



Segundo Semestre 2002

Nº 17

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

SEDENE

JUNTA DIRECTIVA

ANTONIO IBARZO MONREAL	<i>Presidente</i>
CARMEN PÉREZ MOLTÓ	<i>Vicepresidente I</i>
ROSA SUÑER SOLER	<i>Vicepresidente II</i>
M ^ª TERESA JIMÉNEZ FRAILE	<i>Secretaria</i>
CONXI CASTRO GALLEGO	<i>Vicesecretaria</i>
RAFAEL SALA PASTOR	<i>Tesorero</i>
M ^ª DOLORES VÁZQUEZ SANTISO	<i>Vocal</i>
PILAR PARRILLA NOVO	<i>Vocal</i>
RAIMUNDO CARO QUESADA	<i>Vocal</i>
CARMEN MÁRQUEZ REBOLLO	<i>Vocal</i>

REDACCIÓN:

Responsable Edición: Carmen Pérez Moltó

Portada: Ana Villegas Cebrián

IMPRIME: Impremta Falcó

D.L.: A-391-2000

SUMARIO

- Carta del Presidente pag. 4
- Editorial pag. 6
- IX Reunión Anual SEDENE pag. 7
- Premios a las Comunicaciones y Pósters pag. 10
- Premio a los mejores proyectos de investigación
en enfermería neurológica pag. 11
- Protocolos de actuación.
Atención prehospitalaria del paciente con Ictus pag. 12
- Cuidados Protocolos. Síndrome de hiperfusión.
Complicación de la angioplastia transluminal percutánea pag. 20
- Puesta al día. Problemas de enfermería
en el Síndrome de enclaustramiento pag. 25
- Jornadas de Enfermería Neurológica. Año 2002 pag. 30
- Normas de publicación pag. 32
- Convocatoria Asamblea General Ordinaria pag. 33

CARTA DEL PRESIDENTE

Queridos socios de la SEDENE,

Esta es mi última carta como presidente de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica.

Han pasado diez años muy rápidos y muy intensos y atrás queda en el recuerdo todas las dificultades que hemos tenido que vencer. Quizás la aventura, la locura o el amor por nuestra profesión nos motivó a crear esta Sociedad Científica. Prácticamente partíamos de cero si no hubiera sido por la ayuda de la gran mayoría de los neurólogos, ofrecida desde la SEN o desde los Servicios de Neurología.

Creo que nos podemos sentir satisfechos por el trabajo realizado. **Construir la Sociedad, darle difusión, Consolidarla, Buscar su reconocimiento y dar continuidad** a las actividades creadas ha sido el trabajo realizado durante estos años.

Entre todos hemos creado un espacio que nos debe servir en el futuro para desarrollar la enfermería neurológica a través de una especialidad de enfermería sólida e innovadora.

La puesta en marcha este año de la página Web supone un paso más en el camino que la SEDENE se ha trazado. Entre todos debemos hacer que la Publicación Oficial y la página web sean instrumentos de consulta y de información útil y actualizada.

La SEDENE y yo personalmente tenemos que agradecer a las Instituciones y a los Laboratorios su colaboración, sin el apoyo incondicional de algunos de ellos hubiera sido muy difícil seguir adelante.

Sinceramente también quiero agradecer el trabajo y la fidelidad de todos los miembros de junta durante estos años: **Ana M^a Rodríguez, Lourdes Rigual, Esther Moreno, Mariam Sánchez, Rosa Suñer, Carmen Pérez, Rafael Sala, M^a Teresa Jiménez, Conxi Castro, Dolores Vázquez, Raimundo Caro, Pilar Parrilla y Carmen Márquez.**

Es mi deseo felicitar y animar a todos los socios para que sigan trabajando por la enfermería neurológica, aportando su saber enfermero como lo han hecho durante estos años y participando en el desarrollo del futuro de la Sociedad.

Para finalizar solo me queda agradecer desde estas líneas a las tres personas que han vivido conmigo más de cerca una década de SEDENE: Mi hija **Mireia**, que se ha hecho una señorita de trece años, mi hijo **Xavier** que se ha hecho mayor de edad y universitario con dieciocho años y a mi esposa **Lluïsa** que me ha acompañado en los buenos, pero también en los malos momentos; **por la paciencia y por el tiempo que no les he dedicado. Gracias.**

Antoni Ibarzo

CARTAS A LA REDACCIÓN

Queremos reservar un espacio, para que a través de él os podáis dirigir a la Junta Directiva, a todo el colectivo de enfermería de nuestra Sociedad, y a mi misma com responsables de esta Publicación, para exponer vuestros comentarios, quejas, cartas abiertas y/o sugerencias.

Con ello lo que pretendemos, es que esta Publicación sea una revista abierta, donde todos puedan participar de forma activa.

Dirigir vuestras cartas a: **Catalana de Congresos.**

C/ Casp, 120, 3º 4º- 08013 Barcelona- Tel 932449150 – Fax 932449151

E-mail: yolanda@catalanacongresos.com – www.catalana-congresos.com

EDITORIAL

Estas líneas, las quiero dedicar a Antonio Ibarzo, que como bien sabéis, todos, este año deja su actividad como Presidente de la Sociedad de Enfermería Neurológica.

En estos años, hemos ido creciendo tanto en recursos humanos como materiales y al mismo tiempo se han realizado proyectos interesantes que han contribuido a la consolidación y prestigio de esta Sociedad. No sería justo, dejar de mencionar, que para alcanzar este grado de crecimiento, nuestro Presidente y amigo Antonio, ha aportado un gran entusiasmo y dedicación a esta labor, sabiendo orientar la trayectoria de nuestra Sociedad hacia objetivos que hoy ya han sido alcanzados.

Haciendo un poco de memoria hemos de reconocer que los comienzos no fueron fáciles. Éramos tan sólo cuatro personas que no nos conocíamos, con vidas y vivencias diferentes; pero eso sí, con ideas parecidas sobre el lugar que le corresponde a la Enfermería y en nuestro caso a la que desarrolla su día a día en el cuidado del enfermo neurológico.

Como todo grupo que empieza, hemos tenido algunos problemas, unos derivados de la falta de recursos, otros de las dificultades propias en la comunicación de un grupo de personas que intentaba formarse como equipo para alcanzar metas comunes y otros por falta de tiempo que en muchas ocasiones le "robábamos" a nuestras propias familias y a nuestra vida fuera de la actividad profesional. Hoy podemos constatar que nuestra Sociedad ha alcanzado un alto grado de consolidación. Hemos sabido dejar de lado nuestras diferencias e intereses particulares y dirigir nuestros esfuerzos a un objetivo común.

Las gestiones realizadas para alcanzar el reconocimiento de la Enfermería Neurológica a nivel nacional e institucional, se las debemos en parte a Antonio Ibarzo, sin olvidar a Conxi y Teresa que también nos dejan y por eso, desde aquí quiero transmitirles nuestra consideración y agradecimiento, sabiendo que aunque nos dejen, podemos contar con ellos, como amigos y como compañeros.

IX REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA



Reunión anual SEDENE Programa científico

Jueves, 28 de noviembre de 2002

08:30 **Entrega de documentación**

09:15 **Acto de inauguración**

09:30 **Conferencia inaugural:
“Bioética y retos en el mundo actual”**

Ponente:

José García Ferrez. Profesor de Bioética. Universidad de Comillas.

10:30 **Pausa / Café**

11:00 **Comunicaciones orales**

15:30 **Taller:**

Integrar a la familia en el cuidado del paciente neurológico: ¿Cómo, quien y cuándo?

Ponente:

M^a Consuelo Carballal Balsa. Enfermera. Licenciada en Psicología. Presidenta de la Asociación de Salud Mental en España.

17:30 **Presentación Resultados del Proyecto de Investigación del año 2001**

Sra. Juana M^a Senosiain. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad Pública de Navarra.

18:00 **Asamblea General Ordinaria de Socios de la S.E.D.E.N.E.**

Viernes, 29 de noviembre de 2002

09:00 **Comunicaciones orales**

10:30 **Pausa / Café**

11:00 **Sesión:**

La persona con lesión medular espinal: Desde la fase aguda al domicilio... un largo camino.

Moderadora:

Ana M^a Laza Alonso. Enfermera, Supervisora de Docencia, Formación y Calidad Asistencial.

Ponentes:

M^a Angeles Alba Varas. Enfermera. Unidad de Cuidados Intensivos.

M^a Teresa Ferreirós Fuentes. Supervisora. Unidad de Hospitalización.

Joaquina Ramírez Martínez. Fisioterapeuta.

Pilar González González. Terapeuta Ocupacional. Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo.

13:00 **Sesión de pósters**

16:00 **Taller:**

Reeducación de las incontinencias

Patrocinado por Arbora - Ausonia

Ponentes:

Dra. Rosario Martín González. Neuróloga. Jefe de Sección del Servicio de Neurología. Hospital Universitario San Juan de Alicante. Sociedad Española de Neurología.

Sra. Mercedes Lorente Guijarro. Enfermera. Unidad de Urodinamia. Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo.

Dr. David Castro Díaz. Urólogo. Profesor Titular de Urología. Hospital Universitario de Canarias.

17:30 **Comunicación de los premios - Acto de clausura**

PREMIOS A LAS COMUNICACIONES Y PÓSTERS. BASES:

Podrán participar todos los enfermeros/enfermeras que desarrollen sus actividades en áreas relacionadas con la enfermería neurológica.

Los premios están otorgados por el Colegio de Diplomados en Enfermería de Barcelona, en tres apartados:

Un premio de investigación en Enfermería Neurológica dotado de **600.- €**

Dos premios de Comunicaciones de protocolos de cuidados y casos clínicos. **300.- €** (cada uno).

Tres premios de Pósters. Dotación **180.- €** (cada uno).

Es condición indispensable para optar a los premios, que el autor de la comunicación o su presentador esté inscrito en la IX Reunión Anual de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica.

Podrán optar a los premios todas las Comunicaciones científicas expuestas de forma oral o a modo de póster, fruto de trabajos inéditos, presentados en la IX Reunión Anual de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica, a celebrar en Barcelona los días 28 y 29 de Noviembre de 2002.

Los autores interesados en presentar una comunicación a la reunión, pueden enviar el resumen de la misma a la Secretaría Técnica de la Reunión (Catalana de Congressos. C/ Casp, 120. 08013 Barcelona), antes del 31 de Octubre de 2002.

El resumen de la comunicación tendrá un máximo de 250 palabras, y deberá contener los apartados de Objetivos, Material y Métodos, Resultados y Conclusiones.

Debe indicarse claramente la preferencia de presentación: Comunicación oral, Póster o ambos.

Los pósters tendrán unas medidas máximas de 150 cm. de alto por 100 cm. de ancho. El Comité Científico informará de la aceptación o no de los resúmenes a sus autores, antes del 7 de Noviembre de 2002.

Los autores de los trabajos premiados, podrán publicarlos en Revistas y Publicaciones Científicas, haciendo constar que han sido galardonados con los premios que concede la SEDENE.

El Jurado Calificador de los premios estará compuesto por el Comité Científico de la IX Reunión Anual de la SEDENE.

El fallo de los premios se dará a conocer por el Jurado Calificador durante el Acto de Clausura, y será inapelable.

Los premios pueden ser declarados desiertos, en el caso que el Jurado calificador así lo considere.

La participación en los premios, implica la aceptación de las Bases.

VI EDICIÓN

PREMIO A LOS MEJORES PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA NEUROLÓGICA. BASES:

1. La Sociedad Española de Neurología (S.E.N), concederá un premio con una dotación de **1.800.- €**, al mejor proyecto de investigación en Enfermería Neurológica.
2. Podrán optar a este premio todos los enfermeros/enfermeras que desarrollen sus actividades en áreas relacionadas con la enfermería neurológica, dentro del Estado Español.
3. No se podrán presentar proyectos iniciados o que hayan recibido otros premios
4. Para participar es necesario estar inscrito en la IX Reunión Anual de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica, que se celebrará los días 28 y 29 de Noviembre de 2002
5. Para concursar se enviarán 9 copias del proyecto a la Secretaría Técnica de la Reunión: SEDENE. C./ Casp, 120. 08013 Barcelona, antes del 31 de Octubre de 2002
6. El jurado calificador de los premios estará compuesto por la Junta Directiva de la SEDENE, y el Secretario de la S.E.N.
7. La memoria del proyecto deberá incluir:
 - Nombre de los investigadores, nombre del investigador principal y centro de trabajo.
 - Antecedentes sobre el tema del proyecto (incluyendo bibliografía)
 - Metodología, objetivos, hipótesis y utilidad práctica previsible
 - Planificación del proyecto (fechas de inicio y final)
 - Curriculum de los investigadores
8. Las decisiones del Jurado son inapelables
9. La decisión del Jurado se dará a conocer en el Acto de Clusura de la IX Reunión Anual
10. El proyecto ganador deberá exponer los resultados de la investigación en la siguiente Reunión Anual de la SEDENE.

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DEL PACIENTE CON ICTUS

Montse Puigdemont*, Jordi Pujiula*, Rosa Suñer**.

**Enfermeros del Servicio de Neurología.*

*Unidad de Ictus del Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta y
Becarios de la Agencia de Investigación Neurovascular de la Fundación Dr. Josep Trueta.*

***Enfermera, Adjunta Dirección de Enfermería.*

*Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta y
Profesora Asociada de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Girona*

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cerebrovasculares constituyen el trastorno neurológico con mayor morbimortalidad, representando la tercera causa de muerte en los países desarrollados después de la enfermedad cardiovascular y las neoplasias.

En Cataluña, estas enfermedades constituyen la primera causa de muerte en hombres mayores de 75 años y en mujeres de más de 65 años (1,2), provocan importantes secuelas físicas siendo la primera causa de discapacidades en los adultos, por lo que representan un grave problema social y un elevado coste sanitario (3).

Nuevos tratamientos en recientes ensayos clínicos están demostrando la eficacia de algunos fármacos, conjuntamente con una atención multidisciplinar especializada en el manejo del ictus.

Pero la máxima efectividad se produce cuando el paciente es tratado durante las primeras horas después de sufrir la isquemia o la hemorragia cerebral. Por ello, actualmente, el ictus debe ser considerado como una urgencia neurológica.

Esta conciencia de urgencia es cada día mayor entre los profesionales sanitarios, pero la población aún desconoce los síntomas del ictus por falta de información, siendo el personal de enfermería un elemento importante de transmisión para estos conocimientos.

Organizar y coordinar un sistema de traslado de estos enfermos para reducir los «tiempos de latencia» es también fundamental en la cadena de atención al ictus.

Para establecer una actuación prehospitalaria urgente de estos pacientes el pasado 7 de Junio de 2002 se implantó el Código Ictus en las comarcas de Girona impulsado por nuestro centro y coordinado por el 061.

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

El ictus es una situación de urgencia. Cuando se dan los primeros síntomas los consejos son pocos y simples: hacer que el paciente adopte una postura cómoda, reclinar el cuerpo para facilitar la respiración, aflojar el cuello de la camisa, el cin-

turón, etc. En caso de vómito evitar que éste sea aspirado colocándolo de lado. Si existen convulsiones impedir que la persona se haga daño o se muerda la lengua.

Desde el domicilio del paciente o desde el centro de Atención Primaria se debería aplicar la escala neurológica de Cincinnati (Tabla 1) si se sospecha de un o más de los tres signos mencionados anteriormente, llamar al servicio de urgencias médicas (061) y seguir sus instrucciones.

Escala de Cincinnati* (tabla 1)

- Debilidad facial: un lado de la cara no se mueve tan bien como el otro al sonreír o en enseñar los dientes.
- Caída del brazo: un brazo no se mueve o cae en comparación con el otro cuando se colocan los dos brazos elevados.
- Trastorno del lenguaje: El paciente no pronuncia bien las palabras, o utiliza palabras inapropiadas o bien no puede hablar.

Reference: Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS), Kothari, et al., Annals of Emergency Medicine, Volume 33, April 1999

El equipo del servicio de urgencias mantendrá las vías aéreas permeables con un buen funcionamiento pulmonar y un adecuado gasto cardíaco utilizando oxigenoterapia si se produce un descenso de la pO₂. Se mantendrá la tensión arterial, tratando niveles de TAS = 220 y/o TAD = 120 en ictus isquémico o TAS = 185 y/o TAD = 105 en ictus hemorrágicos. La hipotensión arterial puede ser muy peligrosa, por eso el tratamiento de la hipertensión requiere siem-

pre un manejo de agentes que no provoquen un descenso brusco de la misma.

PROTOCOLO DE TRASLADO

Se recomiendan las siguientes medidas:

- Determinar la tensión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, glucemia capilar y saturación de oxígeno.
- No tratar la hipertensión arterial exceptuando el caso de presencia de insuficiencia cardíaca, angina de pecho o encefalopatía hipertensiva:
- No utilizar medicación sublingual.
- Administrar si hace falta:
 - Enalapril: 1 mg en bolus
 - Labetolol endovenoso: bolus lento de 10 mg en 1-2 minutos (contraindicado en insuficiencia cardíaca, trastornos de conducción cardíaca, asma)
- No dar aspirina ni otros antiagregantes plaquetarios
- Tratar la glucemia si el valor es superior a 180 mg/dl (insulina rápida)
- Tratar la hipoglucemia si procede
- Oxigenoterapia (35-50%) si saturación inferior al 92%
- Protocolo básico de reanimación ABC
- Si se requiere canalización de vías periféricas: Colocar Abbocat n° 18 en el brazo plégico (para extracción de analíticas urgentes) y Abbocath n° 20 en el brazo no plégico (para los tratamientos endovenosos).
- Si hipotensión administrar tratamiento específico, evitando el suero glucosado.

¿CUANDO SE PUEDE ACTIVAR EL CODIGO ICTUS?:

Cuando el paciente cumpla todos estos criterios:

- Síntomas focales neurológicos (valorados con la escala de Cincinnati).
- Ictus de menos de 3 horas de evolución.
- Pacientes de menos de 80 años de edad con una calidad de vida previa aceptable (independientes en las actividades de la vida diaria o Rankin previo = 2).
- Si está presente un familiar tiene que acompañar al paciente, especialmente si este no se encuentra capacitado para dar un consentimiento informado.

¿COMO SE ACTIVA EL CÓDIGO EN NUESTRA AREA?:

Este transporte tiene prioridad absoluta (menos de 30 minutos) activado a través de los teléfonos del sistema de urgencias médicas (061). Éstos avisaran al Equipo de Ictus del hospital de referencia, en este caso al Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta, confirmando la hora de inicio de los síntomas.

Se aplica el protocolo de traslado (Tabla 2 y Tabla 3).

TABLA 2

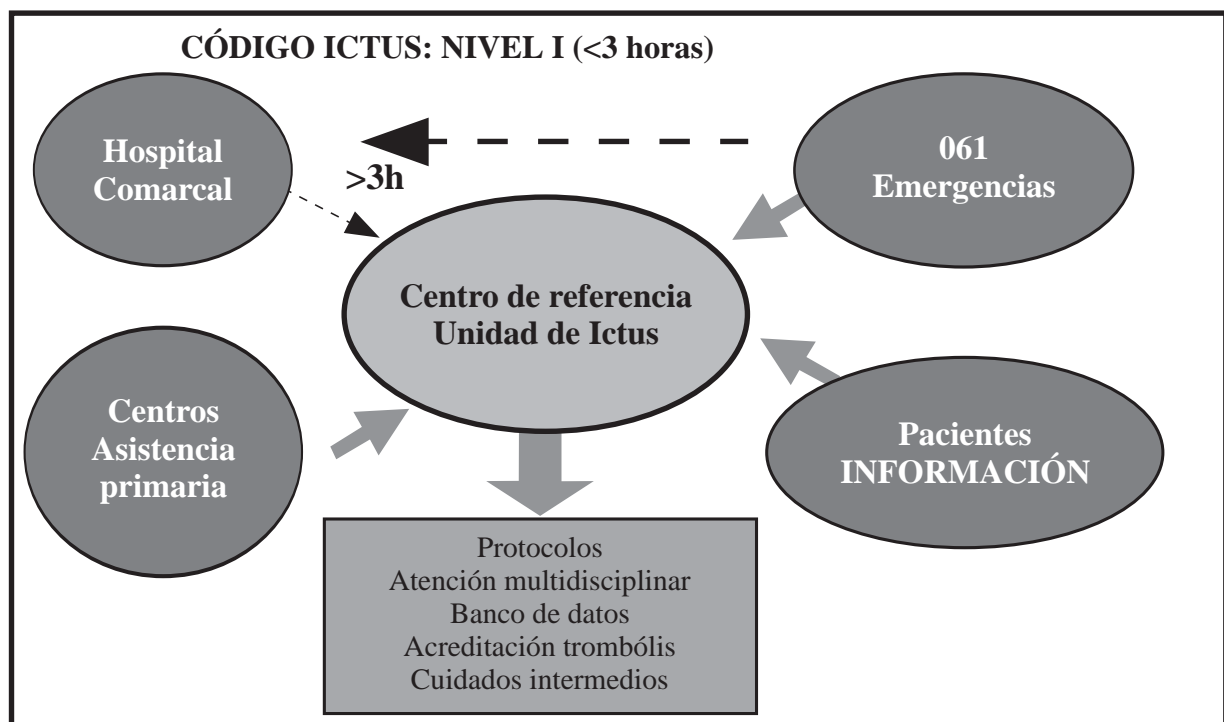
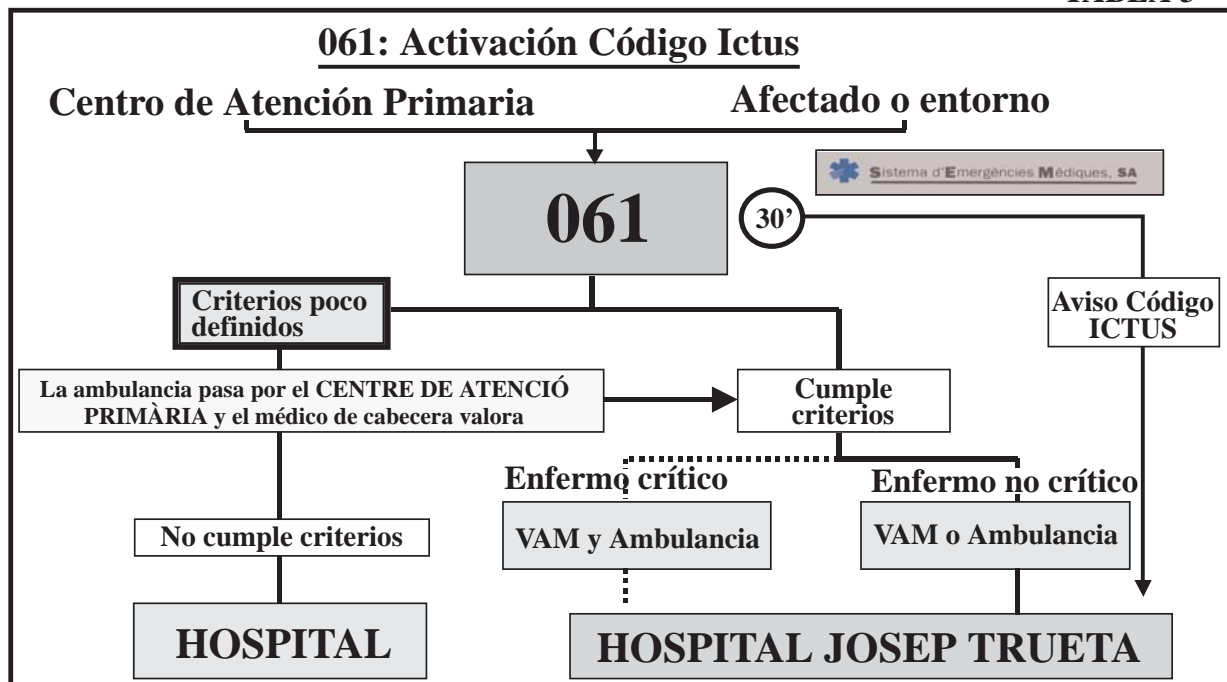


TABLA 3



¿Porqué es necesario actuar rápido?

En los nuevos estudios de resonancia magnética se ha observado la hipoperfusión que sufre el parénquima cerebral en los primeros momentos de esta enfermedad. Este fenómeno es recuperable si se repermeabiliza el vaso sanguíneo ocluido, antes de que se produzca una isquemia irreversible (infarto) de las células. Se debe actuar dentro de la “penumbra isquémica”, en el tiempo que existe entre el inicio del ictus y la muerte de las células cerebrales (unas seis horas), en la llamada “ventana terapéutica”(4).

La terapia trombolítica con rt-PA endovenosa (activador del plasminógeno tisular recombinado) en centros especializados ha sido aprobada recientemente por la Agencia Europea del Medicamento. Este fármaco es el más efectivo que se conoce para el ictus isquémico, tal y como se demostró en los estudios Europeos y Americanos (NINDS, ECASS i ECASS II) (5). Este fármaco requiere una administración dentro de las 3 primeras horas. Además, la terapia debe acompañarse del manejo habitual del ictus en una unidad especializada, con control estricto de los constan-

tes vitales, diagnóstico de la causa del ictus, rehabilitación precoz, prevención de recidivas, personal de enfermería especializado y con experiencia en los cuidados de estos enfermos, educación sanitaria al paciente y a su familia, etc..(6).

Así pues, el tratamiento eficaz del ictus pasa necesariamente por su reconocimiento como una urgencia médica de la misma manera que un infarto de miocardio.

Para conseguir esta actuación rápida se debe trabajar en tres direcciones:

1- Educación sanitaria.

La sociedad debe de estar informada sobre el ictus. Se ha demostrado la eficacia de las campañas de educación sanitaria a la población para que identifiquen los síntomas y sus factores de riesgo (7). En nuestro centro existe un programa de educación sanitaria a enfermos y familiares de ictus desde 1996 (8).

2- La asistencia inmediata y el traslado urgente.

Para ello es necesaria una coordinación sincronizada de los diferentes colectivos sanitarios. La activación de sistemas de emergencias extrahospitalarios y un protocolo diagnóstico a seguir, beneficia substancialmente estos pacientes.

Los llamados "Códigos Ictus", han conseguido en algunos países anglosajones, pioneros en dicha experiencia y en Barcelona (9) una significativa reducción de los

tiempos de latencia entre el inicio de la clínica y la asistencia necesaria.

3- La atención especializada en el servicio de urgencias.

Un neurólogo de guardia y profesionales de enfermería deben realizar lo antes posible la valoración del enfermo en el servicio de urgencias (10).

La enfermería de urgencias es un eje clave, donde realizará: extracción de sangre con canalización de vías periféricas (advirtiendo al laboratorio para reducir pinchazos), electrocardiograma con monitorización de las constantes vitales, administrando, según prescripción, antitérmicos si temperatura timpánica = $37,5^{\circ}$, insulina si hiperglicemia, mantenimiento de las vías aéreas permeables con observación y valoración respiratoria y administrando oxígeno cuando sea necesario, y valorando el nivel de consciencia con escalas de monitorización neurológica (escala de Glasgow, escala Canadiense, signo de Babinski,...).

Se aconseja también en urgencias, dejar la cabecera de la camilla a 30° para evitar broncoaspiración de saliva, de secreciones, y de vómitos teniendo en cuenta la posibilidad de presencia de disfagia.

Finalmente, el enfermero/a debe coordinar el traslado urgente y seguro del paciente al TAC (tomografía computerizada), administrar el tratamiento médico prescrito, favorecer el confort del enfermo y rea-

lizar apoyo a la familia.

Posteriormente, el paciente será trasladado a la unidad de ictus, donde continuará su monitorización y vigilancia.

¿CUÁL ES EL BENEFICIO DEL TRATAMIENTO?

El descubrimiento de la terapia trombolítica ha sido el avance, en los últimos años, más importante para los pacientes que han sufrido un ictus isquémico, conjuntamente con un aumento de la vigilancia y monitorización en los primeros días.

La era del tratamiento trombolítico se inicia con Del Zoppo el año 1986. Va utilizar Uroquinasa intraarterial para repermeabilizar la arteria cerebral media en un modelo animal demostrando su eficacia(11). Diez años más tarde, en 1995 se publicaron en The New England Journal of Medicine los resultados del trabajo del National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) titulado: "El activador Tisular del Plasminogeno en la isquemia cerebral aguda". Este estudio demostró un beneficio espectacular utilizando el activador tisular del plasminógeno (t-PA) intravenoso en pacientes con ictus isquémico, cuando se inyectaba dentro de las tres primeras horas del inicio de los síntomas. En comparación con los que recibieron placebo, los pacientes tratados con t-PA tenían un 30% más de posibilidades de quedar asintomáticos o tener una mínima discapacidad a los tres meses de sufrir el ictus. Este beneficio no comporta-

ba un aumento en la mortalidad, pero si un incremento del 6,4% de sufrir una hemorragia cerebral sintomática.

En Junio de 1996 el t-PA era aprobado como el primer tratamiento para el ictus isquémico agudo por la FDA (USA) y en Canadá en 1999. En octubre del mismo año la Sociedad Española de Neurología crea un registro de los pacientes tratados con t-PA, después que la Agencia Española del Medicamento autorizó su uso compasivo, previo consentimiento informado.

Aunque el t-PA reduzca en un 51% el riesgo de mortalidad o incapacidad y reduzca los costes económicos al sistema sanitario, éste es un tratamiento de riesgo si no se administra adecuadamente con criterios de inclusión y exclusión específicos y estrictos en la selección de pacientes (12). Debe ser administrado en hospitales acreditados y por un equipo multidisciplinar especializado (neurólogos, neuroradiólogos, enfermería,.) .

Algunos hospitales españoles acreditados, como nuestro centro, han demostrado también la seguridad y beneficio de este fármaco reduciendo hasta a un 56% la discapacidad a los tres meses que comporta esta enfermedad (13). Pero este porcentaje no solamente es gracias a los nuevos tratamientos médicos, sino también al trabajo coordinado que ofrece todo el equipo multidisciplinar de las Unidades de Ictus (14).

CONCLUSIONES

En España cada 6 minutos se produce un Ictus, es necesaria la actuación inmediata en estos pacientes. Para abordar esta urgencia neurológica, es imprescindible la implicación de todos: la administración, los políticos, el personal sanitario, las empresas farmacéuticas, etc.

Los nuevos tratamientos y actuales ensayos clínicos pueden ser la estrategia más beneficiosa para las personas con accidentes cerebrovasculares.

Mediante el llamado "Código Ictus" que puede ser activado por el propio paciente o familia, se pone en marcha toda una cadena asistencial extra e intrahospitalaria. Con este sistema se podrá incrementar el número de pacientes que pueden recibir tratamiento con t-PA, actualmente sólo lo reciben el 3,4%, debido mayoritariamente (en el 60% de los casos) a causas potencialmente modificables: atraso en la llegada al hospital, en atención neurológica y de urgencia, en la realización del TAC,...

Aunque en el presente artículo se han resaltado los beneficios de la actuación rápida y coordinada en el ictus isquémico, los pacientes con ictus hemorrágico se benefician por igual de una atención neurológica urgente y especializada, para localizar y conocer el tamaño del hematoma, monitorizar el nivel de conciencia y actuar rápidamente ante un deterioro neurológico progresivo, instaurando medidas farmacológicas específicas y actua-

ción neuroquirúrgica en algunos casos.

Actualmente, esta enfermedad tan devastadora tiene tratamiento, pero el tiempo en actuar es poco y es necesaria la colaboración de todos para que el paciente llegue a tiempo!!!

BIBLIOGRAFÍA

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. El Pla de Salut a prop Pla de Salut de Catalunya. 1996-1998. Barcelona: Servei Català de la Salut; 1997.p.87
2. Olaya MT, Medrano MS, Sierra MJ, Almazán J. Mortalidad por enfermedad cerebrovascular en España. Rev Neurol 1999;29:872-878.
3. Adams HP Jr, Brott ThG, Crowell RM, Furlan AJ, Gómez CR, Grotta Jj et al. Guidelines for the management of patients with acute ischemic stroke. A statement for healthcare professionals from a special writing group of the stroke council, American Heart Association. Stroke 1994; 25: 1901-14.
4. Serena Leal J. Fase aguda del ictus. Tratamiento farmacológico. Rev ROL Enf 2002; 25(2):106-110.
5. Hacke W et al. Randomised double-blind placebo-controlled trial of thrombolytic therapy with intravenous alteplase in acute ischaemic stroke (ECASSII). Fort the Second European Australasian Acute Stroke Study Investigators. Lancet 1998;352:1245-1251.

6. Castillo J, Chamorro A, Dávalos A, et al. Atención multidisciplinar del ictus cerebral agudo. *Med Clin (Barc)* 2000;114:101-106.
7. Kaste M, Olsen TS, Orgogozo JM, Bogousslavsky J, Hacke W. Organization of stroke care: education, stroke units and rehabilitation. *Cerebrovasc Dis* 2000;
8. Suñer R, Vega R, et al. Ictus: ¿Qué se sabe y qué se aprende?. *Rev. Publicación oficial SEDENE* 2001; 15: 16-25.
9. Álvarez-Sabín J, Molina C, Abilleira S, Montaner J, Garcia F, Alijotas J. Código ictus y tiempos de latencia en el tratamiento de reperfusión durante la fase aguda del ictus isquémico. *Med Clin (Barc)* 1999;113:481-483.
10. Romero-Nieva J, Duque M. et al. Guía de intervención rápida de enfermería en situaciones urgentes.
11. Del Zoppo GJ, et al. The beneficial effect of intracarotid urokinasa on acute stroke in a baboon model. *Stroke* 1986; 17:638-643.
12. Albers GW. Estudios clínicos recientes de agentes neuroprotectores y tratamiento trombolítico en el accidente cerebrovascular agudo. *American Heart Association*. 2002;15:135-142.
13. Dávalos A, et al. Tratamiento intravenoso con activador del plasminógeno tisular en la isquemia cerebral. *Med Clin* (en prensa).
14. Dávalos A, Suñer R. Monitorización y manejo del ictus en fase aguda. *Rev neurol* 1999;29:622-7

Correspondencia: **Montse Puigdemont.**
Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta.

Crta de Francia s/n. 17007. Girona.

E-mail: nrl.infermeria@htrueta.scs.es

SINDROME DE HIPERPERFUSIÓN COMO COMPLICACIÓN DE LA ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA

Ana Moreno Verdugo. D.E.
Inmaculada de Arriba Segurado. D.E.
Adela de la Fuente Garcia. D.E.

INTRODUCCIÓN

La Angioplastia Transluminal Percutanea (ATP) se realiza para dilatar una estenosis, provocada por placas de ateroma, de la Arteria Carotídea Interna (ACI), ya que esta estenosis ha podido provocar en los pacientes un Accidente Isquémico Transitorio (AIT) o un Ictus propiamente dicho.

La ATP es una alternativa frente a la Endarterectomía Carotídea, siendo una técnica menos agresiva.

Teniendo en cuenta los 250 casos de ATP realizados en nuestro Servicio de Neurología de H.H. U.U. Virgen del Rocío, podemos enumerar una serie de riesgos y complicaciones que pueden derivarse de esta práctica. La mayoría de las complicaciones pueden clasificarse en tres grandes grupos:

1. Isquémicas: como resultado de embolismos y trombosis vasculares.
2. Hemodinámicas: por compresión del balón en el seno carotídeo.
3. Oclusivas: reestenosis precoces.

El Síndrome de Hiperperfusión observado en varios casos después de una ATP es una complicación rara, pero su conocimiento es importante, ya que se trata de una complicación grave.

Se debe a un incremento brusco del flujo cerebral tras la corrección de una estenosis carotídea, por fallo de los mecanismos de autorregulación del mismo.

Signos y síntomas:

- Hipertensión Arterial Severa.
- Cefalea.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Confusión mental.
- Focalidad neurológica.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 71 años de edad, que ingresa en nuestro servicio el día 30/11/01, remitido de H. Virgen Macarena, para realizar ATP.

ANTECEDENTES PERSONALES

- HTA.
- Diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento desde hace 15 años con insulina.
- Retinopatía diabética.
- Intervenido de desprendimiento de retina hace 3 meses sin éxito.
- Intervenido de hipertrofia benigna de próstata.
- Ictus isquémico en Enero/01, con hemiparesia residual leve.

SITUACIÓN ACTUAL

Cuando ingresa se cursa analítica y se canaliza vía periférica para iniciar tratamiento anticoagulante en perfusión continua.

Durante su ingreso presento cifras de glucemia capilar elevadas en varias ocasiones.

El día 04/12/01 se realizó ATP. A las 4 horas de terminar la ATP presentó un cuadro de Hiperperfusion, manifestado por HTA severa (220/ 110), cefalea, náuseas, vómitos, confusión mental y crisis versivas repetidas.

Debido a todos los problemas presentados por el paciente, nos planteamos el siguiente Plan de Cuidados de Enfermería. Durante su estancia en nuestro servicio distinguimos entre Diagnósticos de Enfermería antes de realizar la ATP y después de realizar la ATP.

Diagnósticos de Enfermería antes de realizar la ATP:

1- Alteración en la movilidad física relacionado con déficit visual y desconocimiento del medio y manifestado por inseguridad en los movimientos.

El objetivo que nos planteamos fue que el paciente fuese conociendo el medio para poder realizar sus necesidades básicas.

Actuación:

- Evitar obstáculos innecesarios.
- Poner a su alcance los utensilios necesarios (botella, pañuelos, etc.) cuando este acostado.

- Aconsejar a la familia que permanezca acompañado cuando pasee, intente usar el W.C., se asee, etc.

2- Déficit de autocuidados relacionado con déficit visual y desconocimiento del medio y manifestado por incapacidad para realizar solo su higiene personal, alimentarse y usar el W.C.

El objetivo que nos planteamos fue que el paciente realizara su higiene personal a un nivel óptimo demostrando su capacidad para adaptarse al medio, fuese capaz de comer solo y usase el W.C.

Actuación:

- Situar el equipo de baño donde mejor lo alcance el paciente.
- Poner en todo momento el timbre al lado del paciente pero sobre todo cuando se encuentre solo.
- Concederle un grado de intimidad y dignidad como a cualquier persona.
- Anunciarse verbalmente antes de entrar y salir del baño.
- Colocar la comida en el lugar de mejor acceso para el paciente, y que el paciente se coloque lo más cómodamente posible.
- Describir la localización de los cubiertos y los alimentos en la bandeja.
- Dejar la botella para miccionar al alcance del paciente en todo momento.
- Observar la capacidad de independencia del paciente.

3- Riesgo de infección relacionado con tratamientos invasivos y aumento de

microorganismos en el medio.

El objetivo que nos planteamos fue que el paciente no presentara signos o síntomas de infección durante su estancia en el servicio.

Actuación:

- Generales:
 - Cumplir normas de asepsia e higiene ambientales.
 - Favorecer una alimentación adecuada e hidratación.
 - Control de temperatura corporal por turno.
- En cateterismos venosos, utilizaremos técnica aséptica, mantendremos la zona de punción limpia y seca, y seguiremos protocolo del servicio.

Diagnósticos de Enfermería después de realizar la ATP:**4- Déficit de autocuidados relacionado con bajo nivel de conciencia y manifestado por incapacidad para realizar su higiene personal y alimentarse.**

El objetivo que nos planteamos fue que el paciente estuviese adecuadamente aseado y tuviese un aporte de alimentos adecuado a sus necesidades.

Actuación:

- Aseo diario en cama.
- Cambio de pañal a demanda.
- Lavado de cabeza una vez por semana.
- Aseo de la boca.
- Asegurar la ingesta adecuada de nutrientes.

5- Riesgo de aspiración relacionado con bajo nivel de conciencia.

El objetivo que nos planteamos fue que no se produjesen aspiraciones.

Actuación:

- Colocación y cuidados de sonda nasogástrica (SNG).
- Colocar al paciente en posición adecuada.
- En caso de náuseas conectar la SNG a bolsa.

6- Estreñimiento relacionado con inmovilidad y manifestado por ausencia de deposiciones.

El objetivo que nos planteamos fue que el paciente tuviese una deposición cada 3 o 4 días.

Actuación:

- Aportar dieta rica en fibras.
- Ingesta de líquidos de aproximadamente 2 litros al día.
- Seguir pauta de reguladores intestinales existente en el servicio.
- Comprobar existencia de ruidos intestinales y fecalomas.
- Observar el abdomen, si existe distensión, timpanismo, etc.

7- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con bajo nivel de conciencia.

El objetivo que nos planteamos fue que la integridad de la piel del paciente permaneciera intacta durante su estancia en

nuestro servicio. Y que la familia conociera las actividades para liberar las zonas de presión y participara.

Actuación:

- Mantener la piel limpia seca e hidratada.
- Evitar arrugas en sábanas y ropa que estén en contacto con el paciente.
- No masajear las prominencias óseas.
- Realizar cambios posturales cada 3 o 4 horas.
- Evitar arrastres, fricciones y fuerzas tangenciales.
- Evitar hipertermias e hipotermias.

Además de los Diagnósticos de Enfermería presento los siguientes Problemas de Colaboración:

1- Hipertensión arterial secundaria al tratamiento médico.

Actuación:

- Toma de TA cada 30 minutos hasta que se normalice.
- Administrar tratamiento médico.
- Si TA Sistólica > 220 y / o TA Diastólica > 110 mmHg. avisar a Neurólogo de guardia.

2- Riesgo de hemorragia secundaria a tratamiento médico.

Actuación:

- Vigilar punto de punción (aparición de hematoma).
- Vigilar nivel de conciencia.

- Vigilar piel y mucosas.
- Toma de constantes.

3- Crisis versivas secundarias al Síndrome de Hiperperfusión.

Actuación:

- Vigilar nivel de conciencia.
- Vigilar movimientos involuntarios de cara y cuerpo.
- Si aparecen crisis versivas colocar guedel y avisar a Neurólogo.
- Administrar tratamiento médico.

4- Nauseas y vómitos secundarias al Síndrome de Hiperperfusión.

Actuación:

- Dieta absoluta hasta que cedan las nauseas y vómitos.
- Colocar SNG y conectar a bolsa en caso de nauseas.
- Administrar tratamiento médico.

5-. Hiperglucemias secundarias al cambio de hábitos:

Actuación:

- Vigilar glucemia capilar antes de las comidas.
- Administrar tratamiento médico.
- Avisar al Neurólogo en caso de no controlarse con tratamiento prescrito.

SITUACIÓN DEL PACIENTE AL ALTA

El paciente fue dado de Alta médica a los 12 días de su ingreso.

Se corrigió por completo sus glucemias capilares, marchándose a su domicilio

con la misma pauta de insulina con la que ingresó.

Durante su estancia en nuestro servicio se adaptó adecuadamente al entorno a pesar de su déficit visual, necesitando ayuda solo de sus familiares para su aseo, alimentación y uso del W.C., antes de realizarle la ATP.

No presentó signos ni síntomas de infección.

A los 4 días de su estancia se le realizó Angioplastia Transluminal Percutánea, obteniéndose una buena dilatación de la arteria carotídea interna derecha con la colocación de una prótesis endovascular (wall-stent).

A las 4 horas de terminar la ATP se desencadenaron una serie de signos y síntomas propios del Síndrome de Hiperperfusion, como HTA, cefalea, náuseas y vómitos, confusión mental y crisis versivas repetidas, cuya evolución fue favorable para el paciente en los 3 días posteriores a su aparición.

No se evidenciaron signos ni síntomas de sangrado.

Se le citó en la unidad de doppler para sus revisiones periódicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cerebral Hiperperfusion injury after percutaneous transluminal angioplasty of extracranial arteries. *J Neurol* (1997) 244: 101-104. Springer-Verlag 1997.
2. Imaging studies of cerebral hyperperfusion after carotid endarterectomy. *J Neurosurg* 83: 133-137, 1995.
3. Hyperperfusion syndrome after carotid endarterectomy. *Neuroradiology* (1991) 33: 106-110.
4. Gil Peralta, A. Mayol, A. Gonzalez Marcos, JR. Gonzalez, A. Ruano, J. Boza, F. Duran, F. Percutaneous Transluminal Angioplasty of the symptomatic atherosclerotic carotid arteries. Results complications and Follow-up. *Stroke* 1996; 27: 2271-2273
5. Actualización de protocolos de Enfermería en la Angioplastia Transluminal Percutánea. Ana Moreno Verdugo, Raimundo Caro Quesada, Enfermeros. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.
6. Diagnósticos de Enfermería. L. J. Carpeneito. Ed. Interamericana 5TM edición. 1995.
7. Diagnósticos de Enfermería. Tasonomía NANDA. Ed. Masson. 1997.
8. Taller de Planes de Cuidados Estandarizados. HRT del H. U. Virgen del Rocío.
9. Síndrome de Hiperperusión como complicación de la Angioplastia Transluminal Percutánea de la arteria carotídea interna. A. Gonzalez, A. Mayol, A. Gil Peralta J.R Gonzalez Marcos, F. Boza, Ruano. *Revista Neurología* 1999; 20 (10): 923-925.

PUESTA AL DÍA

PROBLEMAS DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE ENCLAUSTRAMIENTO

Castillo Pla Olga, Garay Rodao Teresa, Egido Herrero J.A.
Unidad de Patología Cerebro-Vascular del Hospital Clínico San Carlos

INTRODUCCIÓN

La trombosis de la arteria basilar con síndrome de enclaustramiento o cautiverio se produce por lesión bilateral de la base de la protuberancia, respetando el sistema reticular de la parte dorsal. Se caracteriza por anartria, disfagia y tetraplejía flácida, con un nivel de conciencia y movimientos verticales conservados. La etiología más común es la aterosclerosis, aunque también pueden ser embólicas.

El síndrome establecido se caracteriza por una conciencia conservada con imposibilidad para la comunicación verbal y tetraplejía, por lo que su manejo de enfermería debe ser diferente de los pacientes en coma.

OBJETIVOS:

- Revisar los planes de cuidados en pacientes con síndrome de enclaustramiento por ser una patología poco frecuente.
- Comparar las diferencias y ver las similitudes del plan de cuidados
- Detectar los diagnósticos de más difícil manejo y buscar soluciones para mejorar los cuidados.

CASO 1

Mujer de 71 años, que ingresa en el hospital por un cuadro de pérdida de conciencia. La valoración en urgencias evidencia un cuadro de tetraplejía flácida con parálisis voluntaria desde motilidad ocular voluntaria horizontal con mutismo.

Presentaba movimientos en extensión en miembro superior derecho.

La paciente obedecía órdenes exclusivamente de apertura palpebral ojo derecho y mirada vertical. Fue diagnosticada de trombosis de arteria basilar.

En los días siguientes presentó, en relación con hipotensión relativa (descenso de más de 40mm de Hg) un deterioro de nivel de conciencia por lo que dejó de responder a órdenes. La RM mostró un gran infarto de predominio izquierdo que afectaba a tronco bilateralmente, (protuberancia y mesencefalo) con extensión talámica bilateral.

Presento como complicaciones: infección respiratoria con insuficiencia respiratoria e hipertermia, retención urinaria precoz que obligó a sondaje permanente.

Desde el inicio se informó a la familia

de la situación crítica y mal pronóstico vital y funcional de la paciente.

Fue imposible restablecer la comunicación durante el resto de su ingreso, hasta su traslado a centro de larga estancia, donde falleció a los 42 días del inicio de los síntomas.

CASO 2

Mujer de 77 años, que ingresa en el hospital por cuadro de pérdida de conciencia. La valoración neurológica en urgencias evidenció tetraplejía flácida con respuesta de rigidez al dolor, consciente y mutista, mirada desconjugada con OI con posición media fija y OD hacia la izquierda, motilidad ocular voluntaria horizontal abolida.

Fue diagnosticada de infarto pontino bilateral relacionado con trombosis de arteria basilar.

Desde el ingreso presentó también dificultad respiratoria con abundantes secreciones e hipertermia, precisando oxigenoterapia, tubo de Mayo y antibioterapia.

Durante los primeros días la paciente obedece órdenes con los ojos aunque no completa mirada horizontal hacia la dcha.

Presentó durante su ingreso bradicardia e hipotensión en dos ocasiones empeorando su nivel de conciencia y siendo imposible la comunicación con la paciente.

Su cuadro respiratorio y neurológico siguieron progresando hasta su fallecimiento 11 días después de su ingreso.

CASO 3

Mujer de 46 años, ingresa en el hospital por pérdida de conciencia. Fue ingresada en la UCI por posible intoxicación por benzodiazepinas, (niveles elevados en sangre) siendo precisa la intubación, traqueostomización y ventilación mecánica. Se realiza estudio vascular siendo diagnosticada de infarto protuberancial bilateral, sind. de cautiverio. A los 10 días del ingreso, una vez extubada, la paciente se encuentra alerta, mutista, obedece órdenes con movimientos oculares, movilización espontánea en plano horizontal y vertical de la mirada. Reflejo de amenaza presente bilateral y tetraplejía.

Desde su ingreso presentó infección respiratoria con abundantes secreciones e hipertermia, precisando oxigenoterapia y antibioterapia.

La paciente era portadora de sonda nasogástrica. La tolerancia a la dieta fue buena al inicio. Posteriormente la paciente presentó reflujo, siendo interrumpida la alimentación. A pesar de ello la paciente presentó neumonía aspirativa con aumento de la fiebre e hipotensión.

A pesar del TTº antibiótico y cuidados de la vía aérea la paciente empeora presentando insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca y posteriormente sepsis.

Durante toda su estancia el cuadro neurológico se mantuvo, fue posible el contacto con la paciente a través de la mirada. A veces ante la presencia de determinados familiares muy próximos la

paciente lloraba. En los últimos días coincidiendo con el cuadro de insuficiencia renal y sepsis el cuadro neurológico progresó. Se produce su fallecimiento a los 28 días de ingreso.

PLAN DE CUIDADO DEL PACIENTE ENCLAUSTRADO

Diagnosticos de enfermería:

- Afectación de la movilidad física.
- Trastorno de la comunicación verbal.
- Limpieza ineficaz de vía aérea
- Patrón de respiración ineficaz
- Retención urinaria
- Estreñimiento
- Déficit de autocuidados. aseo, higiene, eliminación, vestido.
- Hipertermia
- Alteración en la deglución
- Riesgo de aspiración.
- Riesgo de alteración de la integridad de la piel.
- Riesgo de alteración de la mucosa oral.
- Alteración de los procesos familiares.

DISCUSIÓN

Los pacientes con síndrome de cautiverio presentan algunas peculiaridades desde el punto de vista de la enfermería. Se trata de pacientes con una gran incapacidad que responden a una escala de ranking 5 y con una serie de diagnósticos de enfermería comunes. . A pesar de ello, podemos observar que dentro de los mismos diagnósticos para cada uno de los casos, se presentan matices y respuestas diferentes.

RESPIRACIÓN

Limpieza ineficaz de las vías aéreas y patrón de respiración ineficaz en relación con infección respiratoria y oclusión de la vía aérea por lengua.(En el caso 3 fue necesaria la traqueostimización, en el 1 y 2 la colocación de tubo de mayo.)

El ttº antibiótico, oxigenoterapia y la aspiración de secreciones, junto con la monitorización de pulsioximetría son necesarias en la mayoría de los pacientes.

DEGLUCIÓN

Alteración en la deglución y riesgo de aspiración relacionada con lesión neurológica. En los 3 casos fue necesario la implantación de sonda nasogástrica para su alimentación.

En el caso 1 la tolerancia a la dieta fue buena, el riesgo de aspiración era muy alto ante la presencia de hernia de hiato gigante y reflujo intenso.

Fue necesaria la colocación por endoscopia de sonda ileo-yeyunal.

En el caso 2 la tolerancia fue mala y casi no se pudo implantar totalmente la alimentación.

En el caso 3 la tolerancia al inicio fue buena, posteriormente presento reflujo y no absorción de la dieta por lo que se suspendió.

COMUNICACIÓN

Alteración de la comunicación verbal en relación con la lesión neurológica.

Este tipo de patología respeta el nivel de consciencia pero limita todos los movimientos voluntarios excepto los movimientos oculares verticales normalmente.

Es fácil confundirlos con el paciente en coma y debe prestarse especial atención a nuestras expresiones delante del paciente, ya que oye y entiende lo que ocurre a su alrededor.

En el caso 1 y 2 la comunicación fue imposible por grado de lesión neurológica y mala evolución de las pacientes. En el caso 3 el contacto visual era efectivo, la paciente seguía con la mirada y obedecía alguna orden. La paciente estaba conectada con su alrededor ya que expresaba sentimientos ante la presencia de determinados familiares. No fue posible establecer un código de comunicación, aunque se intentó, a través del parpadeo.

Hay casos descritos de pacientes enclaustrados en los que la comunicación ha sido posible a través del parpadeo. Se puede establecer un código en el que el paciente responda a preguntas con un parpadeo-sí, dos parpadeos-no, sobre un abecedario el paciente hace un guiño al llegar a la letra adecuada para ir formando palabras. El libro "La escafandra y la mariposa" fue escrito por un paciente con síndrome de cautiverio con este código.

Alteración de los procesos familiares.

El efecto devastador de esta enfermedad produce un gran choque en la fami-

lia, con gran dificultad en la aceptación de este proceso tan duro y complejo.

El caso 1 fue la paciente que más tiempo permaneció en esta situación. Durante su estancia pudimos observar un afrontamiento ineficaz de uno de sus familiares, este no era capaz de permanecer al lado del paciente produciéndole cuadros de angustia y ansiedad. Una vez detectado el problema se habló con él y se le dio apoyo necesario para poder verbalizar sus sentimientos ante la paciente. Se consiguió al principio que pudiera ver a su familiar por cortos espacios de tiempo y posteriormente estar con él, para proporcionarle compañía y cuidados.

En los otros 2 casos la familia comprendió la gravedad de la enfermedad del paciente e intentó permanecer a su lado dándoles apoyo.

ELIMINACIÓN

Retención urinaria en relación con lesión neurológica, por afectación a nivel del mesencefalo.

La retención es la situación más frecuente.

En el caso 1 y 3 fue preciso el sondaje vesical. El caso 2 presentó incontinencia urinaria.

Estreñimiento en relación a inmovilidad y disminución del peristaltismo intestinal.

Se utilizaron laxantes y enemas para mantener una eliminación intestinal cada 48-72 horas. En ningún momento presentaron diarrea.

MOVILIDAD

Alteración de la movilidad física en relación a la lesión neurológica.

Todas ellas estaban tetraplégicas. Uno de nuestros principales objetivos fue la prevención de edemas y rigideces. La sedestación se pudo realizar en muy pocas ocasiones.

Déficit de autocuidados total, aseo, baño, higiene, eliminación, vestido, fue común a todas ellas.

Alto riesgo de alteración de la integridad de la piel. No presentaron escaras.

HIPERTERMIA

Hipertermia en relación a procesos infecciosos respiratorios.

Sólo el caso 1 se resolvió satisfactoriamente, consiguiendo la normotermia los últimos 15 días de su estancia. En el 2 y 3 a pesar del Ttº antibiótico y los cuidados de las vías aéreas las pacientes evolucionaron mal, manteniendo la fiebre y empeorando su cuadro respiratorio.

CONCLUSIÓN

La mortalidad de estos pacientes es muy elevada a corto plazo.

Estos pacientes son un reto para la enfermería, por la sobrecarga de cuidados, por la implicación psicológica tanto con el paciente que conserva su nivel de conciencia sin poder comunicarse, como con los familiares ante una situación tan catastrófica, muerte o supervivencia con muy mala calidad de vida.

El paciente enclaustrado siente su cuerpo como una escafandra y su mente como una mariposa.

¿Como se sienten?

"La soledad forzosa me ha permitido adquirir un cierto estoicismo y comprender que la humanidad hospitalaria se divide en dos partes. Esta la mayoría, que no franqueara el umbral sin pescar mis SOS, y los demás, menos escrupulosos, que se eclipsan fingiendo no haber visto mis señales de socorro.

Un día me resulta divertido que a mis 44 años me laven, me den la vuelta, me limpien el trasero y me pongan los pañales como a un niño de pecho.

En plena regresión infantil, obtengo incluso con tales manejos un vago placer. Al día siguiente todo ello se me antoja el colmo del patetismo, y una lagrima surca la espuma de afeitar que un auxiliar extiende por mis mejillas.

*El cuerpo, mi prisión, resulta menos opresivo cuando mi mente empieza a volar como una mariposa" **La escafandra y la mariposa** (Jean Dominique Bauby)*

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez Savin J. *Ictus isquemico*. Pag. 49,50. IDEPSA 1998.
- Jean Dominique Bauby. *La escafandra y la mariposa*. P & J 1997
- Stein Jay H. *Medicina Interna. Paradigma. Trastornos neurologicos*. 1993
- Tucker, Cnobbio; Paquette, Wells, *Normas de cuidados del paciente Vol 2, Paradigma*, 1997.

Jornadas de Enfermería Neurológica Año 2002



La **Iª Jornada Asturiana de Enfermería Neurológica**, se celebró el pasado día 17 de mayo en la ciudad de Oviedo paralelamente con la jornada asturiana de Neurología.

El Colegio de Enfermería de Oviedo también premio los trabajos presentados y al finalizar la jornada se celebró una Cena de Clausura.

La ilusión de los socios de Asturias es continuar organizando cada año este tipo de encuentros.



La **Iª Jornada Catalana de Enfermería Neurológica** se celebró el pasado día 15 de abril con el lema **"Cuidados de enfermería al**



enfermo neurológico y neuroquirúrgico". La jornada estuvo organizada conjuntamente por el Consejo de colegios de diplomados de enfermería de Cataluña, la escola universitaria "Santa Madrona", l'institut de malalties del sistema nerviós del hospital Clínic de Barcelona y la Sociedad Española de enfermería

neurológica.

La reunión fue un éxito de asistencia, 450 profesionales pudieron compartir sus experiencias y disfrutar de un marco incomparable como es Caixaforum.

Para este acontecimiento se editó un libro de resúmenes de ponencias y pósters que la organización hizo llegar también a las 150 personas a las que se les denegó su asistencia por falta de capacidad de la sala.

Se premiaron los cinco mejores pósters. Y al finalizar la jornada las Instituciones organizadoras firmaron un acuerdo para **celebrar la IIª jornada catalana de enfermería neurológica en la ciudad de Gerona en el año 2004.**

La **IIª Jornada Madrileña de Enfermería Neurológica** se celebró el día 10 de mayo en el hospital "La Paz" de Madrid bajo el lema: "**La importancia del trabajo interdisciplinar en el paciente neurológico y neuroquirúrgico**".

Esta jornada estuvo organizada por el hospital "La Paz" y la Sociedad Española de Enfermería Neurológica.

El éxito no solamente fue de participación con 250 asistentes sino también de contenido científico. La Comisión de Formación del Sistema Nacional de Salud acreditó dos actividades científicas, presentándose 26 comunicaciones tipo póster que se editaron en un libro de resúmenes, siendo premiadas cinco comunicaciones. El comité científico tuvo que otorgar dos accésit por la elevada calidad de los trabajos presentados.

Estas jornadas en la Comunidad de Madrid y de la zona centro se han consolidado con fuerza y para el **año 2004 se propuso ofrecer la organización de la IIIª jornada madrileña de enfermería neurológica al hospital Ramón y Cajal de Madrid.**

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Publicación oficial de la Sociedad de enfermería Neurológica S.E.D.E.N.E, publica, trabajos originales, artículos de revisión u opinión, casos clínicos y protocolos y todo lo considerado de interés en el campo de la enfermería neurológica.

1. Los trabajos deben ser originales y no haber sido publicados con anterioridad.
2. Se enviará el documento en soporte papel e informático, creando un formato de procesador de textos Microsoft Word 6.0 preferentemente. Los gráficos irán archivados en el mismo disquete en Excel o PowerPoint preferentemente.
3. Si aportan fotografías, se adjuntarán originales (no los negativos)
4. En todos los artículos debe constar: Título del artículo, Nombre del autor o autores, títulos académicos o profesionales y nombre de la Institución donde trabaja y la dirección de contacto del responsable para posible correspondencia.
5. En los trabajos originales, deberán constar los siguientes apartados:
 - a) Resumen y palabras clave en castellano y a ser posible en inglés.
 - b) Introducción.
 - c) Material y Métodos.
 - d) Resultados.
 - e) Discusión y Conclusiones.
 - f) Bibliografía y Agradecimientos si los hubiere. Preferente utilizar las normas de Vancouver.
6. Las fechas límite de recepción de trabajos serán:
15 de Marzo para la Publicación primer trimestre.
15 de Setiembre para el segundo trimestre.
7. Las publicaciones se remitirán en un sobre dirigido a:

Catalana de Congressos

C/Casp, 120, 3^a 4^a- 08013 Barcelona.

Tel. 93 2449150 – Fax 93 2449151.

E-mail: yolanda@catalanacongressos.com.

Todo el material recibido en nuestra redacción, quedara archivado para el uso que la Sociedad SEDENE crea conveniente.

CONVOCATORIA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DE SOCIOS SEDENE

Se convoca a todos los socios a la Asamblea General Ordinaria el próximo día **28 de noviembre de 2002** en el Palacio de Congresos de Catalunya a las **18:30 horas** en primera convocatoria y a las **18:45 horas** en segunda convocatoria.

ORDEN DEL DÍA:

1. Lectura y aprobación del acta anterior.
2. Lectura y aprobación del balance económico año 2002.
3. Información General.
4. Ratificación de los cargos de la junta Directiva de la SEDENE más los Vocales de Zona y toma de posesión según acuerdo de la asamblea General de socios del año 2000.
5. Ruegos y preguntas.

