

EXPERIENCIAS DE MENSAJEROS DE SALUD



II VIAJE A HOSPITALES PÚBLICOS DE ANDALUCÍA “MENSAJEROS DE SALUD”



SUMARIO Nº18

SUMARIO Nº18

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, Rogelio
Moreno Vigo, Manuel
Ortega Jiménez, Manuel
Luque.

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

**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.
- 5** Aprendamos a Cuidar y Conocer los Signos
de Alerta de Nuestro Aparato Digestivo.
- 10** Diabetes
y Vida Saludable.
- 15** Uso Racional del Medicamento
en la Población.
- 17** Medicalización
de la Sociedad.
- 19** VIII Jornadas Usuario-Enfermería.
Las Nuevas Tecnologías.
- 22** Conceptos y Distribución de
Tareas en Cuidados Intensivos.
- 25** “Mensajeros de Salud II”
Segundo Viaje A Hospitales Públicos De Andalucía.
- 29** **EXPAUMI** Sigue Comprometida en Prevención
de Problemas de Salud y en Salvar Vidas.
- 35** El Papel del Voluntariado
en Nuestros Días.
- 38** La Generosidad,
un Lago de Posibilidades.
- 40** El Calvario de las Pequeñas
Asociaciones de Auto-ayuda.
- 42** Todo No Vale.
- 44** El Recetario
de Manuel Ortega.
- 45** De Bien Nacidos Es Ser Agradecidos.

SUMARIO Nº18

(Texto de presentación de EXPAUMI al personal de los hospitales visitados dentro del II Viaje “MENSAJEROS DE SALUD”).

Distinguidas Doctoras y Distinguidos Doctores,

Mi nombre es Manuel Ortega y soy el Presidente de la Asociación EXPAUMI (Expacientes de UMI).

Es para mi un honor poder dirigirme a Uds. para exponerles las razones de este viaje por Andalucía Occidental y al que hemos denominado MENSAJEROS DE SALUD II.

El pasado año 2006 hicimos un viaje similar a este por Andalucía Oriental, el Mensajeros de Salud I, con la misma motivación y con una gran acogida, lo que nos ha alentado a efectuar este segundo viaje, en la seguridad de que seremos también bien acogidos.

EXPAUMI es una asociación creada en el año 1996 en el seno de la UMI del Hospital Clínico Universitario “Virgen de la Victoria” de Málaga, por personas que habían pasado por la UMI debido a una situación crítica en su salud.

La idea de crear esta asociación parte de los Dres. M^a Victoria de la Torre Prados y Ángel García Alcántara, verdaderos “alma mater” de la asociación desde sus orígenes hasta hoy mismo. Sin ellos, sin su dedicación plena no estaríamos aquí hoy.

Los objetivos iniciales eran el llevar apoyo, solidaridad y ayuda a los enfermos internados, mediante visitas y charlas con ellos dentro de la UMI y a sus familiares contactando con ellos en las salas de espera.

La visita al enfermo, la llevan a cabo miembros de la asociación debidamente entrenados para ello, mediante cursos dirigidos por el psicólogo y la trabajadora social, para que el contacto no produzca efectos no deseados en enfermos y/o sus familiares.

En estos contactos tratamos de llevar nuestra propia experiencia como enfermos, nuestros esfuerzos por superar aquella situación crítica mediante la auto-ayuda con otros enfermos y la ayuda de la psicóloga y la trabajadora social de la asociación. Tratamos de infundir en estos enfermos esperanza y ánimo para superar su situación.

Creemos que esta labor, apoyada por el equipo médico y de enfermería de la UMI, ejerce una influencia positiva en los enfermos y en nosotros mismos reafirmandonos como hombres y mujeres que tratan de ofrecer lo mejor de si mismos a los demás.

La evolución propia de EXPAUMI, le ha ido obligando a ampliar su objetivo inicial y enfrentar nuevas tareas y retos que la sociedad nos ha ido demandando.

Entre ellos, por su importancia, destacamos nuestro interés por extender a los familiares de enfermos y a la población en general las técnicas de Soporte Vital Básico (SVB), por la importancia que tiene proporcionar una atención adecuada en los primeros momentos de un ataque cardíaco u otras situaciones críticas hasta la llegada de los servicios de urgencia.

Para ello, EXPAUMI, organiza mensualmente un curso de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) en sus locales y en colaboración con el Ayuntamiento de Málaga y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en Distritos Municipales y en Centros de Salud, así como en todos aquellos lugares en los que hemos sido requeridos. Estos cursos son impartidos por médicos y enfermeros que de manera totalmente altruista, se prestan a ello, EXPAUMI presta el apoyo logístico necesario para su realización, están →

reconocidos por la Consejería de Salud de Junta de Andalucía y los participantes reciben un diploma oficial de aprovechamiento.

Otra tarea de no menor importancia son las charlas médicas mensuales en nuestra sede, impartidas por profesionales de la salud tratando de extender los conocimientos sobre nuestro propio organismo y la mejor manera de cuidarlo.

Nuestros planes de trabajo incluyen otras actividades relacionadas con nuestros objetivos, entre otras: Simulacros de situaciones de riesgo (ahogamiento, atragantamiento y ataque cardíaco) en las Playas de Málaga durante el mes de Julio y en nuestras participaciones en actos de voluntariado. Formación de voluntarios en habilidades sociales para darles la formación necesaria para su trabajo como Visitador en la UMI. Ayuda psicológica y social a familiares en duelo. Programas de Deshabitación al Tabaco y otras.

Atendemos también las necesidades psicológicas, sociales y de conocimientos en salud de nuestros socios y sus familiares, en fin hacemos todo lo que podemos por mejorar el conocimiento, la práctica y las habilidades de nuestros socios en salud así como la sociedad malagueña en general.

Estamos orgullosos y satisfechos de nuestra labor y creemos que nuestra experiencia es aplicable en todos los hospitales andaluces. Por eso estamos aquí, traemos un mensaje de estímulo a que nuestras experiencias sean utilizadas por todos ustedes, que en definitiva son los pilares de cualquier iniciativa que en este sentido se ponga en marcha.

Sin ustedes, sin su participación, sin su estímulo, sin su dedicación nada será posible. La generosidad y el altruismo por su parte están siendo esperados por cientos de expacientes de UMI que necesitan además de cuidar su salud también necesitan cuidar otros aspectos de su vida psicológica, social y afectiva.

Por eso nos llamamos en estos viajes MENSAJEROS DE SALUD, porque nuestro objetivo es llevar este mensaje a todas las personas, relacionadas o no con la sanidad, que quieran oírnos y aprovechar nuestra experiencia y nuestra colaboración para poner en marcha equipos de voluntarios que, teniendo en cuenta las peculiaridades y las necesidades de cada hospital, desarrollen actividades en el sentido que proponemos, sin presentarnos como ejemplo a seguir y si como idea a desarrollar por ustedes.

Esto es todo, le agradecemos profundamente su atención, su participación, su atención y el haber dejado, posiblemente, trabajos o actividades necesarias para venir a escucharnos.

Quedamos a su disposición para responder cualquier pregunta que deseen plantearnos.

Muchas gracias. ■



PROYECTOS LLEVADOS A CABO POR EXPAUMI EN EL AÑO 2007.

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.

DESHÁBITO AL TABACO PARA EXPACIENTES.

Las actividades realizadas son: 4 talleres al año con 8 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 la psicóloga de la misma.

APOYO AL DUELO Y AL PACIENTE TERMINAL.

Este proyecto tiene como objetivo aportar información sobre el proceso de duelo en los 3 niveles (físico, emocional y conductual) a través de información al personal sanitario y mediante carta de condolencia al cabo de un mes a familiares de pacientes fallecidos, además de, cuando la situación lo requiera, entrevistas personales de los familiares con la psicóloga de la asociación.

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

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. →

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

Este proyecto responde a la necesidad de formación del ciudadano en la prevención e intervención inmediata ante situaciones de emergencia (dolor torácico, ahogamiento, accidentes, intoxicaciones...) y de difundir la importancia de aprender las técnicas de soporte vital básico.

Se realiza en diferentes ámbitos como son los Distritos Municipales de Málaga y en 4 escenarios distintos de playas donde se realizan diferentes simulacros de ahogamiento, ataque al corazón, etc.

FORMACIÓN DE VOLUNTARIADO 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 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 familiares cercanos de pacientes crónicos 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.

VISITADOR-VOLUNTARIO EN LA UMI COMO AGENTE DE SALUD.

El objetivo es aportar conocimientos de las causas de enfermedades cardio-vasculares en el ámbito de los factores de riesgo así como 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.

SIMULACROS DE ACCIDENTES POR TÓXICOS EN JÓVENES ADOLESCENTES.

El objetivo de este proyecto es 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. ■

APRENDAMOS A CUIDAR Y CONOCER LOS SIGNOS DE ALERTA DE NUESTRO APARATO DIGESTIVO.

1.- LA DIGESTION. CONSEGUIR UNA DIGESTION SALUDABLE.

Alimentarse correctamente es básico para la salud. Los alimentos, además de saciar nuestro apetito, proporcionan al organismo las sustancias que se necesitan para su funcionamiento. Podemos elegir la forma de alimentarnos, no obstante, el proceso de la alimentación está influido por el entorno social, cultural y familiar. La nutrición es consecuencia de la alimentación.

NUTRIENTES: Se encuentran en los alimentos y serían las unidades fundamentales de la alimentación, podemos dividirlos en macronutrientes y micronutrientes.

a) Entre los **Macronutrientes:**

 **Hidratos de carbono:** son la fuente de energía más económica, indispensable para el músculo y el sistema nervioso. Se dividen en simples (glucosa, sacarosa...) y complejos (almidón, glucógeno...). Deben constituir del 50-60% del aporte energético diario.

 **Grasas:** fuente de energía concentrada. Aportan ácidos grasos esenciales y vitaminas liposolubles. Suponen el 30% del aporte calórico diario.

 **Proteínas:** base estructural del organismo, indispensables en la dieta. Deben ser el 10-15% del aporte calórico diario total.

b) Como **Micronutrientes:**

 Vitaminas y minerales, son reguladores del organismo. Son esenciales y acalóricos. Se hallan en la mayoría de los alimentos.

ALIMENTOS: Los alimentos se clasifican de acuerdo con la función que van a realizar en el organismo y esta depende de los nutrientes que contengan:

 **Energéticos:** ricos en hidratos de carbono o en grasas. Estas sustancias al ser "quemadas" proporcionan calorías.

 **Plásticos o formadores:** se trata de alimentos ricos en proteínas y minerales. Son formadores de los tejidos del organismo.

 **Reguladores:** contienen vitaminas y sales minerales, sustancias que regulan los

procesos metabólicos esenciales del organismo.

 **Mixtos:** aquellos que comparten características de los anteriores.

Así, tenemos lo que denominamos "**la rueda de los alimentos**".

LA FIBRA: No debemos olvidar la fibra, ésta no es un nutriente pero representa funciones importantes para el organismo: beneficiosa en la regulación intestinal y para evitar el estreñimiento. Previene y mejora enfermedades digestivas y evita riesgos en la cardiopatía isquémica.

DIETA EQUILIBRADA: Una dieta equilibrada podría ser sinónimo de una buena alimentación. Pero comer bien no es comer mucho, ni limitar las calorías al máximo, ni eliminar determinados alimentos de la dieta, ni abusar del consumo de vegetales frente al consumo de alimentos de origen animal.

Comer bien es consumir en cantidad y variedad los alimentos suficientes para desarrollar una actividad física, desempeñar un trabajo y reparar o sustituir los tejidos que envejecen. Así, →

nuestra alimentación debe estar de acuerdo con la edad, el trabajo que realizamos y el lugar donde vivimos.

Al hablar de **CANTIDAD** surgen preguntas ¿cuánto pan debo comer? Cuánta carne, leche o pescado?... No se pueden dar recomendaciones rígidas pero si datos orientativos de consumo y frecuencia deseables. **La regla de oro sería:** consumir a diario 1 ó 2 alimentos de cada uno de los grupos alimentarios.

DIETA MEDITERRÁNEA: La dieta mediterránea tradicional, se basa en el consumo de aceite de oliva, cereales (fundamentalmente trigo), pescados, legumbres, frutas, hortalizas y en menor cuantía productos cárnicos y lácteos.

No debemos a la dieta mediterránea hay que añadir otros hábitos de vida que influyen en el estado de salud. Es fundamental comer de forma moderada, llevar una vida bastante tranquila (poco estresante) y hacer ejercicio aeróbico como caminar.

2 . - S I N T O M A S D I G E S T I V O S Y P R U E B A S D I A G N O S T I C A S M A S F R E C U E N T E S .

a) **Enfermedad por reflujo gastro-esofágico.** Esta motivada por el paso de contenido gástrico rico en ácido hacia el esófago e incluso laringe. La causa más frecuente es la hernia de hiato.

¿Cuáles son los síntomas? El ardor o quemazón («pirosis» en términos médicos) que asciende desde el estómago hacia la garganta. Es posible que se asocie al paso de alimentos ácidos o amargos desde el estómago a la boca. Generalmente empeora tras las comidas, especialmente con algunos alimentos o con excesos dietéticos. En muchos casos también empeora mientras dormimos (tumbados) o cuando se flexiona el tronco. En algunos casos los síntomas predominantes son respiratorios: ronquera o carraspera (por irritación de la laringe por el ácido refluído) o incluso asma o dificultad respiratoria (por aspiración del ácido a la vía respiratoria).

¿Como Saber si tengo Reflujo y en que grado está? Ante los síntomas conocidos debe acudir al médico. Generalmente se solicitan uno o mas de los siguientes estudios:

 **R a y o s " X "**
Esofagograma o Serie Esófago-Gastro-Duodenal.

 **Medición continua del PH esofágico durante 24 hrs. (PH metría).**

 **Medición de la fuerza y tono muscular del esófago en sus diferentes niveles (Manometría esofágica).**

 **Visualización directa del esófago con o sin toma de biopsia (Video Endoscopia).**

Tratamientos para el Reflujo Gastro-esofágico. La mayoría de los pacientes requieren tratamiento médico, muy pocos llegan a ser sometidos a cirugía. Pero es indispensable mantener medidas higiénico-dietéticas:

Como líneas generales comer muchas veces poca cantidad. No comer alimentos sólidos o líquidos justo antes de ir a la cama, dejar pasar al menos dos horas. Tomar en pequeña cantidad o de forma ocasional alimentos grasos y evitar los muy salados o en escabeche. Evitar las

Por el **Dr. Ramiro Alcántara Benítez.**
Médico Especialista de Digestivo del Hospital Universitario
Virgen de la Victoria, Málaga.

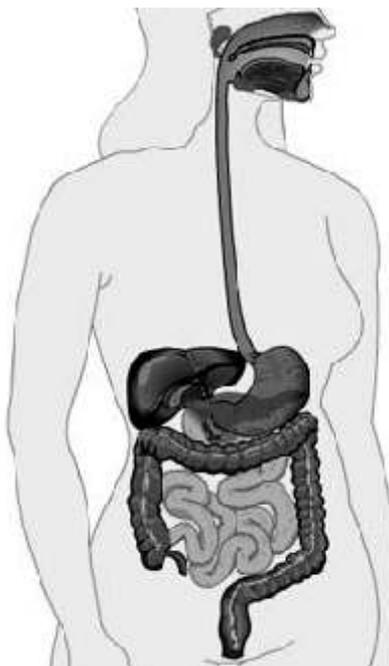
salsas muy grasas elaboradas con yemas, exceso de aceite, nata, queso (tipo carbonara, holandesa, etc). Los derivados del tomate (salsas) y el zumo de cítricos suelen causar molestias. Evitar las frutas muy ácidas o poco maduras. No tomar bebidas gaseadas. Evitar café, descafeinado y té fuertes, bebidas con extractos de café o de guaraná, bebidas con chocolate, bebidas con gas y todas las bebidas alcohólicas (irritan la mucosa gástrica y aumentan la acidez. No consumir cantidades excesivas de azúcar. Bollería poco o recién horneada, fermenta en el estómago. Evitar los alimentos muy calientes o muy fríos ya que provocan irritación.

Elevar la cabecera de la cama con una inclinación de 30°. No utilizar ropa ajustada, fajas, cinturones ni hacer esfuerzos abdominales. Comer despacio y hacer sobremesa. No acostarse hasta que pasen por lo menos 2 horas después de cenar. No tomar medicamentos sin receta (cuidado con los analgésicos).

b) **Úlcera y dolor de estomago.** Una úlcera gastroduodenal es una llaga en el revestimiento del estómago o del duodeno, que es una capa mucosa que recubre estos órganos por dentro para

evitar que lesionen por efecto de los jugos digestivos con los que están en permanente contacto.

El síntoma más característico es el dolor en el abdomen superior (boca del estómago). Este aumenta con el ayuno y reaparece a la hora de haber comido. Suele irse hacia la espalda. Es mayor por la noche. Alterna períodos de dolor con periodos libres de síntomas. El dolor al presionar en el epigastrio. Pueden asociarse otros síntomas como pérdida de peso, pérdida de apetito,



distensión abdominal, eructos, náuseas o vómitos, aunque estos últimos son poco frecuentes.

Las causas se pueden resumir en:

✎ Presencia de *helicobacter Pylori*. Una bacteria que inflama la mucosa gastroduodenal y hace que la úlcera sea una enfermedad crónica.

✎ Aumento de la secreción ácida. Causa principal de las lesiones de la **úlcera péptica** duodenal. Al final suelen aliarse estas dos causas. En este campo juega un papel importante el tabaco y el alcohol.

✎ Consumo de antiinflamatorios. Impiden que se formen las defensas contra el ácido de la mucosa digestiva.

El cortejo de síntomas característico es bastante diagnóstico. Se suele complementar mediante la realización de una **gastroscopia**, para ver las lesiones, tomar una biopsia de las lesiones para su análisis (determinar la existencia de *Helicobacter Pylori*). Se puede determinar la existencia de esta bacteria por medios no agresivos (análisis de sangre, heces o aliento).

Generalidades Sobre El Tratamiento: Lo primero es cicatrizar la úlcera como medicamentos específicos, posteriormente evitar las causas: →

dieta, evitar medicamentos erosivos y tratar el H Pylori (tratamiento antibiótico específico). Muy raramente hay que recurrir a la cirugía. Siempre consultar para evitar complicaciones más serias.

c) **Enfermedades del colon.** Son muchas y muy variadas, pero en una persona en principio sana de edad madura debemos considerar:

 Estreñimiento crónico: Se trata de una disminución del hábito intestinal normal. En personas sanas suele deberse a factores precipitantes como serían el uso de analgésicos (sobre todo opiáceos), psicofármacos (ansiolíticos, hipnóticos, sedantes...), enfermedades vasculares o del tipo diabetes, ACV y otras enfermedades neurológicas y sobre algunas situaciones cotidianas evitables: beber pocos líquidos, sedentarismo y el uso continuado de laxantes de tipo osmótico (tomar fibra). El estreñimiento supone un ejercicio muy perjudicial para personas con cardiopatía isquémica.

 Hemorroides y fisuras. Son la complicación menos seria pero más frecuente y molesta del

estreñimiento. Se previenen con un hábito intestinal adecuada, la toma de fibras, ejercicio físico y evitando dietas con especias picantes.

 **Diverticulitis** o apendicitis izquierda. La formación de divertículos en colon es una consecuencia de la edad, el sedentarismo y el estreñimiento. Se previene y se combate con una dieta rica en fibras. Las complicaciones de estos divertículos son el dolor abdominal, la hemorragia y sobre todo la diverticulitis: inflamación de un divertículo que produce un cuadro similar a la apendicitis con riesgo de perforación y peritonitis.

 **Dirrea crónica.** El aumento del número de deposiciones se define como diarrea. En personas maduras suele ser un síntoma de enfermedades que pueden ser importantes. Debe ser valorada cuando dura más de 2-4 semanas, sobre todo si se acompaña de sangre, moco o pus.

Es importante saber que las personas de edad madura-anciana suelen tener intolerancia a la lactosa (incapacidad para metabolizar la leche), lo que ocasiona meteorismo y diarrea crónica.

 **Rectorragias.** Es la

eliminación de sangre roja sola o con las deposiciones. Es un síntoma importante por el que siempre hay que consultar. Normalmente requiere la realización de una colonoscopia.

d) **Enfermedades de la vesícula y pancreas.** El principal problema y causa de casi todos los demás son las **PIEDRAS DE LA VESÍCULA**. Se deben sospechar ante dolores en hemiabdomen superior-derecho y digestiones pesadas, sobre todo asociadas a las comidas fundamentalmente grasas. Ante estos síntomas se debe consultar al médico. Máxime si estos síntomas son intensos (cólico biliar). El diagnóstico es fácil con una ecografía.

Las piedras pueden originar diferentes complicaciones que pueden llegar a ser muy serias y que se deben sospechar:

 **Cólicos biliares** de repetición. Dolores importantes y frecuentes ante la ingesta.

 **Colecistitis:** Inflamación/infección de la vesícula. Dolor tipo cólico biliar con fiebre y mal estado general. Requiere acudir al hospital de forma urgente.

✎ Obstrucción biliar. Una piedra obstruye la salida de la bilis hacia el tubo digestivo. Produce ictericia, orinas oscuras (suele ser el primer síntoma) y a veces fiebre. Requiere control a nivel hospitalario.

✎ Pancreatitis. Inflamación de la glándula páncreas por una piedra que la obstruye. Produce dolor en la parte superior del abdomen que se irradia en cinturón hasta la espalda. Puede llegar a ser muy grave.

En todos estos casos se va a requerir cirugía: quitar la vesícula. No existen tratamientos médicos eficaces. No se pueden disolver las piedras de la vesícula, salvo en muy raras ocasiones.

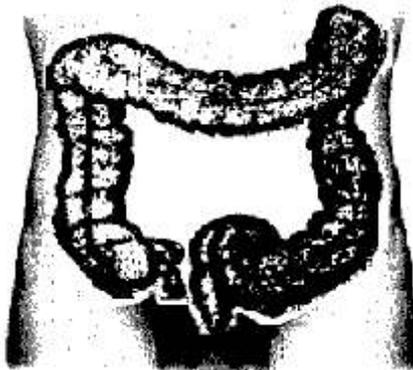
e) **Enfermedades del hígado.** Los síntomas que produce el hígado son muy poco claros y de poca importancia: molestias en el costado derecho, cansancio inexplicable y alteraciones analíticas. Las causas que pueden llevar a que el hígado enferme son múltiples y no necesariamente ha de ser el alcohol. Para estas personas sería muy importante seguir algunas normas en su vida:

✎ No beber alcohol, aunque la causa de la enfermedad sea otra.

✎ No tomar fármacos que no les prescriba un médico, huir de la medicina natural y de las hierbas.

✎ Evitar ejercicio físico extenuante, partir la jornada en dos con un pequeño descanso.

✎ Reducir la sal. Hacer una dieta rica en frutas, verduras y fibras (mejor las proteínas vegetales que las animales).



f) **Signos y síntomas de alerta en digestivo:** Lo primero sería huir de la cancerofobia, pero hay una serie de signos y síntomas que nos deben llevar directamente a que el especialista nos estudie y haga las exploraciones correspondientes. Se entiende que estos síntomas han permanecer cierto tiempo y no son tan importantes si se producen ocasionalmente.

✎ Disfagia o imposibilidad para tragar, sobre todo si es

progresiva: primero a sólidos y después a líquidos. Se acompaña de vómito inmediato del alimento.

✎ Vómito de sangre roja o negra. Casi nunca es un cáncer, pero si un cuadro grave.

✎ Vómitos continuos a las horas de la ingesta, indica una obstrucción que hay que estudiar.

✎ Cambio del hábito intestinal de siempre, tanto hacia aumento de la frecuencia como sobre todo hacia estreñimiento, fundamentalmente si no hay un cambio de vida o dieta que lo justifique. Todavía tiene más valor si se acompaña de anemia crónica.

✎ Expulsión de heces negras, implica un sangrado digestivo. Casi siempre de estómago o duodeno y rarísimamente es un cáncer. Puede ser una situación grave para la vida.

✎ Expulsión de sangre roja con las deposiciones.

✎ Orinas oscuras de color coñac o coca-cola.

✎ Ponerse amarillo progresivamente (ictericia).

✎ Perder peso y el apetito de forma clara y continuada. ■

DIABETES Y VIDA SALUDABLE.

(Recopilación de la conferencia que el Dr. D. José Luis Pinzón Martín impartió el pasado día 21 de febrero de 2007 en el salón de actos de nuestra sede, dentro de la programación de nuestro Ciclo de Charlas de Salud).

Es siempre difícil extraer un contenido tan denso y completo como la conferencia del Dr. Pinzón, más cuando, por su carácter técnico y denso, dicha materia posee una numerosa terminología científica que no siempre es fácil “traducir” a la comprensión del público en general.

Es por ello, por lo que desde aquí suplicamos al Dr. Pinzón nos perdone si no siempre hemos acertado en esta intención de adaptar su conferencia y su subsiguiente e interesantísimo coloquio con el público.

Debemos empezar definiendo lo que es la **D I A B E T E S M E L L I T U S**: un grupo de enfermedades que se caracterizan por:

1) Secreción de insulina insuficiente (especificamos que la insulina es una hormona que junto a otras produce nuestro páncreas) y las alteraciones que

esto conlleva.

2) Presencia de hiperglucemia (elevado contenido de glucosa en la sangre).

3) Alteración del metabolismo de lípidos y proteínas.

4) Predisposición a complicaciones metabólicas agudas.

5) Complicaciones crónicas a largo plazo (lesión generalizada de los vasos sanguíneos y tejidos de todo el organismo) que se dividen a la vez en Microvasculares (retinopatía, nefropatías, neuropatías) y Macrovasculares (arteroesclerosis, cardiovasculares, cerebrovasculares, arteropatía periférica).

CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES

-  **Diabetes Tipo 1** (o Insulino-dependiente).
-  **Diabetes Tipo 2** (o no Insulino-dependiente).
-  **Diabetes Gestacional** (DMG).
-  **Otros tipos poco frecuentes:**
 - Defectos Genéticos de la función célula-beta (MODY).
 - Defectos Genéticos de la acción insulina e insulino-resistencia.
 - Enfermedades del Páncreas exocrino (pancreatitis, cáncer).
 - Enfermedades del Endocrinológicas (acromegalia, Enfermedad de Cushing).
 - Diabetes inducida por fármacos o agentes químicos (tiazidas, glucocorticoides).
 - Infecciones (rubeola congénita).
 - Síndromes genéticos raros (Down, Klinefelter).

Por el Dr. José Luis Pinzón Martín,
Médico Especialista en Endocrinología del Hospital Universitario
Virgen de la Victoria de Málaga, Málaga.
Texto recopilado por Carlos García Chinchilla, Expaciente.

La diabetes no es una sola enfermedad, sino que por diversos motivos se puede acumular un exceso de azúcar en la sangre.

DIABETES TIPO 1.

Como hemos reflejado en el cuadro de la página anterior, tenemos el tipo 1, que es cuando el páncreas no produce insulina o la produce en poca cantidad (aproximadamente el 10% de todos los casos), por ello se le denomina insulina dependiente. Antiguamente se le nombraba también Diabetes juvenil, por aparecer con más frecuencia en niños y adolescentes.

Desde la aparición de los síntomas, poliuria (gran cantidad de orina) polidipsia (sed frecuente), pérdida de peso y cicatrización difícil, el diagnóstico se hace en pocas semanas.

La alteración fisiopatológica principal es un déficit total de insulina, debido a que su causa principal (por un proceso de tipo autoinmune) se destruyen las células beta pancreáticas. También puede ser por predisposición genética ó quizás por una infección vírica. El tratamiento consiste en

inyecciones de insulina s.c., una dieta apropiada y ejercicio físico.

Su aumento, sobre todo en países occidentales es manifiesto.

DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Este es el tipo de diabetes más frecuente, abarcando entre el 90 al 95 % de todos los casos, afectando a un porcentaje de la población española que se estima actualmente entre un 6 al 10%, pero que desgraciadamente sigue aumentando y que podría suponer en un próximo futuro, si no se toman medidas, una verdadera catástrofe sanitaria.

Las causas que provocan dicho aumento son el crecimiento de la longevidad, una sobrenutrición (además inadecuada), la obesidad y el sedentarismo.

Está previsto que su prevalencia se doble en todo el mundo hacia el año 2025. Igualmente este incremento recae en los niños y adolescentes de todo el mundo.

A menudo no se diagnostica durante muchos años porque el enfermo no da síntomas de ello. Se calcula que existen aproximadamente un 50% de casos sin diagnosticar.

A diferencia de la diabetes tipo 1, la tipo 2 no es una enfermedad autoinmune. El páncreas produce algo de insulina, pero no de una manera suficiente y, por otro lado, las células de los músculos y otros tejidos se vuelven resistentes a la insulina.

En este tipo 2, los enfermos no requieren habitualmente inyecciones de insulina s.c.

Se suele asociar con la obesidad, arteriosclerosis e hipertensión. Por ello algunas personas pueden mantener su azúcar sanguíneo en límites saludables y autocontrolarse al mantener un peso adecuadamente limitado, una dieta sana, hacer diariamente ejercicios y en algunos casos, tomar medicamentos por vía oral.

Otras personas sin embargo necesitan más insulina, por lo que también requieren la administración como único medio de controlar el azúcar sanguíneo, pero teniendo en cuenta además que la resistencia a la insulina es una causa radical de la diabetes tipo 2, porque el 92% de los pacientes de este tipo son resistentes a la insulina.

Los factores que generan esta diabetes tipo 2 podemos dividirlos en dos grupos: →

a) Factores genéticos (personas con antecedentes familiares).

b) Factores ambientales (dieta inadecuada, obesidad y falta de ejercicio).

LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EUROPA.

Vemos que las complicaciones cardiovasculares son la causa más frecuente de muerte en los pacientes con diabetes tipo 2 (angina, infarto de miocardio, ictus, arteroesclerosis). Igualmente, es una de las causas más frecuentes de ceguera en los adultos, que además está comprobado que conduce a enfermedad y fracaso renal (nefropatía) y que es la condición más común que lleva a la amputación de una extremidad inferior de causa no traumática.

DIAGNÓSTICO.

Como ya dijimos, son muchísimas las personas que ignoran que padecen esta diabetes tipo 2. Casi siempre diagnosticada al efectuar una revisión médica habitual o por un análisis de sangre motivado por otro trastorno.

Para determinar dicha diabetes, se debe medir el nivel de azúcar sanguíneo siempre en ayunas.

Las fluctuaciones de azúcar en sangre son muy pequeñas, o sea, dentro de un límite estrecho, siendo estos indicadores normales cuando se mueven entre un mínimo de 70 mg. y un máximo de 110 mg. por decilitro de sangre.

LOS TRATAMIENTOS DE LA DIABETES MELLITUS.

El abordaje del tratamiento de esta enfermedad es muy ambicioso, porque pretende actuar en todos los niveles, siendo la intervención dietética fundamental. Por supuesto, esta dieta debe adecuarse a las necesidades de cada persona, dependiendo de la cantidad de azúcar, de la necesidad de perder peso ó de si esta tiene otros problemas de salud.

El paciente debe de estar preparado y en disposición de vigilar personalmente y a diario su índice de azúcar en sangre.

Para ello debe tener, a ser posible, una lanceta para pincharse un dedo y obtener una gota de sangre (las lancetas con muelle suelen ser poco dolorosas). Una

vez obtenga la sangre, usar una tira reactiva que se insertará en un aparato medidor de la glucosa (hay también una gran variedad de aparatos medidores).

Con el cuadro de esta página anterior y los dos de la página siguiente, quedan explicados los tratamientos con la terapéutica habitual.

TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2: Objetivos Generales

 **Mantener los niveles de glucosa dentro de límites normales.**

 **GPA y posprandial.**
- Hemoglobina glucosilada normal (HbA_{1c}).
- Control síntomas hiperglucemia.
- Evitar hipoglucemias.

 **Prevenir y retrasar progresión complicaciones crónicas.**
- Control glucosa sangre.
- DCCT y UKPDS - cualquier mejora hiperglucemia es beneficiosa.
- Control factores asociados: hiperlipemia, hipertensión, obesidad.

DIETA.

El mantener una dieta adecuada es imprescindible en el control de esta enfermedad. Afortunadamente, no es necesario ningún tipo de alimentos especiales; por el contrario, es posible efectuar una dieta variada y económica para nuestra alimentación. La conocida y celebrada dieta mediterránea se acerca a la idoneidad deseada.

Objetivos de la dieta:

-  Generales:
- Alcanzar la normalidad bioquímica (glucosa, lípidos,...)
 - Ayudar a prevenir la hipoglucemia y problemas agudos.
 - Reducir el riesgo de complicaciones crónicas.
 - Mejorar la expectativa

de vida.

 Específicos:

TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2: Objetivos Generales (2)

Diagnóstico y tratamiento precoz.

Alteración fisiopatológica comienza mucho antes del diagnóstico clínico.

- Reducir resistencia a la insulina
 - Prevenir fallo célula-beta
 - Corregir alteraciones metabólicas que provocan complicaciones
- } **Tratar Hiperglucemia**

PRINCIPIOS DE TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2:

-  **Pauta terapéutica habitual:**
- Dieta.
 - Reducción de peso.
 - Ejercicio.
 - Educación paciente/autocontrol glucemia.
 - Tratamiento farmacológico si es necesario.
- } **Terapia primera línea - <20% éxito**
-  Estrategia terapéutica individualizada para cada paciente.
- Estrategia varía para cada paciente y en el mismo paciente con el paso del tiempo.
-  Frecuentes evaluaciones y ajustes del plan terapéutico.
- Historia natural diabetes tipo 2 implica un deterioro progresivo del control glucémico, que requiere cambios terapéuticos.
 - Activa la participación del paciente.
-  Maximizar el cumplimiento del paciente.

- Alcanzar y mantener el peso adecuado.
- Lograr crecimiento normal en niños.
- Mantener glucemias en el nivel más óptimo y posible.
- Conseguir y mantener niveles óptimos de lípidos.

-  Recomendaciones:
- Adaptación a las necesidades de cada paciente.
 - Potenciar sistemas de intercambio de comidas.
 - Que pueda asumirla el resto de la familia. →

- El primer cálculo debe ser el requerimiento energético.

Lo recomendable es mantener el nivel de glucosa dentro de unos límites ni muy altos ni muy bajos.

Deberíamos tener en cuenta, dado que la obesidad es un grave factor de riesgo, y la dieta que sigamos nos sirva igualmente para ir comiendo, sin prisa pero sin pausa, el exceso de peso.

A C T I V I D A D E S FÍSICAS.

Si tenemos en cuenta que la falta de ejercicio físico es, junto a la obesidad y las comidas copiosas e inadecuadas, factor desencadenante de diabetes tipo 2. También es cierto, que el ejercicio forma parte del tratamiento para controlar y paliar su desarrollo. Por ello deberá seguir los consejos que su médico le indique sobre esto.

C O N S I D E R A C I O N E S G E N E R A L E S .

Cuando el sujeto con diabetes precise de tratamiento farmacológico vamos a disponer de múltiples fármacos orales, que podemos combinar y de la

insulina parenteral y también inhalada, con diferentes formas de acción rápidas, lentas, basales y análogas de rápidas solas y mezcladas, que permiten individualizar el tratamiento y facilitan el manejo por paciente.

Se ha comprobado por diversos estudios que cuando se es más intensivo en el control de la glucemia y también de la grasa y de la tensión arterial, y empleando la aspirina como fármaco preventivo, conseguimos mejorar la supervivencia y evitamos o retrasamos la aparición de las complicaciones relacionadas con la diabetes. Necesidad de conseguir unos objetivos mínimos, aun cuando no debemos olvidar que hay una serie de obstáculos que favorecen el fracaso y destacando que es muy importante la implicación de las personas diabéticas en sus medidas terapéuticas, y a ello contribuye una buena educación diabetológica.

Ello conducirá a una buena línea de buenos hábitos, que evitarán complicaciones siendo fundamental el autocontrol glucémico por parte del sujeto, conociendo así su grado de control metabólico por el valor de la hemoglobina glucosilada o

por conocer y aplicar correctamente las medidas higiénico-sanitarias pertinentes tendentes al cuidado de los pies por ser una de las zonas más vigilar por personas con diabetes.

Y para terminar, debemos escuchar y atender las recomendaciones del personal sanitario que nos atiende y huir de mucha información / desinformación que circula a diferentes niveles (incluido internet), porque además no hay una terapia única, sino que hay diferentes opciones de tratamiento según el tipo de diabetes y otra serie de características personales.

Como últimamente hemos leído en la prensa, la longevidad está alcanzando niveles hace poco tiempo impensables, los ochenta años no son ya una meta, sino un punto de partida.

Es cierto, la ciencia y los avances sociales están logrando dar más años a la vida, de cada uno de nosotros depende dar más vida a los años. ■

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN LA POBLACIÓN.

Hoy en día los medicamentos forman parte de nuestra vida cotidiana, pero hay que tener en cuenta que son sustancias muy potentes y su uso irresponsable puede dar lugar a graves consecuencias, pero como en muchas ocasiones dependemos de ellos es importante su uso racional y responsable. Tenemos que estar informados del tratamiento que nos ha prescrito nuestro médico, para que así la mejora sea más segura, rápida y eficaz.

Los medicamentos ejercen acciones complejas y variadas sobre nuestro organismo, además de los efectos curativos por los que se toman. En algunas ocasiones pueden ejercer otros efectos desagradables o molestos que no son los buscados y a los que llamamos reacciones adversas. Por lo tanto los medicamentos nos reportan grandes beneficios para nuestra salud pero también ciertos riesgos, los cuales se describen en el prospecto del medicamento. Nos podemos encontrar con una larga lista de ellos, el que figuren no quiere decir que una persona que tome ese medicamento tenga que sufrir necesariamente dichos problemas, pero si debemos conocerlos porque si aparecen debemos conectar con nuestro médico de cabecera.

Siempre habrá más riesgos si se toman muchos medicamentos al

mismo tiempo, ya que pueden existir interacciones entre ellos potenciando, disminuyendo o alterando los efectos esperados.

Es importante evitar la automedicación, es frecuente que entre familiares y amigos se recomiende el uso de ciertos medicamentos pero es un grave error ya que síntomas parecidos no significa que sea la misma enfermedad. No todos los medicamentos van bien para todos en general, cada persona

tiene unas características propias (edad, peso, otros tratamientos, órganos vitales afectados) que justifica la indicación específica de uno o más medicamentos por su médico, ajustando las dosis y los intervalos entre ellas.

Es fundamental que su médico le proporcione información terapéutica cada vez que le recete un nuevo medicamento:

 **Nombre** (genérico y de marca). →

LA RECETA DEL SIGLO XXI

La **receta médica electrónica** es un procedimiento tecnológico que permite desarrollar las funciones profesionales sobre las que se produce la prescripción de medicamentos de manera automatizada, de manera que las órdenes de tratamiento se almacenan en una base de datos al cual se accede desde las oficinas de farmacia para su entrega al paciente.

El procedimiento va a consistir en:

-  El paciente se identificará con su tarjeta sanitaria y el médico se identificará y acreditará electrónicamente.
-  La prescripción médica se registrará automáticamente en la historia clínica electrónica del paciente.
-  Las recetas se generarán de forma electrónica, y se validarán automáticamente con la firma electrónica del facultativo y se almacenarán en una base de datos de prescripción.
-  El médico imprimirá el volante de instrucciones del paciente, en soporte papel.
-  La oficina de farmacia realizará la identificación automática del paciente y sus datos a través de la tarjeta sanitaria, y accederá a una o varias **prescripciones pendientes de dispensar**.
-  Se registrará automáticamente la dispensación de la oficina de farmacia a través de la firma electrónica del farmacéutico, →

Por **Ángela García de la Torre**,
Licenciada en Farmacia,
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

 **Razón para tomarlo.**
 **Qué dosis tomar y con qué frecuencia debe tomarlo,** cada medicamento requiere un tiempo para ser absorbido, distribuido, metabolizado y eliminado por nuestro organismo, por ello es muy importante seguir estrictamente la posología indicada para evitar por un lado la acumulación tóxica del fármaco o bien no llegar a la cantidad suficiente para que un medicamento tenga la acción terapéutica esperada.
- Si olvidó una dosis tómela en  así como las sustituciones, si fueran realizadas.

Muchos van a ser los beneficios para el ciudadano, ya que se van a reducir los errores en la dispensación, incrementar la seguridad y control. Se podrán retirar los medicamentos de la oficina de farmacia 10 días antes y hasta 60 días después de la fecha de preinscripción, esto va a favorecer especialmente a los pacientes crónicos que evitarán acudir más veces de las necesarias a consulta, con lo que los profesionales dispondrán de mayor tiempo para la atención al paciente.

RECOMENDACIONES SOBRE ALMACENAMIENTO

1. Guarde los medicamentos en sus envases originales, así evitará confundir medicamentos de apariencia similar.
2. Conserve el prospecto de cada medicamento que este tomando y léalo siempre que tenga cualquier duda sobre las instrucciones a seguir.
3. Su botiquín no es una minifarmacia, debe contener sólo lo necesario.
4. Revise el botiquín al menos dos veces al año, descartando los productos caducados, con los envases dañados o medicamentos sobrantes para evitar la automedicación.
5. Deben estar fuera del alcance de los niños y separados de los productos de limpieza e higiene personal.

En condiciones óptimas de temperatura, entre 15°C y 22°C, no más del 85% de humedad y alejado de la luz directa del sol para que conserven así sus características organolépticas.

cuanto lo recuerde, sin embargo, si es hora para la siguiente, sátese aquella que no tomó y siga con la dosificación regular. No tome una dosis doble para compensar la que olvidó.

 **Durante cuánto tiempo debe continuar tomándolo,** para así conseguir la máxima eficacia.

 **Posibles efectos secundarios y qué hacer si los tiene,** ya sea disminuir la dosis o suspender el tratamiento, aunque en muchas ocasiones los beneficios son mayores que los riesgos.

 **Posibles interacciones,** si va a reaccionar con comidas, bebidas y/o otros medicamentos que esté tomando.

 **Si debo evitar ciertas**

actividades mientras está tomándolo.

 **Instrucciones especiales** (tomar antes de acostarse o con comidas, etc.).

- Medicamentos con la comida, quiere decir que se debe tomar el medicamento durante o inmediatamente después de las comidas.

- Medicamentos fuera de las comidas, se deben tomar con el estómago vacío, 1-2 horas antes o después de las comidas con un vaso de agua.

Consulte con su médico y/o farmacéutico ante cualquier duda o problema, pídale a que le haga un horario y que le dé la información por escrito. ■

MEDICALIZACIÓN DE LA SOCIEDAD.

¿Hasta qué punto se puede considerar el duelo una enfermedad? ¿Y la menopausia, la timidez o incluso esa pereza de ir a trabajar tras las vacaciones? Es lo que los facultativos describen como «enfermedades inventadas», un fenómeno creciente y alentado por las compañías farmacéuticas para ganar más dinero.

¿QUÉ ES LA MEDICALIZACIÓN?

La medicalización se define como el proceso por el que problemas no médicos se tratan como enfermedades, requiriendo tratamiento farmacológico. Como consecuencia, las personas entienden la salud cada vez más como un artículo de consumo que se pueda comprar y al mismo tiempo van perdiendo la capacidad de decidir sobre sus vidas, mientras en ellas se afianza la seguridad de estar haciendo lo correcto al acudir al profesional sanitario y seguir sus consejos. Así, lo que de hecho son problemas socioculturales (paro, sedentarismo, soledad...) acaban transformándose en enfermedades individuales.

¿CÓMO SE PRODUCE?

La industria farmacéutica es el principal protagonista en la medicalización de la sociedad. Para ello utilizan diversas estrategias para inventarse

enfermedades:

✎ Venden un proceso normal de la vida como un problema médico (la caída del cabello, el duelo).

✎ Venden problemas personales y sociales como un problema médico (la timidez, un estado de ánimo pasajero).

✎ Venden un riesgo como una enfermedad (osteoporosis).

✎ Venden síntomas poco frecuentes como epidemias de extraordinaria propagación (disfunción eréctil o disfunción sexual femenina).

✎ Convierten síntomas leves en indicio de una enfermedad grave (síndrome del colon irritable).

A modo de ejemplo explicamos el caso de la disfunción sexual femenina:

En el año 1998, la empresa farmacéutica Pfizer comercializó un medicamento conocido con el nombre de Viagra® para el tratamiento de la disfunción sexual masculina que se ha convertido en uno de los medicamentos más vendidos del mundo. Como resultado del éxito, los directivos de Pfizer se preguntaron: “¿Y si fuera posible conseguir un éxito semejante con un producto similar dedicado a las mujeres?”. La estrategia para inventarse la disfunción sexual femenina comenzó.

Para ello, se organizó un encuentro de especialistas médicos financiados por la industria farmacéutica en New York y así determinar el perfil clínico de la disfunción sexual femenina. El objetivo de la reunión era diseñar una estrategia adecuada para crear una nueva patología en función de los intereses de los laboratorios farmacéuticos y no en función de los intereses médicos de las mujeres afectadas. Como resultado de la reunión, se publicó en una revista científica un estudio sobre la disfunción sexual en EE.UU., en el que se afirmaba que un 43% de la población femenina de EE.UU. sufría la “nueva enfermedad”. El estudio consistió en pasar un cuestionario a 1.500 mujeres y preguntarles si habían experimentado durante más de dos meses algunos síntomas, como por ejemplo que no habían tenido deseo sexual independientemente de si estaban de luto por la muerte de un ser querido, preocupadas por falta o por exceso de trabajo, atrapadas en una relación insatisfactoria. De esta manera el 43% de las mujeres americanas quedaron etiquetadas de “disfuncionales” y pasaron a engrosar el porcentaje de candidatas potenciales para el tratamiento que la industria farmacéutica confiaba poder →

Por José Miguel Guzmán de Damas,
Licenciada en Farmacia,
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

desarrollar en breve.

Finalmente la agencia reguladora de los medicamentos en EE.UU. impidió que se comercializara el primer medicamento destinado a sanar la “disfunción sexual femenina” debido a los beneficios dudosos y unos más que probables efectos secundarios peligrosos (cáncer de mama y enfermedad cardíaca).

De momento aún no ha sido desarrollado ningún otro medicamento para la disfunción sexual femenina, entre otras cosas debido a una creciente conciencia por parte de todos los agentes implicados de los efectos nocivos del exceso de influencia de las compañías farmacéuticas en el ejercicio de la medicina.

EFFECTOS ADVERSOS DE LOS MEDICAMENTOS.

Los medicamentos ayudan a mejorar y prolongar la vida humana, pero no están exentos de riesgos, y así como hay muchas personas que se benefician de

ellos, a muchas otras pueden causarles perjuicios de mayor o menor envergadura. Aproximadamente más de 250.000 personas son hospitalizadas cada año en España por reacciones adversas a los medicamentos, dando lugar a más de 14.000 muertes por año. La medicalización esta etiquetando de enfermos a personas que podemos



considerar sanas y se les está sometiendo a tratamientos que conllevan indudables efectos adversos, tanto por el mismo proceso de etiquetado como “anormal”, como por los posibles efectos de las terapias, que nunca son absolutamente inocuas.

CONCLUSIONES.

✍ La medicalización no sólo lleva a un tratamiento a veces innecesario o potencialmente lesivo, sino que también sirve para enmascarar los factores sociales, económicos y medioambientales de la enfermedad.

✍ Son muchas las personas que sólo quieren enfrentarse a sus

dificultades con pastillas, afrontando las enfermedades o el sufrimiento con la conciencia de que la salud se compra y se vende. Las personas y la sociedad se hacen así dependientes de la medicina y los servicios sanitarios, que necesitarán cada vez más recursos para dar respuesta a la demanda que va induciendo.

✍ La medicalización nos debilita y nos hace perder parte del poder de autogestión de la salud que todos tenemos. Recuperarlo es una decisión personal y posible. ■

VIII JORNADAS USUARIO-ENFERMERÍA. Las Nuevas Tecnologías.

(Ponencia presentada por EXPAUMI dentro de la programación de la VIII Jornadas Usuario-Enfermería).

Nuestra Asociación EXPAUMI, Expacientes de la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Clínico “Virgen de la Victoria” de Málaga, ha recibido el honor de ser invitada a esta mesa redonda como ponentes y queremos por ello expresar nuestro agradecimiento a la Organización de la Jornada por darnos la oportunidad de poder expresar el sentir y la experiencia de nuestros socios y familiares.

La Organización nos ha pasado una guía sobre lo que debería ser nuestra intervención y trataremos de ajustarnos lo mas posible a ella y consumir el mínimo tiempo en su exposición.

1ª Cuestión: ¿Qué tipo o modelos de nuevas tecnologías (en adelante NTIC) conocen como asociación que pudiera tener influencia en la asistencia sanitaria (teléfono móvil,

Internet, correo electrónico...)?
¿Son utilizadas actualmente, en algún caso que conozcan?

Respuesta: Para contestar a esta cuestión deberíamos hacernos algunas preguntas, tales como;

a).- ¿Qué entendemos los “mortales” por NTIC?

b).- ¿Qué conocimientos tenemos de?

1.- ¿Cuáles son los instrumentos de las NTIC?

2.- ¿Cómo se utilizan?

3.- ¿Cómo nos afectan?

a).- Para el hombre de la calle, y nuestros socios es lo que son en su inmensa mayoría, se entienden las NTIC como algo inmaterial, que permite conectarse a 2 o mas computadoras o PC's y poder comunicarse entre ellos y/o usar algunos instrumentos para obtener cierta información o comunicación.

b).- 1.- El conocimiento de las NTIC se concreta en Internet y algunos instrumentos y/o técnicas relacionadas con ella, correo electrónico, exploradores, buscadores, el teléfono móvil, la fotografía digital y en algunos

casos, más bien escasos, la TAC, los Scanners, las redes de comunicación, el telecomercio (compra y venta por Internet) y ya muy raramente que conozca la Teleasistencia, el Telediagnóstico o la Teleconsulta.

2.- El conocimiento de ¿Cómo se utilizan estas técnicas y/o herramientas?, por parte de nuestros asociados y en general del hombre de la calle, es muy limitado, resaltando además que:

I. A partir de cierta edad (mayores de 60 años) el dominio de estas técnicas es casi nulo o insuficiente.

II. En el caso de mujeres, a estas edades, su dominio es nulo o prácticamente nulo (también en esto se nota la discriminación que padecen las mujeres).

Con esto queremos señalar que si dentro del colectivo de pacientes, predomina la edad avanzada (60 años o más), es obvio que el dominio de estas técnicas es prácticamente nulo dentro de este colectivo.

Sólo sectores de mayor nivel cultural, especialmente con formación universitaria o empresarial, es usuario habitual de algunas de estas técnicas →

(Internet, e-mail, foto y video digital, etc.).

Al menos en nuestra Asociación así se viene observando en pacientes y familiares.

c).- ¿Cómo nos afectan? Afortunadamente y a pesar de nuestro desconocimiento las NTIC nos afectan directa e indirectamente, y en general de manera muy positiva, en muchos casos sin el conocimiento o la autorización del paciente o sus familiares, que desconocen que hay en su ficha o expediente personal, como se protegen sus datos, como se utilizan para “sesudos” estudios, etc., algo así como aquella frase de la Ilustración “Todo para el Pueblo, pero sin el Pueblo” en nuestro caso se traduciría por “Todo para el Paciente, pero sin el Paciente”.

2ª Cuestión: ¿Consideran que ofrecen ventajas, que son útiles para la asistencia sanitaria respecto a la forma habitual de desarrollarla?

Respuesta: Es muy difícil poder afirmar que no ofrecen ventajas o que no sean útiles. El problema

está en discernir a quién le ofrecen ventajas y/o a quien le son útiles.

Hoy todos sabemos que la información es poder, y este poder está, hoy por hoy, en manos de los médicos, enfermeros y personal administrativo-laboral de los Hospitales y Centros de Salud, de manera que el paciente y su familiar acuden a ellos como va el borrego al degüello, cabeza baja y pidiendo perdón por la insolencia de dirigirse al que ostenta el poder en ese momento, sea médico, enfermero o funcionario, y en muchos casos son tratados como siervos ignorantes a los que se nos está haciendo un favor con sólo dirigirnos la palabra.

La Administración lo sabe, pero pasa de puntillas por el tema, o no le interesa, o no puede o no quiere enfrentarse al mismo.

Actualmente no se utiliza el e-mail para comunicarse con los pacientes, no hay seguimientos periódicos y sistemáticos de los pacientes egresados del Hospital; existen las agendas pero o no se usan o se usan para otras cosas (fechas de congresos,

conferencias, recepción a visitantes médicos, comidas de trabajo, etc.), no se facilitan datos del expediente personal (estos ficheros son privados al uso general pero no son privativos de Hospital o del Centro de Salud), el paciente tiene derecho a poder acudir a su expediente con absoluta libertad, por supuesto preservando los datos del uso indebido o del acceso a personas no autorizadas, hay formas de hacerlo, entre ellas el DNI electrónico, la criptografía a 128 bit, los password de alta complejidad, etc.

En muchas (bastantes) ocasiones, el paciente tiene que suplir la falta de información del médico o del enfermero, acudiendo a la red, y a sus páginas sobre temas de salud, muchas de ellas privadas y reservadas a profesionales y muchas otras sin la suficiente garantía científica para que el paciente cuyos conocimientos de la enfermedad o el tratamiento son insignificantes pueda discernir si la información recibida es correcta o no.

3ª Cuestión: ¿Creen que poseen inconvenientes? Si es así ¿habría

alguna manera de solucionarlos?

Respuesta: Los mayores inconvenientes que poseen son:

a).- La falta de formación y conocimientos para su utilización, tanto en el Sistema de Salud como en el público en general. Superar esta situación ha sido, es y será un objetivo a largo plazo de los gobiernos de turno, especialmente en campañas electorales, a pesar de las promesas del Sr. Chaves la incultura cibernética en Andalucía sigue siendo la tónica.

b).- La falta de utilización por quienes las conocen y dominan. Este punto se ve afectado por la voluntad de la persona o Institución que, disponiendo de los medios y del conocimiento necesario, no los utiliza adecuadamente y sobre todo no los utiliza en su relación con el Paciente y sus familiares.

4ª Cuestión: ¿Cómo creen que influye el uso de las NTIC en la atención en el propio domicilio que se les presta a los pacientes de su asociación?

Respuesta: Nuestros asociados

reciben poco la influencia de la NTIC desde la Administración de la Salud Pública en su domicilio, en algún caso se da la utilización del servicio de Teleasistencia del IMSERSO (no de la Administración de Salud), a través de Ayuntamiento de Málaga, el resto “Cero Patatero” por parodiar a un Ex-Presidente de Gobierno.

5ª Cuestión: ¿Qué sugerencias, demandas o cualquier otro aspecto que consideren, realizarían respecto a este tema del uso de las NTIC en la asistencia sanitaria?

Respuesta: Es evidente que los servicios de Teleconsulta, Telediagnóstico, la información vía e-mail de resultados de analíticas (con diagnóstico a sin el), radiografías, resultados de Scanners, TAC, los foros entre médicos y pacientes, los bis a bis mediante webcam (cámaras acopladas a los ordenadores) serían la consecuencia lógica del desarrollo de las NTIC en Medicina Domiciliaria.

El seguimiento periódico y sistemático desde los servicios de

Enfermería de Hospitales y Centros de Salud de cada paciente crónico o egresado del Hospital debería ser asumido como una obligación y un deber de la Administración de Salud y un derecho del Paciente.

Este es nuestro modesto y puede que molesto punto de vista sobre el tema de la VIII Jornada Usuario-Enfermería. Esperamos que las conclusiones de estos debates sean provechosos y útiles para sacar conclusiones de ellos para, posteriormente, OBRAR, recalco lo de OBRAR en consecuencia con estas conclusiones.

Muchas gracias. ■

CONCEPTOS Y DISTRIBUCIÓN DE TAREAS EN CUIDADOS INTENSIVOS.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES EN CUIDADOS INTENSIVOS.

Unidad entendida como un **Sistema** donde las **personas** que lo forman, el componente **material**: maquinaria e instrumental y el elemento **logístico**, están íntimamente **interrelacionados**.

.El objetivo de la UCI es el mismo que el del sistema sanitario: **“que el paciente sea capaz de retomar su proyecto de vida” (Salud)** y en su defecto, si se produce la irreversibilidad, aliviar el dolor y el sufrimiento; consolando y acompañando al paciente y familia, durante todo el proceso de muerte y desenlace final, si se produce.

El centro de la Unidad es el **paciente**, entendido como **persona** y en situación de **vulnerabilidad** dada en primer lugar por su situación patológica y en segundo lugar por el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Patología concreta, que pone en peligro la vida del paciente; que determina su estado de fragilidad así como el ingreso en la unidad de Cuidados Intensivos.

Situación crítica y/o grave del paciente en el que el **Pronóstico** es un factor determinante.

 **Vigilancia Intensiva y Continuada** en el tiempo.

 **Cuidado integral** del paciente acometiendo **globalmente** todas sus **dimensiones**: biológica, socio/cultural,

intelectual/afectiva y espiritual.

 **Profesionales, material y programas terapéuticos especializados**. Exigiendo, dicho contexto, una **actuación rápida, segura y eficaz**, en los distintos gestos terapéuticos.

DINÁMICA/SISTEMÁTICA DE TRABAJO EN U.C.I.

TURNO DE MAÑANA:

8-9h.

 **Relevo Oral y Escrito (Registro).**

 **Acogida/Encuentro con el paciente.** Saludo, presentación y observación detenida del mismo.

 **Actividades Preliminares:** extracción de muestras, EKG, toma Ctes, revisión del tto. médico, comprobación de catéteres, drenajes,... Preparación del paciente y entorno para la visita familiar. Preparación de la medicación, etc.

 **Visita Familiar.**

9-11h.

 **Administración de la Medicación.**

 **Aseo/Higiene.**

 **Cuidados Básicos del paciente:** Protocolo Nariz-Boca-Ojos, Cambio de apósitos, Protocolo cánula T.O.T, etc.

 **Desayuno.**

 **Visita médica y programación de Altas.**

11-13h.

 **Toma de Constantes vitales.**

 **Cuidados/Técnicas y procedimientos Enfermeros específicos:** Cura quirúrgica, canalización de vía venosa, arterial, etc.

 **Técnicas/Procedimientos médicos:** Toracocentesis, Traqueotomía, Punción pleural, etc.

 **Pruebas Diagnosticas:** Rx, TAC, Ecocardiograma, Swan-Ganz, etc.

 **Preparación para el alta** del paciente (desmonitorización, colocación de pijama, retirada de catéteres, acondicionamiento para el

 traslado, etc), documentación (Alta enfermera, etc), contacto con el servicio que recibe y traslado a hospitalización.

13.15h.

-  **Toma de constantes vitales.**
-  **Preparación y Admo. medicación.**
-  **Almuerzo.**
-  **Cumplimentación de Registros.** Balance y Síntesis de la evolución del paciente y actividades realizadas en el turno. Relevo.

TURNO DE TARDE.

15-17h.

-  **Relevo Oral y Escrito (Registros).**
-  **Encuentro con el paciente.** Saludo, presentación y observación detenida del mismo.
-  **Actividades Preliminares:** Toma de constantes, revisión del tratamiento médico, comprobación y supervisión de catéteres, drenajes,... Etc.
-  **Preparación de la medicación.**

17-19h.

-  **Toma de constantes vitales.**
-  **Administración de la medicación.**
-  **Merienda.**
-  **Traslado a hospitalización de pacientes de alta.**
-  **Cuidados/Técnicas y procedimientos enfermeros,** si proceden.
-  **Técnicas/Procedimientos médicos,** si proceden.
-  **Pruebas Diagnósticas.** TAC, Eco, etc.

19-20'30h.

-  **Toma de Constantes vitales.**
-  **Preparación y Administración de la medicación.**
-  **Cena.**
-  **Preparación del paciente y entorno para la visita familiar:** acicalamiento, baño/higiene, etc.

20'30-21h.

-  **Visita familiar.**

21-22h.

-  **Toma de Constantes. →**

-  **Preparación y Administración de la medicación.**
-  **Cumplimentación de Registros.** Balance y Síntesis de la evolución del paciente y actividades realizadas en el turno. Relevo.

TURNO DE NOCHE.

22-1h.

-  **Relevo Oral y Escrito (Registro).**
-  **Acogida/Encuentro con el paciente.** Saludo, presentación y observación detenida del mismo.
-  **Actividades Preliminares:** Toma de constantes vitales, Revisión del tratamiento médico, Comprobación de catéteres, drenajes,... Preparación de la medicación.
-  **Acondicionamiento para el Reposo/Sueño:** leche, infusión, musicoterapia, baño, masaje, medicación hipnótica, etc.

1h.

-  **Toma de constantes vitales.**
-  **Administración de la Medicación.**
-  **Adecuación del entorno para el sueño:** instauración de silencio, atenuación de voces, luces, ruidos, trasiego innecesario, etc.

1-5h.

-  **Control de signos vitales.** Monotorización continua de los parámetros vitales: cardiacos, respiratorios, etc.
-  **Cobertura y actuación rápida** ante aquellas situaciones críticas y de desestabilización del paciente que se produzcan.
-  **Ingresos de pacientes.** Aplicación del protocolo de Ingreso en UCI

5-7h.

-  **Toma de constantes vitales.**
-  **Preparación y Administración de la medicación.**

7-8h.

-  **Toma de constantes vitales.**
-  **Preparación y Administración de la medicación.**
-  **Preparación del paciente para la realización, a primera hora, de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas.:** Aseo, Rasurado, Ayunas, Suspensión de la medicación, etc.
-  **Cumplimentación de Registros.** Balance y Síntesis de la evolución del paciente y actividades realizadas en el turno. Relevo. ■

“MENSAJEROS DE SALUD II”

SEGUNDO VIAJE A HOSPITALES PÚBLICOS DE ANDALUCÍA.



una maravillosa vista al Atlántico y mientras el resto de la expedición está realizando una visita al Coto de Doñana, me he decidido a escribir estas cuatro líneas.

Para mí, que soy un recién llegado a EXPAUMI, como se dice vulgarmente, el último mono, lo que más me ha sorprendido es →

IMPRESIONES DE UN VIAJERO.

Confeccionar la crónica de una viaje, como el realizado por EXPAUMI con el sobrenombre de MENSAJEROS DE SALUD II, no es fácil, su extensión, su intensidad, el esfuerzo realizado, tanto por la organización como por los socios y familiares participantes ha sido enorme.

Por tanto, en lugar de detallar nombres, horas, visitas, etc., etc., voy a limitarme a narrar mis impresiones personales sobre el tour realizado por hospitales de la zona occidental de Andalucía (Algeciras, Cádiz, Jerez, Sevilla y Huelva).

Esta mañana de sábado, día 19 de mayo, desde el hotel donde nos alojamos en Matalascañas, con

HOSPITALES VISITADOS

Hospital Comarcal Punta de Europa, Algeciras (a la reunión a celebrar se ha convocado también los responsables del Hospital de La Línea).

Hospital Puerta del Mar, Cádiz (se convoca a los responsables del Hospital de Puerto Real).

Hospital de Jerez de la Frontera.

Hospital Virgen Macarena, Sevilla.

Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Hospital Virgen de Valme, Sevilla.

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva (se convoca a los responsables de los Hospitales Infanta Elena y Riotinto).



el ambiente de cordialidad, simpatía y cariño existentes entre los miembros de la expedición. Yo ya lo presentía, por el ambiente en las reuniones de los miércoles, pero éste viaje ha sido para mí la confirmación definitiva de la realidad de estas sospechas. Gracias compañeros y compañeras, socios y familiares por las muestras de cariño y solidaridad que me habéis proporcionado.



Quiero asimismo señalar la generosidad, altruismo, esfuerzo y dedicación a EXPAUMI de la Dra. M^a. Victoria de la Torre Prados y el Dr. Angel García Alcántara. En estos tiempos, como señalaba el escrito que presentó Rogelio Moreno, la generosidad, como la

demostrada por estas dos maravillosas personas, es como una flor en el desierto, su belleza sobresale sobre cualquier otra cosa.

Afortunadamente para el ser humano otros grandes

profesionales y maravillosas personas, como los miembros del equipo de Rehabilitación del Hospital Virgen de Valme, están llevando a cabo una tarea de igual dedicación, esfuerzo y cariño con los enfermos cardíacos del área de influencia del hospital.

Málaga, 27 de mayo 2007

Como seguramente ustedes ya sepan, nuestra Asociación (EXPAUMI) ha realizado una serie de visitas por los distintos Hospitales Públicos de Andalucía, entre los días 15 y 19 de Mayo de 2007 dentro del programa MENSAJEROS DE SALUD II. En cada Hospital se celebraron reuniones con el Gerente y el Director Médico, así como con los máximos representantes de las áreas de Medicina Intensiva y Enfermería. Concretamente se visitaron los siguientes hospitales:

- Hospital Comarcal Punta de Europa, Algeciras (a la reunión a celebrar se ha convocado también los responsables del Hospital de La Línea).
- Hospital Puerta del Mar, Cádiz (se convoca a los responsables del Hospital de Puerto Real).
- Hospital de Jerez de la Frontera.
- Hospital Virgen Macarena, Sevilla.
- Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.
- Hospital Virgen de Valme, Sevilla.
- Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva (se convoca a los responsables de los Hospitales Infanta Elena y Riotinto).

Los objetivos básicos que pretendíamos alcanzar en este viaje eran los siguientes:

PRIMERO, como Expacientes de UMI y Familiares, queremos difundir, llevar y exponer nuestra experiencia de más de diez años colaborando diariamente con los Profesionales de la UMI del

buenas por parte del personal que atendía estos centros, y otras no tanto por parte de las instalaciones de algunos centros. También doy las gracias en mi nombre y el de mis compañeros,

por el trato y las atenciones que recibimos en todos los Centros Hospitalarios visitados, por parte del personal que nos atendió en cada uno de ellos.

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

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, visitando, ayudando y apoyando al enfermo y a sus familiares en los momentos más críticos. A fecha son ya más de cuarto mil enfermos visitados y más de seis mil familiares atendidos.

SEGUNDO, demostrar que una interrelación e integración Profesional-Paciente de UMI/UVI/UCI, pueden mejorar la salud del enfermo y acelerar su recuperación mediante la aplicación y realización de distintas actividades organizadas y programadas, básicamente orientadas por los Profesionales. En definitiva, queremos que a estas Unidades se las conozca y se valoren con mayor conocimiento, su trabajo, su eficacia, y su humanismo para con el enfermo grave y su familia.

TERCERO, es el de sentirnos útiles y conseguir ser un poco más felices, sentir una mayor motivación y una actitud cada vez más positiva para todos nosotros, la cual nos da mayor fuerza y capacidad si cabe, en continuar esta línea de trabajo altruista en bien del enfermo y su familia.

Por tanto una vez reunida la Junta Directiva y Socios, hemos llegado a la conclusión de que los objetivos que pretendíamos se cumplieron en su totalidad.

Agradeciéndoles una vez más su estimada colaboración.

**Atentamente,
JUNTA DIRECTIVA DE EXPAUMI**



En la fecha que escribo este artículo, han pasado unos meses desde que se realizó el viaje de promoción y divulgación del programa Mensajeros de Salud, empezando a recibir en el transcurso de estos meses, con gran alegría, la respuesta de algunos de los hospitales que visitamos, y otros que no visitamos pero que asistieron a →



la presentación de nuestro programa, que están interesados e intentando implantar el sistema de visitas que realiza nuestra asociación EXPAUMI, a pacientes, por expacientes de la U.C.I., bajo la supervisión de médicos y enfermería, para ofrecer a demás del apoyo moral del visitador, todos los servicios de nuestra asociación, también, permitir la visita de los familiares directamente al paciente, eliminando la barrera de los cristales, que impiden transmitir el cariño, el afecto y la moral que se puede trasmitir con un beso, o tomar las manos del enfermo entre las de sus familiares. ■



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

INTRODUCCIÓN.

Dentro de las principales causas de mortalidad en España tanto el cáncer como los problemas cardiocirculatorios tienen una gran importancia dentro de las principales causas de muerte en España. La enfermedad coronaria es la principal causa de muerte en los países desarrollados, una epidemia que, en los años futuros, se convertirá también en la principal causa de mortalidad en el resto del mundo. En los jóvenes son los accidentes tanto de tráfico unido al abuso de drogas (Alcohol,...) la causa más importante de fallecimiento.

En España los accidentes de tráfico afectan a más de 10% de la población española y más del 80% de los accidentes requieren algún tipo de atención sanitaria, produciéndose cada año más de 40.000 ingresos por lesiones, la tasa de fallecidos como consecuencia de un accidente se sitúa en 102 por millón de habitantes. En Andalucía cada año mueren entre 750 y 900 personas en accidentes de tráfico, y más de 24.000 resultan heridas; cada día mueren 2 personas como consecuencia de un accidente de

tráfico, 12 resultan heridas graves y 70 sufren heridas de cierta consideración. Las lesiones por causas externas representan la primera causa de muerte para los menores de 40 años. La mayoría de las víctimas andaluzas son jóvenes de 15 a 34 años, las mayores tasas de accidentabilidad se producen en vehículos ligeros y es más elevada en desplazamiento por carretera pero en zona urbana para el grupo de 15 a 24 años. Un estudio reciente ha revelado que el 50 por ciento de los pacientes menores de 40 años ingresados en una UCI por accidente de tráfico había consumido drogas. En el entorno de Málaga capital el número de accidentes, según datos de la policía local, sigue creciendo de año en año, de 6585 en 2004 a 7160 en 2006. Las edades más implicadas en los accidentes como peatón son los dos extremos de la vida los niños y los ancianos, y como conductor los adultos. El número de heridos ha pasado de 3881 en 2004 a 4339 en 2006 de los cuales 120 fueron graves y 27 accidentados fallecieron. La ingesta de bebida en la conducción sigue teniendo un importante papel ya que en 199 accidentes acaecidos en 2006 fue positivo en índice en el 85%

de los casos.

La Muerte Súbita de origen Cardíaco es un importante problema de salud. En Europa afecta a unos 700.000 individuos al año, en España las cifras oscilan según los estudios, y el rango de edad evaluado, desde 15.000 casos a 24.500 por año, siendo en el hombre de 5 a 7 veces más frecuente. Se estima que en Andalucía las cifras oscilarían entre 3.000 a 4.500 casos. En España se produce un infarto cada 8 minutos. La enfermedad coronaria puede presentarse como un infarto, una angina de pecho o muerte súbita, en un tercio de los casos el primer síntoma de la enfermedad coronaria es el paro cardíaco. En la actualidad la mayoría de las muertes por esta enfermedad, más de la mitad ocurre fuera del hospital. Además ocho de cada diez paros cardíacos son debidos a enfermedad coronaria. Estas paradas cardíacas ocurre en la mayoría de las veces en personas con problemas de corazón, hayan sido diagnosticados previamente o no, sigan o no algún tipo de tratamiento y, en un elevado porcentaje de ellos, existen antecedentes de cardiopatía coronaria o bien son pacientes →

con varios factores de riesgo coronarios presentes.

L A C A D E N A D E S U P E R V I V E N C I A .

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. 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.

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.



A P R E N D E R A F O R T A L E C E R Y A C O N T I N U A R E N L A C A D E N A D E L A V I D A .

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 1000 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 2007 se diseña una cartera asistencial en el servicio 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 fomento del conocimiento y habilidades en Resucitación Cardio - Pulmonar 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. Cuarenta y seis talleres se han

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



desarrollado durante este periodo siendo 1015 los familiares entrenados. La edad media de los familiares, que han asistido a estos talleres a lo largo de este periodo, ha permanecido estable (39 ± 15 años de media) y el nivel medio del score de conocimiento antes del taller permanece estable, destacando mayor participación de la mujer en el núcleo familiar como cuidadora del paciente crónico.

2. Más 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, 2006 y 2007 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 de 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 42 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 dos mil 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



SOPORTE VITAL BÁSICO Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN SALUD

QUINTAS JORNADAS DE DIVULGACIÓN
EN PLAYAS MALAGUEÑAS

Simulacros para aprender a fortalecer
y a continuar la Cadena de la Vida.

¡Tú puedes salvar una vida!
¡¡Mójate!!

Este evento será presentado por
MANOLO SARRIA "SACAPUNTAS"
y por **EL MORTA**

¡No te lo pierdas!
Habrá muchas sorpresas y regalos.

Domingo 1 de Julio, 12:00 h. Playa de El Dado (El Palo)	Domingo 8 de Julio, 12:00 h. Playa de San Andrés
Domingo 15 de Julio, 12:00 h. Playa de La Misericordia	Domingo 22 de Julio, 12:00 h. Playa de Guadalmar

Evento Organizado por:

Asociación de Expositores de la Ciudad de Medicina Preventiva

Stado Social: C/ Virgen de la Candalaria s/n. Grupo Social Rafael Giménez Linares (Barrida de Carranque), 29007, Málaga.
Teléfono: 952919722 - 647591978 - 647591979
www.expaumi.org

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 2200 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, 2006 y 2007.

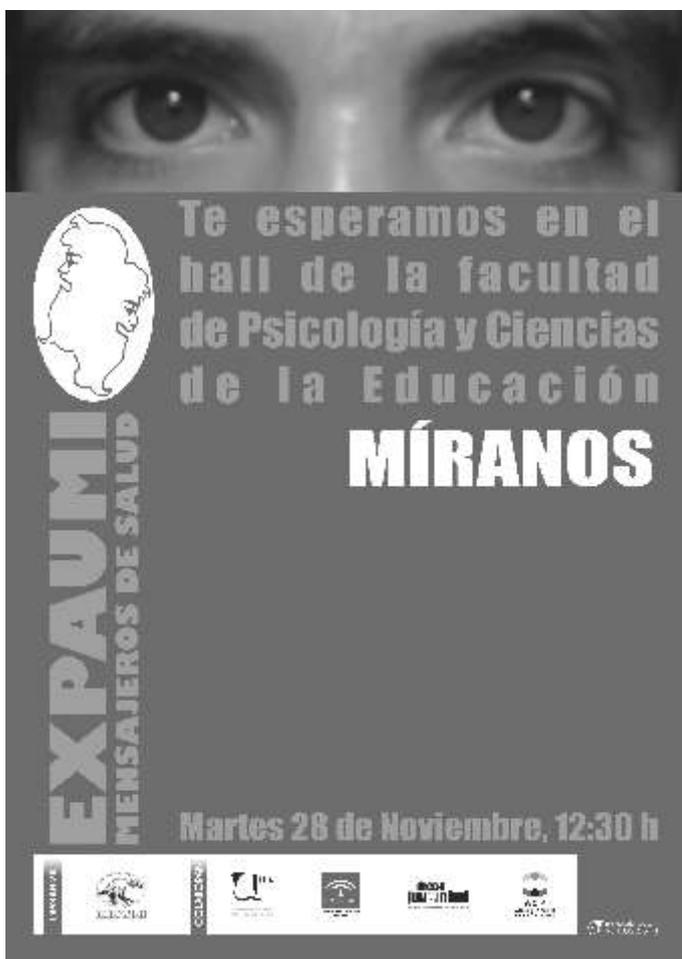


Se realizaron 681 entrevistas directas para evaluar el impacto de la experiencia. Los asistentes tenían una edad media de 42 años sin diferencias entre los diferentes escenarios, con distribución similar a nivel de género, un 56% del total eran mujeres. El 74% de los entrevistados se apuntaron a recibir cursos de Soporte Vital Básico (SVB). Todos los asistentes apreciaron la experiencia como interesante,

entretenida y con mensajes claros. Un 21% de los asistentes eran no residentes en Málaga.

4. Más de cien jóvenes asisten a simulacros de accidentes y uso de sustancias tóxicas.

En las áreas urbanas esta generalizado de forma masificada, y como un factor imprescindible en el tiempo de ocio, el uso del alcohol entre los jóvenes adolescentes durante los fines de semana. La universidad fue testigo del primer evento de simulacros de accidentes y uso de tóxicos en jóvenes adolescentes. Durante el otoño de 2006 dos simulacros, cocaína y personalidad psicopática y alcohol y accidentabilidad, se desarrollaron en el hall de la facultad de psicología con el apoyo del grupo de teatro de EXPAUMI. Cien jóvenes asistieron al evento donde se fomentaron mensajes como la diversión sin alcohol e incompatible con actividades deportivas, y las consecuencias del abuso del alcohol y otras drogas en la personalidad. ➔



EN RESUMEN.

Las enfermedades cardiovasculares y los traumatismos en accidentes de tráfico constituyen en nuestro país dos de las tres primeras causas de mortalidad. La precocidad en la actuación inicial es el factor más importante

relacionado con la expectativa de supervivencia.

El estilo de vida recobra una gran importancia en cuanto ciertos hábitos saludables en nuestra dieta para el corazón, como es la ingesta en alimentos ricos en fibra (frutas, verduras, cereales integrales), son beneficiosos para prevenir la enfermedad cardiovascular y el cáncer de intestino,

segunda causa en importancia tanto en hombres como en mujeres de mortalidad por cáncer; la primera en los hombres es el pulmón y en las mujeres la mama. Evitar el tabaquismo es saludable para el corazón y sus vasos y ayuda a evitar el cáncer de pulmón y de vejiga. Los

accidentes y las patologías cardiovasculares se pueden prevenir si se tienen en cuenta algunas las normas de circulación o de seguridad laboral, se detectan y se controlan sus principales factores de riesgo y adoptamos un estilo de vida saludable.

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. ■

EL PAPEL DEL VOLUNTARIADO EN NUESTROS DÍAS.

Ponencia presentada por el Dr. Porta Tovar con motivo de la Conmemoración del Xº Aniversario de la fundación de EXPAUMI.

Ilmo. Sr. Alcalde, Ilustres autoridades, miembros de la mesa, invitados todos, y amigos de EXPAUMI:

AGRADECIMIENTO.

Lo primero de todo es agradecer a los Dres. M^a Victoria de la Torre y Ángel García Alcántara su invitación a participar en este décimo aniversario de la Fundación de EXPAUMI. También, como no, al Presidente y miembros de la Junta Directiva de esta institución, por la oportunidad que me dan de dirigiros unas palabras, que van a ser breves, pero que he preparado con mucho interés y cariño.

LA HISTORIA DEL VOLUNTARIADO.

Yo pienso que uno de los fenómenos más positivos y esperanzadores de estos últimos años ha sido el resurgir del Voluntariado. Y digo resurgir, porque el voluntariado siempre ha existido. Desde que el hombre es hombre. Es decir, hace más de 35.000 años, cuando, al parecer, el hombre del Neandertal dio paso al hombre del Cromagnon, de cuya familia formamos parte.

PORQUE EL VOLUNTARIADO ES UNA ACTITUD INTERIOR.

Y voy a aprovechar este detalle antropológico para profundizar en la esencia misma del voluntariado, que radica en **una actitud interior de la persona**. Porque voluntario es aquél que pone su voluntad en una tarea noble, generosa y comunitaria. Voluntario es aquél que tiene **la sensibilidad y el valor de olvidarse de sí mismo** para ponerse al servicio de los otros.



No hay que olvidar que el hombre del **Neandertal** era un mamífero carroñero y, probablemente, antropófago. El **homo sapiens**, en cambio, toma conciencia de la dignidad del hombre, de su papel en el universo y de su trascendencia. Y eso lo demuestra cuando **empieza a enterrar a sus muertos**. En ese momento, el

hombre asume la responsabilidad de su vida y de la de los demás, estableciendo las raíces de lo que hoy llamamos “voluntariado”.

Es curioso, pues, que **en esa liturgia de enterramiento** hayan reconocido los antropólogos el inicio de la vida del homo sapiens, es decir, del género humano, tal y como hoy lo conocemos. Inicio que tiene que ver con el sentimiento de **fraternidad** respecto del otro, de **filiación** respecto de un dios creador, y **de un más allá**, donde el hombre estaría destinado a establecer su última morada. De ahí que en sus tumbas pusieran comida, amuletos, armas y objetos que pudieran usar en la otra vida.

Pues bien, todo ello para decir que la esencia del Voluntariado radica en una actitud interior que el hombre toma respecto de sí mismo y respecto de los demás. Actitud que se manifiesta en la ayuda que presta a su prójimo, de forma desinteresada.

EL VOLUNTARIADO, UNA ACTITUD DESINTERESADA.

Curiosamente, **una actitud** →

desinteresada y generosa no es una actitud natural en la conducta humana. Es una actitud que puede responder a distintos motivos, a diferentes sentimientos, pero que el hombre ha ido adquiriendo con el tiempo, con mucho esfuerzo y a lo largo de muchas generaciones. En definitiva, lo que quiero decir es que **la generosidad y el desinterés no son virtudes naturales del hombre, sino adquiridas**, y que es un mito pensar que el hombre primitivo era bueno y que el hombre de hoy ha perdido sus buenas maneras. Eso es un mito. Eso es lo que algunos llaman, con razón, “el mito del buen salvaje”

No es lo mismo dar algo para que mañana tú me lo devuelvas, que es propio del hombre primitivo, y que responde a una economía de intercambio de bienes, que dar



algo sin esperar nada a cambio.

EL VOLUNTARIADO, UNA ACTITUD GRATIFICANTE.

Otra cosa es que el voluntariado sea una conducta gratificante para aquél que la cultiva. Eso es distinto. En efecto, esa actitud o esa conducta puede ser tan gratificante que constituya la mejor recompensa de nuestro trabajo. Así lo constatamos muchas veces, cuando decimos que hay cosas que no se pagan con dinero...

¿Y CUÁL ES EL PERFIL DEL VOLUNTARIO DE EXPAUMI?

1.- El colectivo de EXPAUMI está formado por personas que han padecido una crisis cardíaca o de otra naturaleza, que les han puesto en

peligro de muerte. Es, pues, un colectivo que tiene en común una experiencia profunda y única de finitud, de contingencia, de provisionalidad en la vida. Y esa **e x p e r i e n c i a** marca profundamente a la persona.

2.- EXPAUMI es un colectivo integrado, en general, por personas de edad media, con familia, con un trabajo que desarrollar, con unos proyectos en los que soñar y unas responsabilidades a las que hacer frente.

3.- Por tanto, EXPAUMI está formado por personas que, a raíz de tal crisis,

- Se han quedado sin trabajo,
- Sin responsabilidades laborales,
- Sin proyectos de futuro,
- Con un escaso nivel de ingresos,
- Con una actividad física y psíquica limitada.

4.- Desde el punto de vista de su salud mental:

- Algunos padecen un síndrome de angustia vital, bien conocido en psiquiatría.
- Otros padecen un síndrome de ansiedad, que llamamos “anticipativa”.

Por el Dr. José María Porta Tovar,
Psiquiatra.

- Unos pocos, pero demasiados todavía, un estado emocional depresivo o subdepresivo.

5.- Por tanto, cada uno de los miembros de este colectivo deberá superar:

- La soledad que comporta esa vivencia de peligro inminente.

- El cambio de valores que experimenta en su vida.

- La dificultad para emprender nuevos proyectos de futuro.

- Las limitaciones que le impone su estado

6.- Finalmente, todos los miembros de este colectivo van a entrar a formar parte de otro colectivo mayor, pero no menos doliente, que es el colectivo de enfermos crónicos. Enfermos que deberán superar una serie de dificultades añadidas. Por ejemplo:

- El olvido, al cabo de un tiempo, incluso de sus mejores amigos.

- El cansancio de sus familiares en algunos casos (Con honrosísimas excepciones).

- El silencio de la Administración ante sus demandas.

- La tentación de organizar su vida en torno a su enfermedad, convirtiéndose en personas hipocondríacas.



- Un buen maestro para los que inician su andadura en este colectivo.

- Un terapeuta de excepción para los suyos.

- Un testimonio de fortaleza y de serenidad para los sanos.

Decía Martin Luther King, en 1960, antes de morir a manos de sus asesinos: **“Si ayudo a una sola persona a tener esperanza, no habré vivido en vano”.**

Con este mensaje querría terminar mis palabras, no sin antes felicitaros a todos vosotros, a vuestras familias y amigos, y a aquellos que tuvieron la feliz idea de fundar EXPAUMI, hace ahora, exactamente, 10 años.

Muchas gracias. ■

¿CUÁL ES, ENTONCES, EL PAPEL DEL VOLUNTARIO EXPAUMI EN ESTE CONTEXTO?

Pues bien, en estas circunstancias, el voluntario de EXPAUMI es aquél que sabe reaccionar positivamente ante estos hechos, que los asume con naturalidad y que pone su voluntad y su experiencia al servicio de los otros.

Así, poco a poco, el voluntario se convierte en:

- Un compañero de camino para la gente de su grupo, con quienes comparte esperanzas y sentimientos.

LA GENEROSIDAD, UN LAGO DE POSIBILIDADES.

Es posible que la generosidad humana sea aún en estos tiempos de tantos adelantos tecnológicos, una cualidad humana poco aprovechada por la sociedad que vivimos. En la actualidad, parece como si sus manifestaciones hubiesen pasado a la historia, como consecuencia de tantos bienes materiales, dando la apariencia de ser hoy menos necesaria que en tiempos pasados. Pero no nos engañemos; la generosidad, sigue siendo hoy, tan necesaria como ayer, y tan necesaria como será siempre.

Nos preguntaremos a veces ¿Entonces, qué ocurre? Se ve mucha soledad y abandono en el bullicio del asfalto. Nadie conoce a nadie. Todos vamos a crear y engrandecer nuestro pequeño mundo material, sin importarnos

nada los demás. Hay demasiadas manifestaciones egoístas y muy pocas generosas. Es cierto; apenas nos ocupamos de los demás, ni nos interesamos por su bienestar o por su salud. No estamos dando la talla que nos corresponde ante nuestro prójimo que sufre o tiene

La generosidad se alberga dentro del ser humano, y es posible que necesite estímulos para desarrollarse.

necesidades.

Hasta aquí dejo expuesto en síntesis nuestro día a día del que cuanto menos, tendríamos que sonrojarnos, pero pese a ello, la generosidad se alberga dentro del ser humano, y es posible que necesite estímulos para desarrollarse, porque también hay que destacar, que pese a los medios de los que disponemos actualmente, vivimos un mundo complicado y tecnológico que ha dejado atrás esos valores que nos diferencian de los demás seres vivos, o expresado de otro modo, hemos adelantado mucho en lo

material pero nos hemos quedado retrasados en el campo moral, que es una necesidad vital para todos nosotros.

A pesar de ello, tenemos innumerables muestras de solidaridad humana, en aquellos que lo abandonan todo para ayudar a los países menos desarrollados, en aquellos que dejan atrás un futuro lleno de éxitos en Medicina o en Educación, y se marchan a sanar enfermedades o alfabetizar a otros seres que sin su ayuda y su concurso, jamás llegarían a conquistar la dignidad que les debemos. Son ejemplos de solidaridad que deberíamos seguir en alguna medida, y su gran logro consiste en que algún día, alguien pensó que el bien llamado “generosidad”, la mayor parte de las ocasiones larvado por falta de estímulo, solo necesita encauzarse, organizarse, agruparse, estimularse. Como todo en el mundo que nos ha tocado vivir, la solidaridad también necesita una organización.

Así, de un germen de organización generosa, nació EXPAUMI en el Hospital Clínico Virgen de la Victoria de Málaga

hace ya casi once años, que resumiendo, no es más que la suma de voluntades para encauzar y organizar a antiguos enfermos, con la altruista colaboración de eminentes doctores y personal sanitario en general y que nos ayudan y animan a que esta labor se engrandezca día a día, extendiéndola por todo el territorio para bien de los enfermos y de sus familias. Para hoy, casi once años después de su fundación, se puede decir que de aquel germen inicial, EXPAUMI es una realidad donde la generosidad de todos se multiplica y se podría decir que la semilla fundacional ha generado un buen ramillete de corazones sanos, que como flores frescas quieren aromar de esperanza de los que padecen y a de sus familiares.

Durante todo este tiempo, como antiguos enfermos beneficiados por la Medicina Intensiva, hemos visitado a nuevos pacientes, les hemos animado a superar el pesimismo y el horizonte tan estrecho que se presenta ante sus ojos, y se puede calificar de admirable el resultado tan beneficioso que se opera en la recuperación de los pacientes, la

esperanza de vida que pueden dar varias visitas de otras personas que han padecido la misma enfermedad y hoy están sanos, y dispuestos a ayudar a los demás.

Para ello, además del apoyo profesional de tantos doctores y personal sanitario, hemos

“Nuestra fuerza consiste en nuestra voz, y nuestros resultados son felicidad y esperanza”.

contado con la ayuda y el patrocinio del Excelentísimo Ayuntamiento de Málaga. Así como la mejor disposición de la Delegación Provincial de Salud de Málaga, que reconocen nuestra labor y desean su engrandecimiento a nivel regional cuanto menos.

Nada más importante para nosotros en esta visita que hoy tenemos el placer de hacerles, que contagiarles de esta generosidad colectiva, de esta labor que tiene tanto campo por delante, que tiene tantas posibilidades de mejorar las condiciones y medios de los enfermos de la Medicina

Intensiva con la colaboración de los profesionales, que siempre a nuestro lado, nos asesorarán, nos orientarán a conseguir los mejores y mayores logros tanto paliativos como preventivos. Nada nos agradaría más, que volver el próximo año, o recibir su visita en Málaga, para comprobar que se han sumado a esta labor.

Desde el convencimiento que tengo para el desarrollo futuro de EXPAUMI, donde no faltará mi colaboración decidida, creo que debo terminar diciéndoles que es necesario que seamos muchos, pero muchos convencidos, porque nuestra fuerza consiste en nuestra voz, y nuestros resultados son felicidad y esperanza.

Nuestra voz se encargará de solicitar, reclamar o exigir medios, pero no olvidemos nunca que nuestro mejor activo para estos logros, es la GENEROSIDAD. ■

EL CALVARIO DE LAS PEQUEÑAS ASOCIACIONES DE AUTO-AYUDA.

(Publicado por Andrés Tello para CORAZONES DAÑADOS el 1/25/2007).

¿Porqué las Asociaciones del tipo Auto-Ayuda estamos siempre escasísimas de personal colaborador y de fondos para desarrollar nuestra labor?, mientras vemos que a otras ONG's, bien por su nombre, bien por sus contactos, bien por otras causas, se llevan la tajada mas grande del pastel de las subvenciones y Gobiernos, Autonomías, Diputaciones y Ayuntamientos se apuntan rápidamente aparecer en sus carteles, folletos, libros, etc. como patrocinadores de primer orden, lo cual debe proporcionar mucho caché al político o funcionario de turno.

No hablemos de las empresas

que bajo la denominación MARKETING gastan inmensas cantidades de dinero en promocionar espectáculos, deportes, congresos, ferias, etc., y saldan su Compromiso Social con la Comunidad de esta manera u otras que les rinda beneficios a medio/largo plazo (siempre bajo la óptica del beneficio).

¿Porqué las Asociaciones del tipo Auto-Ayuda estamos siempre escasísimas de personal colaborador y de fondos para desarrollar nuestra labor?

Y ¿"pa los probes" que?. Pues poco o nada, si pides una subvención para desarrollar algún proyecto y tienes la suerte de que te la aprueben, te llegará tarde (con meses de retrasos al gasto ya realizado) y en muchísimos casos vendrá recortada en un 30/50 %, como si nuestras organizaciones fueran una manirrota, que

despilfarramos el dinero y/o que tenemos el vicio de pedir por pedir.

Pero claro, es que si no disponemos de fondos para hacer cartelería, no podemos poner sus logos a la vista de los ciudadanos, ni sus nombres aparecerán reflejados en ningún sitio y no podremos satisfacer sus necesidades de publicidad y propaganda.

A continuación desarrollaré algunos ítems que me parecen importantes a tener en cuenta:

✍ Las grandes ONG's disponen de mucho personal asalariado. Nosotros, ninguno o alguno a tiempo parcial.

✍ Las grandes ONG's tienen en sus filas a profesiones en Fund Finding (Localización de Fondos), conocedores de todos los recovecos y artificios legales para ello. Nosotros, tenemos dificultades hasta para completar una solicitud de subvención.

✍ Las grandes ONG's disponen de Departamento de Marketing y RR.PP. que se codean con altas personalidades nacionales e internacionales, lo cual le abre muchas puertas. Nosotros, nos codeamos con el/la Concejal del Distrito y alguna vez con Alcaldes, Delegados del Gobierno, etc.

✍ Las grandes ONG's reciben subvenciones y donativos de Gobierno, Comunidad Europea, ONU, etc. Nosotros, podemos pordiosear por los organismos de nuestro Distrito o Ciudad, somos los "pedigüños".

✍ Las grandes ONG's reciben importantes subvenciones de grandes empresas. Nosotros, somos despedidos con buenas palabras, ninguna efectividad y con la sensación de fondo de que su pensamiento es "estos sólo vienen a pedir".

✍ Las grandes ONG's disponen de buenos y grandes locales, en muchos casos cedidos gratuitamente por la entidad en

cuestión, necesitada de la publicidad y el caché que estas organizaciones proporcionan. Nosotros, o no tenemos local o tenemos que pagarlos de nuestros bolsillos o a lo sumo nos han cedido un rinconcito donde tener nuestros papeles, pero sin posibilidad siquiera de hacer una reunión o asamblea (para eso están los locales colectivos, pide hora y podrás utilizarlo cuando haya un hueco).

Llamamos a Gobiernos, Organismos Autonómicos, Diputaciones, Ayuntamientos y Empresas a que, reflexionen sobre el papel que las Asociaciones de Auto-Ayuda desempeñamos en la Sociedad.

Por estas razones llamamos a Gobiernos, Organismos Autonómicos, Diputaciones, Ayuntamientos y Empresas a que, sin menospreciar el papel tan importante y necesario que realizan las grandes ONG's, reflexionen sobre el papel que las Asociaciones de Auto-Ayuda

desempeñamos en la Sociedad, cubriendo muchos aspectos asistenciales que la Sociedad debería cubrir, pero que no lo hace, desentendiéndose de esos problemas "¡para eso están estas Asociaciones que nos quitan el mochuelo!", atiendan nuestras necesidades en infraestructura y financiación y ayuden a fortalecer el movimiento asociativo en nuestro país.

Si algunos de los aludidos anteriormente se ha sentido agraviado u ofendido, pido mil perdones, no es mi intención agraviar ni ofender a nadie, sino poner al descubierto una realidad hiriente.

En Málaga, a 25 de Enero de 2007. ■

TODO NO VALE.

Volvía a casa, tras mi jornada laboral; pleno centro de la ciudad; hora punta respecto a aglomeración de vehículos, cuando se situaba, delante mía, un autobús que, en su parte trasera, portaba un anuncio publicitario, relacionado, con la apertura en nuestra ciudad, de una nueva empresa. Ostentoso, con caracteres gráficos bien visibles -todos nos teníamos que enterar- y que por las características de su contenido, que me sorprendió sobremedida; y el mensaje que ofrecía y que va a ser el objeto de este artículo, me hizo ponerme manos a la obra y realizar la siguiente reflexión sobre el mismo. El anuncio decía, a grandes rasgos, lo siguiente: “SI TU PAREJA TE PONE LOS CUERNOS, VENDENOS SUS OBJETOS MÁS PRECIADOS”.

De entrada, catalogo al anuncio de una tremenda obscenidad y de un insulto flagrante a la sensibilidad de los ciudadanos, a mi sensibilidad y, asimismo, de una falta de responsabilidad ética, de aquéllos, políticos o no, que tienen la misión de vigilar para que los valores de la persona y su educación y de los que contemplan la Constitución, se lleven a cabo, en la vida cotidiana. Cuando una pareja se rompe

están en juego valores tan importantes como la intimidad, la ruptura de un proyecto de vida y consecuencias muy dolorosas para la autoestima de esas personas que tardan, a veces, años en desaparecer ¿Cómo se permite que se pongan en la palestra pública, sin ningún tipo de pudor, y desde una frivolidad irrelevante, este tipo de mensajes que vulneran dichos valores?

El anuncio trata de una forma vulgar y zafia, el problema del fracaso afectivo y el dolor que produce la ruptura de una pareja, para los intereses más consumistas y comerciales de esa empresa e incita, desde el desprecio y de una forma sibilina y mezquina, a que los interesados se venguen, vendiendo los objetos impregnados de la carga afectiva que un día compartieron.

Es verdad que solamente tienes que asomarte a la televisión para contemplar este espectáculo a grandes dimensiones: reality shows, programas sin escrúpulos del corazón, etc. y ver como se utilizan, de forma mercantilista, comprando y vendiendo, la vida de los famosos y de todos aquellos que se enganchan a este carro: sus intimidades, sus fracasos..., en definitiva, sus miserias, con sus fieles audiencias y compartiendo, ambas partes, el

fruto económico de su actuación.

Por otro lado, estamos asistiendo, en nuestra sociedad, desde hace ya algún tiempo, a un debate importante sobre la necesidad de potenciar los VALORES en los ciudadanos. A los niños y a los jóvenes los ponemos como objetivos de las campañas educativas e informativas que serán los que, en un futuro, sigan los valores que les hemos legado y, se supone, hayan vivido. Se ratifican, desde todas las instancias institucionales: Estado, Escuela, Familia, la necesidad de **educar en valores** y apelamos a los mismos diciendo que son los pilares, por una parte, para el desarrollo del aspecto ético de la persona, y por otra, la de servir para estimular a que esos jóvenes sean buenos ciudadanos, buenas personas cuando tengan que convivir, en sociedad, en la edad adulta.

Temas como la violencia, el machismo, el maltrato... se discuten y tratan encarecidamente en todos los medios de comunicación y se activan estrategias para recolocar espacios y programas en horarios pertinentes, para que los futuros ciudadanos, hoy, aun niños, no se impregnen de estos disvalores y crezcan madurando su personalidad, asumiendo de

Por **Fernando Álvarez Martínez,**
Enfermero.

forma progresiva, aquellos valores que tan orgullosamente nos vanagloriamos en proclamar.

Asimismo, hemos pasado, de una censura que se dio en otros tiempos y que era inadmisibile, a una permisividad inaudita y escandalosa, -¡los extremos peligrosamente se tocan!- donde todo sirve, no importando el daño que causen o el tipo de mensajes que se ofrezcan; además, nos estamos acostumbrando a recibirlos de forma pasiva, no cuestionando la agresividad de dicha publicidad que lo único que le importa es llamar la atención del personal para que compre más y más, a costa de lo que sea. Somos fieles hijos de nuestra sociedad de consumo.

Educar en valores y según mi humilde entender, al margen de otras formas de actuación, pasa también por decir NO. Educas en la responsabilidad a tu hijo cuando le explicas desde la vivencia que haces en casa y en tu vida, los valores que tienen que poner en práctica para su desenvolvimiento en la sociedad como personas y cómo tienen que rechazar tal o cual conducta, evento o proposición asestando un NO rotundo a los mismos. Educar en valores, desde el contexto social, es también decir

NO a ese tipo de mensajes que además de frivolar con los sentimientos de las personas, quebrantan, a mi entender, derechos y valores importantes.

Además hay una creencia en nuestra sociedad que se es más liberal, más modernos, en definitiva, que mola más, en términos actuales, potenciar este tipo de ámbitos, de utilización de la intimidad de forma tan grosera, dándonos una falsa sensación de ser más libres y más dueños de nosotros mismos. ¿Más libres? ¿Más responsables? Cuando contemplé el anuncio, la sensación que me embargó, no fue, ni mucho menos, de libertad, sí, de tristeza y consternación al ver la bajeza y la podredumbre que deriva del estímulo de esta publicidad.

Yo me preguntaba, que hubiera ocurrido, si en mi coche, hubieran estado conmigo mis hijos, pequeños aún pero avisados como nadie y en plena edad escolar y me preguntasen: papá, ¿que significa lo que pone ese anuncio? ¿Cuál sería mi respuesta? ¿Cómo se lo podría explicar? ¿Qué argumentos emplearía? Difícil respuesta la mía.

Y si un ciudadano que estuviese asistiendo dolorosamente a su

trámite de separación, donde la fidelidad con su pareja estuviera en entredicho, leyera el mensaje del anuncio, ¿no creería que se estaba banalizando su problema? ¿sería esa, la del anuncio, la solución que se le está ofreciendo? Si reflexionásemos detenidamente estos extremos veríamos que estamos tratando de cosas muy serias.

Queridos lectores, no nos llevemos a engaño y no permitamos que nos engañen: **todo no vale** y, mucho menos, cuando tiene que ver con aspectos o valores de nuestra dignidad y con los valores que están a la altura de nuestro estatus como personas.

Y con respecto a la susodicha empresa que cual ave carroñera quiere alimentarse de los despojos del dolor y de los sentimientos rotos de las personas de nuestra querida Málaga le deseo **de todo corazón que no tenga ningún éxito en nuestra ciudad: aquí, no necesitamos, ese tipo de empresas y una severa llamada de atención a los que tienen la responsabilidad ética e institucional de velar y proteger los valores que proclamamos, tan difícil de recuperar cuando se pierden.**

■



EL RECETARIO

Por Manuel Ortega.
Expaciente.

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

CÓCTEL DE ESPÁRRAGOS AL CAVA

Tiempo de preparación: 40 minutos.
6 comensales.

INGREDIENTES:

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

PREPARACIÓN:

Pelamos, lavamos y troceamos la cebolla. Ponemos los trozos de cebolla en el vaso de la batidora. Rociamos el zumo de limón por encima y removemos un poco. Añadimos los tomates pelados, sin semillas y troceados. Agregamos los espárragos troceados, reservando seis yemas. Ponemos el zumo de naranja, sazonomos al gusto y añadimos la nuez moscada. Incorporamos el cava, el azúcar, el yogur y el aceite. Batimos unos minutos hasta conseguir un puré homogéneo.

Lo tamizamos en el pasapurés y distribuimos el caldo en seis copas de cóctel. Adornamos las copas con las yemas de espárragos reservadas y servimos.

CODITOS CON BACALAO

Tiempo de preparación: 45 minutos.
4 comensales.

INGREDIENTES:

150 gramos de coditos.
Sal.
6 cucharadas de aceite de oliva.
450 gramos de bacalao desalado.
2 dientes de ajo.
1 cebollas.
1 cucharadita de pan rallado.
1 cucharadita de pimentón dulce.
1 puntita de guindilla picante.
450 gramos de tomates
1 pizca de nuez moscada.
1 pizca de eneldo.
1 cucharadita de hierbabuena fresca picada.
2 pimientos asados.
4 ramitas de perejil.

PREPARACIÓN:

Cocemos los coditos en una cacerola con agua hirviendo y sal hasta que estén al dente. Dejamos

en reposo unos cinco minutos, escurrimos y reservamos.

Calentamos el aceite a fuego suave en una cazuela de barro. Cuando esté humeante, freímos el bacalao, con la parte de la piel hacia abajo. Una vez dorado le damos la vuelta, después lo sacamos con la espumadera y reservamos.

Rehogamos en a misma cazuela los ajos y la cebolla, pelados y picados. Añadimos el pan rallado y removemos para mezclar. Una vez tostado el pan, agregamos el pimentón y la guindilla. Removemos y ponemos los tomates, previamente pelados y picados. Añadimos la nuez moscada, el eneldo y la hierbabuena. Sazonamos al gusto. Cocinamos hasta que la mitad del caldo se consuma. Agregamos los coditos, removemos para mezclar. Incorporamos el bacalao y agitamos la cazuela varias veces. Cocinamos de seis a ocho minutos más. Añadimos los pimientos, previamente pelados y cortados en tiras. Agitamos la cazuela ligeramente y cocinamos de dos a tres minutos más. Espolvoreamos el perejil por encima y servimos. ■

DE BIEN NACIDOS ES SER AGRADECIDOS.

(Publicado por Andrés Tello para Corazones dañados el 1/20/2007)

¿Como puede un hombre agradecerle a otra persona el que le haya proporcionado lo más importante para él "LA VIDA"?

Este es mi dilema, no sé como, no tengo las palabras, para poder agradecer a la familia del donante, cuyo corazón llevo ahora, el inmenso favor que les debo y las toneladas de agradecimiento que tengo pendientes de entregar.

He cavilado bastante sobre este tema y creo tener la solución al problema: Devolver a los demás lo que los demás me han dado.

¿Pero? No puedo dar mi /su corazón, no me es posible, sin embargo si lo es el que pueda y deba dedicar gran parte de mi tiempo a ayudar a otros y colaborar con aquellas organizaciones que prestan su ayuda de forma desinteresada a personas enfermas o ex-enfermos cuyas necesidades de apoyo, afecto, comprensión y ayuda son enormes.

Esta es la tarea que me he marcado y que trato de cumplir diariamente.

Andrés Tello,
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
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.expaumi.org

e-mail: expaumi@gmail.com / expaumi@hotmail.com