega, M. D. Briones López,
C. Salazar Ramírez y A. Muñoz López.

drogodependencia y los programas de rehabilitación, reinserción y apoyo social.

La Delegación de Salud Provincial de Málaga, 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.



JUSTIFICACIÓN DEL P R O Y E C T O : NECESIDAD DE LA FORMACIÓN DE LA POBLACIÓN EN T É C N I C A S D E S O P O R T E V I T A L BÁSICO.

En nuestro país, y se puede afirmar incluso que en todas las

sociedades avanzadas, los accidentes de tráfico y las enfermedades cardiovasculares son dos de las principales causas de mortalidad, mientras 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 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 diferencia entre la vida y la muerte del afectado.

La importancia de la atención inicial a este tipo de víctimas se pone de manifiesto al considerar que del 50 al 60% de las muertes tiene lugar en el medio pre-hospitalario, y que una atención adecuada en ese periodo puede evitar un 35% de los fallecimientos y un 18% de las lesiones.

Por tanto, la precocidad en la actuación inicial es el factor más importante relacionado con la

expectativa de supervivencia. 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%, pero si se retrasa, la supervivencia es prácticamente imposible.

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 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.

El colectivo de la población adolescente y juvenil, es un

objetivo preferente al que debe aportarse la información necesaria por medio de los programas que se implanten en los Centros Educativos.

Por último, debe considerarse a la ciudadanía en general no encuadrada en ninguno de los segmentos definidos anteriormente y que será el público objeto de este proyecto. Por medio del Área de Bienestar Social y de los Distritos Municipales se ofertarán los cursos de formación en soporte vital básico de forma abierta en general, canalizándose en determinados casos mediante las asociaciones de vecinos, culturales, recreativas...

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.

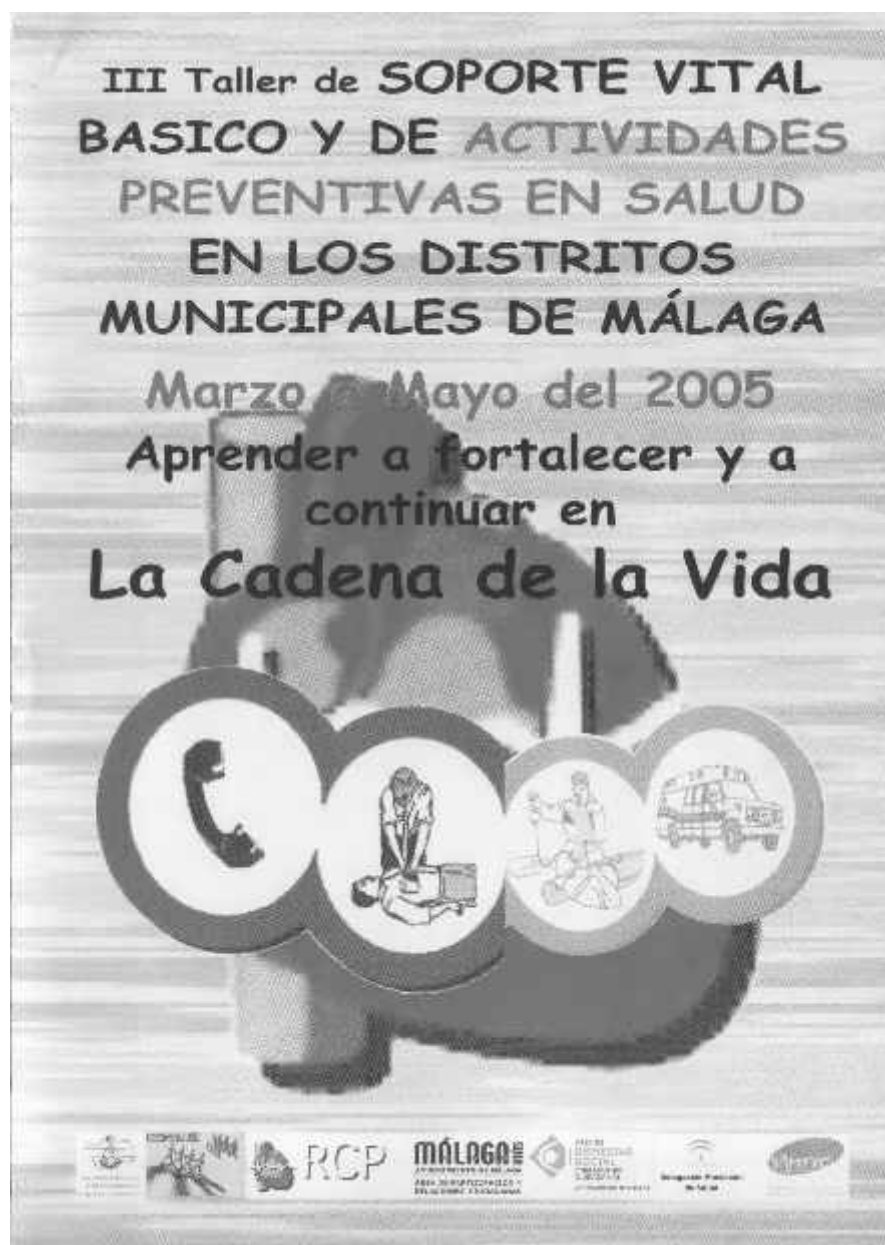
Por ello, para todas las partes firmantes en el Convenio, se hizo patente la necesidad de formación del ciudadano en las técnicas de soporte vital básico y en la prevención e intervención inmediata ante las situaciones citadas, para lo que es necesaria la colaboración y la coordinación de las diferentes instituciones implicadas, para lo que se

articularon los siguientes acuerdos:

1) Establecimiento de 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.

2) Desarrollar cursos por las entidades participantes, con el soporte de los profesionales de la salud o las asociaciones científicas necesarias.

3) La programación de los cursos se ajustaría a la demanda de los servicios sociales comunitarios, de forma que se oferte al menos un curso en cada distrito municipal, estando coordinado con los distritos de salud correspondientes a través de los trabajadores sociales del área municipal.



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 las 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.

OBJETIVOS.

El objetivo genérico de los cursos es ser referente en el compromiso, que debe adquirir el ciudadano de Málaga, de ayudar y ser solidario ante situaciones que pongan en peligro la vida de otros vecinos, así como favorecer la prevención en los problemas de salud más prevalentes en nuestro entorno.

Como objetivos concretos de los cursos se plantea conseguir que el alumno sea capaz de asumir una serie de conocimientos y habilidades, que son los siguientes:

1) Identificar la pérdida de conciencia, la ausencia de respiración, la obstrucción de la

vía aérea superior y la parada cardiorrespiratoria (PCR).

2) Aplicar las técnicas necesarias para el tratamiento de la PCR y mejorar su pronóstico de supervivencia.

3) Conocer la cadena de la vida y poner en marcha el Sistema de Emergencias.

4) Conocer normas para la prevención de la muerte súbita cardíaca y la accidental (accidentes de tráfico, laborales, deportivos..., intoxicaciones por drogas).

5) Conocer las principales actividades preventivas en salud, especialmente en relación al riesgo cardiovascular (tabaco, sedentarismo, control de colesterol), accidentes y drogadicción (incluido alcoholismo), centrándonos preferentemente en las causas de muerte más frecuentes.

Anexo I

Centros de Servicios Sociales de los Distritos Municipales.

1. C.S.S. Distrito Centro, C/ Cañaveral 13- 15
2. C.S.S. Distrito Este (El Palo), C/ Danvila Y Collado S/N
3. C.S.S Distrito Ciudad Jardín, C/ Las Moreras,6
4. C.S.S. Distrito Bailen Miraflores, C/ Tejares 48
5. C.S.S. Distrito Palma- Palmilla, Avda. La Palmilla, S/N
6. C.S.S. Distrito Cruz Humilladero, C/ Fernández Fermina 7
7. C.S.S. Distrito Carretera de Cadiz, Avda. Isaac Peral 23
8. C.S.S. Churriana, Maestro Usandizaga 1
9. C.S.S. Campanillas, Cristobalina Fernández S/N
10. C.S.S Puerto de la Torre, C/ Lara Castañeda, 61

METODOLOGÍA.

El curso tipo de formación en técnicas de soporte vital básico se articula para grupos de 20 a 30 alumnos con una duración total de cinco horas, distribuidos en dos días seguidos con un horario a media tarde que permita la compatibilidad con responsabilidades de los alumnos

a nivel doméstico o laboral.

El profesorado está constituido por Instructores de Soporte Vital Avanzado (SVA) o/y Monitores de Soporte Vital Básico (SVB) del Plan Nacional de Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP) así como, en el módulo de Actividades Preventivas, médicos de familia y otros especialistas

competentes en dicha materia.

La planificación formativa de los mismos se realizan conforme a las directrices del Plan Nacional de RCP, a las recomendaciones del Plan de Actividades para la Prevención de la Salud (PAPPS) y al Acuerdo de la SAMFYC y la SAMIUC para la propagación de las actividades preventivas para la

salud entre la población en general.

La puesta en marcha de este proyecto, ha conllevado la formación metodológica uniformada de los profesores y monitores profesionales de salud, tanto a nivel de los contenidos de SVB como de las actividades de prevención.

Tabla 1: Resultados del Nivel de Conocimiento antes y después del Curso, Distritos del 1 al 5.

Distrito	Centro	El Palo	Ciudad Jardín	Bailén	Palma-Palmilla
	N=88	N=73	N=50	N=76	N=57
Edad**	38,6±11	51±12	47±14	47±16	44±16
Mujer***	86%	89%	69%	85%	96%
Tr. Com***	59%	33%	40%	35%	33%
Esc. Ant**	6,4±5	4±3	4,6±4	6,7±6,4	6,8±5,3
Esc. Des.**	19,4±3,9	16,5±5	17,3±4,4	16±6,6	20±3

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

Tabla 2: Resultados del Nivel de Conocimiento antes y después del Curso, Distritos del 6 al 10.

Distrito	C. Humilladero	C.Cádiz	Churriana	Campanillas	P. Torre	Total
	N=89	N=64	N=55	N=55	N=69	N=680
Edad**	43±16	33±13	39±17	35±12	36±13	41±15
Mujer***	86%	72%	83%	93%	75%	84%
Tr. Com***	26%	40%	53%	44%	44%	43,6%
Esc. Ant**	6,4±5,4	9±4,8	6,4±5	6±4,6	6,4±4,5	7±5,4
Esc. Des.**	18,7±4	19,2±4,8	16,1±5,9	20,1±2,8	19,9±4	18,4±4,7

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

En los meses de marzo a mayo de 2003, 2004 y 2005 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.

Los contenidos básicos de formación a impartir y la metodología de realización del curso se han desarrollado de una forma específica:

A. Módulo teórico en el que se sienta la base de los conocimientos con las definiciones previas (que es la parada cardiorrespiratoria PCR, el soporte vital básico SVB y la reanimación cardiopulmonar básica RCP), la información sobre las causas de riesgo vital y los principios teóricos para la aplicación de las técnicas de SVB y las actuaciones a seguir ante las causas de emergencias más frecuentes.

B. Un módulo de prácticas, en el que los alumnos con un profesor-monitor realizan casos prácticos con maniqués en relación con lo explicado en el módulo teórico.

C. La tercera parte del curso consiste en la realización de un módulo práctico de evaluación individual con el objeto de

asentar los mensajes más importantes impartidos para salvar una vida y en el campo de la prevención. A su vez se procede a la realización de un pequeño test teórico sobre los contenidos y se finaliza con la clausura y la entrega de diplomas a los alumnos participantes.

Con 5 horas de duración y el lema: “Aprender a Fortalecer y a Continuar en la Cadena de la Vida” se inciden en los factores de riesgo relacionados con las causas 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:

Anexo II

Profesionales que han participado como docentes.

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. José Carlos Pérez Sánchez. | 15. Antonio Vallejo Báez. |
| 2. José María Cabra Dueñas. | 16. Angel García Alcántara. |
| 3. Jorge Peña Huertas. | 17. M ^a José Clavijo Peña. |
| 4. Francisco Fernández Ortega. | 18. Carmen Reina Artacho. |
| 5. José Manuel Martín Malmierca. | 19. Carmen Barquero Moreno. |
| 6. Francisco Serrano Guerra. | 20. Inmaculada Arenas López. |
| 7. Ana Bandera Florido. | 21. Manuel Herrera Gutiérrez. |
| 8. Antonio Soler García. | 22. Andrés Bufoñ Galiana. |
| 9. Fernando Segura González. | 23. Francisco Cota Delgado. |
| 10. José Leiva Fernández. | 24. Alfonso Muñoz López. |
| 11. Rocío Aragonés Manzanares. | 25. Javier Merino Vega. |
| 12. Jesús Díaz Jiménez. | 26. Javier Ingelmo Martín. |
| 13. Francisco Malagón. | 27. Gema Sellar Pérez. |
| 14. Francisco Ortiz Leal. | 28. M ^a Victoria de la Torre. |

Anexo III

Voluntariado de EXPAUMI.

1. Salvador Alcántara Gil.
2. Silvio Anillo Isea.
3. Francisco Ramírez Castilla.
4. José Evangelista.

atragantamientos, lipotimias, quemaduras e inhalaciones de humo, intoxicaciones, accidentes vasculares agudos, convulsiones, descompensaciones diabéticas, síndrome coronario agudo, 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).

RESULTADOS.

Un total de 680 alumnos asistieron a los 60 cursos-talleres durante los años 2003, 2004 y 2005.

Veintiocho profesionales (monitores y/o Instructores de RCP) han participado, en el Anexo II y III se relaciona los diferentes profesionales y el grupo de voluntariado participante de EXPAUMI.

En las Tablas 1 y 2 están desarrollados los resultados, relacionando los diferentes distritos con la edad media, el porcentaje de mujeres asistentes y de trabajadores comunitarios junto a los resultados del test de conocimiento antes y después del curso-taller.

El perfil de los alumnos muestra un porcentaje cercano al 50% como trabajador comunitario, en algunos distritos con porcentaje 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 ± 14 años).

La puntuación media del grado de conocimiento inicial mostró



un 26% del valor máximo siendo el rango entre 0 a 26. En los distritos donde la edad del grupo era superior y con mayor porcentaje de mujeres mostraron resultados significativos más bajos.

Esta diferencia significativa se mostró también en el test después del Curso-Taller, si bien la puntuación obtenida tras la realización del curso en todos los distritos duplicó el valor absoluto

obtenido antes del curso, llegando al 75% del valor máximo.

CONCLUSIONES.

El mantenimiento de esta oferta y la incorporación de profesionales de diferentes niveles asistenciales, profesionales comunitarios, cuidadores de pacientes y usuarios en general del sistema sanitario público en estos talleres pueden mostrar un impacto positivo en el comportamiento de la población que acuda a los Dispositivos y a los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias, tanto en el ámbito de Atención Primaria como en el Hospitalario. El alertar a los Sistemas de Emergencias de forma precoz, y la actuación en el lugar del evento de forma correcta del ciudadano de a pie, puede favorecer actuaciones de los servicios sanitarios adecuadas y con resultados satisfactorios hacia el menor número de secuelas resultantes.

El mantenimiento de esta oferta en los próximos años hará realidad la simultaneidad de un ciudadano responsable, hacia el auto-cuidado de su salud, y solidario, al favorecer el salvar la vida de un familiar, amigo o vecino.

MÁLAGA CON EL PROGRAMA CORAZÓN.

INTRODUCCIÓN.

La mortalidad por cardiopatía isquémica en nuestro país es la primera causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres, con un 12% y un 10% de la mortalidad total respectivamente.

Un elevado porcentaje de las muertes por IAM que se producen en la primera hora de evolución, son prevenibles si el enfermo está en un ambiente dotado de los medios adecuados. Pensando en mejorar la accesibilidad al sistema del paciente con cardiopatía isquémica se creó en Andalucía el Programa Corazón.

¿QUÉ ES EL PROGRAMA CORAZÓN?

Es un programa gratuito patrocinado por la Fundación EPES y avalado por la Sociedad Andaluza de Cardiología y la Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias. El objetivo principal de esta

iniciativa, puesta en marcha por la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, es reducir el tiempo en la atención de pacientes con infarto agudo de

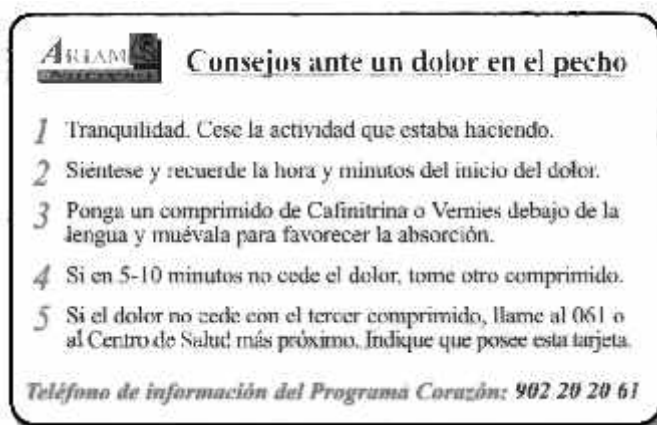
servicio de emergencias sanitarias 061 tiene acceso inmediato a sus datos para reducir el tiempo de actuación todo lo posible.

El programa fue presentado en abril de 1999. A finales del año 2005, el Programa Corazón cuenta con más de 8.000 personas en su base de datos en toda Andalucía.

¿CÓMO FUNCIONA EL PROGRAMA CORAZÓN?

El servicio de emergencias 061 de Andalucía dispone de una base de datos accesible desde los centros coordinadores de cada una de las ocho provincias, lo que permite, en caso de una recaída, que el médico coordinador obtenga de inmediato del historial

clínico de ese paciente, lo que le agiliza el envío del equipo de emergencias con mayor rapidez. Para ello, tan solo hay que indicar el número de tarjeta del corazón (o su nombre y apellidos).



miocardio o angina inestable en la Comunidad Autónoma andaluza. Para ello se ha creado una base de datos donde se almacenan las historias clínicas de los pacientes que hayan sufrido un ataque cardíaco. De esta forma el

Por los **Dres. Eladio Gil-Piñero***, **Carmen Martín-Castro***,
Ángel García-Alcántara y **María Victoria de la Torre Prados****.

*Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía.

**Servicio Cuidados Críticos. UMI.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

¿QUÉ ES LA TARJETA DEL CORAZÓN?

Es una tarjeta que acredita a una persona como participante del programa. Esta tarjeta incluye los datos personales y un número personal. En caso de sufrir un

recaída, la persona o sus familiares deben contactar con el 061 o el Centro de Salud más próximo e indicar que posee la Tarjeta del Corazón. A través de su nombre o su número personal obtendremos inmediatamente su historial clínico.

Asimismo, en la tarjeta se recogen las instrucciones, y una serie de consejos que se deben seguir en caso de sufrir un dolor en el pecho (ver Tabla nº 1).

Tabla nº 1: Consejos sanitarios.

- 1.- Tranquilidad. su dolor puede ser una angina de pecho, manifestación de su enfermedad cardíaca.
- 2.- Debe sentarse. Si estaba realizando alguna actividad física, suspéndala de inmediato
- 3.- Recuerde el momento exacto en el que ha comenzado el dolor (hora y minutos).
- 4.- Poner un comprimido de Vernies, una cafinitrina o dos pulsaciones de spray de nitroglicerina debajo de la lengua .
- 5.- Mueva la lengua hacia ambos lados para que los comprimidos se disuelvan mejor facilitando así su absorción.
- 6.- Si a los 5-10 minutos no ha desaparecido completamente el dolor, ponga un nuevo comprimido de Vernies o Cafinitrina debajo de la lengua y espere otros 5 ó 10 minutos. Si el dolor no cesa tome otra dosis.
- 7.- Si con la tercera toma no desaparece el dolor tome media aspirina (si no es alérgico y la tolera habitualmente) y llame al 061 o acuda al centro de salud más próximo. En cualquier caso, no espere más de 20 minutos desde la aparición del dolor.
- 8.- Si controla el dolor con las tres primeras dosis, consulte a su médico

¿CÓMO FORMAR PARTE DEL PROGRAMA CORAZÓN?

Todos los pacientes que hayan sufrido un infarto de miocardio o un angor inestable en Andalucía, reciben en el momento del alta hospitalaria, de manos de su facultativo, un sobre del programa que contiene un díptico informativo, una ficha personal y un sobre franqueado. En caso de que el paciente quiera participar en el programa sólo tiene que enviar de forma voluntaria (asegurando la confidencialidad de sus datos) su historial clínico y la ficha adjunta firmada en el sobre franqueado.

Una vez recibido, el historial clínico se introduce en una base de datos que estará accesible en todos los centros coordinadores del 061 en Andalucía, y se les remite la tarjeta del corazón en la que aparecen sus datos y un número personal.

Las personas que han sufrido un infarto de miocardio o angina de pecho con anterioridad a la puesta en marcha del Programa Corazón y quieran formar parte de él, pueden solicitar en este número de teléfono la documentación referente al Programa. Estas personas deben cumplimentar y firmar una ficha personal. Junto a esta ficha, el paciente deberá remitir por correo una copia del informe clínico que recibieron en el hospital al ser dado de alta. Médicos cualificados analizarán el informe del paciente y decidirán si cumple los requisitos para formar parte del Programa Corazón.

En caso favorable, el paciente pasará a formar parte del Programa Corazón, beneficiándose de todas sus ventajas. Sus datos serán informatizados en la base de pacientes del corazón del 061 de Andalucía y en breve recibirá en su domicilio la Tarjeta del Corazón.

La Empresa Pública de Emergencias Sanitarias ha creado un teléfono especial de información para este programa, el 902 20 20 61 Información por e-mail: corazon@gr.epes.es

A continuación, vamos a exponer algunos datos del Programa Corazón en Málaga durante el Periodo 1/4/1999 al 30 de Agosto de 2005.

En la provincia de Málaga se encuentran (1.375) pacientes cardiopatas, que disponen de la tarjeta corazón y por tanto se encuentra dentro del Programa Corazón, un 17,2% de las emitidas en Andalucía (8.041). El 84% de los pacientes incluidos son hombres y su edad media esta situada en 65 años.



EPES
EMPRESA PÚBLICA
DE EMERGENCIAS
SANITARIAS

Programa Corazón

Ficha Personal

Nombre: _____

1er Apellido: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Teléfono: _____

2º Apellido: _____

Código Postal: _____

Provincia: _____

D.N.I.: _____

¿Ha utilizado alguna vez el 061 para su dolencia cardiaca? SI ☐ NO ☐ Marque con una cruz

Autorizo a la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias a utilizar los datos que facilito para los fines previstos en este programa, comprometiéndose EPES a garantizar la confidencialidad y la no utilización de los mismos para finalidades distintas de aquellas para los que ha sido recogidos, conforme a lo establecido en los artículos 4.3 y 8 de la Ley Orgánica 5/92 de 29 de octubre y en el artículo 61 de la Ley 14/86 de 25 de abril

Patrocinada por



Colabora



Firma: _____



Tabla nº 2: Año en que se incluyeron en el programa.		
	Frecuencia	Porcentaje Válido
1999	506	36,8
2000	196	14,3
2001	143	10,4
2002	118	8,6
2003	108	7,9
2004	200	14,5
2005	104	7,6
Total	1375	100,0

La manera que han recibido la información de la Tarjeta del Corazón y por ello la han solicitado, ha sido a través del hospital donde han estado ingresados a un 48% de pacientes y mediante información telefónica a un 52%

Los equipos del 061 han atendido a un 37% de los pacientes corazón de la provincia de Málaga.

En total se han atendido 506 pacientes siendo catalogados casi en un 50% en prioridad 1 y por tanto con necesidad de ser atendidos por un equipo de Emergencias y en el menor tiempo posible.

RESUMEN.

En Abril de 1999 se inicia en el seno de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía en colaboración con los hospitales del Servicio Sanitario Público Andaluz un programa para dar cabida a los pacientes con cardiopatía isquémica crónica (PROGRAMA CORAZÓN).

Desde entonces hasta la actualidad se han incluido en el programa en toda la Comunidad Autónoma de Andalucía 8.000 pacientes, de ellos 1375

Tabla nº 3: Pacientes que han sido atendidos por 061 estando incluidos en el Programa Corazón.		
	Frecuencia	Porcentaje Válido
	15	1,1
NO	854	62,1
SÍ	506	36,8
TOTAL	1375	100,0

pertenecen a la provincia de Málaga y solo el 9% de las solicitudes han correspondido a patologías distintas a las fijadas en los criterios de inclusión establecidos (Infarto de miocardio o angor inestable) lo que indica que el 91% de la demanda se ajusta exactamente a los requisitos del programa.

La edad media de los pacientes con tarjeta corazón es de 64 años y predominan los hombres frente a las mujeres...

Los objetivos iniciales del programa eran:

1. Por un lado la disminución en el tiempo de respuesta en la atención a estos pacientes por parte de los

equipos de emergencias (EE).

2. Aunque el objetivo principal era darle (al disponer de su infamación) el concepto de mayor personalización y conocimiento de su caso y por lo tanto mas seguridad al paciente.

La satisfacción de los usuarios con la atención médica es concebida como una medida de control de calidad, por lo que su estudio y valoración es importante para la gestión y el trabajo de los profesionales de los servicios de salud, con la perspectiva de conseguir una mejor adaptación a las necesidades y deseos de los pacientes.

CONCLUSIONES.

Se hace necesario una ampliación en la divulgación del programa, concienciación mayor del paciente corazón y de los distintos niveles sanitarios a los que les demanda asistencia sanitaria el paciente

La Empresa Pública de Emergencias Sanitarias ha creado un teléfono especial de información para este programa, el 902 20 20 61. Información por e-mail: corazon@gr.epes.es.

DE PUERTAS A DENTRO.

Fuimos invitados al XXVII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA INTENSIVA, URGENCIAS Y CORONARIAS (SAMIUC) II JORNADA DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS, que se celebró, los días 16, 17 y 18 de Noviembre del 2005 en el Palacio de Congresos y Exposiciones de Córdoba, como ponentes, se dio una charla el día 18, esta se llevó a cabo por D. Francisco Ramírez Castilla, expaciente y miembro visitador de Expaumi, opinando como paciente, y su esposa Dña. Ana Casán Callejas, opinando como familiar, las cuales se reproducen a continuación.

PRIMERA PARTE: EL PACIENTE DE UCI Y SU FAMILIA. (Francisco Ramírez Castilla, expaciente de la UCI del Hospital Clínico de Málaga, socio de EXPAUMI).

Presentación.

Bien, mi nombre es Francisco Ramírez, mi nivel de estudios es de graduado escolar, he trabajado siempre por cuenta ajena y el trabajo que ocupó casi toda mi vida laboral fue el de ferroviario. Ahora soy pensionista por un infarto de miocardio que sufrí el día dos de julio de 2002. Como

expaciente del corazón, pertenezco a la asociación de EXPAUMI, que quiere decir expaciente de la Unidad de Medicina Intensiva.

“Me di cuenta de la importancia de la salud como valor más importante de la persona”.

Inicio de los síntomas.

El dos de julio a las tres de la tarde me sorprendió un fuerte dolor en el centro del pecho con irradiaciones al brazo izquierdo, con sudor abundante y frío. Después de un par de horas largas no desaparecía, yo lo achacaba a los nervios ya que en un par de ocasiones o tres me había dado ya y lo había

solucionado con Lexatín. En esta ocasión en vista del tiempo que transcurría y no desaparecía, cogí mi coche y me acerqué al centro de salud de al lado de mi casa. Cuando me vio el medico rápidamente llamó a la ambulancia del 061 y me trasladó al Hospital Clínico Virgen de la Victoria de Málaga.

Ingreso en la UCI.

Llegando a la Urgencias del Hospital lo único que recuerdo bastante vagamente era que decían que había que “parar aquello”, se referían al infarto de miocardio para que este dejara de hacer daño en el corazón.

Una vez que me ingresaron en la Unidad de Medicina Intensiva, mi estado era de **angustia**, estaba consciente y relativamente me daba cuenta de todo. Poco a poco fui asimilando donde me encontraba. En ese momento

Por **Francisco Ramírez Castilla**,
Expaciente y miembro de la Comisión Gestora y
Ana Casán Calleja, Familiar de Expaciente.

perdí por primera vez en mi vida, toda mi capacidad y fortaleza para realizar proyectos.

Desconocer lo que me estaba pasando y verme en una cama de la UCI hizo que me sintiera con **miedo y preocupación**. Esa parte del hospital siempre lo había asimilado como una situación límite, el que entraba en ella era porque estaba más “paya que para acá”, las enfermeras iban y venían alrededor mía poniéndome medicinas y anotándolo en un papel.

Sentía miedo de lo que me podía pasar e inseguridad. No sabía la enfermedad que tenía, notaba tensión alrededor mía y nadie me explicaba nada, solo que estuviera tranquilo y si me seguía doliendo el pecho. Además dependía de los demás, ellos hacían y deshacían sin que yo opinara ni supiera nada, no tenía control de nada.

Me sentí desfallecer totalmente y pensé muchas cosas. De que me había servido trabajar y luchar tanto en la vida. Me di cuenta de la importancia de la salud como

valor más importante de la persona.

Tenía la preocupación de mi familia. Me había acompañado mi hijo de 16 años hasta el centro de salud, al entrar en la ambulancia lo deje de ver, ya no sabía nada de la familia. Me preguntaba; “¿mi hijo habría contactado con los demás?, ¿estarían en el hospital?. Seguro que estarán preocupados, ¿a ellos le habría dicho algo de lo que yo tengo o por el contrario estarán como yo?. Si al menos estuviera alguno conmigo me sentiría con más seguridad y ellos estarían más tranquilos. “¿Después del Hospital podría volver a trabajar?

Evolución en la UCI.

Al día siguiente me encontraba algo más recuperado pero yo me seguía sintiendo indefenso, seguía **dependiendo de los demás para las necesidades fisiológicas**. Yo me decía; “si por lo menos estuviera aquí mi esposa estaría más cómodo y

tranquilo, me podría lavar o afeitarse”.

La Visita de los familiares.

La visita de los familiares era tres veces al día, por la mañana a las ocho, a las dos de la tarde, y a las ocho de la tarde, media hora en cada una de ellas. Las horas para que llegara la siguiente visita se me hacían eternas, pensaba si estarían más tranquilos, como estarían en la sala de espera, todo esto me creaba una impotencia enorme.

Son muchas horas de mirar al techo, de escuchar los pitidos de los aparatos que con cualquier anomalía en su ritmo nos asusta a los pacientes, el apreciar recaídas graves de otros pacientes y a veces con la muerte, que aunque traten de ocultarlo nos damos cuenta perfectamente.

La vida me había dado un vuelco de trescientos sesenta grados en muy pocos minutos, solamente esperar y pedirle a Dios que me recuperara.

El alta a la planta.

El tercer día de estar en la UCI, me encontraba bastante bien y me dieron el alta a la planta. Me encontraba más tranquilo ya que tenía a la familia a mi lado. Entonces la preocupación más grande paso a ser **mi futuro laboral**, puesto que no me dejaban que me moviera, mi pregunta era; “¿podré yo seguir trabajando, o por el contrario no lo podría hacer?, ¿podría hacer algún esfuerzo físico?, ¿tendríamos problemas económicos, dado que el único que trabajaba era yo?

El apoyo de la familia durante la enfermedad.

Debo resaltar el gran apoyo que durante todos los días que estuve ingresado en el hospital y posteriormente en mi domicilio, tuve de mi esposa y a la que debo de agradecer infinitamente toda su dedicación, noche tras noche y día tras día a mi lado y en la cabecera de mi cama con su

apoyo y amor que me ha dado desde hace años siempre y sobre todo en esos momentos tan precisos y necesarios y que es cuando te das cuenta de los momentos que no le dedique, por cumplir con el trabajo. Quiero hacer una mención especial a mis hijos, que aun siendo jóvenes, entendieron la situación y me ayudaron a mí y a su madre a superar esta situación tan desafortunada para todos, así como la ayuda moral y de verdadero afecto y cariño por parte de mis hermanos y familia, pues aún viviendo en poblaciones alejadas de Málaga (Córdoba, etc.), estuvieron a mi lado, en esos momentos que más los necesitas.

Contacto con la Asociación EXPAUMI.

Cuando salí del hospital me habían estado visitando los voluntarios/visitadores de la Asociación de Expacientes de la Unidad de Medicina Intensiva, llamada EXPAUMI, se ofrecieron para ayudarme a

afrontar el cambio tan drástico que me había dado la vida, con el apoyo de una trabajadora social y una psicóloga. Que me fueran a visitar una persona a la que yo no conocía de nada, estuviera hablando conmigo y dándome ánimos, me dio consuelo y calor humano y me ayudó muchísimo a sobrellevar aquellas horas de soledad que pasaba en la UCI.

Por unos momentos se me olvidó la enfermedad, mi ánimo aumento viendo que otras personas habían pasado por lo mismo eran capaces de estar en actitud de ayudar a los demás, esto me dio unas ganas de vivir enormes. Tanto que cuando salí del hospital me acerqué a esta asociación y me uní a ellos, hoy soy un visitador más y como el que me visitó a mí.

Todos los lunes de cada semana me dedico a ir al hospital a visitar a los enfermos y familiares que lo necesitan. Fue reconfortante el que me diera ánimos una persona a la que yo no conocía de nada, mucho más es ahora cuando veo el cambio que dan estos enfermos cuando hablamos con

ellos y lo contentos que se quedan. Los médicos y enfermeros les dan su apoyo, son muy amables y los tratan muy bien pero por su trabajo no pueden dedicarle mucho tiempo, mientras que a nosotros, los visitantes de EXPAUMI, es lo que nos sobra, podemos dedicarle el tiempo que sea necesario.

La única satisfacción nuestra es el ayudar a los demás y ser útiles para algo en este mundo aun con nuestra enfermedad. Cuando salen del hospital nos llaman agradecidos para darnos las gracias por el calor que les dimos en un momento que para ellos era crucial, muchos se unen a nosotros apuntándose a la asociación de EXPAUMI. En ocasiones me llama para hablar conmigo para darme las gracias o solamente para hablar conmigo. Como yo suelo decir en muchas ocasiones, no solo les estoy dando salud a los enfermos al darle ánimos sino que yo mismo me lo estoy dando a mi mismo al sentirme útil para algo en esta

vida.

U n a s e g u n d a d oportunidad en la vida.

La sensación de tristeza y desánimo se han convertido en ilusión, fuerza y entusiasmo, con

desarrollamos de acuerdo al programa anual establecido, redunda en alcanzar una satisfacción personal y una gran mejora en nuestra salud y en nuestra propias vidas, pues nos sentimos altamente satisfechos de la labor que estamos



vocación de servir a los demás para ayudar a impulsar proyectos y plantear propuestas que puedan significar el mejorar y ayudar en el bienestar del enfermo.

Nuestra presencia es diaria en la Unidad y siempre bajo la supervisión de los profesionales. Toda esta actividad y otras que

realizando como ayuda a los demás y también en la nuestra propia.

Por último, daros las gracias por escucharnos y abrir las puertas de vuestros foros científicos a los pacientes que pasamos por la Unidad de Cuidados Intensivos.

2ª PARTE. LA FAMILIA DEL PACIENTE DE UCI. (Ana Casán Callejas, Familiar de Expaciente de UCI).

Presentación.

Mi nombre es Ana Casán, soy ama de casa y la esposa de Francisco Ramírez, enfermo del corazón. El objeto de estas líneas es contaros mi experiencia vivida mientras él se encontraba ingresado en la UCI del Hospital Clínico de Málaga.

Conocimiento de la noticia.

El día dos de Julio de 2002 a las seis de la tarde aproximadamente regresé a casa y mis hijos me dijeron muy asustados que mi esposo se encontraba en el Hospital Clínico de Málaga, porque le había dado un fuerte dolor en el pecho, y que tras acudir al Centro de San José Obrero lo habían trasladado en una ambulancia del 061 al hospital.

Traslado al Hospital.

Muy asustada me trasladé para el hospital. Cuando llegué a urgencias, pregunte por él y me dijeron que le había dado un infarto y que estaba en observación, que estuviera tranquila que estaba bastante grave pero estable, que hasta que

“El contacto físico, tanto para el paciente como para la familia son muy importantes, la corriente afectiva influye mucho en el animo de ambos, y en el restablecimiento del paciente”.

no pasaran unas pocas horas no podían decirme más, que me seguirían informando.

La noticia me afectó mucho puesto que yo no lo había visto nunca enfermo y no nos habíamos separado nunca.

La soledad del paciente en la UCI.

El no poder verlo a cada momento y no saber como se encontraba, me producía una gran impotencia. Si al menos pudiera estar a su lado, darle un poco de calor, cogerle la mano, mirarlo y saber como se encontraba. El contacto físico, tanto para el paciente como para la familia son muy importantes, la corriente afectiva influye mucho en el animo de ambos, y en el restablecimiento del paciente.

Aunque el paciente esté acompañado por el personal sanitario que lo atiende cuando lo necesita, los únicos momentos del día en que se encuentra acompañado realmente son los de las visitas de sus familiares. Me producía tranquilidad saber que por lo menos podía estar tres veces al día para visitarlo y estar cerca de él, pero era insuficiente. El enfermo no termina en la cama, sino en la familia, que normalmente nos encontramos en la sala de espera que suele ser incomoda o, en su domicilio

físicamente, pero mentalmente continúa en el hospital y pendiente del teléfono. Esto también lo tiene presente el enfermo, que se preocupa por esta situación.

La integración de la familia en el equipo sanitario participando en el desayuno, almuerzo, cena e higiene.

El estar al lado del paciente me hubiese permitido poder ayudarle a la hora de la comida y del aseo. Seguro que se encontraría menos violento, no es igual que lo realice una persona desconocida, aunque sea una gran profesional, que si se lo realiza alguien cercano.

Cuando se quiere a alguien es muy importante el darle la alimentación que le ayudará a reponer su salud, y el enfermo se encontrará más confortado si un familiar le ayuda a comer. Es mejor depender de un familiar que de un extraño, aunque le atienda bien.

En la planta.

Al pasar a planta mi esposo, me encontré más tranquila. Estaba todo el día al lado de él. Sentía si se quejaba o tenía molestias y rápidamente le estaba ayudando, y le daba ánimos. Por otro lado te ibas integrando con el personal de enfermería, ya que lo veías y tratabas a diario, y te contaban como iba mejorando.

En nuestra casa y la ayuda de la Asociación EXPAUMI.

Cuando le dieron el alta de la planta y nos fuimos a nuestra casa, el se encontraba mucho mejor. El hacerse socio de la Asociación de EXPAUMI y la ayuda de los voluntarios, la psicóloga, asistente social y de los médicos le permitió recuperarse poco a poco físicamente y de la depresión que sufrió.

La satisfacción con la que llega a casa cada día que viene de visitar y dar ánimos a otros enfermos que como él ahora se encuentran en la

UCI, le sirve de autoayuda, ya que se siente útil ayudando a los demás.

Cursillos de Resucitación Cardio-pulmonar para los Familiares.

Me gustaría resaltar que cuando a él lo visitaron en la UCI el visitador-voluntario le entregó unos folletos que explicaban que era la asociación, también nos ofrecieron a los familiares realizar un cursillo de resucitación cardio-pulmonar básico (R. C. P.), que realicé junto a mis tres hijos. Algo necesario para cualquier persona que se le presente una situación de urgencia en su propia casa con familiares con problemas de corazón o en la calle.

Muchas gracias por permitirme expresar estos sentimientos tan íntimos pero al mismo tiempo tan necesarios si queremos que nuestros pacientes se encuentren más confortables cuando ingresen en una UCI.

EXPAUMI TE AYUDA A DEJAR DE FUMAR.

también en la mujer un indicador de independencia de la tutela familiar, un ritual a la vez que un signo de ascenso y pertenencia a la edad adulta. Es también un indicador de haber superado tabúes sexuales.

Posteriormente, junto al beber alcohol, café... se transforma en

dependencia aumenta, así como el número de cigarrillos diarios. Apoyado en gran medida por modelos sociales, creados en parte por la publicidad, se produce una fijación a la vez social y fisiológica que llamamos adicción.

Hay dos clases de dependencia; la más fuerte es la fisiológica, debido a que, cuando no se fuma, disminuye el nivel de nicotina en sangre, que provoca la necesidad de fumar. Pero también pesa la social. Por eso decimos que:

**FUMAR ES UNA
FORMA DE
ADICCIÓN. DEJAR DE
FUMAR ES UN
PROCESO.**

¿QUÉ ES FUMAR?

Iniciado en la juventud, el fumar significa ser hombre... Es también un indicador de modernidad. En muchos grupos de jóvenes, se fuma por presión social; en algunos grupos, el joven no fumador es un marginal.

La mujer, ante la igualación de los sexos, se incorpora también al fumar desde edad temprana. Aunque es percibido como algo contrario a la femineidad, es

elemento auxiliar de un acto social, del encuentro, de la amistad. Pasa a ser también una ayuda para conseguir algo: encontrar amigos, impresionar, parecer mayor o adulto. Entonces, paulatinamente se transforma en un hábito, con un alto índice de nocividad. La

Por Enrique Barilleau Miranda,
Psicólogo.

Y por eso también el abandono del hábito de fumar no es una decisión aislada, ya que existen dos grandes factores que presionan en sentido contrario y que ya hemos mencionado:

**FACTORES: FÍSICOS
PSICOSOCIALES**

EXPAUMI LE AYUDA A DEJAR DE FUMAR no es un eslogan, es una realidad, basada en un programa de deshabituación progresivo, coordinado por personal experto que conoce las dificultades que presenta la solución individual.

PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR

**El programa está dividido en cinco sesiones.
Cada sesión tiene una duración de una semana:**

1ª Semana:

- Entrega de documentación.
- Razones para dejar de fumar.
- Beneficios de dejar de fumar.
- Análisis de la conducta de fumar.
- Reducción dependencia fisiológica.

2ª Semana:

- Reducción dependencia fisiológica.
- Reducción dependencia psicológica.
- Reducción dependencia social.

3ª Semana:

- Mejoría física.
- Descenso en el número de cigarrillos.

4ª Semana:

- A un paso de ser no fumador.
- El impulso de FUMAR.
- La caída y la Recaída.

5ª Semana:

- Beneficios al dejar de fumar.
- Creencias erróneas.

CÓMO CUIDARSE DESPUÉS DE UN INFARTO.

Cuando lo pienso, parece que fue ayer. Me prometí que no iba a depender ni un día más del tabaco. Ese día me encontraba “crucificado” en una cama de la UVI del hospital Virgen de la Victoria de Málaga.

Diagnóstico: Infarto de Miocardio.

A partir de ese momento me propuse cuidar el órgano más importante de nuestro cuerpo: el corazón.

Desde entonces he aprendido mucho acerca del corazón y otros órganos de nuestro cuerpo gracias a la Asociación de Expacientes de la Unidad de Medicina Intensiva (EXPAUMI).

Al poco tiempo empecé a hacer ejercicio de forma regular para fortalecer el corazón. Comprendí que caminar por lo menos una hora diaria era beneficioso para dicho músculo y que

bajaba los niveles de colesterol, glucemia e hipertensión y también ayuda a perder peso (para los que sufran de sobrepeso).

Supe que la nicotina se considera la principal causa de las enfermedades cardíacas. También es responsable de accidentes vasculares cerebrales, enfermedades pulmonares (cáncer de pulmón), de laringe o de vejiga.

También soy hipertenso. Según la información que tengo, esto se produce cuando la sangre circula por las arterias a una presión elevada y el corazón trabaja a una intensidad más alta de la que puede aguantar y es cuando se produce la angina de pecho o el infarto. Tengo entendido que la hipertensión arterial afecta también a las arterias del cerebro y del riñón. Para remediarlo se aconseja perder peso si el sobrepeso existiera,



Por **Silvio L. Anillo Isea**,
Expaciente y miembro de la Comisión Gestora.

DE MEDICINA PAUMI

13

utilizar en las comidas muy poca sal o ninguna y sobre todo seguir el tratamiento que nuestro cardiólogo o médico de cabecera nos recete.

El colesterol es otro factor de riesgo que yo padezco. Como sabéis, el colesterol es un tipo de grasa que circula en la sangre. Este se divide en dos tipos: el bueno (DHL) y el malo (LDL). Una forma de controlar el colesterol es evitando comer alimentos con grasa saturada, de origen animal; la leche y yogures tomarlos desnatados. Esto último sirve también para las personas que sufran de sobrepeso, pues una buena dieta sería comer bastante fruta, verdura y vegetales.

El alcohol beberlo moderadamente ya que el consumo excesivo se asocia a infarto, problemas cerebrales y otras enfermedades.

Otro factor de riesgo que

tengo que cuidar es la glucemia o diabetes. Mi nivel de glucosa en sangre no es muy alto pero sobrepaso los ciento diez MG/D1, que es el máximo considerado normal. Parece ser que las personas con sobrepeso son más propensas a padecer diabetes. Una vez más repito que el ejercicio (caminar) me ayuda a bajar los niveles de glucosa.

“Bueno, ya han pasado más de siete años y la verdad es que me encuentro mejor que antes del infarto”.

Ahora que lo pienso, creo que el infarto que sufrí fue también a causa del estrés. Aunque trabajaba para una empresa, el trabajo me lo tomaba muy a pecho, como si la empresa me perteneciera. Tal era mi preocupación por el trabajo que me provocaba ansiedad e

incluso insomnio.

Bueno, ya han pasado más de siete años y la verdad es que me encuentro mejor que antes del infarto. No hecho de menos para nada el tabaco. La hipertensión, el colesterol y la diabetes los tengo controlados, gracias a los medicamentos y al ejercicio diario que hago.

Mi calidad de vida ha mejorado mucho y soy un hombre feliz.

¡Espero que el que me lea tome nota y a vivir la vida!

APOYO PSICOLÓGICO AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES TRAS SUFRIR UNA ENFERMEDAD GRAVE.

Es muy frecuente que nuestro cuerpo exprese mediante la enfermedad los problemas que vivimos diariamente. Por eso el

ejercicio son factores claves en esta enfermedad.

Con respecto al estrés, no todos reaccionamos igual ante una misma situación. El estrés psicológico se produce al afrontar situaciones que implican demandas conductuales que resultan a la persona difíciles de realizar o satisfacer. Las fuentes de estrés pueden ser tanto familiares (conflictos con hijos o pareja), laborales (excesivo ritmo de trabajo, insatisfacción) o sociales (aislamiento o rechazo).

El infarto agudo de miocardio es un fuerte impacto en la estabilidad psicológica del paciente, es en sí mismo, un acontecimiento estresante que supone un cambio brusco en los hábitos diarios siendo una amenaza clara para la propia vida, la integridad psíquica y la autoestima.

Los problemas de autoestima se producen por un cuestionamiento global del individuo siendo muy frecuente la expresión “ya no soy el que era”. También aparece durante la

¿Qué sucede cuando una persona que ha estado hospitalizada por un problema grave de salud regresa a su casa?

Es una cuestión bastante amplia que requiere ser contestada desde múltiples puntos de vista.

En primer lugar es básico conocer cuál ha sido la enfermedad que ha provocado dicha hospitalización, la duración de la misma, sus secuelas físicas y las consecuencias en el futuro del paciente.

Desde la perspectiva psicológica, cada individuo es tratado como una unidad bio-psico-socio-espiritual, es decir, nuestro cuerpo, mente, alma y lo que nos rodea nos define como personas. Todos estos elementos influyen en nuestra forma de comportarnos y de afrontar problemas.

infarto de miocardio es la enfermedad psicosocial por excelencia, el estrés en el trabajo, los hábitos alimenticios, el consumo de ciertos tóxicos, la reactividad emocional y la falta de



Por **Beatriz Roldán Rodríguez,**
Psicóloga.

hospitalización una reacción de miedo ante la muerte y los mecanismos de negación de la enfermedad. Estos mecanismos que en el hospital son positivos puesto que hacen que el paciente reduzca su ansiedad, se vuelven contraproducentes en la fase de rehabilitación ya que al no aceptar la enfermedad no siguen las normas terapéuticas y no tienen en cuenta los factores de riesgo.

Las preocupaciones más comunes de estos pacientes son entre otros el miedo a padecer un nuevo infarto o morir por causas cardíacas, el sentimiento de invalidez, la sensación de incontrolabilidad de la propia vida, la incertidumbre a cerca del futuro, el sentimiento de culpabilidad por la vida anterior.

Es muy importante que el paciente aprenda a manejar el estrés y se adapte a la nueva situación para poder llegar a conseguir una calidad de vida. Entendiendo por calidad de vida la capacidad de desempeñar

adecuadamente y de forma satisfactoria para el propio sujeto su papel en las áreas familiar, social y laboral.

Tras el infarto los objetivos principales a conseguir son el de eliminar/reducir las reacciones de ansiedad y depresión y el de modificar las conductas de riesgo (alimentación, tabaco, ejercicio físico...).

“Los problemas de autoestima se producen por un cuestionamiento global del individuo”.

El papel de la familia es fundamental para la recuperación del paciente. Destacaremos la escucha activa y la verbalización de sentimientos. Hablar con libertad de la enfermedad, de cómo se ha sentido el paciente, de las posibles limitaciones y llegar a un consenso de cómo se va a afrontar la nueva situación permitirá al paciente encontrar el apoyo en sus seres queridos. Hay

que tener mucho cuidado de no estigmatizar al paciente convirtiéndolo en un ser inútil, ni aislarlo de la problemática familiar por miedo a las preocupaciones. De ahí la importancia de la comunicación para conocer cuál es el estado de cada miembro de la familia y a partir de ese punto reorganizar el rol de cada uno para obtener una calidad de vida no sólo en el paciente sino también en sus familiares.

Como conclusión de todo lo anterior podríamos proponer lo siguiente: tener una información clara sobre la enfermedad sufrida y sus consecuencias, transmitir esa información al entorno del paciente para que sirvan de apoyo y se involucren y seguir las pautas recomendadas por los especialistas para que no se repita el episodio.

A menudo la vida del paciente es mucho mas satisfactoria tras la experiencia de una enfermedad grave.

ANDAR ES SALUD.

Hace algún tiempo sufrí un Ictus cerebral, es decir, una trombosis, de la que gracias a Dios me escapé, aunque dejó algunas secuelas en mi memoria y una pequeña falta de coordinación. Parecer ser que mis pensamientos no se ponen de acuerdo con mis palabras. Palabras que es mi deseo sean lo suficientemente coordinadas para que surtan el efecto deseado “CAUSAR GRATAS SENSACIONES”.

Creo que muchos de ustedes me conocen, para ellos toda mi afecto y consideración y para los demás decirles que me llamo Julián Arenas, tengo 70 años y soy enfermo de corazón desde hace 20, cuando sufrí 2 infartos de miocardio, de los que me queda tener que luchar diariamente con una angina de pecho.

Pero vayamos al principio. Tras el infarto y después de un tiempo de baja laboral, una vez recuperado, me dediqué a mover las piernas, es decir, a caminar diariamente, hasta el punto de que algunos días dedicaba casi 4 horas a esta obligación que me había impuesto. Con el paso de los días comprobaba que cada vez

me encontraba mejor, llegando a pensar, en ocasiones, que tal vez, los especialistas habían errado en su diagnóstico. Era tal mi preparación física que ya mi cuerpo me pedía algo más. Fue cuando comencé a correr, siempre con la autorización de mi cardiólogo Dr. D. Francisco Pérez-Lanzac, que me lo permitía, siempre con el consabido consejo “Ten cuidado Julián”.

Con la dirección y ayuda de un amigo, D. Salvador Morales, que hacía de entrenador me dediqué a acudir a todas las carreras y medias maratones que se celebraban en distintas localidades, siempre acompañado de Marielia, mi querida esposa. Parecíamos feriantes que íbamos de pueblo en pueblo. Llegué a correr 24 medias maratones y otras carreras más y por fin la más anhelada “LA MARATON”, nada más y nada menos que 42 Km. Fue en Sevilla, el 23 de Febrero de 1997, contaba con 62 años de edad y habiendo sido operado anteriormente, de coronarias.

En la maratón invertí casi 5 horas en el trayecto sin detenerme nunca en la carrera y la terminé lleno de euforia.

Hasta aquí mi historia clínica y deportiva. Tengo otra historia más, la que me recuerda los días más felices de mi vida.

Esta historia tiene que ver con el periodo en el que me dediqué a visitar enfermos de corazón y otros, como miembro de la Asociación de Expacientes de la Unidad de Medicina Intensiva (EXPAUMI), en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) del Hospital Clínico Universitario “Virgen de la Victoria” de Málaga, siempre con la inestimable ayuda y colaboración de los Dres. D^a. Maria Victoria de la Torre Prados y D. Ángel García Alcántara, su marido, ambos miembros del equipo médico de la UCI.

Mi tarea como visitador consistía en dialogar con los pacientes que habían sufrido recientemente un episodio que afectaba gravemente a su salud y que por esa razón se encontraba ingresado en la UCI, mi objetivo era ayudarle a superar las tensiones, miedos, angustias, etc, que siente cualquier persona que por primera vez se ve ingresado en esta Unidad.

Por **Julián Arenas**,
Expaciente.

En principio, este cometido lo sentía como un deber moral, después se transformó en una necesidad y finalmente en un gratísimo placer.

Entre los placeres que produce el prestar servicio a los demás está el del espíritu, este placer nos vincula al entendimiento y a la alegría que engendra contemplar la verdad. Se llega a alcanzar, con el paso del tiempo, la sensación de una vida digna y con esperanza de futuro, basada en tu propio esfuerzo y dedicación personal. También se consigue el placer del cuerpo con nuestra entrega, algo que nos proporciona un delicioso clima de bienestar en un estado de tranquilidad y equilibrio, cuando constatamos que nuestro esfuerzo ha servido para ayudar a los demás, recibiendo por ello tan agradables sensaciones.

Desde aquí invito a todos los que puedan hacerlo, a que dediquen parte de su tiempo a esos enfermos e impedidos que nos necesitan, pues estoy seguro que ésta ocupación les reportará muchas satisfacciones y beneficios.

¡Ah! No se olviden de mover las piernas, ya que es de sobra conocido que **“EL QUE MUEVE LAS PIERNAS MUEVE EL CORAZÓN”**.





EL RECETARIO

Desde 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.

CÓCTEL DE ESPÁRRAGOS AL CAVA

Tiempo de preparación: 40 minutos.

6 comensales.

Dificultad: media.

INGREDIENTES:

1 cebolleta fresca, 6 cucharadas de zumo de limón, 3 tomates rojos y duros, 12 espárragos blancos en conserva, 1 zumo de naranja, sal, 1 picada de nuez moscada recién rallada, 1 vaso de cava, 1 pizca de azúcar moreno, 2 cucharadas de yogur de manzana, 4 cucharadas de aceite de oliva.

PREPARACIÓN:

Pelamos, lavamos y troceamos la cebolleta. Ponemos los trozos de cebolleta en el vaso de la licuadora. Rociamos el zumo de limón por encima y removemos un poco. Añadimos los tomates pelados, sin semillas y troceados. Agregamos los espárragos troceados, reservando seis yemas. Ponemos el zumo de naranja, sazonamos al gusto y añadimos la nuez moscada. Incorporamos el cava, el azúcar, el yogur y el aceite.



Batimos unos minutos hasta conseguir un puré homogéneo. Lo tamizamos en el pasapurés y distribuimos el caldo en seis copas de cóctel.

Adornamos las copas con las yemas de espárrago reservadas y servimos.

HUEVOS RELLENOS CON CREMA DE CHAMPIÑONES

Tiempo de Preparación: 20 minutos.

2 comensales.

INGREDIENTES:

4 cucharadas de aceite de oliva, 4 dientes de ajo, 2 cucharadas de puerro picado, 150 gramos de champiñones frescos, sal, pimienta molida, una pizca de tomillo, 4 huevos, ½ cucharadita de crema de mostaza, 1 cucharada de mahonesa, 1 cucharada de zumo de limón, 1 cucharada de perejil picado.

PREPARACIÓN:

Calentamos el aceite a fuego suave en una sartén antiadherente. Cuando esté humeante, añadimos los ajos pelados y picados. Agregamos el puerro y los champiñones lavados y picados. Salpimentamos al gusto, ponemos el tomillo y removemos para mezclar. Cocinamos hasta que las verduras se ablanden y el caldo se consuma. Reservamos.

Cocemos los huevos con agua y

Por **Manuel Ortega**,
Expaciente y miembro de la Comisión Gestora.

PUCHERO CON PELOTAS

Tiempo de preparación: 2 horas.
4 comensales.

INGREDIENTES:

200 gramos de garbanzos, ½ pie de cerdo salado, sal, ¼ de gallina, 300 gramos de morcillo de ternera, 1 hueso de vaca (rodilla), 1 punta de jamón curado, ½ kilo de col, 2 nabos, 2 zanahorias, 1 puerro, 1 chorizo, 1 morcilla de cebolla, 2 patatas pequeñas, 1 higadito de pollo, 100 gramos de carne de cerdo picada, 1 huevo de codorniz, 3 cucharadas de miga de pan mojado en leche, 1 cucharada de pan rallado, 1 cucharadita de perejil muy picado, pimienta recién molida, nuez moscada, 1 pizca de canela, 1 cucharada de piñones troceados, 1 vaso de arroz.

PREPARACIÓN:

Ponemos los garbanzos en remojo la noche antes, con el medio pie de cerdo lavado.

Calentamos agua con sal a fuego vivo en una olla grande. Cuando rompa a hervir agregamos la carne, el hueso y el jamón y lo dejamos que cueza.

Con la segunda ebullición añadimos los garbanzos y el pie de cerdo. Cocinamos a fuego lento.

Lavamos la col, reservamos dos

hojas grandes. Añadimos las hojas restantes a la olla. Pelamos los nabos, las zanahorias y el puerro, que dejamos también enteros.

Aparte, ponemos a calentar agua con sal en una cacerola. Cuando rompa a hervir añadimos los nabos, la zanahoria, el puerro, el chorizo y la morcilla.

Cocinamos hasta que las verduras estén blandas. Pelamos las patatas y reservamos.

En un bol picamos el higadito de pollo y lo mezclamos con la carne picada, el huevo y la miga de pan escurrida. Añadimos el pan rallado, el perejil picado, pimienta, nuez moscada, canela y los piñones. Sazonamos al gusto.

Amasamos esta mezcla para hacer con ella una pelota alargada que envolvemos en las hojas de col reservadas. Sujetamos las hojas de col con palillos de madera para que la pelota no se abra.

Unos 15 minutos antes de terminar la cocción de la carne, agregamos las patatas y la pelota. Pasado este tiempo, colamos un litro de caldo de la cocción de la carne y lo ponemos a hervir en una cacerola limpia añadiendo el arroz. Una vez cocido, servimos en platos individuales.

Preparamos dos fuentes grandes y ponemos en una las carnes, la pelota, la morcilla y el chorizo. En la otra, las patatas, los garbanzos y las verduras. Servimos este acompañamiento después de la sopa de arroz.



sal alrededor de 10 minutos. Pasado este tiempo los dejamos enfriar, los lavamos y partimos por la mitad verticalmente. Separamos las yemas en un bol. Añadimos la mezcla de la sartén, la mostaza, la mahonesa y el zumo de limón. Mezclamos bien hasta conseguir una pasta granulosa.

Rellenamos las claras de los huevos con esta textura. Distribuimos los huevos rellenos en una fuente, espolvoreamos por encima el perejil y servimos.

TARTA ALMENDRA

DE

ZUMO DE PERA Y KIWI CON CAFÉ Y PAN CON TOMATE

Tiempo de Preparación: 35 minutos.

2 comensales.

INGREDIENTES:

250 g. de azúcar, 250 g. de almendras, 125 g. de harina, 25 g. de mantequilla, 6 huevos, 1 cucharada de coñac, Merengue.

PREPARACIÓN:

Se prepara un molde ancho y más bien bajo untado de mantequilla.

Se escaldan las almendras durante dos o tres minutos, se les quita la piel y se secan poniéndolas en la boca del horno. Ya secas, se rallan con una máquina de rallar.

Se baten los huevos con el azúcar hasta ponerlos esponjosos y cuando se tiene el batido a punto de cinta se añade la almendra rallada revuelta con la harina y una cucharada de coñac. Se mezcla con la espátula, se vierte en el molde preparado de antemano y se mete en el horno con calor moderado durante veinticinco o treinta minutos.

Cuando se saca del horno, se cubre de merengue, se espolvorea con azúcar y se mete al horno unos momentos para que se dore.

INGREDIENTES:

4 kiwis maduros, 4 peras de agua, 10 hojas de hierbabuena. ½ vaso de agua, sal, ½ cucharadita de azúcar moreno, 1 taza de café negro torrefactado, 1 taza de leche caliente, 2 cucharaditas de miel de azahar, 2 rebanadas de pan blanco, 2 tomates con forma de pera, 2 cucharadas de aceite de oliva.

PREPARACIÓN:

Pelamos y partimos las peras, desechando las semillas. Ponemos las peras en el vaso de la licuadora, añadimos los kiwis pelados y troceados. Agregamos la hierbabuena y licuamos las frutas hasta conseguir un zumo aromático. Ponemos el agua indicada y el azúcar. Removemos suavemente y lo dividimos entre dos vasos anchos de cristal.

Mezclamos el café muy caliente y la leche con la miel y removemos hasta que la mezcla sea uniforme. La dividimos entre dos tazas procurando mantenerlas calientes.



Tostamos las rebanadas de pan ligeramente por ambos lados. Pelamos los tomates, retirando las semillas y el caldo que contienen, los trituramos con un tenedor y rociamos el aceite por encima. Dividimos el puré de tomate en dos partes iguales y sazonamos al gusto. Extendemos el tomate sobre el pan y servimos el desayuno con el zumo y el café preparados.

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



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 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 LE DESEA UNA MUY FELIZ NAVIDAD Y UN
AÑO 2006 LLENO DE SALUD**

**EXPAUMI
MENSAJEROS DE SALUD**



EXPAUMI

(Asociación de Expacientes de la Unidad de Medicina Intensiva)

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

Teléfonos 952303122 - 647859378 - 647859373

www.expaumi.org