

# EXPERIENCIAS PARA MENSAJEROS DE SALUD

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN DE  
EXPACIENTES DE MEDICINA INTENSIVA

Nº 17

Noviembre 2006

Málaga

## EXPAUMI, 10 AÑOS AYUDANDO AL ENFERMO 1996-2006



## 2006, NACE LA PLATAFORMA ANDALUZA SOCIO-SANITARIA



Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva  
Urgencias y Coronarias



Sociedad Andaluza de Medicina  
Familiar y Comunitaria

# SUMARIO Nº17

SUMARIO Nº17

## EXPAUMI

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN DE EXPACIENTES DE MEDICINA INTENSIVA  
Nº 17 Noviembre 2006 Málaga

**Edita:**  
**EXPAUMI**

**Coordinan:**  
M. V. De la Torre Prados, A.  
García Alcántara, Manuel  
Ortega Jiménez, Manuel  
Luque .

**Fotografías:**  
Francisco Gil del Río,  
Francisco Ramírez Castilla,  
José Enrique García,  
Rogelio Moreno, Manuel  
Luque, Archivo  
EXPAUMI.

**Ilustración**  
**Contraportada:**  
Araceli.

**Diseño Gráfico y**  
**Maquetación:**  
Manuel Luque.

**Imprime:**  
Centro de Ediciones  
Diputación de Málaga  
(CEDMA).

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

Depósito Legal:

- 1 ..... Editorial.
- 3 ..... Proyectos Llevados a Cabo  
por **EXPAUMI** en el año 2005.
- 6 ..... El Declive del Cerebro  
y la Enfermedad de Alzheimer.
- 10 ..... Mitos y Realidades  
del Enfermo Oncológico.
- 14 ..... Situación actual  
del SIDA en España.
- 18 ..... Estilos de Vida Saludable.
- 24 ..... El Trasplante Cardíaco, la Opinión  
del Enfermo y la del Profesional.
- 28 ..... La Unidad del Dolor.
- 30 ..... Ayudar a Otros Mientras  
Nos Ayudamos a Nosotros mismos.
- 34 ..... Enfoque ese Ángulo 4.
- 36 ..... Enfoque ese Ángulo 5.
- 38 ..... **EXPAUMI** Comprometida en Prevención de  
Problemas de Salud y en Salvar Vidas.
- 41 ..... Somos los Enfermos  
de Corazón unos "Ladrillos".
- 42 ..... Conversación de Gestos,  
Conversación de Sentimientos.
- 44 ..... Te animo a perder peso.  
Sí, ¡puedes!, yo lo he conseguido.
- 46 ..... El Recetario  
de Manuel Ortega.
- 49 ..... Un Corazón, Una Vida.... Un Camino.

# SUMARIO Nº17

## HOY DÍA 24 DE NOVIEMBRE SE CUMPLE EL DÉCIMO ANIVERSARIO DE EXPAUMI

Han transcurrido diez años desde que un grupo de profesionales y enfermos expacientes de la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Clínico), pusieron en marcha este proyecto que es hoy una realidad. Se inició esta experiencia en Noviembre de 1996 con un único fin, ayudar y apoyar a todos los enfermos que ingresaban en la UMI y a sus familiares.

Una vez dados de alta en el hospital, se comenzaron a mantener reuniones todos los miércoles de cada semana, con los médicos y enfermeros, en una habitación y que hoy está dedicada al implante de marcapasos y en la que apenas cabíamos más de quince personas sentadas y que en la mayoría de las ocasiones varios estábamos de pie, por no tener asiento ni espacio físico para movernos. Ello, no fue nunca un obstáculo, porque en ella se exponían temas de gran interés por parte de los enfermos y familiares y aún hoy se plantean aspectos referentes a la inseguridad, temores, cambio de hábitos, tratamientos y revisión de analíticas, etc, etc. Los médicos nos atendían y atienden con suma exquisitez y trato personalizado.

De todos modos, muchas, muchísimas cosas nos han ido sucediendo a lo largo de este caminar, unas buenas y otras no tan buenas, pero que gracias a la ilusión, constancia, buena voluntad y compromiso, hemos posicionado a EXPAUMI en el lugar que le corresponde como Asociación Altruista en el ámbito Socio-Sanitario malagueño. La valoración de este reconocimiento por parte de las distintas Instituciones Públicas y Sociedades Científicas así nos lo acreditan y ello nos llena de orgullo y de una gran satisfacción.

Para que nuestros 378 socios y sus familiares, así como todos los lectores de nuestra revista, puedan ver y valorar la realidad tangible de los hechos y de los sucedidos en este período de tiempo, a continuación detallamos un resumen de lo realizado durante estos diez años:

### MEMORIA

Más de **4.000** Visitas realizadas por el equipo de visitantes expacientes a enfermos en UMI.

Más de **6.000** contactos con familiares de enfermos de la UMI, realizados por los Visitadores, Psicólogo y Trabajadora Social.

**34** Cursos gratuitos de Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP) dirigidos especialmente a familiares, de los que se han beneficiado más de 680 personas en la Formación y Prevención en aprender las técnicas precisas para ayudar a Salvar una Vida.

**46** Cursos gratuitos de RCP en los Distritos Municipales y Ayuntamientos de Málaga, y que se han beneficiado más de **950** ciudadan@s malagueñ@s que han realizado estos cursos.

**37** Simulacros de Información y Difusión de la RCP y SVB (Soporte Vital Básico), realizados por nuestro grupo teatral, sobre cómo hay que actuar en caso de Paro Cardíaco, Ahogamiento y Atragantamiento. Estos simulacros se desarrollaron en cuatro playas malagueñas (El Palo, La Malagueta, La Misericordia y Guadalmar), con una audiencia de más de **2300** personas. Esta es la primera y única experiencia de este tipo que se ha realizado en Andalucía y en España hasta la fecha.

**14** Cursos de deshábito al tabaco, dirigidos a expacientes de UMI y a sus familiares. Han asistido a estos cursos más **120** personas.

**33** Charlas-Coloquio informativas sobre distintos temas relacionados con la salud, que han sido desarrolladas y dirigidas por profesionales de la medicina y de la salud. Han asistido más de **1200** personas a estas charlas informativas.

**21** Asambleas Generales Ordinarias.

**3** Asambleas Generales Extraordinarias.

**17** números de nuestra revista realizados, editados y distribuidos altruistamente por el equipo de Publicidad y →

Comunicación de EXPAUMI.

7 Hospitales Públicos de Andalucía (en las provincias de Almería, Granada, Jaén y Córdoba) fueron visitados por un grupo de 24 socios y familiares de la Asociación, acompañados por los Doctores Dña. M<sup>a</sup> Victoria de la Torre y D. Ángel García, exponiendo en todos ellos nuestra experiencia y realidad a más de 75 profesionales de las UMI (médic@s, enfermer@s y auxiliares), con el único fin de ayudar a que se creen otras Asociaciones como la nuestra en la red de Hospitales Públicos de Andalucía.

2 Catálogos Institucionales de EXPAUMI, realizados, editados y distribuidos por nuestro equipo de Publicidad y Comunicación.

Adquisición, realización y publicación de nuestra página web.

Se ha colaborado y participado en distintas Jornadas sobre voluntariado, Bienestar Social, Conferencias, etc.

Hemos asistido y presentado varias ponencias en todos los congresos a los que hemos sido invitados por la Sociedad Científica SAMIUC y por el área de Enfermería y del departamento de Calidad del Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Estamos colaborando estrechamente desde hace más de cinco años con el **061**, mediante la entrega y tramitación de la documentación de la "Tarjeta Corazón" a los enfermos que se visitan en la UMI y, asimismo, también estamos colaborando con la **Asociación de Donantes de Órganos** en todos los eventos en los que EXPAUMI participa. Se han entregado más de **2000** sobres informativos.

En los últimos cinco años se han presentado y realizado más de **75** Proyectos para conseguir fondos y subvenciones de las distintas Instituciones Públicas para la ayuda a los ciudadanos malagueños.

En enero de este año 2006, con la idea de poner en marcha un proyecto que EXPAUMI, desde hace más de tres años, llevaba estudiando sus posibilidades de aplicación y desarrollo, se firmó por fin el Acuerdo de colaboración Socio-Sanitario entre EXPAUMI y las Sociedades Científicas **SAMIUC** y **SAMFYC**, conjuntamente con la **Fundación Luis Portero García**, creándose la **PLATAFORMA ANDALUZA SOCIO-SANITARIA (PAS)**, participando en la firma de dicho Acuerdo el Excmo. Alcalde de Málaga, D. Francisco de la Torre. Por no poder asistir al acto personalmente el Excmo.

Delegado de Gobierno D. José Luís Marcos Medina (pese a haber confirmado su asistencia, un contratiempo le impidió participar), delegó y actuó en su representación el Dr. D. José Luís Martínez, de la Delegación de Salud.

También hemos recibido durante estos años varios premios y trofeos por parte de las Instituciones Públicas: Ayuntamiento de Málaga, Delegación de Salud, Voluntariado y Delegación de Bienestar Social.

El año 2002 la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, a través de la Delegación de Salud de Málaga, nos otorgó el Diploma del Día de Andalucía, como consideración y reconocimiento a la labor Socio Sanitaria que EXPAUMI viene realizando en Málaga y su Provincia.

Bien, esta exposición y resumen, no es más que la realidad de nuestra historia, de la vida de estos diez años de EXPAUMI y que hoy cumplimos con satisfacción y orgullo. Gracias a todos los que han participado con su esfuerzo y compromiso y de manera especial a los Doctores Dña. M<sup>a</sup> Victoria de la Torre Prados y D. Ángel García Alcántara, verdaderos artífices de la realidad de EXPAUMI.



# PROYECTOS LLEVADOS A CABO POR EXPAUMI EN EL AÑO 2006.

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.

Tanto el área social y la psicológica de la Asociación como el personal sanitario de la UMI, son los encargados de llevar a cabo este proyecto.

## DESHÁBITO AL TABACO PARA EXPACIENTES.

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

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

Este proyecto se lleva a cabo durante todo el año en la sede de la asociación 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, con el fin de modular la respuesta de estos y así superar de forma satisfactoria el proceso de duelo.

Este proyecto es llevado a cabo por el psicólogo y la trabajadora social de la asociación junto al personal sanitario de la UMI.

## 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 25 y 30 alumnos, aunque en ocasiones se ha superado esta cifra, llegando incluso a los 40.

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 y doctores de la UMI, instructores del Plan Nacional de Reanimación Cardio-pulmonar y personal voluntario de EXPAUMI.

## **ENTRENAMIENTO A NIVEL FORMATIVO EN CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES A CUIDADORES PRIMARIOS EN PACIENTE DISCAPACITADO.**

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

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

✍ Contenido de salud.

✍ Contenido social.

✍ Contenido psicológico.

Este proyecto se lleva a cabo normalmente entre los meses de mayo y junio, organizados por doctores de UMI, el psicólogo y la trabajadora social 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 LAS PLAYAS DE MALAGA CAPITAL.**

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 auto-cuidado 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 cuatro 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.

## **FORMACIÓN DE VOLUNTARIOS EN APRENDER A FORTALECER Y A CONTINUAR LA CADENA DE LA VIDA.**

El objetivo de este proyecto es formar al ciudadano en las técnicas de Soporte Vital Básico e intervención inmediata ante situaciones de emergencia (dolor torácico, ahogamiento, accidentes, intoxicaciones...), para lo que es necesaria la colaboración y la coordinación de las diferentes instituciones implicadas. Es necesario:

✍ Establecer una línea de actuación para la difusión de técnicas de Soporte Vital Básico en Reanimación, centrado en facilitar al personal municipal integrado en los Servicios Sociales de las Áreas y Distritos Municipales, técnicos de la Fundación Deportiva Municipal y a los cuidadores y a familiares cercanos de pacientes crónicos de los distritos los conocimientos y habilidades básicas en este campo.

✍ Desarrollar los cursos-talleres con el soporte de los profesionales de la salud o las asociaciones científicas necesarias, así como con el personal voluntario de EXPAUMI.

## **SOPORTE VITAL AVANZADO Y MENSAJES DE PREVENCIÓN.**

Este proyecto tiene como objetivo aportar conocimientos de las causas de enfermedades cardio-vasculares en el ámbito de los factores de riesgo, así como detectar los distintos niveles de gravedad en situación de emergencia.

Capacitar específicamente a los familiares en aquellas habilidades prácticas, relacionadas con estas situaciones de emergencia, tanto a nivel de pérdida de conciencia, parada respiratoria o parada cardíaca.

## **VISITADOR-VOLUNTARIO EN LA UMI COMO AGENTE DE SALUD**

Este proyecto tiene como objetivo aportar conocimientos de las causas de enfermedades cardio-vasculares en el ámbito de los factores de riesgo, así como detectar los distintos niveles de gravedad en situación de emergencia.

Capacitar específicamente a los familiares en aquellas habilidades prácticas, relacionadas con estas situaciones de emergencia, tanto a nivel de pérdida de conciencia, parada respiratoria, como parada cardíaca.

## **SIMULACROS DE ACCIDENTES POR TÓXICOS EN JÓVENES ADOLESCENTES**

En las áreas urbanas el uso del alcohol está generalizado entre los jóvenes adolescentes durante los fines de semana de forma masificada y como un factor imprescindible en el tiempo de ocio.

El objetivo de este proyecto es, por lo tanto, mejorar el estilo de vida de los jóvenes hacia un modelo más favorable, realizando simulacros con los familiares jóvenes de los pacientes de EXPAUMI donde se refleje este problema y las consecuencias en forma de accidente de tráfico que pueden surgir y fomentando mensajes saludables. ■

# EL DECLIVE DEL CEREBRO Y LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

## Cómo funciona el cerebro.

El cerebro controla todas las funciones del cuerpo y de la mente. Zonas diferentes regulan funciones diferentes.

Ciertas zonas controlan actividades físicas como caminar, mientras que otras afectan a facultades mentales como el lenguaje, la memoria, la concentración y la toma de decisiones. Muchas enfermedades pueden afectar al funcionamiento de la corteza cerebral, desde traumatismos a problemas vasculares, pasando por tóxicos, trastornos en el estado de ánimo o enfermedades progresivas de tipo degenerativo (en la que las células van muriendo gradualmente, por causas desconocidas). En éste último grupo la más conocida es la enfermedad de Alzheimer, pero no es la única capaz de producir degeneración de la corteza cerebral.

En la sociedad actual existe una creciente preocupación por conocer cuales son los síntomas propios del declive fisiológico de las funciones cerebrales y cuáles

los de inicio de procesos patológicos, con el objetivo de prevenirlos (si fuera posible) o tomar determinado tipo de decisiones importantes para la persona en las mejores condiciones posibles.

El declinar de las funciones de la corteza cerebral (responsable de toda nuestra vida intelectual) se denomina DETERIORO COGNITIVO y puede estudiarse y medirse cada vez de forma más adecuada. El hecho de hacer este “diagnóstico” no conlleva padecer una enfermedad concreta pero obliga a estar prevenidos por si aparece en un futuro próximo.

**En la sociedad actual existe una creciente preocupación por conocer cuales son los síntomas propios del declive fisiológico de las funciones cerebrales.**

Este deterioro se puede medir con estudios neuropsicológicos normalmente realizados por un médico de familia experto, un neurólogo o por especialistas en neuropsicología y son los más fiables. Los exámenes radiológicos, de electroencefalografía o de sangre suelen aportar datos para excluir otro tipo de enfermedades pero no concretan el diagnóstico.

## La enfermedad de Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer es un proceso degenerativo progresivo que afecta a la corteza cerebral y produce cambios en las zonas del cerebro que controlan la memoria y el razonamiento.

Su causa todavía no está clara aunque se parecen coexistir factores genéticos, ambientales, tóxicos, etc.

Por el momento, no tiene cura, pero con la atención adecuada la mayoría de las personas con Alzheimer pueden llevar una vida cómoda durante muchos años.

En el cerebro de las personas con Alzheimer se forman estructuras microscópicas (placas neuríticas y ovillos neurofibrilares) que provocan la muerte de las neuronas (células nerviosas fundamentales). Como consecuencia se afectan diversas y cada vez mayores áreas de la corteza cerebral que controlan facultades mentales como la memoria, el lenguaje, la capacidad de entender y hacer las cosas, la planificación o la decisión, así como la cualidad para darse cuenta de sus propios síntomas. Otras facultades, como el control del movimiento, no suelen verse afectadas hasta las últimas etapas de la enfermedad.

Por el **Dr. Víctor M. Campos.**  
Médico Especialista en Neurología del  
Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Por eso, las personas con Alzheimer parecen normales, pero no pueden retener nada en la memoria por mucho que lo intenten, viviendo en un presente continuo. Por más que se le enseñe no aprenden en forma adecuada (a diferencia de los niños) y suelen necesitar una persona de referencia (habitualmente el cónyuge o un hijo) a la que siguen continuamente y sin la que se sienten perdidos y atemorizados.

### **¿Quiénes desarrollan Alzheimer?**

La enfermedad de Alzheimer tiende a afectar a personas mayores de 65 años. Cuanto más avanzada sea la edad, mayores son las probabilidades de desarrollar la enfermedad. Pero ésta puede presentarse incluso a edades tan tempranas como los 40 años. Puede afectar a cualquier persona y ninguna profesión, nivel educativo o raza es inmune a ella.

La enfermedad puede manifestarse en varios miembros de una misma familia o bien en uno sólo.

### **Síntomas de la enfermedad de Alzheimer.**

Los síntomas de la enfermedad se manifiestan poco a poco. El

promedio de tiempo transcurrido desde el inicio hasta su última fase es de unos 9 años, pero este período puede variar mucho.

En la primera fase la persona se muestra confusa y olvidadiza. A menudo no recuerda cosas o conversaciones recientes, y puede perder objetos y artículos importantes, pero suele recordar claramente el pasado lejano.

En la fase intermedia la persona necesita más ayuda con las actividades cotidianas. Es posible que no reconozca a miembros de su propia familia, que se pierda en lugares bien conocidos y que olvide cómo realizar actividades simples. Puede mostrarse impaciente, malhumorada e impredecible.

En la última fase la persona puede perder completamente la memoria y la facultad de razonamiento, y necesita ayuda en todos los aspectos de la vida diaria.

### **Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer.**

El objetivo del tratamiento es controlar los síntomas y evitar en lo posible la incomodidad de la persona, pero no existe ningún test diagnóstico definitivo ni ninguna medicación curativa, al contrario de lo que parece haberse sugerido en algunos

medios de comunicación. Además los medicamentos pueden mejorar los síntomas en algunos casos, no en todos.

El médico determinará qué tipo de medicamentos son adecuados para cada persona, pero es esencial un plan de control que incluya atención y supervisión. Las visitas periódicas al médico ayudarán a controlar el estado de la persona.

### **Atención diaria a una persona con demencia.**

Atender a una persona con la enfermedad de Alzheimer significa planear sus actividades y velar por sus necesidades personales cotidianas. En este sentido puede ser útil establecer un programa diario, ya que el paciente se sentirá más seguro si tiene una rutina familiar.

Para establecer este programa debe recordarse que a menudo las personas con Alzheimer pueden sentirse aburridas y frustradas. Es posible que quieran realizar alguna actividad, pero no logran comenzarla por sí solos.

Sería interesante planificar estas actividades con antelación para que la persona se mantenga ocupada. Los programas de los centros de atención para adultos durante el día pueden ser un buen recurso.➔

## Consejos útiles en el manejo diario de los pacientes dementes.

Propóngale al paciente tareas sencillas. Si es demasiado complicada, es posible que se impacienta. Las tareas que implican repetición suelen ser adecuadas. Cambie las actividades a medida que lo hagan las habilidades del paciente.

Realice cosas con el paciente. Deje que haga todo lo que pueda, pero ayúdele. Escoja actividades que incluyan muchas tareas fáciles, como hacer un pastel. Realice usted mismo las tareas difíciles, como medir los ingredientes, y déjele hacer el resto.

Intente que no abandone, que simplifique las actividades pero no las abandone. En vez de visitar a un grupo de amigos, visite sólo a uno, o en lugar de tres o cuatro recados, haga uno. Verá como su rendimiento mejora y se sienten más contentos por ello.

Manténgalo activo. El ejercicio físico regular puede ayudarle tanto a usted como al paciente para liberar la energía acumulada. El ejercicio disminuye la impaciencia y mejora el sueño. Caminar es una excelente manera de hacer ejercicio con otra persona.

Evite el ruido y las multitudes.

Los pacientes con enfermedad de Alzheimer suelen tener dificultades en situaciones donde hay mucha gente, ruido y actividad. Evite las grandes fiestas y los restaurantes muy llenos. Incluso si al paciente le han gustado siempre las diversiones ruidosas, es probable que ahora prefiera actividades más tranquilas.

**Puede ser útil establecer un programa diario, ya que el paciente se sentirá más seguro si tiene una rutina familiar.**

### Consejos de seguridad.

Muchos de los síntomas de la enfermedad de Alzheimer, como por ejemplo el olvido y la confusión, pueden causar problemas de seguridad y dar lugar a situaciones peligrosas.

Intente seguir estos consejos para mantener fuera de peligro a la persona con Alzheimer y a quienes viven con ella.

#### 1.- Organice una vivienda segura.

En cada habitación, cambie las cosas que puedan resultar peligrosas para una persona confusa u olvidadiza, pero recuerde que para una persona

con Alzheimer puede ser difícil adaptarse a los cambios. Por lo tanto, no haga modificaciones demasiado drásticas. Reduzca la acumulación de objetos. Mantenga despejadas las áreas de la casa que el afectado frecuenta más a menudo, ya que la acumulación de objetos agrava la confusión y puede provocar caídas.

#### 2.- Medidas de seguridad con electrodomésticos.

Una persona con Alzheimer puede encender una estufa u otro electrodoméstico y dejarlo conectado o usarlo incorrectamente. Quite o cubra los mandos, o desenchufe las estufas y los hornos microondas cuando no los utilice. Desconecte también, o guarde en un lugar aparte, los electrodomésticos pequeños. Reduzca la temperatura del calentador de agua a menos de 39° C para evitar quemaduras. Quite las cerraduras interiores de las puertas de los cuartos de baño y dormitorios. Mantenga cerradas las áreas de piscinas o jacuzzis. Asegúrese de que la comida se mantenga en buen estado. Las personas con Alzheimer pueden no darse cuenta si la comida se deteriora. Mantenga los bolsos, llaves, libretas bancarias, dinero y otros artículos importantes fuera de la vista, ya que las personas con Alzheimer pueden mover o esconder objetos y no recordar haberlo hecho.

### 3.- Controle sus paseos.

Las personas con Alzheimer pueden mostrarse impacientes o confusas y moverse mucho por la casa, o incluso alejarse de vista y perderse. Ponga luces de noche en todos los pasillos. Instale cerraduras que sean difíciles de abrir para el paciente. Pida a los vecinos que le avisen si ven al paciente por la calle solo. Acompañe al paciente si insiste en salir de casa. No discuta ni grite. Trate de persuadirle amablemente de que regrese a casa.

Para mayor seguridad, pida al paciente que lleve puesto un brazalete médico o de identificación de la Asociación de Alzheimer. Llame a su Asociación local para el Alzheimer y solicite información acerca de programas que puedan ayudarle con este problema.

### 4.- Impida que la persona conduzca.

Para una persona con Alzheimer, conducir puede ser peligroso. Es posible que la persona se niegue a dejar de conducir, pero haga todo lo posible para impedirle conducir un automóvil. Solicite a una figura con autoridad, como un médico o un abogado, que le explique al paciente que no debe conducir. Telefóne a Tráfico. Las personas diagnosticadas de Alzheimer deben someterse a una revisión médica. Limite su acceso al automóvil. Ponga las llaves en un lugar seguro y

mantenga el vehículo cerrado. Trate de dejar el automóvil en un lugar que el paciente desconozca.

### 5.- Consejos de higiene alimentaria.

(A medida que pasa el tiempo, el paciente necesitará cada vez más ayuda para realizar sus tareas diarias, pero en cada fase de la enfermedad, deje que el paciente haga lo más posible).

Al menos una vez al día, siéntense juntos para comer. Las comidas son una buena ocasión para conversar y también le permiten observar la cantidad y el tipo de comida que ingiere el enfermo de Alzheimer. Prepare comidas sanas. Pregunte al médico los suplementos que pudiera ser útil incluir en las comidas. Asegúrese de que el paciente toma líquido suficiente.

### 6.- Consejos de higiene en el vestir.

Si el paciente se viste solo, no se preocupe si las distintas prendas de ropa no siempre combinan unas con otras. Elegir la ropa que se va a poner puede ser demasiado difícil para una persona con Alzheimer. Intente prepararle las prendas de ropa que se va a poner cada día y en el orden en que debe ponérselas. Cuando requiera ayuda, pídale cada prenda y dígame como ponérsela.

### 7.- Limpieza y aseo personal.

Es posible que el paciente se enfade si se le recuerda que debe bañarse o ducharse. Tal vez sea mejor tratar estas cosas como actividades rutinarias que ocurren todos los días a una hora predeterminada. Prepare de antemano el agua del baño y los utensilios de aseo necesarios. Si es preciso, ayúdele a lavarse la cabeza, peinarse o afeitarse.

### 8.- Ayúdele en cómo tomar sus medicamentos.

Lleve cuenta de los medicamentos que debe tomar todos los días. Puede ser útil un pastillero con varios compartimientos y una lista de medicamentos. No se fíe del paciente cuando le diga que ya ha tomado los medicamentos. Asegúrese de que lo hace en la dosis correcta y a la hora establecida. Guarde los medicamentos en un lugar seguro para evitar que el paciente tome una dosis excesiva. ■

# MITOS Y REALIDADES DEL ENFERMO ONCOLÓGICO.

Con la palabra “CÁNCER” tanto los médicos como los pacientes y sus familias han denominado a un grupo de enfermedades, generalmente graves, que se caracterizan por un crecimiento incontrolado de células que altera profundamente la vida de las personas. Sin embargo, en realidad hoy en día la misma palabra (que procede del griego y que significa “cangrejo”, por el concepto de que es una enfermedad que se extiende como las patas de este animal), no define bien a cada uno de los procesos que aparecen en cada órgano del cuerpo. Es decir, de forma más clara, hoy sabemos que no es igual un tumor o bulto en el pulmón que otro en la mama de una mujer. Es decir, conocemos mucho mejor el entresijo de las enfermedades y esto además nos permite hacer un tratamiento específico y diferente para cada una según el órgano al que afecte.

Los tumores o enfermedades neoplásicas como las llamamos los médicos, continúan siendo hoy en día, junto con las enfermedades cardiovasculares y los accidentes de tráfico una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. Por eso es muy importante saber si podemos hacer algo para prevenirlas y cuáles son los medios que tenemos para tratarla, lo cual trataremos de exponer de forma clara y sucinta a continuación.

## ¿Cuáles son los tumores más frecuentes?

Debido al gran número de individuos que todavía fuman y sobre todo a la incorporación de forma tardía de la mujer a este pernicioso hábito, el cáncer de pulmón continúa siendo una de los diagnósticos más frecuentes, junto con el cáncer de colon y recto, cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de útero.

Los tumores afectan a todas las edades y en niños la

mayor frecuencia continúa siendo representada por las leucemias agudas.

## ¿Podemos hacer algo para prevenirlo?

No es cierto que no podamos hacer nada para evitar un tumor o al menos disminuir la probabilidad de que aparezca. La primera idea que hay que tener en mente es que el que un familiar haya tenido un tumor no significa que haya un problema hereditario. Es decir pocos tumores son realmente hereditarios, y cuando así ocurre es en el contexto de enfermedades asociadas.

Dentro de las actividades que pueden realizarse para evitar o disminuir la aparición de tumores y para diagnosticarlo en una fase inicial donde todavía es curable, podemos plantear las siguientes alternativas.

En primer lugar hay que decir que el estilo de vida influye mucho en la aparición de tumores y así se

Por el **Dr. Lorenzo Alonso Carrión.**  
Servicio de Oncología Médica,  
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

han demostrado como eficaces y útiles las siguientes medidas:

✍️ **No fumar:** evitamos cáncer de pulmón, de laringe, de páncreas, de vejiga y de cuello de útero.

✍️ **Realizar actividad física.**

✍️ **Llevar una dieta con pocas calorías, poca carne y casi nula grasa animal y a ser posible con fibra (legumbres, cereales, frutas), lo que va a ayudar a disminuir el cáncer colorectal y el cáncer de próstata que es uno de los que más se influencia por la dieta, sobre todo por las grasas animales.**

✍️ **Tener una actitud positiva y optimista ante las situaciones contrarias de la vida, dado que se ha visto una relación entre mente y cuerpo para las enfermedades, de forma que las actitudes depresivas disminuyen la inmunidad y favorecen los problemas en el organismo.**

Otra forma de ayudar a controlar este tipo de enfermedades la constituye el diagnóstico precoz, es decir, el diagnosticarlo en una fase muy temprana, de forma que el tratamiento que vamos a hacer va a evitar la extensión del tumor y va a favorecer la curación. El diagnóstico precoz ha demostrado utilidad en este sentido en el cáncer ginecológico, sobre todo en el de cuello de útero, y en el cáncer de mama en la mujer.

Todo ello no quiere decir que dispongamos de una receta maravillosa para evitar las enfermedades, pero si que siguiendo estos consejos y pautas de comportamiento junto ayudamos de forma clara a sentirnos mejor.

### ¿Qué tipo de tumores se curan y cómo?

Hoy en día las tres armas que tenemos para tratar los tumores son en primer lugar la cirugía, junto con quimioterapia y nuevos medicamentos que actúan a

otros niveles diferentes a los conocidos “sueros” como popularmente se les denomina, y la radioterapia, técnica que ha evolucionado de forma importante en los últimos años.

La **cirugía** continúa siendo el arma más importante para el tratamiento de los tumores. Se están desarrollando técnicas con laparoscopia que en ocasiones disminuyen la agresividad y la morbilidad de las operaciones. Por otra parte, al combinar cirugía con quimioterapia o radioterapia se están operando tumores en situaciones que hasta hace unos años eran consideradas como no operables.

La Oncología Médica es la parte de la medicina que se encarga de coordinar el tratamiento de los tumores. Los oncólogos médicos han utilizado como arma de tratamiento básica la **quimioterapia** o los “sueros” como muchas →

personas de nuestra comunidad llaman a estos tratamientos. Hay mucha mitología alrededor de estos tratamientos aún hoy en día, en el sentido de que producen efectos secundarios que en realidad no producen, como mareos, etc, etc. La buena noticia a este respecto es que en los últimos años se han desarrollado medicamentos que anulan o disminuyen muchos de los efectos de estos tratamientos, sobre todo las náuseas y la bajada de defensas. Otra buena noticia es que también en los últimos años se han desarrollado otro tipo de medicamentos que actúan de forma diferente a los clásicos sueros y además muchos de ellos se administran vía oral. Estos nuevos medicamentos actúan impidiendo que se formen los vasos sanguíneos que el tumor necesita para crecer y también “destruyen” determinados receptores en cada célula que le son necesarios también para dividirse y expandirse.

En cuanto a la **Oncología Radioterápica**, es otra especialidad que ha evolucionado con el desarrollo de nuevas técnicas de tratamiento y de aparatos que permiten administrar mejor la dosis en el tumor, preservando los tejidos normales, con lo que se disminuyen de forma significativa el daño o toxicidad de cada tratamiento.

La efectividad del tratamiento de los tumores ha supuesto que hoy en día puedan curarse más de la mitad de todos los tumores. En algunos casos, como los Linfomas de Hodgkin y no Hodgkin, que son tumores derivados de los ganglios, la curación está por encima del 85%. También ocurre así en tumores de testículo que afectan a una población joven, los cuales prácticamente se curan en la totalidad de los casos. Los tumores infantiles como las leucemias tienen también un alto índice de curación.

Cada día están apareciendo nuevos medicamentos y así por ejemplo, en un tumor tan difícil de tratar como el cáncer de riñón, han aparecido nuevas medicinas que están consiguiendo controlar la enfermedad, algo impensable hace sólo dos años.

En otros tumores como los de mama, colon y recto y pulmón, la efectividad de los tratamientos ha hecho que se estén consiguiendo porcentajes de supervivencia muy elevados.

España es uno de los países de la Comunidad Europea donde los resultados del tratamiento de estas enfermedades está más desarrollado, ya que es uno de los pocos países que cuenta con especialidad de Oncología Médica reconocida. Además, las novedades de tratamiento alcanzan de forma prácticamente inmediata a nuestro país y no hay problemas de utilizar medicación de último desarrollo.

### ¿Hay alternativas a los medicamentos clásicos?

El diagnóstico de un tumor constituye una situación de máxima preocupación para el paciente y su familia. Esto hace que en muchas ocasiones se busquen remedios fuera de la medicina tradicional, muchos de los cuales no han demostrado su efectividad. Entre las técnicas más usadas complementarias a la medicina tradicional se encuentran:

✍Técnicas de relajación orientales, que son beneficiosas como apoyo a los tratamientos clásicos.

✍Hierbas de todo tipo: en ocasiones se han comunicado respuestas de tumores a ciertas hierbas, pero hasta el momento no hay datos definitivos de su utilidad. Además, todos estos compuestos tienen el problema de que pueden adulterarse por vendedores desaprensivos.

✍Cartílago de tiburón:

durante mucho tiempo se ha estado investigando porque los tiburones son de los pocos animales que no padecen tumores. Hasta el momento no hay información de su utilidad.

✍Derivados del cannabis: la única utilidad demostrada es como ayuda a disminuir la sensación de náuseas y vómitos, pero sin ningún otro efecto demostrado sobre el tumor.

### ¿Qué hace falta desarrollar?

Así como la faceta de la asistencia dentro de los Hospitales está bien desarrollada en nuestro medio, quedan muchas cosas por hacer para la atención a los pacientes sin tratamiento activo y en fase final. Aunque se están haciendo intentos importantes, aún es grande la desconexión entre la medicina de los Centros de Salud y el Hospital. Se necesita una mayor comunicación entre los dos niveles (Hospital y Centro de

Salud). Por otra parte es muy escaso el número de camas destinadas a la atención a cuidados paliativos en nuestro medio, lo cual es mejorable.

### Conclusiones.

Los tumores malignos son un grupo de enfermedades diferentes en su comportamiento según cada órgano del cuerpo. Hoy en día la cirugía, los medicamentos y la radioterapia constituyen las armas terapéuticas más eficaces, consiguiendo un alto índice de curación.

Es necesaria una mayor comunicación entre hospital y médico de familia, así como el número de camas destinadas a cuidados paliativos.■

# SITUACIÓN ACTUAL DEL SIDA EN ESPAÑA.

**E**n 1981 se identifica una nueva enfermedad que se caracterizaba por:

- Afectar a adultos jóvenes.
- Cursar con un déficit de la inmunidad celular de causa desconocida hasta este momento.
- Presentar Infecciones (IO) o Tumores oportunistas (TO) (Neumonía por P jeroveci, Sarcoma de Kaposi, etc.). Son enfermedades que sólo afectan o son más frecuentes en pacientes inmunodeprimidos.

## SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

**E**n España el SIDA es una enfermedad de Declaración Obligatoria, no así la infección por el VIH.

La investigación epidemiológica permitió identificar que estos pacientes se podían agrupar por Prácticas Sexuales, Consumo de Drogas por Vía Parenteral, haber recibido Transfusiones de sangre completa o derivados o haber nacido de Madre enferma. Se habían definido las vías de

transmisión (Sexual, Parenteral y Vertical) así como las Prácticas de riesgo:

✍ Vía sexual: Homo y/o Bisexual, Heterosexual.

✍ Vía Parenteral:  
- Consumo de Drogas por Vía Parenteral, CDVP.  
- Transfusión de Sangre o Hemoderivados.  
- Accidentes laborales en sanitarios.

✍ Vertical: madre-hijo.

✍ Desconocido: menos de un 5%.

La sospecha de una enfermedad transmisible de origen infeccioso se confirma en 1983, año en que se descubre el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), y a partir de 1984 disponemos de una técnica en suero que identifica a los pacientes que tienen anticuerpos frente al VIH, este hecho es trascendental para conocer la historia natural de la enfermedad, hay seropositivos y enfermos. El VIH es un virus de acción lenta que tarda una media de 8-10 años en provocar una destrucción del sistema inmunológico de tipo celular, que permita el desarrollo de IO y TO (SIDA). Luego

debemos hablar de **Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana** donde el **SIDA** es un efecto tardío de esta infección.

Así mismo se identifican pacientes, sangre y derivados, tejidos y las madres infectadas.

Todos estos conocimientos se aplican a medidas de lucha frente a esta enfermedad que en estos primeros años se reducen a:

✍ Tratamiento y Prevención de las Enfermedades Oportunistas.

✍ Diseñar estrategias y recomendaciones para evitar nuevas infecciones.

✍ Clasificar la enfermedad en función de los parámetros



Por el **Dr. Manuel Marqués Solero**.  
Unidad de Enfermedades Infecciosas,  
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

clínicos e inmunológicos.

✍ La investigación básica descubre los mecanismos íntimos de la infección por el VIH y del mismo virus, diseñándose estrategias terapéuticas que dan resultados en 1987. Este año se comercializa el primer fármaco con actividad anti-VIH (Zidovudina). Hasta 1996 se registran 5 fármacos más con actividad anti-VIH (Inhibidores de la Transcriptasa). A pesar de todo, los pacientes

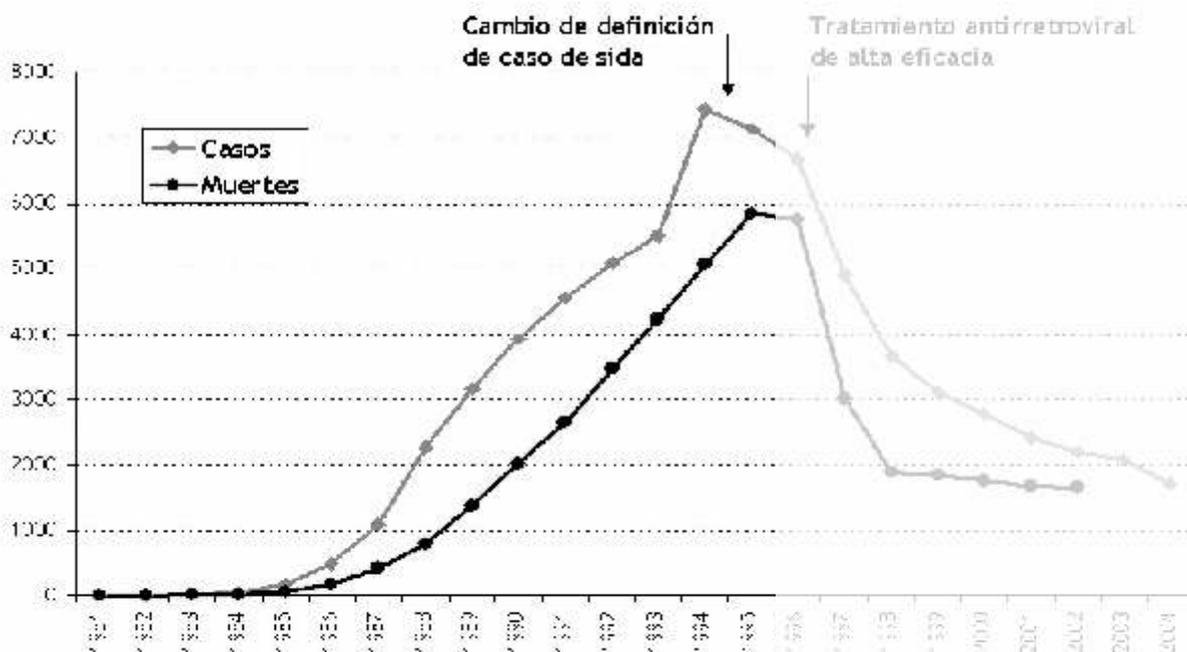
evolucionaban lenta pero inexorablemente a la progresión-muerte y la epidemia continua su expansión. La mejor recomendación era no infectarse. (Fig. 1).

A partir de 1996 se introducen nuevos fármacos (Inhibidores de la Transcriptasa, I de la proteasas) y el concepto de poliquimioterapia, se crean esquemas de tratamiento con al menos tres fármacos, el llamado Tratamiento Antiretroviral de

Gran Actividad (TARGA) y la morbilidad-mortalidad desciende espectacularmente.

La situación inmunológica de los pacientes se recupera parcial o totalmente, pero no erradica la infección (Fig. 2).➔

**Figura 1. Incidencia de sida en España corregida por retraso en la notificación**  
**Registro Nacional de Sida. Actualización a 30 de Junio de 2005**



(Ministerio de Sanidad)

## LA INFECCIÓN VIH PUEDE SER CRÓNICAMENTE SUPRIMIDA Y LA INMUNIDAD PARCIALMENTE RECUPERADA.

Estos esquemas de tratamiento son eficaces en el 70-90 % de los pacientes en ensayos clínicos. Pero presentan inconvenientes:

✎ Efectos Adversos: el 45% de los pacientes presenta algún problema asociado que

determina la suspensión en el 15-20%: cólicos nefríticos, alergias, náuseas, vómitos, pancreatitis, hepatitis, convulsiones, etc.

✎ Se precisa una alta adherencia (superior al 90%) para ser eficaz.

✎ Interfiere con un amplio grupo de fármacos: hipolipemiente, antihistamínicos, anestésicos, etc.

✎ Alto coste económico, hay países que no pueden pagarlos. El

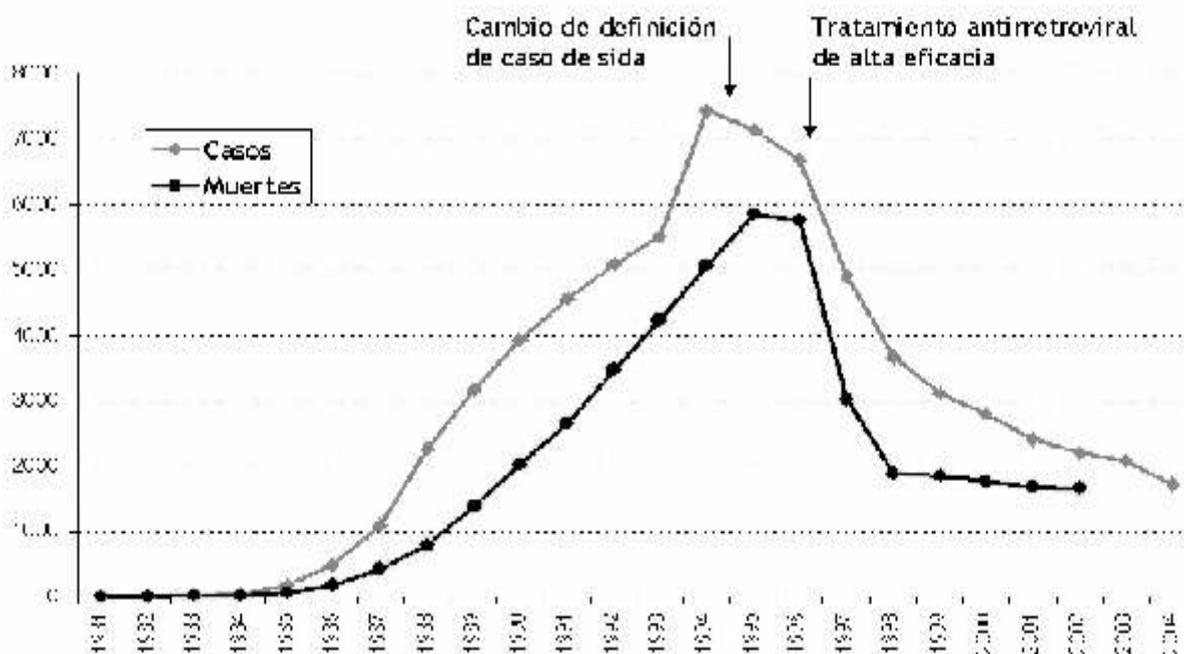
coste medio actual del tratamiento en un paciente VIH, es de un mínimo de 750 euros/mensuales.

Los tratamientos provocan efectos tardíos no esperados que complican el manejo y morbilidad de estos pacientes:

✎ Aumento del riesgo cardiovascular: hiperlipemia, Diabetes mellitus, HTA.

✎ Cambios en la distribución corporal de la grasa con

**Figura 2. Incidencia de sida en España corregida por retraso en la notificación**  
**Registro Nacional de Sida. Actualización a 30 de Junio de 2005**



(Ministerio de Sanidad)

repercusiones estéticas y en la propia imagen corporal.

✍ Desarrollo de Resistencias a los Fármacos disponibles.

En la actualidad no existe una esperanza cercana de curación ni de vacuna protectora de la infección por lo que continúa siendo la mejor recomendación: **NO INFECTARSE.**

## EVOLUCIÓN DE LA EPIDEMIA EN ESPAÑA.

El Plan Nacional para el SIDA considera que en España hay una población aproximada de 140.000 infectada por el VIH. Continúa siendo una enfermedad que afecta fundamentalmente a **varones (75%)**, que progresivamente tiene una edad media más elevada (40 años), la emigración se ha incorporado a las estadísticas y en nuestro centro constituyen el 10% de los nuevos diagnósticos.

Las medidas preventivas han tenido éxito rotundo en la transmisión por sangre y hemoderivados y en la transmisión de madre a niños. El CDVP clásicamente ha constituido nuestra principal práctica de riesgo y globalmente



desde el inicio de la epidemia actualmente constituye el 50% de los casos de SIDA (campañas sanitarias, cambios de hábitos tóxicos), pero si se observa desde la perspectiva de los nuevos diagnósticos la transmisión sexual es la más importante y la vía **HETEROSEXUAL** es tan importante como la Homosexual, en contra de la idea del colectivo Heterosexual que clásicamente se ha considerado no afectado por esta enfermedad. **La mujer se infecta fundamentalmente a partir de su pareja.** Cada día nos parecemos epidemiológicamente al SIDA del resto del mundo, donde la vía sexual, y dentro de ella la **HETEROSEXUAL**, es la vía de

transmisión más importante del VIH. La transmisión Homosexual ha tenido una tendencia descendente que se está invirtiendo en la actualidad.

En conclusión, el sexo no seguro constituye la principal fuente de infección actual del VIH (enfermedad incurable) en nuestro país y debe ser una prioridad convencer a la población heterosexual que es una práctica de riesgo que puede afectarles, incluyendo a personas de su entorno familiar actual o futuro.■

# ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

**T**odos los días nos bombardean con mensajes sobre como mejorar nuestra salud, un gran número de consejos sobre el estilo de vida y la dieta que parecen interminables. Comer sano y llevar un estilo de vida saludable no sólo es importante para nuestro aspecto, sino también para sentirnos bien y poder disfrutar de la vida de una manera más sana. La mayoría de las veces estos consejos son difíciles de llevar a la práctica y otras veces, sencillamente ininteligibles.

Así que vamos a empezar definiendo qué es eso de un estilo de vida. De las muchas definiciones que existen me parece interesante la siguiente:

*“Estilo de vida saludable, es aquel que permite ir introduciendo en la manera de*

*vivir de las personas, pautas de conductas, que tanto individual como colectivamente de forma cotidiana, mejora”*

Cómo vemos, nos habla de “*ir introduciendo*”, es decir de adquirir y modificar costumbres; yo añadiría poco a poco.

*“En la manera de vivir”*, eligiendo las más fáciles de adaptar al ritmo de vida de cada uno. Nos debemos marcar cambios realistas.

*“De forma cotidiana”*, no caigamos en el error de hacer “*borrón y cuenta nueva*”, estamos condicionados por una serie de circunstancias difíciles de alterar, como la falta de tiempo, pocos espacios libres, etc. Así que, lo repito, seamos realistas.

A partir de estas consideraciones previas, estamos preparados para el

cambio.

Otro aspecto importante es ser consciente de que la salud es responsabilidad de cada uno de nosotros, no del médico. Hay estudios que demuestran que los médicos sólo influimos en el 25% de la salud. Cada persona es libre de elegir la forma de vivir que le guste y esto es lo que va a determinar su calidad de vida.

De este concepto, la salud como responsabilidad *individual*, derivan los siguientes principios:

- ✍ Cada uno de nosotros determina en gran manera la calidad de nuestra salud.
- ✍ Nadie más puede regular nuestros hábitos personales de vida.
- ✍ Buena salud no es un asunto de buena suerte o destino, sino de buenos hábitos.

Por el **Dr. José María Cabra Dueñas.**  
Especialista en Medicina de Familia  
y Médico del Centro de Salud de Torre del Mar, Málaga.

Algunos ejemplos de circunstancias que influirán en la salud son:

- ✍ Saber utilizar de forma positiva la publicidad.
- ✍ Empleo habitual del deporte como forma de empleo del ocio.
- ✍ Favorecer una cultura que apoye y defienda que los recursos naturales son limitados.
- ✍ Conocer y utilizar las asociaciones de autoayuda (por ejemplo EXPAUMI).
- ✍ Hacer un buen uso de los servicios públicos.
- ✍ Que la sociedad disponga de redes de apoyo social.
- ✍ Que la sociedad reconozca y favorezca las conductas positivas.

Tal vez sea ahora el momento de recordar que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino algo más amplio: bienestar físico, psicológico y social. La salud tiene muchos componentes, algunos de ellos:

### Salud Física.

#### Concepto:

- ✍ Nivel de susceptibilidad a una enfermedad, peso corporal, acuidad/agudeza visual, fuerza, potencia, coordinación, nivel de tolerancia y rapidez de recuperación.
- ✍ La persona tiene la sensación (subjetiva) de que ninguno de sus órganos o funciones se encuentran menoscabadas.

#### Características:

- ✍ Funcionamiento eficiente del cuerpo.
- ✍ **R e s i s t e n c i a** a enfermedades.
- ✍ La capacidad física de responder apropiadamente a una diversidad de eventos.
- ✍ Nivel adecuado de aptitud física.

### Salud Mental.

Concepto (según la Organización Mundial de la Salud -OMS-): →



### EL YOGURT Y LA SALUD

Una taza de 250ml. de yogurt natural descremado proporciona cerca de 400 miligramos (mg.) de calcio, más que los 300 mg. contenidos en un vaso de leche del mismo tamaño.

El yogurt también contiene la misma cantidad de potasio que un plátano y la misma cantidad de proteína que un huevo o que 30 g. de carne.

Las bacterias vivas del yogurt ayudan a la digestión y protegen contra otras bacterias dañinas.

Consumir un yogurt al día no significa acudir al médico con menos frecuencia.

✍ La capacidad para mantener relaciones armoniosas con los demás, satisfacer necesidades instintivas potencialmente en conflicto sin lesionar a los demás y ser capaz de participar en las modificaciones positivas del ambiente físico y social.

#### Características:

✍ Existe un equilibrio interior, intelectual y afectivo.

✍ El individuo:

- Vive satisfecho de sí mismo.

- Se siente bien con relación a las demás personas.

- Puede hacer frente a las exigencias de la vida.

#### **Salud Social.**

#### Concepto:

✍ La habilidad de interaccionar bien con la gente y el ambiente, habiendo satisfecho las relaciones

interpersonales.

#### Características:

✍ La persona se encuentra integrada a su medio social.

✍ Incluye:

- Buenas relaciones con otros.

- Una cultura apoyadora.

- Adaptaciones exitosas en el ambiente.

#### **Salud Espiritual.**

#### Concepto:

✍ Creencias y prácticas religiosas.

✍ La creencia en un ser supremo:

✍ Para algunos, dicha fuerza será la naturaleza, para otros será las leyes científicas y para otros será la fuerza de Dios.

✍ La habilidad para:

- Descubrir y articular un propósito personal en la vida.

- Aprender cómo experimentar amor, disfrute, paz y sentido de logro



## ¿Por qué es importante la actividad física?

✍ Reduce el riesgo de desarrollar obesidad, enfermedades cardíacas, diabetes, hipertensión y cáncer de colon.

✍ Flexibilidad corporal, agilidad y coordinación.

✍ Fortalece los huesos y los músculos.

✍ Reduce los niveles de grasa corporal y el nivel de lípidos en sangre.

✍ Baja la tensión arterial.

✍ Reduce el riesgo de fracturas de cadera en mujeres.

(auto-realización).

#### Características:

- Cómo ayudar a uno mismo y a otros para que alcancen su potencial máximo.

#### **Salud Emocional.**

#### Concepto:

✍ La habilidad de controlar las emociones, es decir, sentirse cómodo al expresarlas y de realizarlo en forma apropiada.

✍ **Características** emocionales que te ayudan a crecer y desarrollar:

- Grado en el cual tú eres capaz de controlar/combatir el estrés. Ser flexible.

- Compromiso para resolver conflictos.

A partir de ahora, vamos a darles algunas ideas para incorporar a sus estilos de vida, es decir, medidas para vivir mejor. Ya les adelanto que, como impone el sentido

común, están relacionadas con la alimentación, el ejercicio, abandono del **t a b a c o** y **u s a r** responsablemente los medicamentos.

#### **A c c i o n e s d e** **Prevención/Protección.**

- Comportamientos de salud responsables.

- Higiene individual.

**Evaluación médica** temprana.

- Inmunizaciones.

- **Saneamiento** ambiental.

- Protección contra accidentes.

- **Clínicas de enfermedades** incapacitantes.

- **Vivienda** confortable.

#### **Estilos de Vida** **Adecuados.**

- Ejercicios físicos regulares.

- **Nutrición** →

### **FACTORES CLAVE PARA UNA DIETA SANA**

✍ Mantener un **peso** corporal saludable para sentirse bien.

✓ El peso adecuado varía según las personas.

✍ No olvidarse de las **frutas y verduras**.

✓ Existe una relación entre el consumo de estos alimentos y el descenso del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer.

✍ Basar la dieta en alimentos ricos en **carbohidratos**.

✓ La mitad de nuestra ingesta alimenticia diaria debería consistir en carbohidratos.

adecuada.

- Control de las tensiones (estrés).
- No fumar.
- No ingerir alcohol (o su consumo moderado).
- Dormir de 7 a 8 horas diarias.
- Aplicar medidas de seguridad.

Desde el punto de vista práctico, el Instituto Jackson Health System, en sus consejos a los pacientes para mejorar la salud propone lo

siguiente:

- ✎ Reduzca el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas.
- ✎ Mantenga un peso saludable.
- ✎ Coma bien (más frutas, vegetales, cereales, carnes magras, limite las calorías y grasas saturadas), Cantidad y calidad.
- ✎ Manténgase físicamente activo, haga ejercicio por lo menos 30 minutos la mayor parte de la semana.
- ✎ Deje de fumar.
- ✎ Controle la presión

arterial y los niveles de colesterol.

- ✎ Si tiene diabetes, controle la enfermedad (Controle los niveles de hemoglobina A1C y azúcar en la sangre).
- ✎ Cuide su salud sexual
- ✎ Prevenir accidentes: tráfico, caídas, etc.
- ✎ Tome el sol con sentido común: vigile los lunares.
- ✎ Converse los temas de violencia doméstica con el médico de atención primaria.
- ✎ Pruebas preventivas de detección.
- ✎ Si tiene 40 años de edad o más, hágase un examen de la vista anual o con la frecuencia que le indique su médico de atención primaria.
- ✎ A partir de los 50 años, hágase análisis anuales de heces fecales para detectar si hay sangre en el excremento.
- ✎ Si tiene 50 años o más, hágase una colonoscopia o sigmoidoscopia flexible.
- ✎ Después de los 40 años, hágase una mamografía



## MEDIDAS PARA VIVIR MEJOR

### ✎ Vacunaciones.

- ✎ Si tiene 50 años o varios problemas clínicos, póngase la **vacuna antigripal** todos los años.
- ✎ Si tiene 65 años o más o padece de varios problemas clínicos, póngase la vacuna contra el **neumococo**.
- ✎ Aplíquese el refuerzo de la vacuna **antitetánica** cada 10 años.

anual, con una mamografía de referencia a los 35 ó 40 años.

✍ Hágase una citología anualmente o un máximo de cada 3 años.

✍ A partir de los 50 años, hágase un examen de próstata anual o con la frecuencia que le indique su médico de familia.

✍ Vacunaciones:

- Si tiene 50 años o tiene varios problemas clínicos, póngase la vacuna antigripal todos los años.

- Si tiene 65 años o más o padece de varios problemas clínicos, póngase la vacuna contra el neumococo.

- Aplíquese el refuerzo de la vacuna antitetánica cada 10 años.

Uso/abuso de sustancias químicas o drogas.

Si fuma, debería dejar de fumar: pida ayuda.

Si abusa del alcohol u otras sustancias químicas, debería

dejar de hacerlo.

Y si le preocupa, como no, el cáncer, la Clínica Mayo asegura que podemos disminuir el riesgo de contraerlo siguiendo estas normas:

✍ No fumar.

✍ Mantener un peso adecuado para su estatura, y limitar el aumento de peso en la edad adulta a no más de 5kg.

✍ A diario hacer ejercicio moderado, y vigoroso una vez por semana.

✍ Comer cinco o más porciones de frutas y verduras al día.

✍ Elegir cereales integrales a los procesados.

✍ Limitar la carne roja a aproximadamente 90g por día.

✍ Limitar el consumo de comidas grasosas, en particular las de origen animal.

✍ Limitar las bebidas alcohólicas a una (para

mujeres) y dos (para hombres) al día.

Las vacunas no son sólo cosa de niños, los adultos tienen también un calendario de vacunaciones como la gripe, tétanos, difteria, hepatitis, neumococo, etc; consúltelo a su médico.

Por último, no abusemos de los medicamentos, no hay ninguno que no tenga efectos secundarios. Pregunte a su médico por sus inconvenientes y cuales son los realmente necesario. Las enfermedades más importantes se curan o mejoran no tanto con “una pastilla” como con unos estilos de vida sanos.■

# TRASPLANTE CARDIACO.

**E**l trasplante cardiaco es una terapia excepcional en el tratamiento de los pacientes con cardiopatías, fundamentalmente insuficiencia cardiaca. Sólo uno de cada varios miles de enfermos del corazón es seleccionado para trasplante. Esto se debe a que en la mayoría, el tratamiento con medicinas consigue devolverles un aceptable estado de salud. A otros muchos, la cirugía puede mejorarles su propio corazón. A algunos su enfermedad cardiaca les ha dañado tanto otras partes de su cuerpo, los pulmones, el hígado y los riñones especialmente, que la sustitución del corazón no resolvería su situación y los expondría a un riesgo injustificado.

La principal indicación de trasplante cardiaco en la actualidad es la insuficiencia cardiaca. Esta la podemos definir como la incapacidad del corazón de aportar la sangre y los requerimientos nutritivos necesarios a todo el organismo. Las principales manifestaciones de insuficiencia cardiaca son:

Dificultad respiratoria, que aumenta con los esfuerzos físicos (subir escaleras, andar cuesta arriba...) y en particular al

acostarse. Por eso probablemente te has visto obligado a dormir sobre varios cojines o almohadas que levanten el pecho, esto se debe al encharcamiento pulmonar, por la sangre remansada que el ventrículo izquierdo no es capaz de impulsar hacia la aorta.

El edema de pulmón, es una forma grave de encharcamiento, que a veces, nos obliga a someter al enfermo a respiración artificial. Otra forma particular de dificultad respiratoria es la que despierta al paciente de repente, sudoroso y angustiado y le obliga a levantarse y a buscar aire, incluso abriendo la ventana.

**La principal indicación de trasplante cardiaco en la actualidad es la insuficiencia cardiaca.**

Presión arterial baja, que facilita los mareos y desmayos. Produce un extremo cansancio y debilita progresivamente. El riñón es muy sensible a esta falta de presión de riego sanguíneo y por eso en estas circunstancias disminuye la producción de orina y su eficacia depuradora.

Hinchazón, es el resultado de la

retención de líquidos y del remanso de sangre en las grandes venas del organismo. Se nota en los tobillos pero afecta a todo el cuerpo: abdomen, tórax, cuello...

*La presencia de una o todas estas manifestaciones clínicas NO quiere decir que a un determinado paciente haya que realizarle un trasplante cardiaco. Habría que valorar otros muchos aspectos (presencia de otras enfermedades, edad, razón por la cuál un paciente tiene insuficiencia cardiaca, tratamiento que recibe, manifestaciones en otros órganos y/o tejidos, ingresos hospitalarios, forma de presentación de la insuficiencia cardiaca, evolución clínica del paciente en los últimos años, etc). Sólo tras una exhaustiva valoración por un cardiólogo se podría indicar la necesidad de trasplante cardiaco.*

**¿En qué enfermos se realizan los trasplantes cardiacos?**

En aquellos en los que su probabilidad de fallecer por insuficiencia cardiaca en los siguientes años es mayor que la de los pacientes que reciben un trasplante. Los enfermos trasplantados deben superar muchos obstáculos en su camino, múltiples ingresos posteriores

## El Trasplante Cardíaco, la Opinión del Enfermo y la del Profesional.



Por los Dres. Manuel Jiménez-Navarro y Dolores Salva Martín.  
Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

para comprobar la ausencia de rechazo, medicación diversa y otras muchas complicaciones.

### ¿Qué podemos decir sobre la donación?

Sin donaciones no hay trasplantes. Con cada donación que se produce, son varios los pacientes que encuentran alivio o solución a enfermedades de otro modo incurables. No sólo es el último servicio de una persona, probablemente, el mayor. Sólo la convivencia con personas trasplantadas da idea de la magnitud de este acto.

La actual legislación española, permite la extracción para ser trasplantados, de los órganos del cadáver de un mayor de edad, con la única condición de que no conste intención en contra, expresada en vida por el fallecido. Sin embargo todos coincidimos en que es obligado contar con el consentimiento familiar antes de proceder a la extracción.

No hay ninguna razón fundada para la negativa a la donación. A pesar de ello en alguna ocasión se malogran órganos por negativa familiar. Sólo hay tres explicaciones para este fenómeno: Ignorancia, Egoísmo

o Inconsciencia. La inconsciencia responde a la mayoría de las negativas y la razón es muy sencilla, una familia destrozada por la pérdida dramática e inesperada casi siempre, de un ser querido, sublevada contra la crueldad de su destino, puede ser incapaz de recobrar por un instante la serenidad para pensar en la importancia de la donación.

Tan sólo minutos después de haberles sido comunicado el fallecimiento del paciente, el coordinador de trasplantes, o el mismo médico si el tiempo apremia, solicita la autorización familiar. Es para todos una experiencia brutal.

Por eso, nuestro consejo en sintonía con la legislación, es que el tema ya esté hablado con todas las familias, en todos los hogares. Que todos sepamos que si en casa un día se produce una desgracia y alguien puede ser donante su deseo es que así sea.



Recogiendo el testimonio de familias de donantes, sabemos que pasado el tiempo, la certeza de que varias personas gozan de la vida o ven gracias a ese gesto amortiguar de alguna forma el dolor de la pérdida. Todos los familiares de donantes son años después abanderados de la donación. ■

### AGRADECIMIENTOS

A Conchi Alcántara por su inestimable ayuda en la redacción del artículo.

# LA EXPERIENCIA DE UN TRASPLANTADO DE CORAZÓN.

**M**i nombre es Andrés Tello Romero y cuando aquella mañana del 16 de octubre de 1997, deje a mi mujer, Fina, en la puerta de su colegio y me dirigí a mi oficina, no podía ni imaginar lo que vendría poco después, sobre las 9:30, el golpe en el pecho, el dolor en el brazo izquierdo, la sudoración, entre otros síntomas, me alertaron de que aquello era un infarto, afortunadamente tenía Vernies y la diligencia de 061 evitaron un suceso de peores consecuencias.

A partir de ese momento, tenía entonces 52 años, mi vida se ve radicalmente modificada, supongo que mas o menos como a todos, me hice parroquiano habitual del Clínico de Málaga, mis capacidades físicas se vieron disminuidas, me hice socio del 061, y descubrí las maravillosas cualidades humanas y profesionales del personal de los Dptos. de UMI y Cardiología del Clínico y del 061.

Sin embargo, y a pesar de todo, el desarrollo de mi lesión fue a peor, me instalaron 2 stents, y posteriormente, cuando aparecieron las taquicardias, un DAI (Desfibrilador Automático Implantable), el cual me ha salvado la vida en 2 ocasiones y al que estaré eternamente agradecido.

Pero ya digo, la bomba iba a peor, los edemas pulmonares, y las arritmias se presentaban con demasiada frecuencia. En ese momento el Dr. Jiménez

Navarro me propone ir a Córdoba para que me hagan una valoración sobre la posibilidad de ser incluido en un programa de trasplante cardiaco.

El 14 de septiembre de 2005 ingreso en pabellón de Cardiología del Hospital Reina Sofía de Córdoba, para realizarme un estudio exhaustivo de mi estado de salud y de mi situación cardiológica con vista a un posible trasplante.

El día 23, en el cumplía 60 años, me comunican con bastante solemnidad que he quedado incluido en lista de espera para un trasplante y que podía irme a casa a esperar que se presentara la oportunidad de un donante.

No he recibido jamás un regalo de cumpleaños tan emocionante como este.

A partir de ese momento, la situación se hace difícil, a veces tensa, dos pensamientos dominan tu mente, el primero es "Tengo que hacer todo lo posible para no enfermar, enfermar podría retrasar o anular mis esperanzas", el segundo y de peor digestión es "Llegará a tiempo el corazón que necesito o me quedaré en la espera".

No es un tiempo de rosas y la familia lo sufre.

El 17 de noviembre, no habían transcurrido dos meses, suena el teléfono en casa sobre las 3 de la madrugada. Primer pensamiento

"Córdoba", una voz tranquila te lo confirma y te dice que hay un posible donante, que no es seguro hasta que hagan unas pruebas de compatibilidad y que me volvería a avisar en 15 minutos, pero que no obstante fuéramos arreglando la maleta por si se confirmaba.

Efectivamente a los 15 minutos suena otra vez el teléfono para indicarnos que en principio parece compatible y que procuráramos estar en el Hospital antes de las 7 de la mañana.

A las 6:30 aproximadamente estábamos en el Hospital después de prepararte para la intervención, ducha, afeitado, etc., a las 9 de la mañana me introducen en el quirófano, y poco después la anestesia hace sus efectos, mi último pensamiento fue "Todo va a salir bien, ya verás".

Seis horas mas tarde, alguien me habla "Andrés, tienes un respirador puesto, molesta un poco, te lo vamos a quitar pronto, toda ha salido bien" a partir de ese momento las cosas empiezan a rodar, tomas conciencia de la realidad, te ves entubado y enchufado a unas cuantas máquinas y sueros, cada vez eres mas consciente de la situación y la alegría te invade poco a poco.

Tras 6 días en UVI me trasladan a planta y comienzan los problemas, el primero es que tienen que operar de urgencia a Fina para extirparle la vesícula, el segundo es un proceso diarreico

## El Trasplante Cardíaco, la Opinión del Enfermo y la del Profesional.



Por Andrés Tello Romero.  
Expaciente.

que me afectó durante una semana, en la que como consecuencia de él y unido a los efectos negativos de toda intervención de este calado, hacen que mi masa muscular desaparezca y me vea imposibilitado hasta el punto de no poder girarme sólo en la cama, o subir las rodillas, a ello se une una flebitis en el brazo izquierdo producida por una vía no retirada a tiempo y que me provoca una enorme hinchazón del brazo, desde la mano al hombro.

Pasan los días y una semana más tarde aproximadamente dan de alta a Fina viene a verme una tarde al Hospital durante una hora pero al día siguiente se le complica la situación y después de comentarme el tema quedamos en que se viniera urgentemente para Málaga a la Clínica El Ángel donde es intervenida a vida o muerte.

En esta situación mi equilibrio psicológico empieza a flaquear, aislado, sin noticias concretas de cómo estaba la situación en Málaga, con todos mis problemas físicos y psíquicos en franco empeoramiento, solicité bajo mi responsabilidad el alta médica y mi traslado a casa, cerca de la familia donde estaba seguro que podría salir adelante.

El alta y traslado a Málaga en ambulancia se produjo el día 19 de Diciembre, un mes después de mi intervención, por autorización de los cardiólogos y como consecuencia también de

que las 4 biopsias de tejido cardíaco realizadas hasta ese momento habían dado Negativas al rechazo. Fina había recibido el alta el día anterior, hubo que preparar la casa para 2 enfermos.



Una vez en casa, toda mi obsesión era conseguir la rehabilitación lo antes posible, aquí ha sido una lucha constante entre los logros obtenidos y mis esperanzas de una recuperación más rápida de lo realmente posible, poco a poco mis frustraciones por no alcanzar la

rehabilitación con la velocidad deseada y por el mantenimiento de ciertas secuelas de la intervención van dando paso a la asunción de que mi rehabilitación va para largo, que no es cuestión de semanas o meses y que debo mantener la constancia y la fuerza de voluntad necesaria para superar los momentos de flaqueza que seguro se van a presentar.

Al cumplirse 10 meses desde la intervención, he de decir que me encuentro feliz, que las biopsias están dando resultados negativos al rechazo, que la natación y el gimnasio me están sentando de maravilla y que espero seguir así o mejor durante mucho tiempo, todo ello gracias a la generosidad del donante y especialmente de la familia del donante a quien mi reconocimiento y agradecimiento serán infinitos, y que aunque hay momentos de desánimo estos se superan con la ayuda de la familia.

Siento defraudar a aquellos que piensan que con el trasplante algo del ser del donante se traspassa a receptor, yo no he sentido nada especial, ni antes ni ahora, no se si lo sentiré en el futuro, lo único que siento es agradecimiento a su familia y desde aquí invito a los presentes y a sus allegados a plantearse el tema de la donación de órganos, para que en el caso de fallecimiento de alguno de ellos, se adopte una decisión común, en la que toda la familia esté de acuerdo y convencidos y tenga la generosidad de ponerla en práctica llegado el momento. ■

# LA UNIDAD DEL DOLOR.

**E**l dolor es una sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo, es una experiencia desagradable que se asocia primariamente a la lesión de un tejido. Es por tanto siempre subjetivo.

El dolor se puede clasificar en dos grandes grupos:

✍ Dolor agudo. Constituye un síntoma de la enfermedad; es un mecanismo de alarma para el organismo, avisando de la agresión al mismo; el diagnóstico no es difícil y habitualmente el tratamiento médico o quirúrgico es eficaz. Suele ser temporal (cólico nefrítico, apendicitis aguda, odontalgias...). Prevalen las alteraciones orgánicas sobre las psíquicas.

✍ Dolor crónico. Puede deberse a la cronificación de un proceso agudo o a otro tipo de factores de diversa índole. El dolor persiste al menos un mes mas que la lesión causal y permanece una vez que la lesión ha desaparecido; carece de misión protectora, indicando un fracaso del organismo. Este dolor

contribuye a deteriorar física pero sobre todo mentalmente al individuo y con frecuencia origina alteraciones físicas, emocionales, sociales y económicas que dificultan profundamente la vida del paciente.

El dolor crónico puede su vez clasificarse en maligno y benigno, dependiendo del pronóstico a corto plazo de la enfermedad a la que se asocia. El dolor de origen maligno es el causado por neoplasias y también el asociado a otras enfermedades de mal pronóstico como el sida. El dolor de origen benigno corresponde a otras muchas entidades degenerativas como la artritis reumatoide, estenosis de canal lumbar, artrosis, enfermedad vascular...

En cuanto al tratamiento, el dolor agudo debe ser observado y estudiado mientras cumple una misión diagnóstica, pero una vez finalizada hay que contrarrestar el dolor antes de que surjan complicaciones o pase a ser crónico el dolor. El dolor crónico debe tratarse

siempre, ya que no cumple ninguna función. Muchas personas no intentan aliviarlo, se automedican, o ni siquiera le dicen a su médico que lo padecen, quizás por una idea errónea de la naturaleza del dolor crónico, o por miedos injustificados al tratamiento (“me convertiré en adicto a los analgésicos”, “cuando me duela de verdad ya no me harán efecto los calmantes”...). Ante un dolor crónico hay que acudir al médico de cabecera, éste intentará darle una solución al problema. Si él se ve incapacitado, podrá remitir al paciente a una unidad de dolor.

La unidad de dolor es una organización especializada en la prevención, diagnóstico y tratamiento del dolor, donde los profesionales estudian y valoran en una amplia dimensión los problemas de dolor rebelde y se plantean las estrategias para su control. Dependiendo de las posibilidades de cada centro pueden ser uni o multidisciplinarias. La elección de un tratamiento depende del tipo particular

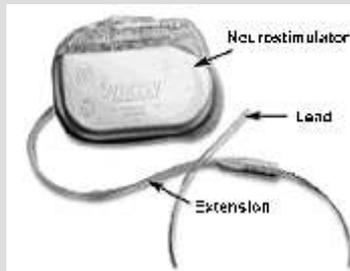
Por la **Dra. Mercedes Damas**,  
Especialista en Anestesia y Reanimación.

de dolor, del paciente y de otros diversos factores, comenzando la estrategia terapéutica siempre por lo más sencillo y menos agresivo. A grandes rasgos se puede resumir así:

✎ **Medicación:** que puede administrarse por diversas vías, oral, rectal, transmucosa, inyectable. Se pueden usar una amplia variedad de fármacos: antiinflamatorios no esteroideos, analgésicos no opiáceos, analgésicos opiáceos, y otros tipos de fármacos como antidepresivos, anticonvulsivantes, corticoides.

✎ **Bloqueos nerviosos:** consisten en la aplicación de un fármaco, generalmente anestésico local o corticoide, mediante una inyección en el lugar o zona cercana al dolor.

✎ **Neuroestimulación:** la estimulación eléctrica de una zona reduce la sensación de dolor en dicha zona. Esto puede hacerse con



**Sistema de neuroestimulación**

electrodos colocados sobre la piel y un generador externo o bien con electrodos internos y un generador interno, que hacen un efecto similar pero mucho más acentuado.



**Bomba Interna para Medicación Intratecal**

**Sistema de Bomba Interna**



✎ **Bombas de perfusión continua:** administración de un fármaco de forma continua a través de un catéter interno conectado a una bomba que a su vez puede ser interna o externa.

✎ **Tratamiento quirúrgico:** cirugía reparadora que puede aliviar el dolor si corrige el trastorno asociado.

✎ **Fisioterapia.**

✎ **Apoyo psicológico.**

✎ **Tratamientos alternativos:** además de los tratamientos médicos aceptados clásicamente hay otros tipos de terapias cuyo objetivo es aliviar el dolor crónico y son eficaces para algunos tipos de dolor: osteopatía, acupuntura, hipnosis.■

# AYUDAR A OTROS MIENTRAS NOS AYUDAMOS A NOSOTROS MISMOS.

Un viejo axioma de la medicina dice que la superación de una grave enfermedad esta íntimamente relacionado con su deseo de supervivencia, y todos los profesionales de la medicina recordamos casos de supervivencia inexplicables desde el punto de vista de los conocimientos médicos que de una manera u otra hemos vinculado a este deseo de vivir del enfermo.

En pocos casos este axioma es tan cierto como en los pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo (ya sea infarto de miocardio o angina inestable), los cuales en pocos segundos de tiempo han visto truncados o en serio peligro sus proyectos, sueños, anhelos, etc., cuando les aparece un fuerte dolor u opresión torácica de características tan especiales que muchos refieren como un dolor con sensación de muerte inminente. A partir de ese momento, todo ha cambiado en su vida, las cosas que eran "importantísimas" (trabajo, dinero, viajes, proyectos laborales, etc.) dejan de serlo y pasan a un segundo lugar, porque con ese dolor tan especial, súbitamente otras cosas pasan a ser fundamentales: primero sobrevivir, y paralelamente la esposa o esposo, los hijos y su futuro, etc.

Es en ese momento cuando es

clave que el sistema sanitario funcione perfectamente, como un mecanismo o engranaje bien engrasado, con profesionales rápidos y ágiles, que sepan hacer su trabajo y estén capacitados y entrenados para lograr nuestra supervivencia y nuestra curación en el menor tiempo posible, pero sin renunciar al mejor tratamiento de acuerdo a los conocimientos médicos mas actuales y de probada eficacia. Ese es el compromiso de los profesionales que de una manera u otra nos dedicamos a esta parcela de la medicina, y este es también el compromiso de la administración sanitaria de nuestro país o región: disponer de un sistema que funcione de forma optima con los mejores profesionales sanitarios, poniendo los medios necesarios, organizando y dotando de recursos, midiendo resultados y corrigiendo defectos y barreras, potenciando la investigación, mejorando las instalaciones y equipamientos, etc.

Asumimos que todo ha funcionado perfectamente: deseo de supervivencia y servicios sanitarios: el paciente ha superado la crisis y, en un tiempo mas o menos corto, llegará el momento en que el enfermo con el ataque coronario será dado de alta del Hospital. El paciente ha superado una larga carrera de obstáculos que empezó en su domicilio o en su lugar de trabajo y continuó a través de atención

primaria, el sistema de emergencias, la urgencia externa del hospital, la unidad de medicina intensiva o unidad coronaria, el servicio de cardiología, quizás el laboratorio de hemodinámica, etc., para pasar de nuevo a su domicilio. Su deseo de sobrevivir y los cuidados proporcionados por una larga lista de profesionales sanitarios han logrado su curación y ya esta de vuelta a casa y, quizás también al trabajo. Lleva prescrito un tratamiento medicamentoso de acuerdo a la evidencia científica disponible y una serie de consejos de cambios de hábitos de vida, de medidas cardiosaludables, etc. Pero ahora no se puede bajar la guardia y menos aun olvidar: hay que mantener vivo aquel mismo deseo de supervivencia como sea para no volver de nuevo atrás.

Una vez dados de alta del hospital, ¿estamos en una situación similar a otras enfermedades?; ¿se parece algo esta situación a cuando le extirpan a uno el apéndice o le curan una neumonía?. La contestación es claramente NO, pues aunque hemos sido dados de alta por haber superado un ataque coronario agudo, somos portadores de una enfermedad crónica y una nueva crisis aguda puede surgir en cualquier momento, aun haciendo correctamente el tratamiento prescrito y mas probable aun si no hacemos las cosas bien, ya sea no tomando la medicación

Por el Dr. **Juan Miguel Torres Ruiz**,  
Director del Plan Integral de Cardiopatías de Andalucía (PICA).

necesaria o no cambiando los factores que sabemos favorecen el desarrollo de la enfermedad aterosclerosa.

El futuro de los pacientes coronarios está en gran parte en sus propias manos, mas que en las del medico o el sistema sanitario, y no nos referimos solo a llevar a cabo un estricto cumplimiento de la medicación prescrita, sino a la imperiosa necesidad de desarrollar una serie de cambios en sus hábitos y costumbres, en su alimentación, en su forma de abordar el trabajo, etc. esta obligado a “no bajar la guardia”. De seguir (o volver) a los hábitos y costumbres que tenia antes del ataque coronario que puso en riesgo su vida, las posibilidades de repetir un nuevo síndrome coronario agudo son muy altas, y en eso poco o nada puede hacer el sistema sanitario o sus profesionales. Conozco muchos pacientes que en la cama de la UVI expresan una fuerte (y seguramente sincera) voluntad de cambio, pero a los que vemos fumar tras el alta o continuar con las situaciones de estrés que le llevaron al ataque cardíaco un mes o un año antes. Incluso en una ocasión nos han pedido el alta voluntaria antes de las primeras 24 horas de un infarto agudo de miocardio para arreglar algunos asuntos laborales o económicos, suponemos que de una trascendencia tal como para poner la propia vida en peligro, aun cuando le habíamos

explicado de forma clara (e incluso cruel) las posibles consecuencia de su decisión, por otro lado respetable en honor a la libertad personal de cada individuo bien informado.



No queremos ser pesados con un análisis exhaustivo de los posibles factores de riesgo cardiovascular que pudieron ser responsables del cuadro de nuestro paciente, pero si insistir en que muchos de ellos son modificables y nosotros podemos modificarlos y así influir de forma positiva en nuestro futuro. Tampoco quiero cansarles con cifras que sin duda conocen: si se hiciese ejercicio de forma programada cada día, podrían evitarse el 20 % de los

infartos de miocardio que ocurren ahora; padecer obesidad y fumar aumenta entre 3,5 y 5 veces el riesgo de mortalidad, etc. Ustedes sin duda conocen todo lo que llevamos dicho mejor que yo. Quiero con estas líneas recalcar unos simples hechos, que no por simples son menos importantes.

La memoria humana graba los acontecimientos de acuerdo a su carga afectiva. Si son agradables los graba con mayor fuerza y serán recordados muchos años atrás. Si son desagradables, los graba con menor fuerza y pronto se olvidaran. Recuerden por ejemplo el tiempo pasado en el servicio militar y como recuerdan perfectamente las bromas y sucesos divertidos, que podrán contar con mil lujos de detalles, y como olvidaron los malos tragos, el cansancio de las marchas nocturnas, los arrestos sin salir, etc. Y les pregunto: ¿Hay algo mas desagradable que sentirse enfermo, a punto de perder la vida?. Pues justo ese mal recuerdo que tenemos hace que olvidemos lo que pasamos en la urgencia o la UVI y, de camino, todos los consejos y cuidados que nos dieron. No propongo que estén todo el día recordando aquellos malos días, pero si que graben a fuego en su memoria la necesidad de hacer las cosas bien para no volver a pasar aquellos malos ratos (la segunda vez, según dicen los enfermos, es peor que la primera, y desde el punto →

de vista médico, no es lo mismo un primer infarto que el segundo). Es por ello fundamental asociarse, mantenerse unidos a otras personas que pasaron lo que nosotros, visitar a los pacientes en el hospital, etc. Ello facilita el recuerdo y, además, permite ayudar y animar a los que lo están pasando mal. Facilita mantener en el tiempo el proyecto de cambio, con la ayuda de los demás cuando nuestra voluntad fracasa. Asociarse es magnífico aunque sea nada más que por esta razón: recordar, mantener vivo el problema, ayudar y ser ayudado por los demás.

Si usted cambia de estilo de vida, de hábitos, de alimentación, de actividad física, etc. estará haciéndole a sus familiares y amigos el mejor regalo posible: tenerle a usted sano junto a ellos. Pero esta actitud tiene un valor añadido que considero fundamental: la docencia “boca a boca” sobre prevención cardiovascular a los familiares, amigos y personas de su entorno. Enseñar a muchas personas sanas con ejemplos de lo que hay que hacer para prevenir enfermedades cardiovasculares es absolutamente imposible para el sistema sanitario, y sin embargo, su boca a boca adquiere una dimensión sensacional: Nosotros podemos enseñarle a usted, pero usted puede enseñar a decenas de personas, y ellas a su vez a más gente, generando una

cadena en la que el límite solo lo pone aquel que decida no adoptar esta actitud solidaria de ayuda a otras personas que, además, probablemente aun están sanas y se les puede evitar la enfermedad.

Haga ejercicio con regularidad, siempre de acuerdo a las instrucciones de su médico, pero aproveche para que alguien más haga ejercicio con usted: su esposo o esposa, sus hijos, sus amigos, y mejor aun si les explica por qué. Les estará haciendo un enorme favor aunque ellos no lo sepan y mas aun ya que el sistema sanitario difícilmente tiene acceso a sus familiares y amigos sin enfermedad manifiesta. Y si hay niños o jóvenes en su casa o en su entorno, haga campaña para que hagan ejercicio como sea: en el colegio o en casa, el deporte que les guste, con quien ellos quieran, etc. pero hay que evitar que pasados unos años estén en una UVI con un síndrome coronario y las tasas de obesidad infantil de Andalucía (como las de España y resto de países desarrollados) están aumentando de forma muy alarmante. Caminar solo es muy aburrido, haga que le acompañen miembros de su familia o amigos, y tanto mejor cuantos mas caminen con usted cada día.

Cuando vuelva a casa cambie los hábitos y coma una dieta cardiosaludable, pero mejor si lo hace toda la familia. Usted sabe bien cual es esa dieta

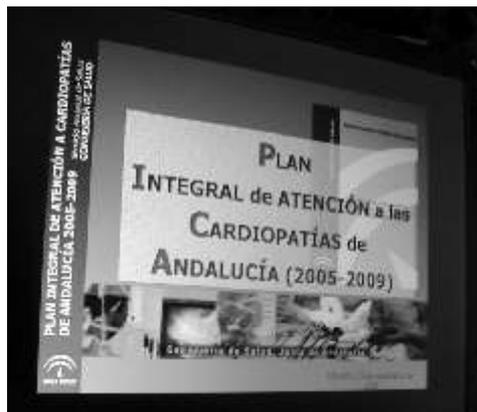
cardiosaludable, pues lo dicen en todos los folletos y periódicos, pero mejor aun lo sabe porque es nuestra dieta tradicional, la dieta mediterránea, y esa dieta no lleva hamburguesas ni hace los platos con mantequilla. Pero sobre todo tenga en cuenta que los beneficios de la dieta mediterránea en parte están vinculados a que los alimentos no sobran en épocas pasadas de mayor escasez que la actual. Es decir, dieta mediterránea, pero con raciones más bien cortitas. Si usted come en casa así, sus hijas e hijos, nietos y nietas, aprenderán a hacerlo así. No sea de esas familias que atiborran a sus hijos de alimentos, preparándoles el camino hacia la unidad coronaria. De la mesa hay que levantarse sin hambre, pero no hay que “hartarse” ni comer “hasta reventar”.

No basta con que usted abandone el tabaco (asumo que ya lo ha hecho) y es una magnífica noticia sobre todo para usted y sus familiares mas directos. Les estoy pidiendo que hagan campaña antitabáquica, sin estridencias ni enfados, pero enérgicas y documentadas. Ha de hacerlo no solo por usted, ya que aunque haya dejado de ser fumador activo (un gran paso), otros le hacen seguir siendo fumador pasivo y existe evidencia de que los fumadores pasivos sufren en mayor o menor grado los mismos problemas que los activos, incluidos el cáncer de

pulmón. Pero haga campaña antitabaco también por sus familiares y amigos, que quizás no saben que si otros fuman cerca de ellos pueden tener problemas como si fumasen. Recientemente se ha publicado una investigación desarrollada en un pueblo de Colorado (USA) donde tras 18 meses de una ley de prohibición de fumar en edificios públicos y lugares de trabajo, bares, restaurantes, áreas de ocio (boleras, etc.), han demostrado una reducción significativa del número de ingresos hospitalarios por infarto de miocardio. El trabajo publicado en *Circulation* concluye diciendo que “puedes salvar vidas con medicamentos y mecanismos sofisticados, pero esta simple acción de salud pública permitió que se produjeran 108 infartos menos en 18 meses”. El que quiera fumar que lo haga y asuma las consecuencias de su decisión, pero que no tengamos que asumirlas también los demás.

Y por supuesto, exija a su médico que le controle sus factores de riesgo cardiovascular periódicamente, y que le ponga objetivos a conseguir, que le explique el por qué de las medidas a tomar y sus trascendencia, que le ponga los tratamientos farmacológicos necesarios cuando otras medidas no logren controlar el problema, etc. El Plan Integral de cardiopatías de Andalucía tiene bien claro que hay que desarrollar

un gran esfuerzo en prevención cardiovascular y constituye una de sus líneas de acción prioritarias, pues la prevención (primaria o secundaria) es la única manera de frenar el aumento de enfermedades cardiovasculares (coronarias o no coronarias) al que asistimos en todo el mundo occidental.



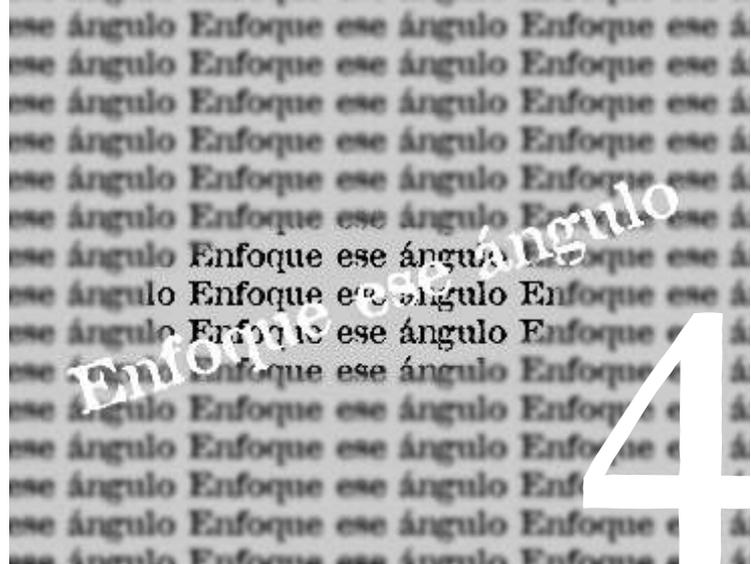
El sistema sanitario tiene muchos puntos de mejora y tenemos que hacer todos los esfuerzos para ir logrando esas mejoras. La medicina puede invertir en sofisticadas y complejas investigaciones sobre células madre o para detectar los genes responsables de la obesidad y desarrollar tests genéticos como estrategia para adelgazar, pero como escribía el periodista José Aguilar el pasado día 4 de septiembre en el *Diario de Sevilla* en una columna titulada “Corazón, corazón”: “Puedo sospechar que la prevención de las enfermedades cardíacas necesita de la aportación fundamental de cada individuo

antes que de la actuación de las autoridades o el sistema sanitario. Los hábitos de vida y alimentación no se cambian a golpe de decreto. Hace falta voluntad”.

En resumen, tenga voluntad para asumir estos cambios, cuídese bien, haga una vida más cardiosaludable y logrará evitar pasar otra vez por aquel cuadro que describíamos al principio. Una actitud así será magnífica para usted.

Pero usted puede hacer mucho más: haga participe a sus familiares, amigos y conocidos de estos conceptos cardiosaludables que usted tan bien conoce e insístales para que los practiquen con usted. Una actitud así, no solo será la mejor muestra de cariño y el mejor regalo que pueda hacerles, sino que además será de enorme ayuda para los profesionales de la medicina y el sistema sanitario, sirviéndonos de correa de transmisión para expandir estos consejos cardiosaludables que han demostrado ampliamente su eficacia y eficiencia, en mayor grado que costosos medicamentos y sofisticadas técnicas. Con el apoyo de su experiencia y su ejemplo todos estos conceptos calarán infinitamente más que mil consejos médicos, conferencias y folletos divulgativos o notas de prensa. ■

# EXPAUMI, ASOCIACIÓN ACREDITADA Y ESPECIALISTA EN LA PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN DE LA RCP/SVB EN ANDALUCÍA.



**E**n mi opinión, EXPAUMI significa y representa en Málaga y Andalucía, hoy por hoy, a la Asociación Altruista y sin Ánimo de Lucro (ONG) que más Cursos de Resucitación Cardio Pulmonar (RCP) y Soporte Vital Básico (SVB), ha realizado y realiza anualmente en nuestra región andaluza. Asimismo, también somos la única Asociación de enfermos-expacientes de UMI, que hemos visitado a más enfermos y atendido a más familiares que han pasado por la UMI de un hospital público en Andalucía y en España.

Estos son los dos ejes principales en los que hemos fundamentado nuestra razón de ser. Hemos alcanzado las metas que nos propusimos y que más nos han preocupado y preocupan a lo largo de toda esta década, el de **INFORMAR** y **FORMAR** para la **PREVENCIÓN** de la Salud a todos los familiares que han tenido ingresado en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI) del Hospital Universitario (Clinico) de Málaga a algún miembro de su familia, mediante la realización de los Cursos gratuitos de Soporte

Vital Básico y RCP.

Escribí en el número 15 de esta revista (Diciembre de 2004, “Enfoque Ese Ángulo 1” con el título “Competencias y Valores”), que es muy importante definir y tener decidido en que se quiere ser **EXCELENTE**, porque es evidente que los resultados de notoriedad que hemos alcanzado no son fruto del azar, sino de un trabajo riguroso y disciplinado, el cual nos ha permitido alcanzar con eficacia y calidad, el reconocimiento de toda la sociedad malagueña.

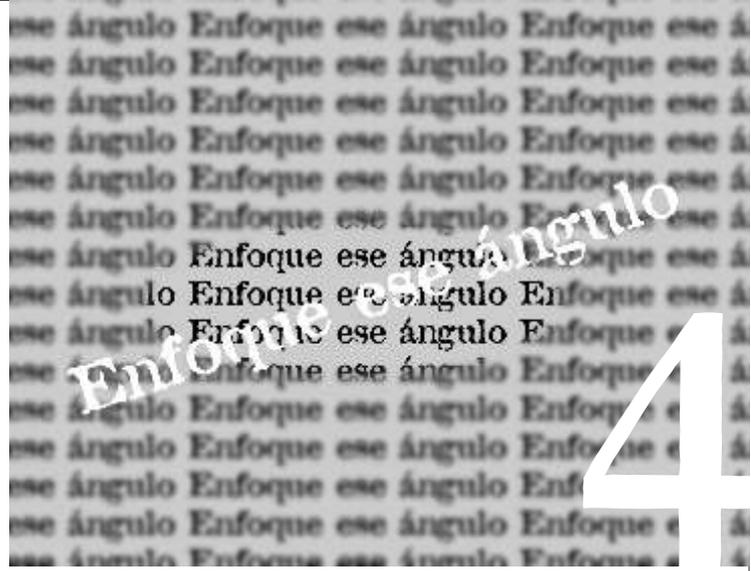
Todo lo conseguido hasta la fecha

**Estos son los dos ejes principales en los que hemos fundamentado nuestra razón de ser. INFORMAR y FORMAR para la PREVENCIÓN.**

ha sido fruto sin duda, gracias también a la colaboración de muchísimos profesionales de la sanidad pública que a lo largo de este caminar han aportado su tiempo libre y sus conocimientos socio-sanitarios para poder llevar adelante este meritorio proyecto, que hoy es una realidad constatada.

Como colofón a todo este trabajo desarrollado, a EXPAUMI se la califica y considera hoy por hoy en los distintos foros Administrativos-Socio-Sanitarios, como la Asociación Altruista de enfermos expacientes de la UMI especializada en la promoción y difusión de la RCP/SVB en Málaga y Provincia. Como consecuencia, el pasado mes de Septiembre, se nos notificó personalmente, por el Director del Plan Integral de Cardiopatías de Andalucía (PICA), el Dr. D. Juan Luis Torres, que EXPAUMI había sido seleccionada y propuesta para participar en este Plan Integral 2006-2009. Por ello han solicitado nuestra colaboración en Málaga y su Provincia, por la experiencia, confianza y calidad que gozamos en estos momentos y que es imprescindible y necesaria para difundir y desarrollar los programas de la RCP y SVB, establecidos en dicho Plan Integral.

Una vez más, nuestra Asociación, se siente muy halagada y orgullosa de la deferencia y consideración que nos ha



Por Antonio Gil Fuentes.  
Expaciente.



dispensado la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, a través de la Dirección del PICA. Por tan alta distinción, EXPAUMI ha aceptando gustosamente esta oferta, y así ha sido confirmado a través de nuestra Junta Directiva. A tal efecto, se está preparando el documento acreditativo de colaboración y que se firmará próximamente entre ambas partes.

ENHORABUENA POR ESTE ÉXITO A TODOS Y TODAS, PUES A PARTIR DE HOY, TENEMOS UN RETO MAYOR QUE AFRONTAR, DEBEMOS CONSOLIDAR AUN MAS, SI CABE, NUESTRO POSICIONAMIENTO EN ESTE NUESTRO PROYECTO, QUE HOY CUMPLE DIEZ AÑOS.



**¿OBJETIVO ALCANZADO? SÍ**  
AMIGOS Y AMIGAS, hoy día 24 de Noviembre del 2006, nos tenemos que sentir muy orgullosos y satisfechos puesto que al conmemorar nuestro décimo aniversario, EXPAUMI SE VISTE DE LARGO CON JUSTICIA, por el TRABAJO, la CONSTANCIA y HONESTIDAD y siempre con un alto sentido Humanitarista SOCIO-SANITARIO, con el que hemos venido APORTANDO día a día hacia todos los ciudadanos malagueños y andaluces.

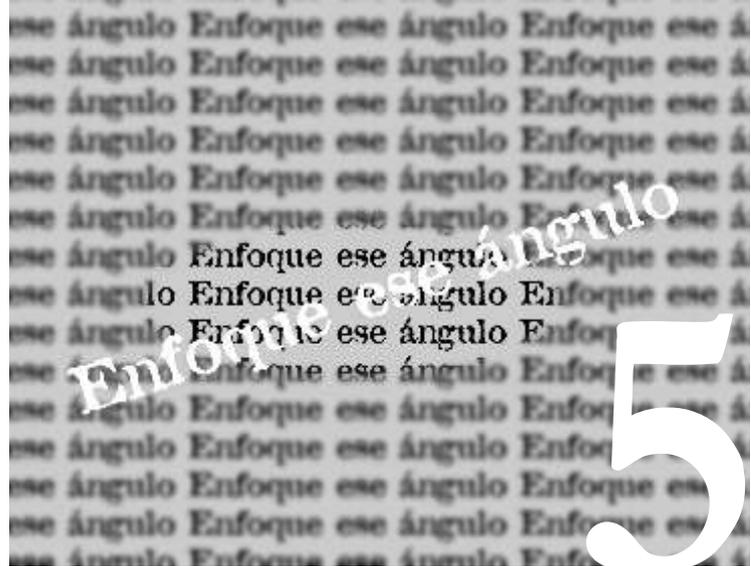
En la celebración de la próxima década, EN EL AÑO 2016, haremos de nuevo balance y en ése mismo instante, me gustaría hacer la siguiente reflexión con tod@s vosotr@s.

**REFLEXIÓN**

**CON LA MIRADA PUESTA EN EL FUTURO, TODA AUTOBIOGRAFIA ES EN EL FONDO, UNA LUCHA CONTRA LO ÚNICO QUE ES PEOR QUE LA MUERTE “EL OLVIDO” (Anónimo).■**



# SUSPENSO A LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS SOCIO-SANITARIAS MALAGUEÑAS.



**S**on nueve años de mucho trabajo, de experiencia y muy comprometido con el movimiento de voluntariado dentro del ámbito socio-sanitario y responsable del funcionamiento de una Asociación Altruista y sin Animo de Lucro, como es EXPAUMI.

Como enfermo, y por haber estado ingresado en una Unidad de Medicina Intensiva, conozco y se lo que significa haber pasado por esta experiencia tan dolorosa junto con mi familia, la enfermedad y sus consecuencias. Por ello, quiero elevar mi voz en pro de que se apueste y apoye de manera total y sin mediatizaciones por parte de las Administraciones a todas aquellas Asociaciones que venimos presentando ideas, proyectos y resultados positivos continuos a lo largo de muchos años. Requiero y pido a todas las Administraciones Públicas que aporten un mayor apoyo no sólo económico, que es muy importante, diría importantísimo, sino también logístico y de control, puesto que estamos usando y utilizando el dinero y los recursos públicos, con un único y exclusivo fin y que es el de generar un mayor apoyo socio-sanitario al ciudadano malagueño y andaluz.

En definitiva, se trata pues de optimizar y ayudar entre todas las fuerzas sociales, de subsanar todas aquellas deficiencias y dificultades que hoy por hoy las Administraciones Públicas no pueden resolver por si solas, como así lo demanda nuestra sociedad en este siglo XXI y así también se comprometen los distintos programas y planes que están promulgados oficialmente por las Administraciones.

Bien, partiendo de esta premisa y pensando que todos estamos de acuerdo en que las Asociaciones somos, hoy por hoy, imprescindibles y necesarias como apoyo de la Administración, planteo en primer lugar estas cuatro preguntas:

1ª-¿Cómo optimizar al máximo todos los recursos públicos que están pensados para ayudar a las Asociaciones?

2ª-¿Qué le ocurre a la Administración para no poder atender y pagar las subvenciones en tiempo y forma?

3ª-¿No hay suficiente experiencia, después de tantos años para resolver estos inconvenientes?

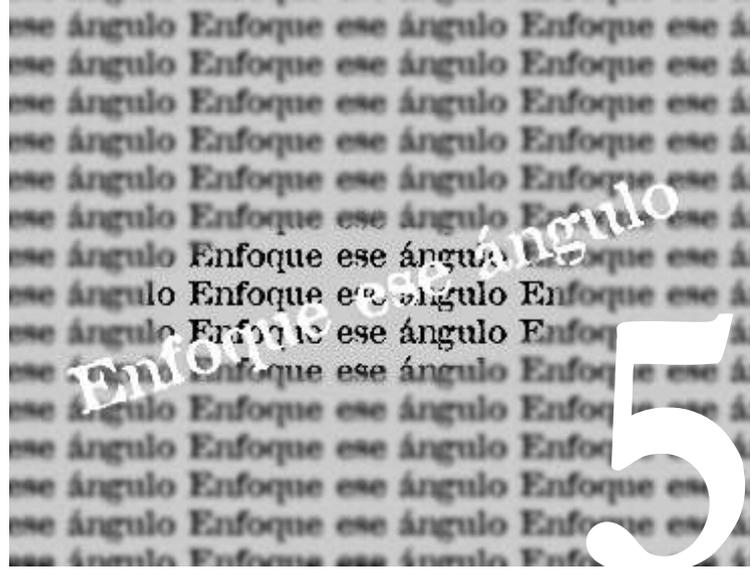
4ª-¿Porqué se han anulado los **CONVENIOS** entre la Administración y las Asociaciones?

Mis propuestas, que podrían significar dar una solución coherente a estos y otros problemas, son las siguientes:

En primer lugar, pido que se **analice** cada Proyecto que se subvenciona, desde el punto de vista objetivo de la **calidad**, la **satisfacción** y los **resultados alcanzados** mediante **encuestas externas**. Sepan que los proyectos que se presentan, se repiten aproximadamente en un 99% de los casos todos los años por las distintas Asociaciones. Por tanto, con ello averiguamos si, ¿todos son necesarios? ¿a quiénes beneficia mayoritariamente? ¿se utilizan correctamente los recursos que reciben? etc.

Este análisis de partida nos permitirá establecer una tabla de valores capaz de tener un mayor control y además nos permitirá mejorar la calidad de los proyectos, alcanzando un mayor aprovechamiento de los recursos existentes para poder utilizarlos en aquellos proyectos que sí requieren una mayor capacidad y necesidades para su desarrollo.

Sres. de las Administraciones, alguien tiene y debe de hacerlo, pues es muy difícil que las



Por **Antonio Gil Fuentes.**  
Expaciente.

Asociaciones, estén o no federadas, se pongan de acuerdo, puesto que el protagonismo, las necesidades, el “esto es mío porque es mío”, etc, nunca se llegarán a acuerdos lógicos y eficaces. Por tanto, insisto en que deben ser las Administraciones Públicas, las que nos dan y facilitan el dinero mediante una subvención y, dicho sea de paso, **la mayor parte de ellas tardías y recortadas a lo solicitado ¿Porqué?** y que además tiene la responsabilidad de su “buen uso y buen fin”, Vds. Sres., son los que pueden y deben subsanar esta situación ¿no es así?

Alguien debe de cambiar el curso de esta realidad actual y deben de apoyar a aquellas Asociaciones que lo están haciendo bien y, por cierto, con muchas dificultades económicas, pues todos Vds. tienen información suficiente de cada Asociación para poder extrapolar sus méritos y las actividades reales que han desarrollado, para poner a cada uno en su sitio y darle a cada uno lo que precisa para desarrollar su actividades. (Pues no es lo mismo, por ejemplo, una dedicada a Salud y Apoyo Social y que trabaja en bien de los enfermos en particular y los ciudadanos en general, que otras Asociaciones cuyas actividades únicamente redundan en su propio interés y no revierten absolutamente nada

en favor de los ciudadanos malagueños y andaluces).

Otra cuestión que les planteo a todos Vds. y que no acabo de entender, ¿como en los últimos años, se han eliminado los **CONVENIOS** entre la Administración y las Asociaciones?

### ¿Porqué se han anulado los **CONVENIOS** entre la Administración y las Asociaciones?

Mi experiencia, me dice que cuando una Asociación plantea desarrollar un proyecto de cierto nivel y que requiere un tratamiento especial que va dirigido y afecta a una población diana muy amplia en su espectro, en mi opinión creo que son de tanto interés social, que las Administraciones deberían establecer unos acuerdos especiales “CONVENIOS” y hacérselas suyas y abanderar estos proyectos. Les estoy pidiendo que, por favor, Vds. valoren, juzguen, estudien y participen si lo desean en su desarrollo, pero vivan de cerca estos casos, ya que parece como si a Vds. no les importase absolutamente nada. Les quiero recordar que durante nueve años,

he preparado muchos proyectos y todos ellos se han llevado a término gracias a la voluntad y constancia de toda la organización de EXPAUMI que ha colaborado conmigo y les puedo asegurar que sufrimos carencias principalmente económicas y logísticas en cada proyecto y que además ha supuesto y nos supone el convencerles a Vds. mucho esfuerzo, muchas horas de trabajo, muchas reuniones para que la organización, la planificación y su desarrollo resulte satisfactorio siempre en bien de los demás.

Sepan todos Vds. que mi trabajo lo hago con total y absoluto compromiso y altruismo. Soy muy consciente de lo que aquí les he expuesto, y lo he intentado plantear con una gran dosis de sinceridad, objetividad y realismo, es por eso y vuelvo a rogarles, nos atiendan y colaboren con nosotros y piensen que todos los voluntarios que estamos involucrados libremente en esta tarea, formamos un eslabón, tal vez el más importante, de la Cadena Socio-Sanitaria malagueña y andaluza.■

# EXPAUMI COMPROMETIDA EN PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD Y EN SALVAR VIDAS.

## INTRODUCCIÓN.

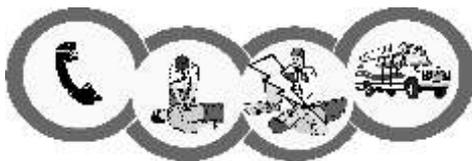
Las enfermedades cardiovasculares y los traumatismos en accidentes de tráfico constituyen en nuestro país dos de las tres primeras causas de mortalidad. La trascendencia de la atención inicial a este tipo de víctimas se pone de manifiesto al considerar que del 50 al 60% de las muertes tiene lugar en 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.

La parada cardíaca súbita es responsable de más del 60% de las muertes en adultos por enfermedad coronaria. Las acciones que conectan a la víctima de una parada cardíaca súbita con su supervivencia se denominan Cadena de Supervivencia. Estas acciones incluyen el Reconocimiento Precoz de la Situación de Urgencia y Activación de los Servicios de Emergencia (primer eslabón), Resucitación Cardiopulmonar Precoz (segundo eslabón), Desfibrilación Precoz (tercer eslabón) y Soporte Vital Avanzado.

La parada cardíaca súbita (PCS) es una de las principales causas de mortalidad en Europa y afecta a unos 700.000 individuos al año. El tratamiento óptimo de la parada cardíaca es que los que se encuentran junto a la víctima le practiquen una RCP (masaje cardíaco combinado con ventilación boca a boca), además de una desfibrilación eléctrica.



El mecanismo predominante de la parada cardíaca en víctimas de traumatismos, sobredosis de drogas o ahogamiento, así como en muchos niños es la asfixia; la ventilación boca a boca tiene una importancia capital para la Resucitación de este tipo de víctimas.

En la mayoría de las comunidades, el tiempo transcurrido entre la llamada al 061 y su llegada (el intervalo de respuesta) es de 8 minutos o más. A lo largo de ese lapso de tiempo, la supervivencia de la víctima depende de que los que la rodean inicien rápidamente los primeros dos eslabones de la Cadena de Supervivencia.

Las víctimas de parada cardíaca necesitan una RCP precoz, que les aporte un pequeño flujo de sangre al corazón y al cerebro, de capital importancia en esos momentos.

## APRENDER A FORTALECER Y A CONTINUAR EN LA CADENA DE LA VIDA.

EXPAUMI a través de proyectos que mantiene a lo largo del año permite fortalecer la cadena de la vida fomentando talleres de formación y de adquisición de habilidades, para detectar precozmente los signos de alerta del ataque al corazón (infarto o angina) y de otros problemas de salud graves, dirigido a familiares y pacientes que han estado ingresados en la Unidad de Medicina Intensiva recientemente, cuidadores de pacientes crónicos, profesionales comunitarios de apoyo social o lúdico (actividades deportivas, ...) y a ciudadanos integrados en colectivos sociales (Asociaciones).

## 1. MÁS DE 750 FAMILIARES DE PACIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA HAN RECIBIDO FORMACIÓN

Durante el periodo de 1998 a 2006 se diseña una cartera asistencial con el apoyo de EXPAUMI para los pacientes y familiares ingresados que incluye evaluación de riesgo social (soledad, económico y discapacidad), apoyo psicológico, educación sobre el control de los Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) y

Por los **Dres. M<sup>a</sup> Victoria de la Torre y Ángel García**,  
Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario  
Virgen de la Victoria y EXPAUMI

Fomento del conocimiento y habilidades en Resucitación Cardiopulmonar Básica (incluyendo la activación precoz del Sistema de Emergencia ante un dolor torácico coronario u otro evento de salud grave). Se introduce evaluación sobre el conocimiento teórico y práctico y de la metodología utilizada. Treinta y cuatro talleres se han desarrollado durante este periodo siendo 750 los familiares entrenados. La edad media de los familiares, que han asistido a estos talleres a lo largo de este periodo, ha permanecido estable ( $37 \pm 15$  años de media), el nivel medio del score de conocimiento antes del taller permanece estable, destacando el mayor compromiso de la mujer en el núcleo familiar como cuidadora del paciente crónico.

## **2. CERCA DE MIL CIUDADANOS Y CUIDADORES DE PACIENTES FORMADOS EN LOS TALLERES DE SOPORTE VITAL BÁSICO Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN SALUD EN LOS DIEZ DISTRITOS MUNICIPALES DE MÁLAGA CAPITAL.**

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 Soporte Vital Básico (SVB) como de las actividades de prevención. En los meses de marzo a mayo de 2003, 2004, 2005 y 2006 se han ofertado 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 desde los distritos municipales con la colaboración de los distritos de salud de Málaga capital.

Los contenidos básicos de formación a impartir y la metodología de realización del curso se han desarrollado de una forma específica a través de un módulo teórico, de prácticas y de evaluación.

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: 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.

Cuarenta profesionales que son monitores y/o Instructores de RCP de diferentes niveles asistenciales participan como profesores: Atención Primaria, 061, Urgencias y Cuidados Críticos Hospitalarios (UCCH) han formado un total de 980

alumnos con una edad media de 44 años con un porcentaje entre ama de casa y trabajadores comunitarios (trabajadores sociales, auxiliares de domicilio, animadores sociales, monitores deportivos, ...) superior al 60%. Los resultados muestran una mejoría importante en los resultados obtenidos, triplicando el nivel previo de conocimientos y habilidades.

## **3. MÁS DE MIL QUINIENTOS CIUDADANOS HAN ASISTIDO A SIMULACROS SOBRE PROBLEMAS DE SALUD Y EMERGENCIAS EN LAS PLAYAS DE MÁLAGA CAPITAL.**

En 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. Se realizan escenas sobre emergencias frecuentes: ataque al corazón, ahogamiento y atragantamiento en escenarios de playa, se difunde la forma de prevenirla (enfermedad cardiovascular, accidentes, cáncer, estilo de vida saludable) y se incide con mensajes concretos: “Salvar vidas es fácil”, “Si nada respeta dos horas al menos de digestión”, “Cuida tu corazón desde joven: no fumes”, “Siempre el casco abrochado para montar en moto”, “Lánzate al agua con precaución”, “Diversión sana sin consumir pastillas”, “Apúntate al Curso de Cómo Salvar una Vida en tu Distrito Municipal”.➔

En los simulacros se invita a la población a implicarse en la formación para salvar vidas y en la importancia del autocuidado respecto la salud: “Apúntate al Curso de Cómo Salvar una Vida en tu Distrito”. A los ciudadanos asistentes de forma interactiva y participativa aprenden los dos primeros eslabones de la cadena de la vida, y como a través de los distritos de la capital y de EXPAUMI pueden recibir estas enseñanzas gratis durante la primavera de cada año.

Un total de 1650 personas han asistido a los tres simulacros de emergencias (ataque cardíaco agudo, ahogamiento en el mar y atragantamiento) realizados en los cuatro escenarios de las Playas de La Misericordia, La Malagueta, El Palo y Guadalmar durante los veranos del 2003, 2004, 2005 y 2006.

Se realizaron 532 entrevistas directas para evaluar el impacto de la experiencia. Los asistentes tenían una edad media de 42 años sin diferencias entre los diferentes escenarios, con distribución similar a nivel de género, un 60% del total eran mujeres. El 80% 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 20% de los asistentes eran no residentes en Málaga.



### **PLATAFORMA ANDALUZA SOCIO-SANITARIA (PAS) Y ESTRATEGIA DE FUTURO.**

Estos proyectos se han podido desarrollar por la colaboración entre instituciones públicas como el área de Bienestar Social, Participación Ciudadana y Playas del Excmo. Ayuntamiento de Málaga, la Delegación de Salud de la Junta de Andalucía, Sociedades Científicas como la Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva, Urgencias y Coronarias (SAMIUC), la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria (SAMFYC), la Fundación Luis Portero García (FLPG) y EXPAUMI donde han participado voluntarios profesionales y ciudadanos para llevar a cabo el desarrollo de acciones tanto sociales como académicas, culturales y científicas con programas de colaboración a través de la denominada **Plataforma Andaluza Socio-Sanitaria**

(“PAS”), lo que incluiría la información, divulgación y formación para la prevención sobre la salud y bienestar del enfermo y hacia el ciudadano en general.

Esta oferta a los ciudadanos y la incorporación de profesionales de diferentes niveles asistenciales, profesionales comunitarios, cuidadores de pacientes y usuarios en general del sistema sanitario público en los programas de formación 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, puede favorecer actuaciones adecuadas de los servicios sanitarios de emergencia y con resultados satisfactorios hacia el menor número de secuelas resultantes tras una situación de emergencia en salud.

La convergencia de esfuerzo entre instituciones públicas, profesionales y usuarios esta en marcha y la esperanza de continuar en el futuro esta justificada porque ayudara en los próximos años a encontrar ciudadanos responsables, hacia el autocuidado saludable, y solidarios al salvar la vida de un familiar, amigo o vecino.■

# SOMOS LOS ENFERMOS DE CORAZÓN UNOS “LADRILLOS”.

Por Andrés Tello Romero.  
Expaciente.

**S**í, lo somos. Al menos eso piensan y opinan muchos de nuestros familiares más próximos, especialmente si el enfermo es hombre, en edad de producir, que ha tenido que dejar de “currar”, con muchas horas ociosas, la autoestima por los suelos y con el agravante de pensar demasiado en lo que fue y lo que es. Es evidente que amoldarse a la nueva situación no es nada fácil, requiere un gran esfuerzo de adaptación por parte del paciente y por parte de la familia.

Hemos “nacido” para el trabajo, por tanto si nos quedamos cesantes (en paro), bien porque nos han despedido, bien porque se ha terminado el contrato, bien porque nos han jubilado o bien porque nuestra salud lo impide, nuestra estructura psicológica y emocional se trastoca, se resiente, muchas veces se tambalea y otras se derrumba. En muchos casos, nuestros ingresos económicos disminuyen de manera brutal y radical, poniendo en peligro la propia subsistencia de la unidad familiar, la cosa se complica aún más.

Y ahora que hacer con tantas horas libres, no me gusta el domo, no me siento viejo como para ir al Hogar de Jubilados o al Centro Social, no soy un aficionado a la lectura, a la pintura, la música, etc. Y encima tengo que caminar todos los días, ¡si jamás hemos dado un palo en el agua!, mucho sillón-bol, mucha tele y ahora a caminar, me duelen las piernas, voy sólo, es aburrido y además mientras ando no paro de cavilar en lo jodido que estoy, la cantidad de problemas que se me han presentado de golpe.

No soy capaz de sacar a mi familia adelante, los niños no van a poder ir a la Universidad, salvo que consiguen una beca, con la paga no llegamos a fin de mes, me estoy comiendo los pocos ahorros que tenía y gracias a que mi compañera trabaja no

pasamos estrecheces, pero ¿estoy viviendo yo a costa de mi compañera?, ¿Soy un inútil?.

Aunque lo expuesto arriba pudiera ser una situación límite, no es menos cierto que la mayoría de los enfermos de corazón hemos sufrido alguno de los puntos tratados aquí y como quiera que somos humanos, que no disponemos de todas las armas psicológicas, y a veces que no queremos pararnos a ver y estudiar nuestra nueva situación, para enfrentarnos con algunas posibilidades de éxito a los problemas, sufrimos en muchos casos una pérdida de autoestima considerable, pérdida que se refleja fundamentalmente en el seno de la familia, en muchos casos porque no tenemos otro lugar donde desahogar nuestros desafectos y nuestras inquietudes.

Esta pérdida de autoestima provoca en muchos casos reacciones bruscas e inesperadas de nuestro comportamiento habitual, reacciones que no se producían o si lo hacían eran muy esporádicas antes del infarto.

Estas actitudes provocan asimismo una respuesta de igual calado en el resto de la familia, que en muchísimos casos no se explican el porqué de nuestra actitud, que sin causa aparente ha desencadenado una tormenta en un plato de agua y como no hay explicación a estos arrebatos o a estos empecinamientos la reacción del opuesto (léase hijos, compañera, otros familiares, etc.) suele ser asimismo brusca y sobre todo cuando esta situación se repite con más frecuencia de la deseada.

De ahí a la situación de “Doctor a mi marido, desde que le dio el infarto, no hay quien lo aguante” sólo hay un paso.

¿Que hacer?

Nadie tiene la receta milagrosa que cure estos problemas, pero

podemos intentar acercarnos algo a su solución.

En primer lugar admitir que como enfermos somos un ladrillo para nuestra familia, lo cual no es poco (a todo lo anterior he de sumar encima que soy un enfermo difícil de tratar). Hablar, hablar y hablar cuantas veces sea necesario de nuestra situación personal en cada momento con nuestros familiares, especialmente con nuestra compañera e hijos, explicarle la situación por la que atravesamos antes de que el problema vaya agrandándose como una bola de nieve, que revienta en cualquier momento.

En segundo lugar tratando de darle un sentido positivo a nuestro día a día, es decir llenar nuestra cabeza de otros pensamientos distintos mediante la realización de actividades que llenen nuestro tiempo libre de manera provechosa para nuestro espíritu. Recuerda que en el mundo hay muchas necesidades y mucha gente necesitada y que nuestra ayuda puede ser útil en cualquier organización de solidaridad. Nuestra propia asociación está necesitada de personas que colaboren en las múltiples tareas que cada día se van presentando y especialmente en la tarea más humanitaria que podemos imaginar: ayudar a otros enfermos y a sus familiares a superar los primeros momentos de una situación traumática como es un incidente de infarto en un miembro de la familia.

Todo por dejar de ser un “ladrillo”.

**“Ayuda a los demás y te ayudarás a ti mismo, se solidario”.**■

# CONVERSACIÓN DE GESTOS, CONVERSACIÓN DE SENTIMIENTOS.

**A**l comunicarnos con pacientes internados en la UVI, las formas de hacerlo a que hace referencia el título de este artículo son las fundamentales, me animaría a decir más importantes que la palabra. Al llegar, nuestra mirada es lo primero que reciben. Generalmente nos encontramos con un rostro, una mirada, que son una mezcla de duda, incomodidad o dolor. Pero además, cuando los Visitadores de EXPAUMI llegan (en el doble sentido, presencial y psicológico) a ellos y comienzan a contarles -con un tono de voz adecuado- que ellos también pasaron por una experiencia similar y les dicen que se sintieron igual que ellos ahora -confusos, cansados o doloridos- el sentir la sonrisa y la caricia de Expaumi les ayuda a sentirse mejor.

¿Porqué hablamos de conversación?. Porque el lenguaje no verbal, como el verbal, donde utilizamos la palabra hablada, tiene una significación, igual que la tiene la palabra. Es más, deben complementarse. Una frase de saludo,

acompañada de una sonrisa, es toda una comunicación, que anticipa el carácter que tendrá la misma.

Las palabras-y-los-gestos transmiten sentimientos.

**Muchas de estas cortas interacciones hacen amigos. Casi todos recuerdan con afecto la visita.**

La visita a pacientes constituye una importante actividad de la Asociación, sino la más importante, junto a los cursos que se programan todos los años: RCP, deshabituación de tabaco, para los familiares... Me animo a decir que la visita inesperada, fresca, les trae un ánimo que a veces el familiar no sabe transmitir.

Muchas de estas cortas interacciones hacen amigos. Casi todos recuerdan con afecto la visita. Cuando luego se les pregunta que sintieron, dicen que tranquilidad, apoyo, seguridad... A veces, no es así en todos los casos. Y los visitadores saben que, en

algunos casos, no conviene hacerla.

Los Cursos a Visitadores, en particular a los que se han incorporado recientemente, comprenden en su temática, aparte de los aspectos médicos y sociales, el aprendizaje y la práctica de la comunicación con el paciente durante la visita. Preveen también que los visitadores tengan charlas donde intercambien experiencias entre sí y con el Psicólogo, comenten como se han sentido durante la visita, cual ha sido, si estaban presentes, la reacción de los familiares...

Es importante este feedback, porque aporta confianza y seguridad al visitador. Estas reuniones, que podemos denominar de "autoaprendizaje" pueden alejar temores y fortalecer conductas hacia una mejor aproximación (approach) al paciente visitado.

Es conveniente que en cursos de reciclaje se aprenda también a como

superar barreras en la comunicación, como aquellas en las cuales el paciente no se puede comunicar con el visitador: voz inaudible, hipoacusia (sordera), distractibilidad (debida al dolor u otros factores). Para ello, existen la lectura labial, el lenguaje para sordomudos, lenguaje visual (mostrar objetos, partes del cuerpo) u otros códigos sencillos que pueden ayudar a mejorar la comunicación.

Evidentemente, hay situaciones en las cuales las molestias (dolor, incomodidad) son insuperables, por lo que es recomendable suspender la visita. En ese caso, la despedida, hasta un próxima visita -si ésta es posible- debe todavía ser más cariñosa porque, a pesar de sus problemas, si la Introducción ha sido positiva, el paciente deseará una nueva visita.

Como venimos diciendo, la

duración puede ser breve, corta, no excediendo de los 20 minutos, que es cuando ya se ha dado la información básica (salvo el tiempo destinado a la encuesta y a obtener sus datos personales).

Si se trata de un paciente sin familia o bien que los familiares no pueden acompañarlo, los espacios entre actividades que realiza la o el ATS, como limpieza, higiene, reacomodación, o bien intervención psicológica o social, deberían ser, a ser posible, más frecuentes.

Esto es particularmente necesario en aquellos casos de pacientes propensos a encontrarse en situaciones de soledad/tristeza, sentimientos que coadyuvan negativamente a su recuperación.

El hecho de que la visita sea realizada por un solo visitador, favorece la comunicación cara-a-cara

Salvo una razón importante, no está justificado el acompañamiento, porque pueden darse distintos tipos de vista... Si se debe hacer en pareja, es conveniente que se ensaye lo que dirá en términos generales cada uno.

¿Es conveniente estar de pié o sentado? Creemos que sentado, a la altura de la cara del paciente. Es importante que no tenga que hacer esfuerzos o adopte una posición incómoda para “enfocar” mutuamente nuestras caras, porque, como venimos diciendo, la comunicación no verbal es esencial.

Unas últimas palabras. ¡¡¡NECESITAMOS MÁS VISITADORES!!! Y además, siempre habrá, además de las que realizan los visitadores, otras tareas que necesiten voluntarios para hacerlas. ÚNASE A NOSOTROS. Gracias.■

# TE ANIMO A DEJAR PESO. SÍ, ¡PUEDES!, YO LO HE CONSEGUIDO.

**Y**o era obeso mórbido, y cuento mi experiencia por si te sirve de referencia y puede ayudarte a lograrlo.

Sin darte cuenta y muy despacio, por circunstancias varias, vas ganando peso, pero como es de forma lenta no lo notas, un día te das cuenta que tienes que ganar un ojal más en la correa, al tiempo, te das cuenta de que el pantalón te queda muy ajustado, entonces tienes que comprarte una talla mas, pero no le das importancia, ya que estas muy a t a r e a d o / a y te vas acostumbrando. Así continuas ganando peso hasta que un día alguien que no te veía hacia tiempo, te dice, que gordo/a estas has ganado mucho peso, o por que se acerca la temporada de playa y no entras en el bañador, por que tienes que ir a una boda o acontecimiento y no entras en el traje, te miras al espejo y dices será verdad, pero como te has ido acostumbrando te cuesta creerlo. Entonces decides ponerte a régimen, uno que te ha recomendado alguien, has leído

en alguna revista, o de algún centro de dietética.

Cuando dejas los 8 ó 10 kilos que querías, te relajas, y de nuevo poco a poco reemprendes las costumbres alimenticias que tenias, nuevamente empiezas a recuperar los quilos que perdiste, pero ahora ganarás cinco o siete mas por la reacción natural de organismo. Así vas a entrar en un circulo vicioso, cada vez te costara mas perder los kilos, de esta forma te das por vencido/a, en este momento te resignas y piensas, los regímenes son muy duros, y para lo que me sirven, ¿Por qué tengo que estar sacrificado/a?

Ahora cambias de opinión y entras en la segunda fase, empiezas a mentalizarte, y cara a los demás dices, pues yo me encuentro bien, yo no tengo problemas, a mi no me influyen los kilos para mis actividades... Es mentira, solamente intentas engañarte a ti mismo/a, ya que empiezas a adoptar prendas de vestir grades y holgadas para disimularlos, pero, cara a los demás te muestras bien y contento/a. Te recomiendo que no te des por vencido/a, que tiene arreglo.



Por José Evangelista Moreno.  
Expaciente Visitador.

Te indico como yo lo he conseguido.

Como expaciente de la UMI y miembro visitador de Expaumi, un día que asistía a realizar mis visitas a enfermos de la UMI, la doctora Dña. María Victoria de la Torre, con mucho cariño y buen criterio, me indico que me encontraba con problemas por los kilos que me sobraban, que tenia que perderlos por problemas de salud. Tenía razón, pero yo ya estaba acostumbrado a verme y aceptaba mi estado como algo sin solución. Pero en ese momento, sus palabras y recomendaciones me hicieron darme cuenta del problema de salud que tenia. Me había motivado para intentarlo, (ella fue la que estaba de guardia cuando ingresé en la UMI muy enfermo y con pocas posibilidades de recuperación, la cual ella consiguió con sus cuidados médicos, por lo cual estoy profundamente agradecido). Me indicó que tenia que acudir al endocrino, pedí cita y fui atendido por el doctor D. Jorge García Alemán, endocrino del Hospital Clínico. A los cuatro meses había perdido 25 kilos. ¡Eureka!, por este motivo me felicito por los resultados y me

animo a continuar el trabajo. Tienes que mentalizarte de que ningún medico tiene una varita mágica con la que te haga perder los kilos, ellos te dicen lo que tienes que hacer, pero el trabajo es tuyo.

**“No pienses en un régimen, por que eso te agobia y al final lo dejas, piensa en que tienes que cambiar tu forma de alimentarte”.**

No pienses en un régimen, por que eso te agobia y al final lo dejas, piensa en que tienes que cambiar tu forma de alimentarte, según te indique el endocrino y hacer mas ejercicio y sobre todo andar, deja el coche y camina más, y cuando alcances el peso indicado, no bajes la guardia y no vuelvas a los hábitos anteriores, mantén el sistema que has adoptado. Y si algún medico lee esto y le sobran kilos, que los hay, les digo que ellos lo tienen mas fácil, ya que tienen los conocimientos de cómo hacerlo, saben mejor que nosotros los problemas de salud que les puede

producir el sobrepeso, solamente tienen que poner voluntad y llevarlos a cabo.

¡Animo! que si consultáis con un endocrino y hacéis bien el tratamiento que el os ponga, lo conseguiréis como yo, pero no os engañéis en lo que coméis ni en lo que hacéis, tampoco al medico, ya que os engañaréis a vosotros mismos y no lo conseguiréis. El engaño a uno mismo es el primer paso para aceptar el problema.

Hoy me faltan 5 kilos para estar en el peso que me dijo el endocrino.

El resultado es que la tensión se ha regularizado y ya no tengo que tomar pastillas para esto, el azúcar lo tengo en los niveles normales, se han regularizado todos los parámetros analíticos, estoy mas ágil y ya no me tengo que sentar cada ratito cuando ando, me puedo poner la ropa que hacia años que no podía. Me encuentro como si fuera otra persona.

Desde aquí les doy las gracias a las personas que me han ayudado a conseguirlo. ■



# EL RECETARIO

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

## PASTEL DE VERDURAS AL JEREZ

Tiempo de preparación: 55 minutos.

4 comensales.

### INGREDIENTES:

2 calabacines.

2 berenjenas.

Sal.

8 cucharadas de aceite de oliva.

2 dientes de ajo

2 cebollas.

2 patatas.

½ vaso de vino de Jerez.

½ kilo de judías.

2 cucharadas de perejil picado.

½ cucharadita de pimienta.

1 cucharada de orégano.

2 tomates.

200 gramos de pan rallado.

200 gramos de queso rallado.



### PREPARACIÓN:

Pelamos los calabacines y las berenjenas, desechando los extremos, los cortamos en rodajas y sazonamos al gusto. Los dejamos sobre una rejilla para que escurran y pierdan su sabor picante.

Pelamos y picamos los ajos; pelamos, lavamos y cortamos las cebollas en paréntesis finos. Pre calentamos el horno a 180 grados centígrados. Calentamos seis cucharadas de aceite a fuego suave en una cazuela de barro. Cuando empiece a humear añadimos una capa de ajo y

cebolla y otra, otra de calabacines y berenjena, una tercera de judías y una cuarta capa de patatas lavadas y cortadas en rodajas finas. Agregamos el vino. Sazonamos y espolvoreamos el perejil, la pimienta y el orégano. Terminamos con una capa de tomates pelados y cortados en rodajas (desechando los extremos).

Llevamos la cazuela al horno y horneamos de 30 a 35 minutos. A mitad de cocción abrimos el horno y espolvoreamos el queso. Hacemos igual con el pan rallado y el aceite restante. Una vez que el pastel esté ligeramente dorado servimos en la misma cazuela.

Por Manuel Ortega.  
Expaciente.

## SOPA DE ARROZ CON MEJILLONES

Tiempo de Preparación: 40 minutos.  
4 comensales.

### INGREDIENTES:

1 kilo de mejillones.  
1 hoja de laurel.  
6 cucharadas de aceite de oliva.  
2 dientes de ajo.  
1 cebolla.  
200 gramos de champiñones.  
½ vaso de arroz.  
6 cucharadas de zumo de limón.  
Sal y pimienta.  
4 rodajas de limón.  
Cuatro ramitas de perejil.

### PREPARACIÓN:

Limpiamos los mejillones, los ponemos en una cacerola con el laurel, los cubrimos con agua fría y llevamos a fuego suave.

Cuando estén cocidos, retiramos los caparazones vacíos. Reservamos los mejillones y colocamos el caldo.

Ponemos a calentar el aceite a fuego suave en una sartén antiadherente. Añadimos los ajos y la cebolla pelados y picados.

Rehogamos hasta que están transparentes. Agregamos los champiñones limpios y troceados. Cocinamos hasta que el caldo se consuma. Salpimentamos al gusto, añadimos el arroz y rehogamos un minuto.

Tomamos cinco vasos de caldo y los reservamos, completándolos con agua si fuera necesario. Lo llevamos a una cacerola a fuego suave y agregamos la mezcla de la sartén. Removemos y cocinamos hasta que el arroz este 'al dente' e incorporamos los mejillones y el zumo de limón. Después cocinamos hasta que el arroz este tierno. Ponemos el guiso en cuatro platos hondos y una rodaja de limón en el centro.

Adornamos los platos con las ramitas de perejil y servimos.



## PESCADILLA AL HORNO

Tiempo de preparación: 35 minutos.  
2 comensales.

### INGREDIENTES:

6 cucharadas de aceite de oliva.  
2 dientes de ajo.  
1 cebolla.  
Sal.  
Pimienta recién molida.  
2 cucharadas de harina.  
1 vaso de vino blanco seco.  
1 vaso de agua.  
4 filetes de pescadilla.  
½ Kg. de gambas. →

## PREPARACIÓN:

Calentamos el aceite a fuego suave en una cazuela de barro. Cuando esté humeante añadimos los ajos y la cebolla pelados y picados.

Salpimentamos al gusto, removemos y rehogamos hasta que las verduras se ablanden. Agregamos las gambas y cocinamos hasta que se tornen opacas. Ponemos la harina y rehogamos unos minutos hasta que la harina empiece a tomar color.

Añadimos el vino y el agua indicados, removiendo para evitar que se formen grumos. Rectificamos de sal y pimienta y cocinamos uno s cinco minutos a fuego suave. Incorporamos los filetes de pescadilla lavados y sazonados por encima.

Agitamos la cazuela ligeramente y la llevamos al horno, calentado previamente a 200° centígrados.

Horneamos de 8 a 10 minutos o hasta que el pescado esté en su punto. Sacamos la cazuela del horno y espolvoreamos con perejil por encima. Servimos en la misma cazuela.



## CREMA DE CHANTILLY CON BIZCOCHOS

4 comensales.

### INGREDIENTES:

- 1 litro de leche.
- 50 gramos de maizena.
- 4 huevos.
- 200 gramos de azúcar.
- 1 rama de canela.
- 50 gramos de bizcochos.
- 200 gramos de nata batida.

## PREPARACIÓN:

Se mezclan los huevos con la maizena y el azúcar y se añade la leche hervida previamente con la canela, mezclándola poco a poco. Se acerca al fuego y al romper a hervir se retira. En una fuente se colocan los bizcochos y se vierte despacio la crema para que estos no se muevan, dejándola en sitio fresco. Ya fría, se mezcla la nata con cincuenta gramos de azúcar glas y se adorna la fuente colocando sobre la nata una fresa de Aranjuez o unas cerezas confitadas. ■

# UN CORAZÓN, UNA VIDA... UN CAMINO.

Desde que el hombre conoció que lleva dentro ese músculo latente e incansable que llamamos corazón, comenzó a refugiarse en él, trasladándole o creyendo trasladarle vivencias y emociones que se generan en nuestras relaciones externas o en nuestro más íntimo ego, y que aparentemente no dejan huella, porque físicamente no parece que se produzca ninguna alteración visible. Pero las relaciones humanas dejan huellas, algunas de ellas de una belleza sublime como puede ser el amor en todas sus manifestaciones que nos llena de felicidad; en otras puede almacenar resentimientos, envidias, odios que nos llevan a la destrucción moral. Pero ¿produce estas cosas el corazón? Realmente, el corazón ha sido mitificado por la especie, y es posible que sea el órgano humano más alabado en la poesía romántica o en la novela. Y es que, algo especial le encontró el

hombre desde un principio al corazón... y no estaba equivocado. Vio que si paraba su incesante movimiento, la vida desaparecía y su portador se llevaba no se sabe dónde, pero en ese corazón, todos sus secretos, amores y sinsabores de toda una vida. Era el corazón la personificación de las virtudes, los pecados y los vicios, el libro secreto que se perdía con la muerte, más que el motor que hace que nuestro organismo funcione.

Aún hoy que tenemos conocimiento de la importancia del corazón como órgano vital, continuamos desarrollando esa romántica poesía o prosa poética, e incluso en nuestro léxico habitual, que le atribuyen cualidades morales y almacén de nuestras grandes emociones, y así se puede oír con relativa frecuencia ¡Qué gran corazón! o ¡Qué corazón más duro!

Pero la ciencia ha demostrado que el corazón no tiene nada que ver con estas cosas, que son de la

mente. Nos ha demostrado también que hay que cuidarlo, porque no hay repuestos, y es sensible a determinadas prácticas de la vida cotidiana que le dañan, perjudicando gravemente nuestra salud y nuestra vida.

Contra estas agresiones, que en estos tiempos son muchas, debemos cuidarlo y "mimarlo", porque un corazón es una vida, y cuando ésta acaba, su portador puede crear un camino de esperanza para otro ser que lo necesite. Esa es la verdadera grandeza del corazón; un músculo que puede reanudar su movimiento para recuperar una nueva vida.

Desde esta humilde reflexión, apuesto por potenciar las donaciones beneficiando a tantas personas que se pueden beneficiar de ellas, pero al fin, soy un romántico, y sigo creyendo que mi corazón está lleno de amor. ■

**Luis Moreno Vigo, Familiar de Expaciente.**

## CUOTA SEMESTRAL 10€

### BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

Nombre y Apellidos .....

.....

Nacido el ..... en .....

Provincia de .....

Nº de D.N.I. ....

Nº de Seguridad Social .....

Domicilio ..... Nº ..... Piso ..... Letra .....

C.P. .... Provincia .....

Teléfono .....

Actividad o Profesión .....

Situación .....

OTROS DATOS:

Infarto Operado Familiar o Amigo  
(Marque con una cruz donde proceda).



**EXPAUMI**

*LE DESEA UNA MUY FELIZ NAVIDAD Y UN  
AÑO 2007 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

Web: [www.expauumi.org](http://www.expauumi.org) / E-mail: [expauumi@hotmail.com](mailto:expauumi@hotmail.com)