



FUNDACIÓ
INSTITUT GUTTMANN

SOBRE RUEDAS

20

Publicació quadrimestral d'informació específica pel lesionat medular i altres grans discapacitats físics.

Publicación cuatrimestral de información específica para el lesionado medular y otros grandes discapacitados físicos.



DOSSIER SOBRE
PREVENCION

RODANDO BAJO
LA LLUVIA

GAUDI SOBRE RUEDAS



ÍNDICE

Han col.laborat en aquest número:
Rubén AINADU i BRUTAU
Josep BAGUNYA i DURICH
Enric BÉRARD
M^º Lluïsa CURCOLL i GALLEMÍ
Francesc X. CURÍA i CASANOVES
Juan Ángel GARCÍA RENESES
Domingo GUEVARA ESPINOSA
Antonio MARCO DE LA ASUNCIÓN
Mercedes MARTÍNEZ MORENO
Jordi MAS i MANJON
José Manuel PAN LÓPEZ
Josep Lluís PEDRAGOSA i RADUA
Enric PORTELL i SOLDEVILA
Amaya SAN GIL SORBET
Miguel SARRIAS i DOMINGO
M^º Eulàlia TRIAS i VIDAL
Francisco VAÑÓ FERRÉ
Joan VIDAL i SAMSO

Assessorament: **EQUIP REHABILITADOR INSTITUT GUTTMANN**

Disseny Gràfic:

S.D.D. SERVEIS DE DISSENY, S.A.

Corrector:

JOAN RIUS i GUASCH

Fotografies i il.lustracions:

ARXIU I. GUTTMANN

Secretaria:

RAQUEL BOZAL i ORTIZ

Coordinació:

MERCÈ CAMPRUBÍ i FREIXAS

Edita:

FUNDACIÓ INSTITUT GUTTMANN

C/. Garcilaso, 57

08027 Barcelona

Tel. (93) 351 22 11

Donem les gràcies a totes les persones que han fet possible la publicació i difusió d'aquesta revista.

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

Els escrits publicats amb signatura i les respostes a les entrevistes expressen exclusivament l'opinió dels seus autors.

Los escritos publicados con firma y las respuestas a las entrevistas expresan exclusivamente la opinión de sus autores.

EDITORIAL

25º Aniversario Instituto Guttmann

- In memoriam: Guillermo González Gilbey

PREVENCIÓN DE LA LESIÓN MEDULAR Y DE SUS CONSECUENCIAS

- ¿Los datos estadísticos pueden ayudar a prevenir la lesión medular?
- Prevención primaria de la lesión medular traumática
- Accidentes: toda precaución es poca
- Importancia de la atención inicial y del tratamiento médico y rehabilitador
- Mantenimiento en forma del lesionado medular
- Una integración satisfactoria también es prevención

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

- Es mejor reflexionar antes que después
- La prevención de los accidentes de circulación en Francia
- Prevenir las minusvalías: de ti depende
- Campaña de prevención de lesionados medulares en Galicia
- La seguridad vial, cosa de todos
- Dos precauciones mejor que una

DESDE LAS RAMBLAS

- Un fan de Gaudí desde su silla

DESDE MADRID

- Mucho ruido y pocas nueces

CONGRESO DE PARALEJÍA

- XXIX Congreso de la IMSOP
- XVI Reunión científica de la A.S.I.A.

SEXUALIDAD

- Avances en sexualidad y fertilidad del lesionado medular y otras discapacidades físicas.
- Congreso Internacional sobre homosexualidad y disminución

ASOCIACIONES

OPINIÓN

- Las "adaptaciones" en los hoteles e instalaciones de tiempo libre

ACTIVIDADES

DEPORTE

- Actividades del Club Deportivo Institut Guttmann
- Notiesport

LEGISLACIÓN

SUPERVÀLID

pàg.

1

3

5

7

9

12

16

18

20

22

24

25

26

27

29

32

33

34

36

38

40

43

44

46

48

51

53

EDITORIAL

25 ANYS DE TRACTAMENT I REHABILITACIÓ DE LESIONATS MEDUL. LARS 25 AÑOS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LESIONADOS MEDULARES



Fa 25 anys, el 27 de novembre de 1965, s'inaugurava l'Institut Guttmann a Barcelona. Era el primer centre autònom específic per al tractament i rehabilitació de paraplègics i tetraplègics a Espanya.

És obligat un record de tribut pel lliurament a la causa de l'Institut Guttmann de persones absents per sempre. Molt especialment al Sr. Guillermo González Gilbey, a qui l'Institut Guttmann deu la pròpia existència.

No sé com podria resumir en un breu article editorial la tasca de 25 anys. En síntesi crec que hem viscut, afortunadament amb continuïtat, les gratificacions del benefici aportat a la gran majoria dels gairebé 2.200 pacients atesos en aquest Centre.

Els darrers anys n'ha estat ampliada l'oferta assistencial amb la creació d'una Unitat Intrahospitalària d'Esclerosi Múltiple, com a primera aproximació multidisciplinària a aquesta patologia, i amb una altra de Rehabilitació de Funcions Superiors, la qual permet de continuar prestant una atenció integral en aquells

Hace 25 años, el 27 de noviembre de 1965, se inauguraba el Instituto Guttmann en Barcelona. Era el primer centro autónomo específico para el tratamiento y rehabilitación de parapléjicos y tetrapléjicos en España.

Es obligado un recuerdo de tributo por la entrega a la causa del Instituto Guttmann de personas ausentes para siempre. Muy especialmente al Sr. Guillermo González Gilbey, a quien el Instituto Guttmann debe la propia existencia.

No sé cómo podría resumir en un breve artículo editorial la labor de 25 años. En síntesis creo que hemos vivido, afortunadamente con continuidad, las gratificaciones del beneficio aportado a la gran mayoría de los casi 2.200 pacientes atendidos en este Centro.

En los últimos años se ha ampliado la oferta asistencial con la creación de una Unidad Intrahospitalaria de Esclerosis Múltiple, como primera aproximación multidisciplinaria a esta patología, y con otra de Rehabilitación de Funciones Superiores, que permite seguir prestando una atención integral en aquellos casos en

casos en què s'associa un traumatisme crànio-encefàlic a la lesió medular.

Així mateix s'ha confirmat la construcció d'un nou hospital a fi de millorar l'atenció mèdico-rehabilitadora als lesionats medulars. Això permetrà la conversió de l'actual edifici en un centre sòcio-assistencial per a paraplègics i tetraplègics amb necessitats específiques. L'oferta a Catalunya és escassa per a aquest servei, i la demanda n'és previsible que augmenti amb l'envelleixement de la població medular i d'aquells qui hi conviuen. Confio que aquests projectes siguin una realitat abans que es compleixi el XXX aniversari.

En un escrit, amb motiu del XX aniversari de l'Institut Guttmann, resumia altres projectes de futur dels quals ara, cinc anys més tard, podem fer balanç:

- Fertilitat en l'home lesionat medular: han nascut ja sis nens de pares lesionats medulars, per aplicació de tècniques que permeten l'obtenció de semen per procedir a la inseminació artificial.

- Electromiografia i potencials evocats: amb la seva entrada en funcionament es van potenciar les possibilitats diagnòstiques de localització lesional i les pronòstiques, en casos determinats.

- Informatització: implantada i en expansió.

- Implantació d'elèctrodes per a control voluntari de la micció: la tècnica es troba assimilada, els equips disponibles i ja s'ha procedit reeixidament a la seva aplicació.

- Estimulació elèctrica funcional per a la bipedestació i marxa terapèutica: encara no implantada. A hores d'ara un professional de l'Institut Guttmann es troba a l'estranger assimilant-ne la tècnica i seleccionant equips per començar la seva aplicació.

- Guarició de lesions medul.lars estableties: continuen augmentant tant a escala internacional els recursos dedicats a la recerca, i es continua sense resultats positius aplicables a la pràctica als humans.

La constatació precedent ressalta la importància de la prevenció. El "val més curar-se en salut" adquireix el màxim significat quan, en situacions com la paraplejia o tetraplejia medular traumàtica, la possibilitat de guarir encara no existeix. És doncs oportú que aquest número de "Sobre Ruedas", commemoratiu del XXV aniversari de l'Institut Guttmann, versi sobre el tema central de la prevenció, en el qual sí que s'ha avançat amb aportacions de procedència diversa.

Miguel SARRIAS i DOMINGO
Director Mèdic de l'Institut Guttmann

que se asocia un traumatismo cráneo-encefálico a la lesión medular.

También se ha confirmado la construcción de un nuevo hospital a fin de mejorar la atención médica-rehabilitadora a los lesionados medulares. Esto permitirá la conversión del actual edificio en un centro socio-asistencial para parapléjicos y tetrapléjicos con necesidades específicas. La oferta en Cataluña es escasa para este servicio, y la demanda es previsible que aumente con el envejecimiento de la población medular y de los que con ella conviven. Confío que estos proyectos sean una realidad antes de que se cumpla el XXX aniversario.

En un escrito, con motivo del XX aniversario del Instituto Guttmann, cifraba otros proyectos de futuro de los que ahora, cinco años más tarde, podemos hacer balance:

- Fertilidad en el varón lesionado medular: han nacido ya seis niños de padres lesionados medulares, por aplicación de técnicas que permiten la obtención de semen para proceder a la inseminación artificial.

- Electromiografía y potenciales evocados: con su entrada en funcionamiento se potenciaron las posibilidades diagnósticas de localización lesional y las pronósticas, en determinados casos.

- Informatización: implantada y en expansión.

- Implantación de electrodos para control voluntario de la micción: la técnica está asimilada, los equipos disponibles y ya se ha procedido con éxito a su aplicación.

- Estimulación eléctrica funcional para la bipedestación y marcha terapéutica: no implantada aún. En estos momentos un profesional del Instituto Guttmann se encuentra en el extranjero asimilando la técnica y seleccionando equipos para iniciar su aplicación.

- Curación de lesiones medulares establecidas: siguen aumentando a nivel internacional los recursos dedicados a la investigación, y se sigue sin resultados positivos aplicables en la práctica a los humanos.

La constatación precedente resalta la importancia de la prevención. El "más vale prevenir que curar" adquiere el máximo significado cuando, en situaciones como la paraplejía o tetraplejía medular traumática, la posibilidad de curar no existe aún. Es pues oportuno que este número de "Sobre Ruedas", commemorativo del XXV aniversario del Instituto Guttmann, gire en torno al tema central de la prevención, en el que sí se ha avanzado con aportaciones de distinta procedencia.

Miguel SARRIAS i DOMINGO
Director Mèdic del Instituto Guttmann



IN MEMORIAM: GUILLERMO GONZÁLEZ GILBEY

En el mes de septiembre de 1958, don Guillermo González Gilbey, con 31 años de edad, sufrió un accidente de tráfico a consecuencia del cual viviría tetrapléjico el resto de sus días. Falleció en Barcelona el 12 de julio de 1987 a la edad de 60 años.

Podemos resumir la vida de Guillermo González Gilbey, hasta la fecha del accidente, como la de un hombre de negocios, emprendedor, que representaba los intereses de la empresa familiar de vinos y licores radicada en Jerez de la Frontera; estaba casado con María Antonia Riviere Cera, tenían dos hijas y esperaban otra, es decir, era un esposo y padre feliz con envidiables perspectivas de futuro.

En septiembre de 1958, Willie, como todos le conocíamos, al desplazarse a una población vecina de Barcelona en su vehículo se estrella contra un carro sin luces y sufre una fractura-luxación cervical con lesión medular irreversible que le dejaría tetrapléjico para el resto de su vida.

Ingresa en una clínica de Barcelona y tanto él como su familia viven en su persona los efectos desoladores de la inexistencia, en la España de entonces, de centros especializados para el tratamiento y rehabilitación de lesiones medulares como la que padecía. Las complicaciones médicas se acumulan y, en estado crítico, es trasladado al centro de parapléjicos de Stoke Mandeville, en Inglaterra, donde, en un año, se logra la curación de sus complicaciones y el grado de rehabilitación necesario para reemprender actividades sociales y profesionales a pesar de su gran minusvalía física.

Durante su estancia en Inglaterra, comienza a tomar conciencia de lo mal que debían pasarlo aquellos lesionados medulares en España que no podían tener acceso al tratamiento que él estaba recibiendo, y va tomando forma en su mente un firme propósito: fundar un centro para el tratamiento y la rehabilitación de pacientes parapléjicos y tetrapléjicos como el

de Stoke Mandeville, para que los lesionados medulares en España pudieran recibir la atención adecuada. Esta idea adquiere tanta fuerza que el Dr. Guttmann, el médico que le trataba y que había cambiado el desolador pronóstico de los parapléjicos del mundo, le nombra su "apóstol" para España. Con este "nombbramiento" se va configurando el Willie que conocemos.

De regreso a España pone de manifiesto su solidaridad humana, al preocuparse más por los problemas de los parapléjicos mal atendidos que por los suyos propios, y así inicia una serie de actividades en su favor.

Mientras estuvo en Inglaterra rehabilitándose como tetrapléjico, pudo ser testigo del desarrollo de los Juegos Internacionales de Stoke Mandeville para lesionados medulares. El deporte había sido introducido por el Dr. Guttmann en la rehabilitación de éstos, primero como un valioso auxiliar de la fisioterapia convencional y después, al potenciar el aspecto competitivo, como un medio para la integración social de los parapléjicos. Otro objetivo importante era el de mostrar a la sociedad que los parapléjicos podían ser deportistas por derecho propio. Esto era un mensaje importante, porque el que es capaz de practicar deportes competitivamente, ha de ser también ca-

paz de mantener un puesto de trabajo adecuado en una empresa.

Willie se impregnó de esta filosofía y supo ver el beneficio que podía reportar su aplicación a los parapléjicos españoles. Utilizó el deporte como medio para presentar en sociedad esta filosofía, conjuntando un equipo de deportistas en silla de ruedas que iba a representar, por primera vez, a España en los Juegos Internacionales de Stoke Mandeville. Esto fue en el mes de julio del año 1964 y produjo el impacto perseguido en la sociedad española de aquella época.

El proyecto del hospital de parapléjicos seguía su curso. Willie había conseguido entusiasmar con la



idea a personas e Instituciones. Conseguido el suficiente apoyo, había que crear un instrumento apropiado para llevar adelante el proyecto; así nació la actual Fundación Instituto Guttmann el 9 de enero de 1962. Junto a él dos amigos, Luis Gil de Biedma Alba y Juan Antonio Andreu Bufill, Patronos fundadores que, aún hoy, trabajan y velan para que se cumplan y desarrollen los objetivos fundacionales que se propusieron.

La habilidad personal de Willie y su perseverancia en el empeño consiguieron el objetivo deseado con la inauguración, el 27 de noviembre de 1965, del primer centro del Estado español dedicado al tratamiento y rehabilitación integral de los lesionados medulares. Este centro fue ubicado en el antiguo Hospital de la Magdalena de Barcelona, cedido por el Estado.

El nuevo centro recibió el nombre de Instituto Guttmann en honor del Dr. Guttmann, a quien los lesionados medulares debían el haber pasado "de inválidos desahuciados a contribuyentes de Hacienda, según sus propias palabras. Su aportación científica y humana fue de tal magnitud que la historia de la medicina distingue entre paraplejia antes y después de Guttmann.

Pensar en un centro de parapléjicos en España, al comienzo de los años 60, implicaba buscar un equipo técnico humano más allá de nuestras fronteras, o encontrar unos profesionales españoles lo suficientemente calificados para poder asimilar la nueva especialidad en el menor tiempo posible. Willie supo contagiar una vez más su entusiasmo a un médico y una enfermera españoles que fueron a especializarse a Stoke Mandeville (Dr. Miguel Sarrià, desde entonces director médico del Hospital, y la Sra. Montserrat Marsans, ya fallecida), y a una fisioterapeuta inglesa (Miss Pat Bowerbank) de Stoke Mandeville que vino a Barcelona. Estas tres personas fueron el núcleo a partir del cual se fue formando todo un equipo humano que actualmente está constituido por más de 200 personas.

El Instituto Guttmann tuvo que inaugurarse disponiendo únicamente de la planta baja del edificio. Las dos plantas superiores seguían ocupadas por familias damnificadas a causa de las catastróficas inundaciones del Vallés, comarca limítrofe con Barcelona, ocurridas en septiembre de 1962. A falta de un organismo responsable, la provisión de viviendas para más de 40 familias damnificadas, para poder utilizar todo el hospital, acabó siendo una acción privada capitaneada por Willie.

Con la inauguración del Instituto Guttmann, Willie estaba muy lejos de cesar en sus esfuerzos para mejorar la calidad de vida de las víctimas de la lesión medular, tanto como colectivo como en situaciones individuales.

Si con el tema del deporte en silla de ruedas había hecho una presentación en sociedad de la filosofía de Stoke Mandeville, con la incorporación al trabajo de los parapléjicos iba a consolidarla. Con el Instituto Guttmann en marcha tuvo la oportunidad de disponer de un espacio físico, un rincón de la capilla del antiguo hospital, para que unos parapléjicos jóvenes, que estaban completando su rehabilitación en el Centro, iniciaran lo que más adelante se convertiría en una empresa de fabricación de sillas de ruedas y otros elementos ortésicos para minusválidos que actualmente da empleo, directa o indirectamente, a más de 40 personas con minusvalía física. De ésta, con el tiempo, surgieron nuevas tentativas que fueron dando lugar a nuevas empresas de menor volumen, regentadas por minusválidos y empleando a minusválidos.

En términos generales, basta recordar que, ya en el año 1974, el Instituto Guttmann presentaba una comunicación al Congreso Minusval'74 mostrando cómo un 40% de los parapléjicos dados de alta del hospital se habían reintegrado laboralmente, sin contar estudiantes ni amas de casa.

En ocho años, el énfasis se desplazaba de las cifras de complicaciones médicas y sobrevivencia, a las cifras de empleo de los parapléjicos rehabilitados en el Instituto Guttmann. La introducción de la especialidad daba sus frutos, se estaba produciendo el cambio en el pronóstico del lesionado medular en España y el motor de este cambio era Willie.

Necesariamente debemos dedicar unas palabras a la viuda de Willie, Tona. Queremos evitar el tópico de que "detrás de todo gran hombre hay una gran mujer...". Simplemente queremos destacar su entereza ante las dificultades, su dedicación a Willie durante todo el tiempo que duró su tetraplejia, colaborando con igual entusiasmo con sus objetivos de solidaridad humana. Tona, además de esposa, fue su enfermera que se sacrificó y luchó por los mismos ideales que su marido, para conseguir lo mejor para los minusválidos, y su ejemplo, aún hoy día, es un estímulo para nuestra labor.

Por todo ello, y mucho más que no puede reflejarse en un breve apunte biográfico, el recuerdo emotivo y sincero de todos los que hoy componemos el Patronato de la Fundación Instituto Guttmann, y la promesa renovada de continuar el camino, por él iniciado, de lucha para la plena integración social de todos los afectados por una lesión medular u otra gran minusvalía física.

El Patronato de la Fundación
Instituto Guttmann

LA PREVENCIÓN DE LA LESIÓN MEDULAR Y DE SUS CONSECUENCIAS



Diputació
de Barcelona

El contenido de este Dosier ha sido posible gracias al patrocinio del Àrea de Salut de la Diputació de Barcelona

¿LOS DATOS ESTADÍSTICOS PUEDEN AYUDAR A PREVENIR LA LESIÓN MEDULAR?

Siempre que hablamos de paraplejía y su repercusión en la sociedad, se impone el presentar datos epidemiológicos reales de incidencia y prevalencia de la lesión medular en nuestro país, y compararlos con los de otros estados.

Este hecho que a priori parece sencillo resulta casi siempre complejo de conseguir, y cuando se consigue muchas veces se trata de datos incompletos.

La incidencia de la LM sigue variando según los autores, aunque resultan interesantes los esfuerzos realizados para conseguir información epidemiológica fiable que ayude a organizar una buena asistencia al colectivo de parapléjicos y tetrapléjicos.

Recordemos algunos datos en relación a tasas de incidencia en España comparadas con otros países como EEUU, Australia y algún país de Europa, tal como podemos apreciar en la siguiente tabla:

Tabla de incidencia por millón de h./año

1.- RHÔNE-ALPS (FRANCIA) (1970-75)	12.7
2.- ALEMANIA (1976-86)	13.0
3.- AUSTRIA (1984-86)	15.0
4.- SUIZA (1977-86)	16.0
5.- ESPAÑA (1988)	20.3
6.- JAPÓN (1975)	27.1
7.- AUSTRALIA (1980-85)	27.6
8.- EEUU (1970-77)	40.1

Tal como se puede observar, son importantes las diferencias en cuanto a tasas de incidencia entre los diferentes países recogidas en esta tabla, destacando la menor incidencia en Europa, si exceptuamos España, comparada con el alto índice registrado en Estados Unidos y Australia.

No pretendemos analizar los motivos de estas claras diferencias, ya que no es el objeto de este escrito, sino únicamente plasmar datos publicados en la literatura por diversos autores.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) ha publicado datos recientes en que manifiesta su opinión en torno a que el 50% de las minusvalías pueden prevenirse. Este dato escalofriante, pero a la vez esperanzador, ha de hacernos abrir los ojos sobre la necesidad de serios programas de prevención basados en datos estadísticos fiables.

Analicemos, en forma de listado, cuáles son las necesidades del colectivo de afectados y de los profesionales que trabajan en este campo, en relación a protocolos de recogida de datos estadísticos, así como en relación a los programas de prevención que podrían ser de utilidad:

1) Registro nacional de todas las lesiones medulares que se producen en España, con los siguientes objetivos encaminados a conocer los siguientes datos:

- a) Incidencia de la LM en España
- b) Causas de la LM
- c) Parámetros demográficos y sociales de las personas lesionadas

d) Cambios clínicos antes y después del ingreso en un Centro o Unidad de LM

e) Resultados al alta del Hospital

f) Evolución realizada al reintegrarse en su medio socio-doméstico habitual.

2) Definir la LM como área de interés nacional sanitario, con el fin de implicar a las autoridades competentes (autonómicas y estatales), colectivo de afectados, profesionales, etc.

3) Programas de prevención específicos: tráfico, laborales, accidentes domésticos, accidentes casuales, deportivos, etc.

4) Programas especiales de cinturón de seguridad, evitar alcohol y drogas, etc.

5) Programas de prevención de LM en las escuelas.

6) Programas de prevención de LM en los medios de comunicación.

7) Programas de recogida y traslado de enfermos por las ambulancias.

8) Ingreso inmediato de los pacientes que contraen una paraplejía o tetraplejía en un Centro o Unidad de LM.

9) Programas de prevención de deterioro neurológico una vez establecida la LM.

Éstos no son más que un pequeño listado de algunas de las necesidades que se me ocurren al redactar este escrito, pero que indudablemente constituyen un reflejo del camino aún por recorrer en el tema de la prevención primaria, secundaria y terciaria de la LM. Estamos convencidos de que la información y conceptos reflejados en este número de la revista SOBRE RUEDAS, estimularán el desarrollo de actitudes y acciones preventivas, imprescindibles para reducir la cada vez más alta tasa de incidencia de lesión medular en nuestro país.

Dr. Joan VIDAL i SAMSO
Médico Adjunto del Instituto Guttmann



PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA LESIÓN MEDULAR TRAUMÁTICA

La accidentabilidad, en España, en la década de los ochenta ha ido **in crescendo**, como lo demuestra la incidencia cada vez más alta de accidentes traumáticos.

Según PRIEDOLA, desde 1985 se producen más de tres millones de accidentes al año. Los accidentes domésticos y peridomésticos superan los dos millones, más de 600.000 corresponden a accidentes de trabajo, los resultantes del tráfico más de 150.000 y los deportivos alrededor de 130.000.

El primer estudio epidemiológico de la lesión medular traumática (LMT) en España se realizó en el Hospital "La Paz", en 1986, con la colaboración de los hospitales con Unidad de lesionados medulares: Valle Hebrón, Virgen del Rocío, La Fe, Cruces, Miguel Servet e Instituto Guttmann.

Los accidentes de tráfico, en sus tres vertientes (coche, moto y peatón), suponen el 50% de las LMT; las caídas, golpes domésticos y laborales suponen el 44%; el 6% restante son causados por accidentes deportivos, arma de fuego y complicaciones quirúrgicas.

Durante los años 1984 a 1989, la LMT en España osciló entre el 62 y el 67% de la LM global. La incidencia de la LMT al comienzo del estudio 1984-85 supuso 1,39/ 100.000 habi-

tantes/año, con 529 y 432 LM respectivamente. En el año 1989 la incidencia sobrepasa los 2/100.000 habitantes. En esta estadística colaboraron todos los hospitales con ULM españoles.

Una vez obtenidos los datos epidemiológicos básicos de la LM teníamos que hacer algo más que observar el ascenso progresivo de los casos de LM, y era intentar concienciar a la población española de la necesidad de establecer medidas preventivas encaminadas a disminuir o al menos igualar la casuística anual de LM, es decir, prevenir la LM.

Según la Real Academia de la Lengua, prevención es:

1 - preparar y disponer con anticipación las cosas necesarias para un fin

2 - conocer de antemano un daño o perjuicio

3 - evitar o impedir una cosa

Actualmente la prevención se divide en tres grandes bloques:

- Primaria - intentar evitar un accidente y conseguirlo

- Secundaria - impedir la aparición o agravación de la LM una vez ocurrido el accidente

- Terciaria - programa rehabilitador una vez establecida la lesión medular.

Las experiencias mundiales sobre prevención primaria fueron recogidas en Australia, EEUU y Nigeria. Los australianos son los pioneros, pues en 1982 pusieron en marcha, por iniciativa del Royal North Shore Hospital en Sidney, un programa de prevención y concienciación de la LMT, intentando concienciar del peligro en los hábitos de los niños y vías para disminuir los riesgos. Comenzaron con 18.000 en 1982 y alcanzaron los 78.000 escolares en 1986. Posteriormente Nueva Zelanda se sumó a la iniciativa australiana y crearon la Fundación Menzies, fruto de la colaboración de la Administración sanitaria y entidades privadas. Esta fundación celebra dos reuniones anuales en las que se analizan las actividades semestrales. Resultado: no ascenso de la incidencia de la LMT.

El número de LMT en Nigeria en 1984 fue de 72, con el mayor tanto por ciento debido a caídas de los cocoteros. Al tomarse medidas específicas, la incidencia disminuyó notablemente.

En EEUU, el estado de Pensilvania en 1989 puso en marcha una campaña divulgativa

gativa preventiva financiada por la Administración sanitaria y fondos privados en una población de 20 millones. El lema fue "Juega seguro" (Weinberg), con un programa que realizó conferencias, encuestas, entrevistas, posters, TV... No obtuvieron resultados objetivables, pero quedaron satisfechos de la experiencia.

En California, Casuto con su "Feet first first time" ("La primera vez lánzate de pie") comenzó su andadura en 1986 en 75 colegios, y fue impartido a más de 20.000 estudiantes, por medio de entrevistas, correo, posters...

En Europa, que sepamos, no ha habido ninguna campaña preventiva directa de la LMT, incluso tampoco en Gran Bretaña, pionera en el tratamiento del LM.

La Administración sanitaria española, que realiza campañas preventivas contra enfermedades transmisibles, alguna de las cuales es más política que efectiva, al parecer ha comenzado a sensibilizarse. No sabemos si porque sabía que alguna entidad privada había aprobado nuestro programa preventivo, el caso es que ha dispuesto una partida de 200 millones de pesetas a través del Ministerio de Asuntos Sociales con el fin de realizar una campaña de un mes de duración en junio de 1990, encargando su realización a ASPAYM y con asesoría cien-

tífica supervisada por nosotros (equipo médico de la ULM del Hospital "La Paz"). Insistimos en que no creemos en su completa eficacia ya que, al parecer, no contempla su continuidad, pues dedicarían los presupuestos sucesivos anuales a otros colectivos.

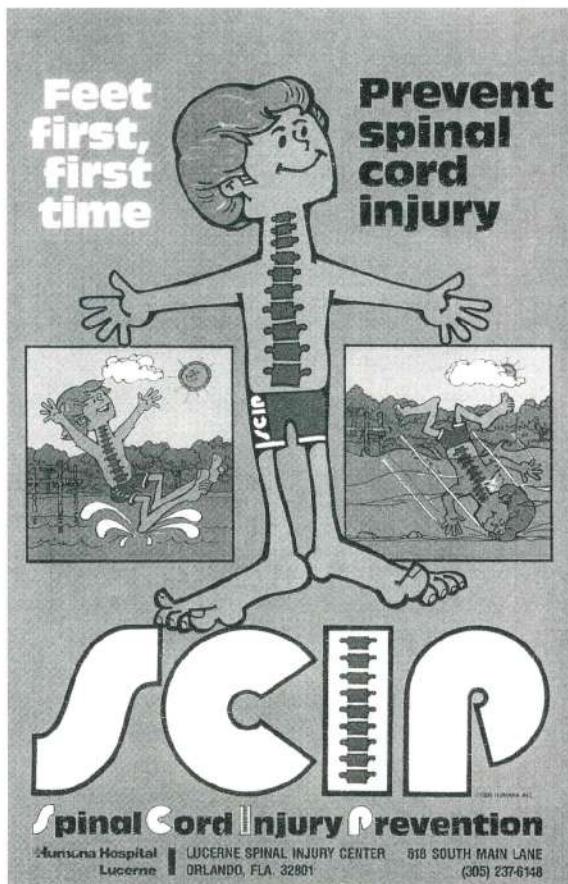
Tras varios años de contactos a nivel oficial y privado, una entidad de este grupo está llevando a cabo un programa de Prevención y Concienciación Social de la LMT en la Comunidad de Madrid. El presupuesto destinado en el primer año de experiencia es insuficiente, aunque el grupo de

profesionales formado por nosotros (parapléjicos, psicólogos, médicos y maestros, en total 11 personas) ha superado las previsiones iniciales llegando en seis meses a una población de más de 30.000 escolares de EGB y BUP; esperamos que al final del curso actual consigan impartirlo a más de 50.000 alumnos. El reciclaje anual es necesario, al igual que su ampliación a otras áreas distintas de la escolar.

Para la obtención de resultados objetivables y no sólo presumibles es necesario que se cree un centro estadístico informático similar al que funciona en Alabama (EEUU) desde 1983. Curiosamente, se denomina Centro Español de Rehabilitación y abarca al NSCISC (Centro Nacional Estadístico de la Lesión Medular) en el que trabajan prestigiosos epidemiólogos y especialistas en paraplejía: Stover, Go, Cartus, Lazarus, Fine, de Vivo, etc.

Desde estas páginas hacemos un llamamiento a la Dirección General de Tráfico, Unión Nacional de Seguros, Ministerio de Sanidad de las distintas autonomías, Cruz Roja, para que trabajen conjuntamente en pro de la prevención de la LMT.

Dr. GARCÍA RENESES
Dra. San GIL SORBET
Dra. MARTÍNEZ MORENO
Unidad de
Lesionados Medulares



ACCIDENTES: TODA PRECAUCIÓN ES POCA



¡Accidente, ha sufrido un accidente! Automáticamente nuestra mente lo relaciona con la más frecuente de las causas de accidentalidad: el tráfico rodado, los vehículos de motor. Y no es porque accidente sólo signifique esto, no es porque sea la única causa de accidentalidad, sino que el creciente volumen e incidencia en nuestra sociedad de los accidentes relacionados con los vehículos de motor han adjudicado a la palabra accidente un nuevo significado con toda su carga emotiva. Veamos, si no, qué nos dice el diccionario del significado de la palabra accidente:

Accidente. m. Calidad o estado que aparece en alguna cosa, sin que sea de su esencia. 2. Suceso eventual que altera el orden regular de las cosas. 3. Suceso eventual o acción de que involuntariamente resulta daño para las personas o cosas. 4. Enfermedad que sobreviene repentinamente y priva del sentido, de movimiento o de ambas cosas. 5. Gram. Modificación de

su estructura material que sufren el nombre, el adjetivo...

En la definición anterior, que nos ofrece la Real Academia Española de la Lengua, hallamos dos adjetivos que definen prácticamente el "accidente". Estos son **eventual** e **involuntario**. Eventual porque no son o no deberían ser acontecimientos diarios, aunque los reportajes de la prensa diaria nos demuestren lo contrario. Involuntario porque sin duda el único rasgo que caracteriza a todos los "accidentes" es el hecho de que el acontecimiento no es fruto de la voluntad humana de los que en el mismo se ven envueltos, aunque la casualidad no sea habitualmente su desencadenante.

Pero he de confesar que ante los estudios estadísticos que nos facilitan los distintos organismos oficiales, ante los partes de accidentes y lesionados cuyo resumen se publica semana tras semana, he de mostrar cierto escepticismo sobre el hecho de que los "accidentes" sean sólo eso, accidentes, tal y como los

define la Real Academia Española de la Lengua.

A continuación, y al tiempo que realizamos un breve repaso a las causas y consecuencias de los **accidentes**, me permito solicitar su colaboración en cualquier lugar y situación, tanto para disminuir su incidencia como para limitar sus consecuencias.

Si nos atenemos a los últimos estudios publicados sobre accidentalidad, podríamos realizar una lista de actividades de las que con mayor frecuencia se derivan situaciones accidentales. Así, y con un orden de prevalencia, obtendríamos la siguiente lista de mayor a menor accidentalidad:

- En el primer lugar, por excelencia, colocaríamos las **actividades relacionadas con la conducción de vehículos de motor**, en cualquiera de sus vertientes: deportiva, profesional o de ocio.

- Accidentes laborales
- Accidentes deportivos
- Accidentes durante las actividades de ocio
- Accidentes realmente fortuitos

- Otros no clasificables

En el caso de los primeros debemos hacer constar que prescindiendo de la mortalidad, que día a día es más importante (casi no existe hoy día un accidente sin fallecimiento), las secuelas de los mismos son cada día más palpables gracias a los avances de la ciencia médica que puede salvar la vida a pacientes en situaciones más y más graves, destacando de forma especial las lesiones medulares condicionantes de paraplejías y tetraplejías, traumatismos craneo-encefálicas, amputaciones y déficits sensoriales. Antes



Rescate del interior de un vehículo

ya existían los mismos tipos de lesiones que hoy en día, pero en el caso de lesiones graves las probabilidades de salir con vida eran sustancialmente menores, y si bien crecía relativamente la mortalidad a medio y largo plazo, las discapacidades severas eran menos evidentes.

Dentro de esas consecuencias debemos destacar una no siempre adecuadamente valorada y sin embargo grave, tanto por sí misma como por las consecuencias que acarrea: **la lesión medular**. Nuestro sistema nervioso es único, no posee capacidad de regeneración ni puede ser sustituido. Si se lesiona, sus funciones se ven afectadas de por vida. Su lesión es permanente. Una lesión medular condiciona de por vida la parálisis parcial o total de piernas, tronco, brazos o todos ellos al tiempo, pérdida de sensibilidad en la zona del cuerpo afectada por la lesión, pérdida del control voluntario sobre la capacidad de orinar o defecar y un sinfín de complicaciones posibles.

Si dentro del apartado de los accidentes relacionados con los vehículos de motor analizamos los principales factores relacionados con los mismos, vemos que ocupan un lugar destacado:

- La velocidad inadecuada. Creo que a todos nos gusta-



ria emular a nuestros ases del deporte del motor, pero ni la vía pública es una pista de carreras ni nuestros vehículos están concebidos para ello. En este apartado debemos

re marcar que no sólo los excesos de velocidad por encima del límite establecido por la ley son causa de accidentes, sino también aquellos que, estando dentro de los límites de la legalidad, están por encima de los de nuestra capacidad de respuesta personal, o son excesivos en relación a las circunstancias ambientales (estado del firme, visibilidad...)

- El consumo de cualquier tipo de drogas o fármacos, legales o no, que puedan incidir sobre nuestra capacidad de respuesta ante situaciones imprevistas. Es inmensurable el daño causado por el alcohol, con esa falsa sensación de seguridad que es capaz de provocar, con ese valor que aporta y que permite a muchos de nuestros jóvenes realizar acciones que, en condiciones normales de lucidez y sobriedad, les harían estremecer.

- La total falta de respeto a las normas del Código de la Circulación, que debe regir el límite de nuestras libertades durante la conducción.

- Falta de respeto u olvido de las medidas de seguridad con que fue dotado nuestro vehículo: cinturón de seguridad, reposacabezas..., bien sea por no hacer uso de los mismos, bien por un mal reglaje, que puede ser, si cabe, más peligroso.

- Uso inadecuado del casco en los vehículos de dos ruedas. Ha sido diseñado para llevarlo puesto en la cabeza, no colgado del brazo, ni sujeto al portaequipajes.

- Estado "físico" del vehículo. Las buenas condiciones del vehículo no son permanentes, y deben ser revisadas con periodicidad variable según el uso que del mismo se haga. El correcto estado de la suspensión, que no ha sido instalada sólo para nuestra comodidad sino para proporcionar "agarre" y seguridad, el buen estado de los frenos, de cuya necesidad huega todo comentario, y un "calzado" correcto que nos proporcione adhesividad tanto sobre firme seco como húmedo son, junto con una correcta puesta a punto general, una garantía de no accidentalidad por causas puramente mecánicas.

Los apartados anteriores se refieren a circunstancias y a los mandos de un vehículo de motor donde el conductor, el vehículo, las circunstancias ambientales y el respeto a la normativa son de vital importancia. Existen, sin embargo, otras circunstancias en las cuales, sin poseer un vehículo bajo nuestra responsabilidad, podemos ser la causa, de accidentes o bien sin ser causa llevarnos la peor parte. Me refiero a una actividad que a todos nos es propia, conductores o no, a nuestro deambular por las calles y carreteras, a todos como "PEATONES". Si como conductores debemos extremar las precauciones tanto por el riesgo de padecer lesiones como de las que podamos infingir, como peatones debemos redoblar las mismas porque somos la parte más débil implicada y, prescindiente de responsabilidades, la que a va a padecer en mayor medida sus consecuencias.

Sin duda éstas no son todas las causas posibles de accidentes, pero creo que es evidente que **todas ellas son evitables** y que el respeto a estas normas podría hacer descender notablemente la tasa de accidentalidad, así como todas sus consecuencias.

Sin duda existen otros "accidentes" al margen de los vehículos de motor, tal como relacionábamos al inicio, pero creo que podrían ser merecedores de otra discusión sobre su problemática y causalidad que dejaremos para una próxima ocasión.

Pero, muy a pesar nuestro, los accidentes se suceden semana tras semana fruto de la inconsciencia humana, y nos hallamos ante una nueva situación: **¡El "accidente" ha ocurrido!** Ahora de nada sirven los reproches ni los **mea culpa**. Se han producido lesiones y existe un deseo angustioso de salir de la situación, una ansiosa solicitud de ayuda. Fruto de la confusión del momento, nuestro pensamiento divaga y no alcanza a hilvanar y ordenar sus ideas de forma lógica para tomar decisiones, o las toma erróneas y éstas nos pueden conducir "accidentalmente", **sin** nuestra voluntad expresa de que así sea, a un **deterioro** de las lesiones, bien sea por nuestra propia confusión como implicados en el accidente, bien por la impericia de quien, con la mejor de las voluntades y una mayor tranquilidad de ánimo, se apresta a ofrecernos su ayuda.

Para no caer en una espiral de reproches, de dudas sobre si...? o si no...?, creo necesario hacer unas precisiones esquemáticas sobre la conducta a seguir tras el accidente para no deteriorar las lesiones de los afectados y ofrecerles la mejor

asistencia:

1º. **Calma.** Hacer una rápida valoración de un posible riesgo de incendio del vehículo (fugas de combustible...) y descartar situaciones inestables del mismo (precipitación).

2º. **Solicitar ayuda.** Tomemos clara nota del lugar en que ha sucedido el accidente (dirección exacta, punto kilométrico, puntos de referencia...), del número de personas y vehículos implicados, de la existencia de heridos, de los riesgos anteriormente mencionados, para poder solicitar de las autoridades (policía local, guardia civil de tráfico...) la ayuda especializada necesaria y la rápida llegada de la misma a la ubicación del accidente.

3º. Siempre que **no** existan riesgos añadidos (incendio o precipitación del vehículo) es preferible esperar a la llegada de personal técnico para proceder a la evacuación de los afectados.

4º. Cuando el afectado presente pérdida de conciencia, de sensibilidad o de movilidad en alguno de sus miembros, o bien se halle inconsciente en el momento de la evacuación, es preciso proceder a su evacuación con sumo cuidado valorando la posibilidad de que se halle afecto de una lesión medular. Es decir, hay que evacuarlo en bloque, adecuadamente fijado y con las mínimas maniobras precisas hasta la valoración en un centro hospitalario. En este aspecto debemos mencionar que sería prioritario disponer de atención médica, no de traslado urgente.

5º. En el caso de accidentes en que se vean implicadas motocicletas, la evacuación debe realizarse

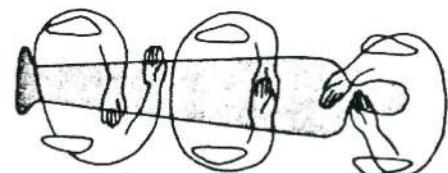
según se describe en los apartados anteriores, **sin retirar el casco hasta haber realizado las exploraciones precisas en un centro hospitalario**. Es muy frecuente que deba procederse a cerrar el casco en lugar de retirarlo para evitar mayores lesiones.

La atención médica al accidentado debe ser prioritaria.

La recogida de una accidentado debe hacerse teniendo en cuenta todas las lesiones evidentes y haciendo previsión de posibles lesiones ocultas. Así es preciso realizar una recogida en bloque, con estabilización de la columna vertebral (collarín cervical y tabla espinal), aún cuando el paciente no refiera sintomatología al respecto, y siempre en el caso de pacientes inconscientes.

La estabilidad de sus constantes vitales es recomendable, si no imprescindible, antes de cualquier tipo de traslado.

Traslado en un medio de transporte adecuado y a velocidad moderada. Las aceleraciones tanto lineales como laterales perjudican gravemente a la estabilidad del accidentado, pu-



Recogida en bloque del herido

diendo ser causa de agravamiento de sus lesiones.

El personal que participa en el transporte de los accidentados debe poseer una preparación adecuada para su asistencia durante el mismo.

El traslado debe realizarse hacia el centro idóneo para el tratamiento de todas las lesiones que presente. Esto implica una evaluación médica, "in situ", que puede ahorrar la demora en el correcto diagnóstico y establecimiento de las necesidades de tratamiento del afectado.

Nunca debe olvidarse que incluso en un paciente aparentemente indemne pueden existir lesiones de columna vertebral ocultas susceptibles de manifestarse a posteriori. Una correcta recogida, traslado y

evaluación pueden evitar secuelas irreversibles. Nuestro sistema nervioso no posee recambios.

Una vez en el centro que preste la primera asistencia, debe procederse a una correcta evaluación de todas sus lesiones, con establecimiento de una relación de prioridades para su tratamiento. Las lesiones que alteran el estado crítico del paciente precisan de actuación urgente para su estabilización. Los estados de obnubilación y coma precisan de ingreso y control en unidades de vigilancia especial, neurológicas oculas tanto cerebrales como medulares. La evidencia de las lesiones neurológicas con estabilidad de las constantes vitales del paciente, implica su traslado sin demora a un centro especializado, donde

podrán ser tratadas tanto la lesión principal como las secundarias, con una adecuada valoración de prioridades, así como con una menor incidencia de complicaciones a largo plazo.

Hay que pensar en la vida del paciente sin olvidar su calidad en el futuro.

Confiamos pues en que día a día seamos más conscientes de nuestra responsabilidad, para con nosotros mismos y para con los que nos rodean, y que algún día puedan desaparecer de la faz de la tierra las secuelas de tantos y tan deleznales "accidentes".

Francesc X. CURIÀ
CASANOVES

IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN INICIAL Y DEL TRATAMIENTO MÉDICO Y REHABILITADOR ESPECIALIZADO

Cuando se confirma que el paciente se halla afectado por una lesión medular siempre que sea posible se trasladará a un hospital especializado o a una unidad de lesionados medulares. En este caso es básico el avisar por radio o por teléfono al área de urgencias para que todo el personal esté preparado para la recepción del enfermo. Si el accidente se produce a mucha distancia de un centro especializado, o la gravedad del caso no lo permite, se evacuará a un hospital comarcal o centro cercano.

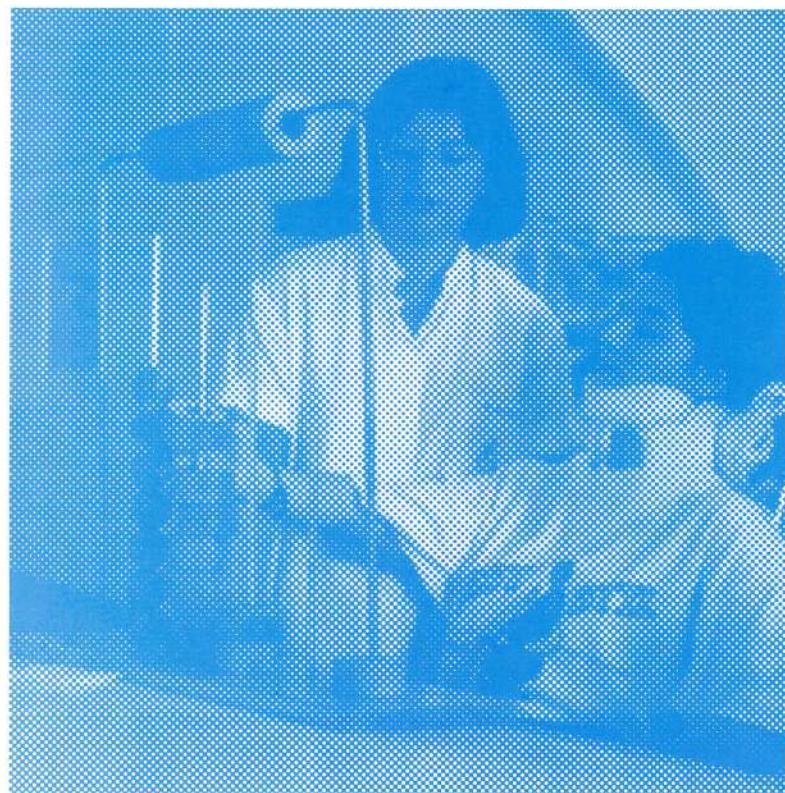
Si el centro receptor carece de unidad de lesionados medulares, al no estar habituados en el manejo de este tipo de pacientes, debe extremarse la atención sobre el enfermo. Aún en caso de riesgo vital no debe olvidarse la lesión medular. Se estabilizará al paciente, y si requiere cirugía de urgencias por un politraumatismo no deberá descuidarse por un instante el manejo del paciente en quirófano, las maniobras para la intubación, el cuidado de

la vejiga, los cambios posturales en el postoperatorio, la colocación de almohadas para evitar cifosis o hiperlordosis en el foco de fractura... En todo caso, la asistencia en un centro no especializado será por el menor tiempo posible. Un error o complicación en esta fase puede tener consecuencias de por vida o al menos retrasar su evolución.

Si el enfermo se traslada a un centro especializado en el tratamiento de lesionados medulares, se pone en marcha inmediatamente un equipo humano y técnico preparado para estas situaciones. En los primeros días y semanas es básico el trabajo en equipo de médicos, ATS, fisioterapeutas, auxiliares, sanitarios... Cada tipo de lesión es distinta, y precisa un tratamiento específico, pero es común en todas ellas el evitar maniobras como las movilizaciones inadecuadas, que no harán más que empeorar su pronóstico.

Deben vigilarse estrechamente en las lesiones cervicales la función cardiorrespiratoria, el nivel lesional para apreciar cualquier variación, la función renal y vesical, y los cambios hidroelectrolíticos y de temperatura corporal. No es el motivo de este escrito el comentar las indicaciones del tratamiento quirúrgico, del conservador, ni polemizar en cuanto a métodos de inmovilización (tracción por compás, halo...). Debemos insistir en el tratamiento en equipo, ya que es básico el tratar desde el primer momento al enfermo en conjunto. Ante cualquier problema respiratorio, no bastará con que se diagnostique correctamente, que se trate con fármacos o mecánicamente. Es indispensable la colaboración del profesional que hará fisioterapia respiratoria. La colocación de los miembros, de las manos, en esta fase ya, nos va a condicionar el que más adelante las manos o los pies sean útiles o por el contrario que requieran de técnicas quirúrgicas para reparar un daño que podía haberse evitado. Podríamos seguir enumerando un sinfín de situaciones, pero no es esta nuestra intención.

Si bien es cierto que en esta fase el tratamiento es básicamente médico (farmacológico y de enfermería), no debe olvidarse la vertiente psíquica, tanto del enfermo como de sus familiares. También es básica una correcta información a los familiares desde el primer momento, así como al paciente cuando esto no pueda dificultar su rehabilitación.



Normas básicas en prevención secundaria

- 1- A todo accidentado inconsciente, manejarlo como si tuviera una lesión medular.
- 2- Colocarle siempre un collarín cervical.
- 3- Colocarlo en bloque, sobre la camilla.
- 4- Asegurar una vía aérea permeable.
- 5- Suministrar oxígeno mediante mascarilla.
- 6- Efectuar el traslado rápido, pero sin prisas.
- 7- Practicar las exploraciones complementarias sin cambiarlo de camilla.

Tratamiento del lesionado medular en la fase aguda

Un vez valorado el alcance de la lesión, se traslada al paciente al área de lesionados medulares agudos. Allí deberá permanecer por un período de tiempo que varía en función del tipo de lesión neurológica y de otras lesiones asociadas, pero puede oscilar entre los quince días y las seis semanas.

Durante la fase aguda es cuando pueden surgir las complicaciones más graves, por lo que el enfermo estará monitorizado y permanentemente controlado.

Se intentará reducir la fractura ya sea mediante tracción craneal o mediante la colocación de bloques en la columna dorsal o lumbar, a fin de evitar un empeoramiento de la función neurológica. En algunos casos se debe recurrir a la cirugía. Se instala al paciente en una cama especial dotada de un dispositivo para efectuar cambios posturales cada tres horas o de manera continua, sin tener que movilizar al paciente y con el fin de reducir el riesgo de úlceras por hiperpresión, así como mejorar el retorno venoso de las partes más declives y prevenir las tromboflebitis y tromboembolismos pulmonares. Para ello se utilizan también fármacos (heparinoterapia a dosis profilácticas) y medios físicos como las medias elásticas o los vendajes interminantes en las extremidades inferiores. Se emplean actualmente los corticoides administrados en forma de bolo o de forma mantenida dependiendo de cada caso. Al igual que los enfermos ingresados en el área de cuidados intensivos, es elevado el riesgo de sangrado digestivo, por lo que se previene mediante fármacos.

Es esta fase es básico que el paciente esté, pese a su situación, lo más tranquilo posible. Para ello, es muy importante la colaboración de los familiares y de todo el personal que trata directamente con el enfermo.

En esta fase ya se inicia la **rehabilitación** propiamente dicha, ya que se efectuará tratamiento fisioterápico ya sea de forma pasiva o activa. El equipo de terapia ocupacional colocará las ortesis más adecuadas para prevenir actitudes viciosas en los miembros; el personal auxiliar o sanitario dirigido por el ATS colocará al paciente en la postura correcta, es decir, previniendo el equinismo de los pies, en flexión de caderas y rodillas en los giros laterales, etc. El médico especialista será quien coordinará y supervisará todas las decisiones y a su vez estará atento a las complicaciones que puedan surgir.

La rehabilitación de la vejiga se inicia tan pronto como es posible, es decir, en cuanto se supera la fase de shock medular, se retira la sonda vesical que se había colocado en el área de urgencias. En una primera fase se efectúa lo que en terminología médica se denomina cateterismos intermitentes, que consiste en vaciar la vejiga mediante sondajes de forma periódica, lo que hará que se ponga en marcha, dependiendo del tipo de lesión medular, el reflejo de la micción sin sobredistender en exceso la vejiga.

El sistema gastrointestinal deja de funcionar en la fase aguda durante un período que suele oscilar entre las 24 horas y los 3-4 días. Durante este período el enfermo no debe ingerir ningún tipo de líquido o alimento y se mantiene por esto la sueroterapia. Una vez superada esta fase de shock medular, se regulariza la función gastrointestinal, aunque persistirá un tránsito

intestinal más lento, con tendencia a la constipación. Esto será comentado en otro apartado, al igual que la reeducación del esfínter anal para evitar la incontinencia de heces.

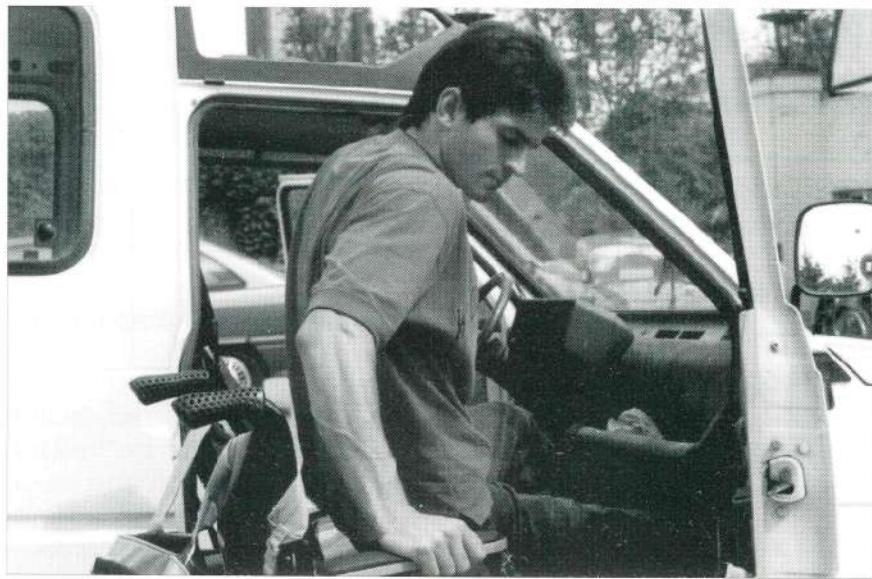
Se debe vigilar especialmente la piel, a fin de evitar úlceras por hiperpresión. Se colocará al enfermo sobre almohadas dispuestas de forma que las partes más prominentes del esqueleto no apoyen sobre la cama. Se dejará sin apoyar la zona del sacro, codos y talones en la posición supina, y los trocánteres y maléolos en los cambios laterales. Asimismo se colocará una almohada entre las rodillas para evitar roces. Se efectuarán cambios posturales cada 2-3 horas. En caso de aparecer el más mínimo eritema se darán masajes sobre dicha zona, a fin de favorecer la circulación sanguínea.

Una vez transcurridas unas seis u ocho semanas podrá iniciarse la sedestación. Se coloca generalmente algún tipo de ortesis (collarín o corsé en el lenguaje habitual) para evitar que la fractura vertebral consolide en posición incorrecta.

Rehabilitación del lesionado medular

Una vez superada la fase aguda, debemos establecer unos objetivos y unos plazos para lograrlo, dependiendo del nivel y tipo de lesión. Es ahora cuando podemos valorar el pronóstico de la lesión





(salvo algunas lesiones en que lo sabemos con anterioridad). Debemos informar al paciente del alcance de la lesión y de las limitaciones que esto le ocasionará. También así será consciente de que existen otras formas de realizar funciones o actividades que creía perdidas. De esta forma tendrá sentido la etapa que va a iniciar en el gimnasio y trabajará de una forma más activa. Para muchos pacientes empieza ahora la etapa más "dura", ya que dependerá de su trabajo activo, diario y constante el lograr el máximo rendimiento. En esta fase debe motivarse especialmente al enfermo y evitar que se deje abatir.

La **rehabilitación** consiste en facilitarle todos los medios humanos y técnicos para adaptarse a la nueva situación. En un primer momento se podría pensar que esto es tan sólo darle la máxima autonomía posible. Los objetivos son efectivamente proporcionarle la máxima independencia, pero también reinsertarlo en su familia y en la sociedad. Dado que vivimos en el mundo occidental y en una sociedad competitiva, el ocio no es aceptado por la mayoría como única forma de vida, y por ello el último objetivo en la reinserción sociofamiliar es la reinserción laboral.

Estos objetivos sólo pueden lograrse si se dispone de un equipo multidisciplinario. Esta tarea se reparte en esta fase entre el asistente social, psicología, terapia ocupacional y fisioterapia. Serán todos ellos quienes de forma conjunta y coordinada por el especialista en rehabilitación, ayudarán al

enfermo y familiares a enfrentarse a su nueva situación.

En el departamento de fisioterapia se potenciará la musculatura del paciente, y se reeducará el equilibrio de tronco para lograr la sedestación en las lesiones altas. Siempre que el nivel de la lesión lo permita se intentará la bipedestación y la marcha, ya sea con ayuda de ortesis y en paralelas (marcha terapéutica) o fuera de ellas. Se insiste en la práctica de deportes, ya que esto estimula el autoestima del individuo, ayuda mediante la competición a superar traumas y es beneficioso en general.

En terapia ocupacional, se les instruirá en el manejo de la silla, se les facilitarán ayudas para la escritura, el lavarse, etc. Se les enseñará a vestirse, a realizar transferencias y se les ofrecerán soluciones a multitud de problemas que van a surgir al volver de nuevo a su domicilio, como pueden ser las adaptaciones en los accesos, baños, cocina, etc. Se les enseñará a vivir "de otra forma".

Antes de pensar en la vuelta definitiva a sus domicilios pasarán por un período de prueba. Esto es básico en estos pacientes. Habitualmente van a su domicilio los fines de semana, y de esta forma experimentan los problemas que van a tener en el futuro, y se toman medidas para minimizarlos o evitarlos. Para hacer frente a una sociedad que aún mira con ojos de asombro una silla de ruedas por la calle, se efectúan salidas acompañadas entre semana, con lo que se reduce el temor a esta vuelta a casa, que si bien es esperada por todos, no es por ello menos "temida".

Entre el paciente, el médico, las enfermeras y el resto del equipo, se crea una relación que para algunos afectados será profesional, pero para la mayoría será de amistad y para los profesionales siempre constituye un estímulo para seguir trabajando con ellos.

Enric PORTELLI SOLDEVILA
Médico Adjunto del
Instituto Guttman

MANTENIMIENTO EN FORMA DEL LESIONADO MEDULAR

Introducción

Después de una lesión medular, dependiendo del grado y del nivel de la lesión neurológica, el sujeto quedará con unas secuelas que definimos como **paraplejia o tetraplejia**, en función de que le queden afectados los miembros inferiores o las cuatro extremidades.

La lesión puede ser **completa** (cuando no existe ninguna preservación voluntaria motora, sensitiva, ni control de esfínteres vesical y rectal por debajo del nivel de la lesión) o **incompleta** (cuando sí se detecta alguna preservación).

En cualquier caso, una lesión medular representa una lesión grave, con unas secuelas permanentes e irreversibles, que van a determinar cambios importantes tanto en el orden físico, psíquico y social como en el entorno familiar del afectado.

Por tanto, todo paciente, una vez que ya ha superado la fase aguda y se adapta a la nueva situación, tiene que seguir un programa de **mantenimiento en forma** de una manera metódica y sistemática, en su medio ambiente, para prevenir las complicaciones

que puede padecer a lo largo de su vida.

Mantenimiento en forma a largo plazo

Todo paciente, antes de ser dado de alta, debe conocer lo mejor posible las complicaciones que puede padecer y el alcance de las mismas.

Hay que mentalizarlo e inculcarle una serie de actividades para que evite, dentro de sus posibilidades, las frecuentes complicaciones y por tanto las posibles hospitalizaciones.

De forma muy resumida, a continuación enumeraremos las complicaciones más frecuentes y la forma de prevenirlas:

1.- Úlceras por presión en las zonas de apoyo isquiático

Cada paciente debe conocer el tiempo máximo que puede estar en sedestación -normalmente entre 7-8 horas- de forma ininterrumpida, y no sobrepasarlo sin una pausa de descarga del apoyo isquiático entre media y una hora, bien sea en bipedestación o en cama en decúbito lateral. Además, durante el tiempo que permanece en sedestación, debe de forma re-

gular realizar pulsión del asiento -parapléjicos- o inclinaciones laterales -tetrapléjicos-.

2.- Deterioro del tramo urinario superior

Se deben tomar, diariamente, unos 3 litros de líquidos, para que de esta forma se favorezca un flujo continuo mecánico que evite la progresión bacteriana hacia el parénquima renal.

La vejiga urinaria se tiene que ayudar a vaciar de cuatro a cinco veces al día, por medio de maniobras de percusión y Crede, o bien con ayuda de prensa abdominal.

En caso de infecciones urinarias ocasionales, se tienen que tratar precozmente por medio de cobertura antibiótica eficaz. Si las infecciones urinarias se sucedieran de forma muy frecuente, se debe acudir a un centro donde se puedan realizar los exámenes correspondientes y llegar a un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado.

Es muy aconsejable las revisiones médicas periódicas anuales.

3.- Limitaciones articulares, retracciones capsulo-ligamentosas



Para prevenir estas complicaciones es fundamental la realización de bipedestación y marcha (si el nivel neurológico lo permite) diariamente, como mínimo durante una hora.

También es aconsejable la automovilización o movilizaciones asistidas de todas las articulaciones paralizadas, dedicándole algunos minutos diariamente.

4.- Osteoporosis y fracturas patológicas

La pérdida de la masa ósea debido a la inmovilización es un proceso inevitable; de todas formas, es posible retrasar este hecho realizando bipedestación y marcha.

5.- Espasticidad

La espasticidad es una complicación que se agrava por cualquier causa irritativa, como pueden ser uña incarnata, distensión de vejiga, de intestino, infecciones, úlceras, etc.

Por tanto, ante cualquier cambio en el grado de espasticidad de forma alarmante, se debe buscar la causa irritativa y tratar dicha causa.

La bipedestación realizando movimientos de balanceo y estiramiento tendinoso suele desencadenar espasmos, cuyo objetivo es el de agotar la musculatura y aliviar los espasmos. Los baños de agua tibia son también una buena terapia para la espasticidad.

6.- Sobredistensión abdominal

La evacuación intestinal refleja, se debe realizar a días alternos o cada dos días (en función de la cantidad de alimento ingerido). Es necesario que se practique un buen masaje abdominal comenzando desde el lado derecho hacia el lado izquierdo. En caso de que la evacuación no sea satisfactoria, se tiene que practicar una digitación anal para favorecer la dilatación del esfínter y asegurarse que la am-

olla rectal queda totalmente vacía.

7.- Obesidad

Es aconsejable, para todo lesionado medular, evitar el sobrepeso; para ello se tiene que mantener una dieta rica y equilibrada, pero sin que sobrepase las 2.000 calorías/día.

Dentro del régimen dietético se deben consumir alimentos ricos en fibra vegetal.

Otro enemigo del lesionado medular, especialmente del tetrapléjico, es el tabaco. Debe eliminarse por completo el fumar, ya que esto sólo producirá un aumento en secreciones y sobreinfecciones respiratorios.

Estoy convencido que todo lesionado medular, siguiendo las pautas mencionadas, puede llevar una vida casi libre de complicaciones. Evidentemente existen casos que a pesar de todo ello presentan complicaciones, y a veces graves. De todas formas, espero que haya podido aclarar y ayudar en algunos interrogantes que cada uno se haya planteado sobre el cuidado de su salud.

Domingo GUEVARA
ESPINOSA
Médico Adjunto del
Instituto Guttmann

UNA INTEGRACIÓN SATISFACTORIA TAMBIÉN ES PREVENCIÓN

Es muy importante que el minusválido sepa asumir "plenamente" su problema procurando sacar el máximo partido posible de la vida, a pesar de sus grandes limitaciones y olvidándose de lo que fue su vida pasada y afrontando con la mayor ilusión posible lo futuro.

Siempre pienso que la persona minusválida que cuando se termina su vida todavía está pensando "si yo pudiera caminar"..., es una persona que ha fracasado completamente. Sin embargo, si la persona acepta su disminución con optimismo y con ganas de superarse es muchísimo más fácil que llegue a tirar adelante y, lo más importante, que sea feliz.

Yo, después de 25 años de ser minusválida, he llegado a la conclusión de que la vida no es fácil para nadie, que hay mucha gente sana que es muy desgraciada, que esta vida que de por sí es difícil lo es "mucho" más para una persona que tiene un problema como el nuestro. Pero para mí, la vida, a partir del momento que estamos en ella, es importante vivirla y disfrutarla al máximo dentro de lo que se pueda. Tengo que decir que dentro de la situación en que estoy

y con mi problema a cuestas he sido muy feliz hasta este momento, y pueden surgir muchos problemas que me hagan cambiar esta situación, pero no será por culpa de mi "invalidez".

Me sabría muy mal que con este escrito se llegase a la conclusión de que soy una orgullosa que voy por el mundo muy segura de mí misma y pensando que llevo la razón conmigo a cuestas. Tengo mis problemas, mis frustraciones... como TODO el mundo, pero de verdad mi vida está llena de felicidad y en ella han contribuido muchos factores. Pero el ser feliz nadie me lo ha regalado.

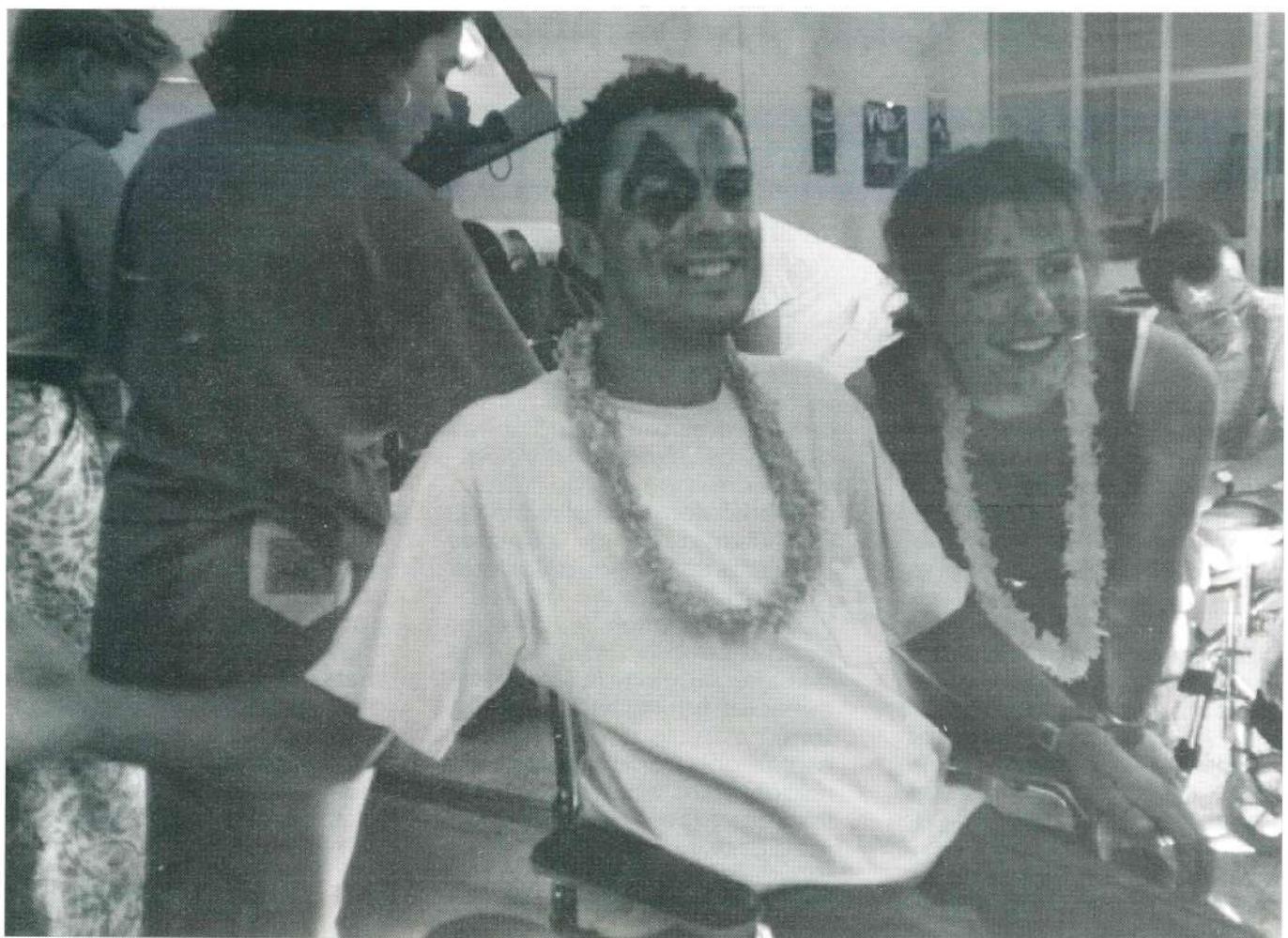
El minusválido tiene que ser una persona muy fuerte, para luchar en esta vida y tener una buena integración social.

Es muy importante la calidad de vida de las personas. Yo no creo que solamente porque una persona pueda esquiar, correr, jugar a basket..., tenga que ser necesariamente más feliz que una persona que no pueda hacerlo. Esto es una cuestión de valores y de mirar de sacar el máximo provecho de cada situación en que te encuentres. Todo el mundo se

tiene que poner un listón y saber que hay cosas que, si luchas, las podrás obtener y que hay otras cosas que, por mucho que luches, nunca las obtendrás. Es decir, si una persona no tiene voz y su máxima ilusión es ser cantante de ópera siempre será un frustrado, y esto es lo que yo creo que el minusválido tiene que asumir. Dado su problema hay una serie de trabajos y de cosas que no las podrá hacer, pero hay otros que los puede hacer perfectamente y que tienes que luchar muchísimo para conseguirlo.

Es verdad que estamos en un país donde nos falta muchísima ayuda en todos los sentidos: económica, barreras arquitectónicas, escuelas, trabajo... Pero esto no nos tiene que sacar las ganas de tirar adelante; poco a poco la gente se va humanizando y este trabajo lo tenemos que enseñar nosotros. Cuanto más nos preparamos y más nos dejemos ver, más nos conocerán y sabrán lo capaces que somos; incluso también conocerán mejor todos los problemas que tenemos.

Yo hago un llamamiento a los minusválidos diciéndoles: ¡Sí! es cierto que es una vergüenza que haya



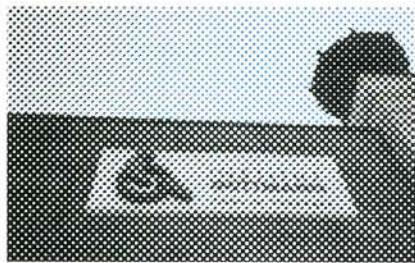
"tantas" barreras arquitectónicas, pero que éstas no sean "una barrera para nuestra vida". Sé que las hay en todos lados, en la calle, en el cine, bares, museos, oficinas..., pero éste no es nuestro problema, es el de "ellos", y yo estoy segura (lo digo por experiencia) que si los minusválidos, a pesar de los problemas, salen y los afrontan, al principio mal, luego mejor, al final te los resuelven bien. Siempre habrá el urbano antipático, la persona indiferente..., pero siempre ha-

brá también muchísimas personas que nos ayudarán. Es un disparate que un minusválido no salga con el coche por "si no puedo aparcar..." o no vaya al cine por "hay unas escaleras..." o no vaya a la universidad porque hay barreras... Todas estas cosas que lamentablemente "todavía" no están resueltas tienen arreglo.

Vuelvo a repetir: para todos la vida es dura, y lo es mucho más para un minusválido, pero... ¡optimismo! Cada

día hay más soluciones y la gente (en la cual yo creo mucho) es más humana. Desde aquí hago una llamada a la administración, al Estado, a la gente de la calle... que no se olviden de que existimos, y hago también una llamada a todos los minusválidos: "Para conseguir la felicidad se debe luchar mucho y aún siendo muy difícil es maravilloso conseguirlo".

M. Eulàlia TRIAS i VIDAL



DOSIER

PROGRAMA DE PREVENCIÓN

ES MEJOR REFLEXIONAR ANTES QUE DESPUÉS

De la palabra a los hechos: el intento de promover una campaña educacional dirigida en particular a los jóvenes es ahora una realidad. El comportamiento imprudente de muchos jóvenes es la causa principal de muchos accidentes de tráfico y deportivos que a menudo desembocan directa o indirectamente en una minusvalía permanente en forma de paraplejia o tetraplejia.

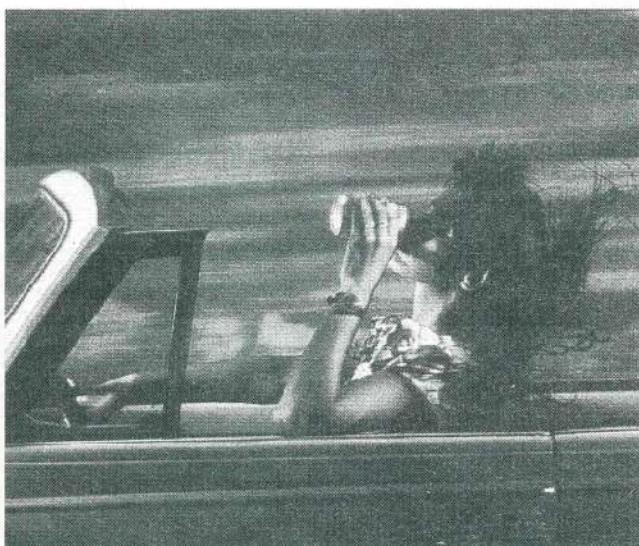
Distracción, imprudencia, competición exasperada y exhibicionismo son algunos de los factores predominantes de tales accidentes. Siendo éstos evitables, nuestra Asociación ha iniciado una campaña de sensibilización dirigida sobre todo al público joven, el cual más a menudo está expuesto a este tipo de eventos

traumáticos. Nos hemos dirigido a una agencia publicitaria, la Uni-Advertising, que ha captado inmediatamente el espíritu de nuestra demanda.

La campaña publicitaria se articula en tres momentos representativos de situaciones peligrosas: exceso de velocidad en motocicleta, distracción en automóvil, exhibiciones deportivas en el mar. Los textos "Es mejor reflexionar antes que después-Asociación de Parapléjicos. Hacemos de todo para no tener asociados", unidos a la visualización de las consecuencias traumáticas, quieren ser un estímulo a los jóvenes a asumir comportamientos más responsables para evitar estos trágicos sucesos que podrían modificar sustancialmente su vida o provocar traumas a terceras personas. Estaba previsto

el lanzamiento de esta campaña publicitaria a nivel de periódicos y revistas, en anuncios en las calles y en los medios de transportes públicos.

A este propósito desde el final del mes de julio de 1989 se ha contactado con algunos grupos editoriales. Además tenemos la intención de crear puestos de información en las escuelas, en los hospitales y durante celebraciones. Para conseguir también una divulgación a través de los medios televisivos se han grabado tres **spots** publicitarios de 20 segundos cada uno, que reproducen cada una de las situaciones peligrosas ya representadas en las secuencias fotográficas de esta campaña en la prensa.



Prevenir es mejor que curar

"Es mejor reflexionar antes que después". Con este **slogan** nuestra Asociación ha dado inicio a una campaña publicitaria encaminada a la prevención de la paraplejia y la tetraplejia subsiguientes a accidentes de tráfico.

La iniciativa, patrocinada desde la región de Lombardía, ha sido recogida por los medios de comunicación, que, con gran sentido de responsabilidad, nos han reservado amplios espacios, proporcionados ante nuestro empeño y sobre todo por la gravedad del problema.

Es notorio de hecho que en Italia más de 1.500 personas contraen una paraplejia o tetraplejia cada año y de esta cifra la mitad es debida a accidentes de tráfico. Si tenemos en cuenta, además, que la edad media gira alrededor de los 20 años, se comprende lo necesario que llega a ser el trabajo para capitalizar la in-

formación especialmente dirigida a los jóvenes, siempre más motorizados y siempre más animados con su espíritu luchador y competitivo.

El desarrollo de una campaña publicitaria convincente es un trabajo arduo, y lo es más cuando se propone el poner en guardia contra los graves peligros que pueden cambiar nuestra vida.

Habitualmente la publicidad nos muestra situaciones idílicas y felices, las cuales nos placería creer aunque las consideremos razonablemente falsas. Quien va contracorriente, quien reclama la reflexión y la prudencia puede fácilmente ser considerado como "aguafiestas".

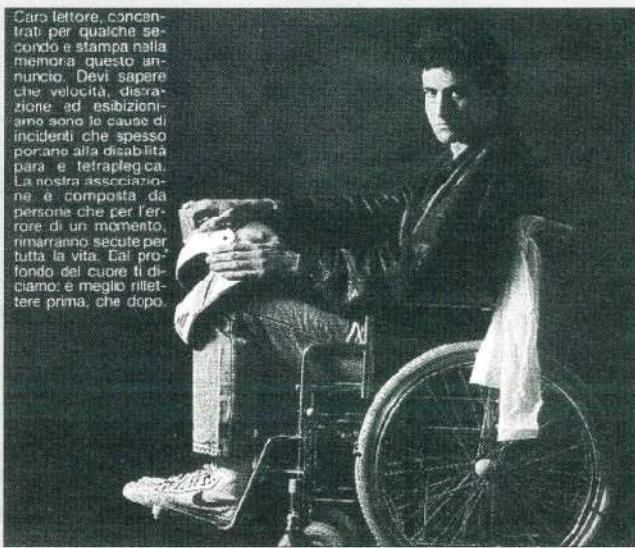
Sin embargo nosotros nos sentimos en el deber de lanzar mensajes en este sentido, y para ser más eficaces hemos puesto a disposición nuestra propia imagen.

Ciertamente, un mensa-

je de este tipo no puede ser completo ni acabar con las múltiples causas que pueden llevar a una paraplejia. Por este motivo a veces pueden abrirse espacios a interpretaciones negativas, especialmente entre aquellos que se han convertido en parapléjicos o tetrapléjicos por causa de otros.

Por estos motivos, junto a tantas muestras de apoyo (las cuales agradecemos) hemos recibido dos señales de desaprobación, una de las cuales apareció publicada en "Il Giorno" del 15 de septiembre que critica la campaña "a favor de los minusválidos", sin darse cuenta que quizás por primera vez son los minusválidos físicos los que promueven una campaña a favor de los sanos.

Siempre hemos tenido que pedir, casi luchar, por una asistencia rápida, por Unidades Espinales especializadas, por la eliminación de barreras arquitectónicas, por un puesto



de trabajo, por el permiso de conducir, por los auxilios técnicos actualizados y válidos, por los derechos económico-sociales, y aún no hemos conseguido todas las metas que nos hemos prefijado.

En esta ocasión nos hemos empeñado no en el intento de pedir, sino en el de dar; esto demuestra una vez más que el parapléjico es una persona aunque se encuentre en la silla de ruedas, y está dotado de tantos recursos que le permiten llevar una vida acti-

va, útil y gratificante.

Esta nuestra disposición a dar en vez de pedir, es ciertamente anómala, es un "ir contracorriente" y no puede estar en sintonía con todos los parapléjicos. Pero aquellos que han conquistado el justo equilibrio, aquellos que están en paz consigo mismos, saben que son parte activa de la sociedad y son capaces también de poder dar.

La intención de esta campaña era la de favorecer

una tan urgente como necesaria obra de prevención.

Nadie sabrá nunca si esto traerá resultados tangibles y concretos; esperamos que sí, y en cualquier caso siempre estaremos convencidos de que ha valido la pena.

Luigi CARRARA
Presidente de "Associazione Paraplegici" ,Milan

*Editorial y artículo publicado en "RUOTA LIBERA" nº 3/89
Traducido por Dr. Joan VIDAL*

LA PREVENCIÓN DE LOS ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN EN FRANCIA

Las normas de seguridad en carretera que pueden servir de base para campañas de prevención son estudiadas por un instituto oficial, el I.N.R.E.T.S. (Institut National de Recherche sur les Transports et leur Sécurité). Este Instituto, situado en la avenida Salvador Allende nº 109, en Bron, dispone de varios laboratorios, uno de ellos especializado en la biomecánica de los choques. Cualesquiera que sean las formas escogidas para traspasar normas de prevención al público, el I.N.R.E.T.S. constituye el organismo de referencia en Francia y sus dictámenes son irrefutables.

En Francia existe además un organismo oficial de prevención denominado "Prevention Routiere". Este organismo es reconocido por el Estado y

ampliamente subvencionado por los constructores de automóviles y las compañías aseguradoras. El funcionamiento de la "Prevention Routiere" se basa sobre todo en campañas nacionales desarrolladas mediante la televisión, los periódicos y vallas publicitarias en carreteras. También lleva a cabo otras acciones de tipo educativo, especialmente para niños a partir de los 6 ó 7 años, enseñándoles el comportamiento vial y las reglas del código de circulación.

Algunas colectividades locales como los departamentos, también han realizado campañas de prevención más locales, con el lema " - 10%" (un diez por ciento menos de accidentes). Se trata de "tocar" de manera muy directa a los conductores, responsabili-

zándoles; no obstante los métodos de comunicación empleados, parecen aún muy alejados del "blanco" para ser eficaces.

Ha sido la experiencia de un equipo en la rehabilitación de traumáticos cráneo-encefálicos y de lesionados medulares, la que ha conducido a elegir una prevención más eficaz intentando actuar allí donde se localiza el mayor riesgo, es decir, cerca de los adolescentes y jóvenes que utilizan motos y automóviles. Localizado el riesgo correspondía a los promotores averiguar como acceder a esta población de adolescentes. Los Centros de Enseñanza parecieron el mejor lugar para hacerlo.

La primera acción se ha desarrollado a escala de una

ciudad (HYERES), gracias a la acción de un equipo de rehabilitación que se ocupa de adolescentes afectados de lesión medular y de traumatismo cráneo-encefálico, el Servicio de Reeducación Funcional Dr. Berard - Dr. Boucand, Hospital Renée Sabran, en GIENS.

El protocolo escogido es simple: reunir a una o dos clases de alumnos de 14 a 18 años, es decir de 30 a 70 adolescentes, y facilitarles información durante dos horas con la ayuda de un audiovisual específico. Generalmente uno de los médicos responsables de una unidad de atención a lesionados medulares o T.C.E. hace una exposición de 15 minutos sobre la anatomía y fisiología del sistema nervioso para mostrar su fragilidad y los límites de la medicina traumatológica y rehabilitadora.

En un film de video se ha incorporado el testimonio de jóvenes accidentados sobre los problemas y secuelas que presentan después del accidente. También se muestran imágenes de rehabilitación insistiendo más sobre la pérdida que sobre la recuperación. Un coloquio de alrededor de una hora de duración sigue a la proyección del video, a fin de que los jóvenes puedan reflexionar y reaccionar sobre la información recibida y las imágenes que han contemplado.

Es muy importante encuadrar el visionado del material audiovisual en un coloquio.

Hemos constatado que la mayoría de adolescentes quedan inicialmente muy impresionados por las imágenes, costándoles poder expresar un juicio razonado. El objetivo no es el de traumatizar a los jóvenes, sino permitirles identificarse con los jóvenes que han visto en el film, tomando, no obstante, una cierta distancia en relación a ellos.

La sesión finaliza cumpliendo un cuestionario entregado a los adolescentes. Este cuestionario aporta indicios sobre la recepción inicial del mensaje. De esta manera se ha podido constatar que la información ha sido recibida positivamente en un 85% de los casos. Este cuestionario también sirve de referencia para el seguimiento de los efectos de la campaña. Un estudio ulterior de comportamiento habría de validar si los adolescentes sensibilizados por la campaña de prevención muestran, seis meses después, un comportamiento diferente al de un grupo de población escogido como testigo que no ha pasado por la campaña. Un estudio de estas características ha sido iniciado, pero a pequeña escala, por lo que aún no es posible sacar conclusiones definitivas.

La estrategia de la campaña de sensibilización expuesta ha sido continuada a nivel de ciudades importantes como Marsella, Toulon, St. Etienne, Lorient... y otras comunidades toman el relevo.

Oueda por realizar un estudio más profundo de la conducta de los adolescentes frente al problema de la seguridad vial, investigando si esta población es o no accesible a una "vacunación" cuyos efectos perduren más allá de la simple emoción inmediata.

El CNFLRH (Comité National Français de Liaison pour la Readaptation des Handicapés) ha creado una comisión especializada en la prevención de discapacidades a nivel primario, secundario y terciario.

En el marco de la prevención primaria de la discapacidad, es decir la prevención, por ejemplo, de los accidentes de circulación, un grupo de trabajo prevé realizar en breve plazo un estudio del comportamiento de los jóvenes que han seguido una campaña de sensibilización. El resultado de este estudio deberá permitir ajustar las estrategias de aquí a mediados de 1991.

¿Por qué no pasar a un proyecto Europeo de prevención?....

Dr. Eric BÉRARD
Director del Programa de
Reeducación y
Readaptación Neurológica
CENTRE MEDICAL DE
L'ARGENTIERE AVEIZE.
FRANCIA

PREVENIR LAS MINUSVALÍAS: DE TI DEPENDE

Esta campaña de prevención de lesiones medulares, subvencionada íntegramente a cargo de 0,52% del I.R.T.P. de 1989, y llevada cabo por la Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos de España (COCEMFE), en colaboración con el Ministerio de Asuntos Sociales y asesoramiento de miembros de ASPAYM, se ha desarrollado durante el mes de mayo del presente año, a través de prensa, radio, televisión y vallas publicitarias.

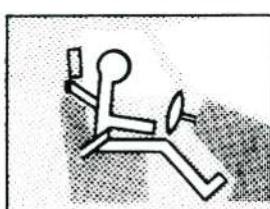
"USA CINTURÓN Y REPOSACABEZAS CONDUCIENDO TU AUTOMÓVIL. USA CASCO EN TU MOTO"

**"CUMPLE RIGUROSA-
MENTE LAS MEDIDAS DE SEGU-
RIDAD LABORAL"**

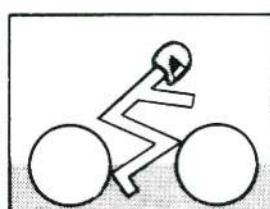
**"NO PRACTIQUES DE-
PORTES TEMERARIOS NI ACTUA-
CIONES IMPRUDENTES"**

**"SI QUIERES AYUDAR A
LOS HERIDOS NO LOS MUEVAS,
AVISA A UNA AMBULANCIA"**

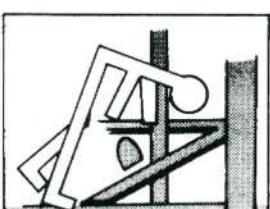
Cuatro mensajes directos con el apoyo de imágenes, impartidos en cuatro lenguas, castellano, catalán, euskera y gallego, y con la doble finalidad de transmitir una imagen de "normalidad" de las personas que utilizan silla de ruedas y de sensibilizar sobre las principales causas que producen la lesión medular para así reducir el número de casos de lesión medular traumática.



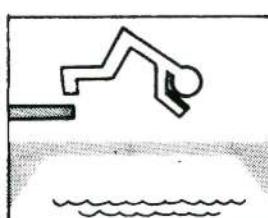
Usa cinturón y
reposacabezas
conduciendo tu automóvil



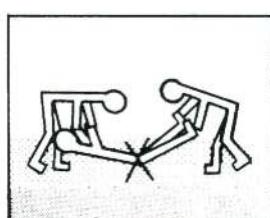
Usa casco en tu moto



Cumple rigurosamente las
medidas de
seguridad laboral



No practiques deportes
temerarios ni actuaciones
imprudentes



Si quieres ayudar a los
heridos no los muevas,
avisa a una ambulancia

CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DE LESIONES MEDULARES EN GALICIA

La Unidad de Lesionados Medulares de La Coruña, ubicada en la Ciudad Sanitaria "Juan Canalejo", ha iniciado una campaña de prevención de las lesiones medulares en Galicia.

Esta primera toma de contacto con la población gallega por parte de la Unidad de Lesionados Medulares va dirigida principalmente a prevenir accidentes que se puedan producir al practicar deportes náuticos, concretamente aquellos que se derivan de zambullidas en piscinas, playas, ríos, etc.

Según nos comentaba el Dr. Javier Juan, médico de la Unidad de Lesionados Medulares de La Coruña, "está previsto hacer una campaña de información sobre lesionados medulares coincidiendo con el inicio del curso escolar, para asesorar a los niños sobre estos temas".

"Pero -comenta el Dr. Juan-, debido al aumento de lesionados medulares a causa de zambullidas en el agua durante este verano (9 casos en dos meses) hemos decidido adelantarla, metiéndonos de lleno en la prevención de lesiones medulares provocadas por zambullidas imprudentes en el agua".

Esta campaña será difundida por todos los medios de comunicación de la comunidad gallega, por lo que se espera que surta efectos preventivos en la población.

En opinión del Dr. Sebastián Salvador de la Barrera, "esta campaña quizá resulte un poco dura, pero creemos que hay que ser realistas. Está comprobado que este tipo de campañas tienen que ser directas y claras para ser efectivas. Una imagen vale más que mil palabras".

El coordinador de la Unidad de Lesionados Medulares de La Coruña, el Dr. Rodríguez Sotillo, nos puntualizaba que "debido al censo de población gallego, se considera elevado el número de lesionados medulares debidos a zambullidas imprudentes".

Esta iniciativa de la U.L.M. cuenta con el

apoyo total de la Dirección del Complejo Sanitario "Juan Canalejo". Especial interés en este tema ha tomado el Dr. Caramés Bouzón, Director Médico del Hospital.

Como ya hemos dicho, la Unidad de Lesionados Medulares piensa realizar campañas de prevención de lesión medular a nivel escolar.

También se están manteniendo contactos con la Xunta de Galicia de forma que estas campañas de información-prevención se puedan transmitir a los Ayuntamientos de Galicia, así como a todos los organismos y entidades gallegas.

José Manuel PAN LÓPEZ La Coruña



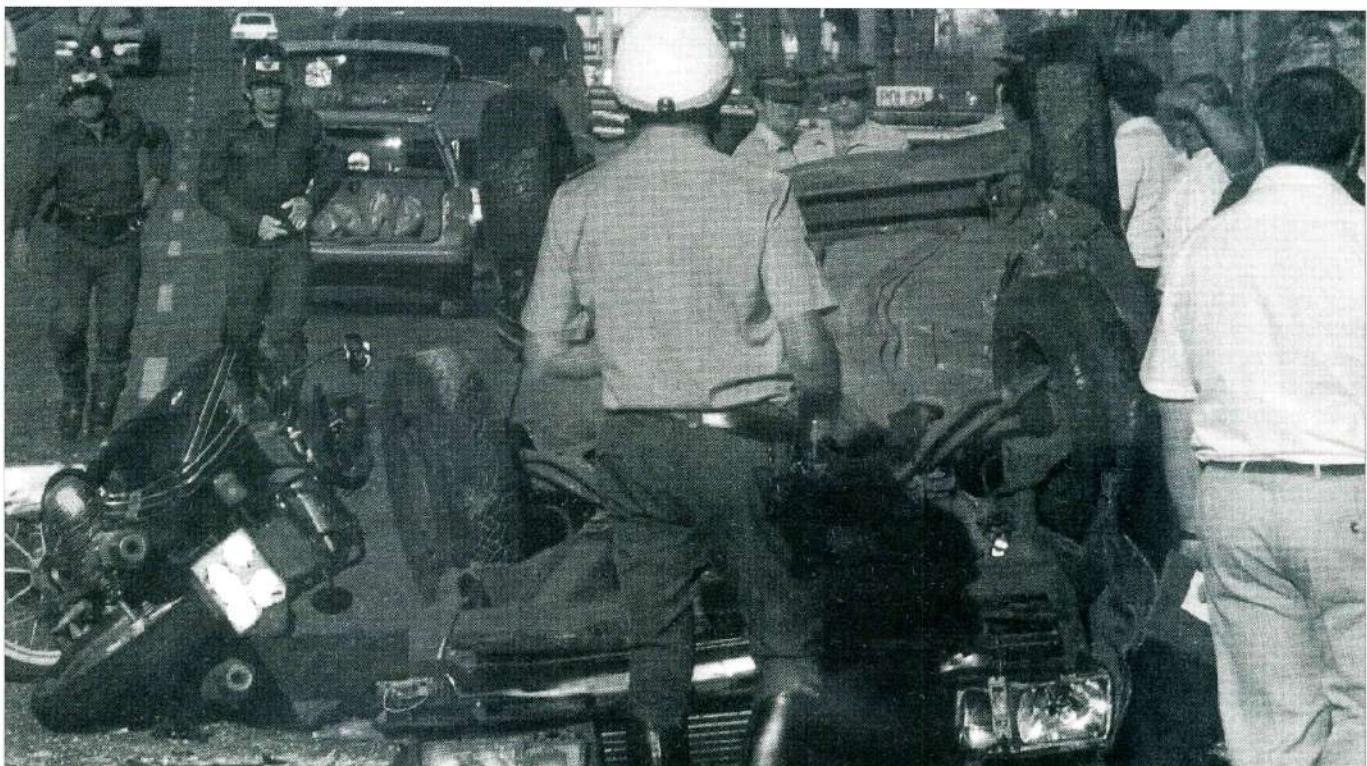
...Podes ir de cabeza á silla.



Báñate e disfruta. Pero cuidado.
Cando te tires á auga, coida a túa
cabeza: asegúras todo o teu corpo. Cada
vez hai máis paralíticos por accidentes en praias e piscinas.
Un golpe na cabeza pode provocar unha lesión na espiña
dorsal que leva a unha parálise irreversible.
Con tan só un pouco de prudencia, podes evitalo.
Divirtete na auga pero sen arrisca-la cabeza.



LA SEGURIDAD VIAL, COSA DE TODOS



El hecho de que la sociedad española, y la catalana en concreto, esté muy preocupada por la escalada de accidentes de circulación de los últimos años, ha promovido que en poco tiempo las instituciones implicadas directa o indirectamente en esta materia se hayan movilizado para adoptar medidas. A nadie escapa que a las acostumbradas medidas que adopta la Dirección General de Tráfico, en 1989 se ha añadido en Cataluña que el Consell Executiu de la Generalitat ha decidido crear una Gerencia de Seguridad Vial como órgano gestor y una Comisión Catalana de Seguridad Vial en calidad de órgano técnico de debate y participación, como posición de la máxima institución de Cataluña,

que no podía quedar ajena a un problema social tan grave como es el de la pérdida de vidas humanas que de forma tan inútil se va produciendo en alarmante progresión.

Esta importante confluencia de voluntades institucionales se produce igualmente en un marco de alta sensibilización sobre el problema a nivel europeo, y el gobierno de la Comunidad Económica Europea ya va estableciendo directrices y pautas que inciden en los diferentes aspectos de la mejora de la seguridad de los conductores, los vianandantes, las vías y los vehículos. Pero al otro extremo de la cadena de órganos implicados, se observa también una inquietud remarcable en administraciones

municipales y comarcas que manifiestan públicamente la necesidad de afrontar el problema y ejecutar actuaciones puntuales para incidir en determinados aspectos de la seguridad de la circulación en calles y carreteras. Tampoco se nos oculta que en Cataluña existe una vibración contenida en entidades, empresas, órganos colegiados, gremios y federaciones profesionales de las diversas ramas del automóvil que promueven también, por su parte, entre sus asociados, actuaciones preventivas tendentes a la mejora de la seguridad en las vías públicas.

Se detecta, pues, que existe el ambiente propicio para presentar entre todos una dura batalla a los accidentes de tráfico.

Hoy, entidades públicas y privadas de Cataluña se unen para hacer programas de actuación conjunta. Las Fundaciones como la del Institut Guttmann son un ejemplo remarquable de ello.

La prevención y la información para evitar las ulteriores curaciones son la clave de una inflexión en las estadísticas de accidentes y víctimas de tráfico. Las campañas del casco y del alcohol (con beneficios contrastados), las campañas de la Bandera Blanca, el cinturón de seguridad y los fines de semana (que se harán seguidamente), y las del ejemplo de los padres, el neumático y el viandante (en 1991), son prevención en marcha que promueve la Generalitat. Los programas de la Fundació del Institut Guttmann, con la introducción de los conceptos de riesgo de accidente medular

en las escuelas de Cataluña, son prevención importante. Gerència y Fundació ya trabajan juntas y tienen el objetivo de seguir trabajando de manera continuada.

Con una actuación firme y coordinada, los resultados serán necesariamente positivos y es más que probable que se pare la pendiente de crecimiento de las cifras de siniestralidad hasta llegar a un equilibrio de incremento cero y conseguir a medio plazo la deseada disminución de las estadísticas. Sin menospreciar que siempre se espera que pueda producirse el milagro del denominado "efecto de resonancia", con un sorpresivo crac de las cifras de accidentes y víctimas, como sucedió en Japón por los años 70, donde redujeron las estadísticas a la mitad en cinco años al conseguir una línea de trabajo colectiva de efectos

espectaculares de asimilación por parte de la sociedad, y siempre que no se presente un accidente como el de los Alfaques que rompe todas las previsiones.

No hay duda de que todas estas esperanzas y los esfuerzos que se hagan para conseguirlas pasan por llevar los mensajes, con las dosis necesarias de oportunidad, sensibilidad y convencimiento, al conductor individual, que a fin de cuentas es el que responde libremente en cada momento con su propia actuación, y es la suma de libertades individuales autocontroladas la que finalmente produce los beneficios que todos deseamos.

Josep Lluís PEDRAGOSA
RADUA
Gerente de Seguridad Vial
Generalitat de Catalunya

DOS PRECAUCIONES MEJOR QUE UNA

Programa de prevención para evitar o reducir las lesiones medulares traumáticas y los traumatismos cráneo-encefálicos.

Presentación

El incremento de la incidencia de lesiones medulares traumáticas y de traumatismos cráneo-encefálicos, especialmente entre la población joven, debido principalmente a los accidentes de tráfico y a la práctica de actividades deportivas y de ocio, hacen recomendable que la Fundació Institut Guttmann desarrolle un programa de prevención para promover la difusión de esta problemática y estimular actitudes de precaución entre la población de mayor riesgo.

Entendemos que esta prevención, además de la primaria -evitar o reducir las causas que ori-

ginan las lesiones medulares (LM) y los traumatismos cráneo-encefálicos (TCE)-, también ha de contemplar la prevención secundaria y la terciaria, es decir, poner de relieve la importancia del buen traslado de heridos, de la necesidad de un adecuado tratamiento médico-rehabilitador y de la reinserción social de las personas con secuelas discapacitantes.

Dada la amplitud y complejidad del tema, es conveniente que haya una coordinación y acuerdo de colaboración con la Administración pública, para garantizar la viabilidad y rentabilidad social del programa.

Objetivo

Difundir conceptos, información y sugerencias

cias en torno a la prevención de LM de origen traumático y de TCE.

Sensibilizar a diversos colectivos sociales, y particularmente a los jóvenes, de la necesidad de prevenir y evitar los accidentes y sus consecuencias, y del papel y responsabilidad individual para conseguirlo.

Contenido

El programa "DOS PRECAUCIONES MEJOR QUE UNA" está constituido por las siguientes iniciativas:

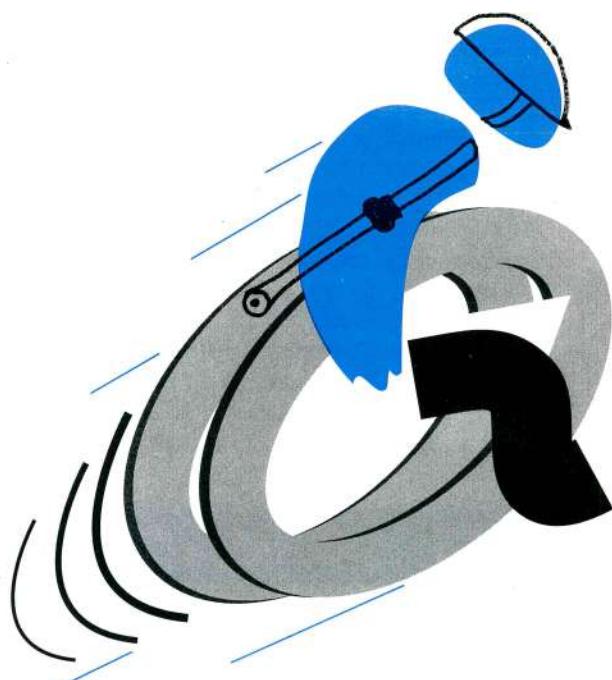
I. "JÓVENES A BUEN RITMO"

Programa de sensibilización y educación sanitaria para estudiantes de 8º de EGB, de BUP y de Formación Profesional de primer grado. Difusión de la prevención de TCE y LM traumáticas, y promoción de actitudes de precaución en la práctica deportiva, en el ocio y en la utilización de vehículos a motor.

II. PREVENCIÓN "SOBRE RUEDAS"

Se dedicará parte del contenido de la revista de divulgación "SOBRE RUEDAS", nº 20 -Octubre 1990-, a la prevención primaria, secundaria y terciaria de los accidentes y de sus consecuencias en el sistema nervioso central.

Se hará una edición extra de 15.000 ejemplares, y además de los suscriptores habituales, se distribuirá durante la celebración en Lérida de "MINUSVAL 90", Salón Monográfico Nacional sobre las Discapacidades (del 25 al 28 de octubre).



III. TRÍPTICO "PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y SUS CONSECUENCIAS"

Edición de un tríptico sobre prevención de accidentes de circulación y consejos básicos en caso de que ocurra el accidente. El tema, tratado de manera sintética y directa, se transmitirá en forma de pareado.

IV. PROTOCOLO "TRASLADO DE HERIDOS"

Programa de formación específica para el personal y equipos que se encargan del traslado de heridos, con instrucciones y técnicas expresas de recogida y traslado de heridos, para evitar el agravamiento en el caso de lesiones en la médula espinal o en el cerebro.

V. 25º ANIVERSARIO ITINERANTE

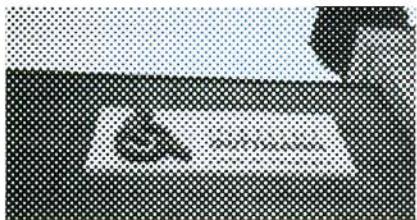
Coincidiendo con la celebración del 25º aniversario de la creación del Institut Guttmann, se realizarán actos divulgativos

sobre la prevención de accidentes y de LM traumáticas en las ciudades catalanas más importantes (noviembre).

VI. SALÓN DE LA INFANCIA

Presencia en el Salón de la Infancia de 1990 con un **stand** donde se llevará a cabo una campaña de sensibilización entre los visitantes (adultos, jóvenes y niños) sobre la prevención de accidentes.

FUNDACIÓ INSTITUT GUTTMANN



DESDE LAS RAMBLAS

UN FAN DE GAUDÍ DESDE SU SILLA

En la única esquina del Paseo de Gracia en que hay una rampa, aunque eso sí, soltera (rampa accesible pero sin su pareja en el otro lado de la calle), está la Casa Milà, popularmente conocida como la Pedrera. Es la esquina Provenza-Paseo de Gracia.

Es un esquina totalmente diferente a las restantes del Ensanche barcelonés. Rompe totalmente con la concepción del ingeniero Ildefonso Cerdà. Casas cuya planta es básicamente un polígono (cuadrado, octógono...). La Pedrera está inspirada básicamente en la naturaleza, utilizando líneas curvas así como forjas de elementos florales en sus barandas.

Otra diferencia es la concepción de Gaudí de los patios interiores, dos entradas, la majestuosa fachada, el sinuoso desván, la terraza con innumerables chimeneas y ventiladores recubiertos de cerámica, y algo "alucinante": una rampa en forma de espiral para acceder al aparcamiento de carruajes en el sótano. Y aún hay más. No hay escalera de vecinos. El ascensor pasa a ser el medio para llegar a los pisos o en su defecto la escalera de servicio.

Una auténtica lección de cómo se puede superar un desnivel sin utilizar las frías, angulosas y contundentes escaleras o bordillos.

Todos los motivos ornamentales en puertas, rejas, barandillas, techos, paredes y el ascen-



sor fueron dirigidos personalmente por Gaudí. Este último es todo un ascensor. De dimensiones más que suficientes para albergar una silla de ruedas, a su usuario y a un acompañante si se tercia.

Cuando llegas, vete a saber cómo (bordillos vertiginosos,

tráfico aplastante, autobuses accesibles sólo los fines de semana), al número 92 del Paseo de Gracia, ves ante ti una gran puerta cerrada de hierro forjado y abiertas las puertecitas de los lados con sendos bordillos ante ellas. Gentilmente un guarda de seguridad abre el gran portón y me acompaña hasta el ascen-

sor. El me presta sus alas para sobrevolar el precipicio (bordillo) que me separa del ascensor.

Una vez dentro de éste, me envuelve una atmósfera rancia provocada tal vez por las paredes de madera con grabados. Hay también dos bancos para sentarse y tomarse con calma la ascensión.

La exposición "El Quadrat d'Or" nos muestra la historia del Ensanche. Éste se extiende desde la Calle Aribau hasta el Paseo San Juan y desde las Rondas hasta la Diagonal, siendo el Paseo de Gracia su eje principal.

Podremos ver planos inéditos, fotografías de la época y audiovisuales que nos muestran la evolución de "El Quadrat d'Or" (1860-1920) hasta consolidarse como el barrio residencial de la burguesía durante la última década del siglo XIX y la primera del XX, convirtiéndose al mismo tiempo en el corazón de la ciudad modernista.

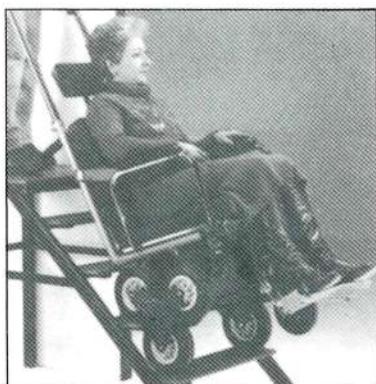
Uno de estos audiovisuales está constituido por diapositivas de fotografías estereoscópicas. Unas lentes sujetas a un soporte permiten disfrutar de la visión en tres dimensiones de esas imágenes.

Estaba buscando el sopor-

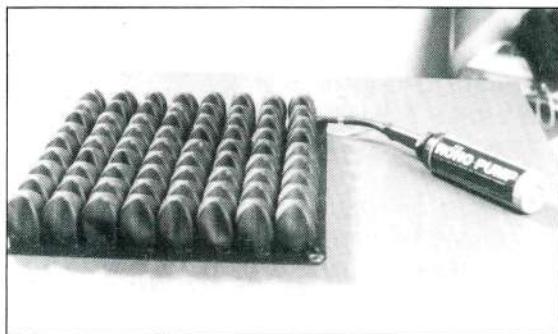
te más bajito, para poder mirar a través de las lentes, cuando una de las cuidadoras de la exposición sacó una de las lentes del soporte y me la entregó. Pude así gozar de la visión estereoscópica de esas imágenes gracias a la "adaptación temporal" de las lentes.

Las fotografías y planos están sobre unos pupitres inclinados. La altura de éstos es correcta, pero sólo pude ver el 66'66% de la exposición por la disposición de los tubos de neón. El reflejo de la luz se "paseaba" juguetonamente por las fotografías. Yo ya subía, bajaba, inclinaba lateralmente la cabeza, pero el reflejo continuaba "jugando"

Sillas de ruedas nacionales y de importación



- Aparatos de rehabilitación
- Material de incontinencia
- Móbilario clínico
- Colchones y cojines antiescaras, etc.

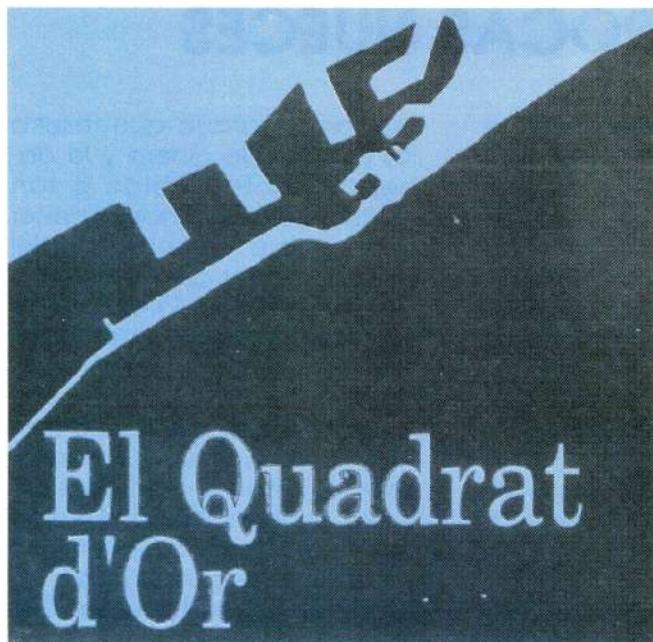


Asesoramiento sobre Ayudas Técnicas en la distribución para cuartos de baño



SERVICIO ORTOPÉDICO DEL PARAPLÉJICO

Avenida Meridiana, 296 - Teléfonos 349 68 42 - 340 92 62 - 08027 BARCELONA



sobre el pupitre.

La exposición "El Quadrat d'Or" culminaría con la visita a la mayoría de los edificios de la era modernista que están en el corazón del Ensanche. He dicho "culminaría" porque esa visita se hace en autobús, y éste no es accesible ningún día de la semana.

Las 150 casas que constituyen el foco de esta exposición tienen una señal para llamarnos la atención sobre su existencia, de la cual, al estar acostumbrados, no nos damos cuenta. Como ocurre con los bordillos (algunos tan altos que ni se merecen la terminación -illo, que los hace más pequeños. Yo los llamaría BORDES) que hasta que no te cueste levantar la pata o ni la levantes, no te percatas de su auténtica altura.

Rubén AINAUD i BRUTAU



A black and white line drawing of a young child from the side, wearing a full-body reciprocal gait orthosis. The orthosis is a complex mechanical device with multiple straps and joints, designed to assist the child's walking. The child is also using a cane for balance.

RECIPROCADOR®

- Ortesis de ayuda a la marcha.
- Estabiliza las caderas en bidepesteación.
- Disminuye el gasto de energía.

SU MÉDICO LE ACONSEJARÁ

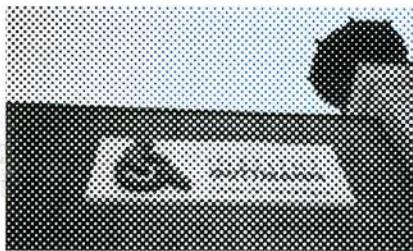
LESIONES EN LA MÉDULA ESPINAL

ESPINA BÍFIDA CON MIELOMENINGOCELE

DISTROFIA MUSCULAR

PRIM, S.A.

Polígono Ind. nº 1, calle C, nº 20 Tel. 613 40 71 Telex 48860 PRIM E Fax. 617 30 11 - 28938 MOSTOLES (Madrid)



DESDE MADRID

MUCHO RUIDO Y POCAS NUECES

En Madrid capital del Reino, es donde se cuece la olla de los dineros, y a este respecto quiero dar un repaso a lo que ha sido este año el llamado "0'52%".

En la propuesta efectuada por la Comisión de Evaluación de Subvenciones, con cargo a la asignación tributaria del 0'52% del I.R.P.F. de 1990 del Ministerio de Asuntos Sociales, con fecha del 12 de julio del 1990 ha habido (la friolera de) 212 entidades solicitantes, aunque de ellas sólo una pequeña parte ha sido de minusválidos. El total de programas presentados por estas 212 entidades fue de 794.

Como he empezado hablando de dinero y por cifrarlo en cantidades concretas, el importe total solicitado ascendió a 47.299.836.507. Parece que el refrán popular de "Contra el vicio de pedir está la virtud de no dar" se ha tenido en cuenta. Y así resultó que los créditos habilitados han sido de 7.038.240.000, lo cual representa un 14'8% de lo solicitado y éstos se han repartido de la siguiente manera: para actividades 4.926.765.000 y para inversiones 2.111.575.000.

La asociación ASPAYM de Lesionados Medulares presentó tres proyectos. Estos fueron:

1º Informatización de las distintas sedes autonómicas de ASPAYM.

2º Proyecto de tutoría a

nivel estatal, tomando como referencia el homólogo puesto en marcha, con éxito, en Cataluña.

3º Proyecto de financiación del carnet de conducir a todos los parapléjicos que lo soliciten.

Los tres fueron denegados. A cambio el INSERSO ha habilitado una partida de 25 millones de pesetas para llevar a cabo un programa de Ayuda a domicilio, no con cargo al 0'52 del I.R.P.F., sino a los propios presupuestos del INSERSO, pero con dos inconvenientes.

El primero de ellos, que ha de circunscribirse al ámbito exclusivo del INSERSO, dejando fuera a las comunidades cuyas competencias están transferidas, lo cual representa un agravio comparativo.

El segundo, que a primeros de octubre todavía no se había recibido dicho dinero y al 31 de diciembre se debe facilitar el informe de resultados. Un poco descabellado ¿no?

En cuanto a Asociaciones o Federaciones de minusválidos, de ámbito estatal, sólo Federación ECOM recibió 50 millones, Auxilia y a título ilustrativo, 10 de los 300 millones que solicitó y COCEMFE 240, y no hubo dinero para ninguna más, o sea, los minusválidos siguen en su "discreto" segundo plano.

ma, por lo arduo que resulta los asuntos de dinero y lo decepcionante debido a tan malos resultados, quiero hacer referencia a las reuniones del Plan Nacional de Atención a Lesionados Medulares, asunto que dejé abierto la vez anterior.

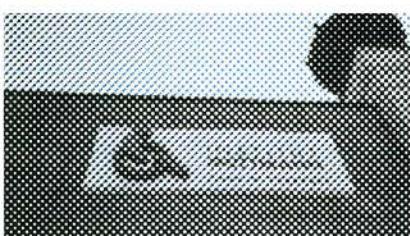
Por fin, se celebró la reunión con el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en junio último. Tuvo lugar en el Ministerio de Sanidad y con la participación de representantes de todas las Comunidades autónomas.

Se dio un repaso a la situación, con pocas novedades que añadir. Se incidió, por parte de los representantes del colectivo, en lo prioritario que resulta el sacar ya el catálogo de ortesis y prótesis (a propósito del cual acabamos de insistir por carta ante el Consejo y el Insalud).

Un compromiso sí salió de la reunión, el cual consideramos de interés, y fue el crear un protocolo para elaborar un censo real de los Lesionados Medulares en España, encargo que asumió la gerencia del complejo hospitalario de Toledo, y poco más.

Me gustaría hablar de victorias, pero en el mejor de los casos nos quedamos en tablas.

Francisco VAÑÓ FERRÉ



CONGRESOS DE PARAPLEJÍA

XXIX CONGRESO DE LA IMSOP

Los días 5, 6 y 7 del pasado mes de junio, se celebró el XXIX Congreso de la IMSOP (International Medical Society of Paraplegia) en Ramat Gan, Israel, ciudad muy cercana a la capital Tel Aviv. En esta ocasión no sólo reunía el interés científico habitual, sino que el hecho de celebrarse en Israel, cuna de religiones y país situado en una zona históricamente conflictiva, representaba un estímulo más para asistir. Y así fue... El "Meeting" de este año contó con la presencia de más de 300 congresistas de todo el globo, todos ellos profesionales pertenecientes al mundo de la Paraplejía.

Fueron cuatro los temas principales abordados en la reunión, junto con múltiples e interesantes comunicaciones libres, donde los autores presentaban sus experiencias y resultados.

Se inició el debate con el tema "Modelos cambiantes en la incidencia de la LM", donde se analizaron algunos temas que siempre son interesantes, como el perfil del anciano parapléjico, donde se hacía referencia al hecho de que 1 de cada 6 LM tiene más de 65 años. La segunda sesión trató sobre el tema "Osteomas", calcificaciones parraarticulares, complicación típica de estos pacientes, donde se presentaron incidencias que iban de un 15-50% de todos los pacientes que se hallaban afectos de esta patología; otros autores explicaron sus experiencias en cuanto a los distintos tratamientos que se realizan en la actualidad: quirúrgicos, médicos, electroterápicos, con radioterá-

pia..., aunque sí coincidieron en que a pesar de los tratamientos las recidivas pueden ser frecuentes. El congreso continuó con otro de los temas: "Dificultades de organización y financiación del tratamiento de los pacientes con LM. Incluyendo provisión de ayudas y ortesis", donde se analizaron las diferentes experiencias con la F.N.S., Estimulación Eléctrica Funcional, por los diferentes grupos de trabajo, pudiendo comprobar que se trata de una técnica sencilla de utilizar y que puede representar una ayuda más en el proceso de rehabilitación del paciente. Con la ayuda de unos electrodos colocados superficialmente a nivel de los músculos de las piernas y aplicando una corriente de intensidad conocida, podemos conseguir una bipedestación que en algún caso puede suplir el uso de otras ortesis más engorrosas como son los bitutores. En casos muy especiales puede llegar a una marcha profiláctica no útil en trayectos cortos.

El resto del congreso se dedicó a la presentación de un interminable número de Comunicaciones libres y Posters de un gran nivel científico que sirvieron para completar unas Jornadas densas en acontecimientos.

El día 10 de junio, después de varias horas de controles policiales en el aeropuerto para descartar que pudiésemos llevar algún tipo de explosivo, "volábamos" hacia nuestra querida Barcelona.

Dr. Joan VIDAL i SAMSÓ

ORTOPEDIA TECNOPROT

J. Martí Abizanda
Mónica Martí Riola
Técnicos Ortopédicos

Aparatos para rehabilitación - Bastones
Muletas - Caminadores - Prótesis - Plantillas
Calzado ortopédico - Sillas de ruedas, etc.

Avda. República Argentina, 74 - Tel. 214 55 32 - 214 02 04
08023 BARCELONA

XVI REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA A.S.I.A.

La Asociación Americana de Lesión Medular (ASIA) congrega a la mayoría de profesionales norteamericanos que se dedican a la atención de los afectados por una lesión medular. Esta Asociación organiza una reunión científica cada año, y la última fue en Orlando (Florida) el 3 de mayo de este año.

El hotel donde se desarrollaba la reunión está dentro del complejo turístico de "Disney-world", que comprende, entre muchos otros servicios, tres espectaculares parques de atracciones creados en torno a la obra del genial dibujante. En principio parece un acierto combinar las presentaciones y discusiones científicas en un marco lúdico. No obstante, la obstinación anglosajona y su proverbial eficacia pronto se encargan de limitarte el encanto. Las sesiones de trabajo empiezan muy pronto por la mañana y se aprovechan casi todas las horas de sol para continuar trabajando.

Hay que elogiar la organización y la perfecta puntualidad de todas las actividades científicas y paracientíficas. Son

también notables los esfuerzos de los participantes para ofrecer una presentación de sus comunicaciones digna y con una iconografía grata y esmerada. Es alentador comprobar como dedican recursos, becas, profesionales e infraestructura a conocer mejor todos los aspectos relacionados con las lesiones medulares y sus consecuencias.

Para los profesionales de la salud implicados en la atención del lesionado medular, eso nos es altamente estimulante y esperanzador. La investigación nos permite hacer mejores tratamientos a la vez que ofrecer más soluciones a los problemas asociados a esta afección.

Un punto clave de nuestra especialidad es su carácter interdisciplinario. Sólo con la adecuada coordinación de profesionales de distintos ámbitos asistenciales se puede proporcionar una buena rehabilitación. Esto queda muy bien reflejado en la reunión de la ASIA. Insistiremos en que el nivel de rigor ha de abarcar cada una de las disciplinas al mismo tiempo que todas nuestras actuaciones. La investigación es tan importante

como la asistencia.

Este equilibrio necesario solamente es posible disponiendo de suficientes recursos materiales y humanos. El nivel conseguido en los centros que participan en la ASIA tiene este "secreto".

Es sábado, hora baja. En tres días se han presentado 131 comunicaciones y 56 pósters. La calidad científica es bastante alta. La forma de presentarlo, encomiable. La actividad y el entusiasmo de los participantes te contagia pues no hay nada más eloquente que tanto trabajo bien hecho.

En el desarrollo de la reunión, prácticamente se aludió a la mayoría de los temas habituales relacionados con los aspectos médicos y paramédicos de la lesión medular.

Merece sin embargo un especial comentario la presentación que los Dres. Michael B. Bracken y Wise Young hicieron de los resultados de un estudio realizado con la cooperación de diez centros hospitalarios. En este trabajo se ha comprobado

MANUFACTURAS TÉCNICAS DEL MINUSVÁLIDO, S.L.



Sillas de ruedas plegables, fijas y especiales,
andadores, bastones, camillas,
aparatos para rehabilitación,
adaptaciones para cuartos de aseo y vivienda.

C/. Batlle Tura, 49 Tel (93) 570 29 44 08100 MOLLET DEL VALLÈS (Barcelona)

que la administración de dosis muy altas de un fármaco, denominado metil prednisolona, en las primeras ocho horas de haber padecido una lesión traumática, mejoraba el pronóstico, tanto en el aspecto motor como sensitivo. Posteriormente este estudio fue publicado en una de las revistas más prestigiosas de medicina.

Los resultados de este ensayo terapéutico conllevan importantes implicaciones, tanto prácticas como teóricas, para ulteriores líneas de investigación. Por primera vez se ha demostrado que un medicamento administrado a las pocas horas de acaecido el traumatismo medular, puede ejercer un efecto beneficioso sobre la evolución del paciente y ser capaz, por lo tanto, de detener algunos de los procesos bioquímicos implicados en los mecanismos de la lesión de la médula. Estos hallazgos abren nuevas vías de investigación en la búsqueda de métodos que permitan limitar al máximo las secuelas neurológicas de una lesión aguda medular.

Josep BAGUNYÀ i DURICH
Neurólogo del I. Guttmann

PRÓXIMOS CONGRESOS DE PARAPLEJÍA

Marzo 1991. LA CORUÑA (España)
IX JORNADAS NACIONALES DE
LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE PARAPLEJÍA

8-10 abril 1991. SEATTLE, WASHINGTON,
(E.U.A.)
XVII REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA
A.S.I.A.

15-17 mayo 1991. STOKE MANDENVILLE,
AYLESBURY (R.U.)
XXX CONGRESO DE LA I.M.S.O.P.

INTEVESA

INGENIERIA Y TECNICAS DE VANGUARDIA, S.A.

*Adapatación de toda clase de vehículos
Mandos manuales y automáticos
Plataformas elevadoras
Taller mecánico*

Asesoramiento para la solicitud de Subvenciones y ayudas

INFORMESE: Tel. 351 14 04 Sta. Rosa

C/. San Antonio Ma. Claret, 510 (junto Instituto Guttmann)



SEXUALIDAD

AVANCES EN SEXUALIDAD Y FERTILIDAD DEL LESIONADO MEDULAR Y OTRAS DISCAPACIDADES FÍSICAS



Los días 10 y 11 del pasado mes de mayo tuvieron lugar las 2as. Jornadas Técnicas de la Fundació Institut Guttmann. Esta vez la sexualidad y la fertilidad fueron los temas que reunieron a importantes expertos a nivel internacional, a afectados que compartieron sus puntos de vista con los asistentes y a numeroso público que, desde distintos aspectos, se interesó por los últimos avances que permiten a la persona con una lesión medular mantener unas relaciones sexuales satisfactorias y acceder felizmente a la maternidad y paternidad.

Las jornadas tuvieron este año dos espacios diferenciados:

El jueves por la tarde, en la sala de actos de la Caja de

Barcelona, tuvo lugar el acto inaugural, seguido de una mesa redonda con el título: "Aportaciones médicas en sexualidad y fertilidad: una visión pluridimensional". Los componentes de la mesa reflejaron el carácter multidisciplinario del tema, aportando cada uno de ellos, desde su experiencia, las diversas facetas humanas y técnicas de la cuestión. El coloquio puso de manifiesto el sentir de los afectados, que expresaron que la sexualidad del lesionado medular, como la de cualquier persona, es un asunto íntimo y personal en el que la técnica puede tener un papel auxiliar, si bien es el propio interesado/interesada quien debe tener la primera y última palabra sobre qué puede o quiere hacer y cómo. La fertilidad, especialmente la del varón lesionado medular, es un campo relativamente nuevo en el que los asistentes se mostraron muy interesados.

El viernes día 11, en el sa-

lón de actos de los laboratorios Sandoz, tuvo lugar, en un apretado programa de trabajo, la jornada destinada a los profesionales, con el objetivo de profundizar en los pormenores de las diversas técnicas y sus indicaciones específicas. Para terminar, todos los profesores del curso participaron en una mesa redonda moderada por el Dr. Sarrías, quien pidió a cada uno de los asistentes que formulara sus expectativas para la futura evolución de las materias a debate. Veamos en síntesis lo que éstos dijeron:

- Prof. I. Perkash (USA): "Hay que esperar que continuará la explosión tecnológica, especialmente utilizable en el diagnóstico... La evolución y utilidad de estas técnicas irá por sí misma... En cuanto a la fertilidad, se divulgará una nueva generación de vibradores que podrán ser utilizados a domicilio, lo que hará que la técnica sea más fácil y más práctica".

- Prof. J. J. Wyndaele (Bélgica): "Creo que se seguirá en la línea actual... Desearía que la electro-estimulación mejorara y se solucionaran los problemas actuales... Es importante incidir en lo que piensa la población en general. Ello no sólo afecta a la sexualidad; en muchos aspectos el resto de la población piensa que los lesionados medulares no son personas como las demás".

- Prof. E. Bérard (Francia): "Habrá que conseguir que en el futuro la mujer fuera tenida en cuenta como una persona capaz de tener sentimientos. Que se reconozca que tiene depresiones, y que se puede sentir tan desgraciada y necesitar consejo lo mismo que los hombres".

- Prof. G. S. Brindley (Reino Unido): "No espero que se den grandes cambios en las tendencias actuales... Hay que tratar de mejorar... No se ha hablado demasiado de las técnicas para mejorar la calidad del semen y la fertilidad en hombres y mujeres".

- Prof. J. M. Farré (España): "Espero que en el futuro se

tenga más en cuenta la interacción entre los factores centrales y los periféricos, dado que la motivación sexual es una unidad neuropsicológica... Estoy convencido de que se conseguirá un acercamiento entre todos los especialistas, trabajando realmente de forma interdisciplinaria".

- Prof. E. Ollé (España): "Creo que cada vez se tendrán más en cuenta los síntomas de las disfunciones sexuales en la asistencia primaria... Se llegará a resolver el problema de las fugas venosas y se obtendrá mayor satisfacción en el área farmacológica".

Paralelamente el desarro-

llo de las jornadas y aprovechando su estancia entre nosotros, algunos de los profesores desarrollaron otros actos divulgativos de su actividad. Quisiéramos destacar el grupo de trabajo que reunió a diversos representantes de las asociaciones de disminuidos físicos con Mr. Morgan Williams, director de SPOD, quien comentó la interesante experiencia de dicha asociación y el papel de la misma en el asesoramiento sexual y la ayuda en las relaciones humanas de las personas discapacitadas.

**Maria Lluïsa CURCOLL i
GALLEMÍ**
Septiembre, 1990



AMBULANCIAS TOMAS

TRANSPORTES ESPECIALES

VEHÍCULOS EQUIPADOS CON RAMPA HIDRÁULICA



- Servicios para toda clase de sillas de ruedas
- Concierto con la Seguridad Social (Insalud)
- Servicios normales de ambulancias
- Urgencias las 24 horas

Suministros Ortopédicos TOMAS

- Se repara todo tipo de material ortopédico
- Sillas deportivas para baloncesto
- Sillas de ruedas de todo tipo y medidas
- Material de incontinencia de orina
- Material ortopédico
- Instalación de mandos manuales y eléctricos en todo tipo de vehículos

G.V. de les Corts Catalanes, 761 - Teléfonos 232 30 30 / 245 38 38 - 08013 BARCELONA

CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE HOMOSEXUALIDAD Y DISMINUCIÓN

Abril, 1991, Holanda

El SOG -el grupo de trabajo del Concejo Holandés de Disminuidos que trata la disminución, relaciones y sexualidad- ha estado activo durante un número de años en el terreno de la lucha contra la discriminación del homosexual, hombres y mujeres, con una disminución. Con ese fin, el Homogrupu SOG, que se compone de gays y lesbianas disminuidos, se estableció en 1985. Su primera iniciativa fue cambiar experiencias y hacer inventario de los problemas, pero mientras tanto el Grupo se ha convertido en un grupo de presión en la lucha contra la discriminación.

Hasta ahora los gays y lesbianas disminuidos han permanecido bastante invisibles. En agrupaciones de disminuidos la norma heterosexual todavía se hace sentir. Admitir en tal entorno que eres de disposición homosexual no es fácil, pero todavía es incluso más difícil admitir esto de cara al mundo exterior.

En el mundo de los gays y lesbianas las cosas no son

mucho mejores. Si los disminuidos pueden llegar a entrar a los a menudo inaccesibles establecimientos, la mayoría de las veces todavía son vistos como marginados. El hecho de que tengan en común con los otros gays y lesbianas su homosexualidad está a menudo eclipsado por su disminución. Por falta de información y oportunidades para reunirse con otros homosexuales disminuidos y no disminuidos, muchos gays y lesbianas están solos en una situación aislada en el mundo y no tienen las posibilidades de reconocerse entre sí, ni la oportunidad de hablar acerca de su homosexualidad.

En 1988 se celebró en Manchester, Inglaterra, una conferencia para personas homosexuales con una disminución. A la conferencia acudieron personas de Gran Bretaña, Holanda y la República Federal Alemana. Fue evidente que el aislamiento de los disminuidos homosexuales no es un problema que ocurra sólo en Holanda. Uno de los resultados de esta conferencia fue la decisión de establecer una red internacio-

nal de gays y lesbianas disminuidos y organizar intercambios sobre una base regular.

El Homogrupu SOG ha tomado la iniciativa de organizar un congreso internacional para gays y lesbianas disminuidos. Este congreso probablemente se celebrará en la primavera de 1991. El congreso se enfocará sobre la situación de gays y lesbianas disminuidos.

El objetivo del congreso es:

- proporcionar un punto de reunión para gays y lesbianas disminuidos a nivel internacional;
- efectuar un intercambio de pensamientos, experiencias y problemas en la vida diaria de los gays y lesbianas disminuidos;
- intentar encontrar soluciones para los problemas;
- construir una red internacional de gays y lesbianas disminuidos;
- hacer recomendaciones a los varios gobiernos na-

cionales respecto a la mejora de la situación de los gays y lesbianas disminuidos en sus países;

- trazar planes para una acción internacional.

El congreso durará cuatro días y el número máximo de participantes será 150. La intención es reclutar a los participantes sólo en Europa. La discusión de los distintos temas debería conducir finalmente al trazado de planes para una acción individual y colectiva y de políticas para

los respectivos gobiernos. Estas serán las bases para el programa a largo plazo para la red internacional.

Si comparte nuestro punto de vista de que es importante que se celebre este congreso, por favor muestre su apoyo escribiéndonos. Nos podría ayudar a recaudar fondos para instrumentar nuestros planes.

También apreciaríamos muchísimo, si pudiera ver la forma de mandarnos recomendaciones y sugerencias

respecto a este congreso. Tal vez Vd. tenga alguna sugerencia útil basada en experiencias anteriores con grandes congresos.

Para mayor información por favor contacte con la autora de este escrito.

Agnes van Wijnen
POSTBUS 169
3500 AD Utrecht
The Netherlands
GEHANDICAPENRAAD
St. Jacobsstraat, 14
3511 BS Utrecht
The Netherlands



Compañía europea de ingeniería civil, S. A.

Neptuno, 26 • Tel. (93) 218 39 05 - Fax: 217 14 65 - Teléx: 52241 • 08006 BARCELONA

EN LUCHA CON LAS BARRERAS ARQUITECTÓNICAS



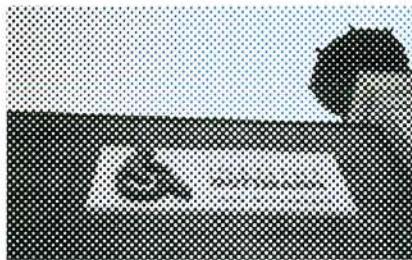
MONTAESCALERAS TLG

La forma más rápida de subir y bajar escaleras sin riesgo ni esfuerzo.

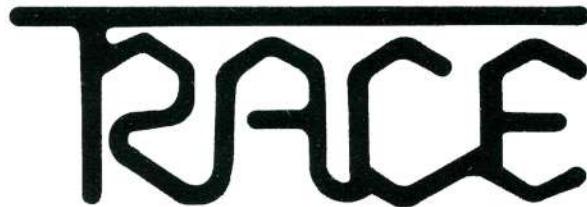


CARRITO ORUGA

Elevador portátil para sillas de ruedas.



ASOCIACIONES



Asociación Catalana de Traumatizados Cráneo-Encefálicos, Balmes, 311, entlo. 2º, 08006-BARCELONA, tel. (93) 209.59.25

Un traumatismo cráneo-encefálico (TCE) plantea problemas muy particulares tanto al traumatizado como a sus familiares, y no sólo durante el período hospitalario, sino también en la vuelta a la vida familiar y social.

Por este motivo, desde 1988, un grupo de familiares de TCE se han asociado para ayudarse mutuamente y:

- Colaborar con los servicios hospitalarios que atiendan a TCE.
- Resolver, en la medida de lo posible, los problemas de toda índole que se presentan.
- Ayudar a las familias afectadas recientemente mediante la experiencia de otras familias más veteranas.
- Sensibilizar a la Administración para que conozca la situación de los TCE, y adapte las estructuras ya existentes a las necesidades de este colectivo y a nuevos servicios.

En un escrito dirigido por TRACE al Conseller de Sanitat i Seguretat Social, después de exponerle los aspectos socio-

sanitarios y de rehabilitación no resueltos, le solicitan:

- Mayor difusión de las secuelas reales del TCE.
- Una planificación sanitaria que tenga en cuenta al TCE y la gravedad de sus secuelas.
- Programar medidas para mejorar la actual situación del TCE en el hospital y una vez se produce el alta hospitalaria, coordinando la acción de las diferentes instituciones públicas.
- Crear centros de rehabilitación integral del TCE.
- Crear centros de día y talleres ocupacionales específicos para el TCE.
- Crear centros de formación profesional para este colectivo.

Asociación Comité Español para el Arte y la Creatividad de las Personas con Discapacidad

Creada muy reciente-

mente en Madrid, esta Asociación hace suyo el párrafo 135 del Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, de Naciones Unidas, donde se recomienda que "los Estados miembros deben procurar que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de utilizar al máximo sus posibilidades creativas, artísticas e intelectuales, no sólo para su propio beneficio, sino también para enri-

quecimiento de la comunidad. Con este objeto, debe asegurarse su acceso a las actividades culturales".

Información:
Mercedes SANCHIZ,
tel. (91) 715.71.35/ 361.62.40

AVANT Asociación Castellonense de Disminuidos Físicos

c/. Obispo Salinas, 22, bajo -
CASTELLÓN

Esta Asociación se plantea los siguientes objetivos:

- Defender colectivamente la calidad de vida de los minusválidos.
- Fomentar su participación en programas de carácter cultural.
- Programar conferencias, ciclos de estudios e inter-

cambiar experiencias en el campo de la problemática del disminuido físico.

- Sensibilizar a la sociedad.

Una de las acciones que ha emprendido últimamente ha sido una campaña en Castellón para hacer respetar parkings reservados para minusválidos.

ASPAYM CATALUNYA

Las Jornadas sobre la Integración Laboral, celebradas en St. Cugat del Vall`Es, han informado ampliamente de cuales es la situación en el mercado laboral privado y en la oferta pública de plazas de trabajo. También han puesto de manifiesto la capacidad organizadora de nuestros amigos de ASPAYM Catalunya, los cuales no cesan de promover nuevas iniciativas para conseguir que el lesionado medular pueda desarrollar un trabajo como cualquier otro ciudadano. En esta línea informan de las siguientes novedades:

- Muy pronto un equipo de orientación laboral podrá facilitar a los asociados un asesoramiento personalizado y realista en cuanto a formación e integración laboral.

- También están en negociaciones con una patronal del Baix Llobregat y otra del Vall`Es para conseguir ofertas

de trabajo en las empresas privadas de esas comarcas.

- Asimismo, en colaboración con varias entidades, el INEM entre otras, van a organizar un curso ocupacional de técnicas del vidrio artesanal. Una vez finalizado el mismo, quienes superen las pruebas de selección podrán incorporarse a una empresa de nueva creación.

- Otro programa que vuelve a ponerse en marcha es el de TUTORIA, en el cual los lesionados medulares pueden participar, los más veteranos como tutores, los más noveles como tutelados.

- En el próximo Salón Minusval de Lleida, en el que por primera vez habrá un transporte adaptado desde Barcelona, de ida y vuelta, presentarán el programa Gemini de formación profesional.



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE, Delegación Catalunya

Para la temporada 1990-91 esta asociación tiene previstas las siguientes actividades:

- . Sesiones de Psicología
- . Sesiones de Yoga y Relajación
- . Concursos de juegos de sobremesa

En preparación:

- . Cursos de manualidades
- . Cursos de catalán
- . Sesiones de fisioterapia

Interesados: (93) 424.95.67
(Tardes)

¡ROMPAMOS TODOS LOS MUROS!

El pasado 11 de septiembre, Diada de Catalunya, un grupo de entidades de discapacitados: APPS, ECOM, Cemfis, Gradiasca, Aselme, Acu, Amiba y las vocalías de Sants, Barri Porta y Barceloneta, se manifestaron en el recinto del Parlamento de Catalunya para poner de manifiesto ante los políticos, medios de comunicación y público congregado, que a pesar de que han transcurrido 8 años de la publicación de la LISMI, los objetivos de esta Ley no se han cumplido y la situación de las personas

con disminución en Catalunya no ha evolucionado al mismo ritmo que la sociedad catalana.

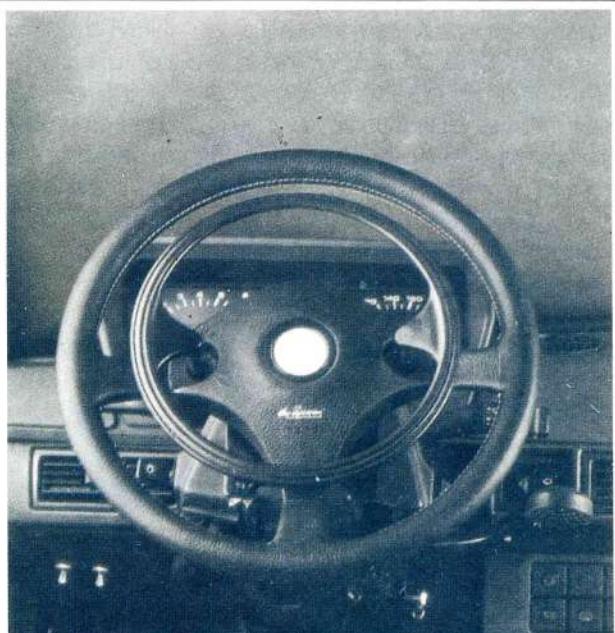
Es la marginación y barrera se simbolizaron con un muro y los políticos asistentes a la recepción en el Parlament fueron invitados a "derribar" parte



del mismo, expresando así su voluntad de superar las situaciones denunciadas.

TENEMOS LA SOLUCION PARA TUS PROBLEMAS DE CONDUCCION

Reparación General del Automóvil



CLÍNICA DE L'AUTOMÒBIL, S.A.



**DISTRIBUIDOR OFICIAL
DE I. M. GUIDOSIMPLEX**

Montmany, 11
Tel. (93) 213 25 55
08012 Barcelona

LAS "ADAPTACIONES" EN LOS HOTELES E INSTALACIONES DE TIEMPO LIBRE

Apreciados amigos:

Este verano he intentando pasar unos días de vacaciones en alguno de los hoteles o instalaciones que dicen adaptados para minusválidos. Os explico mi experiencia.

Visité personalmente el Hotel Nueva Sin Nombre de Cubelles, y comprobé que hay rampas en el acceso, un ascensor amplio y se puede entrar en la piscina en una silla especial, pero en los dormitorios las camas son de altura normal, sin trapecio, y el cuarto de aseo es muy pequeño, con dos barras fijas en el WC que impiden entrar con la silla de ruedas. En resumen, que el

usuario ha de ser un afectado que pueda ponerse de pie, pero un parapléjico como yo, imposible de pasar una noche en aquel hotel a menos de que dispongas de una o dos personas para ayudarte.

Hace unos días me desplacé, también, a visitar los bungalows del Departament de Treball de la Generalitat de Catalunya, a 4 Kms. de Tarragona, en donde dicen que hay algunos adaptados para nosotros. Pues bien, aún peor, ya que los adaptados están en un lugar, precioso eso sí, pero en lo alto de un montículo imposible de alcanzar en silla de ruedas y en el caso de la colaboración de un "empujador", éste debe ser casi Supermán.

En cuanto a la adaptación del interior, para dormir, un camastro; en el baño, el inodoro dispone de una barra fija en la pared; en fin, que para las actividades higiénicas imposible hacer las transferencias desde la propia silla, es decir está pensado para personas que tengan una cierta movilidad y puedan ponerse de pie.

Encuentro bastante vergonzoso que unos señores de la Generalitat que dictan las normas de cómo tienes que adaptar tu vivienda y vengan a inspeccionarlo si lo has hecho bien, que ellos mismos lo hagan mal en sus propias instalaciones. Ello quiere decir que no saben lo que significa ir en silla de ruedas. Es inexplicable y estoy decepcionado.

Así que no recomendéis estas dos instalaciones como adaptadas, y menos en el "SOBRE RUEDAS"; me sabe mal pero es la realidad, pues lo he visto con mis propios ojos. No obstante, si conocéis de más lugares "adaptados" estoy dispuesto a seguir la ronda.

Vuestro amigo,

J. M^o P.

GRAU  **SOLER** s.a.
ORTO PEDIA

Fundada en 1930

Especialidades Ortopédicas

*Confección de órtesis, prótesis
y calzado ortopédico
Servicio de ayudas técnicas
y control ambiental*

c/. Buenos Aires, 52 - 08036 Barcelona
Telf. (93) 439 03 30 - Fax (93) 322 71 52



ACTIVIDADES



MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES

ACTO DE ENTREGA DEL PREMIO REINA SOFÍA 1989, DE INTEGRACIÓN

Pamplona, 30 de mayo
de 1990

SU MAJESTAD LA REINA hizo entrega, en el Palacio de Navarra, del Premio REINA SOFÍA 1989, de integración, al Excmo. Sr. D. Gabriel Urralburu Tainta, en representación de la Comunidad Foral de Navarra, cuya Presidencia ostenta.

Según consta en el acta de concesión, que fue leída en tal circunstancia, el Premio se concede por la labor integracionista, en pro de las personas con discapacidad, desarrollada por las instituciones públicas y privadas de dicha Comunidad Foral.

ACTO DE ENTREGA DEL PREMIO REINA SOFÍA 1989, DE REHABILITACIÓN

Madrid, 19 de junio de 1990

SU MAJESTAD LA REINA hizo entrega, en el Palacio de Congresos de Madrid, del **Premio REINA SOFÍA 1989, de rehabilitación**, concedido al Centro Público de Educación Especial de Reeducación de Inválidos. El acto tuvo lugar dentro del marco del VI Congreso Internacional de la Asociación de Medicina de Rehabilitación (IRMA VI), que se celebró en el Palacio de Congresos de Madrid.

El Premio fue concedido en reconocimiento al papel pionero del Centro en la rehabilitación integral de deficiencias, que se remonta al año 1931. El Premio, que ha sido concedido por el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, tiene una dotación de cinco millones de pese-

tas, aportados por la Fundación ONCE.

JORNADAS: LA CIUDAD COMO LUGAR DE CONVIVENCIA PARA TODOS

Madrid, 6, 7 y 8 de junio de 1990

Organizadas por el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), y el Consejo Superior de Colegios de Arquitectos de España, estas Jornadas se han planteado con el objetivo de sensibilizar a profesionales que trabajan en temas de urbanismo y vivienda, tanto a nivel local como autonómico o estatal, respecto de las problemáticas específicas de grupos sociales desfavorecidos.



INTEGRACIÓN LABORAL Y ÚLTIMAS NOVEDADES EN AYUDAS TÉCNICAS

Valencia, 4 y 5 de octubre de 1990

ASPAYM-VALENCIA organiza las X Jornadas de Información sobre Lesionados Medulares. Tendrán lugar en el Salón de Actos de la Conselleria de Cultura, Educación y Ciencia de la Generalitat Valenciana y su contenido girará en torno a las posibilidades de integración laboral y a las nuevas aportaciones de las ayudas técnicas en la funcionalidad y autonomía de los lesionados medulares.



CONFERENCIA ANUAL Y SIMPOSIUM CIENTÍFICO DE LA FE- DERACIÓN INTERNACIONAL DE ASOCIACIONES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Dublín, (Irlanda), 14-18 de octubre de 1990

La Conferencia contempla las siguientes áreas temáticas: Gestión de la Discapacidad, Ciencias Asistenciales, Dimensión Social, Los Medios de Comunicación y la Discapacidad.

El Simposium Científico revisará los avances más recientes en el tratamiento y en las líneas de investigación de la esclerosis múltiple.

NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN PARA LA AUTONOMÍA PERSONAL

Madrid, 15-18 de octubre de 1990

En estas Jornadas, organizadas por la Universidad Politécnica de Madrid (Escuela Universitaria de Informática) y el INSERSO (Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas), se pretende reflexionar sobre la problemática de los discapacitados motóricos y sensoriales y dar a conocer las aplicaciones y perspectivas de las nuevas tecnologías de la información en estas temáticas.



JORNADA DE REFLEXIÓN Y ASAMBLEA ORDINARIA 1990

Cabril (Barcelona), 20 y 21 de Octubre de 1990

La Federación ECOM celebrará su Asamblea General Or-

dinaria en el Centro de Rehabilitación de la Mutua Metalúrgica de Cabrils. El día 20 por la mañana tendrá lugar una Mesa Redonda sobre el tema "Del Derecho escrito al ejercicio del derecho", moderada por el Excmo. Sr. Frederic Rahola (Síndic de Greuges). Por la tarde se desarrollarán unas sesiones de trabajo en grupo sobre diferentes aspectos sociales de la discapacidad. La Asamblea tendrá lugar el día 21 por la mañana.

JORNADAS TÉCNICAS



LLEIDA, 25-28 OCTUBRE

El primer certamen de esta especialidad se celebró por primera vez en 1988 y es uno de los pioneros en Europa en abordar monográficamente las minusvalías físicas, psíquicas y sensoriales. Minusval '90 seguirá la línea marcada en su primera edición, pero debido a las propias necesidades del sector y atendiendo a las peticiones de los expositores y técnicos, ampliará su campo de acción a las discapacidades derivadas de la senectud, así como de las provocadas por los accidentes laborales y de tráfico.

El temario de las Jornadas se plantea tres objetivos comunes:

- Constituir un punto de encuentro entre las diversas discapacidades.
- Lograr una plataforma de promoción de la integración en la sociedad actual.
- Mejorar la calidad de vida.

La Fundació Institut Guttmann, estará presente en el Salón con un Stand conmemorativo del 25 aniversario de la creación del Instituto Guttmann y participando en las Jornadas

Técnicas que se celebrarán simultáneamente.

ASPAYM. ASOCIACIÓN NACIONAL DE PARAPLÉJICOS V CURSO DE INFORMACIÓN AL LESIONADO MEDULAR

Toledo, 16 y 17 de noviembre de 1990

Tendrá lugar en el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo y se desarrollarán las siguientes mesas redondas:

- La Asistencia Social en las Unidades de Lesionados Medulares
- Situación del Catálogo del Material Ortoprotésico
- La Institucionalización y la Ayuda a Domicilio como alternativa
- Integración Escolar del Niño Lesionado Medular
- Integración Laboral. Empresas promocionadas por la Fundación ONCE
- Evaluación de la década en favor de los minusválidos: Logros Políticos
- Comunicaciones libres



PREMIOS INSERSO 1990

Se convocan los Premios INSERSO 1990 en las siguientes especialidades: Prensa, Radio, Televisión y Vídeo, Fotografía, Investigación y Ayudas Técnicas y Premios Honorífico a Entidades, Asociaciones, Empresas o Personas.

El plazo de admisión de trabajos finalizará el 31 de octubre

de 1990 a las 15 horas. Información: (91) 323.44.79, ext. 325. (INSERSO).



ENFERMERÍA Y ASISTENCIA SOCIAL EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE; UNA ATENCIÓN INTEGRAL Y ADECUADA

Madrid, 15 y 16 de marzo de 1991

La Asociación Española de Esclerosis Múltiple organiza unas Jornadas sobre aspectos médicos, neuropsicológicos, emocionales, de recuperación funcional, y socio-asistenciales de la persona afectada por esclerosis múltiple, con los siguientes objetivos:

- Promover una mejor calidad asistencial y dedicación del profesional de la salud implicado en su atención. Informar, preparar y sensibilizar a los colectivos de Enfermería y Asistencia Social sobre las necesidades específicas de estos enfermos y favorecer el intercambio y la comunicación interdisciplinaria.

CONGRESO EUROPEO DEL VOLUNTARIADO

Barcelona, primavera 1991

El A.V.E. (Association pour le Voluntariat à l'acte gratuit à Europe), ha encargado a la Federación Catalana de Voluntariat Social la organización de este Congreso que viene celebrándose cada dos años. Las anteriores ciudades anfitrionas fueron Lisboa y Berna. El de Barcelona se espera que contribuya a potenciar el voluntariado a nivel de toda España y que también sea rentable, socialmente hablando, para toda Europa.



DEPORTE

ACTIVIDAD DEL CLUB DEPORTIVO INSTITUT GUTTMANN

BALONCESTO

Finalizado el Campeonato de LIGA NACIONAL, 1^ª División, Trofeo FUNDACIÓN ONCE, de baloncesto en silla de ruedas, nuestro conjunto se ha clasificado en 4^º lugar, resultando vencedor el ADEMI, de Málaga. Podemos considerar de muy positiva nuestra actuación y esperamos mejorar en el próximo campeonato que se iniciará el próximo 18 de noviembre, en Madrid, enfrentándonos, en esta 1^ª jornada, al CLUMAM.

En la Copa del Rey disputamos la eliminatoria a partido único, contra el ADEMI, de Málaga, con resultado final favorable a los malacitanos, después de una prórroga, ya que el partido finalizó con empate a 68 puntos. El ADEMI, a la postre resultó vencedor en las finales disputadas en El Ferrol.

La LIGA CATALANA, 1990-91, se iniciará el 6 de octubre. Nuestro primer encuentro contra el TRAUMA-68 se verá aplazado hasta nuestra vuelta de Sevilla, por estar invitado nuestro club en el Torneo de la ONCE a celebrar en dicha ciudad en las mismas fechas. El Torneo de la ONCE lo disputarán conjuntamente con nuestro equipo, el ADEMI, de Málaga, la Selección Italiana y el organizador, ONCE, de Sevilla.



En Vilanova i la Geltrú, con motivo de las 24 horas de baloncesto, el 9 de septiembre, nuestro equipo venció a un combinado catalán compuesto por jugadores del C.D.M. Costa Dorada y C.E.M. de Barcelona, por 46 a 27. Según el periódico de la comarca, calificaron el partido como el mejor de todos los celebrados en el festival. Para el año que viene cuentan de nuevo con nuestro Club.

Las clases de técnica de baloncesto, dadas por el entrenador nacional A. Marco, todos los jueves por la tarde, siguen desarrollándose con gran asistencia de deportistas y podemos anunciar que, nuestros incipientes baloncestistas, Canas, Ponce, García, Ros, Pulpillo, etc., jugarán su primer partido el 25 de noviembre con motivo del XXV aniversario del INSTITUT GUTTMANN, contra el

fuerte equipo de LIGA NACIONAL, 2a División, el U.N.E.S. "B", de Sant Feliu de Llobregat.

Nos honra comunicar el notable debut con la Selección Nacional, en los Juegos de Stoke Mandeville (Inglaterra), de Jordi Cussó, que si sigue con buena forma física y aplicación, le auguro muchos más éxitos. Le acompañó en el evento su entrenador A. Marco.

TENIS DE MESA

Nuestros pingponistas J. Vilaplana, F. Vélez y E. Puig, se clasificaron vencedores en los Campeonatos de España por equipos, en la categoría de pie, en la especialidad de dobles e individuales, celebrados en la ciudad gallega de El Ferrol.

En Vilaseca-Salou, se celebraron los campeonatos open, modalidad de a pie y en silla de ruedas, conjuntos, resultando vencedor y por este motivo, campeón de España, J. Vilaplana.

En los Campeonatos del Mundo, disputados en ASSEN, Holanda, por la fatalidad de perder un punto contra el que resultó vencedor final, nuestro J. Vilaplana se clasificó en tercer lugar del Mundial, por lo que consiguió la medalla de Bronce.

En la conmemoración del XXV aniversario del INSTITUT GUTTMANN, se realizará una exhibición de nuestro equipo contra el Club de Categoría Nacional de válidos y asimismo un torneo individual para la categoría de silla de ruedas.

ATLETISMO

Nuestro mejor representante, R. Núñez, seleccionado en los Campeonatos del Mundo, celebrados en ASSEN, Holanda, tuvo una actuación aceptable, dada la diferencia de material que utiliza en comparación con otros países, y sabemos que en atletismo en silla de ruedas, es primordial competir en igualdad de condiciones.

Dada su buena actuación, R. Núñez, ha sido seleccionado para participar en la Media Marathon de Tokio, a primeros de noviembre de 1990. Esperamos lo mejor para tan excelente atleta.

Antonio MARCO DE LA ASUNCIÓN
Entrenador

ACTOS DEPORTIVOS XXV ANIVERSARIO INSTITUT GUTTMANN

to.

BALONCESTO EQUIPOS PARTICIPANTES

C.D.M. I. GUTTMANN
C. U.N.E.S.-SANT FELIU
TRAUMA-68
C.D.M. I. GUTTMANN "B"
C. U.N.E.S.-SANT FELIU "B"

Sábado 24-Noviembre

Por la tarde
C.D.M. I. GUTTMANN
C. U.N.E.S.-SANT FELIU

Domingo 25-Noviembre

Por la mañana.
Debut del C.D.M. I. GUTTMANN "B" contra
C. U.N.E.S.-SAN FELIU "B"

Los dos equipos más históricos

C.D.M. I. GUTTMANN
C. TRAUMA-68

TIRO CON ARCO

se efectuará una exhibición de tiro con arco, de nuestro campeón de España y estrella F.I.T.A. 1.200 puntos, D. Manuel Bellón.

TENIS DE MESA

EXHIBICIÓN CATEGORÍA PIE

C.D.M. I. GUTTMANN
contra un equipo de
CATEGORÍA NACIONAL
ABSOLUTA

TORNEO EN SILLA DE RUEDAS

Campeonado Social
(abierto) del CLUB

SLALOM EN SILLA DE RUEDAS

Sábado 24-Noviembre

Por la mañana
Campeonato Social

DOMINÓ

Se disputará el
Campeonato Social de
Dominó, en pareja, en los
locales de nuestro Institu-

C/ Garcilaso, 57 Barcelona 08027

NOTIESPORT

Ya tenemos símbolo y mascota



El pasado 10 de julio se presentaron públicamente el logotipo y la mascota de los Juegos Paralímpicos (¡atenzione, **Paralímpicos** y no **Parao-límpicos!** como veníamos denominándolos hasta ahora).

Ambos han sido realizados por los mismos diseñadores de los símbolos olímpicos, los Sres. Josep Ma. Trias y Xavier Mariscal, los cuales en la rueda de prensa se mostraron muy

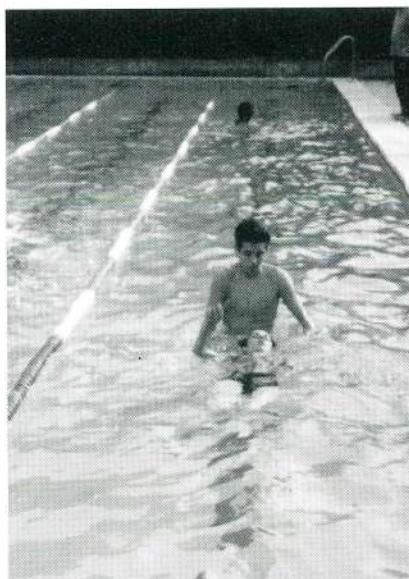


satisfechos de sus realizaciones.

El logotipo es muy similar al de los Olímpicos excepto en el elemento inferior que quiere evocar a una rueda. La mascota, Petra, definida por su autor como "muy femenina y sexy, fuerte como su propio nombre, y que ha superado su minusvalía", se irá transformando según las necesidades y, al igual que Cobi, practicará las diferentes disciplinas deportivas.

Natación para Tetrapléjicos

Durante la primera quincena de septiembre se ha desarrollado en el Instituto Guttmann, un curso de iniciación a la natación en el que un grupo de jóvenes afectados de lesión medular cervical y con la ayuda de monitores, han experi-



mentado el placer de sumergirse en el agua, mantenerse a flote de espaldas e impulsarse según la capacidad funcional de sus miembros superiores.

La 1º semana las clases tuvieron lugar en la piscina terapéutica del Centro y la segunda en la piscina descubierta del Hospital de San Rafael, en donde la temperatura exterior y la del agua, eran excesivamente frías para personas con una parálisis tan extensa y el sistema neuro-vegetativo lábil.

Para experiencias sucesivas, parece aconsejable utilizar siempre piscinas climatizadas, o de no serlo, ceñirse a períodos de tiempo de insolución asegurada.

Todos los participantes valoraron positivamente la experiencia y la clasificaron de útil y satisfactoria.

Un jugador de gran talla

Hace pocas semanas AKEM OLUDE OLEJUWON, de nacionalidad nigeriana, y jugador profesional de baloncesto de los "ROCKERS DE HOUSTON" en la NBA, en su gira promocional por Europa, quiso hacer una demostración entre jugadores en silla de ruedas. En el curso de la misma no dudó en "rodar" con los restantes jugadores guttmanianos



y aceptar con buen humor que en sus encestes desde la silla se cambiaban los papeles y él pasaba a ser un principiante. Demostró que su talla, 2,17 metros de altura, no era sólo física.

Esquí y Piragüismo

Un amigo deportista que conoce y practica el esquí y el piragüismo adaptado, Xavier Bruguera, está muy interesado en aunar los esfuerzos de aficionados y entidades para poner en marcha unos cursos de iniciación en ambos deportes. Información: Tel. (93) 329 40 60.



FABRICA DE APARATOS Y ACCESORIOS ORTOPEDICOS

José Lifante Hurtado

Fábrica: Abundancia, 7, 9 y 11 - Tel. 335 09 97
HOSPITALET DE LLOBREGAT (Barcelona) N.^o

Rodando... ¡Bajo la LLuvia!

El domingo 30 de septiembre tuvo lugar la Gimcana Sobre Ruedas en el circuito de bicicletas del Ensanche barcelonés, con una participación de unas 500 personas que utilizaban los diferentes vehículos de la convocatoria: silla de ruedas, bicicleta, patines, monopatín, tandem, cochecito de bebé...

Podría decirse que colaboraron todos los elementos personales, técnicos e institucionales a excepción... ¡del tiempo!. Pero la lluvia, que no cesó de caer, se transformó en un obstáculo más del juego, superado con el entusiasmo y los deseos de participar de muchos amigos y de muchas otras personas sin vinculación con la discapacidad física, que se sumaron con naturalidad a un acto popular y lúdico.

Iniciar la conmemoración del 25º Aniversario del Instituto Guttmann rodando bajo la lluvia, ¿hay un mejor comienzo?

Las Paraolimpiadas: algo más que una competición deportiva

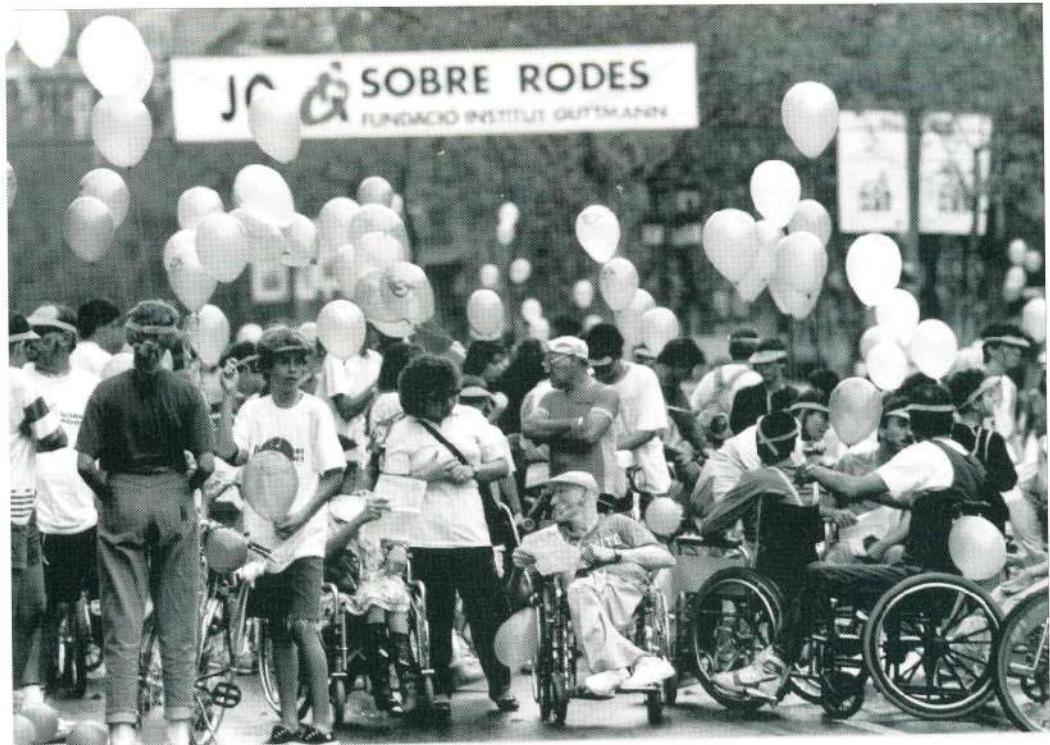
Este es el título del primer número de BLOCS, colección

de documentos técnicos sobre los aspectos bio-psico-sociales de las grandes discapacidades físicas y de su proceso de rehabilitación integral, editado por la Fundació Institut Guttmann en el 25º Aniversario de la creación de su centro de rehabilitación de parapléjicos.

El contenido de este volumen lo constituyen diversos artículos e informes que tratan de la historia y evolución de las Paraolimpiadas, de los juegos de Seúl '88 y de la participación en ellos de la representación española, así como de la próxima cita paralímpica en Barcelona '92.

Su publica-

ción ha sido patrocinada por la Fundación ONCE y ha colaborado la Dirección General d'Esports de la Generalitat de Catalunya. Se distribuye gratuitamente a entidades relacionadas con el deporte y la integración social de las personas con discapacidad.



BLOCS 1



LAS PARAOLIMPIADAS
algo más que una competición deportiva



LEGISLACIÓN

DIARI OFICIAL GENERALITAT DE CATALUNYA

DECRETO 89/1990, de 3 de abril (DOG nº 1282), del "Departament de Sanitat i Seguretat Social", de creación del Consejo Asesor sobre la Actividad Física y promoción de la salud.

DECRETO 90/1990, de 3 de abril (DOG nº 1282), del "Departament de Sanitat i Seguretat Social", sobre la tarjeta sanitaria individual en Cataluña.

ORDEN de 27 de abril de 1990, (DOG nº 1290), del "Departament de Sanitat i Seguretat Social", por la cual se fijan los valores de la unidad básica de pago para la contraprestación de los centros de asistencia sociosanitaria de larga estancia para el año 1990.

DECRETO 100/1990, de 20 de marzo (DOG nº 1290), del "Departament de Comerç, Consum i Turisme", por el cual se fijan los requisitos técnicos mínimos de los apartamentos turísticos.

RESOLUCIÓN de 21 de mayo de 1990, (DOG nº 1297), del "Departament de Benestar Social", de convocatoria pública para acceder al programa de ayudas de atención social a disminuidos.

DECRETO 129/1990 de 28 de mayo, (DOG nº 1301), del "Departament de Sanitat i Seguretat Social", de medidas complementarias para la reforma de la atención primaria de salud en Cataluña.

RESOLUCIÓN de 30 de mayo de 1990, (DOG nº 1301), del "Departament de Benestar Social", por la cual se da publicidad

a la Circular de aprobación del procedimiento básico para la aplicación de la reserva de viviendas de promoción pública adaptadas a personas disminuidas.

DECRETO 144/1990, de 28 de mayo (DOG nº 1309), de la "Presidència de la Generalitat", regulador del Programa interdepartamental de la renta mínima de inserción (PIRMI).

ORDEN de 6 de mayo de 1990, (DOG nº 1309), del "Departament de Sanitat i Seguretat Social", de aprobación del Reglamento Marco de funcionamiento de los equipos de atención primaria.

ORDEN de 31 de mayo de 1990, (DOG nº 1311), del "Departament de Treball", de orientación profesional.

ORDEN de 5 de junio de 1990, (DOG nº 1311), del "Departament de Treball", por la cual se establecen los criterios y el procedimiento para la concesión de ayudas a entidades sin finalidad de lucro que contraten trabajadores con especiales dificultades de inserción laboral.

ORDEN de 15 de junio de 1990, (DOG nº 1311), del "Departament de Treball", sobre el Plan de ocupación en colaboración con los ayuntamientos.

ORDEN de 28 de junio de 1990, (DOG nº 1318), del "Departament de Benestar Social", de desarrollo del Decreto 145/1990, de 3 de mayo, por el cual se definen los establecimientos de acogida resi-

dencial de servicios sociales y se fijan los criterios preferentes de acceso.

DECRETO 163/1990, de 20 de junio, (DOG nº 1318), de la "Presidencia de la Generalitat", de convocatoria de concesión de ayudas a los jóvenes para la adquisición de vivienda.

DECRETO 162/1990, de 20 de junio, (DOG nº 1318), del "Departament de Política Territorial i Obres Públiques", de ayudas a la adquisición de viviendas a precio tasado, en las ciudades de más de 20.000 habitantes.

LEY 13/1990, de 9 de julio, (DOG nº 1319), de la "Presidència de la Generalitat", de la acción negatoria, las inmisiones, las servitudes y las relaciones de vecindad.

ORDEN de 13 de julio de 1990, (DOG nº 1319), del "Departament de Benestar Social", de regulación de los servicios sociales públicos de acogida residencial destinados a la atención de personas con disminución y que se presten a los establecimientos del "Institut Català d'Assistència i Serveis Socials".

DECRETO 174/1990, de 3 de julio, (DOG nº 1322), del "Departament de Comerç, Consum i Turisme", por el cual se regula la capacidad sancionaria que prevé la Ley 1/1990, de 8 de enero, de disciplina del mercado y de defensa de los consumidores y de los usuarios.

LEY 15/1990, de 9 de julio, (DOG nº 1324), de la "Presidència de la Generalitat", de ordenación sanitaria en Cataluña.

DECRETO 182/1990, de 3 de julio, (DOG nº 1326), del "Departament de Sanitat i Seguretat Social", por el cual se regula el trans-



porte sanitario en el ámbito territorial de Cataluña y se establecen los requisitos técnicos y las condiciones mínimas que han de cumplir las ambulancias para su autorización como un servicio sanitario asistencial.

RESOLUCIÓN de 8 de junio de 1990, (BOE nº 142), del Ministerio de Asuntos Sociales, del Instituto de la Mujer, por la que se regulan las condiciones que han de regir en el programa experimental de formación ocupacional dirigido a mujeres solas con cargas familiares.

LEY 3/1990, de 21 de junio (BOE nº 149), de la Jefatura del Estado, por la que se modifica la Ley 49/1960, de 21 de julio, de Propiedad Horizontal, para facilitar la adopción de acuerdos que tengan por finalidad la adecuada habitabilidad de minusválidos en el edificio de su vivienda.

RESOLUCIÓN de 9 de junio de 1990, (BOE nº 152), de la Secretaría de Estado de Educación, por la que se convocan ayudas de Educación Especial para el curso 1990-91.

ORDEN de 12 de junio de 1990, (BOE nº 155), del Ministerio del Interior, por la que se regulan las pruebas de aptitud que deben realizar los solicitantes de permisos de conducción de vehículos de motor.

REAL DECRETO 825/ 1990, de 22 de junio, (BOE nº 155), del Ministerio de Sanidad y Consumo, sobre el derecho de representa-

ción, consulta y participación de los consumidores y usuarios a través de sus Asociaciones.

ORDEN de 3 de julio de 1990, (BOE nº 160), del Ministerio para las Administraciones Públicas, por la que se revisan las cuantías de determinadas prestaciones económicas de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado.

REAL DECRETO 863/ 1990, de 6 de julio, (BOE nº 162), del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, sobre revalorización de pensiones del sistema de la Seguridad Social y de otras prestaciones de protección social pública para 1990.

RESOLUCIÓN de 23 de abril de 1990, (BOE nº 164), del Ministerio de Obras Públicas y Urbanismo, de la Dirección General para la Vivienda y Arquitectura, por la que se dispone la publicación del Convenio entre el Ministerio de Obras Públicas y Urbanismo y la Generalitat de Cataluña para la financiación de actuaciones protegibles en materia de vivienda.

LEY 8/1990, de 25 de julio, (BOE nº 179), de la Jefatura del Estado, sobre Reforma del Régimen Urbanístico y Valoraciones del Suelo.

REAL DECRETO 995/ 1990, de 27 de julio, (BOE nº 182), del Ministerio para las Administraciones Públicas, por el que se aprueba la oferta de empleo público para 1990.

RESOLUCIÓN de 27 de julio de 1990, (BOE nº 183), de la Subsecretaría del Ministerio de Asuntos Sociales, por la que se acuerda la concesión de subvenciones para la realización de programas de cooperación y voluntariado sociales con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

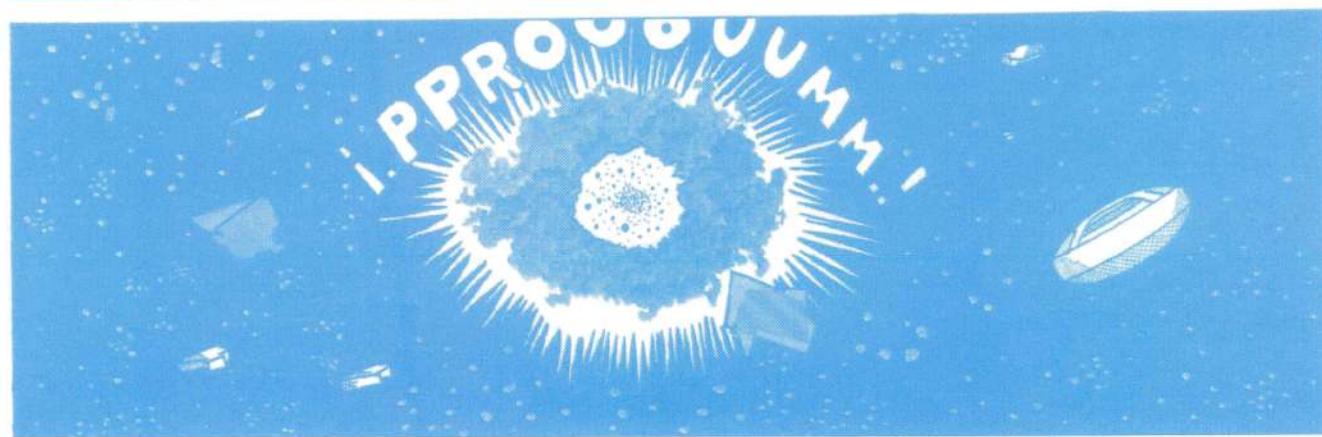
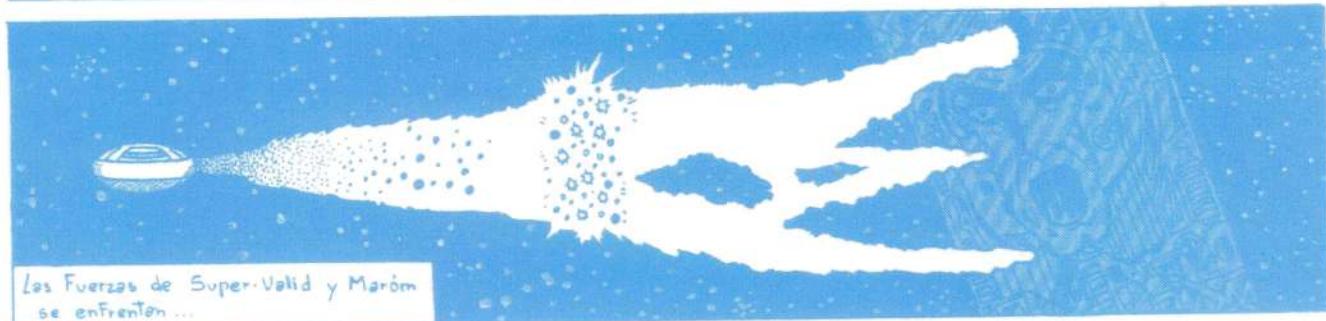
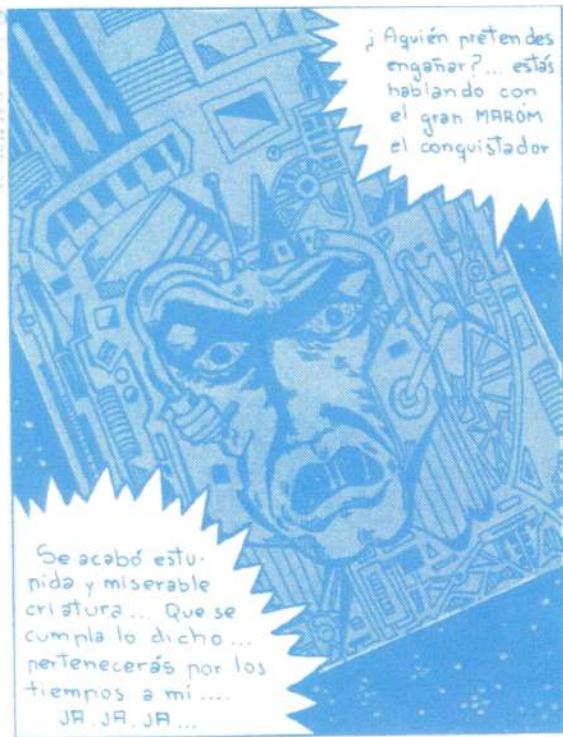
RESOLUCIÓN de 27 de junio de 1990, (BOE nº 184), de la Dirección General del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), por la que se convocan los Premios INSERSO para 1990.

ORDEN de 27 de julio de 1990, (BOE nº 185), del Ministerio de Obras Públicas y Urbanismo, por la que se fijan los precios de venta de las viviendas sociales para el trimestre natural de julio, agosto y septiembre de 1990.

ORDEN de 23 de julio de 1990, (BOE nº 188), del Ministerio de Obras Públicas y Urbanismo, por la que se modifican los cupos de ayudas económicas directas estatales para actuaciones protegibles en materia de vivienda establecidos por el artículo 1º de la Orden de 12 de febrero de 1990, sobre módulo y su ponderación.

REAL DECRETO 1019/ 1990, de 27 de julio, (BOE nº 188), del Ministerio para las Administraciones Públicas, por el que se crean Oficinas de Asuntos Sociales en las Delegaciones del Gobierno en las Comunidades Autónomas.

RESOLUCIÓN de 31 de julio de 1990, (BOE nº 207), del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Secretaría General Técnica, por la que se da publicidad al Convenio de colaboración entre el Instituto Nacional de Empleo y la Generalitat de Cataluña, para la contratación temporal de trabajadores desempleados en obras de interés general y social.





FUNDACIÓ
INSTITUT GUTTMANN