



Primer Semestre 2002
Nº 16

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
- Protocolos. Plan de cuidados Enfermos con Parkinson pag. 8
- Originales. Caídas ¿Protegemos bien a nuestros pacientes pag. 13
- Educación paciente/familia en necesidades básicas pag. 17
- VIII Reunión de Barcelona pag. 23
- Puesta al día. Plan de cuidados estandarizados en la miastenia gravis pag. 27
- Normas de publicación pag. 34
- Propuesta del programa de formación al comité asesor de especialidades de enfermería pag. 36

CARTA DEL PRESIDENTE

Queridos socios de la SEDENE,

Nuestra sociedad ha iniciado el primer trimestre del año sin descanso. En la primera quincena del mes de enero se presentaron al Comité Asesor de las Especialidades para Enfermería del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y del Ministerio de Sanidad y Consumo, **los documentos de justificación y plan de formación para la especialidad de: Enfermería Clínica Avanzada en Cuidados Neurológicos.**

La Sociedad Española de Neurología, solicitó a la SEDENE su colaboración para confeccionar una revista llamada SUMMA NEUROLÓGICA y a participar en el Comité Editorial. Este proyecto educativo está dirigido a pacientes con enfermedades neurológicas y a profesionales sanitarios.

Se ha presentado en el registro de asociaciones las propuestas de modificación de varios artículos de los estatutos de nuestra Sociedad, aprobados en la asamblea general de socios. Se ha realizado una nueva impresión actualizada dichos estatutos que la enviamos adjuntada a esta publicación.

La socia Pilar Parrilla ha participado en la VIIª jornada de Nutrición Clínica y Dietética celebrada en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid, presentando el Manual de Alimentación en el Enfermo Neurológico elaborado por la SEDENE.

La primera edición del Manual de Alimentación está totalmente agotada, y después de varias negociaciones, la línea pharma del laboratorio Novartis ha iniciado la impresión de la segunda edición.

Hace tiempo que varios Hospitales, Escuelas Universitarias de Enfermería y profesionales nos solicitan guías del Ictus que no podemos servir porque las dos primeras ediciones también están agotadas. La SEDENE y el laboratorio Novartis Consumer Health han patrocinado la tercera edición, impresa en el mes de marzo.

Próximamente se celebrará en Barcelona y en Madrid dos jornadas de enfermería neurológica, en la que esperamos conseguir ilusionar a nuevos profesionales. Estas jornadas serán **gratuitas para los socios** y la junta de la SEDENE espera y desea la participación activa de todos.

La socia Dolores Vázquez y un grupo de enfermeras han organizado para el día 17 de mayo una reunión científica en Oviedo, con el objetivo de presentar e impulsar la SEDENE.

Para todos debe ser motivo de satisfacción , ver como cada día hay más socios que trabajan por la enfermería neurológica.

Desde estas líneas quiero animar y agradecer el apoyo que he recibido durante estos años de todos vosotros.

Pasar unas buenas vacaciones y un buen verano.

Antoni Ibarzo

EDITORIAL

La inmigración es un derecho humano. El fenómeno migratorio no es nuevo en la historia de la Humanidad. Hablar de inmigración es hablar de diversidad de culturas, de multiculturalidad y todo aquello que conlleva.

El tema que trato en esta editorial tiene que ver con algo, que se esta produciendo en el mundo actual , en el que las sociedades cada vez son mas diversas y el reto en la atención a la población que asistimos puede ser alto en la enfermería

La política de inmigración, no solo supone la toma de decisión respecto al acceso de extranjeros al territorio propio, sino planificar y ordenar políticas sanitarias que den respuesta a las actuales necesidades de salud ¿Qué podemos aportar nosotros con profesionales de la salud? Además de planificar intervenciones socio-sanitarias debemos formarnos a nivel de cuidados correspondientes en función del diagnostico, el cual en ocasiones puede ser nuevo para nosotros.

Según datos aportados por el Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales, el numero de extranjeros afiliados a la Seguridad Social alcanzo la cifra de 452.097 en Diciembre del año 2000, lo que representa un incremento del 250% en los últimos dos años.

La dimensión social de la inmigración se centra en las necesidad de vivienda, escolarización, condiciones higiénicas, trabajo y atención sanitaria, esto supone un desafío para las políticas laborales, asistenciales, sociales y de integración de la administración central y autonómica.

Si la salud esta condicionada por factores sociales, culturales, económicos y biológicos, en caso de los inmigrantes la salud es un tema que debe preocuparnos.

Básicamente la patología que aportan de su país de origen es la parasitaria, por lo que en la actualidad estamos viendo en nuestros hospitales y

Centro de Salud, patologías "nuevas" o mejor dicho "viejas" que vuelven a resurgir

Paso a describir una de estas enfermedades, vistas recientemente en mi entorno se trata dos pacientes colombianos.

La neurocisticercosis es la enfermedad parasitaria más frecuente del sistema nervioso central, representando una patología neurológica común, así como un serio problema de salud pública en diferentes países de América Latina, África y Asia. Por otra parte, el

aumento reciente en el turismo, los grandes movimientos de refugiados y la emigración masiva de individuos provenientes de áreas endémicas, ha condicionado un aumento en la frecuencia de la enfermedad en países desarrollados, donde esta entidad era considerada una rareza en las últimas décadas.

La prevaencia exacta de la neurocisticercosis es muy difícil de determinar en vista de la inespecificidad de sus manifestaciones clínicas y de la falta de una prueba completamente confiable y segura, que pueda ser utilizada en estudios epidemiológicos a gran escala.

A finales del siglo pasado, la cisticercosis era prevalente en varios países Europeos; sin embargo, mejoras en los sistemas de salud pública produjeron una reducción considerable en su prevalencia.

Tras la segunda guerra mundial, debido al regreso masivo de tropas, se notó un incremento transitorio en la prevalencia de la cisticercosis en Alemania y Francia.

El cuadro clínico es amplio, incluso en ocasiones se descubre al realizar tomografías de cráneo en individuos sanos, el cuadro clínico mas frecuente es crisis convulsivas de inicio posterior a los 20 años de edad, también es la causa mas frecuente de hidrocefalia, puede ser causa de cualquier manifestación neurológica y dependerá su sintomatología del sitio de cerebro donde se instala, es rara en tallo cerebral y medula, existen otras formas denominadas parenquimatosas que son en el propio tejido, otras subaracnoideas que es en el espacio meníngeo y puede tener varias fases según la evolución de cisticercosis desde el quiste que habitualmente requiere tratamiento medico o quirúrgico, hasta la calcificación que es simplemente una huella de un cisticercosis ya muerto y no requiere tratamiento contra la parasitosis, solamente tratamiento en relación a las manifestaciones, que habitualmente son crisis convulsivas.

Adaptarnos a nuevas culturas con todo lo que conlleva es primordial en enfermería.

Carmen Pérez Molto
Responsable de Edición.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMO CON PARKINSON

Trinidad de Tena Gabalón*, Adela De La Fuente García*,
 Dulce Suso López **, Inmaculada Paneque Sánchez-toscano***
Diplomada en Enfermería. Diplomada en Enfermería*, Supervisora de Enfermería**.
 Diplomada en Enfermería. Formación continuada***. Servicio de Neurología. Hospital
 Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

INTRODUCCIÓN:

Hemos elaborado un plan de cuidados estandarizado para personas con enfermedad de Parkinson ingresadas en el Servicio de Neurología del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Se trata de personas en estadio avanzado de la enfermedad que ingresan para ajuste de tratamiento e introducción de nuevos fármacos.

OBJETIVOS GENERALES:

Unificar criterios en los cuidados de enfermería en el enfermo de Parkinson.

Suministrar atención integral al paciente.

Impartir educación sanitaria al enfermo y su familia.

Aumentar la formación del enfermero respecto al cuidado de estas personas.

ELABORACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS:

1ª etapa: *Valoración:*

Utilizamos dos registros:

Hoja de valoración inicial al ingreso:

Se trata de una hoja homologada en todos los Servicios de nuestro Hospital, en ella se recogen los datos personales, motivo de ingreso, antecedentes, necesida-

des básicas del enfermo en lo que respecta a estado de los sentidos, oxigenación, termorregulación, alimentación, hidratación, higiene, desplazamiento, patrón de evacuación intestinal y vesical, reposo-sueño y estado psicosocial-autoestima y por último impresiones de enfermería.

Escala para evaluar las dificultades en las actividades de la vida diaria, al ingreso y posteriormente en función de las modificaciones del tratamiento médico:

Se valora de 0 a 4 la dificultad en:

Levantarse de un sillón bajo.

Pasear fuera de casa.

Bajar escaleras.

Entrar y salir del baño.

Vestirse.

Utilizar una taza.

Abrir latas de conserva.

Higiene (lavarse, afeitarse, etc.).

Cortar la carne con cuchillo y tenedor.

Enchufar y desenchufar un enchufe.

Coger algo del suelo.

Darse vueltas en la cama.

- La interpretación es la siguiente:

0= lo hace solo sin dificultad.

1= le cuesta un poco de trabajo.

2= le cuesta mucho o precisa ocasionalmente ayuda.

3= necesita ayuda constante e importante.

4= no puede hacerlo en absoluto.

2ª etapa: *Diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes:*

- Riesgo de lesión relacionado con el déficit motor y la inestabilidad en la marcha.
- Deterioro de la movilidad física relacionado con temblor, rigidez, fases de bloqueo y movimientos involuntarios.
- Dolor relacionado con rigidez, movimientos involuntarios y calambres.
- Deterioro de la comunicación verbal.
- Riesgo de estreñimiento relacionado con inactividad física y dieta inadecuada.
- Riesgo de alteración de la nutrición por defecto relacionado con deterioro de la deglución.
- Trastorno del autoconcepto relacionado con trastorno de la imagen corporal y/o trastorno de la autoestima.
- Complicación potencial: retención urinaria.
- Complicación potencial: dificultad respiratoria.
- Complicaciones potenciales: demencia, cuadros psicóticos y otras alteraciones conductuales.

3ª etapa: *Priorización de objetivos y planificación de los cuidados:*

- El paciente no sufrirá ningún accidente ni lesión durante su estancia en el hospital.
- Alcanzará, según su estado, el máxi-

mo nivel de movimiento físico independiente (a pactar entre el paciente y el enfermero).

- No aparecerán limitaciones articulares ni retracciones.
- Conseguirá hablar mejor, y en caso de no existir comunicación verbal efectiva conseguirá comunicarse de forma no verbal.
- Tendrá un patrón de eliminación fecal adecuado (al menos una deposición cada tres días).
- Conservará su peso durante la hospitalización, o lo recuperará.
- No sufrirá aspiraciones alimenticias.
- Expresará y demostrará aceptación de su aspecto.
- Demostrará aceptación de sus limitaciones.
- La enfermera detectará precozmente la existencia de retención urinaria.
- La enfermera detectará precozmente la aparición de dificultad respiratoria.
- La enfermera detectará precozmente la aparición de alucinaciones y episodios de desorientación

4ª etapa: *Puesta en marcha del plan de cuidados:* actividades en función de problemas diagnosticados.

1: Riesgo de lesión:

Habitación ordenada, sin cables ni objetos con los que pueda tropezar.
Cama y sillón a la altura adecuada.
Pasamano en la pared de la habitación, pasillo y baño.
Timbre para avisar cerca.

Banqueta en la ducha.
 Uso de barandas si fuese necesario.
 Uso de platos y vasos que no se rompan.
 Uso de afeitadora eléctrica en lugar de cuchillas.
 Zapatos con suela de cuero, no de goma. Velcro en lugar **de** cordones.
 Uso de carrito si fuese preciso.
 Animarle a caminar lentamente, ponernos a su lado no delante ni detrás.
 No debe girar sobre un pie sino haciendo un semicírculo.

2: Deterioro de la movilidad física:

2.1 Para el temblor:

Apretar el codo de la extremidad afectada contra el lado para estabilizar la parte superior del brazo.
 Efectuar el movimiento lo más rápidamente posible con la mano.
 Engrosar mangos de cubierto o herramientas de trabajo.

2.2 Para caminar:

Pararse, separar los pies 20 cm. Apoyar los talones manteniéndose derecho y balancearse hasta que esté listo para desplazarse.
 Uso de bastón invertido (algo de color llamativo), estímulo visual para superar el bloqueo.
 Andador si precisa.
 Tararear un ritmo, contar, estímulo auditivo.
 Exagerar el braceo.

2.3 Para moverse en la cama:

Uso de pijamas y sábanas de satén.
 Edredón que pese poco o arco para

soportar el peso de la ropa.
 Para voltearse, doblar las rodillas hacia arriba, estirar los brazos con las manos entrelazadas y girar hacia el lado que quiera sujetándose en el colchón para acomodarse.
 Para acostarse sentarse en la cama, apoyar el tronco y la cabeza, subir las piernas.
 Para levantarse subir la cabeza con el cuerpo estirado y los brazos, ir moviendo las piernas hacia el borde hasta sentarse.

2.4 Para levantarse del suelo:

Buscar un punto de apoyo cerca de su lado más fuerte, arrodillarse paralelamente al soporte, doblar la rodilla y apoyar el pie plano y con la ayuda de los brazos levantarse.

3: Dolor:

Ejercicios de fisioterapia (relajación, estiramiento, movilización articular, alineamiento postural, ejercitación de la marcha y equilibrio).
 Hidroterapia.
 Masoterapia.

4: Deterioro de la comunicación verbal:

4.1 Consejos para el paciente:

Debe respirar antes de empezar a hablar.
 Mirar de frente al interlocutor.
 Acabar diciendo la última consonante para comenzar la siguiente palabra.
 Exagerar la pronunciación.
 Tomarse el tiempo necesario

4.2 Consejos para la enfermera:

Darle el tiempo y atención necesarios.
Animarle.

Situarnos delante de él y aconsejarle que hable fuerte.

4.3 Consulta al logopeda si precisa.

5: Riesgo de estreñimiento:

Debe beber entre 2-3 litros de agua al día, salvo contraindicación médica.

Mantenerse físicamente activo.

Aumento de fibra en la dieta.

Se le proporcionará comodidad e intimidad en el w.c.

Evitar el uso de enemas y laxantes, en caso necesario comentar a su médico.

6: Riesgo de alteración de la nutrición por defecto:

Debe comer lentamente y pequeños bocados.

Pensar en el acto de tragar.

Masticar bien un bocado y tragar, no poner comida adicional hasta haber tragado la anterior.

Hacer un esfuerzo consciente por tragar la saliva a menudo.

Cabecera en posición elevada.

Se le proporcionará una dieta de textura adecuada.

Un sorbo de agua fría estimula la deglución.

Permanecer junto al paciente mientras come.

7: Trastorno del autoconcepto:

Establecer una relación de confianza

paciente-enfermera.

Fomentarle para que exprese sus sentimientos y pregunte las dudas sobre su problema de salud.

Educación sanitaria, información sobre grupos de ayuda.

Evitaremos críticas negativas.

8: Complicación potencial: retención urinaria.

Control de diuresis.

Detectar retención urinaria.

Sondaje intermitente si precisa.

9: Complicación potencial: dificultad respiratoria.

Informar al paciente para que nos avise en caso de sensación de ahogo.

Elevar la cabecera de la cama.

Actuar según prescripción médica.

10: Complicaciones potenciales: demencia, cuadros psicótico y otras alteraciones conductuales.

Vigilancia de aparición de alteraciones del proceso de pensamiento.

Asegurar su seguridad física.

Notificar y actuar según prescripción médica.

5ª etapa: Evaluación continua del plan de cuidados:

Se realiza en función de los objetivos específicos marcados, la información la obtendremos de las observaciones de enfermería recogidas en la historia del paciente.

Por último reseñar, que casi más importante que la elaboración del plan

de cuidados es la aplicación del mismo, para ello hemos elaborado un registro con nueve criterios:

CONCLUSIÓN:

Utilizando este plan de cuidados estan-

darizado de forma individualizada se puede medir la calidad del cuidado enfermero, mejorarla en lo posible y aumentar la autoestima profesional.

CRITERIOS	SI	NO	N.A.
¿Se presentó la enfermera por su nombre cuándo ingresó? ₁			
¿Ha existido ausencia de accidentes durante la hospitalización? ₂			
¿Aparecen reflejados objetivos pactados? ₂			
¿Ha recibido consejos para mejorar el habla? ₁			
¿Están reflejadas las deposiciones diariamente? ₂			
¿Ha recibido consejos para mejorar la deglución? ₁			
¿Ha existido ausencia de neumonía por aspiración? ₂			
¿Ha aprendido trucos para superar el bloqueo? ₁			
¿Ha sido pasada la escala de dificultades una vez por semana? ₂			

N.A.: no aplicable.

1: la fuente de información es el paciente.

2: la fuente de información es la historia clínica.

BIBLIOGRAFÍA:

- "Vivir con ... la enfermedad de Parkinson". A. Báyes Rusiñol, G. Linazásoo Cristóbal. Colección "Guía Práctica MEDITOR". 1994 MEDITOR S.L.
- "Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Parkinson". R. Alberca Serrano, R. González Maldonado, J.J. Ochoa Amor. 1996 Ediciones Ergón S.A.
- "Nanda nursing diagnosis: Definitions and classification 1992-1993". Edition Original, North American Nursing Diagnosis Associations. 1993.
- "Tratado sobre la enfermedad de Parkinson". Editorial Luzán 5 para los laboratorios Du Pont Pharma. 1997.
- "Planes de cuidados en enfermería médico-quirúrgica". Nancy Holloway. Ediciones Doyma. 1989.
- "Diagnóstico de enfermería". L. J. Carpenito. Interamericana. McGraw-Hill. V edición. 1995.

CAÍDAS: ¿PROTEGEMOS BIEN A NUESTROS PACIENTES?

Gonzaga Joana*, Suñer Rosa**, Rodrigo Joana*, Vila Maribel**, Bertrán Carmen**, Privat Lluisa*, Hortal Gemma*, Pujiula Jordi*, Puigdemont Montserrat*.

Diplomado en Enfermería. Profesor asociado Escuela Universitaria de Girona**
Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona.*

*Correspondencia: Rosa Suñer. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Ctra de Francia s/n.
17007. Girona. E. mail: rsunyer@iname.com*

Resumen: En el siguiente artículo se describe la incidencia de las caídas en el Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona durante el periodo de un año y se identifican los factores intrínsecos y extrínsecos de las caídas acontecidas. Entre los factores intrínsecos se halló confusión, alteración de la comunicación, desorientación temporo-espacial, inestabilidad en la marcha, agitación, tratamiento con psicofármacos, e hipotensores. Casi el 65% de los pacientes llevaban medidas de protección en el momento de la caída. Se protegió de forma significativa a los pacientes más dependientes. En relación a los factores extrínsecos se identificaron suelos resbaladizos, calzado inseguro y ausencia de barandillas en la cama.

Los autores concluyen que es necesario un mayor reconocimiento de los factores desencadenantes y una mejor utilización de las medidas de protección en los hospitales.

La base de este estudio se presentó en el III REUNIÓN DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA, celebrada en la Escuela

Universitaria de Enfermería de la Universidad de Navarra, en noviembre del 2001.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, la caída es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad (1). Las caídas representan un importante problema de salud pública. La mortalidad por caída aumenta con la edad, siendo de 50/100.000 a los 65 años y aumentando a 525/100.000 en las personas mayores de 85 años (1,2). En los pacientes hospitalizados suponen un aumento de la morbimortalidad y de la estancia hospitalaria (1-3). Las caídas tienen consecuencias de inmediato (heridas, fracturas e incluso lesiones muy graves) y consecuencias más tardías como consecuencias psicológicas, sociales y de tipo económico (1,3).

Se calcula que uno de cada cinco pacientes mayores sufrirá alguna caída durante su estancia en el hospital. Los profesionales de la salud y ante un paciente con riesgo de lesión recurrimos a técnicas de protección como el uso de barandillas

cuando el paciente está encamado, la sujeción física en cama o en sedestación (4), la disminución de los riesgos ambientales, etc... pero a veces a pesar de todas las intervenciones, el paciente sufre una caída.

En otras ocasiones, la detección del riesgo de lesión no es tan fácil por ejemplo porque valoramos al paciente con mayor autonomía de la que realmente tiene, o no tenemos en cuenta un determinado tratamiento farmacológico como posible factor intrínseco de caídas.

Los objetivos de nuestro estudio fueron primero medir la incidencia de las caídas durante un año en el Hospital Dr. Josep Trueta y segundo identificar los factores intrínsecos y extrínsecos en las caídas para instaurar medidas preventivas más eficaces.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional y prospectivo a raíz de que la comisión de calidad de la dirección de enfermería se planteara en enero del 2000 registrar todas las lesiones y/o caídas de los pacientes en todas las unidades de hospitalización, elaborándose un registro específico para la recogida de los datos, que se puso en funcionamiento en todas las unidades.

Este registro medía las siguientes variables: Características socio-demográficas de los pacientes, diagnóstico, tratamiento con psicofármacos y/o hipotensores, estado físico y psíquico antes del accidente,

valoración de la necesidad de medidas preventivas, si estas medidas se utilizaban en el momento de la caída, circunstancias del accidente y consecuencias inmediatas.

Desde principios del 2000, cada vez que se produce una caída en una determinada unidad de hospitalización se registra y se notifica a la dirección de enfermería.

RESULTADOS

La incidencia no se midió desde el inicio del registro por considerarse que los primeros meses era un periodo de puesta en marcha de un nuevo registro y habría algunas pérdidas de información.

La incidencia se estudió desde el 1 julio del 2000 hasta 30 de junio del 2001, durante estos doce meses ingresaron 16.421 pacientes en las unidades de hospitalización, 68 pacientes sufrieron caídas, lo que representa un 0,41%, y una incidencia de 4.1 casos (caídas) por año/ 1000.

Desde el inicio del seguimiento, 01-03-2000, y hasta el 15-09-2001 se registraron 105 accidentes, 104 fueron caídas y una contusión sin caída. La edad media de los sujetos era de 67.66 años (DS 17.55). El 68.6% de los pacientes que sufrieron una caída eran hombres, el 28.6% eran pacientes con patología cardiovascular, el 23.8% de medicina interna, el 20% de cirugía general, el 19% pacientes neurológicos y el resto de diversa patología. El 65.7% de los pacientes eran dependientes en las actividades de la vida diaria. La mayoría de los enfermos estu-

diados presentaron caídas durante el turno de la noche (Gráfico 1) y hallándose en la cama (Gráfico 2).

Gráfico 1. Horario de las caídas

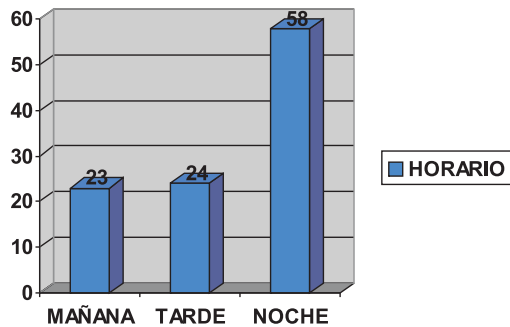
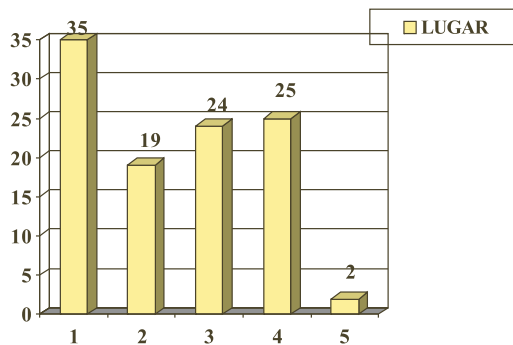


Gráfico 2 - Lugar de la caída



Lugar de la caída:

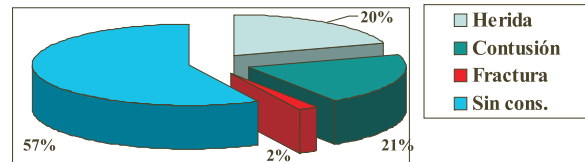
- 1- De la cama del paciente
- 2- Del sillón
- 3- En la habitación del paciente.
- 4- En el baño
- 5- En los pasillos de la unidad

Con respecto a las consecuencias (Gráfico 3), el 41% presentó contusión y/o herida, dos pacientes presentaron fracturas y el resto (57%) no presentaron ninguna lesión.

Gráfico 3 - Consecuencias de las caídas

das registradas

Resultados: Heridas (20%), Contusión (21%), Fracturas (2%), Sin consecuencias (57%)



Identificamos como factores intrínsecos: Confusión (en el 35,2%), alteración de la comunicación (en el 27,6%), desorientación temporo-espacial (en el 33,3%), inestabilidad en la marcha (en el 23%), agitación (9.5%), tratamiento con psicofármacos (11.4%), tratamiento con hipotensores (10.5%). El 62.5% de los pacientes llevaban medidas de protección en el momento de la caída. Se protegió de forma significativa a los pacientes dependientes ($p < 0.001$).

En relación a los factores extrínsecos identificamos: suelos resbaladizos (en el 20,5%), calzado inseguro (en el 13,7%) y ausencia de barandillas en la cama (en el 28,8%).

CONCLUSIONES

A pesar de que la incidencia de caídas en nuestro hospital es relativamente baja con respecto a la literatura, hemos hallado poco conocimiento de los factores desencadenantes de caídas, en casi el 40% de los pacientes que presentaron este evento no se consideró la necesidad de protección. A pesar de utilizar medidas de

protección en el resto de los pacientes estudiados (en el 60% aproximadamente) éstas medidas no fueron suficientes para evitar una caída. Similares resultados se han hallado en la literatura, excepto que en nuestra serie la mayoría de pacientes que sufrieron una caída no son neurológicos, como se describen en diferentes estudios.

A pesar de tener una baja incidencia de caídas en nuestro centro, creemos necesario un replanteamiento de las medidas de seguridad que se instauran, reforzándolas y mejorándolas, ya que éstas fallaron en un porcentaje elevado de pacientes. Además, teniendo en cuenta las gra-

ves consecuencias que conllevan las caídas (dos pacientes del estudio presentaron una fractura), consideramos que el personal de enfermería debería tener mayores conocimientos de los factores desencadenantes, con respecto a la patología, considerar la edad avanzada de nuestros clientes, la fragilidad del hueso en este perfil de personas (5), los déficits neurológicos, la coexistencia de psicofármacos e hipotensores en muchos de ellos, etc.. para poder realizar una valoración y atención de enfermería más individualizada y eficaz ante este problema.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Narro ML, Fraile R, Sáez L et al. Caídas en el anciano en la comunidad: ¿ Qué debe hacer el médico de atención primaria? *Semergen* 2001; 27 (7):358-361.
- 2- Steinweg K. Caídas en las personas mayores. *American Family Physician* 1998; 5: 206-215.
- 3- Calvo M, Riu M, Villares MJ. Las caídas intrahospitalarias: una realidad. *Rev ROL Enf* 2001;24:25-30.
- 4- Bellido M, Colell E. Sujección física en psicogeriatría. *Rev ROL Enf* 2001; 24: 97-102.
- 5- Goberna J. Osteoporosis y climaterio. Medidas preventivas. *Rev ROL Enf* 2001; 24:105-111.

ROL DE EL/A AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN PACIENTE/FAMILIA SOBRE CIUDADOS DE NECESIDADES BÁSICAS ALTERADAS

Concepción Sevillano Padilla, María José López Bazán
María José Cárdenas Merino
HHUU "Virgen del Rocío" Servicio de Neurología, Sevilla

Trabajo presentado en la Reunion Anual de la SEDENE y no publicado en el libro de resúmenes.

Este trabajo se ha enfocado desde la tipología de paciente más común en nuestro servicio.

Trabajamos en la planta de neurología (1º pares) del HRT de la ciudad sanitaria Virgen del Rocío, y aunque acogemos varias patologías, hay unas características que se dan casi de forma generalizada entre todos nuestros pacientes como son: miembros hemipléjicos; dificultad o imposibilidad de deglución; dificultad en la movilidad y deambulación; baja autoestima,... lo que da lugar a una dependencia en la satisfacción de las necesidades básicas.

Coincidimos con Virginia Henderson en que todas las personas tienen determinadas capacidades reales y potenciales. Buscan y tratan de lograr la independencia en la satisfacción de las necesidades y por ello, las AE participamos como miembro del equipo multidisciplinar, y buscamos la participación del propio paciente y de su familia. Para ello, llevamos una actividad educativa simultánea a la realización de

nuestra tarea diaria para que alcancen el mayor grado de independencia lo más rápidamente posible.

Hacemos hincapié en las necesidades que se ven alteradas frecuentemente como son: la higiene; nutrición; eliminación; movilización y descanso.

Nuestra actividad se puede resumir en "HACER POR Y CON EL PACIENTE".

Higiene

El momento de la higiene podemos decir que es el más importante, pues podemos valorar infinidad de datos acerca de su estado tanto físico como psíquico, a la vez que ayudamos a conseguir la recuperación de la salud y prevenir otras complicaciones importantes como son las úlceras por presión.

Lo primero que hacemos cuando el enfermo ha pasado el estado crítico, en el que sería imposible su propia colaboración y la de su familia, es solicitarle su ayuda, comunicándole qué vamos a hacer, cómo vamos a hacerlo y de qué forma puede ayudarnos. También solicitaremos la ayuda de su familia, explicándole que no se trata de hacerlo más rá-

pido y con menos personal de enfermería sino para que vaya capacitándose poco a poco, para realizar una tarea que se prevé va a tener que realizar sola, una vez que el enfermo haya sido dado de alta.

Desde el punto de vista general de la higiene, haremos hincapié en tres puntos:

1. La necesidad del baño diario
2. El secado (con hincapié en las zonas de pliegue)
3. La hidratación de la piel

Enseñaremos a la familia, técnicas para realizar estas tareas de la forma más sencilla. Colocaremos todo lo necesario a la mano. Invitaremos al paciente a que se vaya secando a medida que vamos mojándolo para evitar así enfriamientos. Le enseñaremos también cómo deben cambiar la ropa de la cama con el paciente acostado, tanto si éste puede colaborar como si no; la forma de rotarlos en la cama (en caso de que sólo haya una persona realizando esta tarea, debe ser hacia el lado donde ella esté colocada, volviendo a la posición de decúbito supino al enfermo, antes de cambiarse ella al otro lado de la cama).

En cuanto a la higiene parcial hay que tomar especial interés en:

- La cabeza
- La zona perineal
- Los pies y las uñas

Es muy importante el lavado de los ojos

con suero fisiológico (o con agua clara si se está en casa), secándolos con una gasa o paño limpio, de forma individual.

La boca la lavaremos con algún anti-séptico oral, con gasas empapadas si es que el enfermo no puede controlar líquidos en su boca. También repetiremos esta tarea cada vez que coma.

Mantendremos despejada y limpias las ventanas nasales. Bien secos también los oídos.

Para el lavado del cabello colocaremos al paciente con la cabeza más baja que el resto del cuerpo, y le pondremos debajo de ésta una bolsa de plástico, pues es menos molesta para un enfermo que una palangana.

Asearemos la zona perineal con la mayor asepsia posible y siempre respetando la dirección genitales externos-ano.

El aseo de los pies es igualmente importante, especialmente la zona de los dedos, así como el aseo y corte de las uñas. Se cortarán romas y se limarán posteriormente para evitar arañazos y enterramientos.

Con una higiene correcta y diaria conseguiremos el bienestar físico y psíquico del enfermo.

Nutrición

La nutrición del enfermo es algo que asusta especialmente al familiar, que no se siente capacitado para darle de comer, más que nada por desconocimiento.

Podemos encontrarnos con dos situaciones:

1. El enfermo que puede tomar alimentos por boca
2. El enfermo que necesita nutrición enteral por sonda

En cualquiera de estas dos situaciones, el familiar y el enfermo mismo, en la medida de sus posibilidades, pueden colaborar.

Nutrición oral

Antes que nada, debemos preparar al enfermo para este momento. No intentaremos darle de comer inmediatamente después de haber despertado si no estamos seguros de que lo esté por completo; lo incorporaremos en la cama (posición de Fowler); esperaremos a que la comida esté a temperatura adecuada para tomarla y la partiremos y prepararemos bien para que se la tome él mismo o para darla nosotros.

Si el enfermo sufre hemiparesia, le daremos de comer por el lado de la boca no aceptado. Daremos instrucciones para cada paso del proceso de deglución:

- Poner la comida en la boca tan atrás como sea posible
- Masticar minuciosamente
- Contener respiración y tragar los alimentos.

Esperaremos a que mastique bien y que haya tragado cada porción contenida en la boca antes del siguiente bocado.

Los líquidos en un primer momento, cuando tienen dificultad para tragar, se administrarán con espesantes, para evitar aspiraciones. Nunca se dejarán de administrar pues puede conducirlos a la deshidratación.

Mantener posición de Fowler treinta minutos después de las comidas.

Nutrición enteral

El enfermo que recibe nutrición enteral puede hacerlo de forma definitiva, o bien temporalmente. Mientras recibe alimentación únicamente por SNG debemos atender unas necesidades no sólo de administración sino también de mantenimiento de la sonda.

Antes de cada toma, comprobaremos primero su correcta colocación, cuidaremos su fijación a la nariz y su permeabilidad.

Una vez pasada la dieta completamente, administraremos agua para limpiarla.

Controlaremos el ritmo (no debe pasarse rápidamente), comprobaremos la existencia o no de restos, anotaremos la cantidad que le haya pasado y el aporte hídrico para poder realizar los balances. Posición de Fowler durante las tomas y durante una hora después de ellas.

De la nutrición enteral, podemos pasar a la oral mediante la nutrición complementaria.

Comenzaremos pasando botes de dietas preparados, no de forma continua sino

en cinco tomas (desayuno, almuerzo, merienda, cena y veinticuatro horas). De forma progresiva se irán introduciendo tomas orales (comenzaremos con sólidos, y a la hora de probar con líquidos, lo haremos con agua). No se debe retirar la SNG hasta no asegurar una ingesta aceptable oral, tanto de sólidos como de líquidos, teniendo como opción para estos últimos, la utilización de espesantes para facilitar su tolerancia.

Eliminación

Los trastornos en la eliminación tanto fecal como de orina son muy usuales en este tipo de enfermos. Lo más común son las eliminaciones incontroladas y las retenciones.

En lo que respecta a la eliminación vesical, a aquellos enfermos capaces de controlar esfínteres, se les debe ofrecer a menudo la cuña o la botella además de proporcionarles la intimidad y las condiciones higiénicas que se requieren.

Ante la incontinencia existen dos soluciones: el pañal o la sonda vesical; las dos pueden añadir problemas como son las úlceras por persistencia de humedad en el primer caso, o las infecciones urinarias en el segundo. Tanto una como en otra pueden evitarse con una actuación correcta.

En el caso del pañal debemos procurar que el enfermo esté el menor tiempo posible húmedo mediante su cambio frecuente y aseo posterior.

En el caso de la sonda vesical:

-Se cuidará que la bolsa de orina esté por debajo del nivel de la vejiga, para evitar reflujos.

-Se evitarán tirones y codaduras

-Se mantendrán las condiciones de asepsia en la desconexión y en el lavado de genitales.

-Se vigilarán permeabilidad, olor, color, volumen, así como si aparece prurito o escozor.

La alteración más común en la eliminación intestinal es el estreñimiento.

-Debemos estimular al enfermo con masajes abdominales, por ejemplo mientras realizamos su higiene.

- Proporcionaremos una dieta rica en fibras

-Administraremos reguladores intestinales. En nuestro servicio administramos supositorios de glicerina a las 7 horas por protocolo. Si el estreñimiento persiste y siempre bajo prescripción médica, administraremos enemas de limpieza.

Movilización

La mayoría de nuestros enfermos ya hemos dicho que sufren hemiplejía, lo que conlleva a una limitación en sus movimientos.

Para aquéllos que tienen dependencia absoluta, mostramos a la familia la necesidad de realizar cambios posturales, como máximo cada dos o tres horas y la

forma de hacerlo. También le explicamos cómo pueden valerse de almohadas y cojines para su colocación en decúbito lateral; cómo colocar estos debajo de los miembros paréticos y la forma de protegerles los talones, tan importante en aquellos enfermos que no tienen fuerza para levantar las piernas y tienden a arrastrar los talones por las sábanas.

Es conveniente igualmente, la colocación de charpas en el miembro superior que no mueve, para evitar desplazamientos del hombro.

Al movilizarlos hemos de tener especial precaución y no tirar de los miembros paréticos; uniremos estos bien al pecho (en el caso de miembro superior) o a la otra pierna (miembro inferior) para rotarlos en la cama.

También procuraremos empezar a sentarlos lo antes posible; comenzaremos por periodos cortos de tiempo hasta que puedan alcanzar todo el día sentados.

Para aquellos enfermos muy corpulentos, informaremos a la familia de la existencia de grúas manuales o mecánicas. Para los más ligeros, le enseñaremos la forma de pasarlo de la cama al sillón.

A los enfermos que comienzan a deambular se les facilita andadores enseñando y supervisando su correcta utilización. También podemos acompañarlos, colocándonos por el lado que el enfermo tiene menos fuerza; con una mano sujetaremos su brazo parético y con nuestro otro brazo,

rodearemos su cintura por detrás.

También podemos colocarnos delante de ellos y que se agarren a nuestros hombros y nosotros a su cintura.

Descanso

El descanso es muy importante en todo tipo de enfermos, pero lo es aún más en el paciente que tiene dependencia en su actividad.

El hecho de estar tendido en la cama, no significa descanso, hay muchas causas que lo impiden, como una mala postura, ruidos, luz excesiva, temperatura inadecuada, incluso estado de ánimo.

Todos estos puntos deben ser tenidos en cuenta a la hora de facilitar el descanso. Muchas veces la falta de éste puede dar lugar a un empeoramiento de su salud aunque no sea consecuencia de su patología.

Debemos adiestrar al enfermo a que guarde los periodos de sueño y vigilia. Si se llevan todo el día durmiendo, por las noches se pondrían nerviosos y no sólo no dormirían, sino que tampoco descansarían. Podemos invitarles a lo largo del día a levantarse, pasearlos, charlar con ellos, etc.

Los periodos de descanso y de sueño deben ser respetados también por nosotros. No debemos sentarlos inmediatamente después de almorzar, acostarlos un rato después de comer, respetar a la hora de hacer los cambios posturales que otro

enfermo a su lado puede estar durmiendo; no encender luces centrales, ni hablar alto.

A la hora de dar la medicación de las veinticuatro horas debemos los AE, poner especial interés en saber qué medicación estamos dando; muchas veces se despierta a un enfermo que duerme plácidamente, para que se tome algo precisamente para dormir.

Toda nuestra actuación en las necesidades básicas alteradas debe ser transmitida al paciente y a la familia, en un

principio, para que observen mientras le mostramos el modo de hacerlo, y después para que vayan participando ellas progresivamente.

Jamás debemos dirigirnos al paciente ni a la familia para darles los utensilios y decirles que "tienen" que hacer una cosa u otra, si antes no nos hemos ocupado nosotros mismos de hacerlo, enseñándoles la forma más fácil de colaborar y aprender, actuando ellos solos, únicamente cuando hayan abandonado el hospital.

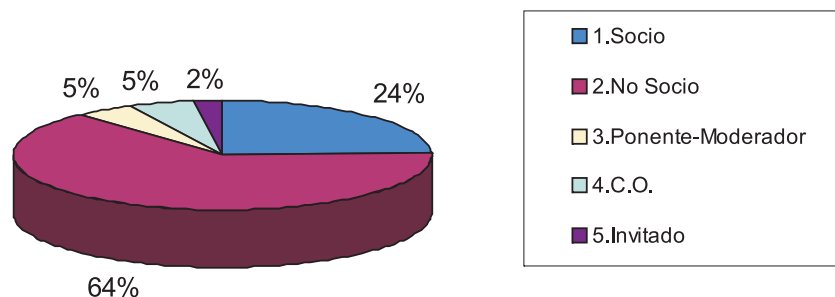
ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA VIII REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA



La Sociedad Española de Enfermería Neurológica celebró su VIII Reunión los días 13 Y 14 del pasado mes de diciembre, en Barcelona en el Palacio de Congresos de Cataluña. El total de la asistencia fue de 239 profesionales de enfermería, una cifra superior a la de los años anteriores (1999 y 2000). Entre los asistentes casi el 40% eran de Cataluña, un 15% de la Comunidad Valenciana, un 8% de la Comunidad de Madrid, y casi un 8.5% de Andalucía. Los otros asistentes pertenecían al resto de comunidades, prácticamente había representación de todo el estado español.

Entre los inscritos el 64% eran no socios y el 24% socios (figura 1)

Figura 1- Relación inscritos



No podemos dar datos estadísticos de las encuestas de opinión puesto que este año apenas ha habido respuestas, lo lamentamos. Por otra parte, nos sentimos satisfechos del aumento de comunicaciones científicas de este año que han sido 32, de ellas se recibieron 11 comunicaciones orales y 21 tipo póster.

El acto de inauguración fue muy brillante con las exposiciones de la Dra. Illa y del Dr. Yébenes de la Sociedad Española de Neurología, la Sra. Montserrat Teixidor directora de la Escuela de Enfermería Santa Madrona y nuestro presidente Sr. Antoni Ibarzo.



Comenzó la reunión con la conferencia “ Estado actual de la Investigación en enfermería” a cargo de la Sra. Teresa Moreno Casbas del Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo. Estructuró la conferencia hablando primero del porqué enfermería debe investigar, del para qué y del valor añadido que le da la investigación a nuestra profesión (motivación, credibilidad, formación,...), valor añadido desde el punto de vista del enfermo y de la misma organización. También nos habló de la Unidad de coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería, de las subvenciones,... animándonos a incluir la investigación en nuestra práctica diaria.



Por la tarde, se celebró la mesa redonda “ Esclerosis Múltiple: Actualización y Atención Multidisciplinar” con 4 ponencias, dos de enfermería y dos médicas. Se trataron los cuidados generales y específicos -Sra. Covadonga Noriega- la educación sanitaria – Sra. Rosalía Horno- los tratamientos actuales – Dr. Jordi Río – y la epidemiología y la genética de la Esclerosis Múltiple – Dr. Dionisio Fernández.

Se presentó el proyecto de investigación premiado el año pasado “ Influencia de la intervención sanitaria dirigida en la recuperación y calidad de vida del ictus” – Sra. Raquel Escrivá, Sra. Ana Gallego y Dr. Samuel Díaz del Hospital Fco. de Borja de Gandía. Finalizó esta jornada con la asamblea de los socios.

El viernes 14 y después de un periodo de comunicaciones orales y sesión de pósters, el psicólogo clínico Sr. José Fidalgo Mateo realizó un taller espectacular sobre "Habilidades en la Comunicación Integral", en tono metafórico y teatral a ratos, y tremendamente profundo en otros, representó a lo largo de aproximadamente 3 horas nuestro trabajo diario, nuestros sentimientos, problemas, y nuestros temores reflexionando al mismo tiempo en como nos ven los pacientes con sus temores y preocupaciones.

Finalmente, por la tarde se presentaron dos conferencias en el apartado

"Puesta al día" sobre "Hemorragia cerebral, atención neurológica y neuroquirúrgica" a cargo de la Dra. Yolanda Silva y el enfermero Jordi Pujiula que nos recordaron ampliamente la importancia de la valoración, evaluación y atención de enfermería de los pacientes que padecen una hemorragia cerebral, explicando cada tipo y cada tratamiento médico y/o quirúrgico.

Finalizó la VIII Reunión con la entrega de premios y el acto de clausura al que acudieron entre otros el Presidente de la SEDENE Sr. Antonio Ibarzo, el Presidente de la WFNN Sr. Herman Ubachs y la decana del Consejo de Colegios de D.U.E. de Cataluña Sra. M^a José Martínez

¡Os esperamos a todos de nuevo en Noviembre con el mismo entusiasmo de siempre!!!

PUESTA AL DIA

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS EN LA MIASTENIA GRAVIS

José Manuel García Arjona
Ana Moreno Verdugo
Remedios Benítez López de Ayala
Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

INTRODUCCION.

La M.G. (Miastenia gravis) es un trastorno autoinmune adquirido asociado con deficiencia de receptores de acetilcolina en la placa motora terminal.

La enfermedad afecta selectivamente los músculos oculares externos o es generalizada. Puede presentarse a cualquier edad, pero en las mujeres la frecuencia es mayor en la tercera década y los varones en las décadas sexta o séptima. La proporción entre el sexo femenino con el masculino es de 6:4.

CLASIFICACIÓN.

Existen varias clasificaciones, exponemos dos de ellas como ejemplo:

Según Osserman:

- Grupo 1: Síntomas oculares
- Grupo 2-A: Síntomas generalizados leves
- Grupo 2-B: Síntomas generalizados moderadamente graves
- Grupo 3: Síntomas agudos fulminantes
- Grupo 4: Síntomas tardíos graves

Según timoma y edad:

Tipo: 1. M.G. con timoma grave, con aumento de la concentración de anticuerpos antiacetilcolina.

Tipo: 2. M.G. sin timoma antes de los 40 años ; afecta mas a las mujeres.

Tipo: 3. M. G. sin timoma después de los 40 años; afecta mas a los hombres.

SINTOMATOLOGIA.

Los síntomas fluctúan hora a hora, día a día o períodos más prolongados. Empeoran con el ejercicio, exposiciones extremas de temperatura, infecciones, menstruación o excitación.

SINTOMAS:

- Diplopia o ptosis palpebral.
- Pérdida de expresión labial.
- Labios en eversión.
- Sonrisa que parece un gruñido.
- Caída del maxilar.
- Regurgitación nasal de líquidos.
- Dificultad al tragar líquidos y sólidos.
- Ahogo con secreciones.
- Habla hipernasal farfullante de escaso volumen.

Fatigabilidad anormal ante cualquier síntoma de esfuerzo.

Disnea.

Atrofia de los músculos maceteros, temporales, faciales o de la lengua.

Debilidad muscular generalizada en los casos mas graves.

En nuestra Unidad de Neurología del Hospital de Rehabilitación y Traumatología de HH.UU. "Virgen del Rocío" de Sevilla nos llegan los grupos de enfermos que presentan los síntomas agudos fulminantes o tardíos graves; es por ello que nos planteamos elaborar un plan de cuidados estandarizados en base a los problemas que habitualmente presentan este tipo de pacientes.

Según Mayers, "un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados que resulta apropiado para los pacientes que están padeciendo los problemas habituales o predecibles asociados con un determinado diagnóstico o proceso patológico". En el plan de cuidados van a quedar explícitos los problemas que trata enfermería en esta situación, la responsabilidad en cada uno de ellos, los cuidados a prestar y la forma de evaluar los resultados.

El plan de cuidados lo estructuraremos de la siguiente forma:

Diagnósticos de enfermería:

Objetivos.

Actividades.

Problemas de colaboración:

Objetivos.

Actividades.

Abarcando así las dos dimensiones de la práctica enfermera, independiente e interdependiente tal como la describen autores como Carpenito o Wesorick.

Presentaremos el plan de cuidados estandarizado con el que trabajamos en nuestra unidad, siendo importante tener en cuenta que éste debe considerarse como punto de partida y no como punto final, ya que al tratarse de un plan estandarizado hay que individualizarlo en cada paciente. Y ello mediante la valoración inicial integral, clave para identificar/determinar los diagnósticos de enfermería y problemas de colaboración que presenta el paciente en concreto. Seguido de un revisión de objetivos y actividades con el fin de determinar su adecuación, y suprimir cualquier objetivo o actividad o al contrario añadirlas.

Así mismo hemos incluido un apartado de Registro y Evaluación, con el fin de evaluar y documentar en las observaciones de enfermería las intervenciones llevadas a cabo, la evolución del paciente y la consecución de los objetivos previstos.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS PARA PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

1º. RIESGO DE ALTERACION DE LA NUTRICION POR DEFECTO RELACIONADO CON DETERIORO DE LA DEGLUCION SECUNDARIA A ATROFIA MUSCULAR Y MANIFESTADO POR DIFICULTAD PARA LA INGESTA DE LIQUIDOS Y SOLIDOS.

OBJETIVO:

Demostrará una mejora de su capacidad de deglución.

El paciente tendrá un aporte adecuado de nutrientes de acuerdo a su edad, sexo y constitución corporal.

ACTIVIDADES:

Vigilar la ingesta oral adecuada.

Administrar dieta de consistencia adecuada en coordinación con el servicio de dietética.

Valorar la inclusión de alimentos ricos en calorías y/o proteínas.

Fraccionar las tomas, administrando pequeñas cantidades en cada una, dado que la fatiga agrava el problema y aumenta el riesgo de aspiración.

Control de peso.

Realizar higiene oral antes y después de las comidas.

Posición adecuada del paciente, para evitar aspiraciones. Fowler alta durante la comida y unos 30 minutos después de las comidas.

REGISTRO Y EVALUCION :

Ingesta por turno.

Posición del paciente durante y después de las comidas.

2º. RIESGO DE LIMPIEZA INEFICAZ DE VIAS AEREAS RELACIONADO CON DEBILIDAD DE LOS MUSCULOS RESPIRATORIOS.

OBJETIVO:

El paciente mantendrá las vías aéreas libre de secreciones y obstrucciones.

Demostrará la correcta realización de los ejercicios de tos y expectoración.

ACTIVIDADES:

FASE AGUDA:

Mantener una buena hidratación.

Vigilar la aparición de secreciones.

Aspiración de secreciones y saliva cada vez que sea preciso.

Utilizar vibradores para la fisioterapia respiratoria suave.

FASE CRONICA:

Mantener una buena hidratación.

Enseñar al paciente ejercicios respiratorios adecuados a su fuerza muscular; inspirometro de incentivo, clapping, vibrador.

Aspiración de secreciones y saliva si es necesario.

Enseñar al paciente a asumir la posición de Fowler alta durante los ejercicios de tos y expectoración.

Estimular la tos con aerosoles. Aplicarla antes de iniciar los ejercicios respiratorios.

Planificar períodos de descanso antes y después de los ejercicios respiratorios.

REGISTRO Y EVALUACION:

Registrar frecuencia respiratoria por turno.

Registrar ejercicios realizados.

Registrar presencia y aspirado de secreciones, así como sus características.

Registrar la posición del paciente.

3°. SINDROME DE DEFICIT DE AUTOCUIDADOS RELACIONADO CON AFECTACION NEUROMUSCULAR Y MANIFESTADO POR INCAPACIDAD PARA ALIMENTARSE, HIGIENE PERSONAL Y USO DEL WC..

OBJETIVO:

El paciente tendrá sus necesidades básicas cubiertas, colaborando en la medida de sus posibilidades y dependiendo de su estado fisiológico.

ACTIVIDADES:

Determinar las actividades que el paciente es capaz de realizar y aquellas para las que necesita ayuda.

Aseo diario en cama o baño si procede.

Asegurar la ingesta de alimentos en cada comida, ya sea por vía oral o SNG.

Ayudar al paciente a usar el wc si es posible o en su defecto uso de pañales, colectores, etc.

Invitar a que participe en la medida en que sea posible.

REGISTRO Y EVALUACION:

Registro de aseo diario.

Registro de ingesta de alimentos por turno.

Registro de diuresis y deposiciones por turno.

4°. RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA RELACIONADA CON LA INMOVILIDAD Y LA INCONTINENCIA FECAL.

OBJETIVO:

La integridad de la piel del paciente permanecerá intacta, durante su estancia en la unidad.

El paciente y la familia conocerán las actividades para liberar las zonas de presiones y participarán en ellas.

ACTIVIDADES:

Mantener la piel seca, limpia e hidratada.

Evitar arrugas en sábanas y ropas que estén en contacto con la piel.

Evitar hipertermias e hipotermias.

No masajear las prominencias óseas, masajear resto de zonas de presión sólo si están intactas y no presentan enrojecimiento.

Realizar cambios posturales cada tres o cuatro horas.

Reducir la presión en los puntos de apo-

yo con almohadillado y protección local.

Evitar arrastres, fricciones y fuerzas tangenciales.

Enseñar al paciente y familia, ejercicios y movimientos para mejorar la actividad y movilidad.

Cambio de pañal cada vez que sea necesario.

Asegurar el mantenimiento de una nutrición e hidratación adecuadas.

REGISTRO Y EVALUACION:

Registrar cambios posturales por turno.

Registrar diariamente el estado de la piel y el tipo de protección en la zonas de decúbito.

Registrar el tipo de úlcera si procede y anotar la incidencia de úlcera por presión en nuestro registro específico.

Registrar la educación de autocuidados al enfermo y familiares.

5°. RIESGO DE INFECCION RELACIONADO CON TRATAMIENTOS INVASIVOS Y AUMENTO DE MICROORGANISMOS EN EL AMBIENTE.

OBJETIVO:

El paciente no presentará signos o síntomas de infección durante su estancia en la unidad.

ACTIVIDADES:

GENERALES:

Cumplir las normas de asepsia e higie-

ne ambiental según protocolos del hospital.

Favorecer alimentación equilibrada e hidratación adecuada.

Control de la temperatura corporal por turno.

Limpieza de fosas nasales a todo los pacientes con bajo nivel de conciencia o portadores de SNG.

Mantener higiene corporal estricta.

Higiene bucal diaria.

CATETERISMO VENOSO:

Utilizar técnicas aséptica en venoclisis.

Mantener zona de punción limpia y seca.

Seguir el protocolo del hospital respecto a su instauración y control posterior.

Vigilar signos de flebitis y extravasación. Ante cualquier signo indicativo de infección, comunicárselo al médico responsable.

Vigilar permeabilidad en la luz del catéter.

REGISTRO Y EVALUACION:

Registrar temperatura corporal por turno.

Registrar la limpieza de fosas nasales y bucal.

Registrar fecha de colocación del cateterismo venoso.

Registrar cura de cateterismo venoso.

Registrar signos de flebitis.

6°.RIESGO DE TRAUMATISMO RELACIONADO CON AFECTACION NEUROMUSCULAR.

OBJETIVO:

No sufrirá ningún tipo de lesión traumática durante su estancia en la unidad.

ACTIVIDADES:

Ayudar a identificar factores de riesgo personales y ambientales.

Colocar barandillas en la cama.

Proporcionar seguridad cuando esté sentado.

Proporcionar dispositivos de seguridad (muletas, andadores, etc.)

Aconsejar a la familia que siempre esté acompañado.

REGISTRO Y EVOLUCION:

Registrar medios de seguridad empleados.

Registrar la incidencia de caídas en nuestro registro específico.

7°. RIESGO DE BAJA AUTO-ESTIMA CRONICA RELACIONADO CON LAS REPERCUSIONES DE SU PROCESO Y LA DEPENDENCIA DE LOS DEMAS.

OBJETIVO:

El paciente debe conseguir la aceptación del nuevo estado-aspecto y será capaz de asumir la responsabilidades del

autocuidado en la medida de lo posible.

Manifestará sentimientos positivos sobre sí mismo y sus capacidades.

ACTIVIDADES:

Animar al paciente a que exprese sus sentimientos.

Aclarar errores que el paciente tenga sobre su enfermedad y evitar crisis negativas.

Evitar superprotección.

Enseñar nuevas alternativas para autocuidados aumentando el nivel de independencia y confianza.

Invitar a la lectura referente a su enfermedad y ponerlo en contacto con asociaciones de miastenias con el fin de estimular la participación en grupos de autoayuda.

REGISTRO Y EVALUACION:

Registrar errores que presente el paciente en relación con su patología y explicaciones de dudas.

Registrar cambios de humor .

Trastornos del sueño.

8°. MIEDO A MORIR RELACIONADO CON LA SENSACION DE AHOGO Y MANIFESTADO POR EXPRESIONES VERBALES Y OBSERVACION DE FALTA DE AIRE.

OBJETIVO:

El paciente expresará disminución del temor.

Verbalizará el origen del temor e identificará recursos para afrontarlo.

ACTIVIDADES:

Explicar el proceso.

Ayudarle a identificar aspectos que pueden ser cambiados.

Mostrarles casos de otros pacientes.

Darle la seguridad de nuestra vigilancia.

En las situaciones de temor agudo, permanecer con el paciente.

PROBLEMAS DE COLABORACION:

1º. INCONTINENCIA FECAL SECUNDARIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

OBJETIVO:

Evitar el contacto prolongado de las heces con la piel para evitar alteración en la integridad cutánea.

ACTIVIDADES:

Cambiar de pañal cada vez que el paciente tenga una deposición.

Administrar tratamiento prescrito.

Dieta pobre en residuos.

Vigilar características de las deposiciones.

Vigilar si mejora con cambios de hábitos.

REGISTRO Y EVALUACIÓN:

Registro por turno de deposiciones, ca-

racterísticas, cantidad, etc.

2º. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SECUNDARIA A SU PROCESO.

OBJETIVO:

Asegurar una correcta ventilación pulmonar mientras este el paciente en nuestra unidad de neurología.

ACTIVIDADES:

Toma de frecuencia respiratoria.

Monitorización de saturación de oxígeno.

Notificar al médico si presenta alteración de los parámetros normales.

Aconsejar a la familia que permanezca acompañada en todo momento.

REGISTRO Y EVALUACIÓN:

Registro de frecuencia respiratoria por turno.

Registro de saturación de oxígeno por turno.

NORMAS DE PUBLICACION

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 enviara 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 adjuntaran originales (no los negativos)
4. En todos los artículos debe constar: Titulo del articulo, 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 ingles.
 - 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 limite 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.

CARTAS A LA REDACCION

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 como 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.

NOTAS DEL RESPONSABLE:

NOTA FE DE ERRATAS:

En el número anterior no se reseñaron correctamente las citas bibliográficas de los siguientes artículos por causas ajenas a los responsables de la edición. Pedimos disculpas a los autores de los mismos.

Los títulos de los artículos:

Ictus ¿Qué se sabe y que se aprende?

Familiares de Ictus: La sobrecarga del cuidar..... Comentarios de artículos de interés para enfermería Neurológica.

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

PROPUESTA DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN AL COMITÉ ASESOR DE ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

ESPECIALIDAD EN CUIDADOS NEUROLÓGICOS DE ENFERMERÍA

DOCUMENTO ELABORADO POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
NEUROLÓGICA: S.E.D.E.N.E.

INTRODUCCIÓN

Desde la formulación de la teoría de las cavidades cerebrales hace más de mil años, se considera al cerebro como responsable de procesos fundamentales en la vida de las personas como la percepción de los sentidos, el pensamiento, o la memoria, entre otros (1). En la actualidad, se sigue estimando al sistema nervioso como el principal órgano procesador de información desde el exterior o desde las mismas estructuras corporales (2). La misión básica del sistema nervioso (sistema nervioso central, autónomo y periférico) es codificar, recopilar los mensajes y dar respuesta, por ello su estructura es compleja y sus alteraciones de difícil diagnóstico. Además cuando una zona del cerebro o de la médula espinal se altera, manifiesta los mismos síntomas sea cual sea la lesión lo cual aún lo hace más complejo (3).

Las enfermedades neurológicas afectan a todas las edades pero son más frecuentes en las personas mayores.

Durante los próximos 25 años, en España se producirá un aumento de unos dos millones de personas de más de 64 años, las edades que más aumentarán serán las más avanzadas, se espera que el número de personas con minusvalía aumente en un 72%; considerando que la demanda de cuidados a personas de edad avanzada está aumentando, esta demanda va a aumentar mucho más, tanto en cantidad como en calidad (4), las personas mayores serán una gran parte de la sociedad y muchas de éstas van a padecer enfermedades neurodegenerativas y cerebrovasculares.

1-JUSTIFICACIÓN DE LA ESPECIALIDAD

1.1. Cambios y tendencias en la salud de la población que justifiquen la especialidad.

Las enfermedades neurológicas son muy frecuentes, y comportan un importante impacto personal y social por su elevada morbimortalidad.

Las enfermedades cerebrovasculares son un importante problema de salud pública, el ictus cerebral (sinónimo de accidente vascular cerebral) es un trastorno brusco de la circulación cerebral lo que da lugar a una alteración súbita de la función de una determinada zona cerebral.

En España el ictus representa la primera causa de invalidez permanente en las personas adultas y la segunda causa de muerte (6).

Su incidencia aumenta con la edad, en la tercera /cuarta década de la vida es de 3 casos / 100.000 habitantes /año hasta llegar a los 300 casos /100.000 habitantes y año en la octava década de la vida, 5 millones de personas mueren cada año a causa del ictus(7).

A pesar de que en los últimos años se ha conseguido la disminución de la morbimortalidad, en parte mediante la atención multidisciplinar urgente en la fase aguda, sigue siendo una enfermedad que conlleva altos porcentajes de discapacidad y minusvalía, y que precisa de una atención integral desde el diagnóstico para conseguir el regreso del paciente a su domicilio, su reintegración social y el bienestar de su familia (6, 8-11).

En la prevención primaria del ictus, es fundamental prevenir los factores de riesgo vascular como la hipertensión, la diabetes, el tabaquismo

o las cifras elevadas de colesterol entre otros factores; además hay que evitar sus recurrencias en caso de que se haya producido la enfermedad (prevención secundaria) mediante el tratamiento farmacológico y el seguimiento y vigilancia del paciente en la fase crónica.

Otro grupo de enfermedades con gran impacto personal y social son las enfermedades neurodegenerativas, la más frecuente es la **demen- cia de Alzheimer** constituye otro gran problema de salud pública, especialmente porque aumenta con el envejecimiento y éste es creciente en los países desarrollados (12-13).

La elevada prevalencia de los dos tipos de demencia más importantes, **la demencia de Alzheimer** (41% de las demencias) y **la demencia vascular** (38% de las demencias) están planteando serios problemas a la sanidad actual.

Una vez se ha realizado el diagnóstico de demencia, se instaura el tratamiento terapéutico y el seguimiento del paciente. Si bien al principio los enfermos con demencia conservan en su mayoría la independencia en las actividades de la vida diaria (AVD), poco a poco necesitarán de ayuda de menor a mayor grado, ya que irá avanzando su deterioro cognitivo, su trastorno de la conducta, su grado de invalidez,... y necesitará todo tipo de ayuda y vigilancia familiar y profesional.

La red actual de recursos para la atención de pacientes con demencia es insuficiente y aunque cada vez hay más compromisos de asociaciones de voluntarios y familiares, éstas entidades no disponen de suficiente personal de enfermería cualificado para informar, formar y orientar a voluntarios y familiares sobre el cuidado de los enfermos.

Además, en el futuro con las perspectivas de aumento del envejecimiento y el consecuente aumento de la enfermedad de Alzheimer, serán necesarios mayores recursos en atención primaria, domiciliaria y hospitalaria, y de nuevas acciones para la prevención y enlentecimiento del proceso de deterioro cognitivo en estos pacientes.

Después de la enfermedad de Alzheimer, la segunda enfermedad neurodegenerativa más común es la **Enfermedad de Parkinson**, su incidencia es de 4.5-16 casos por 100.000 habitantes y año, que aumenta con la edad, entre los 45-49 años es de 5/100.000 y llega a 90/100.000 en los mayores de 75 años (14-15). Se caracteriza por la degeneración de las neuronas que contienen

dopamina en la sustancia negra de la base del cerebro, provocando graves trastornos como bradicinesia o enlentecimiento de los movimientos voluntarios simples y complejos, temblor, rigidez, alteración de la postura y de los reflejos posturales, disfagia, problemas vesicales, gastrointestinales, depresión y ansiedad entre otros. El tratamiento es sintomático y no resuelve totalmente los trastornos, esta enfermedad evoluciona hacia la incapacidad y requiere de una atención de todo el equipo de salud de forma continuada desde su inicio.

Otro grupo de enfermedades neurológicas de gran impacto son las **enfermedades desmielinizantes** primarias, entre ellas la más habitual es la Esclerosis múltiple, que constituye la causa más frecuente de invalidez neurológica en el adulto joven (casi el 90% de los afectados tienen entre 15-55 años)(16-17). Es una enfermedad crónica que afecta funciones sensitivas, motoras, provoca alteraciones visuales, trastornos esfinterianos, alteraciones de la marcha,... funciones esenciales en nuestra vida. Aunque su evolución es variable y después de 25 años de enfermedad, viven la tercera parte de los afectados, muchos de ellos presentan una incapacidad importante y necesitan de ayuda en muchas de las actividades de la vida diaria.

En el grupo de **enfermedades neuromusculares**, destaca la Esclerosis Lateral Amiotrófica, la más grave, con una incidencia de 1-2 casos por 100.000 habitantes y año, una prevalencia de cerca de 3 años y una supervivencia media de 3-4 años (18). Hace más de 100 años que se conoce pero aún no existe tratamiento curativo, sus síntomas son debidos a la afectación del córtex motor, de la protuberancia, del bulbo raquídeo y del asta anterior de la médula espinal. Debido a estas alteraciones los pacientes presentan problemas respiratorios, atrofia muscular, debilidad y fatiga, alteraciones sensitivas y esfinterianas. En la actualidad se está trabajando intensamente para conseguir una terapia eficaz y sobre todo para ayudar al paciente y a su familia que necesita apoyo de todo tipo durante la evolución de esta grave enfermedad(19).

A destacar también **las neoplasias cerebrales**, la incidencia de tumores cerebrales primarios en Occidente es de 3.7 casos nuevos por 100.000 habitantes y año, y la incidencia de tumores primarios y secundarios cerebrales es de 5 a 10 nue-

vos casos por 100.000 habitantes / año (20). En el adulto los más frecuentes son los glioblastomas, astrocitomas y meningiomas; en el niño los meduloblastomas y los astrocitomas son los más frecuentes. La clínica dependerá de la localización del tumor, pero las funciones cerebrales se alteran por el tumor y por el edema e hipertensión craneal que producen.

La cefalea es una de las enfermedades más frecuentes en el hombre, puede ser una enfermedad por sí misma o ser la manifestación de otra enfermedad neurológica como un tumor cerebral. La cefalea primaria es un problema de salud pública, tiene efectos sobre la sociedad y sobre la persona, por ejemplo a casi el 33% de las personas que padecen migraña les supone un impedimento para trabajar; la pérdida anual por migraña en EEUU es de más de mil millones de dólares (21). Muchos factores influyen en la prevalencia de migraña, entre ellos la dieta inadecuada, o el estrés (22).

La epilepsia y las convulsiones constituyen otra entidad muy frecuente en neurología, los estudios de prevalencia de epilepsia señalan cifras muy variadas que van del 1.5 a 57 casos por 1000 habitantes / año, según diferentes estudios (23-24); puede ser también una enfermedad por sí misma o acompañar a otras enfermedades neurológicas como el ictus o el traumatismo craneo-encefálico. Se considera casi de forma unánime que la epilepsia aumenta de forma progresiva con la edad. Aunque la mayoría de personas que padecen epilepsia tienen un pronóstico favorable, la epilepsia primaria no suele remitir y suele ser crónica. Actualmente, existen terapias esperanzadoras además de considerarse en algunos casos la cirugía cerebral reparadora.

El cerebro puede lesionarse además por un traumatismo, son lesiones cerebrales causadas directa o indirectamente por un agente externo de forma violenta. La mayoría de ellos se producen por accidentes de tráfico, el resto debido a caídas o golpes directos en la cabeza.

Los traumatismos craneoencefálicos constituyen la principal causa de muerte por accidente de circulación. Su incidencia es elevada, se calculan 200 casos/ 100.000 habitantes y año(25). La mayor parte de los pacientes con TCE son varones entre 15 y 35 años. El tratamiento de los TCE depende de la gravedad de las lesiones y de la evo-

lución prehospitalaria y hospitalaria. Muchos pacientes requieren además una intervención quirúrgica urgente. A los seis meses del TCE, pueden evaluarse los resultados con la escala de Jennett y Bond, clasificando a los pacientes en cinco categorías: 1.Pacientes con buena recuperación: Pueden regresar a sus actividades habituales, aunque pueden tener secuelas menores. 2.Incapacidad moderada, autónomo en las AVD pero incapaz de volver a sus actividades habituales. 3.Gran incapacidad, incapaz de atender su autocuidado. 4. Estado vegetativo, despiertos pero sin ninguna conexión con el medio. 5. Muerte, dentro de los seis meses posteriores al TCE (25).

Cuando el **traumatismo** es **medular**, en casi el 50% de los casos también por accidente de tráfico, se pierde la motilidad voluntaria y la sensibilidad a partir de un determinado nivel según la localización de la lesión. Su incidencia en España es de casi 2 casos por 100.000 habitantes y año (26).

Los traumatismos craneoencefálicos y medulares requieren de una atención específica y urgente, cuando el paciente se ha estabilizado se inicia un proceso de rehabilitación integral multidisciplinar que comprende además de la recuperación de los déficits motores, la fisioterapia respiratoria, la reeducación vesical, intestinal, y sexual.

Finalmente, otro grupo de enfermedades neurológicas de especial mención son las **Infecciones del Sistema nervioso central**, destaca entre las más frecuentes la meningitis bacteriana y vírica. La incidencia de meningitis bacterianas de 3 a 5 casos por 100.000 habitantes y año en los países desarrollados, aumentando esta incidencia en los países más pobres. Con el tratamiento adecuado, la mortalidad ha descendido y varía de un 5% a un 40% dependiendo de la etiología, además tienen peor pronóstico las personas en edades extremas y los pacientes inmunodeprimidos (27).

Otras neuroinfecciones graves son las encefalitis especialmente la producida por Herpes Zoster, los Abscesos cerebrales, las neuroinfecciones oportunistas como la toxoplasmosis cerebral o el citomegalovirus en los pacientes de SIDA, etc..

Al hablar de enfermedades neurológicas no se deben olvidar las **enfermedades neurológicas en la infancia**, entidades muy graves como las **malformaciones** del sistema nervioso, la hidrocefalia obstructiva congénita, la **parálisis cerebral**, las en-

fermedades que cursan con deficiencia mental como el **Síndrome de DOWN** cuya incidencia aumenta con la edad de la madre, llegando a los 24.9 casos por 1000 recién nacidos a los 44 años (edad materna) o el **Autismo infantil** cuya frecuencia es de 0.5 a 3 casos /10.000 niños. Las enfermedades neurológicas en los niños conllevan un fuerte impacto emocional en los padres y requieren en la mayoría de los casos de una planificación terapéutica global que incluye en los niños rehabilitación, estimulación precoz, reeducación especializada y en los padres soporte psicoterapéutico y apoyo social.

Existe otro gran número de enfermedades neurológicas que si bien no son tan frecuentes, son igualmente impactantes por la gran discapacidad que conllevan y de específico abordaje, como las enfermedades metabólicas del sistema nervioso, enfermedades hereditarias, polineuropatías, etc...

1.2 Tendencias derivadas de compromisos políticos internacionales que sean pertinentes a la especialidad: OBJETIVOS DE SALUD 21 DE LA OMS Y GOBIERNOS EUROPEOS.

El estudio del Banco Mundial iniciado en 1992 y dirigido por la OMS, realizó unas proyecciones para las próximas décadas de los diferentes problemas de salud a nivel mundial y del peso que tendrán según la zona en dónde se produzcan (28-29).

Una de las partes importantes de este documento lo ha constituido el hecho de conocer y cuantificar la incapacidad dentro de dos décadas. Se prevé que en el año 2020 dos de los cinco problemas de salud de mayor importancia serán las enfermedades cerebrovasculares y los accidentes de tráfico, dos entidades que deben ser atendidas por profesionales especializados. Los ictus y los traumatismos cráneo-encefálicos a consecuencia de los accidentes, representan graves problemas de salud pública por su morbimortalidad y por la incapacidad que conllevan. Las enfermedades cerebro vasculares han ocupado y parece que ocuparán el tercer lugar en cuanto al peso relativo de los diez principales problemas de salud, según años de vida ajustados por grado de incapacidad(28). En cuarto lugar estaban y estarán los accidentes de tráfico. Si se mantienen estos datos, la sanidad tendrá que trabajar de lleno para dar respuesta a los problemas derivados del en-

vejecimiento (anteriormente ya se ha comentado que muchas enfermedades neurológicas aumentan considerablemente con el envejecimiento).

Entre los 21 objetivos de la OMS para el siglo XXI en Europa (29) se encuentra la reducción de la incidencia y prevalencia de las enfermedades más graves, el ictus representa la tercera causa de muerte en los países desarrollados. Para conseguir estas reducciones es necesaria la implantación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria y reforzar la salud a lo largo de toda la vida, otro de los 21 objetivos de la OMS para el siglo XXI.

Otros grupos de consenso europeo e internacional y las constantes investigaciones de los científicos expertos aconsejan que los pacientes diagnosticados de ictus, sean tratados en unidades especializadas de forma multidisciplinar para reducir la morbimortalidad y la dependencia que conlleva esta devastadora enfermedad (6-9).

En otras enfermedades crónicas como la demencia de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, Esclerosis Múltiple, TCE en fase crónica, ... también hay reiteradas indicaciones para el seguimiento de estos enfermos como vigilancia neurológica, cuidados domiciliarios, educación sanitaria y soporte al cuidador.

1.3 Tendencias del sistema sanitario que indiquen la necesidad de Especialista: Cambios de enfoque, de estructuras, de gestión, de recursos humanos y financieros.

El sistema sanitario clásico ha dado paso en los últimos años a un sistema en que todo el proceso gira en torno al paciente, este proceso sea curativo o paliativo ya no se aborda únicamente desde la perspectiva médico-paciente, sino que las tendencias actuales y del futuro inmediato nos encaminan a una atención integral del paciente y de su familia, especialmente cuando se trata de enfermedades crónicas con elevada morbilidad. El paciente necesita de la atención multidisciplinar para cubrir todas sus necesidades físicas, psíquicas y sociales.

El enfermo neurológico es un paciente que precisa de un gran despliegue de atención por parte de diferentes profesionales: neurólogos, enfermeras especializadas, médicos rehabilitadores, asistentes sociales, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, etc... frecuentemente sus problemas no se resuelven con tera-

pia farmacológica curativa, sino que el tratamiento puede ser sintomático y de mantenimiento de su independencia el mayor tiempo posible.

Será necesaria la implantación de más hospitales y unidades de día, el número actual es insuficiente, centros de rehabilitación especializados, puesta en marcha de unidades de ictus con códigos especiales de emergencia desde atención primaria (en España hay muy pocas), centros para ingresos "de descanso" familiar de pacientes con demencia, más centros de curas paliativas,...

1.4 Cambios y evolución de la práctica de la Enfermería en esta especialidad, que justifiquen la necesidad del conocimiento y práctica especializada.

La práctica de la Enfermería especializada en Cuidados Neurológicos es una necesidad, hay pocos profesionales de enfermería en España con conocimientos teóricos y prácticos para atender a las demandas actuales.

Los pacientes necesitan una atención de calidad, tanto técnica como humana, por otra parte los familiares de pacientes neurológicos demandan información y formación continua, desde el primer momento del diagnóstico.

2- PERFIL PROFESIONAL

2.1 Contribución específica que hace este especialista para mejorar la atención de Salud y Enfermería y que no realizan otros Especialistas.

Los cuidados de enfermería a los pacientes neurológicos deben tener como objetivo el **reducir y mejorar las secuelas neurológicas, fomentar la independencia del paciente y de su familia, prevenir las complicaciones, y colaborar en el regreso y/o mantenimiento del paciente en su hogar.**

En los pacientes terminales la enfermera especialista debe aportar cuidado continuado para **proporcionar bienestar al paciente, y apoyo emocional** para cuidar a la familia, mitigando la sobrecarga física y psíquica que representa este tipo de cuidado.

La suplencia parcial o total en las necesidades básicas, la vigilancia y monitorización neurológica, la movilización precoz y continua para evitar serias complicaciones, el tratamiento de la disfagia neurológica, la reeducación de esfínteres, la educación sanitaria al paciente y/o cuidador principal, la planificación del alta si el enfermo está in-

gresado, la atención especializada en el domicilio,... son entre otras muchas actividades específicas del profesional de enfermería en cuidados neurológicos.

2.2 Ámbito de la práctica de este Especialista y necesidad de recursos humanos a este nivel.

- 1- Ámbito hospitalario:
 - 1.1. Unidades de Neurología médico-quirúrgicas.
 - 1.2. Unidades de Neurología.
 - 1.3. Unidades de Ictus.
 - 1.4. Unidades de Demencia.
 - 1.5. Unidades de Esclerosis Múltiple
 - 1.6. Servicios de Urgencias.
 - 1.7. Consultas externas de enfermería neurológica.
 - 1.8. Consultas externas de Esclerosis Múltiple.
 - 1.9. Unidades de estudio de trastornos del sueño.
 - 1.10. Unidades de Electrofisiología.
2. Ámbito Socio- Sanitario:
 - 2.1. Unidades de Demencia
 - 2.2. Hospitales de día.
 - 2.3. Unidades de Psicogeriatría.
 - 2.4. Centros de día.
3. Ámbito de Atención Primaria:
 - 3.1. Consultas de Enfermería Neurológica.
 - 3.2. Consultas de Esclerosis Múltiple.
 - 3.3. Equipos de soporte a los PADES (ATENCIÓN DOMICILIARIA).
 - 3.4. Programas de Prevención: Educación Sanitaria.

La necesidad de recursos en el sistema sanitario actual es en todos los ámbitos anteriormente citados.

3. PROGRAMA DE FORMACIÓN

3.1 Propósito General de la formación del Especialista

Formar profesionales de enfermería para la atención excelente al paciente neurológico y a su familia, es decir para atender de forma específica a sus necesidades.

3.2 Objetivos generales del Programa de Formación

El programa de formación tendrá como objetivo general la enseñanza de conocimientos y experiencias necesarios para garantizar el nivel de experto en el ámbito de los cuidados neurológicos.

Al finalizar el programa de estudios, el enfermero/a especializado en cuidados neurológicos tendrá la preparación suficiente y adecuada para el ejercicio de su profesión en cualquier ámbito de trabajo antes mencionado.

3.3 Estimación de la duración del programa

El programa de formación tendría una duración de dos años, el primer año con materias comunes de otros especialistas (cuidados de urgencia y de vigilancia intensiva) y el segundo año formación teórico-práctica en cuidados neurológicos.

3.4 Materias del programa de formación

1. Anatomía y Fisiología del Sistema Nervioso (central, autónomo y periférico)
2. Conocimiento de las principales patologías del sistema nervioso (citadas en el primer apartado).
3. Instrumentos de valoración neurológica (escalas de monitorización, de incapacidad, de calidad de vida, de medición de la carga del cuidador,..).
4. Neuroimagen.

5. Exploraciones complementarias en el paciente neurológico.
6. Conocimiento del paciente neurológico en la edad infantil, adulta y en la vejez.
7. Conocimiento del paciente neuroquirúrgico.
8. Monitorización de la PIC (presión intracraneal).
9. Alimentación y Nutrición del paciente neurológico
10. Sistemas de soporte social, socio-sanitario y sanitario para el paciente neurológico.
11. Aspectos psicológicos.
12. Aspectos legales en el paciente discapacitado y en el paciente con demencia.
13. Educación Sanitaria
14. Neurorehabilitación física, psíquica y social.
15. Metodología en enfermería: modelos, planificación y evaluación de resultados de cuidados enfermeros.
16. Metodología de la investigación, presente y futuro de la investigación en neurología.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

1. Eckart W U, Müller- Jahncke WD. La medicina entre la magia y el conocimiento. En: Plaza y Janés eds. Crónica de la Medicina. Barcelona: 1995; 1: 121-161.
2. Peres Serra J, Miralles Borrell FJ, Serra Catafau J. Sensibilidades y su patología. Dolor. En: E.L.A eds. Tratado de Neurología. Madrid :1994; 1-16.
3. Kurtzke JF. Introducción a la Neuroepidemiología. En: MCGRAW-HILL-INTERAMERICANA eds. Clínicas Neurológicas de Norteamérica. Madrid: 1196; 2: 279-298.
4. Pérez Díaz J. Envejecimiento poblacional y dependencia. Una perspectiva desde la necesidad de cuidados. Conferencia II Jornada Gerontológica. Recursos asistenciales. Pamplona, octubre 2000.
5. Pérez Díaz J. Proyección de personas dependientes al horizonte 2021. En: Herder eds. El reto de la dependencia al envejecer. Barcelona: 1999; 69-88.
6. Alvarez Sabin J, Codina-Puiggros A. Enfermedades vasculares del sistema nervioso. En: Codina Puiggros (eds). Tratado de Neurología. ELA, Madrid:1994; 231-237.
7. WHO. World Health Report 1999. Ginebra: WHO, 1999.
8. The European Ad Hoc Consensus Group. European strategies for early intervention in stroke. Cerebrovasc. Dis. 1996; 6: 315-324.
9. American Heart Association. Guidelines for the management of patients with acute ischemic stroke. Stroke 1994; 1901-1914.
10. Aboderin I, Venables G for the Pan-European Consensus Meeting on Stroke Management.

- Stroke Management in Europe. *J Intern Med* 1996;240: 173-180.
11. Jorgensen H S, Nakayama H, Raaschou H O et al. The effect of a Stroke Unit: Reductions in mortality, discharge rate to nursing home, length of hospital stay, and cost. *Stroke* 1995; 1178-1182.
 12. Bermejo F. Demencias. En: Codina Puiggros (eds). *Tratado de Neurología*. ELA, Madrid:1994; 421-437.
 13. Gil Néciga E. Demencia. En: Masson(eds). *Demencias: Diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: 1998; 3-21.
 14. Miguel F, Codina Puiggros A. Enfermedades del sistema extrapiramidal. Trastornos del movimiento (enfermedades de los ganglios basales). En: Codina Puiggros (eds). *Tratado de Neurología*. ELA, Madrid:1994; 361-388.
 15. Grupo de estudio de los trastornos del Movimiento. S.E.N. *Guía de Práctica Clínica en la Enfermedad de Parkinson*. *Enfermedad de Parkinson: Conceptos generales*, *Neurología* 1999;5-13.
 16. Izquierdo J. Enfermedades desmielinizantes. En: Codina Puiggros (eds). *Tratado de Neurología*. ELA, Madrid:1994; 209-226.
 17. Kurtzke JF. Epidemiologic contributions to multiple sclerosis: An overview. *Neurology* 1980;30(2):61-79.
 18. Brooks BR. Clinical epidemiology of amyotrophic lateral sclerosis. *Neurologic Clinics* 1996,2:399-420.
 19. Calzada-Sierra DJ, Gómez-Fernández L. Importancia del tratamiento rehabilitador multifactorial en la esclerosis lateral amiotrófica. *Rev Neurol* 2001;32(5):423-426.
 20. Rubio García E. Tumores y colecciones purulentas del sistema nervioso. En: Codina Puiggros (eds). *Tratado de Neurología*. ELA, Madrid:1994; 573-616.
 21. Aycardy E, Reynales H, Valencia E. Migraña: Implicaciones laborales, discapacidad y solicitud de servicios en Colombia. *Rev Neurol* 2001; 32(11): 1001-1005.
 22. Solomon GD, Price KL. Burden of migraine. A review of its socioeconomic impact. *Pharmacoeconomics* 1991;1(supl. 1): 1-10.
 23. Thomas P, Genton P. *Epilepsias*. Masson SA (eds). 1995.
 24. Serrano PJ, Olivares J, Guardado P. Caracterización epidemiológica de la epilepsia del adulto subsidiaria de ingreso hospitalario. *Rev Neurol* 2001; 32(11):1013-1019.
 25. Vilalta J, Rubio E. Traumatismos del sistema nervioso central. En: Codina Puiggros (eds). *Tratado de Neurología*. ELA, Madrid:1994; 617-634.
 26. Garcia Fernández L. Traumatismos raquimedulares. En: Codina Puiggros (eds). *Tratado de Neurología*. ELA, Madrid:1994; 625-634.
 27. Varela de Seijas E. Infecciones del Sistema nervioso central. *Neuroinfecciones Víricas*. En: Codina Puiggros (eds). *Tratado de Neurología*. ELA, Madrid:1994; 169-197.
 28. Murray CJL, Lopez AD. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Harvard University Press, 1996.
 29. Generalitat de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. *El plan de salud de Cataluña más allá del 2001*. Barcelona, 1999.

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA: CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN CUIDADOS NEUROLÓGICOS Y NEUROQUIRÚRGICOS

DOCUMENTO ELABORADO POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA:
S.E.D.E.N.E

INDICE

PLAN DE FORMACIÓN PARA LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA EN CUIDADOS NEUROLÓGICOS

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVO GENERAL
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
4. PLAN DE FORMACIÓN
 - 4.1 MATERIAS TRONCALES COMUNES
 - 4.2 ÁREAS DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA
 - 4.3 CUADRO DE CRÉDITOS

1. INTRODUCCIÓN

La especialidad en Enfermería Clínica Avanzada en cuidados neurológicos tendrá una duración total de dos años, en régimen de Residencia con 35 horas lectivas semanales (teórico-prácticas).

Cada año se realizarán 610 horas teóricas (61 créditos) y 1000 horas de práctica (100 créditos). Total cada curso 1610 horas (38 % teórica-62% práctica)

Las horas de teoría se realizarán dos días a la semana (total 14 horas) (por ejemplo martes y jueves) y las horas de práctica se realizarán tres días a la semana (por ejemplo una semana lunes, miércoles y viernes y la siguiente semana viernes, sábado y domingo y así de forma alterna).

Con respecto a la teoría no serán días lectivos aproximadamente 8 semanas cada año:

- . 4 semanas en verano
- . 1 semana en Semana Santa
- . 3 semanas en Navidad

Las materias comunes y específicas (en este caso en el campo de la neurología) deberían realizarse en las Escuelas de Enfermería más próximas a los centros hospitalarios y unidades acreditadas para llevar a cabo toda la formación práctica.

2. OBJETIVO GENERAL

El programa de formación tiene como objetivo

fundamental el aprendizaje de conocimientos y experiencias necesarios para garantizar el nivel de experto en Enfermería Clínica Avanzada en Cuidados Neurológicos.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

El plan de formación:

Preparará al enfermero/a clínico/a para el ejercicio de su profesión, cuidar al paciente afectado por una enfermedad neurológica, en cualquier ámbito de trabajo.

A través del plan de formación, el enfermero/a clínico en cuidados neurológicos será capaz de trabajar para reducir las secuelas neurológicas del paciente, fomentar su independencia siempre que sea posible y en estrecha coordinación con el resto del equipo de salud. Además colaborará para conseguir el regreso y/o mantenimiento del paciente en su hogar.

En situaciones de cronicidad o ante pacientes terminales, el enfermero/a clínico en cuidados neurológicos proporcionará bienestar y apoyo emocional al paciente y a su familia.

4. PLAN DE FORMACIÓN

4.1. MATERIAS TRONCALES COMUNES PARA ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA

1ER CURSO: TEORÍA

1ER SEMESTRE

1. METODOLOGIA ENFERMERA: PROCESO ENFERMERO : 10 CRÉDITOS
2. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN: 10 CRÉDITOS
 - 2.1 METODOLOGIA: 3
 - 2.2 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN (CUANTITATIVAS-CUALITATIVAS): 3
 - 2.3 ESTADÍSTICA:4
3. INGLÉS APLICADO A ENFERMERÍA: 4 CRÉDITOS
4. LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS DE LA SALUD: 2 CRÉDITOS
5. BIOÉTICA: 3 CRÉDITOS

6. ECONOMÍA DE LA SALUD: 1,1 CRÉDITOS

TOTAL: 30,1 CRÉDITOS

2º SEMESTRE

1. ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN: 4 CRÉDITOS
2. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN APLICADAS A LA ENFERMERÍA: 4 CRÉDITOS
3. INGLÉS APLICADO A ENFERMERÍA: 4 CRÉDITOS
4. EDUCACIÓN PARA LA SALUD: 5 CRÉDITOS
5. HABILIDADES EN LA COMUNICACIÓN: 5 CRÉDITOS
6. AVANCES EN EL CONCEPTO DE CALIDAD: 5 CRÉDITOS
7. PROBLEMAS PSICOSOCIALES: 3 CRÉDITOS

TOTAL: 30 CRÉDITOS

OBSERVACIONES: EN DETERMINADAS MATERIAS SE COMPENSARAN CRÉDITOS TEÓRICOS CON LA REALIZACIÓN DE TRABAJOS (POR EJEMPLO EN LA MATERIA DE INVESTIGACIÓN)

TOTAL: 60.1 CRÉDITOS TEÓRICOS

1er Curso Prácticas

Se realizarán durante 46 semanas cada año, tres días cada semana (7 horas cada día).

Se recomienda iniciarlas al inicio del curso académico.

Debería de incluir estancias de 20 créditos mínimo en unidades especiales: urgencias, unidad de cuidados intensivos y unidad coronaria.

TOTAL : 100 CRÉDITOS (1000 HORAS DE PRÁCTICAS)

- 4.2 ÁREAS DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA

4.2.1 TEORÍA : MATERIAS ESPECÍFICAS

1ER SEMESTRE

1. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO: 3 CRÉDITOS
2. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN EL PACIENTE NEUROLÓGICO: 2 CRÉDITOS
3. NEUROIMAGEN: 1,1 CRÉDITOS

4. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN ESPECÍFICAS. CUIDADOS ENFERMEROS EN LA DISFAGIA NEUROLÓGICA: 3 CRÉDITOS

5. ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES EN LA ENFERMEDAD NEUROLÓGICA: 2 CRÉDITOS

6. ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL. INFARTO CEREBRAL ISQUÉMICO. HEMORRAGIA CEREBRAL. CUIDADOS ENFERMEROS: 3 CRÉDITOS

7. UNIDADES DE ICTUS. MONITORIZACIÓN: 3 CRÉDITOS

8. ENFERMEDADES QUE CURSAN CON TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO: 2 CRÉDITOS

8. HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL. COMA. MONITORIZACIÓN DE LA PIC: 2 CRÉDITOS

9. PACIENTE NEUROQUIRÚRGICO: CUIDADOS PRE Y POSTCIRUGÍA: 2 CRÉDITOS.

10. PACIENTE NEUROQUIRÚRGICO: CUIDADOS Y MANEJO QUIRÚRGICOS. CIRUGÍA CRANEAL (BIOPSIAS, TUMORES, MALFORMACIONES, ...), CIRUGÍA DE COLUMNA CERVICAL Y LUMBAR: 4 CRÉDITOS.

11. ASPECTOS LEGALES EN EL PACIENTE DISCAPACITADO. ASPECTOS LEGALES EN EL PACIENTE CON DEMENCIA: 2 CRÉDITOS

TOTAL: 29,1 CRÉDITOS

2º SEMESTRE

1. ENFERMEDADES DEGENERATIVAS. DEMENCIA. CUIDADOS ENFERMEROS. UNIDADES DE DÍA. ATENCIÓN DOMICILIARIA: 3 CRÉDITOS

2. ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES. UNIDADES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE: 3 CRÉDITOS

3. TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS. TRAUMATISMOS MEDULARES: 3 CRÉDITOS

4. UNIDADES DE ELECTROFISIOLOGÍA. UNIDADES DE ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO: 2 CRÉDITOS

- | | |
|---|---|
| <p>5. URGENCIAS NEUROLÓGICAS : 3 CRÉDITOS</p> <p>6. ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS EN LA INFANCIA. CUIDADOS ENFERMEROS. ATENCIÓN A LA FAMILIA: 3 CRÉDITOS</p> <p>7. REEDUCACIÓN VESICAL: 1,2 CRÉDITOS</p> <p>8. MISCELÁNEA: EPILEPSIA, POLINEUROPATIAS, ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES: 1,4 CRÉDITOS</p> <p>9. ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL SISTEMA NERVIOSO. CUIDADOS ENFERMEROS. PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA: 2,4 CRÉDITOS</p> <p>10. ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA. CUIDADOS ENFERMEROS PALIATIVOS. EDUCACIÓN SANITARIA A LA FAMILIA: 2 CRÉDITOS</p> <p>11. HABILIDADES EN LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE NEUROLÓGICO. ABORDAJE DE LOS DIFERENTES TRASTORNOS. NEUROREHABILITACIÓN: 2 CRÉDITOS.</p> <p>12. NUEVAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN EN NEUROLOGÍA. PRESENTE Y FUTURO DE LA INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS ENFERMEROS NEUROLÓGICOS. INVESTIGACIÓN EN CALIDAD DE VIDA: 5 CRÉDITOS (INCLUYE PROYECTO Y DESARROLLO DE UNA INVESTIGACIÓN)</p> <p>TOTAL: 31 CRÉDITOS</p> | <p>1. SERVICIOS DE NEUROLOGÍA: 25,9 CRÉDITOS (37 DIAS X 7 HORAS /DIA): APROX. 3 MESES</p> <p>2. SERVICIOS DE NEUROCIRUGÍA: 16,8 CRÉDITOS (24 DIAS X 7 HORAS/DIA): APROX. 2 MESES</p> <p>3. UNIDADES DE ICTUS: 14 CRÉDITOS (20 DÍASX7 HORAS/DIA)</p> <p>4. QUIRÓFANOS DE NEUROCIRUGÍA: 16,8 CRÉDITOS</p> <p>5. UNIDADES DE DIA: DEMENCIA, ESCLE- ROSIS MÚLTIPLE: 4,2 + 4,2 CRÉDITOS (6 DIAS + 6 DIAS, 7 HORAS X DÍA)</p> <p>6. CONSULTAS: ELECTROFISIOLOGÍA, UNIDADES DE SUEÑO: 4,2 + 4,2 CRÉ- DITOS (6 DIAS + 6 DIAS, 7 HORAS X DÍA)</p> <p>7. ATENCIÓN A DOMICILIO DE PACIEN- TES NEUROLÓGICOS: 9,8 CRÉDITOS (14 DIAS X 7 HORAS/DÍA)</p> <p>8. CRÉDITOS DE LIBRE ELECCIÓN DE PRÁCTICAS: UNIDADES DE URODINAMIA, UNIDADES DE EPILEP- SIA, CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA, CIRU- GÍA DE PARKINSON, UNIDADES DE ECOGRAFÍA-DOPPLER, ETC...: HASTA UN MÁXIMO DE 18.7 CRÉDITOS</p> <p>TOTAL : 100 CRÉDITOS (1000 HORAS DE PRÁC- TICAS)</p> <p>OBSERVACIONES: LA EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS NEUROLÓGICAS Y DE CUIDADOS INTENSIVOS SE REALIZARÁ EN EL PRIMER AÑO.</p> |
|---|---|

4.2.2 CRONOGRAMA DE HORAS DE PRÁCTICA ESPECÍFICAS

4.3. CUADRO DE CRÉDITOS

ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA EN CUIDADOS NEUROLÓGICOS

Troncales	Prácticas	Libre elección	Total	
1er CURSO	61	100		161 (1610 HORAS)
2º CURSO	61	81.3	18.7	161 (1610 HORAS)

Sociedad Española de Enfermería Neurológica.

SOLICITUD DE ADMISIÓN

Nombre y apellidos

Dirección Teléfono

Población C.P.

Lugar de trabajo

Adjuntar: Fotocopia o resguardo del Título de D.E. o ATS.

Fotocopia del D.N.I.

Fotografía tamaño carnet.

Enviar: **Catalana de Congressos**

C/ Casp, 120, 3º 4ª - 08013 Barcelona

Tel. 93 244 91 50 - Fax 93 244 91 51

E-mail: yolanda@catalanacongressos.com

www.catalana-congressos.com

Cuota anual: 31 euros

ORDEN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Sr. Director del Banco/Caja

con domicilio

Población C.P. Provincia

Ruego que hasta nuevo aviso, carguen en mi cuenta/libreta de ahorros siguiente:

BANCO/CAJA	SUCURSAL	D.C.											

NÚMERO CUENTA O LIBRETA																	

los recibos que les sean presentados por la Sociedad Española de Enfermería Neurológica.

Nombre del titular de la cuenta/Libreta

Atentamente les saluda,

Fecha

Firma del titular

