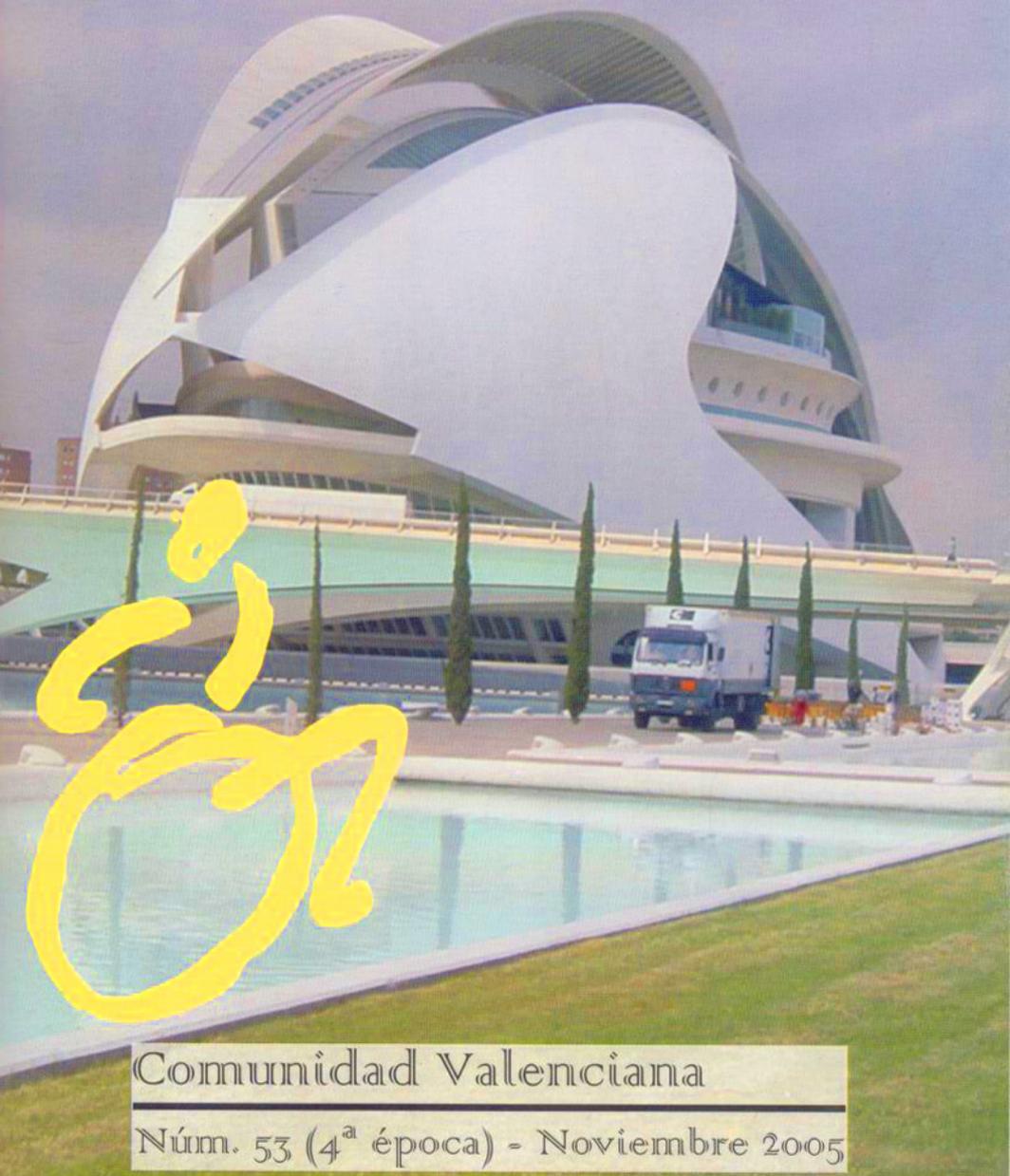


ASPAYM



Comunidad Valenciana

Núm. 53 (4^a época) - Noviembre 2005

ASPAYM Información para la Integración

La Revista ASPAYM es el órgano de difusión de ASPAYM Comunidad Valenciana, pretende ser un vehículo de información para todos los interesados en los diferentes aspectos de las discapacidades, tanto médicos como de interés general.

Los artículos y opiniones que se publican son responsabilidad de los firmantes. Los editores, al aceptar los trabajos, regulan unas normas básicas acordes con la ética de la publicación.

Han colaborado en este número :

Germán García
Carlos Sotos
Vanessa Carot
Raquel Rodríguez
Luisa Marco García
Dr. Antonio Sanchez Ramos
Dr. Joan Vidal
M^a José Barreda
Julia Martinez Covelo
Sonia Galarza
Olalla Trigás

Damos las gracias a todas las personas que han hecho posible la publicación y difusión de esta Revista.

Depósito legal: V-1887-1991

Impreso en:
Centro de Impresión Sanchis

ASPAYM Comunidad Valenciana

Junta Directiva:

Presidente: José Balaguer
Vicepresidente: Alejandro Sáez
Tesorera: Ana M^a Micó
Secretaria: Mari Luz Boix
Vocales: Carlos Sotos
Francisco Molina
Adela Gasulla
Amparo Rubio
Yolanda Ruiz

Sede Social:

Pl. Salvador Allende, 5
46019 VALENCIA
Tel. y Fax: 366 49 02
E-mail: aspaymcv@ono.com
www.aspaymcv.com

REVISTA

Editores:
ASPAYM Comunidad Valenciana
Coordinador:
Francisco Miguel Molina Lloréns
Maquetación:
Alejandro Sáez Fernández
Carlos Sotos Portalés

Patrocina:

IMSERSO

EL QUE LA SIGUE LA CONSIGUE

RENFE de Sagunt se dota de una rampa manual para facilitar el acceso al tren de las personas con movilidad reducida

La estación de RENFE de Sagunt tiene dos grandes barreras arquitectónicas que impiden que las personas con movilidad reducida puedan utilizar este medio de transporte. Una son los veintiocho escalones de bajada y otros tantos de subida del pasillo subterráneo que conecta los dos andenes. La otra, los dos escalones de desnivel –insalvables en silla de ruedas- para acceder a la plataforma de los vagones desde el suelo del andén.

No es que en Sagunt estemos mucho peor que en otras estaciones. Seguro que, más o menos, ésta es la tónica de la mayoría de municipios por los que pasa el tren. Pero en nuestro caso no nos hemos resignado a ser discriminados en nuestro derecho de utilizar el transporte público y decidimos no parar hasta que las “cosas que son así” dejaran de serlo y fueran de otra manera.

En diciembre del año 2003, coincidiendo con el Día Internacional de las Personas Discapacitadas, entregamos al Jefe de Estación más de 3.000 instancias firmadas por vecinos y vecinas de la comarca solicitando la eliminación

de las barreras arquitectónicas. La colaboración de los Institutos de Secundaria, del Hospital comarcal y de diversas entidades municipales fue determinante para recoger en sólo un par de semanas tal cantidad de adhesiones.

La Dirección de RENFE tuvo que responder por correo a cada una de las instancias, aunque sólo fuera para justificar con buenas palabras su “preocupación prioritaria” y señalar el “importante esfuerzo” que vienen realizando. Las mismas buenas palabras con las que el responsable de Cercanías en Valencia respondió a la carta que le remitió el presidente de ASPAYM o con las que nos despedía cada vez que íbamos a su despacho a pedirle soluciones concretas.

Unos meses más tarde contactamos con un diputado invidente Joaquín González Sospedra, del Grupo Socialista en las Cortes Valencianas, quien presentó una proposición no de ley instando a la Generalitat a interesarse por el problema de la accesibilidad de las estaciones de RENFE. Organizamos una rueda de prensa en Sagunt para

dar noticia de la iniciativa con asistencia del Diputado en cuestión y de la Alcaldesa del municipio.

Por último, a finales de mayo, solicitamos una nueva reunión en Valencia. Pero a diferencia de otras veces en que solíamos ir dos personas –una de la comarca y otra de la Junta Directiva de ASPAYM- nos presentamos en el despacho seis personas en silla de ruedas con sus respectivos acompañantes. Seis personas que habíamos viajado en tren desde Sagunt, accediendo mediante una rampa particular que llevamos nosotros mismos, y que descendimos en Valencia uno por uno con la plataforma hidráulica de que dispone aquella estación. Es decir, montamos un auténtico número del que se hizo eco la prensa y que, por cierto, no sentó nada bien al Sr. Gerente del Servicio de Cercanías.

Pero por fin, esta vez conseguimos arrancar unos compromisos concretos, algunos de los cuales ya se han materializado. Han comprado una rampa manual como la que habíamos utilizado para trasladarnos a la reunión y está disponible en la Estación de Sagunt de manera que cuando necesitamos viajar en tren, un operario la coloca en la

puerta de acceso al vagón y es muy fácil subir, sobre todo con silla eléctrica. También hemos llegado al acuerdo de que, mientras no se instalen ascensores, y siempre que avisemos con un mínimo de antelación, el tren en el que viajemos parará siempre en el andén que está junto a la estación de forma que no tengamos que utilizar el paso subterráneo con sus malditas 56 escaleras.

Son dos pequeñas cosas que no agotan nuestras necesidades ni son la solución definitiva al problema pero que, de momento, han convertido una situación completamente inaccesible en otra al menos practicable. Ayer no podíamos viajar en tren y hoy podemos hacerlo. La rampa manual de acceso, aunque provisional, es una solución económicamente poco costosa y poco complicada de utilizar por lo que podría demandarse en cualquier estación o, mejor aún, podrían llevarla todos los trenes para poder ser utilizada allí donde se necesitara.



Col.lectiu Dis-Camp de Morvedre

KARTS ADAPTADOS

Hace algo más de un año me enteré de que una empresa que organizaba carreras de karts, había adquirido a modo de prueba unos mandos para poder llevar esos karts con las manos, karts adaptados para que personas como yo, discapacitadas físicas que no pueden usar las piernas y así poder conducir estos “bichejos” con ruedas.

Nada más probarlo entendí que como en los coches, nosotros podríamos disfrutar mucho en su conducción. Dialogando con responsable de esta empresa, que está en el anexo al circuito “Ricardo Tormo” de Cheste (D. Miguel Iranzo), me habló de que había que impulsar esto de los karts y que sería una bonita manera de pasar un par de horas distintas y divertidas para nosotros los discapacitados.

Ya pasados unos meses coincidí con mi amigo “Valentín” y en su chalet tomando café se gestó la creación de una asociación de conductores de karts adaptados, (DISKARTS). Pensamos que había que crear una asociación sin ánimo de lucro y solicitar subvenciones para que con esta original actividad lúdica fomentáramos el reunirnos para hablar de cualquier tema relacionado con los discapacitados y también hacer unas carreritas privadas con kart adaptado e incluso a medio plazo competir.

Creamos la asociación con estatutos incluidos, hablamos con la Sra. Alicia de Miguel (Consellera de Bienestar Social) que le pareció una buena idea, con el Ayuntamiento de Cheste, hemos preparado un bonito proyecto para la Caja de Ahorros del Mediterráneo (CAM) y Bancaixa etc., en fin trabajo para el disfrute de los más de 20 compañeros que vienen a pasarlo bien con el kart. Hace pocos meses nos concedieron el número de registro como asociación y casi al mismo tiempo, una subvención para organizar y sufragar los gastos de una temporada de conducción con kart adaptado.

Un bonito comienzo de otro proyecto en los que he puesto ilusión y ganas, que espero siga mucho tiempo funcionando y se involucren muchos más compañeros-as.

Germán García.
Vicepresidente DISKARTS



Arcos y flechas para afrontar la discapacidad

La Fe usa tiro con arco en un programa de rehabilitación

Su nombre, Juan Andrés Burguera. Su oficio, neurólogo del hospital La Fe de Valencia. Su afición, el tiro con arco desde hace ocho años. Su mérito, contribuir a la inserción social y rehabilitación física y psíquica de los pacientes del hospital con lesiones agudas traumáticas de la médula y otras minusvalías físicas, sensoriales o fisiológicas a través de la práctica del tiro con arco.

Este deporte fue uno de los primeros que, junto con el baloncesto y el atletismo, se empezaron a practicar con fines terapéuticos en personas en silla de ruedas. Fue en 1946, en el hospital Stoke Mandeville de Lesionados Medulares (Inglaterra), a cargo del neurólogo y neurocirujano Ludwing Guttman, dedicado a lesiones medulares por heridas de guerra.

Hoy, más de medio siglo después, no sólo se ha reforzado esta práctica socio-sanitaria, sino que ha aumentado la gama de actividades al servicio de este colectivo, posibilitando así su integración en la sociedad, fomentando la igualdad de oportunidades y, según el doctor Burguera, «ayudándoles a superar barreras, que están ahí». Con este

fin, el 1 de octubre de 1999 se puso en marcha un programa llamado Hospi Esport llevado a cabo por las conselleries de Cultura, Educación y Deportes y de Sanidad de la Generalitat Valenciana y por la Federación de Deportes Adaptados de la Comunidad Valenciana (FESA). En este programa, que se empezó a llevar a cabo en el Hospital La Fe de Valencia, está incluido el tiro con arco entre otros muchos deportes adaptados (baloncesto, atletismo, natación, esgrima, ajedrez, tenis, tenis de mesa, iniciación fuerza y musculación...).

Según el doctor Burguera, entrenador junto con José Ortiz de tiro con arco adaptado, «la idea es iniciar en el tiro con arco a aquellas personas que tienen una minusvalía desde el punto de vista físico, psíquico, funcional o fisiológico para que cuando sean dadas de alta, se integren en clubes, y, a través de ellos puedan competir.

De esta forma, les acercamos el deporte y llenamos su tiempo». Existen varias categorías de tiro con arco según el nivel de lesión, así como diversos arcos adaptados.

En la categoría ARW1 se incluyen los más afectados (con lesiones en brazos y piernas) que utilizan un tipo de arco especial, el arco de poleas que permite reducir el esfuerzo que realizan los jugadores, facilitándoles e incluso posibilitándoles en algún caso la práctica del deporte. En la categoría ARW2 se incluyen los lesionados en piernas, que utilizan arcos convencionales y que pueden participar en campeonatos tanto para adaptados como para no adaptados, al igual que los que se integran en la categoría ARST, para los menos lesionados, que son capaces de avanzar unos pasos.

Entre la rehabilitación y el ocio

«La práctica de tiro con arco es una mezcla de rehabilitación, ocio e integración», explica Juan Andrés Burguera. Y añade: «de este modo realizan ejercicio constante, trabajan el equilibrio del tronco, fundamental para una buena práctica del deporte, se desplazan con la silla, ejercitan la coordinación motora, espacio-visual y de movimiento y movilizan las articulaciones. Es un deporte al aire libre en el que no necesitas a nadie, lo haces tú mismo y compites contra ti mismo».



Aplicamos las últimas técnicas en tratamientos para la recuperación de lesionados medulares y fibromialgias

Cita Previa 96 326 07 94

Nuestra metodología | estudio completo del paciente
diagnóstico funcional
diseño de terapia individualizada
orientación familiar

Nuestro equipo | fisiólogos, neurologos, farmacéuticos,
fisioterapeutas, terapeutas regenerativos.


Clínica Villarón
Centro neurológico
fisioterapéutico

www.clinicavillaron.com
C/ José María Bayarri, 18
46014 VALENCIA

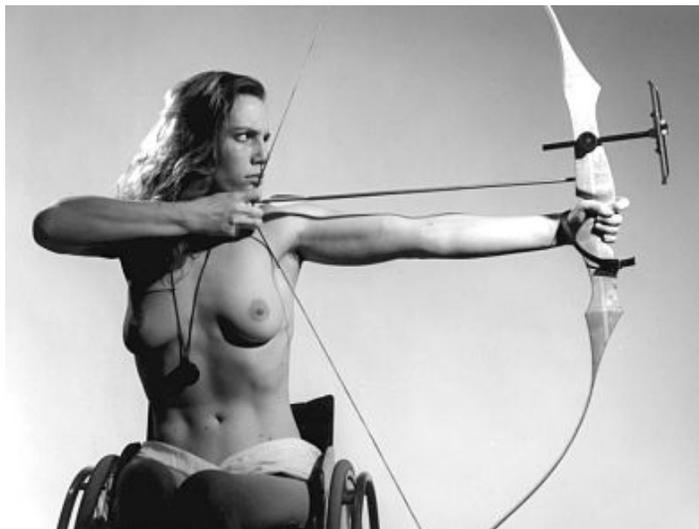
El tiro con arco se practica en Japón con una finalidad diferente. El propósito del Kyudo («camino del arco»), forma japonesa de tiro con arco que se utiliza en la filosofía Zen (budista), es purificar la mente; es práctica de meditación más que un deporte. Así, a lo anteriormente explicado, el doctor. Burguera añade que «el tiro con arco no es sólo ejercicio físico, es también ejercicio mental: contribuye a desarrollar la concentración y el autodomínio». Todo son ventajas, porque no es sólo un deporte en el que se ejercita cuerpo y mente, sino que además, es un deporte social: «compartes tus gustos y técnicas con tus compañeros. A ellos, este deporte les ayuda a superar barreras y a lograr una red de apoyos. Contribuye a su integración social, a su inserción en las líneas de los adaptados o las de

las personas que no tienen ninguna minusvalía y así mantienen buenas relaciones», afirma. El médico asegura que el grado de mejora es sobre todo psíquico.

Gracias a este programa se ha creado un nuevo club de tiro con arco en La Pobra de Farnals: «es posible que el año que viene podamos traernos el XXXV Campeonato Nacional aquí», comenta Juan José Luján, cuarto clasificado en el campeonato de España de Tiro con Arco para adaptados, recién celebrado en Antequera.

Unos ponen los materiales, la motivación y el trabajo; otros la fuerza y las ganas de seguir adelante, y todo para intentar suprimir las barreras físicas y psicológicas que impiden a este colectivo lograr una total integración en la sociedad y una igualdad plena, igualdad que se empezó a perseguir en 1993, en la Asamblea General de Naciones Unidas, y que once años después, aún tiene un largo camino por recorrer.

**Luisa Marco García,
Levante. Valencia.**



DISFUNCION ERECTIL EN EL LESIONADO MEDULAR

Joan Vidal Jefe de la Unidad de Lesionados Medulares del Hospital de Neurorrehabilitación Institut Guttmann. Badalona (Barcelona).

La disfunción eréctil viene definida como la imposibilidad de mantener una erección que imposibilita un coito deseado. Dicha alteración se presenta en la mayoría de los lesionados medulares (L.M.), bien como ausencia absoluta de erección, bien como una falta sobre el control de la misma.

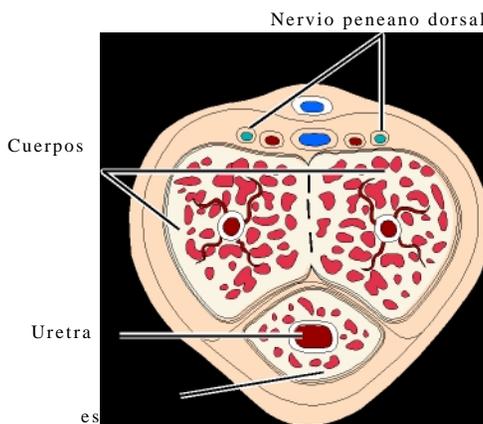
Según la literatura, la erección se halla abolida en el 23% de los L.M. (Jouannet 1981), y en el resto de pacientes con erecciones, éstas son en la mayoría de los casos (75%) de tipo reflejo y por tanto no controlables.

La erección es un mecanismo del tejido eréctil que se basa en un fenómeno de tipo neuro-endocrino-vascular y que por tanto cualquier alteración a este nivel puede provocar trastornos erectivos.

MECANISMO VASCULAR

Hasta hace poco se creía que la erección de los cuerpos cavernosos dependía de la apertura del flujo sanguíneo y cierre de las venas. Recientemente se ha demostrado que no es del todo cier-

to, pues si bien se produce una entrada de flujo arterial, el cierre venoso no depende exclusivamente de un aumento de la presión intracavernosa, sino que en él participarían también las raíces sacras anteriores (Brindley). A nivel del glande y el cuerpo esponjoso también es conocida la entrada de flujo arterial, pero se desconoce si existe un mecanismo de cierre venoso. Durante la detumescencia se produce una reapertura del drenaje venoso y una contracción del plexo arterial.



MECANISMO NEUROLOGICO

Es aceptada la participación conjunta en la erección del sistema parasimpático y simpático. Esto se ha podido demostrar clínicamente en casos de simpantectomía en que persiste la erección, como en caso de lesiones de cola de caballo por debajo de L1, en que puede también estar presente. La primera fase de la erección, desde el estado de reposo hasta la tumescencia, depende del parasimpático, la segunda fase hasta la rigidez, depende más de la inervación simpática. Sin embargo como dato interesante, se ha demostrado con la utilización de los estimuladores de plexo hipogástrico (efecto simpático), que dicho plexo contiene fibras erectivas y antieréctiles.

Finalmente decir que los centros nerviosos de control de la erección son :

- .Parasimpático : S2-S4

- Simpático : D11-L2

Las raíces que más intervienen en la erección son S2-S3.

NEUROTRANSMISORES

Existen toda una serie de neurotransmisores que participan en el mecanismo de la erección:

- *VIP : Péptido vasoactivo intestinal, situado a nivel de cuerpos cavernosos y próstata.

- *Sustancia P : en glande.

- *Somatostatina : en Vesículas seminales y conductos deferentes.

- *Polipéptido pancreático : situados en próstata, conductos deferentes y vesículas seminales.

Cuando se produce una interrupción de las vías nerviosas como consecuencia de una lesión medular, los trastornos que podremos observar en el área de la sexualidad y fertilidad, a nivel general, vendrán influidos por una serie de hechos, que el conocerlos, nos puede ayudar a comprender mejor la falta de erección:

- 1) La función sexual se altera de forma más importante que el mecanismo de la micción, afectándose más la eyaculación que la erección.

- 2) La erección se halla conservada en mayor porcentaje, cuanto más alto es el nivel de lesión medular.

- 3) La función sexual se halla menos afectada en lesiones incompletas que en lesiones completas.

- 4) Las lesiones de tipo espástico conservan en mayor porcentaje la erección que las lesiones de tipo flácido.

Es interesante clasificar los diferentes tipos de erección que se pueden dar tras una lesión medular:

-REFLEJA: se produce por estimulación sublesional siempre que el arco reflejo esté conservado (D10-D12).

-PSICOGENA: se produce por aumento de la libido, causa una cierta tumescencia pero es difícil conseguir la penetración. Se da en niveles lesionales bajos en que no se haya afectada la médula dorsal baja. Suele presentar erecciones breves.

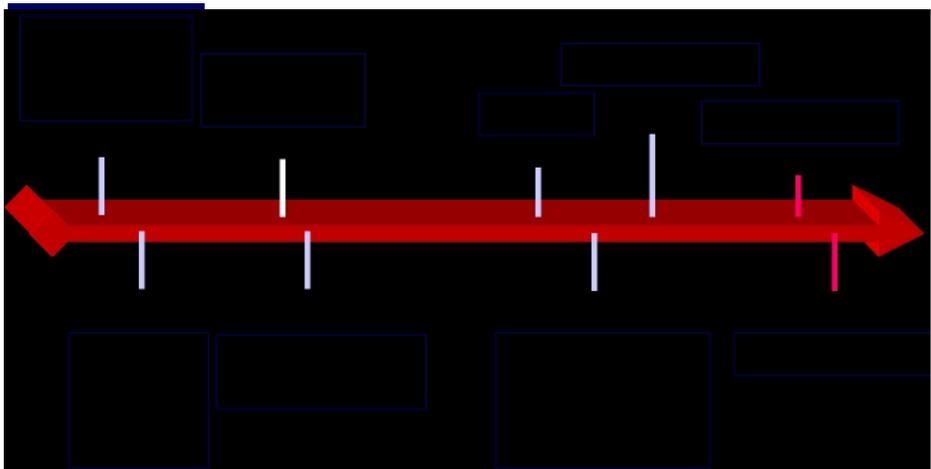
-MIXTA: Pacientes con lesiones entre D12-S2, presentan semierecciones, pero la penetración puede ser posible.

Tratamiento de la disfunción eréctil en el L. M.

La erección es sólo una parte más de la sexualidad, y su enfoque únicamente de forma particular sin considerarlo dentro del conjunto puede llevarnos a errores de planteamiento.

En la actualidad existen diversos tratamientos para paliar el déficit de erección o un mal control sobre la misma, que han permitido ampliar la oferta para el tratamiento rehabilitador de la función genital del varón.

Opciones Terapéuticas



A) ESTIMULACION DEL PENE CON PRESERVATIVO EN LA BASE

Sigue siendo probablemente uno de los métodos más utilizados en aquellos pacientes que presentan erecciones reflejas a mínimos estímulos, precisando de algún medio para mantener dicha erección. Esto se puede conseguir bien con un simple preservativo en la base, bien con artilugios algo más sofisticados como el sistema EREKTIONSRING, que consiste en un anillo hinchable con una válvula incorporada que facilita el mantenimiento de la erección. Tanto un sistema como otro permiten una presión en la base, aconsejando el uso del mismo no más allá de los 25-30 min.

B) DISPOSITIVOS DE SUCCION

Se basa en la colocación de un cilindro alrededor del pene, que provoca por un mecanismo de succión, un vacío, con lo que la sangre fluirá hacia los cuerpos cavernosos, impidiendo su salida por medio de una goma a nivel de la base del pene.

Este dispositivo puede utilizarse en aquellos parapléjicos o tetrapléjicos que no tengan erecciones, o bien cuando éstas son insuficientes, no aconsejando su uso en caso de pacientes dependientes de anticoagulantes. Asimismo el tiempo máximo de utilización no debe superar nunca los 25-30 min. ya que se

podrían producir lesiones a nivel de la base del pene.

Puede representar un buen sistema para conseguir la erección en pacientes en que se descarta el uso de prótesis o bien la utilización de sustancias intracavernosas, sin embargo tiene una serie de desventajas como son :

- El uso no más allá de 30 min.

- Consigue una erección buena del pene pero con flaccidez en la base.

- Puede provocar lesiones uretrales por la presión continuada.

- Debido a que la succión es alta, en muchas ocasiones puede producir un atrapamiento de los testículos.

A pesar de este listado de desventajas sigue representando un buen sistema para conseguir la erección, aunque el precio de estos dispositivos sigue siendo algo elevado.

En un estudio realizado en 11 parapléjicos, se ensayó la utilización de estos dispositivos de succión, con el resultado de la aceptación como método útil en el 80% de los casos, aunque sólo un paciente lo utilizaba de forma regular, ya que el resto prefería la utilización de las inyecciones intracavernosas como técnica de más fácil manejo o fármacos vía oral.

La indicación de estos dispositivos sería para aquellos pacientes que no se

consigue la erección con las inyecciones intracavernosas o con fármacos vía oral

C) VITAMINA E, YOHIMBINA

Dichas sustancias utilizadas por vía oral se ha demostrado que pueden ser útiles en mejorar algo la frecuencia y calidad de las erecciones, aunque su eficacia en L.M. está aún por demostrar.

El clorhidrato de yohimbina actúa como bloqueante alfa-2-adrenérgico, y había sido utilizado históricamente como sustancia afrodisíaca. La administración de dicho fármaco a dosis de 6 mg./8h., vía oral, ha demostrado ser eficaz en un 20% de pacientes que presentaban una disfunción eréctil de tipo orgánica (Susset 1989). Otros autores preconizan dosis mayores de hasta 42 mg./8h.

La utilización del clorhidrato de yohimbina podría estar indicada en trastornos erectivos de origen vascular y en lesiones con arco reflejo sacro conservado.

D) SUSTANCIAS TRANSCUTANEAS

La utilización de sustancias administradas tópicamente a nivel local se ha ensayado en alguna ocasión con el fin de conseguir de una forma incruenta una erección, evitando el tener que

utilizar fármacos inyectados a nivel de cuerpos cavernosos.

Hemos utilizado la nitroglicerina como vasodilatador, de forma local con parches transcutáneos colocados a nivel distal del pene, demostrando resultados pobres. Su uso clínico se desaconseja en pacientes con patología vascular o cardíaca ya que se puede absorber con facilidad a nivel sistémico.

Actualmente se disponen de parches de nitroglicerina de acción lenta y prolongada poco útiles para los fines que deseamos.

E) INYECCIONES INTRACAVERNOSAS

La introducción de las sustancias vasoactivas inyectadas a nivel intracavernoso ha revolucionado el conocimiento y el enfoque terapéutico de la disfunción erectiva.

La técnica consiste en la inyección a nivel de los cuerpos cavernosos de la sustancia elegida, con aguja tipo insulina y a una dosis variable, realizando a posteriori una compresión en el lugar de la inoculación durante un minuto aproximadamente, seguido de una manipulación del pene para conseguir una mejor erección.

La dosis deberá ajustarse según cada paciente debido a que varía de forma importante según el nivel y tipo de lesión.

Desde 1982 en que Virag descubrió el efecto de la Papaverina y Brindley en 1983 utilizó la Fentolamina, se han venido usando con éxito distintas sustancias con efecto vasoactivo a nivel endocavernoso.

Son muchas las sustancias vasoactivas ensayadas tal como podemos ver en siguiente tabla:

PHENOXYBENZAMINE

PAPAVERINA

PHENTOLAMINE

NITROPRUSSIATO

FENTOLAMINA

PROSTAGLANDINA

La Papaverina es una sustancia que actúa como relajante muscular, disminuyendo las resistencias periféricas, provocando una dilatación arterial, una contracción venosa y una relajación sinusoidal. Tiene pues, una acción directa, saltándose todas las barreras psicológicas, neurológicas y hormonales.

Las dosis necesarias son variables, aconsejando utilizarla de forma creciente a partir de 6 mg., aumentando progresivamente hasta 30 mg. A partir de esta dosis, en caso de que todavía no hayamos conseguido una erección suficiente, solemos utilizarla asociada a Fentolamina.

La Fentolamina, al igual que la Phenoxybenzamine actúan como bloqueantes alfa-1-adrenérgicos. La primera se suele utilizar en combinación con la papaverina, ya que administrada sola no se obtiene buenos resultados. La phenoxybenzamina a dosis de 0.04-0.20 ml.diluida en 10 ml.de S.Fisiológico y administrada a dosis de 5-10 mg, da buenos resultados, aconsejando reservarla cuando la Papaverina sola o bien asociada a Fentolamina no consigue una erección suficiente.

La Prostaglandina (PGE1) (Caverject 10 y 20 mcg) actúa como



un potente relajante de la musculatura lisa, y tiene la ventaja de encontrarse de forma natural, a altas dosis en el líquido seminal. Se metaboliza en el tejido peneano y tiene un pH menos ácido que la Papaverina (Ph PGE1 = 5; Papav. = 3.1), lo que sugiere que tiene menos complicaciones que la Papaverina o los bloqueantes alfa-adrenérgicos. Actúa disminuyendo la salida de la norepinefrina y bloquea el tono adrenérgico de la musculatura lisa de los cuerpos cavernosos, aumentando el flujo arterial a este nivel.

Actualmente es el único fármaco de los descritos, comercializado para su uso vía intracavernoso a dosis de 10 y 20 mcg., con el nombre comercial de Caverject.

Se han descrito complicaciones con la utilización de estas sustancias, el más importante el priapismo o erección prolongada, en la mayoría de los casos sin excesiva trascendencia.

F) FARMACOS VIA ORAL:

(Apomorfina, Sildenafil, Vardenafilo, Tadalafilo,).

Apomorfina sublingual (Uprima):

Actúa como un antagonista dopaminérgico del tipo D2, tiene su acción sobre los núcleos para-ventriculares y supra-ópticos activando la cascada de neuromediadores pro-eréctiles, y se desconoce su acción a nivel medular.

Se comercializa en España con el nombre de Uprima y su presentación es de comprimidos de 2 y 3 mg vía sublingual. Su tiempo de acción es de unos 20 min.

Es un fármaco eficaz y extremadamente seguro, es excepcional que haya contraindicación para su uso, tiene un fácil manejo especialmente en Atención Primaria. No interacciona con fármacos y alimentos.

Los resultados han sido pobres en lesionados medulares y prácticamente no se utiliza en esta población.

Inhibidores de la PDE5

1) Sildenafil (Viagra):

Fármaco aprobado para su uso en USA por la FDA en 1998, es un inhibidor potente y selectivo de la PDE 5 (específica del GMPc), responsable de la degradación del GMPc en el cuerpo cavernoso. No ejerce un efecto relajante directo sobre el cuerpo cavernoso humano aislado, sino que aumenta de forma importante el efecto del ON (óxido nítrico) sobre este tejido (actúa a nivel periférico sobre la erección).

En el trabajo publicado (Sanchez-Ramos et al. 2001) sobre Viagra y LM destacan los siguientes resultados:

A) 88,2% de los pacientes y el 85,3% de las parejas manifestaron

que las erecciones aumentaron después del tratamiento.

B) La dosis de 50 mg fue utilizada en el 69,8% y la de 100 mg en el 30,2%.

C) El cuestionario IIEF aumentó de 12,5 a 24,8.

D) El 57,5% consiguió un coito satisfactorio con Viagra en el primer intento.

2) Tadalafilo (Cialis:)

Es un inhibidor de la PDE5 altamente selectivo, tiene un perfil farmacocinético muy favorable que facilita el inicio de la acción rápida (desde 15 minutos), una duración prolongada del efecto (24-36 h), altos niveles de eficacia y un excelente perfil de seguridad.

Existen varios trabajos publicados sobre la eficacia de Cialis en el tratamiento de la disfunción eréctil del lesionado medular.

3) Vardenafilo (Levitra)

Es también un potente inhibidor de la PDE5 altamente selectivo, con un perfil parecido a los dos fármacos anteriores.

La respuesta de Vardenafilo no se afecta ni por la edad, severidad de la etiología de base, ni la etiología de la disfunción eréctil.

Los efectos adversos fueron leves y pasajeros, destacando la cefalea, dispepsia y congestión nasal.

Existen varios trabajos publicados sobre la eficacia de Levitra en el tratamiento de la disfunción eréctil del lesionado medular.

H) PROTESIS

Sólo comentar que existen diferentes tipos de prótesis rígidas, semirrígidas o hinchables. Se pueden utilizar no sólo para conseguir la erección, sino también para facilitar la colocación del colector o bien para facilitar el autocateterismo. Tienen pocas indicaciones en los L.M. y siempre en casos muy bien seleccionados. Pensemos que el porcentaje de complicaciones es alto, entorno al 15-20%, y que aumenta hasta un 48% en el caso de prótesis hinchables.

Actualmente sólo se aconsejan en aquellos L.M. con una retracción del pene que tienen dificultad de colocación del colector o bien aquellos pacientes que no responden a los fármacos vía oral o a las inyecciones intracavernosas, descartándolo prácticamente en el resto de los casos.

I) ESTIMULADORES DE RAICES SACRAS ANTERIORES (SARS)

La implantación de un estimulador de raíces sacras anteriores para el con

trol de la micción produce, cuando se estimula las raíces S2, una erección en el 60% de los casos durante más de 45 min. La estimulación de S3 tiene efectos parecidos aunque en menor proporción que S2. (Brindley). La estimulación de S4 no causa erección.

El primer implante para el control de la micción fue colocado por el equipo de Brindley en 1976, desde entonces se han colocado más de 1500 estimuladores. En I.Guttman colocamos el primer implante en mayo 1990 y en la actualidad se han implantado más de 100 casos. El implante consiste en un radio receptor interno con tres cables para la estimulación de las raíces sacras anteriores, habitualmente S2 bilateral, S3 y S4 del lado dcho. y S3-S4 del lado izquierdo para el tercer electrodo. Externamente utilizamos un radio transmisor con el que estimulamos periódicamente, contando el sistema con tres programas.

El primero para el vaciado de la vejiga urinaria, otro para conseguir la erección y el tercero para ayudar a la evacuación.

Dicha técnica debe sólo aconsejarse para el control de la micción, ya que por el sólo hecho de conseguir la erección no está justificada su utilización.

CONCLUSION

Todas estas técnicas y fármacos, han representado un gran avance en el tratamiento de la disfunción eréctil, y por tanto herramientas que facilitarán el tratamiento rehabilitador integral del lesionado medular. Sin embargo, no olvidemos que el conseguir la erección facilita la posibilidad del coito, pero que esto es sólo una parte más de la conducta sexual humana y se aleja mucho del concepto de sexualidad global.

En este sentido el programa de ayuda a conseguir la erección debe encontrarse integrado dentro un proyecto más ambicioso de orientación sexual, encaminado a abordar los aspectos sexuales derivados de la lesión medular.



Convenio Aspaym-Vissum

Personas con lesión medular de la Federación Nacional ASPAYM podrán operarse gratis con cirugía refractiva para eliminar su dependencia de gafas o lentes de contacto

Tras acuerdo entre la Federación Nacional ASPAYM, la Fundación Jorge Alió y la Corporación VISSUM / 07-10-2005

La Federación Nacional de Paraplégicos y Grandes Minusválidos (ASPAYM) la Fundación Jorge Alió para la prevención de la ceguera y la Corporación de clínicas oftalmológicas VISSUM, han firmado un convenio para el análisis, diagnóstico e intervención, sin costes para los socios de las distintas Asociaciones que integran la Federación Nacional de ASPAYM, de todos aquellos casos de Miopía, Astigmatismo e Hipermetropía que supongan la eliminación de gafas o lentes de contacto mediante cirugía refractiva.

El 50% de las personas con lesión medular padecen problemas refractivos como miopía, hipermetropía y astigmatismo. Se beneficiarán más de 6.000 lesionados medulares de un total de 12.000 socios de ASPAYM.

El acto de la firma han asistido, el presidente de la Federación Nacional de ASPAYM, Alberto de Pinto; la pre-

sidenta de la Fundación Jorge Alió, María López; el presidente del Consejo de Administración de la Corporación VISSUM, Jorge Alió y el gerente del Hospital Nacional de Paraplégicos, Miguel Ángel Carrasco.

En su intervención, Jorge Alió ha destacado que, con este convenio, las personas con lesión medular van a poder prescindir del uso de gafas o lentes de contacto “lo que se convierte en una solución que les ayudará a mejorar su calidad de vida y autonomía”. También ha señalado que “el 50% de las personas con lesión medular padecen problemas refractivos como miopía, hipermetropía y astigmatismo”, por lo que este convenio podrá beneficiar a más 6000 personas de un total de 12.000 socios que tiene ASPAYM.

Por su parte, el presidente de la Federación Nacional de ASPAYM, Alberto de Pinto, ha agradecido el interés mostrado por la Fundación Jorge

Alió para la prevención de la ceguera y la Corporación de clínicas oftalmológicas VISSUM para firmar este convenio “porque existe muy poca gente que tenga la sensibilidad para ayudarnos a andar un poco más tranquilos por la vida”.

Además, ha aprovechado esta firma para manifestar que “en el proceso de integración social, a todos los niveles, de las personas con discapacidad, toda la sociedad y no solamente los políticos, se debe involucrar en ayudarnos a hacer una vida más cómoda donde podamos desarrollarnos en igualdad de condiciones”. En este sentido ha dicho que “eso es lo que han venido a hacer las dos entidades con las que firmamos el convenio”. Finalmente, ha dicho que “cada ojo que se opere a partir de ahora a una persona con lesión medular, ayudará a tener una vida mejor”.

Por último, la presidenta de la Fundación Jorge Alió, María López, ha sido la encargada de explicar los términos del convenio que, además, añade condiciones preferenciales sobre tarifa a todos los empleados y asociados de las distintas asociaciones que componen la Federación Nacional de ASPAYM, así como a sus familiares de Primer grado de consanguinidad. López ha manifestado que, con este convenio, “se cumple uno de los objetivos de la Fundación como es el de mejorar la calidad de vida de los colectivos desfavorecidos”.

Según el prestigioso oftalmólogo a estas alturas no están justificadas las reticencias a operarse de la vista mediante esta tecnología, pues ya hay mucha ciencia y tecnología que garantiza buenos resultados, si bien, explicó esta técnica no se estudia en la Universidad.

ASPAYM-COMUNIDAD VALENCIANA



- El local social de ASPAYM-C.V. se encuentra en: VALENCIA, Pl/ Salvador Allende, 5-Bj.
- Horario de Oficina:
Mañanas: de lunes a viernes, de 10 a 13 horas.
Tardes: de lunes a jueves, también de 17 a 20 horas.
- El número de teléfono y fax es el 96 366 49 02.

FORO EUROPEO DE LA DISCAPACIDAD

El Foro Europeo de la Discapacidad (FED) es una organización internacional sin ánimo de lucro con sede en Bruselas. Fue creado en 1996 por organizaciones de personas discapacitadas y sus familias con el fin de defender asuntos de interés común para todos los grupos de discapacitados, y para constituir una voz fuerte e independiente que representara a las personas con discapacidad ante la UE. El Foro representa a más de 37 millones de personas con discapacidad en la Unión Europea.

Estructura y Miembros

El FED se basa en dos pilares, que se reflejan en la estructura de sus órganos directivos. El primer pilar está compuesto por los Consejos nacionales de personas con discapacidad, uno en cada Estado miembro de la UE, además de Islandia y Noruega, y los Consejos nacionales observadores de los países que están en el proceso de adhesión a la UE. El segundo pilar está compuesto por más de 70 ONG europeas de discapacidad que representan distintos tipos de deficiencias o sectores de actividad. Los miembros del FED reflejan una amplia base geográfica y una

extensa gama de preocupaciones a través del movimiento europeo de discapacidad.

Su misión

La misión del FED consiste en promover la igualdad de oportunidades y la no-discriminación de las personas con discapacidad, así como garantizar y proteger sus derechos humanos fundamentales mediante la participación activa en iniciativas políticas y en campañas sobre los derechos relativos a la discapacidad en el ámbito de la UE.

Su trabajo

El ámbito del trabajo del FED es muy amplio, pues muchas de las iniciativas de la UE tienen un impacto en las vidas de las personas con discapacidad. Las actividades del FED se centran principalmente en ejercer influencia sobre las distintas iniciativas y políticas de la UE que tengan una incidencia en las personas con discapacidad.

El FED basa su trabajo en las contribuciones, las competencias y la experiencia de sus miembros. Comités Especiales en distintos campos políti-

cos proporcionan al FED la asistencia técnica necesaria.

El trabajo del FED ante el Consejo de la Unión Europea se efectúa principalmente a través de los consejos nacionales de personas con discapacidad. Se presta una atención particular al Estado miembro que ocupa la Presidencia de la Unión Europea. El FED prepara cada semestre un Memorandum de la Presidencia basado en el programa de trabajo de la Presidencia de la UE para identificar ante el Consejo las prioridades de las personas con discapacidad. Las reuniones del Consejo del FED se celebran también en el país que ocupe la Presidencia.

Igualmente, se mantiene con regularidad un diálogo con el Comité Económico y Social y el Comité de las Regiones sobre todos los temas que afectan a las personas con discapacidad en la Unión Europea.

Establecer alianzas con otras ONG sociales. El FED es un miembro activo de la Plataforma de ONG sociales europeas, la organización central que representa a las ONG sociales en la UE.

Aumentar la visibilidad de la discapacidad.

Luchamos por conseguir la visibilidad de la discapacidad en todos los ámbitos de la UE

El FED difunde información sobre todas las políticas e iniciativas europeas pertinentes para las personas con discapacidad. El objetivo de nuestra política de información y nuestras campañas de comunicación incluye las organizaciones miembro, los responsables europeos de la toma de decisiones y de la política, los medios de comunicación, las personas discapacitadas y no discapacitadas.

Publicaciones regulares y documentos de toma de posición

El FED publica, en formato electrónico, un Correo Semanal para sus miembros y un Boletín mensual para cualquier lector interesado, con información y noticias sobre los recientes desarrollos en la política de discapacidad de la UE. También elaboramos documentos de posición sobre asuntos políticos específicos de la UE así como publicaciones de referencia, que se editan regularmente. Además, el Informe Anual presenta una síntesis de los principales logros del FED cada año.

El Día Europeo de las Personas Discapacitadas

Cada año, el FED trabaja en cooperación estrecha con la Comisión Europea para preparar el Día Europeo de las

Personas Discapacitadas (3 de diciembre). Fijado firmemente en el calendario de la UE, el Día Europeo es una excelente oportunidad para informar y concienciar sobre la discapacidad en toda Europa y centrarse en temas específicos bajo el enfoque de la no-discriminación.

Si desea más información sobre cómo convertirse en miembro de esta organización, puede ponerse en contacto con ellos en la dirección siguiente:

Correo-e:
membership@edf-feph.org

Sitio Web: <http://www.edf-feph.org>



**VANESSA CAROT AZNAR
PSICÓLOGA DE ASPAYM
COMUNIDAD VALENCIANA**

ORTO TURIA
S.L.

ORTOPEDIA TECNICA

AMPLIA EXPOSICIÓN DE AYUDAS TÉCNICAS
Servicio a domicilio

Descuentos a asociados de ASPAYM y Asociaciones de minusválidos

c/. Burriana, 49 bajo
46006 VALENCIA

Tel. 96 374 66 20
Fax 96 373 11 15

HAND BIKES, UNA FORMA DIFERENTE DE DESPLAZARNOS

Carlos Sotos Portalés.
Dpto. de Fisioterapia de la Universidad de Valencia

Sabido es, sobre todo por lo que lo experimentan, que la propulsión convencional de una silla de ruedas puede llegar a ser agotadora cuando se realizan largos recorridos; es verdad que la aparición de las sillas ligeras supuso un gran ahorro energético a la hora de realizar desplazamientos, requiriendo un menor esfuerzo para una propulsión más efectiva; del mismo modo dentro de las sillas ligeras encontraremos modelos mucho más cómodos y eficaces en su manejo en comparación con otros, este mejor rendimiento se verá influido por diversos factores como el tipo de material (aluminio, titanio, fibra de carbono...), tipo de chasis (fijo o plegable), tipo de cubiertas, ruedas, etc...

No obstante e independientemente del tipo de silla que utilicemos (manuales), siempre encontraremos ese molesto adoquinado, clásico y bonito a la vista pero molesto bajo las ruedas de nuestra silla; esas calles y caminos en pendiente con predominio en algunos pueblos y ciudades que nos hacen llegar agotados a su cima o esos bucólicos recorridos rurales y largos paseos

marítimos que nunca acabamos de completar dada su enorme extensión.

Hoy en día ya contamos con el complemento ideal para nuestra silla de ruedas, el cual nos permitirá llegar de forma fácil y cómoda, sin esfuerzos adicionales a todos aquellos lugares a los que muchas veces la distancia a la que se encuentran nos frena a acceder; las Hand Bikes vienen usándose desde hace mucho tiempo en países del centro y norte de Europa, EEUU o Canadá y en cierto modo podrían re



cordarnos a los pintorescos vehículos que circulan en algunos países asiáticos teniendo como base y origen, la bicicleta de dos o tres ruedas.

La “hand bike” está compuesta por una estructura tubular telescópica y dos brazos articulados así mismo extensibles, que permiten la adaptación a cualquier tipo de silla directamente si esta tiene reposapiés fijos o a través de unos adaptadores si estos son desmontables. Mediante la regulación de las estructuras tubulares, lo cual solo se hace la primera vez, podemos adaptar la “hand bike” a todos los anchos, altos y largos de los diferentes modelos de silla de ruedas así como a la estatura de sus usuarios de forma óptima y rápida.

La rueda propulsora en sus distintos diámetros, es accionada a través de la cadena protegida por un tubo de teflón; mediante cambios con engrana-

jes controlados desde las empuñaduras actuamos sobre los diferentes platos, reduciendo considerablemente el esfuerzo necesario para desplazarnos.

La adaptación de la Hand Bike a la silla de ruedas es fácil y rápida, por medio de unos caballetes laterales esta queda en posición de enganche, solo se necesita encarar y acercarse con la silla, fijar y apretar las abrazaderas sobre el chasis mediante el giro de unas palomillas, y una vez ajustados los cierres un pequeño empujón sobre la empuñadura hacia delante o simplemente echándonos hacia atrás contra el respaldo, consigue levantar las ruedas delanteras quedando ambos dispositivos (silla y bici) fijados de forma sólida, segura y listos para desplazarnos.

Con los modelos manuales al mismo tiempo que nos propulsamos, estamos ejercitando la musculatura de la





cintura escapular y miembros superiores, sometiéndolos a un movimiento menos agresivo que con la propulsión convencional (al menos en largas distancias) lo que en cierto modo no solo sirve para potenciar los grupos musculares citados, sino que en algunos casos nos servirá de ejercicio terapéutico. En caso de lesiones cervicales, pueden adaptarse puños especiales para tetrapléjicos; en estos casos el cambio de marchas es controlado con el botón.

También existen modelos eléctricos y semi-eléctricos; los primeros estarán indicados para usuarios con imposibilidad de actuar sobre las empuñaduras o simplemente para quien no quiera o no deba realizar este esfuerzo. Estos modelos eléctricos son ideales para terrenos irregulares o con importantes desniveles, también permiten aligerar la carga del acompañante que ayuda empujando y facilita los despla-

zamientos a largas distancias con velocidades superiores a las conseguidas con las sillas eléctricas.

Respecto a los modelos semi-eléctricos, en estos los motores ayudan en un momento dado al desplazamiento; en pendientes simplemente conectándolos por medio de un botón-pulsador situado en el puño ergonómico y seguir dándole a las manivelas, permite superar pendientes de hasta el 12% sin esfuerzo, incluso dejando de darle a las manivelas pues la inercia y la acción de los motores suple la propulsión manual pudiendo alcanzar en llano, velocidades de 12 kilómetros hora las cuales pueden aumentar si se actúa al mismo tiempo sobre las manivelas.

Por tanto las Hand Bikes nos permitirán aumentar nuestro radio de acción y aventurarnos en lugares cuyas distancias hasta ahora, quedaban fuera de nuestro alcance con la silla de ruedas convencional.



LA HIGIENE EN LA REDUCCIÓN DE LA INFECCIÓN URINARIA

La infección urinaria es la complicación más habitual en las personas con lesión medular, así como la causa más frecuente de fiebre. Representa el principal motivo de morbilidad (enfermedad).

Para evitar la infección hay que tener en cuenta dos aspectos fundamentales:

- Elección de la técnica adecuada para la eliminación de orina.
- Realización de una correcta higiene.

El principal factor de riesgo que predispone a una infección del tracto urinario (ITU) es la presencia de volumen residual de orina, el cual puede dar lugar a una sobredistensión de la vejiga, aumento de la presión vesical y reflujo desde la vejiga a los uréteres pudiendo llegar a nivel renal.

Hay dos métodos para evacuar el volumen de orina retenido, el Sondaje Vesical Permanente (SVP) y el Sondaje Vesical Intermitente (SVI).

Se ha observado que con la técnica de SVP hay una mayor predisposición a que las bacterias colonicen la orina, por ello esta técnica debe evitarse en la medida de lo posible.

La técnica de SVI plantea más ventajas frente al Sondaje Vesical Permanente:

- Ayuda a prevenir complicaciones (infecciones urinarias y obstrucción de la sonda).
- Preserva la función renal al evitar complicaciones.
- Facilita las relaciones sociales y personales, al tener menos riesgo de complicaciones, el lesionado medular tendrá un mejor estado de salud y mayor independencia en sus actividades de la vida diaria.
- Técnica sencilla, fácil de aprender.
- Por todo lo anterior mejora la calidad de vida.

Hay que tener en cuenta que las infecciones con la realización del SVI, podría deberse a que no se ha realizado adecuadamente la pauta de sondajes, en este caso se puede distender la vejiga por exceso de orina, y esa retención favorece la proliferación de microorganismos, o porque no se ha llevado a cabo la técnica con una higiene adecuada.

El profesional sanitario que ha pautado el SVI revisará cada caso de forma individualizada ante una infección.

En este artículo queremos hacer hincapié en la importancia de la higiene de manos previa a la realización de la técnica de sondaje. Hay diversos estudios que evidencian que la descontaminación de las manos es una de las principales medidas para reducir el índice de infecciones urinarias. En otras palabras, está en nuestras manos la posibilidad de evitar una infección si realizamos siempre una higiene correcta antes de hacer el sondaje.

En las manos están presentes dos tipos de flora:

Flora transitoria o contaminante:

Se adquiere por contacto con objetos contaminados. Tiene gran importancia en la cadena de transmisión de las infecciones. Puede desaparecer fácilmente con el lavado de manos con agua y jabón.

Flora residente no contaminante:

Los gérmenes que componen la flora residente no son habitualmente patógenos causantes de infecciones. Se sitúa en las capas más profundas de la piel de la mayoría de las personas. Se consideran residentes permanentes de la piel porque no desaparecen con la fricción mecánica realizada con el lavado de manos. Por esto no se debe tener miedo a lavar mucho las manos

con agua y jabón porque la flora residente no va a desaparecer.

Es decir, el lavado de manos no elimina todos los gérmenes de las mismas pero sí los considerados responsables de generar una infección.

Higiene correcta de manos:

Para hacer un lavado higiénico de manos es suficiente utilizar agua y jabón y así eliminar la flora transitoria (causante de infecciones). Hay ocasiones en las que es difícil el acceso al lavabo para ello existen soluciones alcohólicas en forma de gel que sustituiría al lavado de manos con agua y jabón. Este tipo de solución puede ser útil para llevar en el neceser cuando se sale fuera de casa y facilitar toda la técnica de sondaje.

Para llevar a cabo el lavado higiénico de manos se deben seguir los siguientes pasos:

- Humedecer las manos con agua corriente
- Aplicar jabón
- Frotar las manos vigorosamente durante 15 segundos cubriendo toda la superficie de las manos, con especial atención en las uñas y entre los dedos.
- Enjuagar bajo el agua corriente para eliminar todo el jabón.

- Secar con toalla de papel

Aspectos importantes:

- Joyas: El recuento bacteriano se encuentra incrementado bajo los anillos; por lo tanto se sugiere quitarlos para lavar las manos.
- Esmalte de uñas: No incrementa el recuento de bacterias, pero se prefiere el uso de esmaltes claros para permitir la visualización de suciedad por debajo de las uñas.

- Uñas: Preferentemente cortas para evitar un aumento de bacterias y hongos por debajo y alrededor de las mismas.

Como conclusión podemos decir que con algo tan simple y tan sencillo como es el lavado higiénico de manos se puede ayudar a evitar el problema de las infecciones urinarias tan comúnmente presente en el lesionado medular.

Olalla Trigás Gil

**D.U.E. División de Continencia,
Coloplast Productos Médicos S.A.**



TALLERES

C.O.D.A.C.B.

CENTRO OPERATIVO Y DIAGNOSIS DEL AUTOMOVIL

SERVICIO OFICIAL GUIDOSIMPLEX

MARQUES DE SAN JUAN, 8 - PL. DIPUTADO LUIS LUCIA, 21
46015 VALENCIA

TEL. (96) 347 47 51 - FAX 96 348 45 93

Web www.tallerescoda.com

E-Mail coda@tallerescoda.com

ASISTENCIA TECNICA DE:

- INYECCION GASOLINA - MECANICA Y ELECTRONICA
- TELEFONIA MOVIL - ALARMAS Y AUTORRADIO
- ADAPT. VEHIC. MINUSVAL. - AIRE ACONDICIONADO
- DISPOSITIVOS PARA LA CONDUCCION:
PLATAFORMAS Y MANDOS

Descuento especial para socios de Aspaysm

Patología seminal en el varón lesionado medular

Dr. Antonio Sánchez Ramos
Jefe Unidad Sezualidad y Reproducción Asistida
H. N. P. Toledo

La mayoría de las personas afectadas por una lesión de la médula espinal es joven, época de su mayor actividad sexual y en sus mejores años reproductivos (1).

Una vez ocurrida una lesión de la médula espinal, en el varón dará lugar a una seria alteración de los procesos orgánicos que controlan la respuesta sexual, como son la erección, eyaculación y la percepción orgásmica (2, 3, 4, 5, 6, 7).

Las posibilidades de paternidad biológica de un varón lesionado medular por medios naturales, son realmente infrecuentes (8,9). La subfertilidad de los pacientes con LME es debida a las alteraciones en la eyaculación y a la patología seminal, cuando es posible obtenerla.

Diferentes estudios basados generalmente en encuestas, establecen que entre el 3-17% de los varones con lesiones medulares completas consigue eyacular. En las lesiones cervicales y dorsales por encima de la metámera T10 la eyaculación es posible por vía

refleja. En lesiones dorso-lumbares y sacras se consigue eyaculación de características psicógenas, reflejas y mixtas. En lesiones incompletas, la respuesta será muy individual y estará en función del grado de LM (8,9).

En un trabajo español, la capacidad de eyaculación natural (masturbación o coito) fue manifestada por el 6% (27 de los 388 pacientes con lesiones tanto completas como incompletas) y, sólo por el 2,5% de los pacientes que cursaban con lesión medular completa y nivel por encima de D10 (comprobada por seminograma) (10).

Métodos de obtención seminal:

Las posibilidades de eyaculación de un varón con LM han aumentado de forma evidente, desde que se han desarrollado diferentes métodos y fármacos que han sido aplicados con buenos resultados. Las eyaculaciones conseguidas con estos métodos pueden ser anterógradas, retrógradas y mixtas.

Guttman y Walsh describen en 1947 cómo tras la administración de metilsulfato de neostigmina por vía intratecal, observaron erecciones y eyaculaciones (11). Este método fue abandonado por los graves efectos secundarios que provoca.

Métodos naturales (masturbación o coito).

Sólo el 5% de los varones con LME y lesión completa consiguen eyacular por métodos naturales. En lesiones incompletas el porcentaje es variable en función del nivel y la extensión de la lesión. La estimulación por masturbación debe ser en general más intensa y duradera en tiempo. El estímulo sexual en lesiones incompletas o lesiones bajas debe ser alto y no estar limitado por

condicionantes psicológicos que puedan inhibirla. En los casos en que la LM curse con disfunción eréctil, se puede inducir con fármacos orales o inyecciones intracavernosas (12).

Métodos mecánicos. (Vibroestimulación del pene)

Técnica descrita por Sobrero en 1965 y aplicada posteriormente en parapléjicos por François y Brindley en 1980-81. Esta técnica es aplicable en pacientes con lesiones por encima de D10, que cursen con espasticidad y lleven más de un año de evolución de la lesión. Se aplica la seta o la rueda del vibrador sobre la zona ventral alta del pene (frenillo), que es una zona rica en terminaciones nerviosas y que utiliza las vías aferentes del nervio dorsal del pene, que le conducen al centro simpático situado en las metámeras D12-L1 y vías eferentes que activan la secuencia eyaculatoria (13, 14, 15)). Su utilización está indicada en lesiones con actividad refleja conservada, siendo en estos casos el porcentaje de eyaculación entre el 60 -70%.

La estimulación se debe realizar por ciclos de 3 minutos con descanso de 1,5.. Los antiguos vibradores fueron modificados, siendo el mas adecuado el que permite conseguir una frecuencia de 80-100 Hz y una amplitud de 2,5 mm (16).



Antes de aplicar la vibración, debemos suspender 24 horas antes toda la medicación antiespástica (baclofén, diacepán, etc.) y debe vaciar la vejiga. No aplicamos mas de tres ciclos de tres minutos de estimulación, para no “agotar” el arco reflejo.

En lesiones por encima de D6 puede aparecer con la vibroestimulación una crisis de disreflexia autonómica, debiendo en este caso suspender la estimulación y administrar nifedipino sublingual o podemos evitarla si lo administramos 10 minutos antes de la estimulación.

Métodos eléctricos. (Electroestimulación rectal)

Anterior en el tiempo, fue la aparición de la Electroestimulación rectal. Indicada inicialmente en LM completas por encima de L2 ya que por debajo de este nivel, el dolor sería insoporable, aunque en algunos casos podría utilizarse bajo inducción anestésica. Lo indicamos también cuando la vibroestimulación ha sido negativa por escasa respuesta refleja. Con esta técnica se provoca un alto porcentaje de eyaculaciones retrógradas.

La prueba consiste en la introducción de una sonda con electrodos a nivel del recto, previo vaciado de la vejiga, estimulando la zona del nervio obturador derecho, exactamente a nivel de las fibras mielínicas pregan-

glionares simpáticas del plexo hipogástrico.

Se aplica una corriente eléctrica alterna, a través de dos electrodos situados en la punta de una sonda rectal rígida. Horne en 1948 (17), Thomas en 1975 (18), François en 1978 (19), Brindley en 1981 (20), describen sus resultados. Perakash consiguen hasta el 85% de eyaculaciones (21).

Cuando el cono medular está totalmente destruido (lesiones totalmente arrefléxicas y con reflejo anal y bulbocavernoso negativo), las posibilidades de respuesta son nulas (22).

En lesiones altas (por encima de D6) al igual que con la vibroestimulación, hay que valorar la importante crisis vegetativa que puede condicionar.

Métodos farmacológicos (Fisiostigmina subcutánea)

La fisiostigmina es un inhibidor de la acetilcolinesterasa, y por tanto facilitador de la eyaculación. Se utiliza asociado a estimulación vibratoria o eléctrica, cuando por ellas solas no han conseguido respuesta positiva y siempre en pacientes que no tengan afectado el arco reflejo.

Chapelle en 1983 publica la obtención de eyaculación en una serie de pacientes en que se les administró 1-2 mg de fisostigmina subcutánea seguida a los 15 min, de una masturbación.

Como efectos adversos destaca náuseas y vómitos que pueden ser tratados con metoclopramida (23).

Métodos quirúrgicos

Punción-aspiración testicular.

Estimuladores de plexo hipogástrico.

Brindley en 1989 diseña un sistema de estimulación directa sobre el plexo hipogástrico para la obtención de semen.

Consiste en identificar el plexo hipogástrico por delante de la bifurcación de la aorta abdominal, y colocar un estimulador conectado a un radioreceptor estimulable externamente.

Indudablemente esta técnica no funciona en lesiones bajas por no tolerancia a la estimulación y es necesaria la indemnidad de las fibras pregan-

glionares simpáticas pélvicas para que funciones. (24)

Masaje prostático

En lesiones bajas y arrefléxicas, que no eyaculan de forma voluntaria, se ha descrito la obtención de semen mediante masaje prostático, con éxito posterior en la fertilización por ICSI (25)

Características seminales

En cuanto a las características seminales, también existe diferencias según los autores y según el método de obtención seminal. Hay acuerdo en que el semen anterógrado recogido con estimulación vibratoria es de mejor calidad que el obtenido con electroestimulación rectal (26). Con respecto al nivel de lesión también hay acuerdo en que es más fácil conseguir eyacuación en lesiones con actividad refleja (lesiones por encima de T10 (el centro simpático queda por debajo de la lesión medular) y lesiones por debajo de T10 que tienen conservado el centro parasimpático sacro.(27, 28)

Las complicaciones en cualquier trayecto de las vías seminales: pueden afectar a los conductos eyaculadores (estasis del plasma seminal), infecciones tanto en vesículas, próstata, deferentes,



epidídimos y testículos, que también condicionan procesos obstructivos como cambios tanto en la motilidad, vitalidad y volumen seminal.

Existen trabajos bien documentados que culpan de cambios biofísicos del plasma seminal como causante de la hipomotilidad y baja vitalidad de espermatozoides (anormalidades ultraestructurales, metabólicas y estrés oxidativo) (29).

También existe una importante controversia en el estudio anatómopatológico del epitelio germinal de testículo, donde los resultados son tam-

bién dispares. Bors, sobre 34 pacientes biopsiados sólo encuentra 3 biopsias normales. Holstein de 22 casos estudiados sólo uno. Perakash, sin embargo, establece que el 46% fueron normales (30, 31). Recientes estudios ponen en evidencia que la espermatogénesis no debe estar afectada (32) a menos que haya habido patología testicular postlesión (orquiepididimítis) o la relativa a patología del crecimiento en lesiones congénitas (criptorquidias), insuficientemente estudiadas.

Es frecuente encontrar leucospermia, en el análisis microscópico seminal, a pesar de ello no se encuentra



**SOTOS
ORTOPEDIA**

Gabinete Ortoprotésico
Servicio de Asistencia al Minusválido
Teléfono de atención al cliente 902.43.08.09



**Valencia
Castellón
Sagunto
Requena
Elche**



www.sotosortopedia.es

una relación evidente entre ésta y la pérdida de motilidad y vitalidad (33).

Mejorar las características seminales, se puede conseguir en algunos casos provocando eyaculaciones periódicas con vibrador o electroestimulación (34). Y la vitalidad y motilidad es mejor cuando el método de obtención es la vibroestimulación.

Programa de Reproducción Asistida.

Aumentar la capacidad genésica de los pacientes lesionados medulares es el objetivo prioritario y obviamente uno de los logros más importantes a alcanzar por nuestros jóvenes pacientes.

Debemos realizar estudio del método de obtención y características seminales e indicar valoración ginecológica de la pareja, para descartar factores masculinos o femeninos diferentes a los condicionados por la lesión medular.

Con el programa de Reproducción Asistida de la Unidad del Hospital Nacional de Paraplégicos, hemos atendido a un importante número de parejas donde el varón presentaba secuelas de una lesión de la médula espinal. Estudiamos la respuesta eyaculatoria y las características seminales de los varones y aquellos que consiguieron eyacular y el semen presentaba criterios de

normalidad o de oligoastenoespermia moderada, fueron seleccionados para su inclusión en el Programa.

Cuando el método de obtención seminal es el de la vibroestimulación del pene (vibrador de tipo personal) y el semen es considerado como dentro de límites normales, adiestramos a la pareja para que puedan ellos mismos obtenerlo y depositar intravaginalmente el semen mediante una jeringuilla, en los días fértiles del ciclo (35, 36). En los casos en los que el método a aplicar no es posible llevarse a cabo en su domicilio, cuando el semen presenta alteraciones o cuando el número de ciclos inseminados por la propia pareja hayan pasado de 6 a 8 con resultado negativo, las técnicas de inseminación las realizamos en nuestra Unidad.

Hemos utilizado métodos de capacitación, selección o concentración espermática (lavado-centrifugado, Swim-up o gradientes de Percoll), previos a la inseminación. Las preparaciones se realizan en cámara de flujo laminar, para evitar la posible contaminación del plasma seminal (37)..

En cuanto a las técnicas de inseminación que aplicamos son las habituales: exocervical, endocervical o intrauterinas, mediante campanas o sondas de depósito intrauterinas.

En nuestra experiencia, hemos conseguido los siguientes resultados sobre

un total de 118 parejas tratadas: 75 embarazos en 64 parejas (54,2%), de los cuales 6 resultaron en abortos. Edad media fue de 31 años, 3 parejas consiguieron embarazo en el primer ciclo, 6 parejas realizaron extracción seminal para FIV, con resultado de 3 embarazos, 11 parejas consiguieron dos embarazos. Una pareja tuvo dos abortos y posteriormente consiguió embarazo con éxito.

Los métodos utilizados para la obtención seminal fueron fundamentalmente los de la vibroestimulación del pene y en menor medida la electroestimulación rectal (5 casos). La inducción de la erección con sustancias vasoactivas fue utilizada en lesiones incompletas o lesiones medulares bajas.

De estos embarazos, 26 fueron conseguido por inseminación realizada por las propias parejas en su domicilio, lógicamente la mayoría de ellos conseguían eyacular mediante la técnica de la vibroestimulación.

Estos logros nos llevan a proclamar que no es correcto aplicar el concepto de “infertilidad” a los varones lesionados medulares, siendo más propio hablar de “subfertilidad”. Además, las nuevas técnicas de inseminación artificial, como la fecundación

“in vitro” (FIV) y la inyección intracitoplasmática de un solo espermatozoide (ICSI), van a aumentar de forma significativa la capacidad genésica de nuestros pacientes (38,39,40).

No dudamos que la mejor integración social y familiar, la obtiene aquel lesionado medular que consigue ser sexualmente activo y es capaz de procurar su propia familia.



Sondaje Vesical Intermitente

Una gran novedad que se ha introducido en el campo del sondaje vesical intermitente ha sido el reembolso por el Sistema Nacional de Salud de las sondas prelubricadas de baja fricción.

Este hecho ha simplificado sustancialmente tanto la forma de adquirir la sonda, debido a que tan solo se necesita una receta médica y el producto se adquiere en la farmacia, como por otra parte, realizar la técnica del sondaje intermitente mediante una sonda prelubricada de baja fricción lo que garantiza un proceso seguro y fácil.

La sonda prelubricada de baja fricción EasiCath reúne todos los requisitos para realizar un sondaje seguro, rápido y eficaz.

Adquirir la sonda EasiCath es tan sencillo como seguir los siguientes pasos:

1. Solicitar una receta normal a tu médico de familia, en la cual es importante reflejar claramente toda la información con respecto a la sonda que utilizas (calibre, tipo, etc.).
2. EasiCath se dispensa en las Farmacias.
3. EasiCath tiene aportación reducida, punto negro (no necesita visado de inspección).

Para solicitar más información, muestras del producto, y recibir un Kit especial de sondaje, puedes llamar al teléfono de llamada gratuita

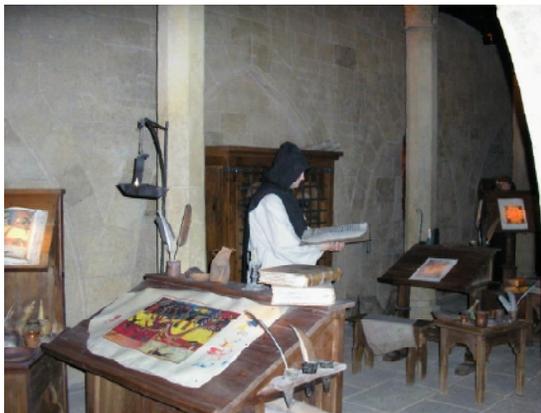


900 210 474.

“LA AVENTURA DEL PENSAMIENTO”

En el mes de Septiembre fuimos al Museo de la Ilustración y el Modernismo, MUVIM, éramos ocho miembros del grupo, cuando entramos nos recibió un monje y nos entro por un pasillo oscuro, donde una voz en Of. nos narra los hechos comprendidos desde el Nacimiento de Cristo hasta el Renacimiento.

En el pasillo citado, nos encontramos con los escribanos, tras esto seguimos el recorrido y vimos “la bola del mundo”, nos subieron a una plataforma que manifestaba el giro de la Tierra. El recorrido continuó con La Imprenta, donde nos mostraron como se hacen los libros.



A continuación seguimos la ruta, y nos hicieron pasar a una sala de Té, con música de fondo. Por último el recorrido acaba con una sala repleta de televisores que nos enseñan la sociedad actual y los desastres que ocurren hoy en día.

Todo lo expuesto anteriormente, es un recorrido por los últimos cinco siglos y nos ofrece una visión muy clara del mundo en forma de exposición magistral.

M^a José Barreda
Grupo Psicosocial Aspaysm



EL SERVICIO POSTVENTA

Me atrevo a escribir estas letras, porque sé que quienes las leemos, tenemos problemas parecidos, y porque de la experiencia de algunos... otros, aprendemos.

¿Recordáis cuando alguien de la familia quedó en silla de ruedas? (yo apenas hace unos meses que lo sufro). Primero la noticia y tras la incertidumbre, la recuperación. A renglón seguido, saber que tu hijo regresa a casa.

¡Hay que prepararlo todo!

Primer impedimento: llegar al ascensor. Necesitábamos un “elevador” para salvar nueve escalones y comenzamos la búsqueda de empresas especializadas para asesorarnos sobre el producto más conveniente, y que mejor se adaptara a nuestra necesidad.

Tras varias consultas decidimos que fuera “Minuslift” quien realizara la obra.

Todo eran ventajas: un montaje fácil, ocupando muy poco espacio (para no molestar a los vecinos), manejo sencillo, rapidez en la ejecución de las obras, etc....

La pesadilla comienza el 10 de marzo: acepto sus condiciones y Minuslift se compromete a dejar todo listo para el 8 de abril, día en que mi hijo vuelve a casa.

Con motivo de comprobar el funcionamiento, tres días antes, mi hijo viene –desde “La Fe”– y la primera sorpresa resulta ser que la instalación estaba mal porque la silla de ruedas quedaba atrapada. ¿Cómo se puede instalar un aparato sin tener en cuenta algo tan obvio? No obstante, los instaladores se comprometen a realizar las modificaciones necesarias, para el buen funcionamiento del elevador.

Los problemas son (según “un tal Manolo” de Minuslift), los siguientes:

PRIMERO: Hay que llamar a un cerrajero porque la cancela que da a la calle debe abrir al revés. **SEGUNDO:** Hay que hacer una muesca en la plataforma porque la rueda de la silla sobresale y hay que fijarla para que no caiga. **TERCERO:** Se necesita un mando a distancia, para poder comandar el elevador desde la silla.

Pues... ¡Menos mal que estaba todo listo!

Aunque comienzo a dudar, todavía confío en la seriedad de Minuslift,.

A los tres días, mi hijo queda atrapado en mitad del recorrido sin poder acabar de subir ni bajar. Ahí permanece, durante más de dos horas, hasta que llegan los “técnicos” de Minuslift.

El 12 de abril, la plataforma falla de nuevo. Esta vez Minuslift no acude hasta el día siguiente...

El 14 de abril, la plataforma baja, pero no puede subir. Esta vez –muy enfadada– les hago saber que, de no dejar perfectamente reparado el elevador, me niego a pagarles. Minuslift responde llamando a mi hijo y diciéndole que no desean hablar conmigo y que, si no pago, no reparan la máquina.

Muy a mi pesar, correspondo a los pagos esperando la reparación; me cobran un cargo de 105,00€ por demora y cumplimentan los recibos “a nombre de mi hijo” (¿Por qué? ¡No lo entiendo!) cuando soy yo la que tiene aceptadas las letras.

Hasta el pasado 21 de junio, hemos podido subir y bajar...

Dos meses funcionando casi bien nos hizo pensar que todo estaba solucionado pero, el 22 de junio por la mañana, cuando mi hijo se disponía a bajar para acudir a rehabilitación: la plataforma volvió a fallar.

Llamamos por teléfono a Minuslift y, en poco más de hora y media, acudieron a casa; comprobaron que, efectivamente, el elevador no funcionaba y nos dijeron que regresaban “enseguida” con el material necesario para la reparación.

Día y medio después, Minuslift aparecía en mi casa.

Esta vez fue la peor. Por lo visto, desde el principio estaba mal calculado el peso de la plataforma y, tras dejar literalmente reventada la pared del patio y la máquina, se marcharon (tengo fotografías que pueden probarlo).

Desde marzo, hasta la fecha, sólo se que mi hijo, cada vez que tiene que salir de casa, se enfrenta a una máquina que nunca sabe si va o no a funcionar.

Sí es tan difícil, ¿por qué me lo pusieron todo tan fácil cuando acepté su presupuesto y firmé las “letras”?

¿No he tenido suficiente paciencia? Solo pretendo que, de una vez por todas, Minuslift solucione los problemas.

No me hacen el menor caso; solicité el Libro de Reclamaciones (y me lo negaron): ahora han destrozado la pared del patio... ¿Qué puedo hacer?

Lo único que se me ocurre, es contaros todo esto para que no os suceda a vosotros. Ya es suficientemente duro el trance que pasamos y la nueva vida a la que tenemos de adaptarnos, como para añadir los inconvenientes causados por una empresa “especializada” y en la que puse toda mi confianza.

Julia Martínez Covelo

METRO DE VALENCIA

FGV imparte formación a voluntarios para apoyo a personas con movilidad reducida en el uso del metro

La directora gerente de Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana (FGV), Marisa Gracia, ha asistido hoy al inicio de los cursos de formación a voluntarios para el apoyo a personas con movilidad reducida en el uso del metro y el tranvía, que tienen lugar en la sede del MetroClub en la estación de Colón.

Esta iniciativa se enmarca en el desarrollo del Plan de Accesibilidad Integral de la red de Metro Valencia, resultado del convenio marco de colaboración suscrito entre la Conselleria de Infraestructuras y Transporte, a través de FGV y la Fundación CEDAT de la Universidad Politécnica de Valencia.

Estos cursos están dirigidos al público en general y tienen como objetivos fundamentales promocionar las acciones de voluntariado, dar a conocer las especiales necesidades de las personas con discapacidad en el entorno de los transportes públicos y potenciar la colaboración ciudadana.

Los cursos son gratuitos y se realizarán en tres ediciones, con una duración de cinco horas. La primera edición empieza mañana, 22 de septiem-

bre, de 10 a 13 horas y concluye el viernes, 23.

La segunda edición de estos cursos tendrá lugar el 20 y 21 de octubre y la tercera edición se llevará a cabo los días 24 y 25 de noviembre.

El contenido de los cursos versará sobre conceptos básicos entorno a la discapacidad y accesibilidad, principales ayudas técnicas para las discapacidades, prácticas en instalaciones, socorrismo, seguridad y emergencias.

Los interesados en asistir al curso en cualquiera de las ediciones pueden inscribirse en la sede del MetroClub en la estación de Colón de Metro Valencia o en la sede de la Fundación CEDAT, sita en el Camino de Vera, s/n.

Dentro de las actuaciones desarrolladas en el Plan de Accesibilidad Integral de Metro Valencia se incluye un análisis de la situación de las estaciones de la red de Metro Valencia respecto a sus condiciones de accesibilidad, un programa de inversiones a ejecutar entre la Conselleria de Infraestructuras y Transporte y FGV y una serie de actuaciones paralelas de formación y sensibilización.

Plan de Inversiones en materia de accesibilidad

Como parte del Plan de Accesibilidad la Conselleria de Infraestructuras y Transportes destinará, junto con Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana (FGV), un total de 33,46 millones de euros a la mejora de la accesibilidad de las estaciones de la red de Metro Valencia, en los próximos años.

Desde la Conselleria de Infraestructuras y Transportes se destinarán 17,8 millones de euros para actuar en las estaciones de Beniferri, Plaza de España, Jesús, Patraix, Hospital y San

Isidre –todas correspondientes a la Línea 1.

Por su parte, FGV ha presupuestado un total de 15,6 millones de euros para intervenir en las estaciones de Campanar y Turia –también correspondientes a la Línea 1-, y alcanzar al tiempo los niveles básico y excelente en toda la red de Metro Valencia.

Actualmente, el 94% de las estaciones de la red de Metro Valencia disponen de elementos que permiten que sean consideradas como accesibles, con un porcentaje muy superior al de otras explotaciones de metro como las de Madrid, Barcelona o París



- CAMAS ARTICULADAS
- COLCHONES ANTIESCARAS
- BARANDILLAS
- ACCESORIOS DE BAÑO
- SILLAS DE RUEDAS:
 - LIGERAS
 - ELECTRICAS
 - DE COMPETICIÓN

ADAPTACIONES PERSONALIZADAS

ASESORAMIENTO ENTORNO DEL DISCAPACITADO

C/ POETA QUINTANA Nº 29 - 03004 - ALICANTE
TLF: 965.21.65.03 - FAX: 965.14.05.70

CERMI INFORMA...

ASISTENCIA JURÍDICA GRATUITA

En esta Ley se regulan condiciones especiales en materia de asistencia jurídica gratuita en favor de las personas con discapacidad litigantes en procesos judiciales, así como de las personas que los tienen a su cargo, cuando actúen en el proceso en su nombre e interés.

Se consideran a estos efectos personas con discapacidad, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1.2 de la Ley 51/2003, no solo las que tengan reconocido un grado de minusvalía de, al menos, el 33%, sino también los pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez, y los pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad.

Este beneficio se extiende también a las personas que tengan a su cargo una persona con discapacidad cuando actúen en un proceso en su nombre e interés.

Hasta ahora, las personas con discapacidad, solo podían acceder a la justicia gratuita si acreditaban insuficiencia de recursos para litigar, consi-

derándose como tal, cuando los recursos e ingresos económicos, computados anualmente por todos los conceptos y por unidad familiar, no superan el doble del salario mínimo interprofesional vigente. Es decir, en las mismas condiciones que todos los ciudadanos

Pues bien, a partir de esta Ley, las personas con discapacidad (3,5 millones de personas), podrán ser beneficiarios de la asistencia jurídica gratuita, aunque sus recursos e ingresos superen el límite anterior y no excedan del cuádruplo del salario mínimo interprofesional.

Asimismo, las Asociaciones de utilidad pública, que tengan como fin la promoción y defensa de los derechos de las personas con discapacidad (CERMI y resto del movimiento asociativo de las personas con discapacidad) gozarán del beneficio citado, los que les permitirá personarse en juicios gratuitamente en defensa de sus intereses o de cualquier persona con discapacidad que lo solicite, directa o indirectamente.

Estas medidas, ampliamente reclamadas por el CERMI al Gobierno y los Grupos Parlamentarios, supone dar a estas personas y a sus representantes,

el trato más favorable existente en nuestro ordenamiento jurídico en materia de asistencia jurídica gratuita, poniendo a su disposición medios más efectivos de defensa, al atenuar las barreras económicas que suponen los gastos inherentes a la asistencia jurídica, que hay que relacionar con todos los ámbitos jurídicos, incluidos los protegidos por la Ley de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal.

El derecho a la asistencia jurídica gratuita comprende las siguientes prestaciones:

1. Asesoramiento y orientación gratuitos previos al proceso.

2. Asistencia de abogado al detenido o preso.

3. Defensa y representación gratuitas por abogado y procurador en el procedimiento judicial.

4. Inserción gratuita de anuncios o edictos, en el curso del proceso, que preceptivamente deban publicarse en periódicos oficiales.

5. Exención del pago de depósitos necesarios para la interposición de recursos.

6. Asistencia pericial gratuita en el proceso.

7. Obtención gratuita de copias, testimonios, instrumentos y actas notariales.

8. Reducción del 80 % de los derechos arancelarios que correspondan por el otorgamiento de escrituras públicas y por la obtención de copias y testimonios notariales, cuando tengan relación directa con el proceso

9. Reducción del 80 % de los derechos arancelarios que correspondan por la obtención de notas, certificaciones, anotaciones, asientos e inscripciones en los Registros de la Propiedad y Mercantil, cuando tengan relación directa

con el proceso

21 julio 2005.

Miguel Ángel Cabra de Luna
Asesor Jurídico del CERMI Estatal



HAZ UNA REVISIÓN A TU SILLA Y LLÉVATE UN REGALO

Realiza una revisión gratuita de tu silla de ruedas y un análisis de sedestación con tu cojín habitual y consigue un regalo. Te esperamos en nuestra Central en la C/ Felix Pizcueta 10 de Valencia.

Promoción exclusiva para asociados de ASPAYM-CV. Válida hasta el 30 de Septiembre de 2005. Infórmate en puntos de venta Ortoprono.



ORTOPRONO
ORTOPEDIA TÉCNICA
902 30 50 70

Si estás interesado en aprender a manejar el ordenador, a navegar por Internet o quieres mejorar tus conocimientos informáticos, pero tienes problemas de movilidad que dificultan tus salidas a academias o centros, ahora tienes la oportunidad de recibir formación por parte de personas voluntarias que se desplazarán a tu domicilio. Esta actividad forma parte del proyecto “Nuevas Tecnologías para Todos” de la asociación ASTEDI, subvencionado por la Fundació Viure i Conviure”.

También desde el Cibervoluntariado del Ayuntamiento de Valencia tendrás la oportunidad de recibir clases de informática bien a domicilio, bien en el aula ubicada en C/ Campoamor 91, recientemente inaugurada y accesible con silla de ruedas.

En caso de estar interesado ponte en contacto con ASPAYM CV.

Sonia Galarza (651149723).



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT
Registre General

Data 27 Oct. 2005

EIXIDA núm. 64258/05

ASPAYM - COMUNIDAD VALENCIANA
A/A.: D. JOSÉ BALAGUER SORIANO
Pl. Salvador Allende, 5-B- Dcha.
46019 - VALENCIA

Valencia, 26 de octubre de 2005

Querido Presidente:

Quiero comunicarte, en respuesta a tu escrito de fecha 25 de septiembre de 2005, que el proceso de que culminará con una norma por la que se van a financiar, por parte de la Conselleria de Sanitat, los fármacos para la disfunción eréctil, sigue su curso.

Como recordarás, a través de una enmienda de la pasada Ley de Presupuestos, se aprobó la propuesta por la que te interesas.

Quiero subrayar que esta propuesta corresponde a una promesa electoral, que el propio Presidente de la Generalitat, D. Francisco Camps, manifestó la pasada campaña electoral.

En estos momentos y tras el informe preceptivo del Área Jurídica de la Conselleria de Sanitat, los Servicios Jurídicos de Presidencia están elaborando el informe definitivo, por lo tanto una vez concluido éste y sea remitido de nuevo a la Conselleria de Sanitat, a través de una norma que firmará el Conseller de Sanitat, terminará el proceso iniciándose la prestación anteriormente mencionada.

Sin más recibe mi saludo más cordial de,

EL DIRECTOR GENERAL DE FARMACIA
Y PRODUCTOS SANITARIOS,



Fdo.: José Luis Gomis Gavilán

VENDO OPEL FRONTERA 2.800 DIESEL

Matrícula V-6346-EZ. 136.000 km. Embrague automático, acelerador y freno manual

Precio 4500 € Preguntar por Vicente Palardó

Tel. 961555943 / 616697541

SE VENDE SILLA DE RUEDAS MANUAL NUEVA.

Precio a convenir. Preguntar por Antonio Hernández

Tel. 630350108

Vendo scooter para minusválido tres ruedas

Con dos años y en perfecto estado Tel: 961365277, 629994386

VENDO SILLA ELECTRICA MARCA GUIDOSIMPLEX

Modelo PC-G-D-M Precio 1700 €

Preguntar por Ana Tel. 963798119

