

EXTRAORDINARIO MENSAJEROS DE SALUD

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN DE
EXPACIENTES DE MEDICINA INTENSIVA

Nº 19

Noviembre 2008

Málaga



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



SUMARIO Nº19

SUMARIO Nº19

EXPAUMI

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN DE EXPACIENTES DE MEDICINA INTENSIVA
Nº 19 Noviembre 2008 Málaga

Edita:

EXPAUMI

Coordinan:

M. V. De la Torre Prados, A.
García Alcántara, Rogelio
Moreno Vigo, Manuel
Ortega Jiménez, Manuel
Luque.

Fotografías:

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..... Todos Somos Necesarios.

2..... Proyectos Llevados a Cabo
por EXPAUMI en el Año 2008.

4..... Recomendaciones para Ser Feliz y
Claves para un Envejecimiento Saludable.

6..... Salud Responde.

9..... ¿Cómo Cuidar la Circulación
para Mejorar Nuestra Salud?

12..... La Necesidad de la Rehabilitación Cardíaca tras
un Infarto Agudo de Miocardio.

18..... Precauciones y Cuidados del Paciente
Anticoagulado-antiagregado.

22..... ¿Qué podemos hacer para
cuidarnos nuestra piel?

28..... Continuamos con la Prevención de Problemas de Salud
y el Salvar Vidas con la Colaboración de Todos:
Expacientes, Familiares y Profesionales.

34..... ¿Casualidad, Determinismo
o Libre Albedrío?

36..... El Recetario
de Manuel Ortega.

SUMARIO Nº19

TODOS SOMOS NECESARIOS

Va para ocho años, que la fecha de 13 de Febrero de 2001 quedaría fijada en mi memoria para siempre, aquel día creo que viví junto a mi familia la pesadilla más angustiada que hasta el momento me había ocurrido, alucinación cuando los médicos de Urgencias del Hospital Universitario Virgen de la Victoria me diagnosticaron infarto de miocardio, son instantes para no recordar.

Recuerdo que una vez ingresado en **UMI**, recibí la visita de un Voluntario de **EXPAUMI** (hoy compañero dentro de la Asociación); me dio consejos, ánimo y sobre todo la oportunidad de poder conocer a todos los integrantes del colectivo, a partir de ese momento decidí inscribirme como socio y continué siéndolo; en la actualidad soy Secretario de la Asociación.

El día 29 de Junio de 2001 participé, dentro de la convocatoria de Asamblea General, en la Mesa Redonda convocada con motivo de la misma; en ella expuse lo que supuso para mí este accidente y el nuevo enfoque que tenía que dar a mi vida. En dicha Mesa Redonda dije palabras como:

...cuando se goza de buena salud y sobre ti no ha habido ni el más mínimo asomo de una enfermedad crónica... no te planteas lo importante que es la salud y a los cambios que te tendrás que adaptar.

...los primeros días estuvieron llenos de incertidumbre, me encontraba desorientado, tenía miedo de realizar actividades que, por ignorancia, fueran peligrosas para mi salud, me acostaba inseguro, tenía insomnios, me levantaba varias veces por las noches y por la mañana reflexionaba sobre mi futuro...

Gracias a la colaboración de mi familia, la de los profesionales de la medicina y la de mis compañeros de la Asociación, la tarea no me está resultando tan difícil como en principio suponía.

Palabras similares, escritas o de viva voz, expresaron compañeros que hasta hace poco apostaron por **EXPAUMI**, compañeros que dejaron de la noche a la mañana de asistir a nuestras reuniones semanales y sus actividades de voluntariado.

A todos ellos los invito a que reflexionen sobre su actitud, creo que todos tenemos el convencimiento de que **EXPAUMI** está por encima de cualquiera de los integrantes de la Asociación y creo que cualquier problema se debe solucionar desde dentro de la misma y no con la no asistencia a nuestros actos.

Con el convencimiento de que vuestra reflexión será positiva y desde la certeza de que todos somos necesarios dentro del colectivo, espero veros en los próximos actos.

Saludos.

Rogelio Moreno Vigo.
(Secretario de EXPAUMI). ■

PROYECTOS LLEVADOS A CABO POR EXPAUMI EN EL AÑO 2008.

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: 1 taller con 10 sesiones de intervención a expacientes fumadores y a sus familiares (de 90 minutos de duración cada una), 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 del, 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.

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.

Dotación de las habilidades de comunicación verbal y no verbal de los Visitadores para facilitar la buena comprensión de los enfermos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

SIMULACROS DE ACCIDENTES POR TÓXICOS EN JÓVENES ADOLESCENTES.

El objetivo es mejorar el estilo de vida de los jóvenes hacia un modelo más saludable, así como transmitir mensajes sobre las consecuencias perjudiciales sobre el abuso de tóxicos en jóvenes: alcohol y otras drogas (cocaína) y al mismo tiempo otros saludables como alternativas en tiempo de ocio al mismo grupo poblacional.

Se realizan simulacros con el soporte del grupo de teatro de la asociación de EXPAUMI donde se refleja este problema, como las consecuencias que conlleva de forma implícita tanto a nivel de los accidentes de tráfico como los trastornos de la personalidad. ■

RECOMENDACIONES PARA SER FELIZ Y CLAVES PARA UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE.

En el mundo donde vivimos es necesario tener pautas para poder vivir física y psicológicamente lo más saludable posible.

En este artículo, hacemos un estudio sobre las acciones, emociones, pensamientos y conductas necesarias para poder alcanzar la felicidad y llegar a un envejecimiento saludable.

Para poder entender y comprender que nos mueve al ser humano hay 3 pensamientos vitales:

- ¿Para que estoy en esta vida?
- ¿Qué estoy dejando en ella?
- ¿Qué impacto dejo en los demás?

Para responder estas cuestiones es bueno ver los aspectos positivos de un envejecimiento saludable:

- La vida es siempre un bien y envejecer un privilegio.
- El sufrimiento es una descompensación entre la vida ideada y la verdadera.
- El sufrimiento es una oportunidad para ver lo que no quieres ver.

DENTRO DE LAS ETAPAS POR LAS QUE ATRAVIESA TODO SER HUMANO:

- Nacimiento.
- Niñez.
- Adolescencia.
- Adulto.
- Senescencia.

El fin común es la búsqueda de la felicidad. Dicha felicidad está tanto dentro como fuera de todo ser humano.

Para poder alcanzarla es óptimo seguir las **Recomendaciones de la Sociedad Francesa para la Mejora de la Calidad de Vida**, que son las siguientes:

- Evite involucrarse en ansiedades y tensiones ajenas.
- Intente descubrir el placer de las cosas cotidianas, disfrute las cosas simples y ríe más a menudo y por largo tiempo.
- Pida ayuda siempre que lo necesite, siempre que sea a las personas correctas.
- Aprenda a decir no, sin sentirse culpable, o creer que lastima a alguien. No se enrolle en un viaje de culpabilidad.
- Haga una pausa de mínimo de 5 a 10 minutos por cada 2 horas de trabajo, a lo máximo. Repita estas pausas en su vida diaria y piense en usted, analizando sus actitudes.
- Viva mientras tenga vida.
- Viva la vida, buscando la

felicidad dentro y fuera de todo ser humano; sabiendo que la felicidad es un camino a ejercitar no una meta para todo ser humano.

- **Vive y se feliz.**

CLAVES FÍSICAS PARA LA FELICIDAD.

Para poder completar el estudio integrado de la felicidad es justo ver las claves en sus tres dimensiones: física, psíquica y social.

1. Cuidarse a lo largo de toda la vida desde la infancia.
2. Alimentación sana.
3. Ejercicio físico.
4. Descanso, sueño.
5. Activar sus sentidos día a día.
6. Cuidar el aspecto y postura.
7. Aceptarse.
8. Mirar a los ojos.
9. Ejercitar la sonrisa.
10. Contacto físico.

“Elimina de tu vida los números que no son esenciales. Esto incluye: edad, peso y altura. Deja que tu médico se preocupe por ellos”.

“Celebra y disfruta de tu salud: si es buena, mantenla así. Y si es inestable, mejorála. Y si no está en tus manos mejorarla, busca ayuda”.

“Usted es lo que usted haga de usted mismo”.

Por el **Dr. Carlos Linares Del Rio.**
Medico Especialista en Geriatria.

CLAVES PSICOLÓGICAS PARA LA FELICIDAD.

1. **La llave de la felicidad no darsela a nadie.**

La única persona que estará contigo toda la vida, eres tu mismo.

2. **Ilusión ajustando el deseo a lo posible.**

Separa los problemas reales de los imaginarios y eliminalos porque son pérdida de tiempo y ocupan un espacio mental precioso para cosas más importantes.

3. **Creatividad, curiosidad.**

Nunca permitas que tu cerebro sea holgazán porque es la morada del demonio y el nombre de ese demonio es alzheimer.

4. **A m o r y sorprenderse con la vida.**

Rodeate de seres y cosas que amas, ya sea la familia, mascotas, música, plantas, pasatiempos, lo que sea.

5. **Quererse, creer y aceptarse uno mismo.**

Olvidate de una vez por todas que eres indispensable en tu trabajo, casa o grupo habitual.

Por mas que eso te desagrade ,todo camina sin tu actuación, salvo tu mismo.

6. **Vivir el presente positivamente.**

Planea tu vida, pero deja siempre espacio para cualquier imprevisto, consciente de que no todo depende de ti.

7. **Vivir con alegría, vivir con la sonrisa en los labios.**

Mantén amistades alegres los gruñones te bajan el ánimo.

8. **No rebelarse, sacar lo mejor del momento.**

Las lágrimas son naturales. Súfrelo , laméntalo y luego sigue adelante.

9. **Vivir con metas.**

Recuerda: la vida no se mide por los descansos que tomamos, sino por los momentos que te roban el aliento.



10. **Elimina de tu vida la envidia y el resentimiento.**

No quieras saber si hablaron mal de ti, ni te atormentes.

Con esa basura mental. Escucha lo que hablaron bien de ti, con reserva analítica, sin creértelo todo.

CLAVES SOCIALES PARA LA FELICIDAD.

1. Relaciones abiertas y solidarias al mundo.

2. Relaciones fluidas y con lazos afectivos.

3. Relaciones atentas y sabiendo escuchar.

4. Relaciones respetuosas y amistosas.

5. Relaciones sabiendo agradecer.

6. Relaciones gratuitas sin esperar.

7. Relaciones de servicio dandose a los demás.

8. Relaciones libres, aprender a decir que no.

9. Relaciones con puntos comunes.

10. Tiempo libre para disfrutar y compartir.

Por último, unos secretos sencillos y eficaces para continuar en el camino de la felicidad:

Es necesario tener un sueño. Cuando se pierden los sueños, uno se muere.

No dejamos de amar porque envejecemos, envejecemos porque dejamos de amar.

Es necesario crecer siempre encontrando la oportunidad de cambiar.

Es necesario reír y encontrar el humor en cada día.

“Envejecer es obligatorio, crecer es opcional”. ■

SALUD RESPONDE.

QUIENES SOMOS.

Salud Responde nace como servicio en el año 2003. Es un acceso multicanal al Sistema Sanitario Público de Andalucía, gestionado por la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias y el Servicio Andaluz de Salud. Ha sido diseñado para satisfacer las necesidades de información y servicios, de ciudadanos y profesionales sanitarios a través de su propia herramienta CRM (Gestión Integral de las relaciones con el Cliente). En él participan todos los centros sanitarios públicos integrados en la Red Corporativa de la Junta de Andalucía, una de las más avanzadas de Europa.

Las 24 horas del día, todos los días del año, a través del **902 505 060** el ciudadano accede directamente al Sistema Sanitario Público de Andalucía. Este teléfono es sólo el primero de los múltiples accesos que tiene Salud Responde; teléfono, fax, tecnología móvil, Internet, disponibles a cualquier hora y desde cualquier sitio de

Andalucía, el usuario puede solicitar los servicios de su cartera. Incluyendo las nuevas tecnologías en la comunicación con el ciudadano, se rompen barreras de acceso al Sistema Sanitario, ofreciendo un servicio eficaz especialmente útil para los ciudadanos que padecen alguna discapacidad auditiva.



902 505 060

953 018 715

saludresponde@juntadeandalucia.es

Servicio **SMS**

Salud Responde aporta un equipo formado por operadores telefónicos, atendiendo a las llamadas en un primer nivel, así como un equipo compuesto por profesionales encargados del mantenimiento de los sistemas de información, personal administrativo, equipo directivo y profesionales de enfermería y medicina que dan apoyo a los diferentes servicios que se prestan desde este centro.

La tecnología de Salud Responde permite a los operadores

clasificar las solicitudes de los usuarios y contar con argumentarios, protocolos de ayuda, planes de acción, listas de asuntos en curso y finalizados, información sobre los recursos disponibles y ocupados por zonas, listines telefónicos, información geográfica, etc.

Ante la llamada de un ciudadano, el sistema conectará con la Base de Datos de Usuarios (BDU) utilizando cualquiera de los campos disponibles para la búsqueda. La BDU devolverá los datos disponibles del usuario y su unidad familiar, y presentará al operador información de utilidad para el ciudadano.

Salud Responde es el portal de recogida de solicitudes de información en relación a cómo acceder a una información sanitaria, directorios de centros de salud, etc.

Actualmente se gestiona una amplia Cartera de Servicios, con la pretensión de ir asumiendo otros nuevos en un futuro inmediato.

Por el **Dr. José María González Conejo**,
Director de SALUD RESPONDE.

CITA PREVIA.

Constituye el principal servicio de Salud Responde por ser el más demandado. Ha ido extendiéndose progresivamente a todo el ámbito territorial de Andalucía. En la actualidad se ofrece el servicio a un 94 % de la población andaluza.

Este servicio permite pedir cita con el médico de familia o pediatra entre otras actividades, sin necesidad de acudir al centro de salud y con la ventaja de estar disponible cualquier día del año a cualquier hora del día.

Más de treinta y un millones han sido las citas gestionadas por el servicio desde el inicio de su actividad.

El lunes es el día de la semana en el que se registra mayor número de llamadas, no obstante gracias a la disponibilidad horaria del servicio, la actividad durante los fines de semana crece día a día.



El horario de máxima actividad durante los días laborables se comprende entre las 08:00 y las 13:00 horas, siendo durante los domingos entre las 18:00 y las 23:00 horas.

SALUD ANDALUCÍA 24 HORAS.

Este servicio ofrece información sobre problemas de salud y prevención de éstos. Son consejos sanitarios personalizados divididos en bloques temáticos tales como la Alimentación Infantil, Consejos Pediátricos, Sexualidad y jóvenes, Vacunas, Clímax y Menopausia, etc.

Al recibir una llamada en la que se produce una consulta sobre un tema de salud, el operador discrimina si la persona que nos llama quiere realizar una consulta por teléfono o lo que precisa es una asistencia inmediata de forma urgente, si se diera este segundo caso se pasa la llamada con el teléfono de urgencias de su provincia. Todas las acciones de este servicio están respaldadas por personal sanitario de apoyo.

Las consultas más frecuentes suelen ser sobre Vacunas y Sexualidad y Jóvenes. Este tipo

de servicio se es demandado en mayor medida durante los fines de semana.



Salud Responde resuelve las principales dudas de los ciudadanos sobre los problemas de salud más comunes y que ya han sido priorizados por la Consejería de Salud a través de planes integrales; diabetes, deshabituación tabáquica, SIDA.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA.

Los usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía pueden ejercer su derecho a recibir una segunda opinión médica tras la entrada en vigor del decreto que regula esta prestación, y que convierte a nuestra comunidad en la primera que la implanta con una garantía de tiempo máximo de respuesta al interesado, de 30 días.

Para hacer efectivo este nuevo derecho, se ha seleccionado a →

Sede de SALUD RESPONDE en Jaén.



una serie de facultativos especialistas del Sistema Sanitario Público, expertos en distintas áreas de conocimiento clínico, que se encargarán de valorar las solicitudes de segunda opinión y de emitir el consiguiente informe. Cualquier ciudadano interesado en obtener más información, podrá llamar al teléfono de Salud Responde (Unidad Central de Tramitación de Segunda Opinión Médica.)

Esta Unidad tiene entre sus funciones: recepcionar, gestionar y tramitar las solicitudes de Segunda Opinión Médica, así como hacer un seguimiento de las solicitudes admitidas, controlar los plazos establecidos a lo largo de todo el proceso, gestionar la

asistencia sanitaria que pudiera derivarse de los informes colegiados, interlocución con los solicitantes y custodiar la documentación clínica utilizada para la valoración de la Segunda Opinión.

VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA.

La Ley 5/2003, de 9 de octubre, de Declaración de Voluntad Vital Anticipada, publicada en BOJA el 31 de octubre de 2003, regula en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, la declaración de voluntad vital anticipada, como cauce para que una persona pueda ejercer su derecho a decidir sobre las

actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el futuro, en el supuesto de que llegado el momento no goce de capacidad para consentir por sí misma.

Salud Responde se encargará de proporcionar información a ciudadanos y profesionales, gestionará las citas domiciliarias y en las delegaciones e intermediará en las consultas de los facultativos en la consulta del Registro de Voluntad Anticipada.

El contenido de la declaración sólo podrá ser consultado por el médico que atiende al paciente y siempre que éste no pueda expresarse por sí mismo. Actualmente la cifra de ciudadanos inscritos en el registro ronda los catorce mil usuarios.

Desde que se puso en marcha en el año 2003, Salud Responde ha experimentado un crecimiento continuo, que no sólo se traduce en datos sino también en profesionalidad, en calidad, en atención, en servicios, y siempre con el mismo objetivo: ofrecer lo mejor al usuario. ■

¿CÓMO CUIDAR LA CIRCULACIÓN PARA MEJORAR NUESTRA SALUD?

Para cuidar las enfermedades de la circulación, debemos conocer cada enfermedad, ya que la definición de “enfermedad de la circulación” es incorrecta y lo que es peor, hay enfermedades que tienen cuidados preventivos contrapuestos, de manera que unas medidas preventivas buenas para un déficit arterial, es perjudicial para un problema venoso. Hablaremos de: Las enfermedades más frecuentes de las arterias en las piernas. También de prevención de las lesiones de los pies de los diabéticos y de los aneurismas de aorta.

¿QUÉ ES EL SISTEMA CIRCULATORIO?

En la Circulación del cuerpo humano, la sangre es bombeada por el corazón a través de las arterias, hacia todas las partes de nuestro organismo y retorna por las venas, después de haber nutrido y oxigenado las células de nuestro cuerpo. Como se ve en los esquemas, la circulación por arterias y venas, recorre todo nuestro cuerpo y puede producir muchas enfermedades en arterias y venas. El corazón es uno y la

circulación o sea arterias y venas son muchas, por eso hay muchas enfermedades circulatorias y hay una especialidad médica que las trata. La ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR, que se ocupa de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vasculares, exceptuando las intracraneales y las cardiacas.

¿EXISTE LA ENFERMEDAD DE LA CIRCULACIÓN?

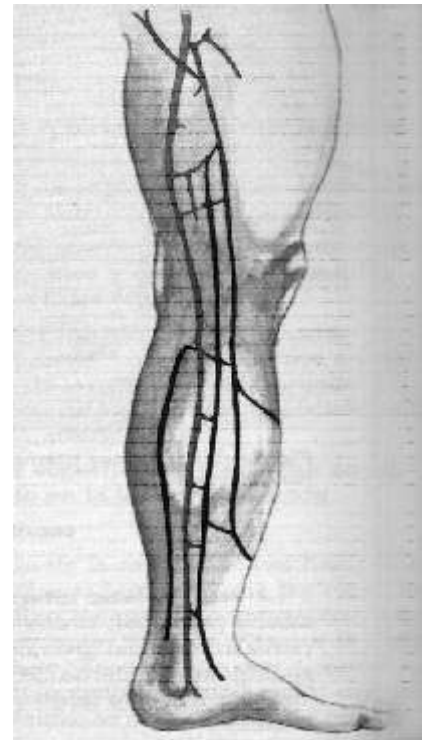
No. Es un término muy impreciso que engloba a **muchas enfermedades.**

Algunas enfermedades circulatorias necesitan cuidados preventivos y de tratamiento contrapuesto, por ejemplo: Una isquemia frente a unas varices.

¿CÚALES SON LAS ENFERMEDADES ARTERIALES MÁS FRECUENTES?

Son las que producen estenosis y/o obstrucción de las arterias (**Isquemias**) y las que desencadenan una dilatación de ellas (**Aneurismas**). **Dentro de**

las isquemias las más frecuentes son las que afectan a las piernas.



¿QUÉ TIPO DE ISQUEMIAS HAY?

Agudas y crónicas; en las agudas la obstrucción arterial se produce de manera brusca y desencadena un cuadro de dolor muy grave, que precisa habitualmente atención urgente; en cambio en las crónicas el empeoramiento es progresivo y en su forma más frecuente afecta a las piernas desencadenando dolor al caminar. →

¿FRECUENCIA DE ARTERIOPATIAS PERIFÉRICAS, QUE PROVOCAN ISQUEMIA?

Son más frecuentes en el varón.

¿A CUANTAS PERSONAS AFECTAN LAS ARTERIOPATIAS PERIFÉRICAS?

En los mayores de 50 años afectan al 5 % de la población, pero en los mayores de 70 años aumenta su frecuencia afectando al 10 % de la población.

¿CÓMO SE PRODUCE LA ISQUEMIA CRÓNICA DE LAS PIERNAS?

La aterosclerosis produce en la pared de las arterias, acúmulo de colesterol, grasas, restos celulares..., produciendo el estrechamiento y/o cierre progresivo de las arterias.



¿QUÉ SÍNTOMAS PROVOCA LA ISQUEMIA DE LAS PIERNAS?

Produce dolor de piernas durante el ejercicio, que cede al pararse; es mas frecuente en la pantorrilla, Es conocido como claudicación intermitente o síndrome del escaparate. Cuando avanza la enfermedad, el dolor es en reposo, sobre todo de noche, apareciendo úlceras que no curan o gangrena en los dedos.



¿QUÉ FACTORES DE RIESGO ACELERAN LA ISQUEMIA DE LAS PIERNAS?

El tabaco, dieta rica en grasas, hipertensión arterial y la diabetes.

¿CÓMO SE HACE EL DIAGNÓSTICO?

El enfermo ayuda contando los síntomas, sobre todo informando de la distancia que camina hasta notar el dolor. El médico toca los pulsos, hace pruebas no invasivas: con Doppler y pletismografía, para conocer donde están las obstrucciones y saber qué déficit circulatorio tienen sus piernas.

¿CÓMO SE TRATA LA ISQUEMIA CRÓNICA DE LAS PIERNAS?

Depende de la gravedad que produce al paciente. 1. **Medicamentos** que favorecen la circulación sanguínea. 2. **Ejercicio físico** (caminar hasta la aparición del dolor, descansar y continuar la marcha). 3. **Cuidar los factores de riesgo** (no fumar, dieta pobre en grasas, control de Hipertensión y de Diabetes...) 4. **Cirugía** (Bypass con prótesis o vena..) o dilatación con un balón. 5. En casos extremos: **Amputación** de la extremidad afectada, para mitigar el dolor.

Por el **Dr. Rafael Gómez Medialdea.**
Jefe del Servicio de Cirugía Vascular
del Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

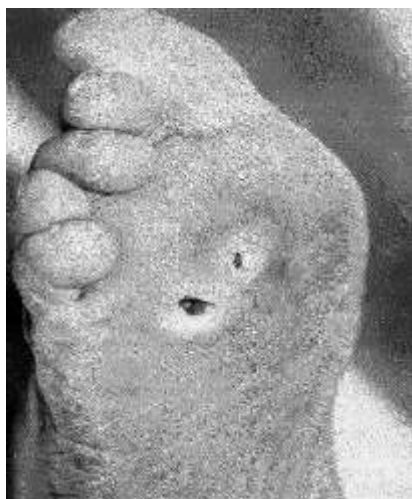
PERO, ¿QUÉ MEDIDAS PREVENTIVAS HAY PARA EVITAR DE LESIONES O ÚLCERAS EN LOS PIES, SOBRE TODO SI EL PACIENTE ES DIABÉTICO.

1. Mirar a diario el pie para detectar ampollas, hemorragias, maceraciones o escoriaciones interdigitales. Podrá utilizar un espejo para ver la planta y el talón.

2. Antes de calzarse el zapato, tocará con la mano su interior para detectar resaltes, costuras con rebordes o cuerpos extraños, que deberá eliminar.

3. El calzado debe ser blando, profundo y ancho. Cuando estén nuevos no los pondrá mas de 2-3 días seguidos, para adaptase a ellos.

4. Las zapatillas de deporte con estas características son las más



adecuadas para los paseos.

5. Cambiará los calcetines a diario (serán blancos de algodón).

6. No utilizará bolsas de agua caliente o almohadillas eléctricas para calentarlos.

7. No cortará las uñas encarnadas o callosidades. Acudirá al podólogo para estos cuidados.



8. No apurará el corte de las uñas, sino que lo hará de forma recta y las limará suavemente.

9. Lavará los pies a diario con agua tibia y jabón neutro, durante no mas de cinco minutos. Después hará un buen aclarado y exhaustivo secado, sobre todo entre los dedos.

10. Antes de utilizar agua caliente en la higiene de los pies, medirá la temperatura con el codo.

11. Aplicará crema hidratante en los pies después del baño.

Informará a su enfermera o médico de familia la aparición de

hinchazón, enrojecimiento o ulceración aunque sea indolora Y **NUNCA CAMINARA DESCALZO.**

OTRAS ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS SON DEBIDAS A LA DILATACIÓN: SE LLAMAN ANEURISMAS.

¿Que es un aneurisma? En una dilatación de la pared de una arteria a mas del doble de lo normal.

¿Que localización es la más frecuente? Aorta en el abdomen.

¿Que síntomas provoca? No da síntomas durante mucho tiempo pero da síntomas cuando se rompe y provoca una hemorragia.

¿Que complicaciones da el aneurisma de aorta abdominal? Se rompen a partir de un cierto tamaño y produce una hemorragia.

¿Cómo se busca el aneurisma de aorta abdominal? Por Ecografía o TAC.

¿Cómo se trata? Operación.

¿Cómo se previene? Control de factores de riesgo de la arteriosclerosis y sobre todo de la Tensión arterial. ■

LA NECESIDAD DE LA REHABILITACIÓN CARDIACA TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA.

Las enfermedades coronarias son la principal causa de muerte y de incapacidad en los países occidentales, particularmente por el rápido crecimiento de la población geriátrica.

Según datos del Plan Integral de la Cardiopatía Isquémica del Ministerio de Sanidad y Consumo, las enfermedades cardiovasculares constituyen la **primera causa de muerte** para el conjunto de la población española.

Antiguamente, en el siglo XIX y aún, en la 1º mitad del siglo XX, se creía que el reposo era el tratamiento de elección tras un infarto de miocardio (IAM). Pero

Esquema 1. Efectos negativos del reposo prolongado:

- ✎ Disminución de la capacidad física.
- ✎ Pérdida de masa muscular.
- ✎ Osteoporosis.
- ✎ Taquicardias y fatiga con esfuerzos mínimos.
- ✎ Trombosis y flebitis en miembros inferiores.
- ✎ Tromboembolismo pulmonar y muerte.

más recientemente, se demostró que el reposo prolongado (esquema 1) provocaba una serie de complicaciones que aumentaba la discapacidad, por lo que tras investigaciones en el campo del ejercicio físico, se comprobó que el ejercicio aeróbico (esquema 2) tenía una serie de consecuencias positivas tras un IAM y que debía ser parte del tratamiento en esta cardiopatía.

De esta forma, aparecen los programas de rehabilitación cardiaca (RC), propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1964, cuyo **objetivo principal** es el **CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR** (FRCV) (dislipemia, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, tabaquismo y sedentarismo). Por ello se habla de **PROGRAMAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA Y REHABILITACIÓN CARDIACA**.

DEFINICIONES DE REHABILITACIÓN CARDIACA SEGÚN LA OMS.

La rehabilitación cardiaca ha evolucionado desde su inicio,

Esquema 2. Efectos beneficiosos del ejercicio físico aeróbico:

- ✎ Activa la circulación sanguínea, por tanto aumenta el flujo sanguíneo al músculo del corazón.
- ✎ Disminuye las resistencias periféricas, por lo que disminuye la tensión arterial.
- ✎ Mejora la oxigenación de los tejidos.
- ✎ Disminuye el tono simpático, por lo que disminuye la frecuencia cardiaca, disminuye la aparición de arritmias malignas y de muerte súbita.
- ✎ Favorece el control de los factores de riesgo cardiovascular.
- ✎ Disminuye la ansiedad y depresión.
- ✎ Mejora la calidad de vida con una vida más activa y productiva.

considerándose al principio un tratamiento integral para mejorar la calidad de vida, y en el último informe de la OMS, avanza un paso más y se define como una parcela del tratamiento global que debe recibir una persona que sufre una cardiopatía.

INFORME N° 270 de la OMS. AÑO 1964:

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

“Conjunto de actividades necesarias para asegurar a los cardiopatas una condición física, mental y social óptima, que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad”.

Es decir, se habla de una rehabilitación **cardiaca integral**.

INFORME 831 de la OMS.
AÑO 1993:

“La rehabilitación cardiaca no debe considerarse como una terapia aislada, sino que debe ser integrada en el tratamiento global de la cardiopatía, de la cual ésta forma sólo una faceta”. Es decir, se habla de una rehabilitación cardiaca **integral e integrada** en el protocolo de tratamiento de la cardiopatía.

OBJETIVOS DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Pueden ser a corto plazo, es decir, en las fases iniciales del programa terapéutico y a largo plazo, es decir, después de varios años de evolución.

A corto plazo:

✎ Estabilización clínica de

la enfermedad

✎ Limitar los efectos fisiológicos y psicológicos de la cardiopatía

✎ Mejorar el status funcional para dar independencia a la persona, con mejoría de la calidad de vida.

A largo plazo:

✎ Retrasar la progresión de la enfermedad arterioesclerótica (CONTROL de FRCV)

✎ Reducir la morbilidad y mortalidad.

E F E C T O S D E L A R E H A B I L I T A C I Ó N C A R D I A C A .

Múltiples estudios científicos concluyen que los programas de rehabilitación cardiaca tienen efectos positivos en la calidad de vida y en la evolución de la enfermedad:

✎ Reduce mortalidad cardiovascular (20-34%).

✎ Mejora la capacidad funcional.

✎ Atenúa la isquemia miocárdica.

✎ Mejora la hipertensión y la hipercolesterolemia.

✎ Retarda la progresión de la enfermedad arterioesclerótica coronaria.

✎ Reduce el riesgo de eventos cardiacos (46%).

✎ Mejora la ansiedad y la depresión.

Por todo ello, los programas de rehabilitación cardiaca son eficaces, pero la implementación de dichos programas todavía es muy escasa en nuestro país. Así pues, mientras que en Holanda el 50-60% de los pacientes con cardiopatía reciben rehabilitación cardiaca, en nuestro país oscila entre el 2-5%.

I N D I C A C I O N E S Y C O N T R A I N D I C A C I O N E S D E R E H A B I L I T A C I Ó N C A R D I A C A .

En realidad, las indicaciones o →






contraindicaciones se refieren al ejercicio físico. Así, las indicaciones de rehabilitación cardiaca son enfermedades estabilizadas en las que se ha demostrado que el ejercicio físico aeróbico es beneficioso, o en sujetos sanos con factores de riesgo cardiovascular, para prevenir la aparición de cardiopatía isquémica; sin embargo, no está recomendado en aquellas enfermedades descompensadas como arritmias severas, valvulopatías severas o alteraciones metabólicas descompensadas.

COMPONENTES DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA.

1. Prescripción de ejercicio físico: debe ser individualizado, en función de las alteraciones del aparato locomotor y de la cardiopatía que presenta. Para un correcto entrenamiento físico, hay que valorar:
 - a. Intensidad del ejercicio que se realiza, que debe ser entre el 60% - 85% de la frecuencia cardiaca máxima, obtenida en la prueba de esfuerzo realizada previamente.

Esquema 3. Indicaciones de rehabilitación cardiaca.

CARDIOPATÍAS:






-  **Isquémicas:**
 - Infarto agudo de miocardio.
 - Tras cirugía coronaria.
 - Tras angioplastia.
-  **Angina de esfuerzo estable.**
-  **Transplante cardíaco.**
-  **Valvulopatías operadas.**
-  **Insuficiencia cardiaca estable.**
- Marcapasos o desfibriladores.**

SUJETOS SANOS:



-  **Con FRCV.**
-  **Deporte en la edad media.**

Esquema 4. Contraindicaciones de la rehabilitación cardiaca.

RELATIVAS:

-  Angina inestable.
-  Patologías descompensadas.
-  Enfermedades fase aguda.
-  Síndrome Varicoso severo.
-  Arritmias:
 - EV con el ejercicio.
 - TV.
 - TSV no controladas.
 - Bloqueos A-V 2° y 3° grado.

ABSOLUTAS:

-  Aneurisma de aorta.
-  Estenosis severa del tracto de salida del ventrículo izquierdo.

- b. Frecuencia del ejercicio: 3-5 veces / semana.
- c. Duración de la sesión de entrenamiento: 20-60 minutos / día.
- d. Tipo de ejercicio físico: aeróbico
- e. Progresión: suave.

2. Control de los FRCV, mediante charlas de educación sanitaria. Tiene la finalidad de

Esquema 5. Control de los FRCV: objetivos y tratamiento.

DIABETES Recomendaciones: Abordaje terapéutico:	Glucemia < 80-110mg/dl. Hb glicosilada <7% Reducción glucemia: dieta, ejercicio y antidiabéticos orales o insulina. Control estricto de los demás FRCV.
DISLIPEMIA Recomendaciones: Abordaje terapéutico:	Colesterol total <190mg/dl. Colesterol LDL <100mg/dl. Colesterol HDL >45mg/dl. Triglicéridos <200mg/dl. Recomendaciones en estilo de vida, dieta y actividad física.
HIPERTENSIÓN ARTERIAL Recomendaciones: Abordaje terapéutico:	Medicación. TA < 140/90 mmHg. Si DM o Insuf. Renal TA<130/85. Modificación en estilo de vida: ejercicio, control ponderal, restricción de sodio. Medicación.
OBESIDAD Recomendación: Abordaje terapéutico:	IMC= peso(Kg)/altura (m ²); Óptimo<25; adecuado <30. Perímetro abdominal (medido por encima del ombligo; punto medio entre cresta iliaca y última costilla) <100 cm en varones y <90 en mujeres. Objetivo: pérdida ponderal entre 5-10%. Modificación estilo de vida, consejo nutricional y terapia conductual.
TABAQUISMO Recomendaciones: Abordaje terapéutico:	Abstinencia tabáquica. Educación sanitaria. Terapia sustitutiva o conductual.

mejorar el conocimiento de la enfermedad. Se realiza en sesiones individuales o grupales. Se habla de temas sobre la enfermedad coronaria, los FRCV, intentando modificar su conducta con prevención secundaria y la adquisición de un nuevo estilo de vida cardiosaludable (dejar de fumar,

realizar ejercicio, reducir el stress y controlar el peso) (Esquema 5).

3. Rehabilitación psicosocial, cuyo objetivo es reducir la ansiedad y depresión mediante sesiones educativas en el aprendizaje de técnicas de relajación dirigidas al paciente y sus cuidadores. El retorno al trabajo depende, en la mayoría de

los casos, más de factores socio-laborales que de factores médicos. La edad del paciente, valoración positiva del trabajo, un buen soporte familiar y la participación en un programa de rehabilitación cardiaca son factores positivos que predisponen a la reincorporación laboral. ➔

Por todo ello, el equipo de rehabilitación cardiaca es multidisciplinar, incluyendo cardiólogos, intensivistas, rehabilitadores, enfermeros, fisioterapeutas y psicólogos, para llevar a cabo la valoración global del paciente y el tratamiento físico y psicológico adecuado para alcanzar un hábito de vida cardiosaludable.

FASES DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA.

El programa de rehabilitación cardiaca tiene 3 fases:

1. FASE I o intrahospitalaria: su objetivo es la estabilización clínica, el contacto con la enfermedad, la pérdida del miedo y la movilización precoz.

2. FASE II o de convalecencia: su objetivo es la adquisición de un nuevo estilo de vida cardiosaludable. Comprende todo el programa de RC (educación sanitaria, entrenamiento físico y rehabilitación psicosocial). Comienza a las 3-6 semanas del alta hospitalaria y suele durar de 8 a 12 semanas. Esta fase es la más importante, ya que la persona aprende a modificar su hábito de vida previo, mediante la concienciación del control de los FRCV y el aprendizaje de una pauta de ejercicio adecuada para su corazón. En cada sesión de entrenamiento, se debe realizar ejercicios de estiramientos, de

calentamiento de los grandes grupos musculares, ejercicio aeróbico en forma de caminar o bicicleta y ejercicios de relajación. Siempre se controla la frecuencia cardiaca durante el entrenamiento, la tensión arterial y se monitoriza a todos aquellos pacientes de riesgo moderado y alto. La intensidad del entrenamiento será el 75% de la frecuencia cardiaca máxima obtenida en la prueba de esfuerzo, en el primer mes y el 85% de la frecuencia cardiaca máxima a partir del segundo mes.











Además de la sesión de entrenamiento físico, la persona debe incorporar en su vida cotidiana, la realización de ejercicio aeróbico, como caminar o bicicleta. Para ello, se entrega un programa de marchas, alcanzando así el objetivo de caminar de forma suave y progresiva 30 60 minutos / día o 30 minutos de bicicleta estática.

3. FASE III o de mantenimiento: dura para toda la vida. Su objetivo es el mantenimiento de un nuevo estilo de vida cardiosaludable. Se puede realizar de forma individualizada en el domicilio, o en grupos, ya sea en asociaciones de enfermos o en polideportivos. Debe continuar con el hábito de ejercicio adquirido y el control de los FRCV.

DEPORTES MÁS RECOMENDADOS

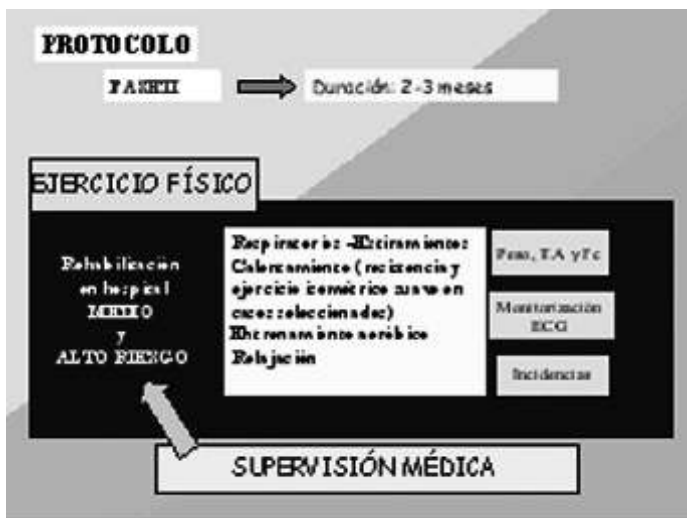
Depende de la cardiopatía, pero en regla general, se deben evitar los deportes de contacto y de grandes esfuerzos.

Entre los más recomendados, tenemos:

-  Andar y caminar a paso vigoroso.
-  Bicicleta.
-  Gimnasia de mantenimiento.
-  Golf.
-  Remo.
-  Natación.
-  Marcha rápida y carrera ritmo suave.
-  Ping-pong, billar, bolos...
-  Montar a caballo.
-  Tenis (por parejas).

CONSEJOS PARA EVITAR RIESGOS DURANTE EL EJERCICIO FÍSICO EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Como ya se ha descrito, la rehabilitación cardiaca tiene numerosas ventajas y efectos beneficiosos sobre la evolución de la cardiopatía y la calidad de vida del paciente, es un programa multidisciplinar que se centra en 3 aspectos, ejercicio físico adecuado, control de los FRCV y orientación psico-social.



Para evitar complicaciones durante el entrenamiento físico, hay que tener en cuenta lo siguiente:

1. Clasificación adecuada del riesgo del paciente con cardiopatía.
2. Necesidad absoluta de una prueba de esfuerzo previa, para conocer la capacidad funcional y la frecuencia máxima alcanzada.
3. Adecuada supervisión.
4. Óptimo calentamiento al inicio del ejercicio y una fase de enfriamiento suave y progresiva.
5. No superar la frecuencia cardiaca de entrenamiento pautada por su médico.
6. Instrucción al paciente: ropa y calzado adecuados, realizar el ejercicio de forma progresiva. Suspender en caso de dolor, mareos o dificultad respiratoria.
7. Permanecer en el gimnasio 10-15 minutos tras la sesión. ■

PROGRAMA DE MARCHAS

Servicio de Rehabilitación
Unidad de Rehabilitación
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

PULSÓMETRO
75% FC max

PROGRAMA DE MARCHAS

MARCHAS	1	2	3	4	5	6	7	8
Semana nº								
Distancia diaria	1 km	2 km	3 km	4 km	5 km	6 km	7 km	8 km
BICICLETA								
Semana nº	1	2	3	4	5	6	7	8
Distancia diaria	2 km	3 km	4 km	5 km	6 km	8 km	10 km	12 km

RECOMENDACIONES:

1. No realizar ejercicios en las 3 horas siguientes a una comida.
2. Descansar 30 minutos al finalizar.
3. Los primeros 15 días caminar en llano. El ritmo depende de la capacidad de la persona. Se recomienda un paso ligero, sin correr. No avanzar en la distancia a recorrer si no tolera la fase previa.

PRECAUCIONES Y CUIDADOS DEL PACIENTE ANTICOAGULADO-ANTIAGREGADO.

La sangre es un fluido compuesto principalmente por dos tipos de elementos: células y líquido plasmático.

Las células son los glóbulos rojos, los glóbulos blancos y las plaquetas que nadan en el líquido plasmático donde hay disueltas sustancias químicas (iones, hormonas, factores de coagulación, azúcares, grasas proteínas...).

La sangre está en equilibrio permanente entre el estado líquido (solución) y el estado digamos menos líquido o coagulado (gel) debido a la existencia en la sangre de sustancias que favorecen la coagulación (procoagulantes) y sustancias que mantienen la sangre "líquida" (anticoagulantes).

Existen situaciones que pueden alterar esta balanza y que la sangre tienda a formar coágulos, es decir, adquiera un estado de "hipercoagulabilidad", es decir, potencialmente fabrica coágulos o trombos.

Los tres pilares de la coagulación sanguínea son: la pared de los vasos, las células de la sangre llamadas plaquetas y unas sustancias químicas disueltas en la sangre llamadas factores de


coagulación. Así de un modo genérico podemos decir que cuando la pared de un vaso sanguíneo se lesiona (herida, placa de arterioesclerosis...) de forma automática, en este lugar se adhieren plaquetas, activándose a partir de este momento un proceso químico de reacciones en "cascada" (casca de la coagulación) que tiene por finalidad formar una "red" de una sustancia llamada fibrina en las que las células sanguíneas quedan atrapadas. Así se forman los trombos.

Los trombos son de dos tipos: blancos y rojos. El trombo blanco está formado mayoritariamente por plaquetas que se adhieren a la pared de los vasos sanguíneos lesionados ocluyendo los de diámetro más pequeño. A la red de fibrina que atrapa glóbulos rojos se le conoce como trombo

rojo y estrecha y ocluye vasos sanguíneos más grandes.

Cuando un trombo rojo se fragmenta los trocitos (émbolos) viajan dispersándose por la red sanguínea hasta que llegan a lugares estrechos por los que no pueden pasar, taponando así los vasos sanguíneos. Esto se llama "embolismo".




En la terapia antitrombótica existen tres líneas de tratamiento principales:

 La trombosis por trombo blanco puede originar accidentes vasculocerebrales, cardiopatías isquémicas..., se localiza en vasos de pequeño diámetro (microcirculación) y su línea fundamental de tratamiento son los antiagregantes plaquetarios.

 La trombosis por trombo

PILARES DE LA COAGULACIÓN

Los tres pilares de la coagulación sanguínea son:

-  La pared vascular.
-  Las plaquetas.
-  Los factores de coagulación.

Estos tres elementos son esenciales para que la sangre coagule.

Por la **Dra. Celia Íñiguez Sánchez**.
Médico del Servicio de Hematología
del Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

rojo puede originar trombosis en vasos sanguíneos de mayor calibre como en las piernas, en los brazos... y la línea fundamental de tratamiento son los anticoagulantes (acenocumarol, heparina...).

FACTORES DE RIESGO DE LOS ESTADOS DE HIPERCOAGULABILIDAD

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en los países desarrollados. Es por ello que el sistema sanitario detecta y selecciona a los pacientes que tienen factores de riesgo que les llevan a padecer “estados de hipercoagulabilidad” sanguínea y por lo tanto desarrollar una enfermedad tromboembólica.

Estos factores de riesgo son de dos tipos “modificables” (tabaquismo, la dislipemia, la obesidad...) y otros que no son modificables, sino genéticos o 2º a otras enfermedades (arritmias, prótesis de válvulas cardíacas, tumores...).

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBOLÍTICA.

Básicamente en el tratamiento


“antitrombo blanco” o antiagregante plaquetario el tratamiento “antitrombo rojo” o anticoagulante y el tratamiento que rompe la red de fibrina recién producida es decir el tratamiento fibrinolítico o fibrinólisis.


ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS.


Son fármacos que se utilizan en el tratamiento y la prevención del trombo blanco. El trombo blanco origina disminución del flujo y/o obstrucción de este con déficit de riego en el tejido que este vaso obstruido se encarga de oxigenar y mantener.

Las enfermedades más frecuentemente asociadas a estos procesos son los accidentes vasculocerebrales (transitorios o establecidos) y la cardiopatía isquémica.

Los antiagregantes plaquetarios más utilizados en la práctica son:

 El ácido acetilsalicílico (75-300 mg/24h). Es el mejor y más estudiado.

 El triflusal (300 mgr).

 La ticlopidina (250 mgr) y el clopidogrel (75 mgr).


ANTICOAGULANTES ORALES.

Ambulatoriamente suelen usarse en principio medicamentos vía oral, el más utilizado y con el que más experiencia se tiene en España es el acenocumarol.

En los países anglosajones en vez del acenocumarol se utiliza la warfarina. Tanto uno como otro son antivitaminas K.

La vitamina k es necesaria en el organismo para la fabricación correcta de los factores de coagulación, este proceso se realiza en el hígado. →

LOS AGENTES ANTITROMBOTICOS


 **Antiagregantes plaquetarios.**

 **Anticoagulantes:**

-Acenocumarol (Sintrom).

-Warfarina (Aldocumar).

-Heparinas.

 **Trombolíticos (Fibrinólisis).**

La vitamina k es adquirida en el organismo a través de una dieta alimenticia rica en vegetales y también es fabricada en el intestino por las bacterias saprófitas (beneficiosas) que habitan en este.

Las antivitaminas k son unos medicamentos que tienen unas características especiales:

✎ Poseen una dosis diaria variable en cada persona.

✎ Esta dosis no puede ser ajustada por el peso del paciente sino a través de un control analítico específico llamado INR (son dosis ajustadas).

✎ Interfieren con otros fármacos, con las dietas alimenticias más o menos ricas en vegetales y variaciones en la actividad cotidiana (enfermedades, cambios de hábitos cotidianos, viajes...) por lo que su nivel en sangre varía y con él la dosis que necesita el paciente.

✎ Necesitan un control y ajuste ante cierto tipo de procedimientos médicos (extracciones dentales, infiltraciones, endoscopias, cirugía menor y mayor, embarazo). Por ello las antivitaminas k no tienen dosis fija, sino que esta debe ser variada en función de las circunstancias descritas. Estos controles se realizan actualmente en el

RECOMENDACIONES AL PACIENTE ANTICOAGULADO

- ✎ Tomar el anticoagulante todos los días, y a la misma hora.
- ✎ No hace falta estar en ayunas para hacerse el control del Sintrom.
- ✎ Mantener una dieta equilibrada y sin cambios bruscos.
- ✎ Cuando tengan que recetarle un medicamento nuevo, avisar que está tomando Sintrom.
- ✎ No ponerse inyecciones intramusculares.
- ✎ Mantener una buena higiene dental.
- ✎ Puede ponerse vacunas antigripales y de otro tipo utilizando la vía subcutánea.
- ✎ Puede hacerse radiografías con utilización de contrastes.
- ✎ Las bebidas alcohólicas dificultan el adecuado control de TAO.
- ✎ Acudir, en caso de sangrado espontáneo o secundario, lesiones hemorrágicas en la piel, dolor o hinchazón brusca de miembros o cefalea intensa, de novo, o con diferentes características clínicas a las habituales, al control de TAO.

hospital (paciente de inicio de tratamiento, pacientes con inestabilidades analíticas importantes...) en los centros de salud (pacientes estables) y existen otros pacientes que se autocontrolan la dosis.

La dosis de antivitaminas k se determina por semanas y no por días, repitiéndose el ciclo semanal varias semanas (normalmente cuatro semanas) hasta el nuevo control.

La anticoagulación con antivitaminas k está nivelada y

viene determinada por un rango o margen en el que deben permanecer los controles analíticos. Es pues una hipocoagulabilidad controlada.

ANTIAGREGACIÓN, ANTICOAGULACIÓN Y HEMORRAGIAS.

Ya hemos visto que los pacientes antiagregados y anticoagulados tienen predisposición a padecer o han padecido ya episodios trombóticos en su sangre.

La anticoagulación y la antiagregación no evita que la sangre coagule sino que retarda el tiempo en que esta lo hace compensando así la tendencia de estos pacientes a la hipercoagulabilidad. Es pues un estado de hipocoagulabilidad bajo control médico.

De esto se deduce que no provocan sangrado en si mismo, pero sí pueden hacer más intensos episodios de sangrado por otras causas. No obstante hemos de mencionar que los antiagregantes pueden ser gastrolesivos.



NUEVAS LINEAS DEL TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO.

En la actualidad están surgiendo nuevas líneas de anticoagulación, buscando medicamentos en los cuales el control sea menos intensivo modificando así el

concepto que hasta la actualidad se ha tenido de la anticoagulación.

Teniendo en consideración que el tratamiento con antiagregantes y anticoagulantes solo tiene unas décadas de vigencia, siendo por lo tanto estas líneas de

tratamiento relativamente nuevas en el medio sanitario. Contemplando desde el punto de vista no solo científico sino también social la sensible diseminación que se ha conseguido en dicho periodo de tiempo de las tasas de secuelas posttrombóticas el profesional de la anticoagulación contempla un futuro del todo esperanzador en la resolución de este tipo de patologías, la de sus secuelas potenciales sobre los pacientes y la necesidad de controles que en el futuro estas líneas de tratamiento conllevarán. ■

Los antiagregantes plaquetarios más utilizados en la práctica ambulatoria son:

El ACIDO ACETILSALICILICO (75-300 mgr/24h). Es el mejor y más estudiado (ADIRO).

TRIFLUSAL. 300 MGRS (DISGREM).

TICLOPIDINA. 250 MGRS y CLOPIDOGREL. 75 MGRS.

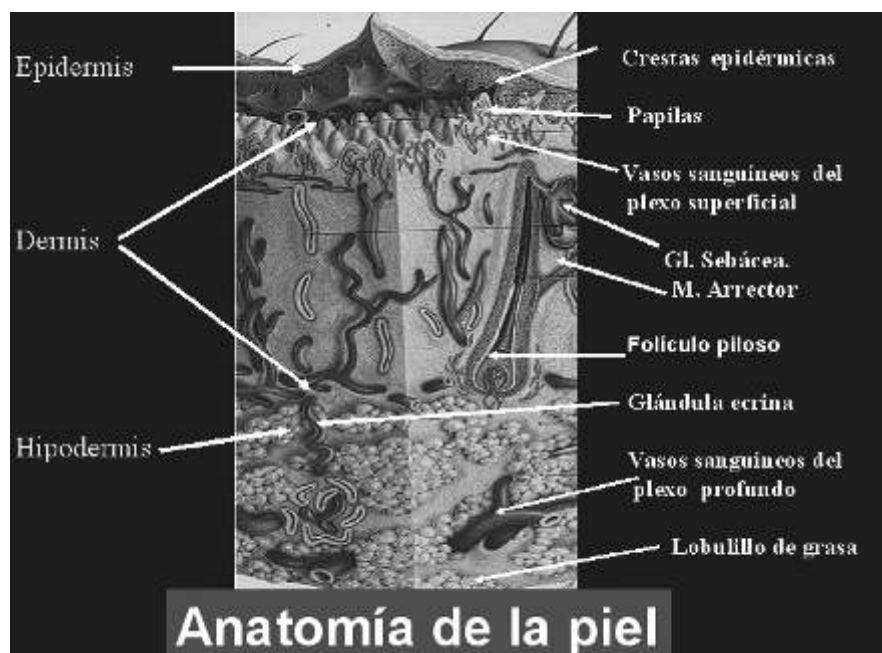
¿QUÉ PODEMOS HACER PARA CUIDARNOS NUESTRA PIEL?

GENERALIDADES SOBRE LA PIEL.

La piel es un órgano indispensable para la vida. En el adulto medio representa alrededor del 12-15 % del peso corporal, y tiene unos 2 m².

Las funciones que desarrolla son las siguientes: Protectora, sensitiva, excretora, termorreguladora, y otras como la defensa inmunológica y la síntesis de vitamina D. En cada una de estas funciones intervienen distintas partes de la piel y están implicados distintos mecanismos. Para poder cuidar adecuadamente nuestra piel es indispensable conocer lo básico sobre los mismos.

Función protectora. La piel actúa como aislante del organismo respecto al exterior, impidiendo la penetración de sustancias que puedan ser dañinas y evitando la pérdida de diversos componentes. Esta misión está asignada fundamentalmente al estrato córneo, que es una capa compuesta fundamentalmente por una proteína producto final de la diferenciación progresiva de la epidermis, la capa más superficial de las tres básicas que



componen la piel.

Para protegernos de las radiaciones ultravioleta provenientes del sol la piel cuenta con los melanocitos, células situadas en la capa basal de la epidermis y capaces de producir melanina. Este pigmento oscuro de la piel es capaz de absorber las radiaciones e impedir así que dañen los ácidos nucleicos de las células y se produzca su degeneración maligna. La producción de esta sustancia se activa por la llegada de estas radiaciones, habitualmente al exponernos al sol, como sabemos con intensidad variable entre distintas personas. Esta distinta capacidad de formar

melanina, y por lo tanto de protegernos frente a la radiación solar, ha hecho que se divida a los seres humanos en 5 fototipos. El fototipo I serían las personas de piel muy clara que prácticamente no se broncean nunca y se queman sistemáticamente. La mayoría de personas de nuestro medio tenemos fototipo II (rubios de piel más clara), o fototipo III (morenos que se broncean bastante bien y solo se queman excepcionalmente). El fototipo IV es el de personas con un tono de piel algo oscuro (árabes, indios de la India, sudamericanos, etc.), que prácticamente no se queman nunca. Finalmente el fototipo V es el de los componentes de la

Por el **Dr. Ricardo Juan Bosch García.**
Profesor Titular de Dermatología de la Universidad de Málaga.

raza negra. Conocer nuestro fototipo es básico para enfrentarnos adecuadamente a la exposición solar.

La dermis (capa conjuntiva intermedia de la piel, verdadero “cuero” cutáneo), y la hipodermis (acúmulo de células con grasa en su citoplasma, adipocitos, dispuestos en lóbulos separados por tabiques colágenos), participan también en la protección de nuestro organismo al actuar como auténticas barreras físicas que se adaptan a los cambios de forma y de presión. La grasa en cantidades variables en distinta localización actúa como “colchón” para proteger ciertas zonas y, además, es una auténtica reserva energética para su uso en los periodos en los que pueda faltar un aporte alimentario regular de calorías.

Otro elemento importante para la protección y que influye de manera importante en las características de nuestra piel, es el denominado manto ácido-graso. Con este nombre nos referimos a una mezcla de escamas de queratina que se han ido desprendiendo, secreción de la glándulas sebáceas de la piel y algo de sudoración que forma una emulsión que podríamos

considerar como la “crema hidratante natural” de la piel. Esta capa protege frente a la pérdida excesiva de agua y por lo tanto de la sequedad cutánea que puede ser causa de picor. Esta capa se elimina con los lavados demasiado enérgicos o excesivamente repetidos con productos agresivos.

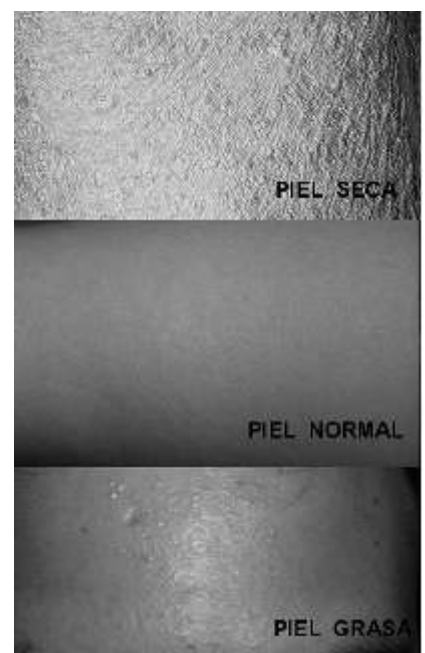
El manto ácido-graso tiene también un papel importante en la determinación de lo que se conoce como tipos de piel: grasa, seca y mixta. Esta clasificación es poco dermatológica, pues el estado de la piel cambia con la edad, y en las distintas localizaciones, incluso dentro de la misma cara, con zonas más grasas (frente y zona central), y otras más secas (mejillas), pero goza de mucha popularidad como sistema general para elegir el tipo de cosmético a usar. La piel seca se caracteriza por su superficie áspera, ausencia de brillo, facilidad para la irritación y aspecto mate. Este tipo de piel es prácticamente normal en los brazos, donde a menudo presenta también pequeños tapones a la salida de los folículos pilosos, y en las piernas. La piel grasa, por el contrario, es brillante, apenas se distiende y tiene cierto tono amarillento. La piel ideal que todos deseamos la disfrutamos

pocas personas de forma natural sería suave al tacto, firme pero flexible y de aspecto confortable. Aunque no siempre con éxito, es lo que pretendemos conseguir mediante el uso de cosméticos.

La piel seca requiere aporte de preparados que sean capaces de retener agua y con algún componente de consistencia grasa, mientras que es evidente que la persona que tiene la piel de aspecto untuoso y con poros dilatados debe huir de los productos ricos en grasa, conocidos como crema nutritiva, etc.

Función sensitiva o de relación.

La piel es el asiento de →



uno de los sentidos más importantes, el tacto. Mediante éste apreciamos las características de los objetos, percibimos las caricias y nos damos cuenta de los riesgos a los que nos exponemos por una excesiva temperatura o por algún estímulo doloroso. La sensibilidad es percibida por terminaciones nerviosas presentes en la dermis papilar, existiendo distintos tipos de receptores especializados para la temperatura, el dolor, el tacto, etc., cuyos estímulos nerviosos circulan por diferentes vías hasta el cerebro donde son interpretados en distintas áreas cerebrales.

La piel es la parte visible de nuestro cuerpo y ocupa por ello un papel fundamental en las relaciones interpersonales. Sus características generales en las distintas zonas van a favorecer o a dificultar la atracción entre los seres humanos. En este campo tiene también gran importancia la distribución y características de un anejo de la piel, el pelo. La cantidad y características (color, longitud, brillo, suavidad, etc.) del cabello en el cuero cabelludo es muy significativo en este sentido, y motivo de continuos esfuerzos para mejorarlo o realzarlo, y de luchas desesperadas en ocasiones para evitar o reducir su pérdida.

Por el contrario se desea su eliminación en otras localizaciones tales como axilas, ingles, piernas y en general en todo el resto del cuerpo, también por parte de los varones en actualidad.

Función excretora o secretora.

La ejercen básicamente las glándulas sudoríparas que eliminan agua y distintas sustancias, actuando cada una de ellas como pequeños riñones. La sudoración contiene fundamentalmente agua y algunos electrolitos, por lo que en principio no tiene ningún olor. Sin embargo, en ocasiones también se eliminan a través de él sustancias odoríferas ingeridas con la alimentación, por lo que en algunas personas que toman cantidades importantes de ajos u otros alimentos puede tener cierto olor. El olor desagradable de una persona con higiene deficiente se genera por la degradación de diversas sustancias en la superficie de la piel por parte de bacterias de la flora normal.

El importante papel de la secreción de las glándulas sebáceas anejas a los folículos pilosos ya ha sido mencionado al comentar las funciones del manto ácido-graso.

Función termorreguladora. Se realiza de forma conjunta entre la sudoración y el sistema circulatorio, y va dirigida a mantener la temperatura corporal entre unos márgenes compatibles con la vida. Cuando por fiebre, ejercicio físico, etc., aumenta la temperatura corporal la sudoración permite disminuirla promoviendo su pérdida al evaporarse el agua sobre la superficie cutánea. Del mismo modo la dilatación de los vasos sanguíneos a nivel de la piel (“ponerse rojo”), favorece la eliminación del calor actuando como auténticos radiadores. En caso de frío, la vasoconstricción (reducción de calibre de los vasos), reduce la pérdida de calor.

Otras funciones. La piel tiene un papel importante en la defensa inmunológica del organismo. Las células de la misma implicadas en esta tarea son fundamentalmente las células de Langerhans, células dendríticas presente en la epidermis que interactúan directamente con los linfocitos presentándoles las distintas sustancias extrañas que puedan llegar para que se produzca la correspondiente reacción inmunológica. En los últimos tiempos se ha valorado también el papel en estas acciones de los queratinocitos, las células que

forman básicamente la epidermis. Fruto de estas actividades se presentan en ocasiones las reacciones eczematosas de contacto por sensibilización a sustancias que alcanzan la superficie cutánea como componentes de productos de higiene o cosmética, o en el desarrollo de actividades laborales o de otro tipo. Las sustancias que entren en contacto con nuestro cuerpo deben evitar contener sustancias con elevado potencial sensibilizante para evitar este tipo de reacciones.

La síntesis de la vitamina D en el organismo se produce a partir de precursores en la piel gracias a la acción de la radiación solar. Su déficit produce el raquitismo ya que esta vitamina es imprescindible para el depósito del calcio en los huesos. Cito este hecho para dejar constancia de que el sol, del que como veremos conviene evitar los excesos, tiene también efectos beneficiosos.

MEDIDAS GENERALES PARA EL CUIDADO DE LA PIEL.

Los aspectos generales para mantener una piel sana son comunes a lo que conviene para

mantener la salud general o sea, hacer una vida sana: Alimentarse correctamente; dormir bien, no fumar, evitar los excesos de todo tipo, abandonar el sedentarismo; y tomarse la vida con optimismo.

Más específicas para la piel serían realizar una higiene adecuada de la piel, aplicar con constancia productos para mantener la piel en buenas condiciones de hidratación y evitar las condiciones climáticas excesivas, cuidando especialmente de que la exposición solar sea la adecuada a las características de nuestra piel. Vamos a continuación a comentar los aspectos mas destacados de cada uno de estos puntos.

Higiene cutánea. Por supuesto que lavarse es fundamental para un

correcto estado de salud, e imprescindible para permitir la convivencia de los seres humanos. De todas formas al hacerlo deben evitarse agresiones a la piel tales como las derivadas del uso de agua excesivamente caliente o de detergentes muy enérgicos que eliminan completamente el manto ácido-graso ya descrito, y favorecen la aparición de irritación y de piel seca. El uso de esponjas o manoplas con una importante capacidad agresiva (guantes de crin, etc.), pretende en ocasiones eliminar pequeños tapones córneos foliculares (muchas veces denominados como "impurezas"), y puede que momentáneamente consigan una cierta mejoría, pero la irritación cutánea que provocan es a la vez promotora del propio problema. →



Los desodorantes y antiperspirantes son recomendables, especialmente para personas con sudoración profusa, aunque no están exentos de posibles efectos adversos. Con cierta frecuencia pueden provocar irritación en la zona, más con los que contienen alcohol.

La hidratación cutánea es casi imprescindible cuando como en la actualidad se tiene el sano hábito de la ducha diaria. Aunque su grado de necesidad depende de las características propias de cada persona, debe hacerse prácticamente siempre en las zonas de piel habitualmente más seca (brazos y piernas). En verano cierto grado de exposición solar y en invierno el frío y los distintos métodos de calefacción con que lo combatimos contribuyen de forma decisiva a su presentación. Para la hidratación se utilizan cremas o soluciones (más fluidas y extensibles con facilidad en zonas amplias), que contienen sustancias capaces de retener agua (urea, ácido láctico, etc.), en una base más o menos grasa. Los preparados comerciales disponibles son numerosos y muy variados. No hay una norma fija para recomendar uno de ellos. En general en la actualidad la

mayoría son de buena calidad, y lo mejor es probarlos y observar los resultados, sabiendo que no necesariamente el más caro es el mejor y que el más beneficios va a aportarnos.

Las manos sufren las agresiones de detergentes, limpiadores, etc., especialmente en las labores de la casa y en determinados trabajos manuales. Es imprescindible protegerse con guantes de las situaciones de mayor agresión, y usar crema de forma repetida.

Los niños son a menudo reacios a dejarse aplicar cremas hidratantes, pero hacerlo es especialmente importante en este periodo de la vida en el que la piel suele ser seca. En la mujer, en la menopausia se produce una disminución de las hormonas que estimulan las glándulas sebáceas, por lo que la piel tiende a hacerse más seca. Es entonces cuando es imprescindible aplicar cremas faciales relativamente grasas. Es importante tener claro que no es obligatorio ponerse todos los días una crema facial para todas las personas en todos los periodos de la vida. Lógicamente depende de la situación de la piel. Así un joven con piel seborreica y algunas lesiones acnéicas, lo que debe hacer es lavarse la cara varias veces al día para eliminar el exceso de secreción sebácea.

Uso de cosméticos. Los cosméticos pretenden corregir

defectos de la piel, por ejemplo el uso de un cierto maquillaje para disimular una piel excesivamente pálida, o mejorar el aspecto de la misma (cosmética decorativa, como el hecho de pintarse las uñas). Su uso no está contraindicada en general, pero en determinadas situaciones puede ser contraproducente, debido a situaciones propias de la piel, o por causar patología por efectos irritantes, oclusivos o de sensibilización alérgica.

Como norma general conviene ser moderado en su uso y emplear productos ligeros con escaso contenido graso para reducir la posibilidad de obstruir la desembocadura de los folículos. De todas formas también aquí es el propio manejo de los productos el que mejor nos va a indicar los que son más adecuados para cada uno de nosotros.

Los párpados son objeto de especial atención de la cosmética para dar realce a la mirada y aumentar nuestro atractivo. Se trata de una zona de piel muy fina, y por lo tanto especialmente sensible a la irritación. En caso de desarrollar cualquier tipo de erupción a ese nivel debe suspenderse la aplicación de todo tipo de productos, tratar dermatológicamente la zona, y una vez repuesto ir introduciendo los distintos productos de forma progresiva para intentar descubrir al responsable del cuadro.

Los perfumes, colonias, etc., tan extendidos en nuestra sociedad, debe reducirse si vamos a estar muy expuestos al aire libre y al sol, pues ataren a los insectos y pueden provocar manchas

oscuras en la piel con la exposición solar. Los extractos de plantas que suelen contener son fotosensibilizantes, por lo que aumentan la síntesis de melanina en las zonas donde los aplicamos. Nunca debemos ponernos productos perfumados para ir por ejemplo a la playa.

Protección solar. Es un tema de gran actualidad dado el reconocido papel de la radiación solar en el envejecimiento de la piel, y lo que es peor en el desarrollo de distintos tipos de cáncer.

El papel de la radiación solar en el desarrollo de arrugas, descolgamiento cutáneo y aparición de coloración irregular en la piel, es superior al del propio paso del tiempo. Normalmente **h a b l a m o s** del fotoenvejecimiento, y basta con observar las diferencias entre la piel habitualmente expuesta al sol y la no expuesta en una persona de cierta edad. Por otro lado el efecto promotor del carcinoma epidermoide, y de su lesión previa la queratosis solar, así como el papel favorecedor de la radiación solar en el desarrollo de ciertos tipos de melanoma, está fuera de toda duda.

Esto no significa que debamos evitar totalmente el sol a toda costa. Dependiendo de nuestro fototipo (cinco tipos ya comentados), podemos y es beneficioso realizar una exposición razonable al sol. Esto implica hacerlo solo durante un cierto periodo al año, y no empalmar exposiciones playeras de nuestro verano en la costa, con

visitas al Caribe y periodos de esquí en la vecina Sierra Nevada. Es importante saber que la intensidad de la radiación **a u m e n t a** cuando nos acercamos al Ecuador (ojo con los países tropicales), con la altura (más intensa en las zonas de montaña, en especial si hay nieve que produce el reflejo de la radiación), y obviamente en los periodos veraniegos. Deben evitarse las horas centrales del día, que implican una mayor **i n s o l a c i ó n** por la perpendicularidad con la que llegan los rayos solares.

La exposición solar debe ser siempre progresiva, es decir tomar el sol durante periodos por debajo del tiempo que nos provoca quemaduras solares, incluso las de menor intensidad. Estos periodos deberán comenzar siendo cortos al principio de la exposición, pues carecemos prácticamente de melanina, y pueden ir aumentando después. Los tiempos exactos y el ritmo de progresión están ligados al fototipo. Las personas de piel más oscura (fototipos altos), pueden comenzar con mayores exposiciones y aumentar más rápidamente.



El uso de fotoprotectores es muy recomendable. Hidratan la piel combatiendo la acción secante de la exposición solar, y eliminan la mayor parte de la radiación solar más agresiva (radiación ultravioleta B). La nueva formativa de la Comunidad Europea, **r e c o m i e n d a** clasificarlos en tres niveles: Máxima Protección (50+), está indicada para personas con intolerancia al sol o afectos de enfermedades fotosensibles; Fotoprotección Alta (con protección correspondiente a los antiguos productos con factores de protección de 20 a 30), que es recomendable para iniciar la exposición solar y siempre en los niños; y Baja Protección (factores de protección 8 a 15), que pueden usarse cuando uno ha alcanzado ya un buen grado de pigmentación. ■

CONTINUAMOS CON LA PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD Y EL SALVAR VIDAS CON LA COLABORACIÓN DE TODOS: EXPACIENTES, FAMILIARES Y PROFESIONALES.

I. INTRODUCCIÓN.

Los profesionales sanitarios dedicamos la mayoría de nuestro tiempo a trabajo asistencial, bien en el ámbito de la comunidad o bien en el hospitalario. Sin embargo, somos conscientes que este trabajo que en ocasiones conlleva una medicina paliativa y no resolutoria por la cronicidad de los problemas de salud que padecen los pacientes, debe complementarse con actividades de prevención que se basan en dedicar más tiempo de nuestra actividad a la información, tanto al paciente como a sus familiares.

El ejercicio de la medicina intensiva conlleva la utilización de recursos de alto coste y siempre en la punta del iceberg, cuando todo el esfuerzo es a veces incapaz de poder salvar la vida del paciente.

Con la asociación de EXPAUMI hemos sido afortunados en encontrar un medio de compensar este ejercicio profesional excesivamente hipertrofiado en la asistencia y con escaso desarrollo en la prevención de problemas de salud. Tenemos pendiente la

prevención de accidentes en jóvenes a nivel de tráfico y de abuso de drogas, tanto de alcohol como de cocaína, el insistir en un estilo de vida saludable desde la infancia y el difundir las medidas de soporte vital básico a nivel de la población en general y de colectivos específicos: adolescentes, profesionales comunitarios y sociales.

El Estudio DRECA 1 y 2, realizados en 1992 y 2007 (con quince años de diferencia) basado en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en población andaluza de 20 a 75 años, muestra que la tendencia de estos factores es aumentar en porcentaje, de tal forma que la obesidad sube al doble del 18 al 30%, la hipertensión arterial del 18 al 28%, la diabetes del 4 al 10%, la dislipemia o colesterol elevado tiende a ascender manteniéndose en el 45%, solo el tabaquismo desciende del 44 al 31%.

Es importante continuar con la incorporación de las tareas de prevención en nuestro trabajo diario, dedicando más tiempo a la información educativa tanto al paciente como a su familia y participando en actividades de

asociaciones de expacientes como EXPAUMI.

I.1. Los Accidentes.

Los accidentes de tráfico principalmente entre la población joven, constituyen un problema de salud pública de gran magnitud. De hecho, representan la principal causa de mortalidad entre personas con edades comprendidas entre los 5 y los 29 años. La mitad de las víctimas en la carretera suelen ser jóvenes y adolescentes, grupos de población en los que confluyen factores de riesgo añadidos como la inexperiencia al volante o el consumo de alcohol y drogas durante los fines de semana. La gravedad de esta situación también se refleja en la importancia de las secuelas que los accidentes llegan a ocasionar. El 40 por ciento de las minusvalías que se producen en España están causadas por estos accidentes, que constituyen la primera causa de lesión medular como consecuencia de un traumatismo y también de incapacidad laboral entre la población joven. Se calcula que cada año aparecen 500 nuevos casos de paraplejia en España por

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.

traumatismo de tráfico y el 75 por ciento de éstos se producen entre jóvenes. En cada accidente de tráfico suelen confluír diversas circunstancias que determinan la aparición del percance; entre estos factores humanos, el consumo de alcohol ocupa un lugar predominante. El abuso de bebidas alcohólicas está implicado en el 30-50 por ciento de los accidentes mortales, en el 15-35 por ciento de accidentes con heridos graves y en el 10 por ciento de los accidentes sin víctimas. Cada accidente mortal de tráfico en España tiene un coste aproximado de 860.000 euros y la de un herido 10.400 euros, incluyendo los gastos hospitalarios, extrahospitalarios, las gestiones de las compañías de seguros, la pérdida bruta de riqueza y la valoración del sufrimiento. Si bien la tendencia es a disminuir, por los efectos de la Campaña de la Dirección General de Tráfico, en los cinco primeros meses del año 2008 se han registrado 770 accidentes de tráfico en las carreteras españolas que han ocasionado 870 muertos, 445 heridos graves y 337 heridos leves. Se han producido 193 accidentes menos (-20%) y 209 muertos menos (-19,4%).

En Málaga capital, según cifras de la policía local, el número de accidentes ha aumentado de 7160 en 2006 a 7468 en 2007, así como el número de heridos, de 4339 en 2006 a 4375 en 2007, de los cuales 108 fueron graves y 17 fallecidos. 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. La ingesta de bebida en la conducción sigue teniendo un importante papel ya que en 234 accidentes acaecidos en 2007 fue positivo en índice en el 87% de los casos. 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.

Los ahogamientos son otra realidad de nuestro entorno. Las víctimas más frecuentes son sobre todo niños y adultos jóvenes, y casi un 80% son varones. La incidencia máxima se produce durante los meses cálidos. Así mismo, se da con mayor frecuencia en las aguas no vigiladas que en las vigiladas. Dicha incidencia no ha demostrado una tendencia clara a disminuir, sino por el contrario, el aumento del número de piscinas,

sobre todo privadas, el abuso del alcohol y drogas en la adolescencia y el aumento en la práctica de deportes acuáticos ha incrementado su frecuencia en muchos países, entre ellos España.

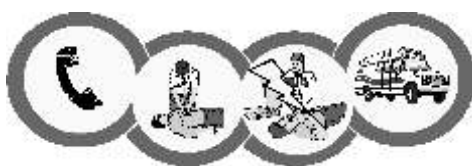
I.2. La Enfermedad Cardiovascular.

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 30% de ellos existen antecedentes de cardiopatía coronaria o bien son pacientes con varios factores de riesgo coronarios presentes, 40% con dos factores de riesgo cardiovascular. →

I.3. La Cadena de Supervivencia.

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.

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

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

lúdico (actividades deportivas,...) y a ciudadanos integrados en colectivos sociales (asociaciones). Asimismo ha realizado seminarios en la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga donde, de forma interactiva, los jóvenes universitarios han presenciado simulacros sobre el efecto de cocaína y alcohol a nivel de los trastornos de la personalidad y sobre la salud. Por último en escenarios lúdicos como la playa durante el verano y de forma interactiva a lo largo de los últimos años ha realizado simulacros de prevención en ataque cardíaco, atragantamiento y ahogamiento.

II.1. Cerca de 1500 familiares de pacientes de la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Virgen de la Victoria han recibido formación a través de 60 talleres.

Durante el periodo de 1998 a 2008 se diseñó una cartera asistencial en el Servicio de Medicina Intensiva y Crítica 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. Sesenta talleres se han desarrollado durante este periodo siendo 1420 los familiares entrenados. La edad media de los familiares, que han asistido a estos talleres a lo largo de este periodo, ha permanecido estable en 39 años de media; el nivel medio de la puntuación de conocimiento antes del taller permanece estable, si bien después del mismo ha aumentado de forma significativa en los últimos años al mejorar el nivel de estudios de forma paralela. Destaca mayor participación de la mujer en el núcleo familiar como cuidadora del paciente crónico.

II.2. Mil quinientos 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 a 2008 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 1452 alumnos, con una edad media de 41 años y un porcentaje entre ama de casa y trabajadores comunitarios (trabajadores sociales, auxiliares de domicilio, animadores sociales, monitores deportivos, ...) superior al 50%. Los resultados muestran una mejoría importante en los →

resultados obtenidos, triplicando el nivel previo de conocimientos y habilidades tras el taller.

II.3. Más de tres 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 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 2800 personas han asistido a los tres simulacros de emergencias (ataque cardiaco 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 a 2008 se han desarrollado un total de 63 simulacros.

Se realizaron 823 entrevistas directas para evaluar el impacto de la experiencia. Los asistentes tenían una edad media de 40 años sin diferencias entre los diferentes escenarios, con distribución similar a nivel de



género, un 58% del total eran mujeres. El 75% 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 23% de los asistentes eran no residentes en Málaga.

II.4. Trescientos 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. Durante el otoño de 2006 y del 2007 seis simulacros, con el apoyo del grupo de teatro de EXPAUMI, de dos situaciones diferentes, cocaína y personalidad psicopática y alcohol y accidentabilidad, se desarrollaron en el hall de la Facultad de Psicología el primer año y como actividad docente o seminario en el Departamento de Psicobiología. Trescientos jóvenes asistieron a los eventos

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 de las personas. De forma interactiva participaron en el debate profesionales de Medicina Intensiva y de Psiquiatría del Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

III. RESUMEN.

El abanico de la prevención se abre a todas las edades, los profesionales debemos incorporar este hábito de información y prevención en nuestros actos asistenciales diarios, orientados tanto al paciente como a su familia. Estas oportunidades se pueden desarrollar en los diferentes niveles asistenciales, cuando contacta el usuario con el sistema sanitario en Atención Primaria hasta la actuación en domicilio por parte de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU), Emergencias (061) o en los centros hospitalarios (urgencias, cuidados críticos o UCI y plantas de hospitalización).

La posibilidad de proyectarnos a la comunidad, a través de asociaciones de expacientes, hacia profesionales comunitarios o cuidadores de pacientes crónicos es multiplicar por cien los recursos disponibles, porque fomentaremos un ciudadano responsable tanto en la demanda más adecuada (cuando y qué) de los recursos disponibles, como en realizar inversión a nivel personal con el autocuidado.

Todas las iniciativas intersectoriales e interinstitucionales son necesarias para fomentar una cultura de coordinación en esfuerzo y en recursos, sobre todo cuando es la calidad de vida y la supervivencia de los ciudadanos lo que esta en el centro de la cuestión. Haremos que la punta del iceberg no sea vulnerable y la inversión en las áreas críticas tengo un resultado añadido positivo por la ausencia de enfermedades subyacentes por un estilo de vida saludable. ■

¿CASUALIDAD, DETERMINISMO O LIBRE ALBEDRÍO?

Complicada pregunta filosófica-religiosa y científica. Desde que desarrolló el pensamiento racional y buscó respuestas a preguntas esenciales, el hombre persigue el entender del mundo que lo cerca. ¿Por qué las cosas ocurren?

Evoluciones históricas a parte, el hombre tiene tres formas de pensar acerca de esa pregunta: afirmar que las cosas ocurren por casualidad, afirmar que hay una ley que determina los acontecimientos o afirmar que **"tenemos las riendas en la mano"**.

Por siglos la ciencia se dividió en las dos primeras formas de pensar que se desarrollaron independientemente en dos ramas bastante sólidas: la estadística y la matemática. El pensamiento occidental conciliaba perfectamente lo que

es estadístico (dado a la casualidad) y lo que es matemático (dado a leyes) hasta que el descubrimiento del comportamiento de las subpartículas incluyó la mente humana como un factor influyente de los eventos cuánticos.

En el mundo cuántico vemos que todas las partículas están interconectadas de una forma tal, que la alteración en cualquiera de ellas determina algún tipo de cambio en todas las otras. Así vemos que todo lo que ocurre está regido por una especie de Ley de Causa y Efecto. Los hindúes llaman a esa ley de Ley del Karma. Pero la causa primera, que determina el cambio inicial estaba relacionada hasta entonces al campo de las probabilidades. Discusiones famosas entre Albert Einstein y Niels Bohr dejaron frases famosas como la de Einstein: **"definitivamente Dios no juega a los dados con el Universo..."**.

Einstein creía que los eventos cuánticos no eran puramente aleatorios, pero que las partículas surgirían en determinados locales debido a razones ocultas que todavía iríamos a descubrir, y la ciencia afirma hoy que la mente

ocupa un lugar de destaque en la selección del local de surgimiento de las partículas y postula que, una vez determinado el evento, todas las otras posibilidades ocurrirían en otros Universos enteramente diferentes. Matemáticamente, ya es posible la existencia de hasta 11 dimensiones extras.

La mecánica cuántica usa la casualidad cuántica para llegar a leyes deterministas, pero la influencia de la mente humana como co-participante del experimento, y no como mero observador, genera un gran factor que complica en las experiencias. ¿Hasta qué punto nosotros tenemos el poder de influenciar los eventos cuánticos? ¿Y cuando no influenciamos, quién o qué lo influencia? ¿Aquello que no observamos existe realmente, o tiene apenas una probabilidad de existir, pasando a existir solamente después de observado por la mente humana? ¿O es la mente que crea la observación?

Esos cuestionamientos, lejos de ser apenas preguntas académicas, ocurren en nuestra vida diaria. ¿Existe algo como destino, algo como la predestinación, o tenemos el poder de cambiar el

destino? Dos argumentos surgen de esas preguntas. Si nuestro destino fue irremediabilmente trazado por el evento del Big-Bang (que generó un Universo de partículas interconectadas por el efecto teorema de Bell, ¿quién, o qué, desencadenó esa explosión? ¿Si podemos cambiar nuestro futuro, pues esto es apenas una posibilidad y no tiene existencia absoluta, podremos también cambiar nuestro pasado, que no tiene también una existencia absoluta.

En el campo religioso, dogmas inflexibles separan las doctrinas que predicán la predestinación absoluta del hombre o su salvación a través de su libre-albedrío o por la gracia de un Ser superior. Pero de la misma forma que los estados de materia y energía, como polos opuestos de la sub-partícula, son verdaderos, todos los polos opuestos también son verdaderos y plenamente reconciliables. Parece haber algo como una "**Mente**" o "**Conciencia Universal**" responsable por la Creación, que cuando sintonizada por la mente humana, en estados alterados de conciencia, faculta al hombre el poder de modificar la materia en el tiempo y en el espacio. Si la única cosa real que existe es el

"aquí y ahora", tenemos el poder de modificar a nosotros mismos y, consecuentemente, por el teorema de Bell, todo el Universo sincronizado con nosotros.

Tenemos el poder de realizar y cambiar el estado de las cosas, pero para eso necesitamos sintonizar nuestra "**radio mental**" (parafraseando Paramahansa Yogananda) en el canal divino de la "**Conciencia Cósmica**". Mientras estemos sintonizados con nuestro mundo finito de pensamientos y **e m o c i o n e s**, no experimentaremos ningún cambio substancial en nosotros mismos y mucho menos en el Universo a nuestro alrededor. Sintonizar nuestra "**radio mental**" en el silencio que está más allá de nuestros pensamientos, emociones y sensaciones es experimentar el vacío de la meditación. Es en el vacío físico que todas las partículas surgen y desaparecen, y es en el vacío mental que las transformaciones personales ocurren.

Solamente cuando nuestra mente está vacía es que la voz del silencio de nuestra intuición consigue hacerse audible en la forma de insights o de impulsos

creativos y artísticos.

Ese estado mental es descrito en todas las tradiciones místico-religiosas: opangree africano, el Samadhi hindú, el Sanmai zenbudista, el éxtasis contemplativo cristiano (contemplación infusa), el nirvana budista, el fanan musulmán, la súper-conciencia de Sri Aurobindo (1.872-1.950), la supra-conciencia de Paramahansa Yogananda (1.893-1.952), la Gran Inmovilidad de los taoístas, etc...

Nos resta apenas trabajar y buscar el vacío dentro de nosotros, única oportunidad teórica de cambio, demostrado en la práctica en la vida de todas las personas consideradas santas, o espiritualizadas, que vivieron o que todavía viven entre nosotros. Entonces manos a la obra, vamos juntos ayudar a cambiar el mundo, cambiando a nosotros mismos. **S o m o s t o d o s predestinados...** ■



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.

BACALAO ENCEBOLLADO

INGREDIENTES:

750 gr. de bacalao.
½ kilo de cebolla.
2 huevos.
1 dl. de aceite de oliva.

PREPARACIÓN:

Se deja el bacalao en remojo durante veinticuatro horas, cambiando el agua varias veces. Al día siguiente se desmiga y se coloca en un escurridor. En una sartén se pone a calentar al aceite y se fríe la cebolla picada muy finamente. Cuando empieza a tomar color se añade el bacalao, bien escurrido, y se deja hasta que se ha consumido el agua que suelta ya en su punto. Se echan los dos huevos, bien batidos, moldeándolo todo en forma de tortilla. Se sirve en fuente redonda. También se puede adornar con unos taquitos de pan frito y un poco de perejil.

HABAS A LA HORTELANA

INGREDIENTES:

1 kilo de habas desgranadas.
2 piezas de lechuga.
120 gr. de tocino.
5 piezas de cebolla.
4 piezas de Alcachofa.
¾ de litro de caldo.
30 gr. de manteca.
Harina.
Perejil.
Sal.
Pimienta.

PREPARACIÓN:

Se cogen unas habas muy tiernas, se desgranar y se dejan limpias. Se deshojan las alcachofas y se parten en cuatro pedazos. Se pican las lechugas, se corta el tocino en pedacitos y se quita lo verde de las cebollas.



En una cacerola se pone a derretir la manteca y se fríe un poco el tocino. Se añaden las habas, las lechugas, las alcachofas y la sal. Se deja rehogar unos minutos, al cabo de los cuales se tapa y se retira a una esquina, dejándolo cocer quince minutos, moviendo de vez en vez la cacerola, pero sin destaparla. Se añade la harina al caldo y el perejil y la pimienta y se deja cocer unos cuarenta minutos, hasta que estén tiernas las habas y demás verdura. También se puede añadir jamón serrano en taquitos. Servir en una cacerola de barro. ■

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).

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