



Primer Semestre 2001

Nº 14

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>

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
- Análisis y resultados de la VII reunión anual
de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica pag. 8
- Comentarios de artículos de interés
para enfermería neurológica pag. 12
- Premio de Investigación Científica de la VIIª Reunión Anual de la SEDENE
*Análisis de los pacientes no presentados
a la consulta de neurología de la Marina Alta* pag. 15
- Puesta al día. Valoración del nivel de conciencia pag. 21
- Iª Jornada de Enfermería Neurológica
de la Comunidad Valenciana y Murcia - Programa - pag. 24
- Premio al mejor proyecto de Investigación de Enfermería Neurológica
*Evaluación desde la Enfermería del estado motor de los pacientes con patología
de Parkinson. Medidas para una mejora de sus problemas de movimientos
y una disminución de las estancias medias hospitalarias* pag. 26
- Normas para la publicación de trabajos y artículos pag. 31
- Bases
VIIª Reunión anual de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica pag. 32
- Bases
*Vª Edición. Premio al mejor proyecto
de Investigación en Enfermería Neurológica* pag. 33

CARTA DEL PRESIDENTE

Queridos amigos,

Nos gustaría iniciar este nuevo siglo y milenio con la esperanza de seguir avanzando como en años anteriores y de forma positiva en el desarrollo de la enfermería neurológica.

El próximo día 11 de mayo los socios de Valencia y Murcia han organizado una jornada donde se elegirá un nuevo vocal de zona y se presentará el primer **manual de alimentación** en el enfermo neurológico con unas separatas para los pacientes. Estamos seguros que su difusión repercutirá en beneficio del cuidado del paciente neurológico.

En el pasado número estábamos esperando respuesta a la elección del candidato elegido para representar a las asociaciones científicas, en el Comité Asesor de Especialidades de Enfermería. El candidato elegido ha sido el Sr. Roberto Crespo , Presidente de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.

Parece ser que el Ministerio está dispuesto a trabajar y desbloquear una situación anclada desde hace tiempo respecto a las especialidades de Enfermería, y el Consejo General de Enfermería nos convocó el pasado día 1 de marzo a una reunión para **informarnos del acuerdo marco de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo General de Enfermería**, para proceder al desarrollo de las especialidades.

La SEDENE ha participado en la reunión del Consejo a través de la vocal de la zona Centro, la Sra. Pilar Parrilla, y cabe destacar :

- a.- Del Acuerdo Marco** : La concesión al Consejo General de Enfermería, de subvenciones para el desarrollo de programas de interés para Enfermería.
- b.- De la reunión** : El proyecto de constitución de una Federación de Asociaciones Profesionales.

En relación a este tema la SEDENE seguirá manteniendo una actitud abierta y dialogante con todas las Instituciones responsables de trabajar en beneficio del desarrollo profesional y continuará solicitando a todos los organismos que potencien a la enfermería neurológica, para que alcance el nivel que se merece.

Durante este trimestre:

Hemos mantenido nuevamente conversaciones con la Sra. Isabel García, Presidenta de la Asociación Española de Enfermería en Neurociencias .

Se ha convocado a la enfermería de las unidades de neurología y neurocirugía de Cataluña, para organizar el año 2002 conjuntamente con “El Consell de Col·legis de Catalunya”, “L'Escola Universitària d'Infermeria Santa Madrona” y “L'Institut de Malalties del Sistema Nerviós”, **la Iª Jornada Catalana de Neurología “Les cures en el malalt neurològic i neuroquirúrgic”**.

Se ha mantenido conversaciones con el Sr. Herman Ubach Presidente de la World Federation Neuroscienze Nurses, ofreciéndose a presentar personalmente la candidatura de Barcelona para el próximo Congreso de la WFNN.

La pasada asamblea general de socios, celebrada durante la VIIª Reunión de la SEDENE, aprobó todas las modificaciones propuestas para los estatutos y aprobó también los objetivos para los años 2001-02.

Pasado el mes de agosto espero poder informaros de todas las resoluciones de la junta Directiva de la SEDENE ,hasta entonces, pasar una buena primavera y verano.

Antoni Ibarzo

EDITORIAL

Se ha dicho y escrito mucho sobre el Síndrome de estrés laboral asistencial, a este síndrome se le ha atribuido: desmotivación laboral de muchos profesionales, conflictos de comunicación interpersonal, pérdida de eficacia laboral, abstentismo, aumento de situaciones depresivas y riesgo de consumo de fármacos.

Muchos son los cuestionarios o escalas que se utilizan para medir los distintos aspectos del estrés laboral. Mediante *el Inventario de Burnot de Masloch*, se puede hacer una medición fiable del síndrome de estrés laboral, relacionando este con la calidad de vida del profesional. La medición se realiza a través de tres escalas: Cansancio emocional, despersonalización y autorrealización personal en el trabajo. Otro de los *Cuestionarios utilizado es el Cuestionario de estrés ocupacional para profesionales de la salud* (A. Reig y A Carmona 1990). Este cuestionario específico para estudiar el nivel de estrés en profesionales de la salud contiene 67 ítems y evalúa diversas fuentes de estrés laboral, clasificando en 7 factores: Contacto con dolor y la muerte, conflictos con pacientes y familiares, conflictos con superiores, situaciones urgentes y graves, aspectos carenciales fuente de insatisfacción, estrés emocional y sobrecarga laboral. Ha sido ampliamente utilizado en el fin que nos ocupa.

Pudimos constatar en la Reunión anual de la Sociedad, la preocupación que existe entre los profesionales de Neurología por este tema. ¿Los profesionales de enfermería si que perciben en el día a día el estrés?

Realizamos en esta reunión un taller sobre el tema, en el que los participantes describimos todas aquellas situaciones que nos causan estrés, situaciones laborales que repercuten en nuestra vida familiar y personal. Las cargas asistenciales, conflictos y ambigüedad de rol, turnos y jornadas de trabajo, la falta de promoción y desarrollo profesional, los ruidos de los teléfonos, las cargas familiares relacionadas con la falta de tiempo debido a los horarios; todas estas circunstancias descritas, son causas de situaciones estresoras.

Conocer nuestros propios factores de estrés, aprender a manejar la respuesta al mismo y ver como mejorar nuestra vida para ajustarse a estas presiones internas y externas, es importante; no se puede controlar lo desconocido.

Las técnicas de relajación progresiva, respiratorias, de autohipnosis, de rechazo de situaciones absurdas, de afrontamiento de problemas....., son estrategias, para reducir la carga estresante. Reflexionar sobre estas pequeñas y grandes cosas que dan sentido a la vida, también puede ser un recurso.

Es preciso cuidar “al cuidador” y en este caso nosotros somos el cuidador de otros y de nosotros mismos.

CARTAS A LA REDACCIÓN

Queremos reservar un espacio, para que a través de el os podáis dirigir a la Junta Directiva y a todo el colectivo de enfermería de nuestra Sociedad, 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:

Apartado de Correos 534- Fax 972511134-17001 Girona.

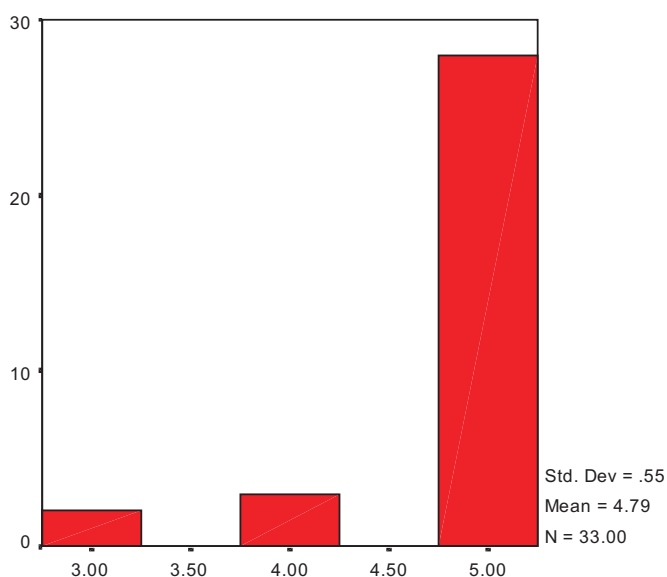
ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA VII REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

La Sociedad Española de Enfermería Neurológica celebró su VII Reunión los días 14 y 15 del pasado mes de diciembre, en Barcelona. El acontecimiento tuvo lugar en el nuevo Palacio de Congresos de Cataluña, un lugar amplio en el que no hubo problemas de espacio como en años anteriores. La asistencia fue de 216 profesionales de enfermería, una cifra ligeramente superior a la del año 1999.

Merece la pena destacar la originalidad de la conferencia inaugural de este año “¿Qué espera el paciente y la familia de nosotros, los profesionales de la salud?” que realizó el Sr. Joan Elías. Para este ingenioso conferenciante la mente humana es como un “Alien”,

un ente aparte, que siempre está pensando y necesita información continua para trabajar, sino, se la inventa. Los profesionales de la salud, debemos constantemente mantener informados a los pacientes y a sus familias (a sus “Aliens”) para evitar problemas de comunicación, que son los problemas que conducen a malas interpretaciones de nuestros actos, a suposiciones falsas, a críticas... Según Elías, si mantenemos una constante información a nuestros pacientes, comprenderán mejor el proceso, estarán más tranquilos, y serán menos reivindicativos. Cuando no hay información el paciente y la familia se la inventan, y siempre se inventa uno lo peor!!... Atentos pues a estas sugerencias.

Gráfico 1 - Conferencia Inaugural: ¿Qué espera el paciente y la familia de nosotros, los profesionales de la salud?



El 84.8% de los encuestados puntuó con 5 esta conferencia en una escala del 0 (peor puntuación) al 5 (mejor puntuación) (Gráfico 1).

La mesa redonda de la tarde “El abordaje del coma y del estado vegetativo” sufrió muchos contratiempos, ya que no contamos con la asistencia ni del Dr. Justo García de Yebenes (moderador de la mesa) ni del Dr. Pedro Nolasco, noticia que tuvimos que afrontar el día anterior a la reunión. Por ello queremos agradecer al Dr. Laínez su participación en la mesa que le solicitamos de improvisto. Después de una introducción al tema del coma por el Dr. Varela, dos enfermeras de la Clínica Universitaria de Navarra expusieron sus experiencias. Las conclusiones de esta mesa son: 1.- Los pacientes en coma o en estado vegetativo son pacientes que requieren muchos cuidados de enfermería y un abordaje multidisciplinar que no exis-

te en la mayoría de los casos. 2.- En general, hay desconocimiento y poco soporte institucional ante esta situación que conlleva a muchas familias a situaciones muy estresantes. 3.- El coma y el estado vegetativo comportan conflictos éticos no resueltos en la legislación vigente.

Las opiniones al respecto de esta mesa no fueron tan favorables, suponemos que por los problemas anteriormente comentados (Gráfico 2).

Antes de la asamblea de socios celebrada al final de esta jornada, se presentó y dio a conocer el proyecto de investigación premiado en la VI Reunión.

El viernes 15, por la mañana, durante tres horas se celebró un taller sobre el estrés, a cargo del Sr. Ricardo Díaz Mallofré, licenciado en enfermería y profesor de la Fundación DOMO. El taller tuvo dos partes, en la primera el Sr. Díaz explicó la fisiología y

Gráfico 2 - Mesa Redonda: El abordaje del coma y del estado vegetativo

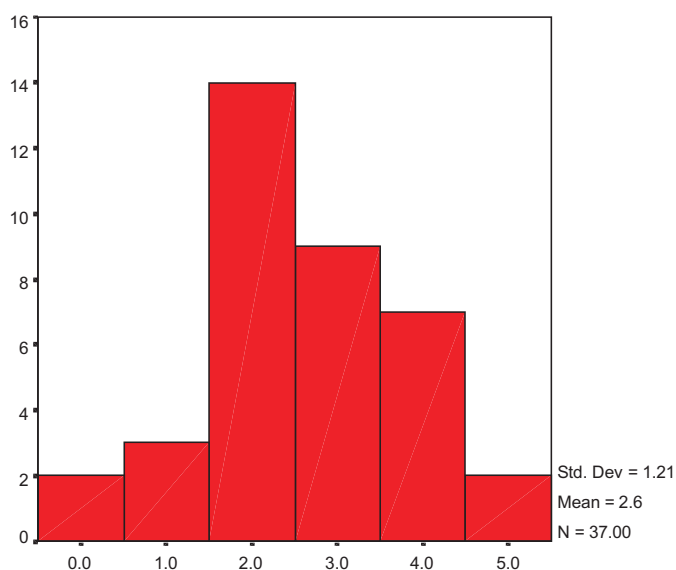
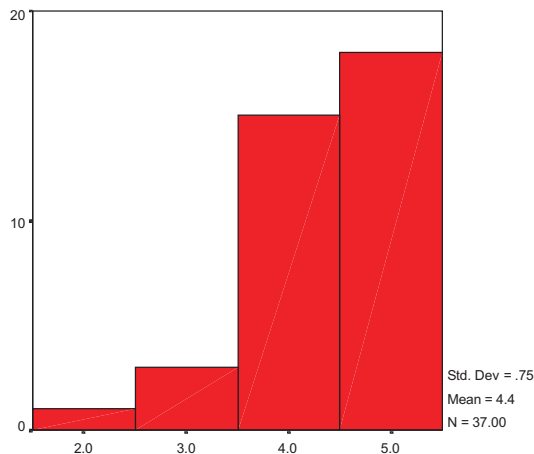


Gráfico 3 - Taller: Estrés. Fisiología y causas. Recursos para controlarlo.



las causas de estrés, recomendado y enseñando a realizar una autogestión para evitarlo. Esta autogestión del estrés incluye utilizar diferentes recursos como una alimentación equilibrada, ejercicio físico, ejercicios de respiración y relajación, realizar actividades creativas con las manos como la pintura o el dibujo, expresar y compartir emociones, perdonar y perdonarse, conocimiento de uno mismo, gestionarse el tiempo, etc.. La segunda parte del taller fue práctico y se analizaron por grupos los factores estresantes que nos rodean.

El 89.1% de los encuestado opinó muy favorablemente sobre este taller (gráfico 3).

En la tarde del viernes se presentó la II edición de la guía del ictus de la S.E.D.E.N.E.

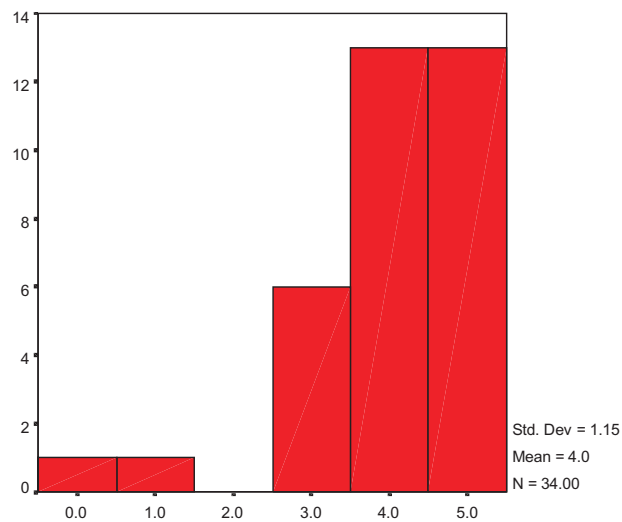
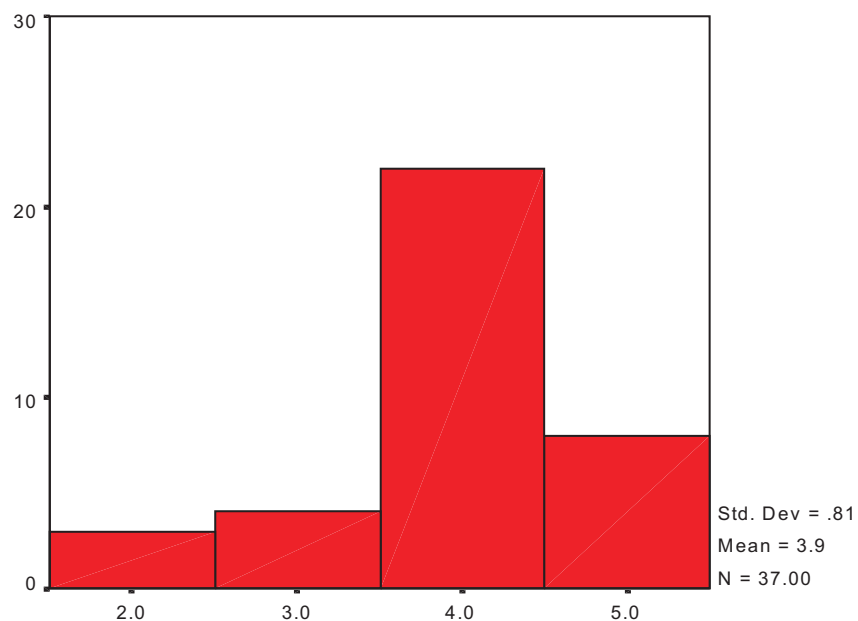
Posteriormente se realizó una conferencia sobre " Valoración de una urgencia neurológica" a cargo del Dr. Tomás Segura y de la Sra. Joana Rodrigo, en la que explicaron de forma muy sistematizada las

complicaciones graves que pueden hacer los pacientes neurológicos y que suponen situaciones de urgencia. En estas situaciones la enfermera debe ser capaz de detectar la urgencia y saber actuar eficazmente.

El 76.4% de los encuestados valoraron favorablemente esta conferencia (Gráfico 4).

Se presentaron 15 comunicaciones orales entre el primero y segundo día por la mañana. Además se expusieron 9 pósters. Agradecemos desde aquí la participación de todos ya que a través de estas reuniones podemos actualizarnos cada día.

El 81.1% de los encuestados ha valorado positivamente la organización de la reunión (Gráfico 5), y han opinado como temas de mayor interés para las próximas reuniones la educación sanitaria en atención primaria, domiciliaria y hospitalaria de pacientes neurológicos (especialmente en la E.L.A.), las encefalopatías espongiiformes, las distonías y la realización de sesiones interactivas.

Gráfico 4 - Valoración de una urgencia neurológica**Gráfico 5 - Organización VII Reunión Anual**

Finalmente comentaros que han respondido a las encuestas el 17.1% de los asistentes a los que les agradecemos sus opinio-

nes.

¡Os esperamos a todos de nuevo el próximo diciembre!

Rosa Suñer Soler y Carmen Pérez Moltó
S.E.D.E.N.E

COMENTARIOS DE ARTÍCULOS DE INTERÉS PARA ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

Autora : Rosa Suñer Soler

Cuidar pacientes que no pueden responder

INTRODUCCIÓN

En las unidades de neurología y neurocirugía o en cuidados intensivos las enfermeras deben cuidar a pacientes que no pueden responder, que no reaccionan. La mayoría son pacientes con lesiones cerebrales graves o que reciben tratamientos sedantes que les imposibilita estar en estado de alerta y/o contactar con el mundo exterior. Además muchas otras enfermedades pueden conducir a un deterioro del nivel de conciencia y provocar una falta de respuesta del paciente.

Según M.A. Samuels¹, ante un paciente comatoso la primera pregunta que nos debemos hacer es: ¿El paciente parece dormido o despierto?, pudiéndose así clasificar a los pacientes en dos categorías:

- 1- *Pacientes "despiertos" pero sin respuesta*, característico de pacientes con hidrocefalia, lesiones del lóbulo frontal, traumatismos cráneo-encefálicos, síndrome del cautiverio e infartos cerebrales de ambas arterias cerebrales anteriores, además de trastornos psiquiátricos como por ejemplo la catatonía.
- 2- *Pacientes "dormidos" sin respuesta*, característico de pacientes con lesiones de tronco cerebral, o por afectación difusa del SNC (por ejemplo a causa de intoxicaciones, metabolopatías, hipoxias, encefalitis o meningitis).

Después de alcanzar un diagnóstico y empezar una terapéutica adecuada el paciente permanece hospitalizado, a veces durante un largo período de tiempo.

Es interesante saber que hacen y piensan los profesionales de enfermería sobre la atención de estos pacientes.

TÍTULO ORIGINAL

"Experiences of Critical Care Nurses Caring for Unresponsive Patients"

TÍTULO TRADUCIDO

"Experiencias de enfermeras de cuidados críticos con pacientes que no responden, que no reaccionan"

AUTOR:

Nancy E. Villanueva. University of Miami School of Nursing.

CITA BIBLIOGRÁFICA:

The Journal of Neuroscience Nursing, 1999; 31(4): 216-223.

RESUMEN

Mediante una metodología cualitativa y con el objetivo de explorar y estudiar las experiencias de las enfermeras que cuidan pacientes en coma, se entrevistaron 16 enfermeras de

una unidad de cuidados intensivos de un hospital público americano que atendían pacientes con traumatismo cráneo-encefálico o pacientes tratados con bloqueantes neuromusculares. Las áreas exploradas fueron:

- 1- El tipo de cuidados que la enfermera dio a estos pacientes.
- 2- Qué y cuando habló la enfermera al paciente.
- 3- Cuáles son los factores que estimularon o inhibieron para hablar con el paciente.
- 4- Cómo valoró la enfermera las necesidades de estos pacientes.
- 5- Qué intervenciones realizaron las enfermeras para dar confort.
- 6- Qué creen las enfermeras sobre la percepción de los pacientes tratados con bloqueantes neuromusculares.

En este estudio las participantes respondieron sobre su experiencia al cuidado de pacientes traumáticos en coma o tratados con bloqueantes neuromusculares.

Todos los datos se ordenaron, clasificaron y asociaron. Finalmente se analizaron llegando a una clasificación de las acciones y experiencias de las enfermeras entrevistadas.

Resultados: Las experiencias estudiadas fueron clasificadas en una categoría principal: "Dar al paciente una oportunidad" y seis subcategorías (tabla 1) que representan diferentes ámbitos del cuidado de estos enfermos.

Tabla 1 - Taxonomía de las experiencias estudiadas

- 1- APRENDER SOBRE EL PACIENTE: Información, valoración, interpretar necesidades e individualizar.
- 2- MANTENIMIENTO Y MONITORIZACIÓN: Actividades técnicas que ocupan la mayoría del tiempo de las enfermeras.
- 3- COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE: Tranquilizar al paciente, hablarle, comunicación no verbal.
- 4- TRABAJAR CON LA FAMILIA: Enseñar, motivar y cuidar a la familia.
- 5- CONFLICTOS Y DILEMAS: Esta categoría cambia con cada nuevo paciente, olvidar que el paciente es una persona cuando no responde puede ser un gran dilema (pensar más en los valores de los monitores y menos en el paciente).
- 6- PERSONALIZAR: Actividades que se deberían realizar con los pacientes que no responden teniendo en cuenta las necesidades de cada paciente, personalizando para conseguir el mejor resultado posible.

Según la autora, el proceso del cuidado a estos pacientes es un proceso dinámico que empieza cuando se asigna el paciente a una enfermera y continua con la recogida de información e interpretación de las necesidades del paciente.

Todas las enfermeras identificaron "la comunicación con los pacientes" como una de las actividades más importantes, pero no realizada en muchas ocasiones.

El estudio identificó áreas que necesitan mayor atención en la profesión de enfermería (a nivel teórico y práctico) como la comunicación con los pacientes comatosos y con sus familias. Se identificó además la necesidad de dar mayor información y formación a las enfermeras sin experiencia en el cuidado de estos enfermos.

COMENTARIO

En los últimos años y en el campo de la enfermería, se ha profundizado y desarrollado la monitorización técnica de los pacientes críticos, sin embargo se conoce muy poco sobre aspectos de relación y

comunicación entre estos pacientes y sus cuidadores o sobre demandas y necesidades de sus familiares. Dice M. Allué², antropóloga e ingresada mucho tiempo en la UCI: "... me pregunto si ahora que la parte técnica ya está solucionada, no es posible trabajar más en los aspectos interaccionales del paciente...".

Muy pocos profesionales hablan del tema de relación, comunicación y sentimientos con pacientes críticos, que no reaccionan ni responden, además en el trabajo diario los aspectos cualitativos del cuidar se suelen relegar a un segundo plano, aún conociendo científicamente los beneficios para el paciente³⁻⁵.

Esta investigación *permite conocer y comprender situaciones muy específicas y particulares* de nuestra profesión. Mediante metodología cualitativa (en este trabajo con "grounded theory" o teoría fundamentada en la realidad) se han explorado situaciones que suceden a diario en el cuidado de pacientes en coma, llegando a una clasificación pedagógica y a la vez práctica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Samuels M A. Evaluación del paciente comatoso. Hospital Practice (ed. Esp.) 1993; 8 (9): 17-31.
 - 2- Allue M. Sobrevivir en la UCI. Enfermería intensiva 1997; 1 (8): 29-34.
 - 3- Jovell AJ. El silencio de los pacientes. Rev ROL Enf 1999; 22 (7-8): 507-510.
 - 4- Carbelo B. El tacto: una forma de comunicación con el paciente. Enfermería Clínica 2000; 10 (1): 29-32.
 - 5- Elliott R, Wright. Verbal communication: What do critical care nurses say to their unconscious or sedated patients? J Adv Nurs 1999; 29 (6): 1412-20.
-

**Premio de Investigación Científica
de la VIIª Reunión Anual de la SEDENE,
celebrada en Barcelona los días 14 y 15 de diciembre de 2000**

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES NO PRESENTADOS A LA CONSULTA DE NEUROLOGÍA DE LA MARINA ALTA

Angeles Mas Server, Jaume Morera Guitart, Gemma Mas Sesé.

Hospital Marina Alta. Denia. Alicante

INTRODUCCIÓN

Los pacientes que no se presentan a la consulta de neurología en la fecha prevista suponen dos tipos de problemas:

1. Disminuyen la rentabilidad (eficiencia) de la consulta al originar espacios de tiempo muerto en el que no se produce asistencia, desaprovechándose los recursos destinados a tal fin (tanto de tipo humano como estructural y otros).
2. Nos llevan a preguntarnos cuales son las causas de dichas ausencias con el objetivo de analizar si nuestro sistema satisface las expectativas del cliente.

Recordemos que la satisfacción de las expectativas del paciente es un aspecto importante de la Calidad Asistencial. Por tanto, plantearnos los motivos de los No Presentados debería formar parte de cualquier sistema de Control de Calidad dirigido a la Mejora Continua de la Calidad Asistencial.

En nuestro caso (consulta de Neurología del Hospital Marina Alta), esta cuestión de aprovechamiento y optimización de los recursos se hace más acuciante dado que estamos trabajando bajo una impor-

tante presión asistencial, con un tiempo de espera mínimo para una visita sucesiva o de seguimiento de 3 meses, de 7 meses para las primeras visitas y con un porcentaje de visitas realizadas fuera de la programación de citas (visitas urgentes no programadas) del 8%. Todo ello nos conduce a tener que replantearnos el rentabilizar al máximo nuestros recursos.

Tras analizar estas premisas, surgieron las siguientes cuestiones:

- ¿Cuál es la tasa de fallos en las citas?
- ¿Qué pacientes son los que no acuden?
- ¿Porqué los pacientes faltan a las citas?
- ¿Pueden reducirse las tasas de incumplidos?

HIPÓTESIS

Para contestar a estas preguntas básicas, nuestra hipótesis inicial fue la siguiente:

«Los pacientes de edad avanzada, con importante deterioro cognitivo, residentes en zonas alejadas del hospital y con lapsos de tiempo entre visitas largos, serán más proclives a no presentarse a la consulta de neurología que el resto de pacientes que pre-

sentan otras características».

OBJETIVOS

- I. Analizar la frecuencia, motivos y características de los No Presentados.
- II. Comparar las características de los No Presentados en relación a los presentados.
- III. Proponer intervenciones para minimizar los No Presentados por motivos evitables.

MATERIAL Y MÉTODO

MUESTRA

Se realizó un registro prospectivo de una muestra aleatorizada de 479 pacientes citados a la consulta de neurología del Hospital Marina Alta.

PERIODO DE TIEMPO

La duración del estudio fue de 6 meses, desde Octubre de 1999 hasta Abril de 2000.

DATOS REGISTRADOS

Registramos los datos de todos los pacientes de la muestra sobre: filiación, población de residencia, edad, sexo, diagnóstico, tipo de prestación solicitada y fecha de la última visita.

DISEÑO

Estudio comparativo entre los pacientes que fueron No Presentados durante el periodo de estudio y una muestra aleatorizada de aquellos pacientes que sí acudieron a su cita.

PROCEDIMIENTO

Realizamos una revisión de las historias clínicas de la muestra para completar y

confirmar los datos registrados.

Se realizaron entrevistas telefónicas por parte de uno de los componentes del grupo de estudio (M. Àngels Mas) a todos los pacientes que no se presentaron a su cita con el neurólogo para conocer el motivo de su no comparecencia. La entrevista telefónica se realizó dentro de un plazo máximo de dos semanas (para disminuir el sesgo por olvido), se realizaron un mínimo de tres llamadas a aquellos pacientes que no se localizaban.

MOTIVOS DE NO PRESENTADOS

Todos los motivos de no comparecencia que fueron expresados por los pacientes en las entrevistas telefónicas fueron clasificados en diez grupos. Exponemos a continuación cada uno de estos grupos y los motivos a los que engloban:

1. ERROR ADMINISTRATIVO

- Los dispositivos administrativos no anularon la cita.
- No se avisó al paciente.
- La falta de accesibilidad telefónica impidió al paciente informar de su no comparecencia.
- Error en la asignación de especialidad.
- Remisión del paciente a otros hospitales.

2. FALLO EN LA COMUNICACIÓN

- Barrera idiomática (es un factor importante en nuestra área porque en ella residen un importante número de pacientes extranjeros).
- El paciente no comprendió el aviso.
- El paciente no sabía que se cambió

- la fecha de consulta.
- Confusión de fecha.

3. ESTAR PENDIENTE DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Pendiente de la realización de pruebas complementarias.
- Se le realiza al paciente una prueba complementaria el mismo día en que tiene su cita en la consulta.

4. DEMORA EXCESIVA

- Demora excesiva para obtener una cita con el neurólogo.
- Demora excesiva en la sala de espera de la consulta de Neurología.

5. OLVIDO

- El paciente o familiar olvida la cita.
- La residencia olvida la cita.

6. CAMBIO DE DOMICILIO

- El cambio de domicilio conllevó también un cambio de área de salud.

7. MEJORÍA

- El paciente presentaba mejoría.

8. INSATISFACCIÓN DEL PACIENTE

- El paciente acude a un médico privado.
- El paciente opina que «no le soluciona nada el venir a la consulta».
- Tratamiento ineficaz. Automedicación por parte del paciente.
- El paciente desea ser atendido por otro médico.

9. OTRAS PRIORIDADES

- Problema laboral (el paciente no puede abandonar su lugar de trabajo).
- Problema familiar.
- Estar de viaje.

- Otro médico le aconseja no acudir.
- No puede acudir (no da motivo).

10. INCAPACIDAD FÍSICA

- Enfermedad que le impide acudir.
- Empeoramiento de la enfermedad neurológica.
- Cuidador enfermo, no le puede acompañar.
- Paciente encamado.
- Paciente ingresado.
- Exitus.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Diseñamos una base de datos en Microsoft Access 97 e introdujimos los datos en la misma.

Posteriormente analizamos los datos y realizamos las comparaciones estadísticas pertinentes en SPSS.

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

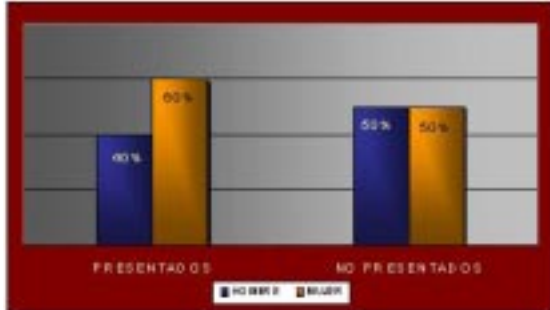
- No hubo diferencias entre sexos: 47% fueron hombres y 53% fueron mujeres.
- Edad media global (no hubo diferencias entre sexos): 61,2 años.
- Agrupación por tipo de visita:
 - 19% No Presentados.
 - 73% visitas programadas cumplidas.
 - 8% visitas urgentes.

ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE PRESENTADOS Y NO PRESENTADOS

Comparación según edad media

- Edad Media de los No Presentados: 58,5 años.
- Edad Media de los Presentados: 59,7 años.

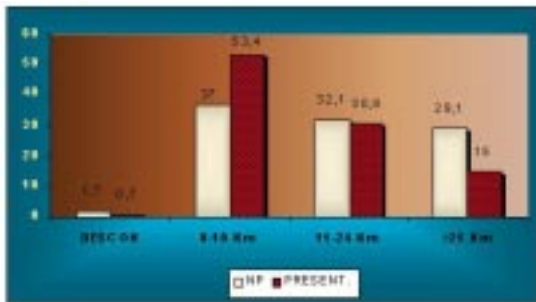
No hay diferencias estadísticamente sig-



nificativas. (T de Student)

Comparación según sexo

(χ^2)



No hay diferencias estadísticamente significativas.

Comparación por distancia al centro

(U de Mann-Withney)

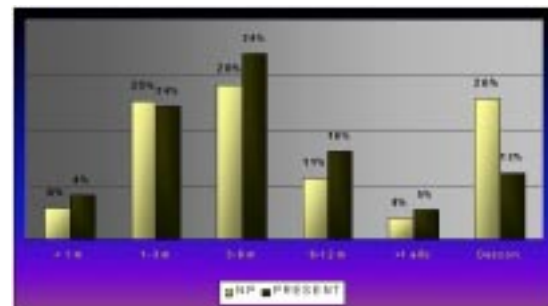
Para realizar el análisis por distancia al centro, agrupamos las poblaciones de residencia de los pacientes según los kilómetros que distaban del Hospital. Consideramos que se encontraban a una Distancia Corta las poblaciones que se encontraban de 0 a 10 kilómetros, Distancia Media entre 11 y 24 Km y Distancia Larga cuando eran 25 o más Km (para realizar esta agrupación tomamos como referencia el área de cobertura del servicio de Hospitalización a Domicilio del Hospital).

Obtuvimos diferencias estadísticamente significativas: más del 50% de los pacientes presentados residían en poblaciones de Distancia Corta, a esta distancia la tasa de No Presentados era menor: 37%. En



cambio, a una Distancia Larga el porcentaje de No Presentados (29%) duplicaba al de presentados (15%).

Comparación según tipo de prestación



(χ^2)

No hay diferencias estadísticamente significativas.

Comparación según lapso entre visitas

(U de Mann-Withney)

Al comparar el grupo de No Presentados con el de Presentados según el lapso entre visitas, es decir, según el tiempo transcurrido entre la fecha de citación y la visita anterior, no obtuvimos diferencias estadísticamente significativas.

Comparación por grupos diagnósticos

Atendiendo a grupos diagnósticos, los No Presentados en relación a los Presentados presentan más afecciones que tras el estudio no han sido filiadas (Síntomas y Signos) y otros tipos de trastornos del movimiento no parkinsonianos (MIAS). Mientras que los diagnosticados de neuropatías o aquellos que están pendien-

GRUPO DIAGNÓSTICO	AP	PRESENT
CEFALGIA	15.1%	10.2%
NEURONQUEJAL	13.0%	15.2%
S.PARKINSON (S.MOS)	12.1%	9.8%
DEMBIAS	10.1%	11.2%
SÍNTOMAS Y SIGNOS	9.2%	4.3%
EPILEPSIA	7.2%	5.2%
MAL OÍDO	6.2%	2.2%
NO NEUROLOGICO	4.2%	3.2%
NEUROPTIAS	3.2%	11.2%
PENDIENTE	2.2%	6.2%
OTROS	7.2%	12.2%

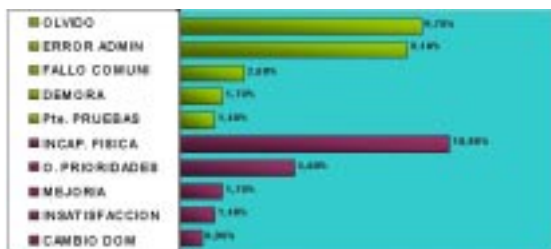
tes de un diagnóstico cumplen más sus citas, siendo el porcentaje de No Presentados en estos casos menor.

El resto de grupos diagnósticos no presentan diferencias significativas.

(χ^2)

Motivos de No Presentados

Tras el análisis de los motivos de no comparecencia, estos fueron clasificados en No Evitables y Evitables. Considerando Motivos Evitables aquellos sobre los que sí podemos actuar, y representan un



porcentaje ligeramente superior al de los Motivos No Evitables.

Los motivos que obtuvieron mayores porcentajes fueron el Olvido (evitable) y la Incapacidad Física (no evitable).

Motivos concretos de No Presentados

Al estudiar los motivos concretos (sin estar agrupados, como en la gráfica anterior), observamos que el motivo de no presentados más frecuente es el olvido de cita

MOTIVO CONCRETO	Nº CASOS
El paciente olvidó su cita	22
Otra enfermedad	18
Desinformación de su cita	9
No se pudo contactar	10
Costa	16
Se presentó a la cita pero no fue atendido	7
Se canceló la cita	6
Problemas de transporte	6
Error en la dirección de la cita	5

(que es un motivo evitable). En el tercer y cuarto lugar en frecuencia encontramos otros motivos también evitables: la no anulación de cita por parte de los dispositivos administrativos y cuando el paciente no fue avisado de su fecha de citación.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos no confirmaron nuestra hipótesis inicial. Sólo se confirmó uno de sus apartados, el referido al aumento de no presentados en relación a ser residentes en zonas alejadas del Hospital. En cuanto a los demás supuestos, descartamos que la edad avanzada, el padecer un importante deterioro cognitivo o el que transcurra un importante periodo de tiempo entre cada visita influya en ser

más proclive a no presentarse a las citas en la consulta de neurología.

En cuanto a la revisión bibliográfica,

Autor/Año	Lugar	Tipo de Cons.	% NP
Stone/1999	Exeter	Cir-Plast	16%
Simmons/1997	Leeds	H.Gener./Digest.	20%
Bottomley/1994	Leeds	Dermatol.	19%
Potamitis/1994	Birmingham	Oftalmol.	10%
Lloyd/1993	London	Digest	20%
Horrea et al/20	Denia	Neurol.	19%

realizamos una búsqueda sobre artículos de fallos en las citas referidos a estudios observacionales y ensayos clínicos realizados desde 1990, encontramos resultados muy semejantes al nuestro en cuan-

Autor/año	Motivos Principales de NP
Verbov (1992)	Enfermedad (28%); Errores Administrat. (30%)
Potamitis (1994)	Errores Administrat. y Olvidos
Bottomley (1994)	Olvidos y Fallos en la Comunicación
Horrea (1994)	Olvidos y Fallos en la Comunicación
Horrea et al (2000)	Incapacidad Física (11%); Olvidos (19%); Errores Administrat. (9%); Otr Priorid (5%); Fall com (9%)

to a los porcentajes de No Presentados.

Al analizar los resultados de estos estudios en cuanto a los principales motivos de no comparecencia, obtuvimos que los reflejados en nuestro estudio coincidían con los de estos.

Las limitaciones o dificultades encontradas durante la realización de este estudio fueron principalmente de carácter metodológico. La más importante fue la dificultad para realizar la entrevista telefónica a todos los pacientes no presentados, debido tanto a que estos no pudieron ser localizados (que significaron un

total de 97 pacientes de la muestra), o a que en su historia clínica o en su ficha de identificación no había reflejado ningún teléfono de contacto (esto sucedió a 34 pacientes de la muestra).

CONCLUSIONES

Existe una importante proporción de pacientes no presentados en la consulta de Neurología del Hospital Marina Alta (Denia).

Cuando la distancia desde el lugar de residencia al centro es igual o mayor a 25 kilómetros, se refleja un aumento en la frecuencia de pacientes que faltan a sus citas.

En cuanto a los motivos de fallos en las citas un 56% son evitables, es decir, se pueden establecer intervenciones sobre estos para evitarlos o reducirlos. Dentro de este grupo, los principales motivos son los olvidos, los errores administrativos y los fallos en la comunicación.

PROPUESTAS

Finalmente, sugerimos una serie de propuestas de intervención para mejorar el cumplimiento con las citas en el centro sanitario:

- Utilizar un sistema de recordatorios de citas, para disminuir los no presentados por olvidos.
- Mejorar los dispositivos administrativos tales como el sistema de anulación de citas, el de aviso de citación y el de asignación de especialidad.
- Diseñar estrategias para mejorar la comunicación y entendimiento con los pacientes.
- Mejorar la accesibilidad espacial mejorando o ampliando los servicios de transporte al centro.

VALORACIÓN DEL NIVEL DE CONSCIENCIA

Autor: Óscar Vega Palencia

Enfermero, Servicio de Neurología H.U. 12 de Octubre

Escala del coma de Glasgow

A la hora de explorar a un paciente con una alteración del nivel de consciencia de la causa que sea, es importante disponer de un método de valoración que sea fácil de aplicar y reproducible. Esto evita la utilización de términos poco definidos y confusos como semicomatoso o estuporoso. La *Escala del coma de Glasgow* es el método más utilizado para valorar el nivel de consciencia. Aunque en un principio se aplicó para pacientes con traumatismo craneoencefálico, también es útil para pacientes con alteración de causa médica o quirúrgica.

La escala utiliza tres parámetros que se determinan clínicamente por tres tipos de respuesta frente a diferentes estímulos, incluyendo el doloroso: la respuesta de apertura de ojos, la mejor respuesta verbal, y la mejor respuesta motora. Cada una de estas tres categorías recibe una puntuación, y al final se suman las tres puntuaciones; por lo tanto es posible obtener puntuaciones entre tres y quince. El nivel de consciencia se puede expresar como: CGS 9/15.

Una caída de las puntuaciones de la escala indica un deterioro del nivel de consciencia, y por lo tanto representa un trastorno neurológico por la causa que sea (primario, proceso circulatorio,...). La realización repetida de la escala en un individuo es importante, y junto con otros

signos vitales, resulta esencial para valorar la evolución del paciente.

El uso de la escala favorece una valoración directa y una comunicación clara, sin embargo su aplicación requiere cierto grado de sentido común: hay situaciones que imposibilitan o dificultan algunas respuestas, pero no indican deterioro neurológico, y no es válida la aplicación de la puntuación (hemiplejía, afasia, traumatismos, intubación, niños,...).

Además de este método de valoración, veremos otras exploraciones que nos ayudarán a la hora de determinar el nivel de consciencia de un paciente, y su afectación cerebral, como son la acomodación pupilar, el signo de Babinski, la desviación conjugada de la mirada, y los "ojos de muñeca".

ESCALA DE GLASGOW

APERTURA DE OJOS

Espontánea	4
Estímulos verbales	3
Estímulos dolorosos	2
Ausente	1

RESPUESTA VERBAL

Orientada	5
Desorientada	4
Incoherente, confusa	3
Incomprensible, quejidos	2
Ausente	1

RESPUESTA MOTORA

A órdenes	6
Al dolor	
Localiza el estímulo	5
Retirada	4
Flexión anormal	3
<i>(descorticación)</i>	
Extensión anormal	2
<i>(descerebración)</i>	
Ausente	1

PUNTUACIÓN DE LA ESCALA

15	Alerta, orientado.
14 / 13	Alerta; presenta confusión, alteración del raciocinio y memoria, ligero deterioro nivel de consciencia => desorientación (temporo-espacio- personal, pero no necesariamente en las tres esferas).
12 / 10	Aletargado, estupor.
9 / 8	Semicomatoso.
< 8	Coma

DEFINICIONES OPERACIONALES:

- *Alerta*: reacción inmediata y lógica.
- *Aletargado*: respuesta con retraso o incompleta, a estímulo verbal o táctil. No espontáneo.
- *Estupor*: necesidad de fuerte y prolongado estímulo. Comportamiento dirigido a que cese el estímulo.
- *Semicomatoso*: necesidad de estímulo doloroso, reflejo retardado e incompleto.
- *Coma*: ausencia de respuestas motoras o verbales, incluso a estímulos dolorosos.
- Superficial: cierta actividad refleja a estímulos dolorosos.
- Profundo: no respuesta.

- Profundo irreversible: funciones vitales mantenidas mecánicamente.
- *Descorticación*: respuesta anormal ante un estímulo, con flexión y aducción de la extremidad superior, y supinación de la muñeca, y extensión de la extremidad inferior, con flexión plantar. Hay lesión cortical, disfunción hemisférica menos grave, pero no daño del mesencéfalo.
- *Descerebración*: respuesta extensora de las extremidades superiores e inferiores, con aducción y pronación de la muñeca. También presenta hiperextensión raquídea y compresión de los dientes. Se debe a lesiones hemisféricas graves, con daño del mesencéfalo. También puede darse en casos de encefalopatía tóxica o metabólica.

ACOMODACIÓN PUPILAR

Las pupilas generalmente, de manera fisiológica, miden entre 2-4 mm, deben ser isocóricas (mismo tamaño), y normorreactivas (ante una luz intensa, se contraen); además presentan el llamado "reflejo fotomotor cruzado o consensual", es decir, ante el estímulo luminoso también se produce una respuesta de la pupila contralateral.

La no presentación de una de estas características, es signo de algún tipo de afectación neurológica (excepto si hay patología propiamente ocular).

Las alteraciones más comunes son:

- Lesión de los hemisferios:
 - Midriasis arrectiva unilateral (anisocoria): hemorragia; herniación de un hemisferio (lóbulo temporal) que

- comprime las fibras del nervio constrictor de la pupila (III par craneal).
- Midriasis arreactiva bilateral (5-6 cm): la herniación afecta a ambos hemisferios, aumento de la PIC (presión intracraneal).
 - Midriasis arreactiva bilateral > 6cm: anoxia cerebral.
 - Lesión del mesencéfalo:
 - Pupilas de tamaño normal (3-4cm), isocóricas, arreactivas a la luz, aunque pueden apreciarse pequeños movimientos espontáneos.
 - Lesión de diencefalo:
 - Miosis bilateral, isocóricas y reactivas: aumento de la PIC, encefalopatía metabólica.
 - Miosis intensa (*punta de flecha*): intoxicación por opiáceos, lesión pontina.
- hacia el lado de la lesión).
- Hacia el lado de la hemiplejía, lesión protuberancial contralateral a la desviación (mirada desviada hacia el lado contrario a la lesión).
 - **Ojos de muñeca:** con el paciente en posición supina y la cabeza hacia el frente, se le mueve la cabeza hacia ambos lados, estímulo que llega hasta el tronco del encéfalo. Si los reflejos oculares están indemnes, con cada movimiento de cabeza se realizan movimientos compensatorios de los ojos, y la mirada permanece fija (las conexiones con el tronco están intactas). Si hay *lesión del tronco del encéfalo*, los ojos acompañan a los movimientos rotatorios de la cabeza (como si estuvieran "pintados").

OTRAS EXPLORACIONES

- **Signo de Babinski:** es una respuesta anormal del reflejo cutáneo plantar. Tras el estímulo correspondiente (recorrer con una punta roma desde la cara externa del talón hasta la base del quinto dedo y continuar hasta la base del primero), se produce una *extensión y abducción* del dedo gordo, acompañado a veces de *extensión en abanico* del resto de los dedos. La respuesta normal es un movimiento de *flexión* de los cinco dedos.
Indica lesión hemisférica, uni o bilateral según el caso, o afectación de la vía piramidal.
- **Desviación conjugada de la mirada:**
 - Hacia el lado opuesto de la hemiplejía, lesión hemisférica homolateral a la desviación (mirada desviada

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- J. Cambier et al: Vigilancia y sueño, *Manual de Neurología*. Ed. Masson. 6ª edición.1996.
- 2.- Clínica Mayo: Exploración del paciente comatoso, *Exploración clínica en Neurología*. Ed. Médica Jims.7ª edición.1999.
- 3.- Sistema nervioso: Valoración de enfermería, *Enfermería Medico-quirúrgica*. Ed. Paradigma.
- 4.- P.L. Swearingen: *Manual de enfermería Medico-quirúrgica*. Ed. Hcourt Brace. 3ª edición.1998.
- 5.- Harrison: Coma, *Principios de Medicina interna*. Ed. Interamericana-McGraw-Hill.1993.
- 6.- Ellen Baily et al: *Enciclopedia de la enfermería*. Ed. Océano Centrun.

**Iª Jornada de Enfermería Neurológica de la
Comunidad Valenciana y Murcia**
- 11 de Mayo de 2001 -

P R O G R A M A

- 08:30** Entrega de documentación
- 09:30** Acto inaugural
- 10:00** Conferencia inaugural: CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS: **un reto necesario para el profesional de enfermería neurológica ante los cambios del nuevo milenio**
Sra. Pilar Arroyo Gordo
Directora E.U.E Puerta de Hierro Madrid
- 11:00** Pausa - café
- 11:30** Mesa redonda: **EPILEPSIAS: el abordaje de un problema complejo dentro y fuera del hospital**
MODERADOR
Dr. Javier López –Trigo Pichó
Neurólogo. Neurofisiólogo. Jefe de Sección Neurofisiología. Unidad de Epilepsias. Servicio Neurología Hospital General Universitario de Valencia
PARTICIPANTES
Dr. Julián Lominchar Espada
Neurólogo. Médico adjunto Servicio Neurología Hospital General Universitario de Valencia
Sra. Teresa Fernández Carrascosa
Enfermera. Servicio Neurología Hospital General Universitario de Valencia
Dra. Carmen Peiró Villaplana
Neuróloga. Médico adjunto de Neurología. Centro de Especialidades Juan Llorens de Valencia.
Sra. Mª José Soriano Almiñana
Enfermera. Sección de Neurofisiología Servicio de Neurología Hospital General Universitario de Valencia.
Dr. Javier López –Trigo Pichó
Neurólogo. Jefe de Sección Neurofisiología. Servicio Neurología Hospital General Universitario de Valencia.

13:30 Presentación del: **PRIMER MANUAL DE ALIMENTACIÓN en pacientes neurológicos**

Sr. Antonio Ibarzo Monreal

Presidente de la Sedene

Sr. Eduardo Fargas Bolla

Jefe marketing, división food service. Novartis Consumer Health

14:00 Exposición de pósters

14:15 Comida

16:30 Mesa redonda/Taller: **ESCLEROSIS MÚLTIPLE: Actualización y terapias complementarias**

MODERADORA

Sra. Carmen Pérez Moltó.

Vicepresidente I SEDENE. Enfermera Supervisora. Hospital San Juan Alicante.

PARTICIPANTES

Dr. Francisco Coret Ferrer.

Neurólogo. Médico adjunto Servicio de Neurología. Unidad de Esclerosis Múltiple. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Sra. Ana Bernad Felices

Enfermera. Consulta Externa Servicio Neurología. Unidad de Esclerosis Múltiple. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Sra. Rosa Ferre de Dios

Enfermera. Profesora E.U.I. Santa Madrona. Fundación "La Caixa". Barcelona.

Sra. Wai Wai Cho Sun

Enfermera. Profesora E.U.I. Santa Madrona. Fundación "La Caixa". Barcelona.

18:30 Pausa - café

19:00 Entrega de premios a los mejores posters.

Acto de clausura

Premio al mejor Proyecto de Investigación de Enfermería Neurológica

IVª Edición. Barcelona 2000

EVALUACIÓN DESDE ENFERMERÍA DEL ESTADO MOTOR DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA DE PARKINSON. MEDIDAS PARA UNA MEJORA DE SUS PROBLEMAS DE MOVIMIENTOS Y UNA DISMINUCIÓN DE LAS ESTANCIAS MEDIAS HOSPITALARIAS.

**Autores: Mercé Roigé, Gestora de pacientes, Enf., Valldeoriola Francesc,
Dr. Hernandez Yolanda, Enf., Gines Elisabeth, Enf.**

Institut Clinic de Malalties del Sistema Nervios. Hospital Clinic. Barcelona.

Introducción

Actualmente se calcula que los pacientes afectados de enfermedad de Parkinson en Cataluña son unos 15.000. De estos pacientes en nuestro ambulatorio se están visitando alrededor de 45 cada semana.

Aproximadamente el 80 % de estos pacientes llevan tratamiento con levodopa. Desde la década del 70 se ha comprobado que la levodopa administrada durante periodos de tiempo muy largos produce fluctuancias motoras. Esta invalidante complicación implica que a lo largo del día hay momentos en que el paciente no consigue obtener una mejoría clínica de sus síntomas, y además en otros momentos le provoca movimientos excesivos llamados discinesias.

Un 2% de estos pacientes precisan de ingreso intrahospitalario para poder

regularles la medicación y con ello conseguir su máxima efectividad.

Estos ingresos pueden repetirse para el mismo paciente y los días de ingreso oscilan entre 5 y 8 días.

Entre otros motivos los tiempos de ingreso son tan largos, debido a que en la actualidad el registro del estado motor durante el día lo realiza el médico especialista, con lo que las evaluaciones clínicas del paciente son escasas, en algunas ocasiones una o dos veces al día.

Esto es debido a que no existe una persona especializada, asignada para valorar de forma permanente a los pacientes ingresados.

La estancia media podría ser reducida, si la evaluación la efectuara la enfermera especialista (trained), median-

te un registro adecuado, continuado y con un incremento de la formación del personal de enfermería sobre esta patología.

Objetivo

Elaboración de un protocolo de actuación y enseñanza para enfermería, para la evaluación de los trastornos de movimiento y estado motor del paciente afecto de enfermedad de Parkinson durante 14h al día.

Hipótesis:

La implantación de un protocolo y el aprendizaje específico en la evaluación de los trastornos motores en la enfermedad de Parkinson por las enfermeras, comportará un seguimiento más estricto del enfermo y la prescripción precoz y más adecuada de la medicación por el médico.

Método:

Se trata de un estudio longitudinal prospectivo.

El estudio se realizará mediante el seguimiento por parte de enfermería, del estado motor de los pacientes con enfermedad de Parkinson, ingresados en la unidad de Neurología del Hospital Clínic de Barcelona, durante seis meses del año 2000.

La Unidad de hospitalización del Instituto de Enfermedades del Sistema Neurológico para pacientes con enfermedades neurológicas consta de 25

camas con una estancia media de 6,8 días, con un índice de ocupación de 100%.

Criterios de Inclusión

Se incluirán pacientes con enfermedad de Parkinson con edad superior o igual a 30 años e inferior o igual a 75.

Se incluirán los pacientes con enfermedad de parkinson cuyos síntomas antiparkinsonianos produzcan un grado de incapacidad entre el 50% y el 30%, valorada a través de la escala de Schwab y England en el momento del ingreso.

Criterios de Exclusión

Se excluirán los pacientes con existencia de déficit cognitivo, criterios MMSE. (Minimal State Examination). Considerando déficit cognitivo los pacientes que puntúen por debajo de 21.

Se excluirán los pacientes que presenten alucinaciones dopaminérgicas.

Se excluirán los pacientes que vengán a ingresar para evaluación prequirúrgica y quirúrgica de la enfermedad de Parkinson (Palidotomía o Estimulación subtalámica).

Procedimiento

Será imprescindible que el paciente haya firmado el consentimiento para entrar en el estudio.

En el momento del ingreso y del alta se les pasará la escala Clinical Global Impression (CGI).

Registraremos los parámetros del estado motor del paciente durante 14 horas al día, cada hora. En esta misma hoja registraremos los cambios de medicación realizados por el médico.

Parámetros del estado motor:

- Movimientos violentos.
- Movimientos excesivos.
- Bien, (no parado o quieto/ no discinesias).
- Parado o quieto/ Con temblor.
- Muy parado o quieto/ Con temblor intenso.
- Dormido.
- Registraremos el día de ingreso y alta del paciente.
- Agruparemos aleatoriamente a los pacientes en dos grupos:
 - Grupo A: Pacientes con Parkinson que serán seguidos por el personal de enfermería.
 - Grupo B: Pacientes que serán seguidos por el equipo médico, como en la actualidad.

El grupo A comportará los pacientes que ingresen en las camas 11, 12, 21, 22, 121, 122, al cuidado de un equipo de enfermería y los pacientes que ingresen en las camas 31, 32, 41, 42, 51, 52.. pertenecientes a otro equipo de enfermería..

El grupo B comportará los pacientes que ingresen en las camas. 131, 132, 141, 142, 151, 152 , 81, 82, 101, 102, 111, 112..

Esta división en el grupo A se hace para eliminar el sesgo que supondría que cada grupo tuviera equipos de enfermería distintos.

Por otra parte la asignación de una patología a una cama y a un médico es aleatoria a efectos de este estudio y viene definida por los criterios de Admisión del hospital y del responsable del equipo médico.

El personal de enfermería que esta en unidad de Hospitalización será enseñado a evaluar el estado motor del paciente mediante un curso que durará 4 días.

Utilidad práctica previsible.

Creemos que este estudio permitirá que los pacientes ingresados por trastornos motores en la enfermedad de Parkinson:

Mejoren mas rápidamente de sus problemas motores, ya que con un buen registro el médico podrá evaluar mejor la medicación del enfermo y realizar con mas rapidez los cambios de la misma.

Disminuyan las estancias medias.

Reduzcan el número de ingresos por paciente.

Bibliografía

- Registro de Patologías del SCS.1998.
- Estadística del Hospital Clinic de Barcelona por DRG/estancia media. 1998.
- Calme DB, Snow B, Lee C,. Criteria for diagnosing Parkinson´s disease. Ann Neurol 1992;32:s125.
- Usefulness of pallidotomy in advanced Parkinson´s disease.
- Folk Johansson. Journal of Neurology, Neurosurgery, and psychiatry. 1997;62:125-132.
- Hughes Aj., Daniel Se., Kiefford L., The Accuracy of the clinical diagnosis of parkinson´s disease: a clinico pathologic stady of 100 cases. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1992;55:181-4
- Estadística del Institut Clinic de Malalties del Sistema Nervios del Hospital Clinic de Barcelona. 1998.
- Self-assessment scales show functional improvement and reduction of motor fluctuations and dyskinesias after electrofisiologically guided pallidotomy in parkinso´s disease.
- Nobbe F. Valdeoriola F. Tolosa E. Rumia J. Ferrer E. Fabregas N. Servicio de Neurologia, Neurocirugía, Anestesiología dl Hospital Clinic de Barcelona. Journal of Neurology. Suplement 3 vol 244- number 6. S 121-133. 1997.
- Escala de evaluación unificada para la enfermedad de Parkinson. Versión española. Tolosa E. Forcadell F. 1987.
- MMSE. Minimental State Examinación. Folstein M. Folstein S. Mchughp. Psychiatry Res.1975; 12: 189-98.

-
- Clinical Global Impression. Guy 1976.

RESULTADOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN REALIZADO DURANTE SEIS MESES.

Resultados por criterios de Inclusión y Exclusión

Se decidió incluir solo los pacientes ingresados a través de la consulta externa, debido a que los pacientes con enferme-

dad de Parkinson que ingresaban por urgencias acostumbraban a tener patologías asociadas que impedían un buen registro.

Se realizaron durante seis meses **91** ingresos procedentes de la consulta externa.

De ellos **21** con Enfermedad de Parkinson. (**23%**).

Se excluyeron del estudio:

- 4 Pacientes por presentar Alucinaciones Dopaminérgicas.
- 2 pacientes por tener la edad superior a 75 años.
- 3 pacientes por ingreso para evaluación prequirúrgica.
- 2 pacientes por tener el valor de la escala de Schwab y England superior e inferior a 30% y 50% de grado de incapacidad.

Se pudieron realizar dos grupos de 5 pacientes, seguidos por el personal médico y por el personal de enfermería.

Resultados del Grupo A seguidos por el personal de Enfermería.

Edades de los pacientes: 55, 60, 62, 65, 69.

Minimental: Media 23.

Valores de la escala Schwab y England: Media entre 40% y 50%.

Estancia Media Hospitalaria: 6,4 días.

Escala Clínica Global Impresión:

Al Ingreso, gravedad de la enfermedad media de 5 (marcadamente enfermo)

Al Alta, Escala de cambio entre 1 y 2 (mucho mejor y bastante mejor)

Resultados del Grupo B seguidos por el personal médico.

Edades 56, 59, 62, 64, 68.

Minimental media de 23.

Valores de la Escala de Schwab y England media entre 40% y 50 %.

Estancia media hospitalaria de 7,4 días.

Escala Clínica Global Impresión:

Al ingreso gravedad de la enfermedad media de 5 (marcadamente enfermo).

Al Alta , Escala de cambio media de 2 (bastante mejor).

Conclusión del estudio

En el grupo seguido por enfermería se reduce la estancia media un día.

De lo que deducimos que los pacientes mejoran mas rápidamente, al hacer unos registros mas continuados de sus movimientos y poder los médicos cambiar la medicación o los horarios de las tomas mas rápidamente.

Al Alta, la escala de cambio del paciente es sensiblemente mejor en el caso del grupo seguido por enfermería, por lo que creemos que el paciente sale del hospital en mejores condiciones físicas que en el grupo B seguido por los médicos.

Los reingresos no pudieron ser evaluados significativamente ya que solo hubo un reingreso en el periodo de seis meses, que pertenecía al grupo B seguido por los médicos.

Por todo ello creemos que un personal de enfermería bien especializado (trained), en el tema de la enfermedad de Parkinson y en la evaluación de los problemas motores de los pacientes conllevaría una satisfacción para el paciente que se traduce en disminución de su estancia hospitalaria y en salir en mejores condiciones físicas del hospital.

NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS Y ARTÍCULOS EN LA PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SEDENE.

Para la publicación de trabajos y artículos se recomienda seguir las siguientes normas:

1. Los trabajos, deben ser originales y no haber sido publicados con anterioridad.
2. Se enviara un diskete en el programa Word para Windows y una copia en papel, donde se haga constar: Título, nombre y apellidos del autor y/o autores y Bibliografía del mismo.
3. Si aportan fotografías, se adjuntaran originales (no los negativos).
4. Si aportan gráficos irán archivados en el mismo diskete que el texto, en el programa Corel Chart (de corel Draw). Se anotará el nombre con el que ha sido archivado.
5. Las fechas límite de recepción de trabajos y artículos para el año 2001 serán:

15 de Marzo para la Publicación primer semestre.

15 de setiembre para la Publicación segundo semestre.

Todos los trabajos que se remitan después de estas fechas, quedarán archivados para publicaciones posteriores.

6. Las publicaciones se remitirán en un sobre dirigido a:

SEDENE. Apto Correos 534.17001 Girona.

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

VIIIª REUNION ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA NEUROLÓGICA.

Barcelona 13 Y 14 de diciembre 2001

Premios a las Comunicaciones y Pósters

BASES:

1. Podrán participar todos los profesionales que desarrollen su actividades en áreas relacionadas con la enfermería neurológica.
2. Es condición indispensable para optar a los premios, estar inscrito en las Sesiones de trabajo, el autor que haga la exposición de la comunicación.
3. Podrán optar a los premios todas las Comunicaciones Científicas expuestas de forma verbal o a modo de póster, fruto de trabajos inéditos, presentados en la VIIIª Reunión Anual de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica a celebrar en Barcelona los días 13 y 14 de diciembre de 2001.
4. Las comunicaciones no podrán exceder de DIEZ hojas tamaño Din A4, a doble espacio y por una sola cara. Se remitirán SEIS copias de la comunicación y un Diskette formato PC en el programa word para windows a la secretaria de la SEDENE antes del **día 19 de noviembre** de 2001 al apartado de correos 534,17001 Girona. Una de las copias debe contener los datos del autor/res, en sobre cerrado. Los pósters tendrán unas medidas máximas de 150 cm. de alto por 100 cm de ancho.
5. El Comité Científico informará de la aceptación o no a los autores, antes del **día 26 de noviembre de 2001**.
6. Los autores de los trabajos premiados, podrán publicarlos en Revistas, haciendo constar que han sido galardonados con los premios que concede la SEDENE.
7. El Jurado Calificador de los Premios estará compuesto por el Comité Científico de la VIIIª Reunión Anual de la SEDENE.
8. En el Acto de Clausura se dará a conocer por el Jurado el fallo, el cual será inapelable.
9. Los premios pueden ser declarados desiertos en el caso de que el Jurado Calificador lo considere.
10. La participación en los premios implica la aceptación de las Bases.

Vª EDICIÓN
PREMIO AL MEJOR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
EN ENFERMERIA NEUROLÓGICA.

BASES:

1. La Sociedad Española de neurología concederá **un** premios con una dotación de **300.000 pesetas**, a los mejores proyectos de investigación en Enfermería Neurológica.
2. Podrán optar a esta beca todos los profesionales 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 concursar es necesario estar inscrito en las VI Reunión Anual de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica, que se celebrará los días 13 y 14 de diciembre de 2001 en el palacio de Congresos de Cataluña.
5. Para concursar se enviarán nueve copias del proyecto a la secretaria de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica, apartado de correos nº534.17001 Girona, antes del **25 de noviembre de 2001**.
6. El jurado calificador de los proyectos estará compuesto por la Junta Directiva de la SEDENE y el Secretario de la SEN.
7. La memoria del proyecto debe 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)
 - Currículum de los investigadores.
8. Las decisiones del Jurado son inapelables.
9. La decisión del Jurado se dará a conocer en la clausura de la VIIIª Reunión Anual de la SEDENE.
10. La decisión del jurado se dará a conocer en la clausura de la VIIIª Reunión Anual de la SEDENE.
11. El proyecto ganador deberá exponer los resultados de la investigación en la siguiente Reunión Anual de la SEDENE.

