

FEDERACIÓN NACIONAL ASPAYM



Comunidad Valenciana

Núm. 58 (4^a época) - Junio 2007

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 :

María Delgado
Luis Escribano
Juan Manuel Bertomeu
Raquel Suria
Amparo Solaz
Ana M^a Micó
María José Mollá
José Vte. Jordán
Olalla Trigas
Mari Francis García
Carmen Luján

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: Carlos Sotos
Tesorera: Ana M^a Micó
Secretario: Juan Manuel Bertomeu
Vocales: Jesús G^a Bañegil
Francisco Molina
José Vte. Jordán
Amparo Rubio
Yolanda Ruiz

Sede Social:

Pl. Salvador Allende, 5
46019 VALENCIA
Tel. y Fax: 96.366.49.02
E-mail: info@aspaymcv.com

www.aspaymcv.com

REVISTA

Editores:

ASPAYM Comunidad Valenciana

Maquetación:

Alejandro Sáez Fernández
Carlos Sotos Portalés

No corras, no bebas, no cambies de ruedas

Hola socios de Aspaym!! En estos días todos hemos oído hablar a través de los medios de comunicación sobre la nueva campaña de alcoholemia de la DGT en la cual nos hacen partícipes a los miembros de Aspaym. Esta iniciativa surgió de Aspaym Galicia en 2004 y tuvo una gran acogida; este año se extiende a diferentes puntos de 8 comunidades más. Desde Aspaym Galicia me han comentado que están recopilando datos para analizar éstos y ver si realmente son efectivas este tipo de campañas y si lo son, trabajar junto con la DGT en futuras campañas de prevención.

Así que como voluntario en esta campaña promovida por la Red Europea de Policías de Tráfico, que se realizará simultáneamente en todos los países de la Unión, os voy a contar un poquito sobre el tema y qué tal fue en Valencia, que es desde donde os escribo.

En España se realiza en dos etapas. La primera fase fue los días 1 y 2 de junio en Galicia, Asturias, Madrid, Murcia, Canarias y nuestra comunidad. Y la segunda fase tendrá lugar el 15 y el 16 de junio, en Toledo, Albacete, Cuenca, Sevilla, Baleares, Granada y en las provincias de Castilla y León.

En el caso de Valencia fueron tres los controles a los que asistimos, dos en la carretera del Saler (la famosa ruta del Bacalao de la que más de un conocido mío ha vuelto en silla de ruedas), uno el viernes a las 16:00 horas y otro el domingo a las 7:00h en el que retuvieron a más de 30 vehículos... Y entre medias, otro el sábado a las 1:00 de la madrugada en la Pista de Silla entrando hacia Torrente... en el cual tristemente también dieron muchos conductores positivo.

Al control del viernes se desplazaron diversas autoridades como la jefa provincial de tráfico, M^a Dolores Pérez o el delegado de gobierno Antonio Bernabé. Todos ellos agradecieron el apoyo de Aspaym y bajo el lema “la única tasa segura para conducir es 0,0, elige tu razón y no bebas” hablaron con nosotros y con los numerosos (y cuando digo numerosos, quiero decir numerosos) medios de comunicación que allí se congregaron... allí y en el resto de controles en los que participamos. (¿O es que en alguna cadena no lo habéis visto?) Por nuestra parte Fueron Ale

jandro Sáez como coordinador de la actividad y como voluntarios, Álvaro Donato, Jairo Beses, y Pedro. Todos ellos fueron los encargados de dialogar un poco con los conductores y acompañantes de estos, los cuales se mostraban bastante sumisos y comprensivos, e informándoles con un tríptico elaborado conjuntamente con la DGT, bajo la Máxima de: “No corras, no bebas, No cambies de ruedas.” (muy acertado bajo mi humilde criterio).

Al control del viernes noche acudimos Beatriu Espuig y un servidor para continuar con la campaña. (Y más medios de comunicación). Ya se notaba el movimiento de la noche valenciana, detuvieron a más de 15 vehículos, gente de todas las edades, sexos, nacionalidades.... y diferentes tasas de embriaguez -entre 0,15 y 1,5 gramos en aire inspirado-. en algunos era evidente “el pelotazo” que llevaban y el consiguiente peligro que suponían



a la circulación (los límites legales en aire respirado son: 0,15. para los conductores noveles y profesionales y 0,25 para el resto de conductores. Medido en gramos de alcohol por litro de sangre es aproximadamente el doble 0,3 y 0,5).

Aquí la gente se mostraba menos comprensiva y más dada al debate con nosotros, aunque pienso que era más por el trastorno de la multa, la retirada de puntos, que las cámaras encima quisieran grabarlos y el efecto del alcohol, que por no comprender el mensaje que nosotros les hacíamos llegar. Aunque es cierto que cada persona reaccionaba de una manera diferente y algunos fueron muy comprensivos. Tendríais que haber visto y oído a un grupo de cuarentonas marchosas...

Desde mi punto de vista deciros que la experiencia fue cuanto menos muy interesante; ver las diferentes reacciones de los conductores, ver la fiesta nocturna desde otro punto de vista como es siendo colaborador en un control de alcoholemia, y sorprendiéndome con la diversidad y cantidad de gente bebida que pone muchas vidas en peligro sin apenas ser consciente de ello. Además desde Aspays me han comunicado

me viene de maravilla!! Para la subida del Euribor este mes. Así que os animo a que participéis en futuras campañas o iniciativas de Aspaym (que fue complicado encontrar voluntarios. De hecho Alejandro acudió solo al control más representativo e interesante -por vehículos retenidos- que se realizo a la vuelta de la ruta del Bakalao el domingo).

Aunque a falta de que nuestros compañeros Gallegos nos informen de los resultados del estudio, me parece mucho más interesante, importante, educativa y esencial, la seguridad vial en colegios e institutos que imparte Aspaym valencia junto con la Conselleria de Sanitat, “Programa de prevención de accidentes de tráfico y sus principales secuelas (PRELAT)”. Algunos de nosotros ya hemos participado, aunque este año fueron muy pocos los socios asistentes al

curso de formación de monitores para impartir las charlas en los colegios, y os aseguro que es muy interesante trabajar educando y concienciando a los futuros conductores).

Bueno, pues esta es la noticia que todos hemos oído, visto o leído en los medios, pero contada desde un socio presencial. La próxima os toca a vosotros. Si queréis más información, o ver un video cuanto menos... no sé como calificarlo... A mi juicio era lo que querían cazar la mayoría de cámaras y reporteros que nos “persiguieron”. O comentar cualquier cosa no dudéis en dirigiros a la Web www.aspaymcv.com . O simplemente para conocerla.

P.D: En la Web de Aspaym Galicia www.aspaymgalicia.org hay una encuesta que seria interesante que rellenásemos en 5 minutos. Esta en: Servicios>>documentos>>Encuesta campaña prevención.

ASPAYM-COMUNIDAD VALENCIANA



- El local social de ASPAYM-C.V. se encuentra en:
VALENCIA, PI/ 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.**

VOLANDO VOY

Fue en la revista PLATAFOR MA nº 39, diciembre del 2001, donde por primera vez leí que los discapacitados teníamos a nuestra disposición un planeador, ó velero, con el que podíamos tomar calases de vuelo sin motor a muy bajo precio. Y desde que leí aquella interesante noticia, y como yo soy de esa clase de personas que lo quieren probar todo, tuve la ilusión de montar en ese avión. Deseo que cumplí el día seis de mayo del 2007.

Días antes llamé por teléfono a PREDIF y ellos me informaron de que con 32 € teníamos pagados cuatro vuelos y además en el paquete se incluía una noche gratis, para el discapacitado y acompañante, en el hotel Beatriz en Toledo y de cómo podía ponerme en contacto con SENASA, la escuela de vuelo en Ocaña, para acordar con ellos el día y la hora para hacer mi bautismo del aire.

Hacia veintitantos años que no iba a Toledo, precisamente fue en un curso de ASPAYM, y el día cinco de mayo del 2007, a las once de la mañana, entrábamos, mi mujer y yo, en la ciudad imperial, en la que apenas si se nota el paso de los años ni el cambio en los edificios de su casco antiguo; si bien en esa zona ahora no se encuentra sitio donde poder aparcar.

Para mi, Toledo es una ciudad muy especial porque allí, en la clínica Virgen de la Salud donde estuve ingresado, viví nueve meses muy intensos y conocí a muchas personas admirables. Desde la ventana de la habitación 512, de aquel hospital, todos los días veía la Puerta Nueva de Bisagra, que abre las murallas medievales y allá arriba el vasto edificio del alcázar con sus cuatro torres; las puntiagudas agujas de las torres de la catedral y otras iglesias y monumentos.

Desde aquella ventana también veía la verde vega del Tajo, con espesa neblina en invierno, con muchos árboles, en sus riberas, que se me antojaban chopos.

Y en verano, un poco más para allá, los campos sembrados de dorados cereales, que después las maquinas segadoras convertirían en rastrojos, donde seguro que cantaban las chicharras y corrían los perdigones y gazapos. Más lejos; veía unos cerros por cuya ladera, por las luces que por la noche, cual inquietas luciérnagas, por allí aparecían y se escondían... aparecían y se escondían, se adivinaba transcurrir una sinuosa carretera.

Tanto me asomaba por aquella ventana que un día, a la que me di

cuenta, me había quemado una rodilla con el radiador bajo el alféizar.

En la pequeña terraza de la sala de estar, de la quinta planta donde vivíamos los paraplégicos, algunos lesionados en verano tomábamos el sol y veíamos otras vistas de la ciudad imperial, y algunas tardes de domingo, en otoño y primavera, entre los espacios que nos dejaban libres unos inmuebles sociales, nos distraíamos viendo al equipo de Toledo jugar al fútbol.

Añorados momentos que me vinieron a la memoria cuando, camino del hotel Beatriz, a mi derecha vi el hospital que fue mi hogar desde junio de 1.970 hasta febrero de 1.971, y a mi izquierda, tras una larga verja, el grupo de casas todas iguales, tipo chalet, que

también todos los días veía desde la ventana de mi habitación..

Después de tomar posesión de la habitación del hotel dimos una vuelta, con el coche por las calles que podíamos pasar, del centro de Toledo; y después de comer y de echarnos una reconfortante siesta dimos otra vuelta por la ronda y admiremos una vez más esta histórica ciudad tan peculiar y magnífica como acogedora.

Terminemos aquel día cinco convidándonos a una pantagruélica cena en el buffet del hotel y al día siguiente, después de desayunar opíparamente en el mismo comedero, nos encaminemos a Ocaña, dejando atrás; primero el hos



pital que hace treinta y siete años fue mi casa y después la ciudad que tanto aprecio.

En la carretera que transcurre desde Toledo a la autovía de Madrid docenas de conejos y de perdices se mostraban, a nuestro paso, por los márgenes de las cunetas levantando sus cabezas como si nos dijeran adiós; y cuando lleguemos a la rotonda que da acceso a la autovía nos dieron el alto, y la vez la bienvenida, los cuatro guardias civiles de un inesperado control de alcoholemia donde un afable guardia civil me pidió que soplara por el aparato que mide la tasa de alcohol en el aire. Yo, que si estoy normal ya tartamudeo, en aquel momento estaba tan nervioso que apenas podía soplar, y mucho menos hablar, pero el guardia

fue muy complaciente con migo tranquilizándome con su mesurado tono de voz; y cuando llené aquel aparato de aire y vio que yo no había bebido nada se despidió de nosotros con una comprensiva sonrisa.

Llegamos a la escuela de vuelo poco antes de las diez y después de presentarme en las oficinas, nos dirigimos al hangar donde estaban los veleros y Jacinto, mi instructor, y otros pilotos. Allí nos hicimos las primeras fotos y después de que ellos transportaran los veleros, remolcados por un Land Rover, a la pista; también mi mujer y yo nos dirigimos hasta allá. Poco después vinieron mis hermanos José y Valentín, mi cuñada Valeria y



mi sobrino Pablo, que también querían volar.

Entre Jacinto y mis dos hermanos me metieron en el estrecho habitáculo del velero y después de ponerme el paracaídas y el cinturón de seguridad me dijo mi instructor a la vez que me señalaba los artilugios:

–Si cuando estemos en el aire te digo que hay que abandonar el velero; giras esta llave, se te desabrocharan los cinturones, y rápidamente te lanzas al vacío y estiras de esta anilla con todas tus fuerzas para que se te abra el paracaídas.

–De acuerdo.

Le dije yo a la vez que pensaba: “Si para colocarme aquí dentro han hecho falta tres personas no se como voy a poder salir yo solo”.

El velero fue enganchado con una larga sog a una avioneta lanzadera y a la orden de Jacinto, que manejaba el planeador sentado detrás de mi, esta se puso a rodar por la pista y antes de que la avioneta despegara del suelo el velero ya había remontado el vuelo suavemente. Y cuando la avioneta despegó, fuimos subiendoy subiendo dando vueltas por encima del aeródromo y sus alrededores, hasta los mil metros donde Jacinto desenganchó la cuerda y durante veinte minutos volemos libres, libres como el águila la reina de las aves, planeando en

círculos en suave descenso al tiempo que buscábamos las corrientes térmicas para que nos volvieran a subir. El cielo estaba completamente azul y despejado y desde allí todo era emocionante y magnifico. Desde aquella altura el paisaje se podría comparar a una grandísima acuarela compuesta de cientos de figuras geométricas, troceadas por las casi invisibles lindes, todas ellas distintas, los campos sembrados y los barbechos, pintadas de tonos verdes y marrones y entre ellas, como largas serpientes que recorrían la llanura, las grises autopistas y las carreteras donde los vehículos se veían como hormigas y los marrones caminos. Entre tantos labrantíos también se veían los pueblos, algunos en la lejanía y Ocaña debajo de nosotros, con sus tejados marrones, las calles cual venas que alimentan la urbe, y en el centro de ellos su iglesia con el campanario elevándose hacia el cielo. Y cuando aterricemos solamente noté el



suave traqueteo de las ruedas del velero al pasar sobre los pequeños baches que cubría el verdino césped.

En un segundo vuelo todavía aprecie más toda aquella belleza manchega que se mostraba a mis sentidos y aunque mi mujer, igual que en el primer vuelo, estaba nerviosa por si me sucedía algo yo me encontraba más tranquilo que si hubiese estado sentado en tierra. Y aunque Jacinto me explico el funcionamiento de los mandos yo le dejé pilotar a él y me entretuve en hacerle fotos a aquel fantástico panorama.

Para mi el día que hice mi bautismo del aire fue un día grande, muy grande,

en el que cumplí uno de mis sueños y disfruté, de dos días apasionantes, como nunca creí que los iba a disfrutar. Y por eso os lo cuento y me atrevo a recomendaros que, si no tenéis miedo a las alturas, hagáis lo mismo que hice yo y disfrutaréis volando..... y os deleitareis sintiéndoos águilas; las reinas del cielo.

Mis hermanos también volaron, y lo mismo mi sobrino de once años; y los cuatro convenimos que lo próximo que haremos será lanzarnos en paracaídas; aventura que si no ocurre alguna contrariedad los Escribanos sin duda alguna vamos a cumplir.

Luis Escribano Arellano
En Buñol a 1 de junio de 2007



CADA VEZ ESTAMOS MÁS CERCA DE TI, EN 19 PUNTOS DE VENTA POR TODA LA COMUNIDAD VALENCIANA Y TERUEL. TE OFRECEMOS ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DOMICILIARIA, GABINETES DE PODOLOGÍA, ORTOPEDIA Y AYUDAS TÉCNICAS.

ORTOPRONO
ORTOPEDIA TÉCNICA

www.ortoprono.es
ortoprono@ortoprono.es

902 30 50 70

PREVENCION EN EL LESIONADO MEDULAR

Tras el diagnóstico de una lesión medular, sea cual sea su origen, se van requerir unos cuidados especializados en una unidad de lesionados medulares. Este tipo de cuidados han contribuido a cambiar el pronóstico que hace unos años se tenía después de sufrir una LM, igualándose la esperanza de vida al resto de la población.

El mejor tratamiento suele ser una buena prevención

No siempre vivir más significa vivir mejor. Cada vez adquiere mayor importancia e interés la calidad de vida. Este es un término muy amplio que cada uno puede adaptarlo a sus necesidades, valoraciones y costumbres. En nuestro caso puede ayudarnos el conseguir un alto grado de autonomía e independencia.

Es importante mantener un buen estado físico y también psíquico. Realizar ejercicios o gimnasia de mantenimiento según las posibilidades de cada uno, incluso movilizaciones pasivas. Todo aquello que pueda repercutirnos positivamente es aconsejable, desde una buena alimentación, hasta todo lo que nos ayude a mantener y aumentar la

autoestima.

De lo que se trata es de conocer el alcance de la lesión que se tiene, sus posibles complicaciones y sobre todo la forma de evitar que estas se produzcan, poniendo en peligro unas buenas condiciones de vida.

CUIDADOS DE LA PIEL

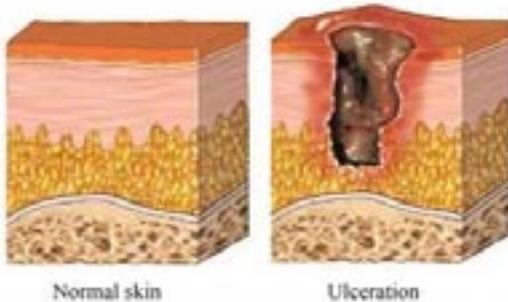
Las úlceras por presión son complicaciones temidas que con frecuencia se pueden presentarse en la LM, pero también son las que más fácilmente se pueden prevenir con unos correctos cuidados.

A/ CUIDADOS GENERALES

- Mantener la piel limpia y seca, efectuar la higiene diaria, con un jabón neutro, aclarando y secando la piel cuidadosamente. Se prestará especial atención a las zonas con pliegues cutáneos (axilas, ingles) y entre los dedos.

- Evitar las maceraciones, cambiando el material de incontinencia con la frecuencia necesaria para que la piel se mantenga seca el mayor tiempo posible, limpiando y secando la que este en contacto con orina o heces.

unos dos litros diarios. Aplicar cremas o aceites adecuados tras la higiene diaria, mediante un suave masaje, evitando hacerlo sobre las prominencias óseas



y en las zonas enrojecidas o afectadas. No se debe utilizar alcohol ni sustancias que resequen la piel.

- Revisar la piel de todo el cuerpo a diario, con la ayuda de un espejo o del cuidador si es necesario. De esta manera se localizará cualquier zona de presión y se podrá actuar con rapidez.

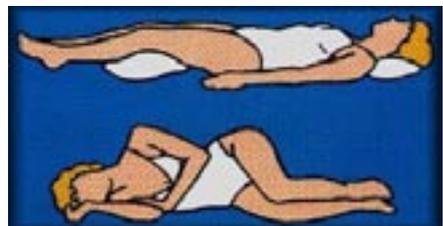
- Cuidar las sondas y colectores urinarios, procurando que no presionen sobre la piel.

- Evitar los estados de delgadez que dejan las prominencias óseas sin protección. Seguir una dieta adecuada a las necesidades, pero siempre cuidar que sea variada y rica en proteínas, vitaminas y fibra.

- Evitar ropa y calzado demasiado ajustados.

B/ CUIDADOS EN LA CAMA

- Siempre que se este **en la cama** y sobre todo cuando se requieran estancias prolongadas en la misma, se realizarán cambios posturales cada tres horas, o con la frecuencia que precise el estado general del paciente y de la piel. Debe cuidarse la comodidad pero sobre todo evitar que las prominencias óseas contacten entre si. Se alternaran ambos laterales (derecho e izquierdo) y si es posible, el decúbito supino (boca arriba) y decúbito prono (boca abajo). Se ayudará de almohadas para liberar las zonas de apoyo y mantener el cuerpo en la postura correcta en cada posición. Se recomienda utilización de protectores para codos y talones que deben ser fáciles de retirar con el fin de poder revisar la zona y de un material transpirable y lavable. Es conveniente disponer de un colchón de agua o de aire que facilite el alivio de la presión en las zonas de riesgo, pudiendo eliminar los cambios durante la noche, facilitando el descanso tanto del paciente como de su cuidador.



- Evitar el arrastre del cuerpo, que produce el roce de la piel con la ropa de cama (fricción).

- Mantener la cama limpia y seca, eliminando las arrugas de las sábanas y comprobar que no quede ningún objeto en la misma que pueda producir alguna lesión. La elevación de la cabecera de la cama no debe superar los 30° y durar el menor tiempo posible, (para comer etc.). De este modo evitaremos la UPP en el saco. Aunque esta posición es muy cómoda facilitar la lectura o ver la televisión, no se debe abusar de la misma, pues las consecuencias pueden ser nefastas.

C/ CUIDADOS EN LA SILLA DE RUEDAS

- Es importante estar bien sentado, evitando deslizarse sobre la misma, de lo contrario se estará apoyando la zona sacro-coxígea, con el consiguiente riesgo de formarse una zona de presión.



- Evitar el arrastre hasta el asiento.

- Procurar que las rodillas no se rocen entre sí, para lo cual el reposapiés debe estar bien horizontal.

- Se dispondrá de un cojín antiescaras adecuado a la silla, comprobando el estado de conservación e hinchado del mismo. La utilización del cojín no evita realizar el resto de cuidados y medidas preventivas.

- No se deben utilizar dispositivos tipo flotador o anillo.

- Pulsar con frecuencia, apoyando las manos en los laterales o en las ruedas de la silla, para liberar los apoyos isquiáticos

- No se debe prolongar en exceso las horas de permanencia en la silla, siendo aconsejable descansar unas horas, a ser posible, durante el día, para liberar las zonas de apoyo en la silla y mejorar la circulación en las piernas.

Como consecuencia de la falta de sensibilidad, al igual que las úlceras por presión, se pueden producir quemaduras en las zonas por debajo del nivel de la lesión.

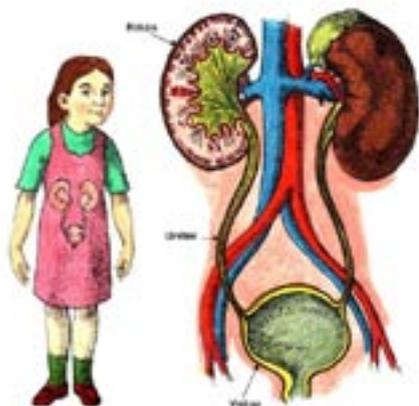
Hay que ser cuidadoso y evitar los focos de calor directamente sobre la piel, como pueden ser estufas, braseros, grifos de agua caliente, el agua del baño....etc. Cualquier foco

CUIDADOS DE LA VEJIGA NEUROGENA

El termino vejiga e intestino neurogeno hace referencia a la alteración de su función como consecuencia de una lesión en el sistema nervioso, es el caso de la lesión medular.

Existen varios tipos de vejigas dependiendo del nivel y grado de la lesión.

El objetivo es conseguir una vejiga equilibrada, sin grandes distensiones que puedan dañar el funcionamiento renal con un posible reflujo vesico-ureteral. Evitar en lo posible las infecciones urinarias, sobre todo las de vías altas, pielonefritis, y sus secuelas. Utilizar adecuadamente en nuestro beneficio todos los sistemas existentes para paliar la incontinencia. Alcanzar periodos de continencia que mejoren las relaciones sociales, la autoestima y la calidad de vida. En cualquier caso será el criterio y consejo



medico el que se debe seguir.

- En el caso de vaciamiento insuficiente de la vejiga hay que evitar la sobredistensión vesical, efectuando sondajes intermitentes periódicos. De esta manera se pueden conseguir periodos de continencia, así como un vaciamiento total de la vejiga, lo que va a favorecer las relaciones sociales y sexuales.

- Prevenir las infecciones urinarias, una vejiga neurogena es casi imposible mantenerla estéril, pero se pueden seguir unos hábitos saludables.

- Ingesta abundante de agua, controlando los volúmenes de sondajes.

- Controlar la ingesta de alcohol y evitar las bebidas excitantes

- Higiene de genitales

- Dejar la toma de antibióticos para cuando lo indica el medico, que suele ser en aquellos casos de urocultivos positivos pero con sintomatología.

- Realizar urocultivos mensuales.

- En el caso de llevar sonda vesical permanente, ya sea de forma puntual o continua, se extremara la higiene de genitales, insistiendo en la zona de alrededor de la sonda, evitar los tirones de la misma con los cambios posturales y demás movilizaciones y se cambiara mensualmente, aconsejando siempre las

precoz de cualquier alteración tanto renal como de cualquier otro tipo.

CUIDADOS DEL INTESTINO NEUROGENO

Se trata de conseguir un intestino que funcione con regularidad y del que nosotros podamos tener el control. A ser posible defecar en el inodoro. No es tarea fácil ni sencilla, muy al contrario, requiere dedicación, y paciencia, pero puede facilitarnos la vida de relación y aumentar la autoestima.

Lo aconsejable es:

- Tener un hábito de evacuación intestinal, diario o cada dos días como mucho, para evitar una distensión intestinal de heces con los consiguientes problemas que acarrea.

- Es aconsejable aprovechar el reflejo gastrocolico, tras el desayuno o comida, siempre a la misma hora

- A ser posible lo mejor es defecar en el inodoro .Si se utiliza supositorio o canuletas se pondrá $\frac{1}{2}$ hora antes de sentarse en el inodoro y esperar que haga efecto. Vale la pena intentarlo.

- En la cama la mejor postura es sobre el lado izquierdo con las rodillas flexionadas.

- Es importante seguir una dieta equilibrada y variada, rica en frutas (evitando manzana, plátano) verduras

y fibra, incluso con preparados farmacológicos de fibra que ayudaran a conseguir una buena hidratación de las heces junto con el aumento de la ingesta de agua.

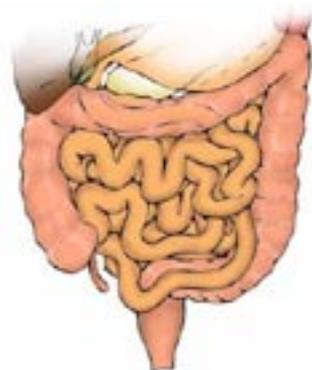
- Comer pausadamente, masticando muy bien los alimentos. No tomar grandes cantidades.

- Evitar bebidas gaseosas.

- Mantener un buen peristaltismo, para lo cual se pueden tomar preparados a base de aceites de parafina, lactulosa etc. según el criterio medico. Evitando siempre los laxantes muy potentes que producen descargas bruscas del intestino.

- Facilitar la defecación mediante la administración de lubricantes locales como son los supositorios.

- Cuando se presentan deposiciones diarreicas, hay que pensar en una pseudo diarrea. Esto sucede como con



secuencia de una reacción inflamatoria del intestino por el acumulo de heces durante varios días. La podemos diferenciar de la diarrea en que la cantidad de heces es escasa y con mucho moco. Se debe hacer una limpieza intestinal mediante la aplicación de enemas.

CUIDADOS DEL APARATO CIRCULATORIO.

Para mantener buen estado circulatorio es aconsejable:

- Evitar calzado y ropa apretada, que pueda dificultar la circulación de retorno.

- Utilizar medias de compresión gradual a diario, colocándolas antes de levantarse. Su uso ayuda a que las

venas se estrechen ligeramente y la sangre fluya más rápida reduciendo el riesgo de coagulación.

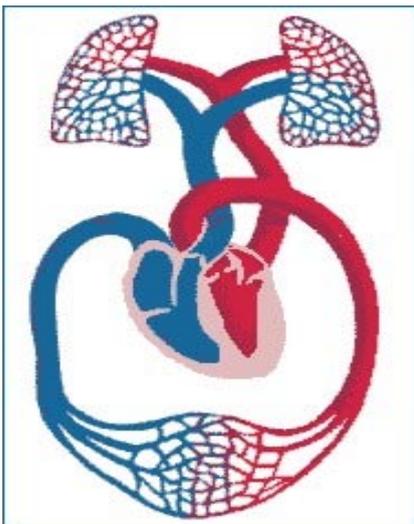
- Evitar las estancias muy prolongadas en la silla,

- Procurar algún descanso durante el día que facilite el retorno venoso y ayude a deshincharse las piernas.

- Si las piernas están hinchadas y tras varias horas de descanso en posición horizontal no se deshinchán acompañado de diferencia de temperatura entre ambas piernas, hay que sospechar una trombosis y se debe consultar al médico. Mientras tanto se evitaren movimientos bruscos de las piernas así como la sedestación.

- Evitar el estreñimiento.

- Vigilar a diario el estado de las piernas y su temperatura.



DISREFLEXIA

La disreflexia es una complicación potencialmente grave de la lesión medular que puede presentarse con frecuencia en las lesiones con un nivel igual o superior a T6. El síntoma más significativo es un incremento brusco de la presión arterial.

Las causas que pueden originar una crisis de disreflexia son muy variadas, cualquier situación que suponga dolor

- Distensión vesical, por problemas en la evacuación de la orina. Ya sea por problemas en el esfínter, obstrucción de la sonda vesical, etc. La distensión vesical es la causa más frecuente de hiperreflexia pero pueden contemplarse como posibles causas también :

- Distensión rectal por acumulación de heces.

- Litiasis vesical.

- Infección de orina.

- Úlceras por presión.

- Fracturas o luxaciones

- Eyaculación.

- Contracciones del parto.

- Quemaduras .Uñas encarnadas.

Ante un aumento brusco de presión arterial se debe de pensar en alguna de estas causas, principalmente la distensión vesical o rectal, y eliminarla para solucionar la situación.

ESPASTICIDAD

La espasticidad es una manifestación clínica que se suele presentar en algunas lesiones medulares y en otras lesiones del SNC. Se caracteriza por contracciones musculares mantenidas y reflejos tendinosos profundos exagerados y afectan a grupos musculares infralesionales.

Los músculos se contraen de forma

refleja e involuntaria manteniendo una hipertonia que puede manifestarse en forma de calambres, espasmos e hiperreflexia, provocando posturas inusuales y posiciones articulares en ángulos inadecuados.

Tanto la espasticidad como los acortamientos musculares derivados de la misma, puede interferir e imposibilitar el movimiento y funciones tan básicas como la manipulación, la marcha, el vestido o el lenguaje. Existen diversas situaciones en las que la espasticidad puede verse aumentada, tanto en intensidad como en la frecuencia de los espasmos. Los factores que influyen en ese incremento pueden ser de diversa naturaleza:

- Distensión vesical

- Distensión del recto y colon, como consecuencia de la retención de heces.

- Infección urinaria

- Litiasis biliar o urinaria

- Úlceras por presión.

- Uñas encarnadas.

- Cualquier foco irritativo.

.Independientemente del tratamiento de la espasticidad, evitar estos factores o tratarlos adecuadamente evitara el aumento de la espasticidad con las consiguientes dificultades en las tareas de la vida diaria

CUIDADOS RESPIRATORIOS

En las lesiones cervicales y sobre todo las más altas, los problemas respiratorios pueden volver a presentarse tras el alta.

Es aconsejable mantener una buena higiene respiratoria realizando ejercicios respiratorios. Evitar los procesos gripales mediante la vacunación anual.

La sedestación debe de ser diaria, eliminando los periodos de encamamiento que no sean estrictamente necesarios.

OSTEOPOROSIS

Como consecuencia de la inmovilidad, en la lesión medular, se



produce una pérdida de masa ósea con descalcificación. Existe una mayor fragilidad y predisposición a fracturas graves y traumatismos.

La forma de poder prevenirlo es realizar ejercicio físico y la bipedestación con aparatos de forma constante. Tener cuidado con los cambios o movimientos bruscos y las transferencias.

TERMOREGULACIÓN

Como consecuencia de la alteración en la termoregulación, sobre todo en las lesiones más altas, el cuerpo adquiere la temperatura del ambiente. Si hace mucho frío la temperatura corporal bajará por debajo de 36° C. con tirritonas. Cuando hace mucho calor la temperatura corporal subirá por encima de 37° C.

En ambientes fríos se abrigará adecuadamente, con guantes y sobre todo utilizando gorro, ya que la zona del cuero cabelludo es donde más pérdida de calor se produce.

Evitar la permanencia en ambientes muy calurosos, utilizar sistemas de ventilación para conseguir una temperatura agradable y si es necesario se pueden aplicar paños húmedos en la cabeza y otras zonas del cuerpo.

Amparo Solaz

OTRA CARA DE LA LESION MEDULAR

HISTORIAS DE UNA SALA

Hace unos meses Pepe Balaguer me comunicó la próxima celebración del 25 aniversario de ASPAYM C. Valenciana y me pidió que fuera preparando algún tema que pudiera interesaros.

Recordando los diversos aspectos comentados en jornadas anteriores, me pareció que casi todo estaba tratado. Y como estas jornadas tienen algo de festivo, de celebración, me dije: ¿por qué no hablar de historias y anécdotas vividas con vosotros?. Podría ser una buena ocasión.

El Dr. Miró que casi todos habéis conocido, sería un buen relator de estas historias pero sabéis que nos dejó en Abril de 2003. Después de él yo soy

la que llevo más tiempo en la sala y creo que no debía eludir esta cita con vosotros. Me he puesto a hacer memoria extrayendo algunas historias que espero os entretengan y en las que os veáis reflejados.

En primer lugar haré una breve reseña de la Historia del tratamiento de la L. Medular

REFERENCIAS HISTÓRICAS SOBRE LA LESIÓN MEDULAR

- EDWIN SMITH. EGIPTO, 3000 A.C.
- HOMERO. “ODISEA” S.IX.A.C.
- HIPÓCRATES. 400 A.C.
- AVICENA. 980-1037 D.C
- AMBROIS PARÉ. 1594.
- OLIVER WARNER. «TRAFALGAR». NELSON.
- VARIOS AUTORES S.XV. XVI, XVII. XVIII.



· HARVEY CUSHING. 1927. 1a GUERRA MUNDIAL

· GRAN BRETAÑA. 2a GUERRA MUNDIAL: 12 UNID.. 700 VICTIMAS.

· AUSTRALIA, CANADÁ, EE.UU.

· STOKE-MANDEVILLE. L-GUTTMANN, 1943-44.

UNIDADES DE TRATAMIENTO EN ESPAÑA

· H. J. CANALEJO, La Coruña.

· H. NTRA. SRA. COVADONGA, Oviedo.

· H. CRUCES DE BARAKALDO, Vizcaya.

· H. VALL D'HEBRÓN, Barcelona.

· H. PARAPLÉJICOS, Toledo (h. monográfico 1974-75).

· H. LA FE, Valencia (1969).

· H. VIRGEN DEL ROCÍO, Sevilla.

· H. VIRGEN DE LAS NIEVES, Granada.

· H. M. SERVET, Zaragoza.

· H. LA PAZ, Madrid.

· INSTITUTOGUTTMANN, Barcelona (Fundación privada).

· H. UNIVERSITARIO «PUERTA DEL MAR». Cádiz

· H. UNIVERSITARIO INSULAR, Gran Canaria

UNIDAD DE L. M. DE LA FE

Fue organizada por el Dr. Forner e inaugurada en 1969. Vamos con la primera anécdota que contaba el Dr. Miró: se invitó a la inauguración a los Príncipes, hoy los Reyes, y en presencia de otras personalidades se intentaba poner en marcha una cama muy moderna, “circoelectric” se llamaba y era imposible hacerla funcionar. Alguien dijo: ¡no está enchufada!. Cuando consiguieron que funcionara se quedó bloqueada con el paciente boca abajo mirando al suelo.

Yo me incorporé a trabajar en la sala en el año 1977, hace ahora 30 años.

Rondaban los años 1980–81 cuando Pepe Balaguer nos solicitó datos de los ficheros para fundar una asociación de pacientes. En principio nos mostramos reticentes porque queríamos preservar la confidencialidad de los mismos, pero también comprendíamos que la asociación podía ser de gran ayuda para vosotros. Exigimos que sólo se utilizaran los datos de nombre y dirección para enviar la circular invitando a asociarse. Así se hizo y se fundó ASPAYM C. V.

En la actualidad somos un número considerable, y digo somos porque al

gunos de los trabajadores de la sala también somos socios. Creo que ha valido la pena. Juntos habéis conseguido importantes logros sociales, os habéis prestado ayuda mutua para poder reconducir vuestras vidas desde la nueva situación de lesionados medulares. Toda una gran tarea por la que merecéis ser felicitados en vuestro 25 aniversario.

La relación entre la Sala y ASPAYM siempre ha sido muy fluida y cordial. Cuando hemos solicitado vuestra ayuda para servir de estímulo a los pacientes ingresados habéis acudido sin reservas. Nosotros hemos procurado prestaros ayuda si lo habéis requerido. Al mismo tiempo se ha respetado la autonomía de actuación de ambas partes, sin intromisiones, considerando que tanto la sala como ASPAYM tienen sus ámbitos concretos de trabajo. Todo ello ha creado vínculos muy estrechos entre los lesionados y los profesionales de la sala. Los más veteranos recordareis a muchos de los que os hemos atendido: supervisoras, enfermeras, auxiliares, fisioterapeutas, médicos, trabajadoras sociales, psicólogos.

¿Cómo olvidar al Dr. Miró?. Él fue una persona entrañable, irrepitible, despistado a veces, genial otras y protagonizó muchas anécdotas simpáticas que recordareis. Os contaré algunas:

Por ejemplo le gustaba explicar con todo detalle a los familiares de los

enfermos las características de su lesión. A veces los veías con cara de extrañeza. ¿Qué pasaba?, se había confundido de familiares.

Cuando el paciente decía que las piernas se le movían sin querer, le explicaba que eran movimientos involuntarios que les llamábamos espasmos. Si lo volvía a preguntar varias veces decía: ponga atención que ahora lo va a entender. Y soltaba la siguiente frase rimbombante: “la espasticidad es la potenciación presináptica de las motoneuronas alfa tónicas.” ¿Cómo?



Otras veces se expresaba en latín. Había sido monaguillo y se sabía la misa entera. Le gustaba estudiar inglés, era su asignatura pendiente. Todo lo traducía al inglés. En una ocasión ingresó un paciente que se llamaba MATIAS SASTRE FRANQUEZA y le dijo: usted es MATIUS TYLOR SINCERITI. Cantaba conocidas zarzuelas traducidas al inglés.

Sabéis que también hemos procurado realizar actividades extrahospitalarias para facilitar la integración social y superar las barreras arquitectónicas y las psicológicas más difíciles de superar todavía:

- Salidas a la playa cuando no había sendas de madera, y se clavaban las sillas en la arena y no podíamos circular.

- Salidas a museos, Hemisfèric, al puerto.

- A salas de fiesta: Los artistas de la Belle Epoque nos invitaron a su espectáculo e hicieron otro en el gimnasio del Hospital. Todo gracias a Felipe Querol que tenía amistad con ellos.

De todas, la salida más tradicional es la fallera que llevamos a cabo todos los años. Con el autobús municipal adaptado que nos recoge en el hospital, vamos invitados a una falla y concluimos el recorrido en el Ayuntamiento para presenciar LA

MASCLETÀ recibidos por las falleras mayores y los ediles de la ciudad.

Allí ha vivido todo tipo de aventuras: una vez tardaba en venir el autobús para devolvernos a La Fe y se agotaban las baterías del respirador de Anida; no pasa nada. Nos fuimos a un bar y amablemente nos permitieron enchufarlo.

El año pasado fallaba el respirador de Cristina en plena mascletà. Sin problemas, ¿sería por manos?, Nos turnamos dándole al AMBÚ hasta llegar a la sala donde ya nos esperaban con el otro respirador.

Un año estando en los bajos del Ayuntamiento vi entrar al actor Antonio Ferrandis y le solicité si podía saludar a los pacientes. Cuando se acercó dijeron “CHANQUETE”.

Todos los inconvenientes los superamos con ilusión. Las pequeñas



lestias las hemos compartido, porque siempre ha existido una complicidad y estas excursiones son muy beneficiosas para vosotros. La pena es que cada vez el trabajo del Hospital dificulta más su realización.

Voy a relatar algunas historias que me han permitido contar sus protagonistas.

Conocéis muy bien todo este asunto de los sondajes vesicales intermitentes. Hace años el sondaje se hacía con mucha esterilidad como nos había enseñado el Dr. Forner según él aprendió del Dr. Guttman. Estaba realizando un sondaje el enfermero Vicente Pascual como si fuera una cirugía, vestido de verde, con mascarilla... Entraron unos amigos del paciente y soltaron un pato que acababan de cazar en la albufera y estaba vivo. ¿Dónde cayó? Encima mismo del campo de sondaje. Ahora los sondajes se realizan con otra técnica llamada sondaje limpio que enseñamos a practicarse a los propios pacientes.

Otra vez la cabeza de una enfermera que estaba practicando un sondaje quedó atrapada entre las rodillas de una paciente que había tenido un fuerte espasmo. Gritaba y tuvimos que ir a liberarla.

La sala de La Fe es la única en toda la C. Valenciana para el tratamiento de la L. Medular. Por ello recibimos todo

tipo de pacientes. Recuerdo que estaba ingresado un delincuente peligroso vigilado por dos policías, uno dentro de la habitación y otro al fondo de la sala, en la salida de emergencia cuya puerta era de cristal. Hete aquí que desde la calle un indigente rompió la puerta de cristal y entró en la sala topándose de bruces con el policía. ¡Vaya susto!,



¿cómo iba a esperar encontrar un policía dentro de un Hospital?

Para que no falte nada también hemos sido habilidosamente engañados por un ¿enfermo?:

Nos envían un paciente del Hospital de Elche. Decía ser periodista que acababa de venir de Ruanda de hacer reportajes en la guerra y presenciar todo tipo de horrores por lo que se fue a descansar a una casa de campo que poseía.

Allí un caballo lo derribó y ya no pudo levantarse del suelo. Trasladado al H. de Elche ingresó en Reanimación, donde le colocaron sonda vesical, sonda nasogástrica y otras técnicas incómodas propias del lugar. Lo soportó todo.

Al llegar a nuestra sala mostraba una paraplejia, pero la exploración no acababa de cuadrarnos. En días sucesivos el paciente de la cama de al lado y su esposa decían que se levantaba por la noche al baño. Insistimos en la exploración y cada vez estaba más recuperado.

Ibamos a trasladarlo a Tarragona donde nos dijo que residía, y contactamos con el Hospital de esta ciudad que lo admitió. Al poco nos llaman de Tarragona y nos dicen que con ese nombre tuvieron un sujeto simulador que se cameló a alguna enfermera, le cogió la tarjeta de crédito, le limpió la cuenta corriente y desapareció.

Cuando fuimos a comunicarle el alta y le dijimos que nos habían dicho que ya estuvo en Tarragona, se sintió descubierto. Desapareció sin esperar que le diéramos el informe. En las jornadas de L. Medular de Canarias nos enteramos que había pasado por Vall d'Hebron y Toledo previamente.

Hay una actividad que realizamos conjuntamente con los asociados de ASPAYM y que considero de suma importancia. Me refiero a las charlas que impartimos en los colegios de toda la comunidad sobre PREVENCIÓN DE SECUELAS GRAVES DE ACCIDENTES DE TRAFICO.

Se iniciaron en el año 2000 a propuesta de la Conselleria de Sanitat (educación para la salud) con la colaboración de la unidad de L. Medulares, ASPAYM y el INTRAS (instituto de tráfico y seguridad vial – Universidad de Valencia). Se elaboró un material didáctico para la exposición de la charla y un folleto para entregar a cada alumno.

La charla dura una hora y la realizamos un lesionado medular y un sanitario. Se hace una exposición de los peligros de asociar drogas y



alcohol a la conducción de vehículos.

Se insiste en la utilización de sistemas de protección. Se explican las graves secuelas de los accidentes (L. Medular y T.C.E.).

Finalmente el lesionado comenta su vivencia personal y el esfuerzo que requiere la adaptación a una situación que ha cambiado su vida.

Cada año reciben esta información unos 16000 – 18000 alumnos mayores de 14 años de las tres provincias de la C. Valenciana. Los alumnos y profesores las consideran de mucha utilidad en las encuestas que se pasan. Los lesionados que las realizan conmigo me comentan muchas veces que para ellos también son muy importantes porque les ayudan a superar los temores de su secuela al sentirse útiles para otras personas.

Por mi parte las realizo con ilusión y procuro impartir todas las que me asigna



Alejandro, que es el coordinador. A veces salgo del Hospital casi sin comer para llegar a las 3 de la tarde algún colegio que no está demasiado cerca ni fácil de encontrar.

Desde aquí os animo a que os suméis al equipo y hagáis “bolos” con nosotros. No os arrepentiréis.

En fin hay muchas más historias que contar pero creo que ya he abusado bastante de vuestra paciencia. La intención de esta exposición ha sido tratar de transmitir que el tratamiento que se realiza en la sala pretende ir más allá de los cuidados sanitarios estrictos y del tratamiento fisioterápico que como sabéis no permite restablecer las funciones perdidas. La SALA es además de un lugar en el tuvisteis que permanecer una etapa muy dura de vuestra vida, una oportunidad de establecer relaciones humanas entrañables, vínculos afectivos que perduran. Así pues esta es...
LA OTRA CARA DE LA
LESION MEDULAR.

**Dra. Maria Delgado
J. de Sección Unidad
Lesionados Medulares H.
LA FE - Valencia**

Parece que se empieza a tomar conciencia

Estimados compañeros, como ya sabréis por los diversos medios que están divulgando la noticia, ASPAYM junto con la dirección general de tráfico ha iniciado una nueva campaña de sensibilización para prevenir accidentes de tráfico. Desde hace algunos años nuestra asociación es una de las pioneras en la educación vial y prevención de accidentes de tráfico. En nuestra comunidad son diversas las actividades que desde ASPAYM se dedican a este fin.

Así, y comenzando por uno de los sectores con más riesgo de accidentalidad algunos lesionados junto con sanitarios de la salud pública impartimos jornadas de seguridad vial en los centros de enseñanza secundaria. Otras actividades que vienen realizando miembros de ASPAYM junto con la DGT y el INTRAS, consisten en nuestra presencia para sensibilizar a los conductores que han sido sancionados y acuden a los cursos de recuperación del carné por puntos, así como la colaboración en el plan formativo en Seguridad Vial para los supuestos delitos

contra la seguridad del tráfico que se imparten desde la audiencia provincial de Alicante. Con todos ellos se pretende que la sociedad tome conciencia de las repercusiones que puede tener una conducción errática.

Con esta nueva campaña, la Dirección General de Tráfico pretende concienciar a la ciudadanía acerca de los peligros de conducir bajo los efectos del alcohol y de esta forma disminuir el riesgo de accidentes por esta causa. Por ello, la DGT con la colaboración de ASPAYM tiene previsto realizar más de 15.000 pruebas de alcoholemia diarias, en los 800 puntos de control que se han establecido entre el 2 y el 17 de junio. En la comunidad valenciana y concretamente en Alicante, 2 volunta



rios de ASPAYM participaron en la campaña desde las 16,00h, hasta las 19,00h del pasado viernes 2 y volvieron a colaborar en la madrugada del sábado día 3 al domingo 4 desde las 2,00h hasta 5,00h de la madrugada.

En dicho control, la guardia civil detenía a los conductores para que soplaran en el alcoholímetro y luego uno de los voluntarios se acercaba para concienciarles de los riesgos de ponerse al volante tras haber bebido.

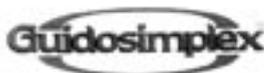
Raquel Suriá explicó que de momento han encontrado mucha

receptividad en todos los conductores a los que se han dirigido. «Entre los más reticentes quizá están aquellas personas mayores que llevan muchos años conduciendo, y que rechazan que alguien quiera venir ahora a cambiarle sus hábitos». Por su parte, Domingo Penalva, incidió en la necesidad de concienciar a muchos jóvenes que siguen conduciendo a pesar de consumir alcohol y drogas.

Raquel Suria

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

Centro Operativo y Diagnósis del Automóvil



- ADAPTACION DE VEHICULOS PARA MINUSVALIDOS
- MANDOS MANUALES PARA LA CONDUCCION
- PLATAFORMAS ELEVADORAS AUTOMATICAS
- RAMPAS PLEGABLES Y GRUAS PARA EL HOGAR

REEMBOLSO EN COMUNIDAD VALENCIANA

A continuación te facilitamos dos noticias muy interesantes referentes a la reciente obtención de reembolso en la Comunidad Valenciana.

1. Sonda femenina SpeediCath Compact

La nueva generación de sonda lubricada especialmente diseñada para la mujer, con la longitud idónea, en envase reducido y compacto, fácil de llevar. Una gran innovación para la mujer



barrera protectora que podríamos definir como una “segunda piel” y además actúa como potenciador del adhesivo. Indicado en usuarios de colectores de orina.

Ambos productos están reembolsados en la Comunidad Valenciana y los puedes adquirir a través de tu Centro de Salud. Si deseas información más detallada, muestras o material de aprendizaje gratuito puedes solicitarlo en el teléfono de llamada gratuita:

2. Película protectora Conveen Prep

Conveen Prep forma una



Estudios sobre reparación medular

Hola a tod@s compañer@s lesionad@s medulares así como a los parientes y amigos lectores de la presente revista. Se me ha pedido que escriba unas letras sobre un tema a elegir. En principio pensé en narrar mi odisea de un trimestre en la UVI, pero aunque volveré sobre el tema, creo que dados los acontecimientos es más importante hablar sobre las investigaciones ensayos clínicos llevados a cabo para reparar nuestra lesión. Me gustaría que existiera una sección en la revista destinada a comentar los adelantos científicos que se vayan sucediendo a lo largo del mundo, sin ánimo de ser un artículo científico.

Me llamó José Vicente Jordán, soy tetra C4 y tal vez algunos me recordaréis como aquél lesionado medular que se puso en huelga de hambre para que la Dra. Almudena continuara sus investigaciones en el Centro de Investigación Príncipe Felipe y que los científicos unieran sus esfuerzos en pro de la cura de nuestra Lesión medular. Nada he conseguido, pues como dice Ana Martín Villalba, (prestigiosa científica española afincada en Alemania y de la que hablaremos más adelante), “La gente que trabaja en España y también alemanes que se

han ido a trabajar allí comentan siempre la falta de cooperación y la demasiada competitividad”.

Trataremos los siguientes puntos:

A.- Conceptos básicos del sistema nervioso central (SNC).

B.- Sistema olfativo, glía envolvente olfatoria (OEG).

C.- Estratégias de reparación de la LM.

D.- Investigaciones sobre la LM (fase aguda y crónica).

E.- Ensayos clínicos de la LM.

A - Sin ánimo de entrar en polémicas, (aunque no tengo inconveniente en hablar con quien quiera saber lo sucedido el 22 M.), es imprescindible comenzar hablando de la glía envolvente olfatoria o *olfactory ensheathing glia* (OEG).

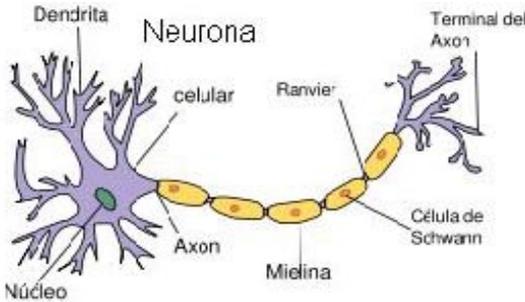
Generalidades sobre nuestro sistema nervioso central

El interior de la médula espinal está compuesto de **neuronas**, con sus células de apoyo llamadas **glías** y vasos sanguíneos.

Existen básicamente tres tipos de

- **Células de Microglía**, digieren los restos de neuronas muertas.

- **Astroцитos**, colaboran en la *neurotransmisión* y están involucrados en el metabolismo neuronal.



- **Oligodendrocitos**, se encargan de formar la vaina de *mielina* (sustancia blanca que recubre los axones de las neuronas y sin la cual no hay comunicación entre ellas).

B - En el **sistema olfativo** hay una *renovación constante* de las neuronas sensoriales olfativas primarias. Los *axones* de las neuronas generadas son capaces de crecer y de reconectar nuevamente con neuronas de la capa del bulbo (SNC), cruzando por el camino la frontera SNP-SNC. Histológicamente, la diferencia importante entre el bulbo olfativo y el resto del SNC radica en la presencia de un tipo de célula glial, denominada **glía envolvente**, que rodea los axones olfatorios en todo su recorrido, protegiéndolos así del entorno inhibitor hasta su conexión con el SNC (bulbo olfativo).

C - Los dos problemas

fundamentales asociados con las lesiones de la médula espinal son la muerte neuronal secundaria y la formación en la zona de lesión de un micro ambiente inhibitorio para la regeneración axonal.

Tras una lesión medular, se ha demostrado que el trasplante agudo de *glía envolvente* aumenta la preservación de la médula espinal lesionada y *se produce un crecimiento de los axones* aunque se ha demostrado que en humanos la recuperación funcional resulta muy pobre.

Una mejora que eventualmente potencie los efectos del trasplante celular lo constituye la manipulación genética de las células transplantadas, primero mediante la introducción de *telomerasa*, Almudena Ramón, “como forma no oncogénica de *prolongar la vida media de las células*, evitando el riesgo de formación de tumores”. Este trabajo se desarrolla en colaboración con María Blasco, del CNIO, y dio lugar a una patente.

En junio del 2006 el equipo de la Dra. Almudena descubre una *nueva modificación genética de la glía envolvente olfatoria*, según me explicó el doctor Nieto el 22 M. consiste en la introducción de un virus en la glía con la finalidad de controlar que crezca o pare de crecer según la aplicación de

to también ha sido patentado y vendido a una empresa farmacológica que lo aplicará a los lesionados medulares con la autorización del Ministerio de Sanidad, junto con la aplicación de otras técnicas que faciliten el crecimiento de los axones.

Muchos son los científicos que han y están actualmente investigando sobre glía envolvente olfatoria, e incluso se han realizado ensayos clínicos con la misma de forma antológica, hasta este momento después de más de dos años después de éstos ensayos clínicos lo único que se ha conseguido es que de momento se sabe que los pacientes no presentan ningún tipo de empeoramiento y recuperaciones funcionales muy pobres..

Es ilusorio pensar que la cura de nuestra lesión sea el resultado de la aplicación de una sola técnica, como es el caso de trasplantes celulares como glía envolvente olfatoria, células de *Schwann*, (son células superficiales del sistema nervioso periférico,SNP), *células madre (stem cells)*,, etc. La solución será una conjunción de técnicas, primero el trasplante de células a la zona lesionada y segundo conseguir el crecimiento y la reconexión de los axones, para ello es necesario la aplicación de otras técnicas como una que inhiba la barrera de la propia lesión para hacer crecer los axones hasta la otra parte de la misma, otra que inhiba los agentes que impiden la regeneración

de la mielina de los axones además de otras sustancias que ayuden a la interconexión funcional de los axones, (por citar algunas).

Existen científicos que han llegado a esta misma conclusión entre ellos cabe destacar dos científicos del equipo del doctor Raissman:

Los doctores S C Barnett. y J Riddell de la Universidad de Glasgow, Reino Unido (2005-2009) están investigando la unión de distintas técnicas en pro de la cura de la lesión medular.

Nos dicen “ Actualmente, cada terapia solamente proporciona mejoras relativamente modestas en modelos de lesión. Con el tratamiento simultáneo de diversas terapias es probable mejorar el resultado, pero es esencial que establezcamos qué terapias hay que combinar para alcanzar los efectos máximos deseados.

En este proyecto, los investigadores combinarán:

- *Trasplantes de OEGs*
- *Chondroitinase*, una enzima que digieren los componentes inhibitorios en tejido fino de la cicatriz, haciéndolo inactivo.

intrínseco de las fibras crecientes del nervio.

- *Campo de LI>*, que actúa sobre las fibras crecientes interiores del nervio haciéndolas más sensibles a los factores del crecimiento y menos sensibles a las moléculas inhibitorias en la médula espinal.

Combinar los tratamientos más prometedores debe maximizar el potencial de la regeneración de la médula espinal, jamás la solución procederá de una sola técnica o de una sola persona, sino de una sinergia entre muchos investigadores cuyos resultados serán compartidos y aplicados.

D - Existen muchas **investigaciones farmacológicas** sobre la lesión

medular, *en la fase aguda*, — las que intentan parar la *lesión secundaria* en la que se produce un suicidio masivo de neuronas por sobre excitación (**apoptosis**), — fármacos que tratan de limpiar los inhibidores del crecimiento axonal, — sustancias para contrarrestar compuestos (Nogo...) que impiden la regeneración de la mielina de los axones, etc.

Por otra parte como todos sabemos hay multitud de **investigaciones con células madre** de todo tipo (adultas, células madre embrionarias, adultas mesenquimales (“MSC”), procedentes de la sangre del cordón umbilical, etc. Por desgracia, no dispongo ni de tiempo ni de espacio para explicar cada una de ellas, pero en próximos artículos



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

dríamos abordar con más detalle cada una de ellas.

E - También es importantísimo citar que existen multitud de **ensayos clínicos** realizándose en este momento para la cura de la lesión medular, vamos a citar algunos de los más importantes en cuanto a resultados y técnicas, en próximos artículos citaremos algunos más.

Ensayos clínicos farmacológicos para la fase aguda, hablamos de las primeras horas y días cruciales para el tratamiento de la lesión, que intentan minimizar el daño postraumático con agentes neuroprotectores, Methylprednisolone, GM-1, Ganglioside, (Sygen), 4-Aminopyridine, (4-AP), Interleukin-10, etc. Cordaneurin® es la primera droga neuroterapéutica que ha sido probada con éxito en ensayos pre-clínicos para curar lesiones agudas de la médula espinal por una regeneración natural de nervios dañados.

La española *Ana Martín Villalba*, ganadora del Premio Paul Ehrlich 2006, descubrió que inhibir la muerte celular programada facilita la regeneración neuronal. El equipo de Ana Martín Villalba ha demostrado en ratones que bloqueando la actividad del sistema CD95 con anticuerpos (componentes defensivos del cuerpo), se evita el suicidio de muchas neuronas y de otras células, *oligodendrocitos*, encargadas de acelerar la transmisión del impulso

nervioso. Y que además, los ratones con una lesión medular tratados recuperan de la misma forma el movimiento de las patas traseras tras cuatro semanas de tratamiento. Este suicidio celular está controlado por un sistema de señales que ya era conocido y que los biólogos llaman CD95.

La Dra. demostró que la inhibición de la *apoptosis* permitió la regeneración espinal en los ratones que recuperaron la capacidad de moverse las piernas aproximadamente cuatro semanas después del tratamiento, pero afirma que sería necesario bloquear la actividad CD95 y simultáneamente tratar a la persona con lesión de medular con un cóctel de técnicas para promover el crecimiento de las células nerviosas. Actualmente ya se están haciendo ensayos clínicos.

Y ahora hago la pregunta del millón ***¿existe algún órgano estatal que dicte a las distintas UVIs un protocolo de actuación y administración de fármacos cuando ingresa un lesionado medular?***

En <http://www.clinicaltrials.gov/ct/search?term=Spinal+Cord+Injury> he llegado a contar 125 ensayos, muchos de ellos piden voluntarios con lesiones en fase tanto aguda como crónica.

Ensayos clínicos con células madre (Stem Cells)

Las células madre son capaces de renovarse y de transformarse en células diferenciadas, como las que forman los músculos, los glóbulos rojos y los blancos o cualquier otro órgano.

Existen cuatro categorías de células madre:

1. Las células madre **totipotentes (embrionarias)**, por sí solas capaces de conducir al desarrollo de un ser humano. Se trata del óvulo fecundado y de dos a ocho células del embrión en los cuatro primeros días de su formación. Si al óvulo se le extrae el ADN y se le sustituye daría lugar a la **clonación terapéutica**.

2. Las células madre **pluripotentes** (procedentes del feto), que pueden formar todos los tejidos del organismo pero no pueden por sí solas lograr la creación de un individuo completo. Proviene de la masa celular interna del blastocisto formado de unas cuarenta células.

3. Las células madre **multipotentes**, presentes en el organismo adulto y que están en el origen de varios tipos de células diferenciadas. Las más conocidas son las células madre presentes en la **médula ósea**, que pueden dar todos los tipos de células sanguíneas (hematopoyéticas) pero también de otra línea, como células del hígado, (no las perdamos de vista, ya que pueden diferenciarse en **células**

gliales).

4. Las células madre **unipotentes** que producen un solo tipo de células diferenciadas (piel, hígado, mucosa intestinal, etc).

Una vez esta pequeña aclaración pasemos a ver algunos de los ensayos clínicos realizados en este momento en el mundo:

Dr. Tarcisio Barros (Sao Paulo, Brasil) ha infundido células madre derivadas de la **médula ósea** en la arteria espinal más cercana al sitio de la lesión en 32 sujetos con heridas clínicamente completas (2-12 años después de la lesión). Después de seguir el caso por un año, 18 pacientes hayan mostrado la mejora en la conducción neuronal electrofisiológica, el que ha sido traducido a la mejora funcional en algunos casos.

Dr. Andrey Bryukhovetskiy (Moscú, Rusia), el antiguo director del Departamento de Neurología de la Armada rusa, ha trasplantado ambas células madre embrionario/fetales y antólogos (es decir, del paciente) células madre adultas de médula ósea en pacientes con SCI (spinal cord injury) lesión de la medula espinal crónica.

Además, en algunos pacientes, Bryukhovetskiy ha trasplantado también antólogos glía envolvente olfatoria

(OEGs) utilizando los procedimientos desarrolladas por el doctor Ingles Geoffrey Raisman.

Bryukhovetsiy dejó de usar las células madre embrionario/fetales debido a la controversia ética que rodea su uso, su potencial de rechazo, y más importante, su creencia en que el método antólogos, es más efectivo. Los resultados han sido poco satisfactorios

SpheroGel & Células Antólogos:

El equipo de Bryukhovetskiy ha implantado SpheroGel (una matriz biodegradable de polímero) con células implantadas en seis pacientes que requerían cirugía reconstructiva.

En tres, fueron implantadas células madre de la medula, y en los otros tres, las células olfativas (OEGs). En el seguimiento (3-8 meses), dos pacientes de grado A mejoraron a grado C, y uno había avanzado a grado B. Había un paciente de grado-B, sin mejoras.

(Interesante) La Transfusión Intrathecal de Célula Madre: La transfusión intrathecal de células madre antólogos hematopoyéticas es el procedimiento más utilizado actualmente. **(He hablado con un compañero que se ha operado en Rusia, le han realizado lo que a continuación se describe y está pendiente de volver en octubre, me**



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

ADAPTACIONES PERSONALIZADAS

ASESORAMIENTO ENTORNO DEL DISCAPACITADO

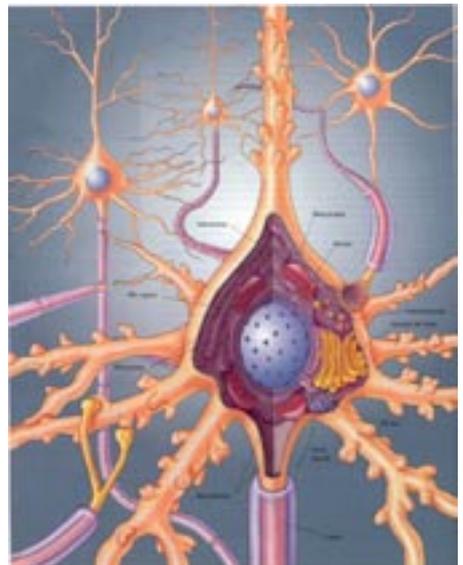
C/ POETA QUINTANA Nº 29 - 03004 - ALICANTE
TLF: 965.21.65.03 - FAX: 965.14.05.70

camente, en este procedimiento relativamente claro no implica cirugía, las células madre del paciente son colectadas sin anestesia y almacenadas con viabilidad hasta que sean transplantadas en el paciente. Para estimular la producción de células madre hematopoyéticas y conseguir la acumulación de células en la sangre, los pacientes recibieron típicamente ocho inyecciones subcutáneas durante cuatro días de colonias de granulocitos que contienen factores estimulativos, una droga llamada Neupogen® o Filgrastim. En el quinto día, el paciente es conectado a un separador de sangre. Más de 3-4 horas, la sangre es extraída de una vena, procesado por el separador, el cual aísla las células madre, y es devuelta por otra vena.

Las células madres recolectadas son concentradas por centrifugación y lentamente congeladas en el nitrógeno líquido (o -170 centígrado) en la presencia de dimethyl sulfoxide (DMSO), una preservación que permite las células ser congeladas para minimizar su daño. Se toma cuidado para verificar que infecciones no sean introducidas en la barrera protectora de sangre-cerebro durante la transfusión. Durante la misma, la suspensión de células madre es deshelada y acerca de 5.3-millones de células se inyectaron intratecalmente en el espacio subarahnoid (es decir, en el líquido espinal) por la L3-L4

inyección lumbar utilizando anestesia local. El procedimiento es rápido y simple. Al paciente se le puede repetir la transfusión en dos meses. Bryukhovetskiy cree que múltiples transfusiones aumentan la recuperación funcional.

Aunque el equipo de Bryukhovetskiy haya reunido células madre de acerca de 120 pacientes, por variedad de razones, inclusive la presencia de infecciones latentes, sólo acerca de 60 han tenido las células reintroducidas. De estos 60, 18 han tenido las transfusiones múltiples recomendadas. El 61% de los 18 mostró alguna recuperación funcional, a veces dramático. Como la mayoría de las transfusiones hechas a estos pacientes fueron relativamente recientes al tiempo



informe, es demasiado temprano para valorar el beneficio a largo plazo. Las mejoras tempranas son improbables por la lenta regeneración neuronal y de la mielina de los axones.

Existen otros muchos ensayos clínicos en el mundo entre ellos cabe citar a los checos que trasplantan células madre procedentes de la médula ósea con muy buenos resultados, también la India, la Dra. Geeta Shroff utiliza células madre embrionarias con informes que mencionan a pacientes que han recuperado alguna sensación, ambulatoria, función del intestino y vesícula, y han reducido su espasticidad,

el próximo año se realizarán 400 ensayos clínicos en Pekín y otras ciudades de China, también en un tiempo relativamente corto se realizarán en España.

Espero que este artículo haya sido de su interés y pido perdón por los posibles errores que pueden existir por mis escasos conocimientos científicos. Espero que en próximas ediciones después de hablar con los científicos podamos plasmar nuevas técnicas y adelantos en pro de la cura de nuestra lesión.



**SOTOS
ORTOPEEDIA**

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



**Valencia
Castellón
Sagunto
Requena
Elche**



www.sotosortopedia.es

Muy Sres. Míos:

A veces tengo la sensación de que las personas que por desgracia o por “suerte” vamos en silla de ruedas no pertenecemos al mundo de los mortales.

Los días 23, 24 y 25 de este mes de marzo de 2007, estuve en Peñíscola en el Hotel Palace * * * * .

Muy bonito, mucho diseño, muchas plantas. Pero señores, llegamos a las habitaciones. Eran espaciosas. Me pregunté con curiosidad cómo serían los lavabos. Me quede como el mármol que hay colocado en la pila. ¡No podía acceder a la taza!!? Necesitaba 3 personas para que me sentaran en dicho accesorio, cosa que es imprescindible para cualquiera.

Me lo quiero tomar a cachondeo pero esto es tan serio como que me parece que vamos hacia atrás en la cuestión de las igualdades en el acondicionamiento para acceder a cualquier servicio.

La Conselleria de Turismo que se encarga de programar estos viajes pilotos (lo cual es una buena iniciativa) debería comprobar antes si los establecimientos que contrata cumplen la normativa sobre accesos para minusválidos y así se evitaría que pasáramos por muchas dificultades que surgen por este motivo.

Dicho esto, reconozco que a veces los usuarios somos muy tiquis-miquis y nos quejamos de todo, y que quede claro que no le hago “la pelota” a nadie y sé por qué lo digo. Por ejemplo, respecto de la comida, el trato del personal, la limpieza, etc. tengo que decir que estuvo muy bien y aunque a veces nos quejamos “porque nos gusta”, yo me limito a denunciar en este caso, que dicho Hotel no cuenta con las condiciones legisladas, para minusválidos.

Atentamente

CARMEN LUJAN LUJAN

SILLA TODOTERRENO OLVO

con motor a gasolina HONDA

En sus dos versiones la silla TECNUM permite subir pronunciadas cuestas o bajar pendientes con total seguridad. Para quien hasta hoy le era imposible disfrutar de la naturaleza ahora tiene la posibilidad de hacerlo de una forma práctica, segura y divertida.



Modelo volante BSM-OLVO 99

Destinada a brindar libertad y autonomía a personas con discapacidad motriz. Entre sus prestaciones dispone de volante para su fácil manejo, intermitentes para una correcta señalización de cambios de dirección, luz para conducción nocturna y freno de mano para una parada absoluta.



Modelo palanca BSM-OLVO 96

parachoques protector
con luz incorporada

Ver Video en: www.publistarsi.com
(apartado novedades) y pide
video CD gratuito al
96 340 83 31

potente luz
para circulación nocturna

neumáticos de doble eje
para mayor tracción

Para más información contactar sin compromiso con Publistar Agencia de Publicidad
Avd. Dr. Peset Alexandre, 84 pta 1, VALENCIA España
Tel 96 340 83 31 - silla@publistarsi.com - www.publistarsi.com

Leído el expediente donde se formula la solicitud de personal capacitado para que alimente a personas discapacitadas en la playa de Valencia , por D^a Maria del Carmen Lujan Lujan

INFORMO

La usuaria solicita la presencia de personal capacitado para que alimente a personas que por desgracia no pueden hacerlo por ellas mismas como usuarios de los puntos accesibles

La Concejalía de Medioambiente y Desarrollo Sostenible , responsable del funcionamiento del Programa “Ayuda al Baño del discapacitado en la Playa” desarrolla actividades con monitores para ayudar al discapacitado a bañarse, mediante sillas anfibia, vigilancia del mismo dentro del agua, colaborar para la utilización de elementos de flotación y muletas anfibia, ayudar a la ducha y realizar también labores sociales de acompañamiento al W.C. en caso de necesidad. Además de vigilar la estancia en el recinto de todos los usuarios .

Según el manual de uso de la Conselleria de Bienestar Social, desde su Direcció General d’Integració Social de Discapacitats, para la playas accesibles de la Comunidad Valenciana , en su apartado 3.4 (Equipo humano). expresa: “Las personas con gran discapacidad , deberán acudir acompañadas por una persona adulta , ya que la organización “no debe encargarse” de comprar ni administrar bebidas o comidas , aplicar bronceador , etc

Por todo lo expuesto desde el Servicio de Sanidad nos reiteramos en las competencias asistenciales a los usuarios discapacitados que utilizan el “programa de Ayuda al baño del discapacitado en la playa” en el cual los monitores asistenciales no tienen como labor el ayudar a dar de comer a aquellas personas con gran discapacidad que acuden al recinto del programa, instándole si acaso a recurrir a otros organismos que puedan colaborar en la asistencia solicitada para disponer de una persona adulta que les ayude en esta cuestión.

Valencia 9 de Junio de 2006.

Muy Sr. mío:

Como podrá comprobar, no he podido contestarle antes, ya que escribir es otra de las muchas cosas que no puedo hacer por mi misma.

Voy a contestar a su carta con toda la sinceridad de la que soy capaz.

Para decir una cosa no hace falta repetírmela tres veces. Puede que a la primera no la comprenda pero a la segunda, sí.

¿Cómo explicarle cómo me sentí al leer su carta? Usted es muy inteligente y comprenderá lo que le voy a expresar.

Usted no sabe lo que es tener la comida delante y no poder llevársela a la boca. Le deseo que nunca tenga que pasar por ello.

Me dice en la carta que los monitores están para llevar al WC a la gente discapacitada. Pues sepa que tampoco ese servicio se cumple. Si quiere le digo el lugar, día y año en el que a mi y a otras personas nos ha ocurrido.

Otro servicio que Vd. menciona en la carta es el baño. Bueno, pues tampoco se cumple al 100x100. Cuántas veces he ido por la tarde (ya comida y cagada) y a ciertos monitores, por estar tumbados en las hamacas, les sabía mal tener que levantarse y llevarme al agua. Esos días me iba de allí por no ver ciertas cosas que no me gustaban.

Solicito que para el año que viene, a Vd. o a quien corresponda: A) Contrate a una persona capaz de coordinar dichos servicios y personal con título necesario, con ganas de trabajar y por supuesto

B) Contratar a personal capacitado para alimentar a las personas con gran discapacidad, que vayan sin acompañante.

Yo sé que esta carta me va a traer secuelas. Me da igual. Cargo con ellas.

Si Vd. no es capaz de tomar las medidas oportunas para que tengamos un servicio digno las personas que acudimos a estos puntos accesibles, acudiré a otros organismos como Vd. bien me aconseja, esperando que tengan mayor sensibilidad por los temas que estamos hablando.

Valencia a 12 de diciembre de 2006.

CELEBRAMOS EL 70 ANIVERSARIO

Fundada en 1.937 por D. José Mollá Martínez, comenzó su andadura como garaje, ampliándose a taller mecánico donde transformaban los vehículos de gasolina al recurso del gasógeno.

A principios de la **década de los 50**, ya el hijo del fundador **D. José Mollá Juliá**, movido por ayudar a un gran amigo personal que había sufrido una discapacidad, y ante la creciente demanda por parte de las personas con discapacidad por adaptar sus vehículos (en ese momento ya comenzaba a popularizarse su uso), compagina la reparación general del automóvil con la fabricación y adaptación de mandos manuales y embragues automáticos, para hacer posible que las personas con discapacidad física pudiesen conducir.

Actualmente, como **ORTOMO VIL**, ayudamos a disfrutar de la libertad de movimiento e independencia, que nos proporciona a todos, como instrumento imprescindible hoy en día el automóvil.

Nuestro **OBJETIVO** es **PROPORCIONAR LA MAS AMPLIA GAMA DE AYUDAS TECNICAS Y ACCESIBILIDAD EN LOS VEHICULOS**, para ello contamos con la colaboración de los principales

fabricantes a nivel mundial.

PARTICIPACION EN LAS COMISIONES PERMANENTES DE LOSGRUPOSDENORMALIZACION ISO Y UNE

- **ISO/TC 22/ SC 26 NWI 2497** “Vehículos para el transporte de personas con movilidad reducida para < 9 plazas” y **NWI 2498** “Vehículos de carretera – Mandos utilizados para la conducción por personas con discapacidad.”

- **ISO/TC 173/SC 1** Sistemas técnicos y ayudas para personas minusválidas o con discapacidad. - Sistemas de fijación para sillas de ruedas y de sujeción para el ocupante.-

- **AEN/CTN/SC 4** “Accesibilidad de las personas discapacitadas a los vehículos.”

- **PNE 26364** “Vehículos para el transporte colectivo, incluidas las personas con movilidad reducida. Capacidad superior a nueve plazas.”

- **UNE 26494** “Vehículos para el transporte de personas con movilidad reducida para ≤ 9 plazas.”

- **AEN/CTN153/SC2/GT2** “Ayudas Técnicas para personas con discapacidad. Sistemas de Sujeción”.

PARTICIPACION EN LA

- **CONSELLERIA D'EMPRESA, UNIVERSITAT I CIÈNCIA. DIRECCIÓ GENERAL DE COORDINACIÓ D'INFRAESTRUCTURES CIENTÍFIQUES I TECNOLÒGIQUES.**

“**AESS.** Acción Estratégica para el desarrollo del Sector Sociosanitario en la Comunidad Valenciana” Grupo de trabajo de Ayudas Técnicas y Accesibilidad Urbanística, en la Edificación y en el Transporte.

- **UNIVERSITAT POLITÈCNICA DE VALENCIA. IDF** Instituto de Diseño para la Fabricación

y Producción Automatizada. Ingeniería de Vehículos y Transportes. Adaptación con mandos de conducción del **TRAINER** (Simulador de entrenamiento) y mandos de conducción para **SEMAF** (Simulador de conducción para la evaluación funcional y entrenamiento de conductores discapacitados).

- **IMPIVA Proyecto de I+D.** Proyecto de investigación y desarrollo de nueva gama de mandos para la conducción por personas con discapacidad.

M^a José Mollá

A UN AMIGO QUE YA NO ESTÁ

El pasado mes de Noviembre falleció mi amigo y compañero del grupo de Psicología Ramón.

A mi me gustaría decir que Ramón era junto con su inseparable hermana Flora, (su apoyo incasable y en ocasiones el de alguno de nosotros también), una persona entrañable y con muchas ganas de vivir, alguien que pese a su situación se encontraba siempre con una sonrisa y con un excelente buen humor. Puede sonar a tópico pero yo que conocía a Ramón desde hacía más de 10 años no recuerdo haberlo visto de mal humor con nosotros nunca.

En fin supongo que como todos tendría sus momentos y sus enfados, pero para mí siempre tanto él como su hermana Flora me han parecido personas con una nobleza y muy buen corazón, valores que escasean tanto hoy en día por lo que es un lujo haberlos conocido.

Te echamos de menos Ramón (Grupo apoyo psicosocial)

ANA MARIA MICO RODRIGO

SONDAS HIDROFÍLICAS LUBRICADAS DE BAJA FRICCIÓN

En la actualidad el tratamiento de elección para el manejo de la incontinencia es el Sondaje Vesical Intermitente Limpio (SVI), el cual se puede llevar a cabo en la mayoría de los casos de vejiga neurógena, preservando el estado natural de la vejiga y manteniendo el ritmo normal de llenado y vaciado de la misma.

La elección de la sonda es un aspecto fundamental para facilitar la realización de la técnica, reducir los pasos de la misma y garantizar el respeto máximo por la mucosa uretral.

Las sondas han ido evolucionando a lo largo de la historia, según han ido apareciendo nuevos materiales. Las sondas de baja fricción y última generación, son sondas hidrofílicas lubricadas que se presentan sumergidas en una solución salina, por lo que mantienen la lubricación activada, siendo solo necesario abrir el envase y proceder al sondaje.

Las características de la superficie de una sonda pueden influir en la aparición de complicaciones uretrales, infecciones del tracto urinario así como en la satisfacción del paciente.

Por este motivo, las sondas de baja

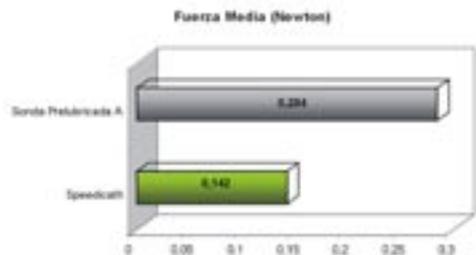
fricción de última generación, presentan una lubricación excepcionalmente suave y una superficie homogénea en toda su longitud, reduciendo así la fricción entre la sonda y la mucosa uretral.

Se han presentados varios estudios que demuestran los beneficios de las sondas lubricadas de baja fricción.

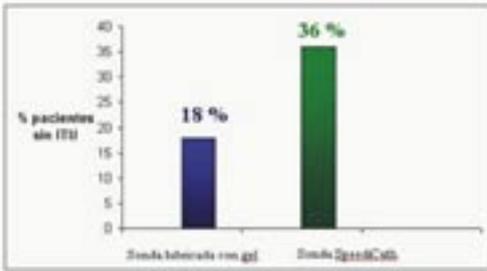
v Al comparar la fuerza media necesaria para la retirada de la sonda entre sondas de baja fricción de última generación con otras sondas hidrofílicas autolubricadas, se demostró que la fuerza necesaria para la retirada de la sonda hidrofílica de última generación es menor.

Stensballe J, et al. European Urology 2005 :48 :978-983

v Al comparar sondas lubricadas de última generación con sondas que



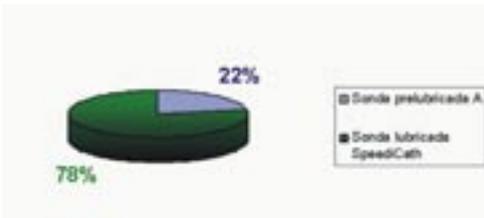
menor índice de infecciones del tracto urinario cuando se usaron las sondas lubricadas de última generación.



De Ridder, Everaert, García Fernández, Forner Valero, Borau Durán, Jáuregui, Ventura, Rodríguez Sotillo. European Urology, Diciembre 2005

v Al evaluar la preferencia global de los pacientes se observó que el paciente prefiere las sondas lubricadas de última generación frente a otro tipo de sondas por su facilidad de uso, su discreción y su rapidez en el sondaje.

Pascoe G Clovis S. British Journal



Nursing. 2001

múltiples ocasiones, varias veces al día y de forma crónica, la reducción de irritación o daño uretral es fundamental para el paciente que tiene que realizar dicha técnica. Podemos entonces concluir que la aparición de las sondas lubricadas de baja fricción y última generación disminuyen la fricción o roce entre la sonda y la mucosa uretral minimizando el riesgo de daño en la uretra y de infección en el tracto urinario, beneficiando así al paciente crónico que realiza el SVI.

Pascoe G Clovis S. British Journal



Nursing. 2001

Así mismo, los usuarios se encuentran más satisfechos con este tipo de sondas que con las tradicionales. Pudiendo provocar esta satisfacción una mayor aceptación de la técnica de sondaje y reducir la tasa de abandono.

Olalla Trigas
Diplomada en Enfermería

Dado que el SVI se realiza en

Notas De Música

Transparente y bella,
Que me haces vibrar,
Como la gaviota
Que empieza a volar.
Cada nota queda
En la intimidad,
Y funde un poema
De felicidad.
Es la melodía
La que atrae al sol,
La noche es el día,
El odio es amor.
Ante la desdicha
Se encuentra el placer,
Y ante las tinieblas
El amanecer.
Son notas que excitan
Siguiendo el compás,
Sonido impregnado



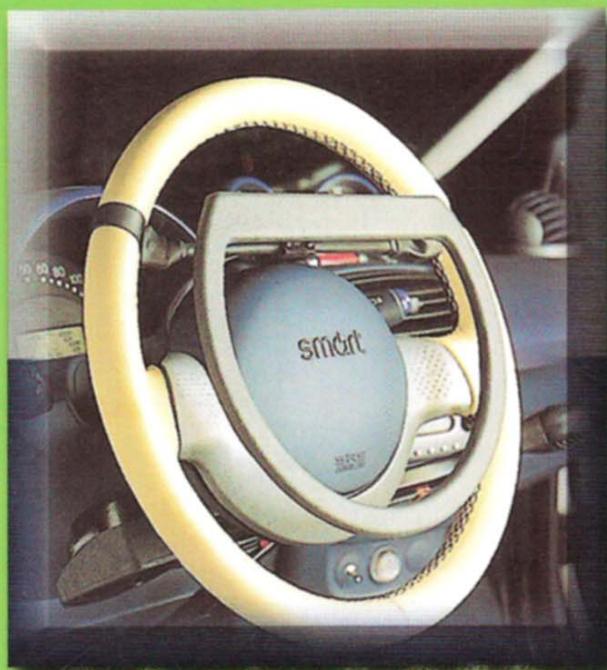
De sensualidad.
Música que llevas
En tu caminar
La unión infinita
De la humanidad.
Alegras la vida,
Borras la tristeza,
Cierras las heridas,
Muestras la belleza.
Eres compañía
Dulce sintonía,
De la soledad,
Luz de realidad,
Y el sueño infinito
Ritmo y fantasía,
De la libertad.
Preludio de paz.

Mari Francis 1.978

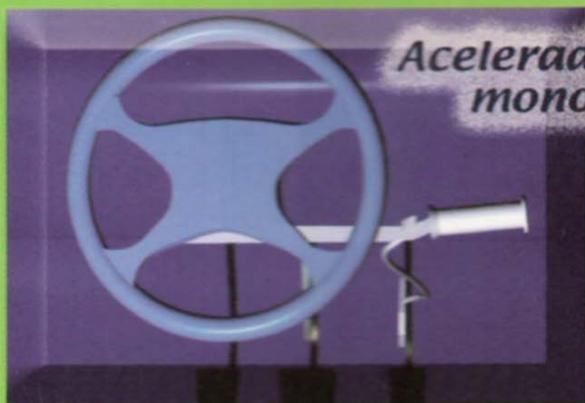
ORTOMOVIL®



LIBRES PARA CONDUCIR



Acelerador electrónico con freno de servicio



Acelerador y freno monomando



Plataforma elevadora



Cajeados



Rampas plegables

Descuento especial para socios

GARAJE TALLERES MOLLÁ, S.L.

Buenos Aires, 28 al 32 • 46006 Valencia

Tel: 963 41 44 44 • Fax: 96 341 86 01

www.ortomovil.com • e-mail: ortomovil@femeval.com