

EXPAUMI MENSAJEROS DE SALUD

BOLETÍN DE LA ASOCIACIÓN DE
EXPACIENTES DE MEDICINA INTENSIVA

Nº 20

Abril 2012

Málaga

1996-2011

XV

AÑOS

1996-2011



SUMARIO N°20

SUMARIO N°20

EXPAUMI

BOLETÍN DE LA ASOCIACIÓN DE EXPACIENTES DE MEDICINA INTENSIVA
N° 20 Abril 2012 Málaga

Edita:
EXPAUMI

Coordinan:

María Victoria de la Torre
Prados, Ángel García
Alcántara, Rogelio Moreno
Vigo, Manuel Ortega
Jiménez, Paloma Rosado
Rey, Manuel Luque.

Fotografías:
Archivo EXPAUMI.

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

Imprime:

Gráficas Digarza, S.L.,
Plaza de los Ángeles, 3
29011, Málaga.
Tlfs.: 952278543 /
609520411

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

Depósito Legal: MA-1.897-07
ISBN-10: 84-695-3071-2
ISBN-13: 978-84-695-3071-9

1 Gracias, EXPAUMI.

2 Milicias de Amor.

4 Proyectos llevados a cabo
por EXPAUMI en los años 2009 a 2011.

6 La Ley de Dependencia desde un Centro de Salud:
Las Enfermeras y la Ley de Dependencia

9 Dieta Cardiosaludable.

14 Cáncer: Preguntas y Respuestas.

18 Atención y Cuidado
de los Pies.

22 Disfunción Eréctil.

26 Reinserción del Paciente
después de la Enfermedad.

32 El Alzheimer.

34 Quince Años en EXPAUMI con la prevención de
problemas de salud, entrenando a salvar vidas y en
colaboración expacientes, familiares y profesionales.

40 EXPAUMI.
Breve Historia y Resumen de Actividades.

43 Componente emocional del paciente y
su familia en Cuidados Intensivos.

46 El Recetario
de Manuel Ortega.

48 Enfoque ese Ángulo 6:
Reto a la Excelencia.

SUMARIO N°20

GRACIAS, EXPAUMI

Nuevamente editamos un número de la Revista de EXPAUMI, y no encuentro otra manera de encabezar esta edición que con un agradecimiento inmenso y sincero a muchas personas, voluntarios, personal médico y otros profesionales sanitarios e instituciones.

Hace 15 años se constituyó la Asociación EXPAUMI con el fin de proporcionar apoyo psicosocial e información sobre actividades preventivas en salud, a los pacientes ingresados en la UMI, a sus familiares como a la población en general. Durante este tiempo, EXPAUMI se ha afianzado como un referente en el ámbito de la salud gracias a su actividad social avalada por un gran número de reconocimientos a nivel institucional, sin duda buenos acicates para continuar trabajando y colaborando con la Asociación.

Cuando ingresé en la Unidad de Medicina Intensiva con un infarto de miocardio sentí mucho miedo y dudas sobre mis expectativas de futuro. En aquellos momentos tan críticos, además de la valiosa ayuda médica y técnica proporcionada por los profesionales sanitarios de la UMI, la visita de voluntarios con historial de cardiopatías de EXPAUMI, que compartieron sus vivencias y emociones conmigo fue una parte fundamental de mi recuperación. Hay una frase de un gran cardiólogo que me impactó enormemente y siempre repito; “cuando has tenido un infarto el corazón lo arreglan y muy bien los profesionales médicos, pero la cabeza a veces te juega malas pasadas”. Para mi cabeza, EXPAUMI estuvo allí y les estoy enormemente agradecida.

Con la renovación parcial de su Junta Directiva, EXPAUMI abre una nueva etapa de gestión. Una etapa en la que, apoyándonos en la experiencia y los conocimientos adquiridos durante estos 15 años, vamos a tratar de seguir creciendo y proporcionando ayuda y apoyo a todas esas personas enfermas que diariamente entran en una UMI y que son alma, origen y esencia de nuestra Asociación.

EXPAUMI somos todos, pacientes, voluntarios, profesionales sanitarios, y responsables de las instituciones que apoyan a nuestra asociación y la hacen viable, por eso quiero que conste ese agradecimiento a todos ellos en mi nombre y en el de otras muchas personas que en algún momento estuvieron en una UMI y sintieron esa ayuda. GRACIAS.

Por **Paloma Rosado Rey,**
Presidenta de EXPAUMI.

1996-2011
XV
1996-2011

No caben muchas dudas al decir que vivimos en un país que ha superado dos siglos largos de ostracismo y estancamiento, para buscar un sitio entre sus socios naturales, antes enemigos, bien por razones religiosas o territoriales, y que nos ganaron la batalla definitiva, dejándonos descolgados de una cultura que avanzaba y se desarrollaba en todos los ordenes.

Han sido numerosos los ciudadanos españoles que han sufrido, en sus carnes y en sus almas, la enorme brecha que se abrió hace más de doscientos años, y que gracias a la voluntad de un pueblo decidido, hoy se puede decir que la brecha, llena de voluntad y de ilusión, se ha convertido en un camino que nos une, y que tiene la irrenunciable voluntad de convertirse en una autopista de la comunicación y de la convivencia. Digamos, que hoy se está configurando una realidad que este pueblo ha soñado desde su más triste y desolada decadencia.

La Unión con nuestros vecinos continentales nos aporta intercambios culturales, industriales e intelectuales de los que todos nos beneficiamos. Europa ha significado en el mundo postcolombino el cenit de la cultura occidental. De él han bebido y beben todos los países americanos, y en ello, España tiene un importante papel cultural a desempeñar, una vez liberada de su ostracismo y abandono ancestrales.

He querido hacer esta meditación inicial, para considerar definitivamente que “la unión hace la fuerza”, y que, al estar asociados a nuestros convecinos, aunque no nos regalen nada, simplemente la colaboración mutua en todos los campos, nos enriquece, nos hace avanzar, nos hace sentirnos protegidos y con amigos fuera de nuestras fronteras, y al fin, nos “ayudamos mutuamente”. Esta nueva forma de vivir, ya está dando muchos frutos a Europa.

Nunca se había conocido en la vieja Europa, un nivel de vida como el que hoy disfrutamos pese a que hay que mejorarlo aún, o mejor, habrá que ir mejorándolo siempre. Hay que llegar al nivel óptimo para todos, y ese es un camino muy largo, porque en él no solo juega su papel el nivel de renta, sino el nivel cultural, y especialmente el nivel moral de sus ciudadanos.

Con altibajos, continuamos avanzando nuestro nivel de renta, pero en cambio, este avance no va emparejado con nuestro nivel de compromiso con la sociedad. Solemos descargar sobre el Estado las carencias que padece una parte importante de nuestra población, por falta de recursos, por enfermedades, por drogas, por violencia, por abandonos a nuestros mayores impedidos con tanto como les debemos, o por un largo etcétera que les hace sufrir y les aísla en la más triste soledad del desamparo. A esta actitud, que afortunadamente no es la de todos, se le llama egoísmo.

MILICIAS DE AMOR

Pensemos en algún momento, que algún día, por aquello de que el amanecer del siguiente aún no lo ha visto nadie, cualquiera de nosotros puede verse en alguno de estos colectivos desfavorecidos y desprotegidos, y desde esa perspectiva, valorar con claridad que no es solo un problema de Estado. Es también un problema de solidaridad, pues, al igual que debemos insistir a los gobiernos de turno las mejoras que acaben con esta triste situación, del mismo modo debemos despertar nuestras conciencias, ante problemas tan graves. El Estado podrá hacerlo bien o mal, pero no nos impide ser generosos con los que sufren.

No todos podemos tener el carisma ni la grandeza de Teresa de Calcuta, pero su ejemplo sí debe servirnos para ahondar en nuestros corazones. Por ello, muchas veces me he preguntado ¿yo qué hago por estas personas? Háganse la pregunta alguna que otra vez y comprenderán el valor de una pregunta tan simple a primera vista, pero que puede remover nuestros cimientos. Quedaría más que satisfecho, si por cada una de las ocasiones en que pueda hacer esta propuesta, naciera un nuevo voluntario.

Probablemente sea una utopía, si cada español entregara cada día un donativo para estos menesteres, anualmente sería una cantidad apreciable. A saber quién puede organizar algo así. Pero no se trata solo de dar dinero. Se trata de dar calor humano, de ayudar, de dar un paseo al inválido, de tomar una merienda con el anciano que no tiene a nadie, de visitar a los enfermos, de aconsejar, y al fin, mostrar algo de amor a los demás. Y para esto hace falta solo voluntad. Das una parte de tu tiempo a cambio de ver feliz a una persona. Solo pensarlo ya es conmovedor, pues de esa voluntad inicial nacen los grandes proyectos del voluntariado. Todos conocemos a voluntarios que dedican algún tiempo a estos colectivos, u otros que lo dejan todo para asistir enfermos o hambrientos en el llamado Tercer Mundo, o aportando recursos a Organizaciones dedicadas a paliar los padecimientos.

Estos **VOLUNTARIOS**, estos héroes anónimos que no piden nada, que dan lo que pueden, y que también tienen sus obligaciones, y sus familias, y sus hijos, que en suma, son personas normales, pero conscientes del dolor humano. Ellos son **LAS MILICIAS DEL AMOR**.

Por **Rogelio Moreno Vigo**,
Ex-Secretario de EXPAUMI
(años 2006-2011).

1996-2011

XV
AÑOS

1996-2011

PROYECTOS LLEVADOS A CABO POR EXPAUMI EN LOS AÑOS 2009 A 2011.

Los distintos proyectos que EXPAUMI llevó a cabo a lo largo de estos tres últimos años han sido los siguientes:

SERVICIO DE ATENCIÓN SOCIAL A ENFERMOS CRÓNICOS.

Este proyecto pretende prestar atención social a enfermos de la Unidad de Medicina Intensiva (UMI), derivando cada caso hacia los recursos sociales adecuados, ya sean de la Administración pública o de la iniciativa privada.

Se persigue la mejora de la situación de riesgo social en la que se puedan encontrar algunos enfermos crónicos y facilitar su reinserción social tras el alta hospitalaria.

APOYO AL DUELO Y AL PACIENTE TERMINAL.

Este proyecto consiste en la realización de una serie de actuaciones que modulan la respuesta de familiares de pacientes que han fallecido en la Unidad de Medicina Intensiva. Estas actuaciones van dirigidas hacia la potenciación de las capacidades de los/las familiares, para afrontar el proceso de duelo de una forma saludable, en la medida de lo posible. Este proyecto complementa el Programa de Muerte Digna que se desarrolla en el ámbito clínico de la UMI.

Incluye carta de condolencia entre los tres y seis meses del fallecimiento, llamada telefónica y respuesta individualizada si se lo solicitan los familiares por parte de profesionales de la asociación (psicóloga y trabajadora social) o bien responsables asistenciales de la UMI.

DESHÁBITO AL TABACO PARA EXPACIENTES.

Cada taller de deshábito al tabaco lo integran 10 sesiones de intervención a expacientes fumadores y a sus familiares con el soporte profesional de la asociación (médico y psicóloga). Este proyecto se desarrolla durante todo el año en la sede de la asociación siendo coordinado por la psicóloga de la misma.

ENTRENAMIENTO FORMATIVO A CUIDADORES PRIMARIOS DEL PACIENTE DISCAPACITADO.

Se aprecia la función fundamental que realiza el cuidador primario (Esposo/a, hijo/a...) en la recuperación y mantenimiento de la reintegración del paciente con discapacidad física, por lo que la recuperación del paciente, desde el punto de vista de cuidados físicos, soporte emocional y social, es de suma importancia. Es por ello, que

existe una necesidad de potenciar la formación, en relación a conocimientos y habilidades, de los cuidadores primarios del paciente.

Este proyecto se basa en cursos 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, social y psicológico.

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

La promoción y prevención de la salud se desarrolla mediante actividades participativas formativas y educativas. Las actividades educativas encaminadas a la prevención, están basadas en el reconocimiento y actuación ante situaciones de emergencia tales como Infartos de miocardio, Ahogamientos y Atragantamientos mediante la realización de doce simulacros cada año. Como época se elige el verano y como escenarios las playas del litoral debido a que en ellas se concentran diferentes grupos poblacionales (niños, jóvenes y adultos) facilitando la difusión del mensaje.

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

Curso-Taller de cinco horas de duración en cada uno de los once distritos municipales para formar en actuaciones de emergencias a cuidadores de pacientes, profesionales comunitarios (sociales, educativos y de salud), responsables de áreas y monitores deportivos.

VISITADOR-VOLUNTARIO EN LA UMI COMO AGENTE DE SALUD.

El objetivo es mantener la formación de los quince voluntarios de EXPAUMI que desarrollan su actividad como visitantes a pacientes ingresados próximos a recibir el alta de la Unidad.

TALLERES FORMATIVOS A FAMILIARES DE EXPACIENTES.

A lo largo de cada año se han realizado seis talleres de entrenamiento en Soporte Vital Básico a familiares de expacientes de UMI con problemas cardíacos, respiratorios y neurológicos. ■

LA LEY DE DEPENDENCIA DESDE UN CENTRO DE SALUD

Las Enfermeras y la Ley de Dependencia

En España se calcula que más de un millón de personas padecen alguna dependencia grave y severa y de ellos el 80% tiene más de 65 años. Esto quiere decir que necesitan al menos una persona para realizar las más elementales actividades de la vida diaria: los autocuidados. Según el Libro Blanco de la dependencia el 83% de los cuidadores son mujeres, con una edad entorno a los 50 años, con vinculación familiar (madres, hijas, esposas...) que no perciben remuneración alguna. Los centros geriátricos actuales dependen de múltiples organismos (comunidades autónomas, iniciativa privada, centros religiosos...) están descoordinados y en general ofrecen una atención imposible para muchas familias. Un número considerable de ancianos afirman querer vivir en sus propias casas hasta el final de sus días, pero ¿quién puede cuidarles? Un gran volumen de población con minusvalía e incapacidades derivadas de accidentes de tráfico, laborales, y patología degenerativa es una problemática que cada vez genera mayor nivel de dependencia en la sociedad.

El derecho al cuidado en la

dependencia nos recuerda, en sus orígenes, al nacimiento de la universalización de la asistencia sanitaria en España y al papel fundamental que las enfermeras han jugado en su desarrollo.

La prestación de cuidados de enfermería se modificó cualitativamente y cuantitativamente.

Del trabajo tradicional de los inyectables en las salas de curas (practicantes y ATS) se pasó a un papel más diverso: consultas de Enfermería para el control y seguimiento de enfermos crónicos, visita domiciliaria, atención comunitaria, salud escolar, programa de niño sano, etc. En todas ellas el fundamento de la atención de enfermería se enmarca en las grandes líneas de actuación propuestas por Florence Nightingale (madre de la enfermería) desde hace más de un siglo, y cuyo eje central es el cuidado, y que han seguido idéntica base del modelo cuidador los modelos de Virginia Henderson (identifica 14 necesidades básicas del sujeto basadas en cuatro dimensiones: entorno salud, persona y cuidados).

Desde Atención Primaria, los enfermeros en los Centros de Salud trabajan valorando estas

necesidades y en cuales de ellas existe su dependencia aplicando actuaciones para restaurar o mejorar las mismas.

¿Qué características determinan a las personas dependientes que se encuentran en domicilio?

Los profesionales de enfermería orientan, guían y acompañan a las personas en todo su recorrido vital, teniendo especial atención con los grupos de población particularmente vulnerables.

Ayuda o suplente cuando la persona tiene problemas de salud, desarrollando su aportación autónoma, así como colaborando con las actuaciones de otros profesionales mediante actividades interrelacionadas.

Podríamos determinar un grupo de personas susceptibles dependientes detectadas en domicilios y en consultas entre las que podemos destacar:

 Incapacidad física, psíquica y social.

 La incapacidad psíquica producida por enfermedad mental, demencias y Alzheimer hacen a la persona especialmente vulnerable para su relación con el

Mesa Redonda: “La Ley de Dependencia” Diciembre 2008

Por Yolanda Gómez Narváez,
Diplomada Universitaria Enfermería. Enfermera Gestora de Casos
de la Unidad de Gestión Clínica Trinidad-Jesús Cautivo. Distrito Málaga.

Entorno y el autocuidado de sí mismo. Una incapacidad física producida por patologías degenerativas, laborales o accidentes ponen al individuo en un estado de susceptibilidad elevado necesitado de cuidados de otra persona.

En ambos casos estas situaciones suponen un cambio en la estructura familiar readaptando su forma de vida y destacando la aparición de la persona cuidadora sobre la que recae en la mayoría de los casos la responsabilidad del cuidado.

 Necesidades de apoyo emocional, físico, falta de afrontamiento por parte de las cuidadoras.

 Cuidadoras con falta de apoyo.

En la mayoría de los casos la responsabilidad del cuidado recae sobre una única persona, ésta a su vez no solo desempeña el papel de cuidadora ante una persona dependiente de la familia sino que a su vez desarrolla las tareas y cuidados de la unidad familiar.

 Duelo anticipado, duelo

patológico y duelo real.

La limitación de desarrollo, autocuidado y relación con el entorno pueden verse mermada por una situación de duelo tras fallecimiento de un familiar no resuelta en el que la persona queda anclada pudiendo desarrollar una situación de dependencia.

 Dependencia para realizar actividades de la vida diaria (aseo, higiene, alimentación, movilidad, relación con el entorno, comunicación).

 Dificultad para acceder al sistema sanitario.

Itinerario desde la captación hasta el informe de dependencia de enfermería.

La demanda de información sobre solicitud de dependencia en la mayoría de los casos suele realizarse en el Centro de salud.

Es donde empieza la cadena para la solicitud de Ley de Dependencia.

Si se detecta una situación de dependencia iniciamos puesta en contacto con Servicios Sociales, con informes, médico, social y de enfermera para iniciar

expediente.

Si los Servicios Sociales necesitan informes nuevos, desde la Consejería para la igualdad y Bienestar Social se solicita al Distrito Sanitario un informe completo de la situación del paciente.

En la documentación de Ley de Dependencia el enfermero realiza un informe minucioso y detallado de la persona dependiente, realizando una valoración en domicilio del paciente ó en consulta según nivel de incapacidad de la persona a valorar.

Otras necesidades detectadas desde la asignación de recursos.

Entre los recursos asignados está el destacar:

 Recursos que aplica la propia ley.

 Recursos asignados por la Consejería de Salud a través del SAS (camas articuladas, andadores, sillas de ruedas, colchones y cojines antiescaras, grúas hidráulicas ...)

 Tarjeta VIP, Tarjeta Proyecto Alzheimer, y Tarjeta “Cuidando a las Cuidadoras”. ➔

Las enfermeras estamos presentes y actuamos en el abordaje de atención a las personas en situación de dependencia. Son múltiples las materias del plan de estudio que lo abordan: Salud Pública, Salud Mental, Patología General, Fundamentos de Enfermería, Geriatria y Gerontología, Administración de Cuidados De Enfermería entre otras. Por ello las enfermeras desempeñamos un papel estratégico como intermediarias entre el usuario y el sistema público (sanitario, social y educativo) y estamos preparadas para asumir el reto.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Pérez Díaz j. Consecuencias sociales del envejecimiento demográfico. Papeles de Economía Española, 2005; 104: 210-226.

2. Grupo de especialistas para mejorar las condiciones de vida de las personas mayores dependientes. Recomendaciones 1428 sobre el futuro de los ciudadanos mayores: protección, participación y promoción. Consejo de Europa ,1999. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, 2003.

3. OMS. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata. 25 Aniversario. 56ª Asamblea Mundial de La Salud. Punto 14.18 del Orden del Día. WHA 56.6. Disponible en http://www.who.int/chronic_conditions/primary_healthcare/en/resolution_wha566_spanish.pdf (consultado 14/11/2009).

4. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Concepto, Organización y Práctica Clínica 5ª ed. Madrid: Elsevier, 2003.

5. Libro Blanco de Atención a la

persona en situación de dependencia en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 2004. Disponible en <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>

6. Henderson V. La naturaleza de enfermería: Reflexiones 25 años después. Madrid. Interamericana-McGraw Hill, 1994.

7. Estrategia de mejora de la atención Domiciliaria en Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos/Access.asp?pagina=pr_Innovación1. ■

DIETA CARDIOSALUDABLE

¿QUÉ ES DIETA?

Es importante conocer el significado correcto de dicho término así como sus diferentes connotaciones de cara a hacer un uso correcto del mismo. Si pensamos en los orígenes de la palabra *dieta* dicha procede del latín *diaeta*, y ésta a su vez del griego *jiaita*, que significa “régimen de vida”. Por tanto “Dieta Cardiosaludable” o dieta en términos generales, no significa régimen de adelgazamiento o privación del comer, si bien son otros de los significados que también presenta esta palabra. Es más, en la población enferma dieta se entiende como aquel régimen que se manda observar a los enfermos convalecientes en el comer y beber y por extensión esa comida y bebida (DIETOTERAPIA), según aparece recogido en el Diccionario de la Real Academia Española.

Luego DIETA EQUILIBRADA, se define como el conjunto de sustancias que se ingieren habitualmente como alimento y que nos permiten mantener un adecuado estado de salud y una capacidad de trabajo. Como características de ella destacan: ser variada, completa, equilibrada, suficiente

y adecuada a las características del sujeto e inocua. .

D I E T A CARDIOSALUDABLE. CARACTERÍSTICAS.

Como en muchas otras patologías crónicas, hoy por hoy cada vez son más numerosas las evidencias que ponen de manifiesto la importancia de la dieta como una parte más a considerar dentro del tratamiento terapéutico y general de cualquier patología. La enfermedad cardiovascular es un buen ejemplo de ello. En esta patología la base de la dieta, a la que denominamos “Dieta Cardiovascular o de Protección Cardiovascular”, es la dieta mediterránea, con las modificaciones que requiere cada paciente de manera totalmente individual, y por supuesto, teniendo en cuenta sus características antropométricas y la/las patología/as que curse junto a la afección cardíaca. Por tanto no se trata ni existe una dieta que sea especial y específica frente a la patología cardíaca, sino que se trata de una dieta sana y equilibrada cuyo máximo exponente en la actualidad es la Dieta Mediterránea, tal y como ha sido reconocida por

organismos internacionales.

Como se sabe, la dieta tradicional de los países de la cuenca mediterránea, se ha visto influenciada por diversas culturas durante miles de años, y beneficiada por las características geográficas de la zona de comercio marítimo. El concepto de dieta mediterránea y su beneficio para la salud, está actualmente reconocido, gracias a múltiples estudios epidemiológicos, que comenzaron a raíz del estudio de los siete países, base científica que atribuyó virtudes saludables a la dieta mediterránea, puesto que los resultados mostraron un menor índice de mortalidad, principalmente por accidentes cardiovasculares, en las poblaciones desarrolladas alrededor de esta área.

La tradicional dieta mediterránea reúne bajo sus características todos los alimentos recomendados para prevenir la enfermedad cardiovascular o reducir su morbi-mortalidad, como son: un consumo elevado de aceite de oliva, frutas y vegetales frescos, legumbres, cereales y pescado, y por otro lado, una baja ingesta de carnes y grasas saturadas, azúcares simples y lácteos, así como por una ingesta moderada de alcohol. Esto implica desde el punto de ➔

1996-2011

vista nutricional un mayor consumo de grasas insaturadas y menor de saturadas, más alimentos naturales con más fibra y sustancias antioxidantes, y una menor ingesta de proteínas y azúcares refinados.

Existen múltiples formas de representar las características fundamentales de una dieta. Una de estas es en forma de pirámide (Figura 1).

En el último siglo la dieta habitual de los países mediterráneos se ha visto modificada notablemente,

debido al cambio en los estilos de vida, y a las grandes presiones comerciales que lleva implícita la globalización del mundo actual. El resultado ha sido una importante modificación de la dieta tradicional y sus patrones de ingesta, que han pasado a ser patrones típicos de países industrializados occidentales, con una importante ingesta de alimentos de origen animal (carnes y productos lácteos), y un consumo más bien bajo de alimentos vegetales (frutas, hortalizas, cereales y frutos secos). Este patrón desequilibrado se caracteriza por una ingesta alta de grasas saturadas y azúcares refinados, y baja de fibras y micronutrientes. Esto se ve complementado con la actual influencia del consumo de alimentos “enriquecidos” y suplementos dietéticos con los que se trata de compensar las carencias vitamínicas y minerales, muy presentes en la población actual de estos países.

Como ya se hizo referencia, la dieta mediterránea se puede considerar el “**prototipo de dieta**” en la prevención de enfermedades cardiovasculares, así como un estándar básico para una dieta equilibrada y saludable, para la población general, a fin de lograr una mayor expectativa de vida y

reducir el riesgo cardiovascular. Son múltiples las evidencias científicas que confirman esta recomendación lo cual ha llevado a que se encuentre en las principales directrices nutricionales de sociedades internacionales como la del corazón, la diabetes, etc.

PAPEL DE LA DIETA COMO PARTE DEL TRATAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD.

De acuerdo a la aclaración acerca del concepto real de dieta, recogida en las líneas superiores, es que ésta cada vez adquiere una mayor relevancia e importancia como parte del tratamiento integral de la situación de enfermedad.

Como es sabido en la sociedad actual, cada vez más, la prevalencia y el n° de enfermedades, la mayor parte de ellas crónicas, está aumentando con el paso de los años, frente a las cuales el tratamiento adecuado puede ser clave no solo para su prevención, sino también para revertir y mantener la mejor calidad de vida posible en la población afectada.

De todas ellas y siendo la enfermedad cardiovascular (protagonista del presente

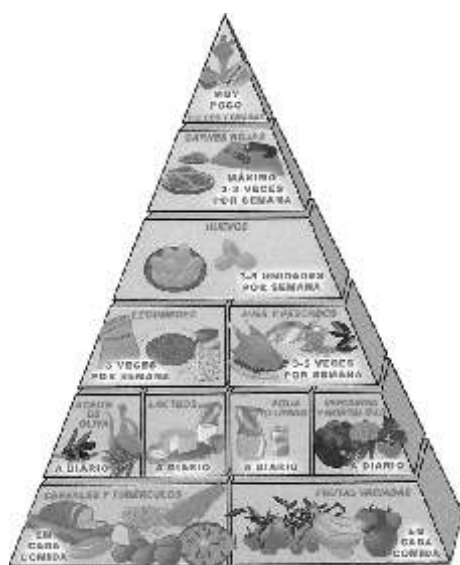


Figura 1.
Pirámide de la Alimentación.
Pirámide de la alimentación saludable basada en la Dieta Mediterránea. En ella se reúnen las fuentes alimentarias más destacables con las reseñas sobre la frecuencia de consumo recomendadas.

Por **Gracia M^a Casado Fernández**,
Servicio de Endocrinología y Nutrición.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

capítulo), una de las responsables y primera causa de muerte en nuestro entorno, es de destacar al respecto, que tanto los hábitos como el estilo de vida “occidentales” se han implicado en la génesis del problema. La dieta es uno de los condicionantes fundamentales de esta enfermedad. El alto contenido en grasas saturadas, azúcares refinados y la escasez de productos frescos como frutas o verduras son muy frecuentes en los patrones dietéticos más recientes en el primer mundo.

El poder de la dieta para corregir o ayudar a controlar los componentes y factores de riesgo cardiovascular es crucial. La diabetes, la obesidad y las dislipemias (colesterol y triglicéridos) tienen siempre como tratamiento coadyuvante el consejo terapéutico y la intervención nutricional. En el seno de la prevención y tratamiento de la enfermedad cardiovascular son múltiples los trabajos científicos que avalan la eficacia de las modificaciones nutricionales.

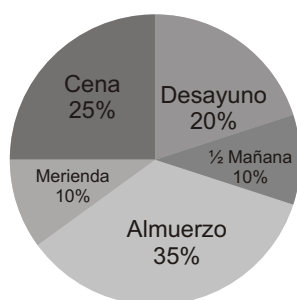
En todo momento es necesario marcar un objetivo personalizado con el paciente (un porcentaje de pérdida de peso necesario y unas modificaciones en los hábitos dietéticos, que se mantendrán en el tiempo, por encima de dietas restrictivas y

cerradas, que agotan al paciente y tienen un tiempo límite de seguimiento).

El reparto calórico diario es fundamental, para llevar una dieta equilibrada, que se adapte a los requerimientos nutricionales de cada sujeto (en función del metabolismo basal, el grado de actividad física realizado y el grado de sobrepeso u obesidad). El desayuno es fundamental, proporciona la energía necesaria para empezar el día, y junto con realizar 5 o 6 comidas al día, ayuda a no picar entre horas, a controlar el apetito y a lograr la pérdida de peso pactada.

El reparto del contenido calórico diario ha de ser:

Reparto Energético durante el día.



Inclusive puede incluirse una recena (por ejemplo un vaso de leche/infusión).

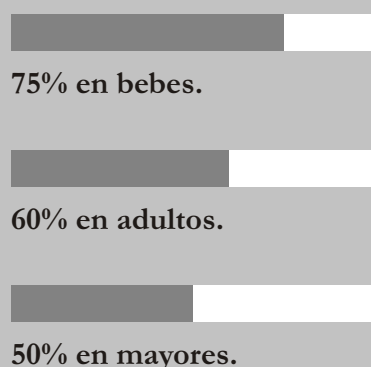
IMPORTANCIA DE LA HIDRATACIÓN.

Otro aspecto a cuidar y tener presente de cara a la buena situación nutricional y balance hidroelectrolítico, es un correcto y adecuado aporte de fluidos al organismo. El agua pese a ser insípida, inodora e incolora, no podemos olvidar que es un nutriente más que debemos aportar en la cantidad suficiente, y sin embargo en muchos casos queda relegada a un segundo plano o bien se buscan bebidas alternativas, sustitutivas a ella, que únicamente nos aportan un “extra” innecesario de azúcares y en definitiva de calorías, es el caso de los refrescos, zumos envasados... con el alto contenido en azúcares que contienen, los cuales acaban transformándose en grasa.

Es importante tener siempre presente cuál es el porcentaje de agua que constituye nuestro organismo (Figura 2) y más aún no olvidar la importante función que los líquidos (el agua), desempeña a nivel interno (mantenimiento y ósmosis celular, componente del plasma sanguíneo, transporte de solutos, intervienen en el mecanismo de la bomba sodio-potasio, contribuye a la homeostasis y función renal...). Además, ayuda a prevenir →

situaciones límites como la deshidratación, hipohipernatremia, hipovolemias... con los desequilibrios y riesgo que ello conlleva.

Figura 2.
Porcentaje de agua en el organismo según la edad.



Las recomendaciones mínimas oscilan entre los 2-2,5l/día de líquido, preferentemente agua o en su caso infusiones y zumos naturales de fruta. Si vienen a través de nuestra alimentación diaria, con los alimentos (todos en general aunque algunos destacan por su mayor porcentaje, como es el caso de verdura o fruta), contribuimos a este aporte de líquidos al organismo, ya que nos aportan entre 1-1,2 litros de agua; el resto de los requerimientos hasta

alcanzar esos 2,5 litros diarios, han de ser proporcionados de forma complementaria con nuestra ingesta de líquidos como tal.

BINOMIO DIETA Y EJERCICIO.

Paralelamente a la mejora y cambio en los hábitos alimenticios es crucial que la población se conciencie de la realización de ejercicio físico diario, como un elemento más para la consecución de hábitos de vida saludable. El ejercicio es un factor clave, no sólo para lograr la pérdida de peso necesaria, si no lo que en muchos casos es aún más importante, para su mantenimiento a largo plazo. Pero además de ello, los efectos beneficiosos derivados de la práctica de ejercicio físico aeróbico, van más allá de lo anteriormente comentado, y sin duda contribuyen a una mejor evolución del paciente:

✍ 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, disminuyendo así la frecuencia cardíaca y la aparición de arritmias malignas y de muerte súbita.

✍ Favorece un mejor control de los factores de riesgo cardiovascular.

✍ Disminuye la ansiedad y depresión

✍ Mejora la calidad de vida con una vida más activa y productiva.

La recomendación mínima de ejercicio físico diario es caminar durante 30 minutos.

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR.

El planteamiento de los programas de rehabilitación cardíaca integra una gran variedad de aspectos enfocados todos a la atención al paciente con patología cardíaca. La evaluación nutricional de estos pacientes, entre otros, es un factor fundamental de tales programas. La **rehabilitación nutricional** tiene como objetivo corregir o crear hábitos nutricionales cardiosaludables. En este sentido, el conocimiento de los hábitos nutricionales individuales es un factor crucial

para planificar las modificaciones en la dieta que son necesarios. Aunque existen características globales de la dieta mediterránea cardiosaludable que serían aplicables a la totalidad de pacientes (aspectos éstos en los que se centra la educación grupal), los objetivos individuales de cada paciente debe ser tenidos muy en consideración. De forma individual tendremos que marcar una serie de metas individuales dirigidas a sus patologías; diabetes, obesidad, dislipemia, etc.

En la valoración nutricional de los pacientes deberemos considerar la realización de una historia clínica dirigida a la patología metabólica presente, una historia nutricional de hábitos alimentarios y una exploración clínica que resalte los principales aspectos nutricionales.

En el contexto de esta patología cardiovascular, la dieta frecuentemente juega un papel de factor “en exceso” como en obesidad, diabetes o dislipemia, pero no debemos olvidar que la patología metabólica crónica frecuentemente oculta déficits nutricionales como fibra, micronutrientes (calcio, yodo) y también revela un bajo consumo de sustancias potencialmente beneficiosas para su patología como son los antioxidantes.

Del mismo modo y como parte de dicha valoración nutricional se tendrán en cuenta también otros aspectos que influyen en el riesgo nutricional y nos aportan información al respecto:

✍ **M e d i d a s** antropométricas (peso, la talla y el perímetro de la cintura). Insistir en el cálculo del índice de masa corporal (IMC) y proponer mantenerlo por debajo de 24 kg/m². Parece que hay una mayor correlación de riesgo cardio- metabólico con el diámetro de la cintura (obesidad central), aunque los valores absolutos de esta medida son más difíciles de estandarizar de forma universal. Se plantea como objetivo un perímetro menor de 102 cm en los varones y de 88 cm en las mujeres. El análisis de los datos del **estudio Interheart** demuestran que el hecho de tener una obesidad abdominal (medida en este estudio mediante la relación cintura/ cadera) duplica el riesgo de tener un infarto de miocardio con respecto al grupo control sin obesidad abdominal, ajustando para edad, sexo y hábito de fumar.

✍ **P a r á m e t r o s** de composición corporal (masa grasa, masa magra y agua corporal).

✍ Parámetros analíticos.

CONCLUSIONES.

Es importante que la sociedad y el sistema sanitario en general, conozca la importancia de tener unos buenos hábitos alimenticios así como apueste por la abordaje nutricional como una parte más del tratamiento terapéutico del paciente en su totalidad. Es sabido y se dispone de multitud de información que constata la importancia de la buena alimentación y hábitos de vida saludables, así como de los efectos positivos de un mejor estado nutricional de cara a la evolución de la enfermedad.

Inteligencia y puesta en práctica de toda la información que tenemos a nuestro alcance, así como voluntad, constancia y esfuerzo hasta lograr el cambio de hábitos alimenticios, son elementos claves para ello. ■

CÁNCER:

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

El tema “cáncer” suscita interés tanto en la población general como en los medios de comunicación ya que la Sociedad en su conjunto reconocen este problema como de los más trascendentes por varios motivos:

1. Es un tema de salud que afecta a una gran parte de la población y continúa siendo hoy en día uno de los problemas más numerosos junto con las enfermedades vasculares y los accidentes de circulación.
2. Afecta a individuos de todas las edades, desde niños a adultos y tiene una repercusión de gasto de recursos sociales de primer orden.
3. Cada vez se conocen más los mecanismos de este proceso anormal en la célula y los avances y nuevos tratamientos son noticia de primera plana en radio o televisión por lo que de esperanza tienen.

Pero no podemos negar que existe mucho mundo desconocido tanto de la enfermedad como de las formas de tratamiento y ello da lugar en ocasiones a enfoques personales o sociales de desconcierto, por lo que intentaremos clarificar algunos conceptos en esta

exposición y para ayudar más nos haremos las principales preguntas que en mi opinión se plantean sanitarios y particulares.

1. ¿Es el cáncer una sólo enfermedad? NO.

La palabra “cáncer” significa cangrejo en griego. Hoy en día sabemos que existen muchas enfermedades diferentes según el sitio del cuerpo donde nacen, según el sexo o la edad de los pacientes. Además estamos desentrañando la base genética de muchos tumores y lo que antes al microscopio parecía todo igual, hoy en día es sabido que las diferentes “marcas genéticas” de cada tumor hacen que se comporten de forma diferente.

2. ¿Hay algunas características comunes y propias de los tumores? SÍ.

Las células del cáncer o de los tumores, como también se llama a este conjunto de enfermedades, tienen tres características: la primera es que están menos unidas entre si que las células normales y por eso tienen tendencia a salir del lugar donde nacieron y extenderse a otro

órgano, es lo que se denomina metástasis, la segunda es que se dividen continuamente sin parar y la tercera que viven mucho más que las células normales, son casi inmortales. Todo esto se produce porque en los genes de estas células los mecanismos de control del crecimiento de la célula están alterados. Muchos nuevos medicamentos están influyendo en este aparato genético, sobre todo en los genes específicos que intervienen en el crecimiento de la célula.

3. ¿Se parecen las células de un tumor a las normales? SÍ.

De hecho este parecido hace que sea muy difícil emplear medicamentos para tratar el cáncer porque sobre todo células como las de la sangre o las del pelo o del aparato digestivo que están también dividiéndose continuamente pero de forma controlada se afectan en gran medida por los medicamentos y por eso aparecen los efectos secundarios como las bajadas de defensa, o la caída del pelo o las llagas en la boca. Sin embargo, los científicos conocen algunas diferencias propias de las células del tumor y a partir de ahí se

Por el **Dr. Lorenzo Alonso Carrión**,
Jefe de la Sección de Oncología del
Hospital Universitario “Virgen de la Victoria”.

diseñan nuevos medicamentos y tratamientos.

4. ¿Son efectivos los tratamientos para tratar el cáncer? SÍ.

Hoy en día se curan más del 50% de los tumores. En ocasiones cuando hablamos de curar queremos decir que tenemos varios tratamientos para una misma enfermedad y así la podemos convertir en una especie de enfermedad crónica, como está ocurriendo con el cáncer de colon.

5. ¿En nuestro medio existen recursos sanitarios para tratar el cáncer?

España es uno de los pocos países en Europa donde la especialidad de Oncología comenzó a desarrollarse más temprano. Además la estructura de Seguridad Social hace que no existan en nuestro medio ninguna dificultad para conseguir los últimos medicamentos conocidos ni las últimas armas de tratamiento, tanto en radioterapia como en Cirugía.

6. ¿Está aumentando la aparición de cáncer? SÍ.

El cáncer es conocido ya en la prehistoria como se observa en fósiles conservados de animales. En nuestros días la incidencia sigue aumentando sobre todo porque la población alcanza más edad y con ella la posibilidad de un error no controlado en una célula aumenta. Si bien es verdad que se han eliminado muchas sustancias químicas relacionadas con el cáncer como los asbestos presentes en las antiguas tuberías o techos, por otra parte segmentos de población han adquirido hábitos relacionados con el cáncer como ocurre con la incorporación de las mujeres al hábito de fumar.

Los accidentes radioactivos han aumentado la incidencia de cáncer en regiones específicas como en Chernobyl y está por ver qué ocurrirá en Japón en el futuro.

Los tumores más frecuentes en el hombre son los de pulmón, colon y recto, próstata, mientras en la mujer los más habituales son los de colon y recto, mama y ginecológicos.

7. ¿Es el cáncer una enfermedad hereditaria? NO.

Como enfermedad en su conjunto el cáncer no puede considerarse como hereditario, aunque en algunos casos si puede existir un gen que se transmite y origina acúmulo de tumores en una misma familia. Esto suele ocurrir en un porcentaje de los casos de cáncer de mama, de próstata o de colon y recto. Cuando en una familia aparece más de un cáncer, sobre todo de los enumerados antes, y la edad de aparición es temprana es decir se da en sujetos jóvenes (menos de 50 años) puede pensarse que existe un componente hereditario. Hoy en día es posible acudir a las Unidades de Consejo Genético donde se estudia todo el árbol familiar y se determinan los genes que pudieran estar implicados en la aparición de cáncer en esa familia.

8. ¿Puede prevenirse el cáncer? SÍ.

Hay dos grandes enfoques para prevenir el cáncer, uno es la PREVENCIÓN PRIMARIA, que consiste en evitar las situaciones, sustancias, hábitos de →

vida etc que se asocian a un incremento en el riesgo del cáncer, y otra es la **PREVENCIÓN SECUNDARIA** que consiste en intentar detectar un tumor en una fase muy precoz de forma que el tratamiento ya sea con cirugía o cualquier otro medio sea totalmente efectivo, pero para ello el tumor en concreto debe ser de los que tiene un crecimiento progresivo es decir que no es explosivo de entrada sino que sigue una cadena de pasos desde su inicio hasta que se hace visible o detectable y produce síntomas en el individuo.

9. ¿Hay medidas concretas de prevención? Sí.

Prevención Primaria, es decir evitar la exposición a sustancias o hábitos que favorecen el cáncer como serían:

✎ Suprimir el tabaco: influye en cáncer de laringe, pulmón, páncreas y cuello de útero en la mujer.

✎ Disminuir o restringir la toma de grasas animales: su exceso se asocia, aparte de a problemas cardiovasculares, a un tumor tan

frecuente y emergente hoy en día como el de próstata.

✎ Disminuir las calorías diarias o “gastar” más con la actividad física: la obesidad sobre todo en la mujer favorece la producción de estrógenos en la grasa y estos aumentan el riesgo de tumores como el de mama y sobre todo del útero.

✎ Ingerir más verduras y frutas en relación a la carne, ya que facilita la higiene del colon y disminuye el riesgo de cáncer de colon.

✎ Disminuir la ingesta de alcohol que se ha asociado a un aumento de la incidencia de cáncer de mama y sobre todo cáncer de toda la zona de boca y garganta.

Prevención secundaria, es decir medidas para detectar un tumor en un período inicial. Estas medidas han demostrado su eficacia en:

✎ Cáncer de cuello de útero: la exploración y citología del cuello de útero permite detectar esta enfermedad en un período curable totalmente.

✎ Mamografía en cáncer de mama: si bien a nivel individual las mujeres se realizan esta prueba con frecuencia, sólo ha demostrado que influye para detectar el tumor inicialmente en el grupo de edad desde los 49 a los 60 años. En el resto de edades una palpación frecuente de la mama por la propia mujer es uno de los métodos de detección más fiables.

✎ Colonoscopia: no hay medidas establecidas como campañas para hacerla en la población, pero como recomendación debería hacerse una colonoscopia a partir de los 50 años o antes si hay antecedentes de cáncer de colon o recto en la familia.

✎ PSA y próstata: hoy en día casi todos los varones tienden a hacerse esta analítica, pero el hecho es que la determinación aislada puede dar lugar a problemas de interpretación, sobre todo cuando el tacto rectal es normal, ya que el PSA puede estar elevado sin tumor, como ocurre en la hipertrofia de la próstata, y al revés un PSA negativo no garantiza que no haya un tumor microscópico.

10. ¿Hay vacunas contra el cáncer? SÍ.

La inmunidad, es decir las defensas del propio individuo pueden servir para controlar las células cancerosas, sobre todo si ya están estimuladas previamente antes de la aparición del cáncer. Por eso se están desarrollando vacunas que preparan a las células de defensa, linfocitos, para luchar contra un tumor si apareciera. Así ocurre con la vacuna para la hepatitis B que ha disminuido la aparición de cáncer de hígado en zonas donde era muy importante como en China o África.

Recientemente han aparecido vacunas contra el cáncer de cuello de útero. Los estudios realizados tras administrarla a niñas a partir de los 13 años han demostrado una disminución (no desaparición) de la aparición de estos tumores, por eso su utilización se recomienda a partir de esta edad cuando aún no ha habido exposición sexual al virus del papiloma transmitido por el varón.

11. ¿Sirven otras medicinas aparte de la “oficial” o hay “milagros” en el cáncer? SÍ.

En los últimos años algunas sustancias procedentes sobre todo de la Medicina China han demostrado su utilidad para tratar un tipo de leucemia. Por otra parte sí existen los milagros en el sentido de que un tumor puede desaparecer sólo sin tratamiento, es un proceso raro poco frecuente, relacionado con la inmunidad del propio individuo y que puede ocurrir en tumores como melanoma o cáncer de riñón.

En **RESUMEN** la receta para prevenir o disminuir la aparición de cáncer podría en este momento ser la siguiente:

1. Evitar el hábito de fumar.
2. Evitar uso de alcohol de alta graduación unido a tabaco.
3. Hacer una dieta sin exceso de calorías ni de grasas de origen animal con alto porcentaje de frutas y verduras.
4. Realizar ejercicio físico.

5. Tener una actitud positiva ante la vida, ya que se ha demostrado conexiones entre estados de ánimo e inmunidad.

6. Vacunarse contra la hepatitis B y vacuna del papiloma en niñas a partir de 13 años. ■

ATENCIÓN Y CUIDADO DE LOS PIES

Nuestro pie es una península anatómica que se encuentra al final de nuestro cuerpo. Bueno, al final o al principio, según se mire.

Su función consiste en dar soporte al cuerpo y permitir su desplazamiento.

Como las otras extremidades, cuenta con un esqueleto óseo, que se articula con unos ligamentos; los músculos permiten la movilidad del pie de las articulaciones del pie y del pie con respecto a la pierna, para que de forma coordinada su contracción permita el desplazamiento. Además cuenta con arterias, que lo nutren y venas, linfáticos que devuelven la sangre hacia el corazón. Asimismo posee un sistema nervioso encargado de transmitir sensaciones al cerebro y llevar órdenes motoras a los músculos del pie. Todas estas estructuras están recubiertas por piel, una piel que presenta unas características especiales si la comparamos con la piel de otras zonas anatómicas del cuerpo. Por último, sobre esta piel está el calzado, cuya función básicamente es protectora, pero en ocasiones puede ser fuente de lesiones.

FUNCIÓN DEL PIE.

Como hemos comentado antes, una de las funciones del pie es dar apoyo al cuerpo. El ser humano camina sobre dos piernas, lo que configura una situación de ventaja con respecto a otros animales porque de este modo puede utilizar las manos para realizar otras habilidades. A cambio, sabemos que nuestros pies soportan el peso de todo el cuerpo, la mitad de peso en cada pierna si estamos de pie parados y la totalidad del peso durante la marcha en la fase de apoyo de una sola pierna.

Cualquier apoyo anormal, por mal desarrollo de la musculatura o por anomalías estructurales del pie, se va a transmitir a las articulaciones superiores, esto es: tobillo, rodilla, cadera, columna.

Por tanto es muy importante valorar el apoyo de los pies y de la marcha desde la infancia, para intentar prevenir desarrollo anómalo de las estructuras óseas en crecimiento, que puedan ocasionar problemas a nivel de otras articulaciones durante la edad adulta.

De la misma forma, alteraciones a nivel de columna (escoliosis), cadera, rodilla o tobillo, se van a traducir en apoyos anómalos en

el pie, lo que puede ocasionar lesiones a este nivel.

TRASTORNOS CIRCULATORIOS RELACIONADOS CON EL PIE.

1.- PATOLOGÍA VENOSA:

Es la patología vascular más frecuente en nuestro medio. Las venas son las encargadas de llevar la sangre desde los pies hasta el corazón. Este movimiento lo hacen en contra de la gravedad, por lo que necesitan un aumento de presión distal para impulsarla. El primer “empujón” lo facilita el apoyo del pie en el suelo, provocando una compresión de una almohadilla venosa que existe a nivel de la grasa plantar, una vez que la sangre sale del pie, son los músculos de las piernas, sobre todo las pantorrillas, los que actúan como una faja natural que imprime impulso a la sangre para ascender por la pierna.

De esta explicación fisiológica, se desprende que un mal apoyo plantar o la gente que permanece mucho tiempo de pie a pie quieto o sentada, tiene anulada esta función, y por tanto las piernas

Por la **Dra. Rocío Merino**,
Médico Especialista en Cirugía Vascular y Angiología del
Hospital Universitario Virgen de la Victoria y Podóloga.

tenderán a hincharse. Del mismo modo, las mujeres que utilizan tacones altos, tienen disminuida la movilidad del tobillo y por tanto la actuación de la musculatura de los gemelos para favorecer el retorno venoso.



2.- PATOLOGÍA ARTERIAL:

Las arterias son los conductos que llevan la sangre desde el corazón a todos los órganos de cuerpo. Con la sangre se transportan nutrientes y fundamentalmente oxígeno. Con el paso de los años, las arterias van envejeciendo y depositando a lo largo de su

pared placas de grasa. Esto se conoce con el nombre de **arterioesclerosis**. Determinadas enfermedades, como la hipertensión, la diabetes, los niveles altos de grasas en la sangre y, sobre todo, el tabaco, favorecen la aparición más temprana de la esta enfermedad. El deterioro de las arterias suele ser progresivo y, poco a poco, se van cerrando estos conductos. A medida que estas arterias principales se cierran, se van creando arterias nuevas, mucho más pequeñas y mucho más frágiles que las originales, para intentar suplir la falta de aporte de oxígeno que provocan las otras obstrucciones.

Las arterias que se afectan con más frecuencia son las de las piernas, las del cerebro y las coronarias.

La afectación coronaria puede manifestarse como dolor en el pecho en relación con esfuerzos o con subidas de la presión arterial. Es lo que se conoce como angina. Si la placa de ateroma sufre una complicación que provoca una trombosis local de la arteria, las consecuencias serán lo que se denomina **SÍNDROME CORONARIO AGUDO**, que supone una urgencia vital de atención

hospitalaria.

La afectación de las arterias cerebrales, y su complicación aguda provocará un **INFARTO CEREBRAL** con repercusiones clínicas más o menos invalidantes, dependiendo de la localización del mismo y de la situación previa del paciente.

A nivel de los miembros inferiores la manifestación más frecuente es la **CLAUDICACIÓN INTERMITENTE**. El cuadro consiste en un dolor que aparece todos los días con la misma intensidad, la misma localización, desencadenado por la marcha y que le obliga a detenerse. Por este motivo se conoce como **enfermedad del escarapate**. A medida que la enfermedad progresa, la distancia caminada, cada vez es menor y al final el dolor aparece ya en reposo, impidiendo el sueño y obligando al paciente a dormir sentado. Por último, aparecen lesiones en la piel que corresponden a la gangrena.

Cuando aparecen los primeros síntomas, deben consultar con un especialista en **ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR** para iniciar el tratamiento lo antes posible. El tratamiento debe ser conservador en los estadios →

conservador en los estadios iniciales de la enfermedad y consta de 3 partes:

1.- controlar los factores de riesgo: abstención de tabaco, control de hipertensión arterial, de las cifras de colesterol, de la glucemia...

2.- asociar medicación: en la actualidad cilostazol es el fármaco de elección junto con antiagregantes plaquetarios, estatinas, e IECAs

3.- ejercicio físico: el paciente debe caminar de forma regular todos los días. De esta forma, obligamos a que la pierna se acostumbre a trabajar con menos sangre y se vaya desarrollando circulación colateral que le permita realizar una vida menos limitada.

En este punto es donde debemos considerar la existencia de un **pie de riesgo**. Sabemos que el pie de este paciente está con menos oxígeno de lo normal y lo vamos a obligar a realizar un ejercicio que le obliga a consumir oxígeno, si ese pie no está bien cuidado, pueden aparecer lesiones en el mismo, que costará mucho que cicatricen y que, en ocasiones, precisan de intervención quirúrgica para llevar más sangre a la pierna y evitar la amputación.



PIE DIABÉTICO.

Por último hablar de una entidad de excepcional importancia en nuestro medio.

Nos referimos al pie diabético como un pie afectado por una alteración neurológica provocada por la diabetes, en ocasiones acompañado de isquemia y con una disminución de la respuesta inflamatoria, lo que lo convierte en más vulnerable a la infección.

1. AFECTACIÓN NEUROLÓGICA:

a. SENSITIVA: Existe una disminución de la percepción del dolor, del calor, de la presión y de la vibración.

b. MOTORA: Provoca una atrofia de determinados músculos en el pie, lo que da lugar a la aparición de deformidades que junto con el calzado inadecuado pueden provocar

heridas.

c. AUTONÓMICA:

Pierde la capacidad de sudar: aparece piel escamosa y seca con riesgo de grietas que provocan heridas

2. ISQUEMIA:

La diabetes provoca alteración de la pared arterial y oclusiones de las arterias, de predominio de la rodilla hacia abajo. Esta falta de riego hace que las heridas que aparezcan le cueste más trabajo cicatrizar y por tanto estén más tiempo expuestas a la infección.

3. INFECCIÓN:

Hay una disminución de la respuesta a la infección por parte de los leucocitos, lo que provoca que exista más riesgo de infecciones graves en el pie, que pueden llevar a la pérdida de la extremidad.

NORMAS GENERALES PARA EL CUIDADO DE LOS PIES.

1.- No caminar descalzo.

2.- Utilizar siempre calcetines, que deben estar fabricados con fibras naturales.

3.- Lavar los pies a diario con agua tibia. En el caso de los

diabéticos deben comprobar la temperatura del agua con un termómetro, con el codo o con algún familiar no afectado por la enfermedad.

4.- Secar los pies de forma exhaustiva, sobre todo entre los dedos e inspeccionar en busca de grietas entre los dedos o en los talones, así como zonas enrojecidas a nivel de los dedos o las zonas de presión del zapato. Si no ve bien, que alguien le examine los pies o utilice un espejo para ver la planta del pie.

5.- Aplicar crema hidratante y dejar que se absorba antes de calzar de nuevo el pie.

6.- En invierno, abrigue bien el pie, pero no use fuentes de calor para calentarse los pies (braseros, radiadores, chimenea).

7.- No se corte las uñas, tras el baño de pie desgástelas con



una lima de cartón, siempre con forma cuadrada y si no puede, acuda a un podólogo para que se las corte.

8.- Si descubre durezas o callos en los pies, no intente cortarlos por sí mismo. Acuda a su podólogo.

9.- Ante la aparición de cualquier herida, consulte a su médico. Recuerde que es él quien le debe controlar su enfermedad y estar al tanto de las posibles complicaciones de la misma (afectación retiniana, afectación renal y afectación vascular).

10.- CALZADO:

A continuación vienen una serie de recomendaciones que debe tener en cuenta a la hora de elegir el calzado adecuado:

1. Debe ser de la talla y horma adecuada.

2. Cómprelo al final del día (es cuando el pie estará más hinchado), mejor acordonado.

3. Debe tener una suela gruesa de goma antideslizante.

4. No debe tener costuras interiores que puedan presionarle.

5. El tacón debe ser ancho y de unos 2 a 4 cm como

máximo.

6. No use zuecos ni chancas.

7. Si su podólogo le ha realizado unas plantillas, debe probarse el zapato con las mismas.

8. Cuando estrene el zapato no lo lleve puesto más de 3 horas seguidas y revise el pie al quitárselo.

CONCLUSIÓN.

Recuerde siempre que aunque vayan tapados, los pies existen y deben cuidarlos. El primer escalón en la atención del pie es el propio paciente. Cuanto más conozca de su enfermedad, antes será capaz de reconocer los signos de alarma y por tanto de solicitar ayuda.

Todos los profesionales de la salud están dispuestos a ayudarle, pero su ayuda será inútil si usted no forma equipo con ellos. ■



DISFUNCIÓN ERÉCTIL

ANATOMÍA PENEANA.

El pene está formado por tres estructuras cilíndricas, dos cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso que contiene la uretra; los tres rodeados por el tejido celular subcutáneo laxo y la piel.

Los cuerpos cavernosos sostienen el cuerpo esponjoso y el glande; a su vez están rodeados por la túnica albugínea cuya misión es contener y proteger el tejido eréctil, promover la rigidez de los cuerpos cavernosos y colaborar en el mecanismo venooclusivo. La erección se produce cuando los cuerpos cavernosos, a modo de esponja, se llenan de sangre que les llega por las arterias.

El cuerpo esponjoso presiona y contrae la uretra para permitir la expulsión violenta del semen junto con el músculo bulbocavernoso.

El glande actúa como amortiguador reduciendo el impacto del pene sobre los órganos femeninos, aporta información sensitiva para facilitar la erección y aumentar el placer y facilita la introducción peneana gracias a su forma cónica.

¿CÓMO SE PRODUCE LA ERECCIÓN?

Cuando el hombre experimenta una excitación sexual, ya sea de tipo mental o física, en el cerebro se estimulan determinadas áreas y desde aquí se coordinan y mandan las instrucciones necesarias, que transportadas por los nervios permiten al final la liberación de sustancias a nivel peneano necesarias para que se produzca la erección.

El tejido eréctil del pene (concretamente, la musculatura lisa de los cuerpos cavernosos y de las paredes de las arterias y arteriolas) tiene un papel esencial en la erección.

Durante la estimulación sexual se produce la liberación de neurotransmisores, y éstos, actuando sobre las terminaciones nerviosas del tejido cavernoso, producen la relajación de los músculos lisos del pene y los siguientes fenómenos: 1) Dilatación de arterias helicinas. 2) Aumento de la sangre que entra en los sinusoides distendidos. 3) Compresión del plexo venoso situado entre la túnica albugínea y los sinusoides periféricos, lo que disminuye el retorno venoso. 4)

Erección como consecuencia del aporte de sangre arterial y el descenso del retorno venoso.

BASES BIOQUÍMICAS DE LA ERECCIÓN.

La contracción y relajación de las fibras musculares lisas está regulada por el calcio libre del citosol (sarcoplásmico). La noradrenalina liberada por las terminaciones nerviosas, las endotelinas y prostaglandinas liberadas por el endotelio activan receptores de las células musculares lisas, dando lugar a la liberación del calcio intracelular, y a la apertura de los canales del calcio situados en la membrana de la célula muscular lisa lo que permite la entrada de calcio del espacio extracelular. El aumento de los niveles de calcio permite la activación de la miosina provocando el entrecruzamiento cíclico entre actina y miosina generando la fuerza contráctil.

La relajación muscular se produce tras el descenso del calcio libre en el sarcoplasma. Los segundos mensajeros intracelulares que sirven de mediadores de la relajación

Por el **Dr. Antonio Quiñonero Díaz**,
Médico Adjunto del Servicio Urología del
Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

muscular (AMPc y GMPc) activan sus correspondientes cinasas y éstas causan la apertura de canales de potasio, el cierre de canales del calcio con el consiguiente descenso del calcio intracelular y la relajación del músculo liso. Este mecanismo está vehiculizado por la liberación en las terminaciones no adrenérgicas no colinérgicas (nervio cavernoso) y las células endoteliales de Óxido Nítrico.

¿QUÉ ES LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL?

La Disfunción Eréctil (DE) se define como la incapacidad de obtener y/o mantener una erección suficiente para una relación sexual satisfactoria.

No hay que confundirla con otros problemas del ámbito sexual como la eyaculación precoz, la falta de orgasmo, el priapismo etc, aunque en ocasiones puedan coexistir.

¿ES FRECUENTE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL?

Es un problema común en los hombres. La prevalencia estimada de disfunción eréctil para el año 2025 es de 322 millones de varones en todo el mundo. Este incremento de la prevalencia se producirá principalmente en países en desarrollo y en relación con el envejecimiento de la población mundial.

En el Massachusetts Male Aging Study la prevalencia de disfunción eréctil fue 52.0 % $\pm$ 1.3; aumentando su incidencia y gravedad con la edad (Los varones de más de 70 años tienen una probabilidad de DE tres veces superior a los varones de 40 años). Cuando se ajustaba a la edad la prevalencia de disfunción eréctil severa se relacionaba con procesos médicos específicos especialmente patología cardiovascular. En un estudio semejante realizado en España la prevalencia se acercó al 19%, confirmandose los resultados del estudio anterior con respecto a la edad.

DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

La prevalencia inicial en pacientes con enfermedad coronaria establecida se situaba alrededor del 75%. Actualmente es del 40% en pacientes de 50 años y enfermedad coronaria establecida, aumentando al 64% después de un infarto de miocardio o cirugía de revascularización coronaria.

Su implicación en la salud incluye su impacto sobre la calidad de vida y un papel creciente como predictor de patología cardíaca subyacentes.

La disfunción eréctil se ha considerado por algunos autores como un “centinela del corazón”, ya que en algunos estudios los síntomas de disfunción eréctil pueden preceder a la enfermedad coronaria hasta en tres años, es decir se padece primero de disfunción eréctil y después sobreviene un infarto.

Este vínculo entre disfunción eréctil y enfermedad cardiovascular se basa en fenómenos que comparten ambos procesos.

En primer lugar los factores de →

riesgo para ambos son comunes (Herencia, diabetes, hipertensión, dislipemia, obesidad, síndrome metabólico, etc) y en segundo lugar dado el carácter difuso de la arteriosclerosis y por el menor diámetro de las arterias peneanas éstas se obstruyen antes que las coronarias apareciendo primero la disfunción eréctil.

CAUSAS DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL.

La disfunción eréctil tiene una etiología orgánica en el 80% de los casos y psicógena en el resto. En los pacientes con cardiopatía la etiología es mixta, tanto orgánica (Arteriosclerosis) como psicógena (Miedo a un nuevo infarto, depresión, toma de fármacos).

¿COMO SE DIAGNOSTICA LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL?

El diagnóstico de la disfunción eréctil se hace mediante la realización de una historia médica y psicosexual,

exploración física dirigida y estudios analíticos generales y específicos.

Además en el paciente cardiópata se necesita una valoración del riesgo cardiaco, para evaluar su tolerancia al ejercicio antes de iniciar relaciones sexuales y de comenzar con tratamiento específico.

¿CÓMO TRATAMOS LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL?

El tratamiento de la disfunción eréctil tiene como finalidad curar al paciente adoptando un abordaje global. En este abordaje global están implicadas medidas básicas y comunes así como el tratamiento etiológico y sintomático.

Dentro de las medidas básicas podemos incluir: cursos de rehabilitación cardiaca, cambios en hábitos de vida etc.

El tratamiento etiológico engloba terapia psicosexual, cirugía revascularizadora y tratamiento hormonal.

El tratamiento sintomático es un tratamiento escalonado donde el primer escalón lo ocupan los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (Viagra, Levitra, Cialis); el

segundo escalón está representado por la terapia intracavernosa y el tercero por las prótesis de pene.

PREGUNTAS SOBRE RELACIONES SEXUALES Y EL TRATAMIENTO DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA.

¿Pueden mantener relaciones sexuales los pacientes que han sufrido un infarto?

Sí La mayoría de los pacientes que han sufrido un infarto podrán reanudar su vida sexual tras la fase aguda.

¿Hay más riesgo de infarto al reiniciar las relaciones sexuales?

Sí, pero es mínimo, inferior al de la población sin infarto que lleva una vida sedentaria). Este pequeño aumento del riesgo de infarto está en relación con la demanda de ejercicio físico que una relación sexual requiere, por lo que se podría decir “físicamente capaz, sexualmente capaz”.

¿De qué depende que se puedan iniciar

las relaciones sexuales?

Depende de la evaluación del riesgo coronario realizada por el cardiólogo, de tal manera que los pacientes de bajo riesgo (Buena tolerancia al ejercicio “caminar en llano 1,6 Km en 20 minutos sin angina”, lo que equivale al requerimiento energético de 4 METS necesario para una relación sexual con la “pareja estable”. Estar asintomático con menos de tres factores de riesgo de enfermedad coronaria. Angor estable de leve a moderado. Tensión arterial controlada. Revascularización coronaria exitosa. Pasados de 3 a 6 meses del infarto. Enfermedad valvular moderada. Fracaso cardiaco congestivo grado I).

¿En caso de disfunción eréctil puedo tomar tratamiento con fármacos vasoactivos (Viagra, Levitra, Cialis)?

Sí, siempre y cuando no tenga:

 Alergias al fármaco.

 Sea un paciente de bajo riesgo.

 No esté en tratamiento activo con nitratos orales o en p a r c h e s

!!!COTRAINDICACIÓN ABSOLUTA!!!

 El tratamiento conjunto

con alfa bloqueantes (Fármacos utilizados para la próstata) no está contraindicado pero hay que separar las tomas para evitar bajadas de tensión.

El consumo de este tipo de fármacos no se asocia con mayor tasa de infarto cuando lo comparamos con la población general de la misma edad.

Si utilizo nitratos o no respondo a fármacos vasoactivos ¿qué puedo hacer?

Si reúne los criterios de bajo riesgo coronario puede optar en primer lugar por la inyecciones intracavernosas en pene (Caverjet) y en segundo lugar por las prótesis de pene.

!!!SIEMPRE QUE TENGA DUDAS ANTES DE INICIAR O SUSPENDER UN TRATAMIENTO CONSULTE A SU MÉDICO!!!

CONCLUSIONES.

Como conclusiones podemos decir que la disfunción eréctil es frecuente en pacientes con enfermedad coronaria, que comparten factores de riesgo y causas, que podría utilizarse como predictor de enfermedad coronaria y que actualmente tiene tratamiento. ■

1996-2011

XV
AÑOS

1996-2011

REINSERCIÓN DEL PACIENTE DESPUÉS DE LA ENFERMEDAD

Debilidad, confusión, inseguridad, ansiedad, depresión,... son síntomas que presentan los pacientes tras sufrir una enfermedad grave que ha conllevado un tiempo de ingreso hospitalario y una “merma” en su capacidad física y psíquica.

La Rehabilitación es un tratamiento más que el paciente recibe para conseguir ser independiente en las mejores condiciones posibles, mejorando su debilidad y adaptándose a la vida socio-laboral que tenía previamente.

Desde esta terapia podemos abordar 3 grandes grupos de patologías:

-  Rehabilitación cardíaca.
-  Rehabilitación respiratoria.
-  Rehabilitación neurológica.

REHABILITACIÓN CARDIACA:

I. INTRODUCCIÓN.

Los programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca (RHC) agrupan todas las medidas tendentes a disminuir la mortalidad y el riesgo de presentación de nuevos episodios en pacientes con

cardiopatías crónicas, mejorar la capacidad funcional y la autoconfianza necesarias para recobrar las relaciones familiares, sociales y laborales, y encauzar el estudio de los familiares de enfermos de alto riesgo para evitar, en ellos, la aparición de la enfermedad.

La utilidad de estos programas ha sido demostrada en numerosas publicaciones aparecidas durante las últimas décadas sobre enfermos con cardiopatía isquémica y, más recientemente, en enfermos con insuficiencia cardíaca crónica y trasplante cardíaco. Los pacientes con valvulopatías, operadas o no, miocardiopatías, portadores de desfibriladores y con múltiples factores de riesgo coronario también han presentado beneficios. Por otra parte y al contrario de lo que se creía hace unos años, hoy día sabemos que todos los cardiopatas obtienen un beneficio, especialmente los más graves y con una edad mayor.

II. DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA.

Para un abordaje integral de la recuperación y prevención secundaria del paciente cardiopata debe realizarse un

abordaje multidisciplinario en el que intervienen diferentes profesionales: cardiólogos, médicos rehabilitadores, médicos de familia, fisioterapeutas, psicólogos y enfermeros. Los programas de RHC se componen de tres fases:

1.- FASE I: Tiene lugar durante el ingreso hospitalario por el evento cardiovascular agudo. Se inicia durante el ingreso en UCI y se continúa durante la estancia en la planta de hospitalización. Su objetivo es básicamente la movilización precoz, la realización de ejercicios respiratorios, la prevención de complicaciones derivadas del encame prolongado, así como la información básica sobre la patología cardíaca del paciente.

2.- FASE II: Tiene lugar en los tres meses siguientes al ingreso hospitalario aunque también puede llevarse a cabo en cualquier momento de la evolución del paciente cardiopata. Es la fase que mas beneficios conlleva y la que precisa de mayor tiempo, recursos humanos, materiales y dedicación por parte del paciente. Debe abarcar los siguientes elementos:

a) Control clínico y de los factores de riesgo. Los pacientes que van a ser incluidos en un

Por la **Dra. Adela M^a Gómez González**,
Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.

inicialmente valorados de forma global en un consulta de cardiología especializada en prevención secundaria en donde se realiza un adecuado control de los factores de riesgo que pasa forzosamente por una concienciación adecuada del paciente y sus familiares, se profundiza en el diagnóstico inicial del paciente, se estratifica el riesgo y se optimiza el tratamiento en sentido amplio (farmacológico, revascularización, implantación de dispositivos antiarrítmicos, etc).

b) Entrenamiento físico programado. Las sesiones de entrenamiento físico se inician en un segundo término, tienen una duración aproximada de 8-12 semanas y se realizan en grupos de pacientes con similar nivel de riesgo. Para llevar a cabo esta fase, se requiere un examen global del aparato locomotor y una programación del entrenamiento aeróbico adecuado a la exploración clínica y a los resultados de las pruebas complementarias (ergometría...) realizado por el médico rehabilitador en la consulta de rehabilitación cardiaca. Los efectos del entrenamiento físico se traducen en un aumento importante de la capacidad funcional y en una reducción de la mortalidad con un origen

multifactorial: efectos favorables sobre los lípidos y los demás factores de riesgo, aumento de la variabilidad de la frecuencia cardíaca y del tono autonómico, mejoría de la disfunción endotelial, aumento de la fibrinólisis y, sobre todo, mejoría del metabolismo de oxígeno por el tejido musculoesquelético y por el miocardio. De esta forma, la mejoría de la capacidad funcional ocurre, en muchos pacientes, sin cambios sustanciales en la función ventricular. El aumento de la capacidad funcional es un potente predictor negativo a largo plazo de la mortalidad cardiovascular y total, como han demostrado estudios con cerca de 20 años de seguimiento.

c) Tratamiento psicológico. En general se lleva a cabo de forma paralela a las sesiones de entrenamiento físico. El tratamiento psicológico en los pacientes que lo requieran, así como el aprendizaje de técnicas de relajación, son aspectos clásicos de los programas de rehabilitación que mejoran la confianza y autoestima. Muchos de estos pacientes, con personalidad de tipo A, necesitan aprender a enfrentarse a los problemas ordinarios de la vida de una forma diferente. Estos programas ofrecen una oportunidad única.

d) Aumentar el conocimiento del paciente sobre su enfermedad. Tras las sesiones de entrenamiento físico, se realizan charlas y coloquios informativos sobre diversos aspectos teórico-prácticos de la enfermedad cardiovascular: factores de riesgo cardiovascular, dieta, tipos de ejercicio físico, sexualidad y reincorporación laboral. Estas sesiones deben ser comprensibles a todos, de corta duración y deben inducir a un coloquio en el que tanto los pacientes como los familiares participen de forma activa.

e) Facilitar la orientación y reincorporación laboral. Tras la realización del protocolo de RHC ocurren dos fenómenos: El paciente como ya se ha indicado ha mejorado su capacidad funcional, ha aprendido la forma de realizar ejercicio físico y ha mejorado su adaptación a las situaciones estresantes, por un lado y por otro el personal de la unidad ha constatado de forma directa cual es la capacidad funcional del paciente y su propia capacidad de adaptación al medio, datos que mas allá de los propios resultados de la ergometría permiten emitir un informe en el que se especifique la aptitud del paciente para su actividad laboral habitual y así como las normas que deberían observarse para adaptar la →

actividad laboral a la situación actual del paciente.

3.- FASE III: Tiene lugar tras la finalización de la fase II y se prolonga durante toda la vida del paciente. Su objetivo es el fomento permanente de los hábitos higiénico dietéticos y de ejercicio físico adquiridos por el paciente durante la fase II. Puede ser llevada a cabo en polideportivos o en las propias unidades de rehabilitación a modo de sesiones de recuerdo.

III. RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA.

Los resultados de los estudios clínicos demuestran que la morbilidad y la mortalidad descienden de forma significativa, y la reincorporación al trabajo puede aumentar hasta 3 veces con respecto a los enfermos que no siguen estos programas. Metaanálisis de 21 estudios aleatorizados y controlados, realizados en las décadas de los setenta y ochenta, que incluyeron a más de 4.000 enfermos, demostraron una reducción del 25% en la mortalidad cardiovascular y total a los 3 años.

La mejoría de la calidad de vida es

notable en la mayoría de los pacientes incluidos en estos programas, aunque es difícil de valorar. Depende, a su vez, de la mejoría del control clínico, la capacidad funcional, el aumento de la autoconfianza, la mejoría metabólica, etc.

La reincorporación laboral muestra una reincorporación del 50%- 85% de los pacientes rehabilitados, frente al 30% de los que siguen las medidas habituales.

En resumen, los programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca consiguen una reducción de la mortalidad total y de la morbilidad y mortalidad coronaria y cardiovascular significativas, una mejoría de la calidad de vida, y una reincorporación social y laboral de la mayoría de los enfermos. El análisis de costes es muy favorable. Por todo lo anterior, estos programas son recomendados por numerosos organismos oficiales, como la Organización Mundial de la Salud, y las guías clínicas de los principales organismos y sociedades científicas, y están realizándose en un porcentaje significativo de enfermos de los países más desarrollados del mundo occidental.

REHABILITACIÓN RESPIRATORIA.

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es la patología respiratoria discapacitante con mayor prevalencia (alrededor de un 10% en población entre 40-70 años) entre las enfermedades respiratorias, que se caracteriza por una obstrucción al flujo aéreo no totalmente reversible y progresiva debido a una respuesta inflamatoria anómala a partículas o gases nocivos, sobre todo, al humo del tabaco.

Se considera una enfermedad sistémica, ya que además de los síntomas respiratorios propios de esta enfermedad, aparece una disfunción muscular esquelética causante de la atrofia muscular característica de estos enfermos, con la consiguiente debilidad e intolerancia al esfuerzo, dando lugar a una dependencia progresiva para las actividades de la vida diaria. Por todo ello, constituye una causa frecuente de hospitalizaciones, discapacidad y mortalidad, con un coste social y sanitario bastante elevado.

La Rehabilitación Respiratoria es un programa multidisciplinario de atención a los pacientes con afectación respiratoria crónica, que se estructura individualmente y se diseña para optimizar la capacidad funcional,

social y la autonomía de los pacientes. Desde la evidencia científica se ha demostrado que disminuye las reagudizaciones, mejorando la disnea y la capacidad de esfuerzo.

Un programa de rehabilitación respiratoria debe incluir entrenamiento físico, consejos nutricionales y educación de la enfermedad y se puede realizar tanto a nivel hospitalario, ambulatorio e incluso domiciliario.

1. OBJETIVOS de la REHABILITACIÓN PULMONAR:

✍ Ayudar a la independencia de la persona.

✍ Enseña la correcta biomecánica de la caja torácica, para conseguir una ventilación más efectiva.

✍ Ayuda a eliminar las secreciones mucosas, evitando infecciones respiratorias recidivantes.

✍ Contribuye al fortalecimiento muscular mediante un programa de reentrenamiento al esfuerzo, con ejercicio aeróbico progresivo y controlado.

✍ Mejora la calidad de vida, al conseguir realizar las actividades de la vida diaria con más autonomía.

2. CÓMO:

✍ Supresión del tabaco y otros agentes nocivos.

✍ Nutrición adecuada.

✍ Técnicas de reeducación respiratoria: aprender a respirar utilizando los músculos respiratorios más potentes, como por ejemplo la respiración abdómino-diafragmática, para conseguir un ritmo respiratorio más eficiente.

✍ Reentrenamiento al esfuerzo mediante ejercicio aeróbico suave y progresivo, como por ejemplo caminar de 30 a 60 minutos, 3-5 veces a la semana. Otras alternativas pueden ser ejercicio en bicicleta o pedalier.

✍ Terapia Ocupacional: ayuda a realizar las actividades de la vida diaria con menor gasto de energía y menor dificultad respiratoria.

CONSEJOS PARA FACILITARAVD.

En el baño:

1. Taburete, ducha portátil y barras de seguridad.
2. Esponja con mango.
3. Albornoz.
4. Secarse, afeitarse, lavarse la cara y peinarse sentado.
5. Evitar aerosoles y perfumes fuertes.

Al vestirse:

1. Preparar la ropa.

2. Primero prendas parte inferior.

3. No agacharse, utilizar equipos adaptados.

4. Evitar cinturones, corbatas que opriman.

5. Mejor velcro o cremalleras que botones.

6. Zapatos sin cordones.

Limpieza hogar:

1. Planificar las tareas.
2. Utilizar aspirador (no escoba).
3. Evitar limpiar ventanas.
4. Pedir ayuda para las tareas pesadas.
5. Utilizar lavadora.
6. Si lava ropa a mano, en cantidades pequeñas.
7. Planchar sentado.

La compra:

1. Lista de la compra.
2. Mejor compra a domicilio.
3. Comprar poco y a menudo que mucho de una vez.
4. Evitar cargas pesadas.
5. Carro para el transporte.

En la cocina:

1. Utensilios a mano.
2. Arrastrar las ollas en lugar de levantarlas.
3. Llevar la comida a la mesa con un carro.
4. Poner los platos en remojo antes de lavarlos.
5. Secar los platos al aire. →

6. Si lavaplatos, ponerse en cuclillas para la colocación y retirada de la vajilla.

Al comer:

1. Si necesita O₂, utilizar mediante gafas nasales aumentando el flujo durante la comida.
2. C o n t r o l a r periódicamente el peso.
3. Fraccionar las comidas: 4-5 veces/día.
4. Aumentar consumo líquidos, agua y zumos: 1,5l/día.
5. E v i t a r bebidas alcohólicas y con gas.
6. Eliminar las secreciones antes de las comidas.
7. Evitar alimentos flatulentos: col, coliflor, manzanas.
8. Evitar estreñimiento, aumentando consumo de fibra.
9. Masticar lentamente con la boca cerrada.
10. Evitar digestiones pesadas y descansar tras las comidas.
11. Realizar una buena higiene buco-dental tras la comida.

Con todo ello, se consigue una mejoría significativa en su calidad de vida y capacidad funcional, permitiendo realizar las actividades de la vida diaria con menor dificultad y mayor independencia.

REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA.

Un accidente cerebrovascular (ACV o ACVA), ictus cerebral, apoplejía, golpe o ictus apoplético o ataque cerebral es la pérdida de las funciones cerebrales producto de interrupción del flujo sanguíneo al cerebro y que origina una serie de síntomas variables en función del área cerebral afectada.

En España el ataque cerebrovascular (ACV) constituye la primera causa de mortalidad femenina y la segunda en los varones. Asimismo, es la primera causa de secuelas neurológicas permanentes para ambos sexos. Uno de cada cinco ACV ocurre en individuos en edad laboral. Una vez instaurado, debe realizarse una atención sanitaria dirigida a la rehabilitación y a la prevención secundaria, y esta última debe mantenerse indefinidamente dada su recurrencia.

La rehabilitación busca minimizar los déficits o discapacidades experimentadas por el paciente que ha sufrido un ictus, así como facilitar su reintegración social. Es un proceso activo que requiere la colaboración y capacidad de aprendizaje del paciente y de su familia. Es necesario hacer

comprender que no vamos a conseguir una recuperación “ad integrum”. El objetivo fundamental es ayudar al paciente a adaptarse a sus déficits y no a librarse de ellos, ya que en la mayoría de los casos, la lesión neurológica se recupera en todo o en parte espontáneamente en un período de tiempo variable o no se recupera nunca; todo depende de la gravedad del ictus.

La recuperación funcional es mayor en el primer mes, se mantiene hasta el tercer mes, es menor entre el tercer y sexto mes y experimenta cambios progresivamente menores entre el sexto y decimosegundo mes. Por regla general, se establece que a partir del 6º mes se produce la estabilización del cuadro. El lenguaje y el equilibrio pueden seguir mejorando hasta transcurridos 2 años.

Los programas de rehabilitación consisten fundamentalmente en la aplicación de determinadas técnicas de terapia física, terapia ocupacional y de logopedia, según el tipo y grado de discapacidad, que se pueden utilizar aisladamente o en combinación (técnicas convencionales, técnicas de facilitación neuromuscular, técnicas de biofeedback, etc.).

Es importante ayudar al paciente y a su familia a identificar las repercusiones que su

enfermedad tiene sobre su vida cotidiana, así como aportar los conocimientos y habilidades para afrontarlas.

CONSEJOS PARA LA REINSERCIÓN SOCIO-FAMILIAR TRAS UNA AFECTACIÓN NEUROLÓGICA.

1. **Comunicación:** En aquellos pacientes a los que como secuela tengan una afasia se recomendará a su familia que:

✎ Hablen con el enfermo como si fuera un adulto.

✎ Hablar lentamente, utilizando palabras fáciles y frases cortas ayudándose incluso con gestos.

✎ No chillar, los gritos no ayudan a comprender.

En aquellos pacientes que conserven la capacidad de escribir se les estimulará para que se comuniquen a través de la escritura.

2. **Patrón de sueño:** Para conservar un correcto patrón de sueño se aconseja:

✎ Evitar dormir de día y las siestas de duración excesiva.

✎ Procurar un entorno tranquilo.

✎ Mantenerlo distraído durante el día.

✎ Utilizar si es preciso camas bajas y/o protectores laterales.

3. **Actividades de la vida diaria:**

✎ **Vestirse:** Siempre se debe empezar por la extremidad afectada. Para aquellos pacientes con déficits motores importantes se recomienda la utilización de ropa cómoda y de fácil colocación, como chándal, calzado cerrado, velcro en lugar de botones, etc.

✎ **Higiene e hidratación:** Es muy importante una adecuada hidratación de la piel en aquellos pacientes con déficits importantes que afectan a su movilidad para evitar erosiones y úlceras, prestando especial atención a las prominencias óseas.

✎ **Movilización:** La movilización dependerá de las posibilidades de cada paciente. Se recomienda realizar movimientos activos en los miembros sanos. En los pacientes con trastornos importantes de deambulación se recomienda realizar cambios posturales cada 4 horas. Es recomendable la sedestación durante el día así como la utilización de almohadas para proteger las zonas de roce. En caso de que pueda caminar con ayuda se recomienda la realización de paseos cortos y frecuentes mínimo, al menos dos veces al día.

4. **Conducción:** Aquellos pacientes con ictus que tengan una recuperación satisfactoria no deben conducir hasta que haya transcurrido un mes tras el ACV. Los pacientes con déficits residuales sobre todo alteraciones visuales, debilidad motora o deterioro cognitivo sólo pueden volver a conducir tras realizar un reconocimiento adecuado en los centros psicotécnicos acreditados.

5. **Sexualidad:** Tener un ictus no implica el fin de la vida sexual del individuo. Secuelas del ACV tales como déficits motores o sensoriales, problemas urinarios, alteraciones de la percepción, ansiedad, depresión y cambios en la imagen corporal pueden ocasionar dificultades en la sexualidad. Hay una creencia de que la actividad sexual puede ocasionar otros ictus, pero la evidencia indica que esto no es cierto. Tras un ACV la actividad sexual se puede reiniciar tan pronto como el paciente sienta deseo. ■

EL ALZHEIMER

El Alzheimer es un trastorno grave de origen neurológico que dificulta enormemente el proceso de toma de decisiones, de organización y autonomía personal y conlleva déficits en todas las funciones mentales y trastornos de conducta. Hay que reseñar que actualmente hay unos 800.000 enfermos de Alzheimer en toda España y, se prevé que en el año 2025 se duplique dicha cantidad de afectados, por lo que se considera como la plaga del siglo XXI.

Este aumento tan significativo se debe a que los cambios demográficos y sociales están produciendo un incremento

progresivo de la población en situación de dependencia, con un importante crecimiento de la población de más de 65 años y, con un aumento muy significativo de los mayores de 80 años.

Hasta ahora, las familias habían asumido el cuidado de sus mayores dependientes siendo las mujeres las encargadas de ello porque no trabajaban fuera del hogar. Pero con la incorporación de éstas a la vida laboral se ve modificada la situación familiar teniendo necesidad de buscar recursos fuera de su entorno. Esos recursos hasta hace bien poco eran bastante escasos y, por ello han surgido nuestras Asociaciones de Familiares con el fin de cubrir la demanda de recursos especializados.

Debido a la demanda de la población, tanto de las asociaciones como de particulares, el estado decide crear una la Ley que diera

cobertura a esta problemática creando la llamada “Ley de Dependencia”. Ésta Ley configura el derecho a la atención de las personas en situación de dependencia como un nuevo derecho de ciudadanía, un derecho de acceso en igualdad a elementos esenciales para la vida autónoma y para su dignidad.

Aunque el Alzheimer es una de las enfermedades que más incapacita a quienes la sufren, **los baremos** utilizados para medir la dependencia se centran más en las discapacidades físicas que en las mentales, a pesar de que son estas últimas las que hacen a las personas más dependientes puesto que no se las puede dejar ni un momento solas. Los familiares-cuidadores tienen que estar pendientes de su ser querido las 24 horas del día, pues no tienen capacidad para regir sus vidas ni controlar los peligros que se le presentan. Esta atención constante supone una **enorme carga física y psíquica para el familiar-cuidador**.

Por **Francisca Lebrón Escobar**,
Presidenta de AFA Fuengirola Mijas-Costa.

Como mencionaba anteriormente, las familias afectadas necesitamos recursos que nos ayuden en el cuidado diario de nuestros seres queridos dependientes. Y, sin embargo, no nos vemos totalmente respaldados por esta Ley ya que no todos son considerados como grandes dependientes, que lo son desde los inicios de la enfermedad. La Ley considera grandes dependientes (Grado III Nivel 1 y 2) a nuestros enfermos más avanzados valorando a los que se encuentran en los inicios como dependientes moderados (Grado II Nivel 2 y 1) teniendo que esperar éstos últimos a recibir los recursos establecidos hasta 2009.

La Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias CEAFA **pone de manifiesto la marginación y el desamparo de quienes sufren esta enfermedad y de nosotros sus familiares**, en la puesta en marcha de la Ley de la

Dependencia. Ya que englobamos el colectivo más numeroso de personas dependientes en España y no se nos da la oportunidad de representarlo en el órgano de la Administración estatal que está haciendo el seguimiento de ésta Ley.

Nuestras voces deben ser escuchadas. Por ello, **manifestamos:**

Que se **agilice la valoración de los dependientes** por la enfermedad de Alzheimer y que se les reconozcan sus derechos a la mayor brevedad posible.

Que se **unifiquen los criterios** de los equipos de valoración de la dependencia equilibrando los factores de baremación y otorgando, en cualquier caso, el peso específico que requieren aquellos de **origen no físico**.

Que se **garantice el acceso** de las personas dependientes por la enfermedad de Alzheimer a los recursos específicos contemplados en la Ley.

De este modo, todos estaremos en disposición de avanzar en la **construcción del Cuarto Pilar del Estado del Bienestar**.■

1996-2011
XV
AÑOS
1996-2011

QUINCE AÑOS

EN EXPAUMI CON LA PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD, ENTRENANDO A SALVAR VIDAS Y EN COLABORACIÓN EXPACIENTES, FAMILIARES Y PROFESIONALES

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 resolutive 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.

1.1 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 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

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

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 el año 2010 el total de accidentes con víctimas fue de 85.503. En la carretera 39.174 (4% menos respecto 2009) con 1.928 fallecidos (un 9,48% menos que 2009) y en zona urbana 46.329 (2,3% menos que 2009) con 550 fallecidos (5,8% menos que en 2009).

En Málaga capital, según cifras de la policía local, el número de accidentes ha disminuido de 6.362 en 2008 a 5.600 en 2010, así como el número de heridos, de 3.489 en 2008 a 3.236 en 2010, de los cuales 99 fueron graves y 11 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 184 accidentes acaecidos en 2010 fue positivo en índice en el 84% 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 es 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 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 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 2.000 FAMILIARES DE PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA HAN RECIBIDO FORMACIÓN A TRAVÉS DE 83 TALLERES.

Durante el periodo de 1998 a 2010 se diseñó una cartera asistencial en el Servicio de Críticos y Urgencias 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 una evaluación sobre el conocimiento teórico y práctico y de la metodología utilizada. Ochenta y tres talleres se han desarrollado durante este periodo, siendo 1830 los familiares entrenados. La edad de

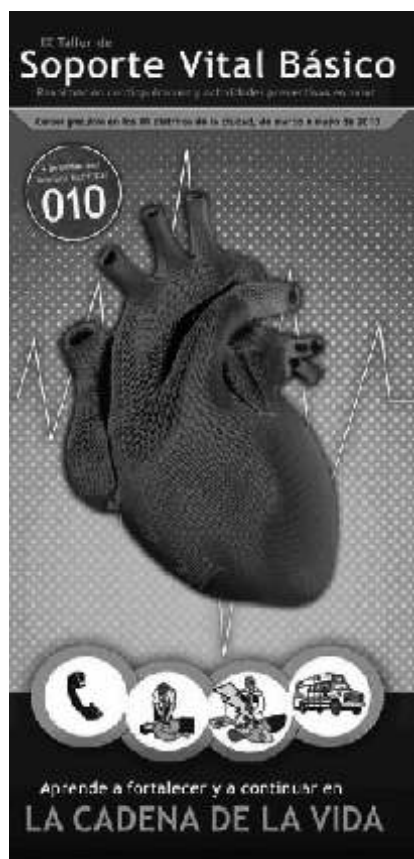
los familiares, que han asistido a estos talleres a lo largo de este periodo, ha permanecido estable en 39 años de media, el nivel medio de la puntuación de conocimiento antes del taller permanece estable si bien después del mismo ha aumentado de forma significativa en los últimos años al mejorar el nivel de estudios de forma paralela. Destaca mayor participación de la mujer en el núcleo familiar como cuidadora del paciente crónico.

(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, ➔

II. 2 DOS MIL TRESCIENTOS CIUDADANOS Y CUIDADORES DE PACIENTES FORMADOS EN LOS NOVENTA 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 2011 se han ofertado estos Cursos-Talleres, dirigidos a trabajadores comunitarios



061, Urgencias y Cuidados Críticos Hospitalarios (UCCH) han formado un total de 2300 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 SEIS 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

respetas 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 5400 personas han asistido a los tres simulacros de emergencias (ataque cardíaco agudo, ahogamiento en el mar y atragantamiento) realizados en los cuatro escenarios de las Playas de La Misericordia, La Malagueta, El Palo y Guadalmar durante los veranos del 2003 a 2011 se han desarrollado un total de 102 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 HAN ASISTIDO A SIMULACROS DE ACCIDENTES Y USO DE SUSTANCIAS TÓXICAS EN LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA.

En las áreas urbanas está

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, 2007 y 2008 nueve 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 está en el centro de la cuestión. Haremos que las puntas de icebergs o problemas de salud críticos sean menos vulnerables y con mayor nivel de reinserción social integral, por la menor incidencia de enfermedades subyacentes por estilos de vida más saludables. ■

1996-2011

XV
AÑOS

1996-2011

EXPAUMI

BREVE HISTORIA Y RESUMEN DE ACTIVIDADES

Nace EXPAUMI (Asociación de Expacientes de la Unidad de Medicina Intensiva) en Noviembre de 1996 en la UMI del Hospital Universitario de Málaga, creada por enfermos que habían estado ingresados y con la participación altruista de un grupo de profesionales (médicos y enfermeros) de la Unidad.

El objetivo fundamental y que actualmente continua siendo el eje de nuestra labor, es la de visitar diariamente a los enfermos ingresados en UMI por un equipo formado fundamentalmente por socios/expacientes.

Entender esta realidad tan Humana y que conlleva un alto grado de Sensibilidad, Solidaridad, Altruismo y Amor hacia los demás, es difícilmente igualable por ninguna Institución Pública o Privada, ya que los que realizamos esta labor desinteresada y diaria, somos enfermos y expacientes que hemos pasado todos por una Unidad de Cuidados Intensivos. Esa lamentable situación por la que atraviesa el enfermo y familia, la entendemos profundamente y es nuestro deseo y objetivo el paliar ese sufrir y la angustia por la que están pasando.

Además de las visitas

programadas diarias la Asociación realiza y colabora en otras actividades y programas de prevención, información y formación, dirigidos principalmente a los enfermos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos y sus familiares, pero también a la población en general. Para ello desarrollamos las actividades siguientes:

 Visitas a enfermos ingresados en UMI y a sus familiares. Se ha visitado a más de 5.500 pacientes y a más de 7.500 familiares con el soporte de un grupo de visitantes-voluntarios, con el objetivo de valorar la calidad asistencial recibida por el paciente y sus familiares y facilitar apoyo humano, emocional y social a los pacientes ingresados y a sus familias.

 83 Cursos gratuitos de Soporte Vital Básico, impartidos en nuestra sede a familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Intensiva. Ha recibido este entrenamiento un total de 1.830 personas.

 15 Cursos de Deshábito al Tabaco dirigidos a expacientes de UMI y a sus familiares. Han asistido a estos cursos más de 150 personas.

 Cursos de formación para el grupo de Visitadores-

Voluntarios.

 Cursos de formación para Cuidadores Primarios o familiares más directos de los pacientes.

 45 Charlas-Coloquio informativas sobre temas de salud impartidas por profesionales. Han asistido a estas charlas informativas más de 1800 personas.

 Reuniones semanales de la Asociación, para definir pautas a seguir.

 Mesas Redondas en Junio y Diciembre. En la actualidad sólo en Diciembre.

 Atención Psicológica y Apoyo Emocional para pacientes y familiares.

 90 Cursos de Soporte Vital Básico en los Distritos Municipales de Málaga capital. Se han beneficiado más de 2.300 ciudadanos malagueños.

 Voluntariado dedicado a informatizar datos y actualizar nuestra página web.

 Stand en la Feria del Discapacitado.

 Stand en Ferias de Participación y Voluntariado.

 Stand con simulacro de

Por la JUNTA DIRECTIVA DE EXPAUMI.

Dolor torácico el día Mundial de la Salud, invitados por el Ilustre Colegio de Médicos de Málaga.

✍ Stand en el XVII congreso de SAMFYC, invitados por esta Sociedad Científica.

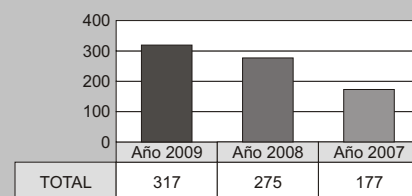
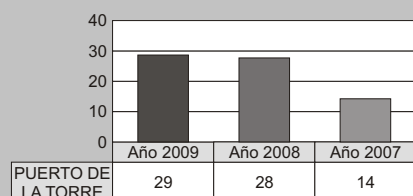
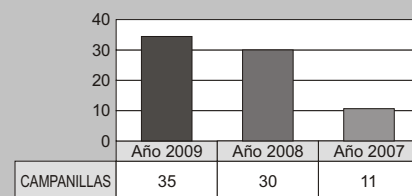
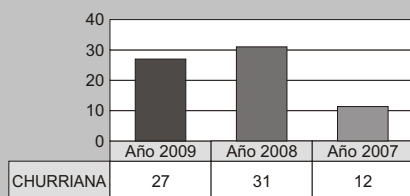
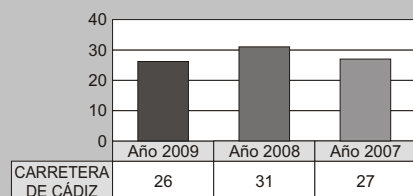
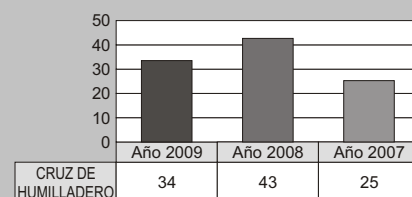
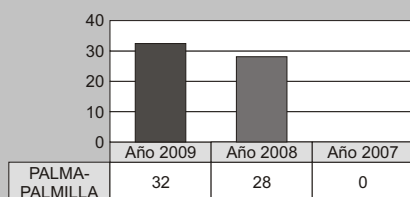
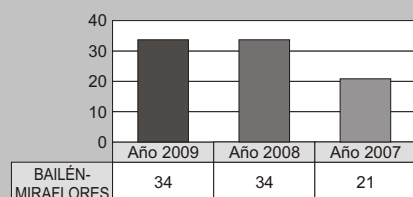
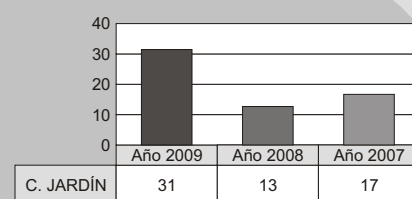
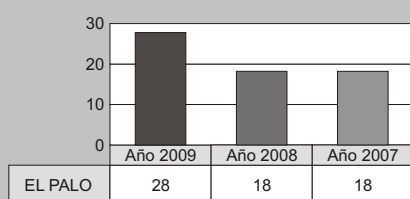
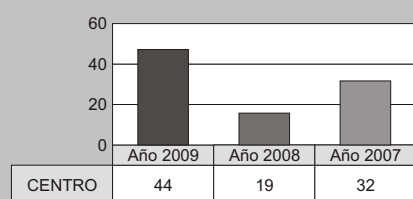
✍ Se han editado 20 números de la revista de EXPAUMI, que recogen los

contenidos de las mesas redondas y las diferentes actividades.

✍ 38 Jornadas de Divulgación de Actividades Preventivas en Salud y de Soporte Vital Básico en cuatro escenarios de playas de Málaga (cómo prevenir accidentes e intervenir en caso de Ahogamiento,

Atragantamiento y Dolor Torácico).

✍ Acuerdos y Convenios de Colaboración con Sociedades Científicas: Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva, Urgencias y Coronarias (SAMIUC), Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria (SAMFYC). ➔



✍ Se mantuvieron acuerdos y Convenios de Colaboración con Instituciones Públicas.

✍ Se ha subvencionado la instalación de música ambiental en la UMI.

✍ Dos viajes ("Mensajeros de Salud") por los distintos Hospitales Públicos de nuestra Comunidad Autónoma (se han visitado un total de 18 hospitales).

✍ Se han preparado grupos de expacientes para actuación en simulacros de emergencias.

✍ Apoyo al Duelo y al Paciente Terminal, este proyecto es llevado a cabo por la Psicóloga y la Trabajadora Social de la Asociación, junto con el personal sanitario de la UMI.

✍ Se han realizado tres Simulacros de Accidentes para la Prevención de Accidentes por Tóxicos en Jóvenes y Adolescentes en el Campus Universitario de Teatinos. Se beneficiaron más de 300 jóvenes.

✍ Estamos colaborando estrechamente desde hace más de ocho años con el 061, mediante la entrega y tramitación de la documentación de la "Tarjeta Corazón" a los enfermos que se visitan en la UMI y, asimismo, también estamos colaborando

con la Asociación de Donantes de Órganos en todos los eventos en los que EXPAUMI participa. Se han entregado más de 2.500 sobres informativos.

✍ En Enero del año 2.006, se crea la PLATAFORMA ANDALUZA SOCIO-SANITARIA (PAS), compuesta por EXPAUMI, las Sociedades Científicas SAMIUC y SANFYC conjuntamente con la Fundación Luís Portero García. A la creación del acuerdo de dicha Plataforma participó a la firma del mismo el Excmo. Alcalde de Málaga, D. Francisco de la Torre Prados. Por no poder asistir al acto personalmente el Excmo. Delegado del Gobierno de la Junta de Andalucía en Málaga, D. José Luis Marcos Medina, delegó y actuó en su representación D. José Luís Martínez, de la Delegación Provincial de Salud.

✍ Cursos de RCP a nivel Provincial (con experiencia piloto ya efectuada en Antequera, Vélez-Málaga, Torremolinos, Alhaurín de la Torre, Rincón de la Victoria Mollina, Marbella, Istán y Coín).

✍ EXPAUMI ha participado en Mesas Redondas de Congresos de la SAMIUC. En 2005 en el XXVII Congreso y II Jornadas de Enfermería celebrado en Córdoba con dos ponencias de "Puerta a dentro: El

paciente y su familia" y "La Familia del paciente de UCI". En el año 2011 en el XXXII Congreso y VII Jornadas de Enfermería celebrado en Granada con la ponencia: "La seguridad desde la visión emocional del paciente y su familia".

✍ Participación en Congresos Nacionales. Ponencia sobre "Retos en Medicina y Cuidados Intensivos: Participar desde la experiencia" en el XLV Congreso de la SEMICYUC en el año 2010.

✍ Ha colaborado en la edición de dos libros: "Consejos en la Angina y en el Infarto" ISBN: 978-84-693-9842-5, en el año 2010 y la "Segunda Oportunidad", ISBN: 978-84-694-4408-5 en el año 20011.

Esta exposición es en resumen el día a día de nuestra Asociación y que hoy cumplimos con dedicación y orgullo y damos las gracias a todos aquellos que participan de forma altruista con nosotros, asimismo, agradecemos a todas las Instituciones Públicas por el apoyo que nos brindan.

Málaga, Noviembre de 2011. ■

COMPONENTE EMOCIONAL DEL PACIENTE Y SU FAMILIA EN CUIDADOS INTENSIVOS

Buenas tardes:

En primer lugar quiero agradecer a SAMIUC esta invitación, en nombre de la Asociación de EXPUMI.

Cuando accedí a participar en esta mesa redonda, no sabía lo difícil que sería para mi recordar hechos que creía tener superados, pero en realidad este tipo de superación es ficción y hay recuerdos que por mucho que lo intentemos quedan en nuestra mente como un sello imborrable, y me refiero a la fatídica fecha del día 13 de Febrero de 2001.

En ningún momento pensé que para mi ese día fuera tan señalado, bueno todo empezó por un pequeño dolor o quizás ni eso, fue una pequeña molestia que sentía en la boca del estomago que se me irradiaba hasta las mandíbulas con sudoración, me dirigí hacia el botiquín de mi centro de trabajo, el sanitario me tomo la tensión la cual estaba alta, para controlarla me puso una pastilla debajo de la lengua y cuando me estabilice me incorpore a mi puesto, no obstante como las molestias seguían solicite al servicio sanitario autorización para ausentarme del trabajo y desplazarme a mi domicilio a lo cual accedí.

Llegado a mi casa tome un baño con el fin de ver si se me calmaban las molestias, estas ni aliviaron ni desmejoraron, seguidamente me acosté por ver si el reposo actuaba en mi favor, pero ninguna de las pruebas resultaron favorables, me dirigí a urgencias de mi centro de salud y allí me hicieron un electroinformado, después de interpretarlo el médico de turno, dijo que no veía nada en el mismo (el informe indicaba posible infarto anterior), me aconsejo que fuera a urgencias hospitalaria, acudí desplazándome en taxis, con todo esto quiero decir que la asistencia sanitaria fue en todo caso perfecta mirándolo desde la perspectiva de trato humano, ¿bien diagnosticado? No sé, pero analizándolo con posterioridad, llegué a la conclusión de que no fui correctamente atendido ya que todos los desplazamientos los tuve que hacer por mi cuenta y por supuesto sin protección sanitaria. ¿El por qué, no pidieron ni el centro de trabajo ni urgencias del centro de salud un transporte sanitario para desplazarme a urgencias hospitalaria? las circunstancias las desconozco, pero quiero pensar que nadie veía en mí la gravedad que después se confirmaría. Una vez en urgencias hospitalaria

y explicado mi caso, me hicieron análisis y me dieron pastillas para debajo de la lengua, al ser la analítica positiva me ingresaron en observación (por cierto tras una espera de seis horas fui diagnosticado), en esta fase la falta de información, porque no todo hay que centrarlo en el cuido sanitario, a nosotros los pacientes y familiares no solo nos gusta que nos den información y que nos expliquen, sino también que nos den la oportunidad de expresar nuestras dudas y nuestras preguntas, la escasez de esta comunicación, crea una inseguridad en los familiares y enfermos. En observación es donde verdaderamente comienza la soledad de la persona, aunque protegido por la asistencia sanitaria, nadie puede figurarse la melancolía que uno siente en esos momentos, te invaden muchos pensamientos pero sobre todo la familia, el futuro, ciertamente te replanteas la vida haciendo un análisis de la pasada y, llegas a la conclusión de que hay cosas las cuales tienes que cambiar. Una vez ingresado en UMI, cambia el escenario pero no el estado de ánimo, aunque es de agradecer la seguridad que te dan los profesionales dentro de la unidad y el trato tan exquisito con el que atesoran a los enfermos, son ➔

todo atención y aunque el trato es profesional también puedo decir que son afables y consiguen que sea más llevadera la estancia.

Recuerdo que en una mesa redonda organizada por EXPAUMI en la cual participe con la ponencia titulada “...Y LA VIDA SIGUE”, expuse que cuando se goza de buena vitalidad y no ha habido el mas mínimo asomo de una enfermedad crónica, como ocurrió en mi caso, hasta que me diagnosticaron infarto de miocardio, no te planteas lo importante que es la salud y los cambios a los que te tendrás que adaptar, teniendo presente que en nuestra forma de vivir, con el tiempo cogemos rutinas que se convierten en hábitos de los que creemos no poder prescindir, ahora tienes que replantearte un cambio porque de él depende tu calidad de vida futura. Puedo decir que mis primeros días estuvieron llenos de incertidumbre, me encontraba desorientado, tenía miedo a realizar actividades que por ignorancia creía ser peligrosas para mi salud, me acostaba inseguro, tenía insomnios, me levantaba varias veces por las noches y por las mañanas reflexionaba sobre mi futuro. Todo ello fue desapareciendo

gracias al apoyo de mi familia y al paso del tiempo, que me ha proporcionado seguridad y un nuevo enfoque de mi vida.

¿Cómo creen que puede ser el componente emocional de una persona y su familia en este estado? Voy a intentar explicarlo pero por mucho que me concentre nada más que puedo decirles que el componente emocional es nefasto, no ves en esos momentos nada positivo, te encuentras vacío, piensas que te aproximas mas al final que al nuevo comienzo que estoy viviendo, la UMI es deprimente para el enfermo desde el momento en el cual te ves conectado a una maquina y sabes que las cosas no van bien, es mas tu pensamiento te llega a la conclusión de que algo termina o tu vida o tu pasado.

Ahora quiero exponer el sentir de mi familia y como lo pasaron emocionalmente. En primer lugar quiero decir que la enfermedad para todos fue una ruptura, la estabilidad y la seguridad del futuro desaparece, comprendíamos que ya nada seria igual, que todo cambiaria, ellos aunque me demostraban entereza yo veía sus caras de preocupación, les hablo de una familia con dos hijos los cuales aunque mayores relativamente vivieron unos momentos muy

desagradables y, más fastidiosos fueron cuando a mi mujer le dijeron que avisara a los familiares que no sabían que podía ocurrir en las próximas horas. Si tuviera que hablar de ellos me tiraría horas, nada más que puedo decir que a pesar de la magnitud de su sufrimiento, mayor fue su entereza y apoyo, me infundían ánimo dentro y fuera de UMI, les puedo manifestar que los cambios de hábitos lo llevaron conmigo, ellos se adaptaron a mis dietas y nuevas costumbres, mis hijos estudiantes estuvieron en todo momento en ayuda y apoyo de su madre y aconsejándome, en ningún momento nos faltó ninguno a nuestro lado, aunque infundían ánimo lo hacían desde la inmadurez acto que me enorgullecía y me daba fuerzas, pienso que aunque todos teníamos un estado de ánimo poco recomendable colaboramos en la superación de la enfermedad.

Hoy puedo decirles que me siento muy recuperado del episodio pero siempre en alerta y con el recuerdo puesto en esos días que fueron los peores que pasamos.

No puedo despedirme sin agradecer la ayuda desinteresada que desde el primer momento me ofreció EXPAUMI, a pesar de la

Por **Rogelio Moreno Vigo.**
Expaciente de UCI.

tristeza en que me encontré dentro de UMI, es muy reconfortante el saber que personas con la misma patología dedican su tiempo en fortalecer y estimular a los demás. Y animo a todos aquellos profesionales que en su trabajo habitual crean que pueden hacer un modelo parecido al nuestro, que no lo piensen y se decidan, verán la evolución positiva de los enfermos crónicos, fuera y dentro del ámbito hospitalario.

En un primer lugar pensé terminar esta ponencia, con la explicación de mi relato personal y familiar, pero no sería completo si no les hago valer mi condición de Socio Voluntario y Secretario de EXPAUMI.

Nace esta Asociación en Noviembre de 1996 en la UMI del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, con la participación altruista de un grupo de profesionales (médicos y enfermeros) y por enfermos que habían estado ingresados en la Unidad.

El objetivo fundamental y que actualmente continua siendo el eje de nuestra labor, es la de visitar diariamente a los enfermos ingresados en UMI por un equipo formado fundamentalmente por

socios/expacientes.

Entender esta realidad tan Humana y que conlleva un alto grado de Sensibilidad, Solidaridad, Altruismo y Amor hacia los demás, es difícilmente igualable por ninguna Institución Pública o Privada, ya que los que realizamos esta labor desinteresada y diaria, somos enfermos y expacientes que hemos pasado todos por una Unidad de Cuidados Intensivos. Esa lamentable situación por la que atraviesa el enfermo y familia, la entendemos profundamente y es nuestro deseo y objetivo el paliar ese sufrir y la angustia por la que están pasando.

Además de las visitas programadas diarias la Asociación realiza y colabora en otras actividades y programas de prevención, información y formación, dirigidos principalmente a los enfermos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos, familiares y población en general.

Llevamos 10 años consecutivos impartiendo cursos de R.C.P en los diez distintos Distritos de la ciudad de Málaga, estos mismos se imparten en nuestra sede desde hace 16 años, somos pioneros en la propagación y divulgación de las técnicas en simulacros (atragantamiento,

ahogamiento e infarto) realizados en cuatro escenarios diferentes de playa, este será el 10º año.

Hay otras muchas actividades de igual importancia las cuales si alguien siente curiosidad visiten nuestra página Web: <http://www.expaumi.org>.

Como decía Teresa de Calcuta:

“Voy a pasar por la vida una sola vez, por eso cualquier cosa buena que yo pueda hacer a un ser humano, tengo que hacerlo ahora, porque no pasare de nuevo por aquí”.

Gracias por su atención.

Ponencia Presentada en el XXXII Congreso de la SAMIUC (Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva, Urgencias y Coronarias). Granada, 8 de Abril de 2011. ■

1996-2011
XV
AÑOS
1996-2011



EL RECETARIO

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



CEBOLLAS RELLENAS

Tiempo de preparación: 40 minutos.

6 comensales.

INGREDIENTES:

4 cebollas.
1/4 Kg. De carne picada.
1/4 l. de leche.
1 limón.
1 huevo.
Ajo.
Perejil.
Canela.
Sal.
Pimienta.

TEMPORADA: Todo el año.

PREPARACIÓN:

Se hace una masa con la carne picada en una fuente. Se añade sal, perejil, pimienta, ajo, una pizca de canela, un poco de leche, limón y la yema del huevo. Se escogen cebollas de un tamaño similar. Se cortan por arriba y se les quitan las capas del centro hasta dejarlas con un grosor de medio centímetro.

Se rellenan las cebollas con una porción de la masa preparada. Se barnizan las superficies con claras batidas y se pasan por harina. Se doran en aceite, colocándolas boca abajo. En el aceite sobrante se fríe un poco de cebolla picada a la que se agregan dos cucharadas de harina y tres de vino.

Se coloca este preparado en una cacerola, junto con las cebollas y se añade agua hasta cubrirlas. Se deja cocer y cuando las cebollas estén tiernas se hornean un poco y se sirven.

FAISÁN ASADO A LA TRUFA

INGREDIENTES:

1 faisán limpio (también se puede hacer con pollo o con pavo).

Sal

Pimienta recién molida. 1/2 vaso de vino de jerez.

2 higaditos de pollo.

100 g. de carne de cerdo picada.

1 trufa.

1 huevo.

1 cucharada de pan rallado.

1 cucharadita de piñones troceados.

1 cucharada de pasas de Corinto.

Lonchas finas de tocino.

4 cucharadas de aceite de oliva.

2 dientes de ajo.

1 cebolla.

T I E M P O D E PREPARACIÓN: 1 hora y 30 minutos.

Por Manuel Ortega.
Expaciente.

PREPARACIÓN:

Soflamamos, limpiamos y lavamos el faisán. Salpimentamos al gusto en una cazuela de barro grande. Rociamos el vino por encima y dejamos macerar de doce a catorce horas, dándole la vuelta de vez en cuando. Preparamos una farsa con los higaditos, la carne picada y la trufa desmenuzada. Añadimos el huevo batido, el pan rallado y los piñones y salpimentamos al gusto la farsa.

Pasado el tiempo de maceración, rellenamos el faisán con la farsa. Cogemos por la parte inferior, para evitar que se salga y envolvemos el faisán con las lonchas de tocino y lo bridamos. Ponemos todo el aceite en la misma cazuela, añadimos los ajos y la cebolla pelados y cortados en rodajas finas. Colocamos el faisán y llevamos la cazuela al horno (precalentado a 200°). Horneamos unos 15 minutos, agregando un vaso de agua. Bajamos la temperatura a 180° y horneamos de 45 a 50 minutos. Si queda muy seco, añadimos un poco de agua. Una vez asado, colocamos el faisán en una fuente precalentada y lo desbridamos. Ponemos las lonchas de tocino a un lado. Sacamos el relleno, lo

cortamos en rodajas y los ponemos al otro lado de la fuente. Rociamos todo con su propio jugo y servimos.

SUFFLÉ DE CASTAÑAS

INGREDIENTES (para seis personas):

400 g. de castañas.
60 g. de mantequilla. 80 g. de azúcar.
4 yemas de huevo.
3 claras de huevo.
Vainilla.
Sal.

TIEMPO DE COCCIÓN: 25-30 minutos.

PREPARACIÓN:

Se mondan las castañas y se cuecen en leche avainillada. Se escurren y se pasan por el tamiz fino. Se pone el puré en una cacerola junto con la mantequilla y el azúcar y se deja desecar durante seis o siete minutos al lado del fuego. Se retira y se añaden las yemas y luego las claras a punto de nieve. Se cuece en un molde untado con mantequilla y azucarado.

Se sirve acompañado de crema inglesa o de salsa de albaricoque caliente al ron. ■



RETO A LA EXCELENCIA

Por Antonio Gil Fuentes,
Ex-Secretario de EXPAUMI
(años 1998-2006).

Por excelencia, se entiende una superior calidad o bondad que hace digno de especial aprecio y estimación a algo o a alguien.

Para que una acción humana, una persona, una asociación, etc, sea excelente, éstas, tienen que destacar y sobresalir por sus ideas, obras y acciones, es decir que como consecuencia se las tiene que ver y notar.

Como ya expuse en mi artículo, que fue editado en la revista nº 15, diciembre del año 2004 y cuyo título denominado **"Competencias y Valores"**, decía que era *fundamental el definir y posicionar nuestro campo de trabajo y de nuestra acción socio-sanitaria en aquello que conocemos y sabemos hacer bien.*

Han transcurrido 15 años de arduo trabajo y mucha ilusión, con una gran dosis de amor, constancia y mucha humanidad con la participación de muchos compañeros y personas que de una manera u otra han colaborado de manera totalmente altruista a lo largo de todos estos años de manera eficaz y positiva.

Asimismo, EXPAUMI ha significado también una organización abierta y profundamente colaboradora con las instituciones públicas de Andalucía.

La experiencia acumulada a través de todos nuestros proyectos llevados a la práctica y hechos realidad durante estos 15 años, son nuestros grandes avales y garantías por su eficacia y responsabilidad.

Me pregunto ¿es ésto excelencia?

Ante esta pregunta quiero responder con mi mayor objetividad y humildad ¡sí!, EXPAUMI ha dado una respuesta positiva en todo momento y ha cosechado a lo largo de estos años, una encomiable lista de proyectos y retos, los cuales han sido desarrollados con eficacia y calidad, pensando siempre que nuestro objetivo era y es, el de favorecer de manera altruista y sin ningún ánimo de lucro, a los enfermos y familiares en nuestras visitas diarias en la UCI del Hospital Clínico y también en dar respuesta a los ciudadanos malagueños en cuanto a la información y formación como mensajeros de salud.

Todas estas actuaciones desarrolladas por nuestra Asociación a lo largo de estos quince años, han sido consideradas y catalogadas por todas los estamentos públicos y privados como Asociación necesaria y que si no existiéramos se tendría que inventar, puesto que la sanidad pública no las puede abarcar, ni financiar.

La mejor descripción la refleja el

Sr. D. José Luis Marcos Medina, ex-Delegado de Salud en Málaga, cuando el 28 de febrero del año 2002 y con motivo del día de Andalucía se nos otorgó la máxima distinción en reconocimiento a la labor humanitaria, desinteresada y solidaria, y dijo:

"La aportación y participación de EXPAUMI en foros y programas de promoción, prevención y formación, le hace ser un colectivo implicado en el proceso de mejora continua, de la humanización del acto médico y de los cuidados de enfermería, aumentando el nivel de satisfacción de la asistencia sanitaria percibida por el paciente y su familia".

Desde nuestros inicios, con el ejemplo vivo y permanente hasta la fecha de los doctores Dña. M^a Victoria de la Torre y D. Ángel García Alcántara, base fundamental para todos nosotros, significa el darnos y entregarnos día a día a esta causa tan digna y que durante tantos años ha sido y sigue siendo nuestro lema básico de funcionamiento.

Compañeros y amigos, sinceramente, nuestra Asociación EXPAUMI puede sentirse muy orgullosa de haber alcanzado este título de "Excelencia", gracias a un trabajo muy bien hecho por todos. ■

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

CUOTA SEMESTRAL 10€

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).

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

CUOTA SEMESTRAL 10€

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