



liga de enfermos vizcaínos de artritis reumatoide
artritis erreumatoidea duten bizkaiko gaixoen elkarte

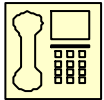
SALUDAR

BOLETIN INFORMATIVO DE LEVAR
LIGA DE ENFERMOS VIZCAINOS DE ARTRITIS REUMATOIDE

Julio 2011

INFORMACIÓN

Ronda s/n, 3º M, ganbara espacio asociativo
48005 BILBAO



Teléfono 946569202

Móvil 605727127

E-mail levar@levar.es

Web. www.levar.es

LEVAR FORMA PARTE DE:



Presidencia del Departamento
Física y/Organiza de Donostia
Guztatuun hako edota organika
Elkarrekin Bizkaita

FEKOOR Coordinadora Discapitados Físicos Bizkaia



COORDINADORA NACIONAL DE ARTRITIS

CONARTRITIS Coordinadora Nacional de Artritis



VERANO

PLAYA DE AZKORRI

INSTITUCIONES Y ENTIDADES COLABORADORAS



Ha llegado el verano y nos vamos de **vacaciones hasta Septiembre**, que volveremos a trabajar cargados de energía a seguir esforzándonos por vez crecer a nuestra asociación y llevar a cabo todos los proyectos que nos concedan.

Durante los meses de Julio y Agosto no estaremos en la **SEDE LEVAR**. En Julio atenderemos la correspondencia y a BBK por si los proyectos son concedidos. Para lo **importante o urgente** poneros en contacto con Alicia en el **605727127**

La **Junta Directiva de LEVAR** quiere agradecer a todas las personas **participantes en las charlas** organizadas por la asociación dentro de las actividades del primer semestre, **por la asistencia y el interés mostrado.**

Leyenda india Cherokee

Un viejo indio estaba hablando con su nieto y le decía:
“Me siento como si tuviera dos lobos peleando en mi corazón.

Uno de los dos es un lobo enojado, violento y vengador.
El otro está lleno de amor y compasión”

El nieto preguntó:

“Abuelo, ¿dime cuál de los dos lobos ganará la pelea en tu corazón?”

El abuelo contestó:

“Aquel que yo alimento.”



Os recordamos los distintos **servicios** que nos ofrece **Fekoor:**
AREA SOCIAL. Atendido por una trabajadora social
AREA JURIDICA. Atendido por un Abogado
ATENCION PSICOLOGICA. Atendido por una Psicóloga
ORIENTACION LABORAL

FEKOOR c/ Blas de Otero, 63 bajo 48014 Bilbao, teléfono 94 405 36 66

Email: fekoor@fekoor.com, Web. www.fekoor.com

El área de acción social del ayto. de Bilbao nos ha concedido las subvenciones solicitadas a los tres proyectos presentados por importe de 1.074,60€ cada uno.

El fin de semana de Balneoterapia en Karrantza los días 3, 4 y 5 de Junio a sido un fracaso por no cumplir los objetivos de 30 plazas y solo participar 15, que lo pasaron de maravilla y fueron atendidos muy bien.

El día 20 de Julio a las 17:45h, tenemos una charla informativa en el Salón de Actos de Bolunta, organizada por ConArtritis y patrocinada por la Fundación Abbott, como ponentes la Presidenta de LEVAR y el Dr. Alonso del Servicio de Reumatología de Cruces, esperamos vuestra masiva presencia por la importancia que supone para todos/as y para la asociación

JUNTA DIRECTIVA

Presidenta Julia Alicia Iglesias

Vicepresidente Jesús Juanes

Secretaria Maite Membrives

Tesorera Begoña Pérez

Vocales, Ana M^a Serón

Eduardo Escobes

Amelia Florencio

M^a Luz Pereda

COLABORADORES ACTIVOS

José Luis Quintela (socio)

Mirta Irureta (socia)

Juan Solaegui (socio)

Julia Juanes (voluntaria)

FELICES VACACIONES



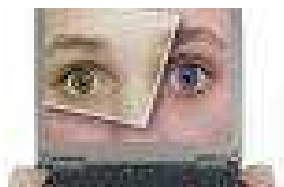
PRESENTAN UN PORTÁTIL QUE SE CONTROLA CON LOS OJOS

El Cebit, la principal feria informática europea, sigue encogiéndose, en línea con lo que ocurre con este tipo de eventos en todo el mundo. No obstante, además de para repasar el estado del arte en TICs, se emplea para presentar novedades que siempre causan sensación aunque sean de escaso uso inmediato. La de este año ha sido probablemente un portátil que se maneja con los ojos.

El ingenio lo quiere comercializar Lenovo (la antigua IBM) y emplea tecnología de la firma sueca [Tobii Technology](#). Por el momento es un simple prototipo en un ordenador Thinkpad, pero parece que funciona, gracias a los lectores de infrarrojos que siguen el movimiento de los ojos de la persona que se coloca frente al portátil. Incluso calcula en tiempo la posición relativa de pupila, iris y cornea y los ajusta a cada persona.

Su operativa es la siguiente: para pinchar en un botón o enlace hay que mirarlo al mismo tiempo que se aprieta un botón. Los desplazamientos del ojo tienen un efecto sobre el cursor similar al que se produce al mover un ratón o un dedo sobre una pantalla táctil. Y cuando nadie mira al portátil, éste se pone en modo descanso.

El sistema podría empezar a comercializarse mañana si no fuera por su elevado coste, lo que a su vez pasa porque un número importante de empresas lo introduzcan en sus equipos y se pueda alcanzar cierto volumen. De hecho, la firma sueca que ha desarrollado esta tecnología está especialmente interesada en llegar a acuerdos con fabricantes de sistemas operativos, como Microsoft o Apple, y especialmente con los de móviles, un soporte en el que el control ocular resultaría especialmente interesante. **Euskadi+Innova**.



TUNEL CARPIANO. Eficacia de distintos tratamientos

El síndrome del túnel carpiano es un proceso muy frecuente. Diversos tratamientos han demostrado su eficacia aunque no hay acuerdo sobre cuál es el más eficaz. Los más utilizados son la inmovilización nocturna, mediante una férula, la inmovilización junto con infiltración de corticoides y la liberación quirúrgica del mediano mediante la sección del ligamento transversal del carpo. En un estudio se pretende comparar la eficacia de estos tres tratamientos tanto en la mejoría de los síntomas como en la evolución de los parámetros neurofisiológicos. Tras la distribución aleatoria veintitrés manos se trataron con inmovilización, otras veintitrés recibieron tratamiento con inmovilización e infiltración y once manos fueron intervenidas quirúrgicamente. Se evaluaron las latencias proximal y distal, así como la velocidad de conducción motora y sensorial mediante la electromiografía. Los síntomas se evaluaron mediante una escala que mide la intensidad de los síntomas y otra que mide la función. **Estas** mediciones se realizaron en la visita a los tres y a los seis meses. **A** los tres meses mejoraron los síntomas y los parámetros del EMG con los tres tratamientos, si bien la mejoría en la velocidad de conducción sensitiva a nivel de palma de la mano fue mayor con la liberación quirúrgica. **A** los seis meses los síntomas y los parámetros de EMG empeoraron en los grupos con tratamiento conservador mientras que el grupo tratado con liberación quirúrgica fue mejorando. La capacidad funcional en el grupo con tratamiento quirúrgico fue significativamente mejor que la obtenida en los grupos con tratamiento conservador. **En** la literatura médica existe cierta controversia en cuanto a la eficacia de los diferentes tratamientos utilizados en el manejo del síndrome del túnel del carpo. **Hay** autores que con tratamiento conservador, es decir infiltración con corticoides y/o inmovilización con férula obtienen buenos resultados que perduran al año. Otros autores obtienen resultados parecidos a los que se comunican en este artículo, es decir con el tratamiento conservador se consigue una mejoría inicial pero que desaparece con el tiempo. No ocurre así con el tratamiento quirúrgico en el que la mejoría tanto clínica como en el EMG perdura en el tiempo. En este estudio el 25% de los pacientes denegaron el consentimiento para la cirugía. **Por** ello aunque el tratamiento quirúrgico es más eficaz tal vez debería reservarse sólo a aquellos pacientes que no encuentran mejoría con los tratamientos conservadores. **Dr. José Ivorra Cortés.**



JUBILACION DE LOS TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD EN GRADO IGUAL O SUPERIOR AL 45 POR CIENTO

Las personas trabajadoras con discapacidad en grado igual o superior al 45% podrán anticipar la edad de jubilación a los cincuenta y ocho años, según se publicó el 22 de diciembre en BOE (RD 1851/2009 de 4 de diciembre)

Esta nueva norma dispone que para aquellas personas con discapacidad igual o superior al 45%, trabajadoras por cuenta ajena y/o por cuenta propia incluidos en cualquiera de los regímenes de la Seguridad Social, la edad de jubilación excepcionalmente será a los cincuenta y ocho años.

Para poder acceder a dicho derecho la persona deberá haber trabajado y cotizado el periodo mínimo de cotización exigido para poder acceder a la pensión de jubilación y estar afectada por alguna de las enfermedades enumeradas en el artículo 2 del Real Decreto y que hayan determinado, durante todo ese tiempo, un grado de discapacidad igual o superior al 45 por ciento.

Este Real Decreto supone una importante mejora respecto a la norma publicada en el año 2003 (RD 1539/2003 de cinco de diciembre) donde se establecían coeficientes reductores de la edad de jubilación para las personas trabajadoras que

acreditasen un grado de discapacidad igual o superior al 65 por ciento.

Y aunque sigue siendo una edad avanzada para personas con discapacidad, ya que en nuestro caso la discapacidad ocasiona un **desgaste** y un **envejecimiento prematuro**, más acentuado en el caso de discapacidades intelectuales, cuya esperanza de vida está en una media de 55-60 años. Si la jubilación se establece en 58 años habrá personas que ni lleguen y los que sí lo hagan disfrutarán poco de la misma. Sea como sea, está claro que sigue siendo **una noticia positiva** y poco a poco irá habiendo más igualdades en este tema. Para los que tengan discapacidades más severas que les impida adelantar su jubilación porque realmente les supone mucho esfuerzo trabajar, pueden pasar el tribunal médico para calificar el tipo de **invalidez** que les corresponda.



EL GOBIERNO MODIFICARÁ EL BAREMO DE VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

El nuevo baremo, que se aplicaría en todas las valoraciones de la situación de dependencia en un plazo de 12 meses, introduce mejoras en su aplicación y será el único instrumento técnico válido para la determinación de la necesidad de ayuda de otra persona (ATP)

El Consejo Territorial del SAAD ha introducido mejoras en el baremo dirigidas a facilitar la comprensión de los criterios generales en su aplicación, ajustando su redacción a los conceptos de la Calificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud y resaltando la necesidad de establecer la coherencia de la valoración con el informe de salud y del entorno. Además, el nuevo baremo diferencia el «No desempeño de la tarea», originado por la situación de dependencia respecto del debido a otras causas no puntuables. También diferenciará el umbral de dependencia de acuerdo con la frecuencia con que se requiere el apoyo de otra u otras personas. Este baremo define mejor los tipos de apoyo de otra u otras personas, mejorando con ello la clasificación de la gravedad de las situaciones de dependencia, que se determina de acuerdo con la definición de grados y niveles previstos en el artículo 26 de la Ley. Por otra parte, se pretende simplificar las tareas objeto de valoración que han resultado complejas o han presentado dificultades para la determinación del apoyo por tratarse de funciones fisiológicas. También se quiere mejorar la Escala de Valoración Específica de dependencia para personas menores de tres años (EVE) mediante la incorporación de dos nuevos ítems en la tabla de movilidad, para una mayor precisión de este bloque de actividad. Asimismo, las modificaciones revisarán la tabla de combinación de necesidades de apoyo en salud, para mejorar su sensibilidad al cruzarlas con las medidas de soporte para funciones vitales.



EL TOMATE, CONSUMO MODERADO ANTE DOLENCIAS ARTICULARES

¿Es conveniente comer tomate cada día? El tomate es un vegetal propio de la región mediterránea y de su gastronomía, y su consumo es abundante durante los meses de verano por ser su temporada natural de cultivo. Fresco, resulta idóneo para degustarlo en ensalada, como ingrediente de sopas, gazpachos y zumos, y los excedentes se emplean para elaborar salsas de las que se pueda disponer el resto del año. Se trata de una planta de la familia de las solanáceas, y **por su particular composición conviene que las personas que sufren dolencias articulares no lo tomen a diario.**

Una manera de comprobar el grado de sensibilidad hacia el tomate y el resto de hortalizas solanáceas es evitar su consumo durante una temporada. Dejar de comer tomate una temporada puede aliviar las dolencias articulares en quienes sufren de este mal. La propuesta es abstenerse de comer durante una temporada dichos vegetales y comprobar si se observa algo de alivio articular u otros problemas relacionados como la gota. Puede resultar difícil porque son innumerables las recetas sencillas y populares que incluyen estos alimentos: ensaladas, gazpachos, zumos, patatas cocidas, purés, en tortilla, etc. Si la persona es sensible a los alcaloides de estos vegetales, mejorarán sus molestias articulares al omitir estos vegetales de sus menús o bien al ser muy comedido con su consumo.



LA DIPUTACIÓN DOTARÁ DE UNA TARJETA ACREDITATIVA A LAS PERSONAS QUE TENGAN UN GRADO DE DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 33 %

La Diputación Foral ha creado esta tarjeta para facilitar a las 70 mil personas que tienen acreditado ese nivel de discapacidad el acceso a los beneficios establecidos por las normativas estatal, autonómica, foral o municipal.

En estos momentos, cuando una persona con un grado de discapacidad igual a superior al 33% quiere acceder a un bien o un servicio al que tiene derecho en función de esa discapacidad, debe mostrar la orden foral por la que se le reconoce y se le califica esa condición, junto con otros documentos como el DNI.

A partir de ahora, y con el fin de dotar a las personas usuarias de un instrumento más práctico y cómodo a la hora de acreditar su condición, se crea la tarjeta acreditativa de dicho grado de discapacidad.

Es decir, la tarjeta, personal e intransferible, será testimonio fehaciente del reconocimiento del grado de discapacidad de su titular y servirá de documento probatorio: su presentación, acompañada del D.N.I., surtirá los mismos efectos que la Orden Foral actual.

La tarjeta acreditativa se expedirá de oficio, a partir de ahora, a todas las personas que obtengan el reconocimiento de un grado igual o superior al 33%. Quienes tenían reconocida esa condición con anterioridad, recibirán en su domicilio la tarjeta.



ARRITMIAS FIBRILACION AURICULAR, CARDIOLOGIA

Es una taquiarritmia donde existe ausencia completa de contracciones auriculares coordinadas y eficaces desde el punto de vista hemodinámica; reemplazadas por otras parciales, vermiculares, que son denominadas ondas fibrilatorias que sustituyen la onda P. Puede ser paroxística, aguda (con episodios de 24 a 48 hs de duración) o crónica. La frecuencia auricular es de 400 o más contracciones por minuto, lo que no facilita su vaciamiento y funcionalmente permanece en diástole. En su patogenia se encontraría la reentrada de estímulos auriculares por múltiples circuitos que hallarían zonas refractarias y otras excitables. Esta incoordinada actividad cardíaca se llama delirium cordis. El ventrículo responde con ondas frecuentes e irregulares y, aunque permanece bajo control auricular por lo cual los complejos QRS son supraventriculares y solamente pasan al ventrículo un número variable entre 100 y 200. La fibrilación auricular incrementa al doble el total de las muertes por causa cardiovascular. Las afecciones cardiovasculares comúnmente asociadas con la fibrilación auricular son la hipertensión arterial y la enfermedad isquémica de miocardio. En el Estudio Framingham se encontraron factores de riesgo para esta arritmia: la edad, la enfermedad valvular cardíaca, la insuficiencia cardíaca congestiva, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Ocurre en el 5 al 8 % de los infartos agudos de miocardio y en el 20 al 25 % de las pericarditis constrictivas y se asocia, con frecuencia, al síndrome de Wolff-Parkinson-White. Las consecuencias más importantes de la fibrilación auricular son el tromboembolismo y, sobre todo, el accidente encefalovascular. Este último evento tiene gran prevalencia en los ancianos y, en ellos, es la causa más común de origen cardiogénico. En los menores de 65 años, con hipertensión arterial, diabetes y antecedentes de ataques isquémicos transitorios del encéfalo, tiene una frecuencia de 1% por año. Con el agregado de degeneración de las válvulas cardíacas, ese porcentaje se eleva entre 3 y 5 % hasta los 75 años y después de esa edad al 8 %. La morbilidad de esta arritmia, aunque algunos pacientes no presenten síntomas, incluye palpitaciones, disnea, angina de pecho e insuficiencia cardíaca congestiva. La hipertensión arterial y la isquemia de miocardio, como hemos dicho, pero también la **cardiopatía reumática** (en particular con estenosis e insuficiencia mitral), el hipertiroidismo, la pericarditis constrictiva, la cirugía cardíaca (sobre todo valvular), los traumatismos cardíacos son causas de fibrilación auricular. También puede desencadenarse por **sobre excitación emocional**, el esfuerzo físico intenso y las drogas simpaticomiméticas. El pulso radial, cuando la frecuencia ventricular es alta, se caracteriza -además de su desigualdad e irregularidad por el denominado pulso

en déficit, porque no se corresponde con la frecuencia auscultatoria central. Algunas contracciones ventriculares resultan tan débiles que no pueden abrir la válvula aórtica. La auscultación cardíaca revela el mismo desorden que el pulso. El primer ruido es variable y el segundo puede desaparecer. En el pulso yugular falta la onda a y el valle de x. La insuficiencia cardíaca producirá turgencia venosa. Con un buen estudio semiológico de los pulsos radial y yugular se puede efectuar el diagnóstico de la fibrilación auricular. En el electrocardiograma se observa la ausencia de las ondas P, reemplazadas por la deflexión f. Los intervalos R-R son totalmente irregulares, excepto en un bloqueo A-V completo o en un ritmo acelerado de la unión, donde la regularidad la da la disociación auriculoventricular. En las derivaciones precordiales próximas al esternón, donde las deflexiones f se observan con claridad, pueden aparecer grandes ondas f bifásicas. En la fibrilación auricular paroxística o en toda aquella con frecuencia ventricular elevada (mayor de 150 latidos por minuto) pueden difícilmente visualizarse las ondas f y describirse el trazado como una taquiarritmia supraventricular. La cronicidad puede llevar a frecuencias cardíacas menores de 100 latidos por minuto y no requerir tratamiento alguno. Aunque el control farmacológico de la fibrilación auricular tiende a bajar la conducción del nódulo auriculoventricular y lograr reducir así la alta respuesta ventricular, con el empleo de digoxina, beta-bloqueantes o bloqueantes cálcicos, lo ideal es la cardioversión eléctrica. Esta puede resultar ineficaz, al reiterarse la fibrilación auricular, al persistir las causas que le dieron origen. La cardioversión eléctrica debe realizarse previa suspensión de la saturación digital -es aconsejable esperar algo más de 24 hs-, con la posibilidad de evaluar la anticoagulación del paciente antes de la misma y durante unos días después para mitigar los fenómenos tromboembólicos. La digital es la terapéutica de elección para los casos de fibrilación auricular crónica y también se preconiza para los casos agudos y por vía intravenosa (aunque su uso está muy restringido), forma en que también se han empleado la procainamida, el verapamilo y la amiodarona. Muchas de estas drogas -incluyendo la quinidina- se utilizan para evitar las recidivas de la fibrilación auricular luego de su remisión espontánea o por cardioversión. Algunas investigaciones sugerirían que la implantación de un marcapaso definitivo reduciría el riesgo de esta taquiarritmia como de otras arritmias ventriculares.

