



Sociedad Española
de Enfermería Neurológica

Publicación Oficial de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica

Primer Semestre 2008
Nº 27

Carta del presidente pág. 3

La prevención de la enfermedad vascular cerebral aguda. (segunda parte) pág. 5

Terapias alternativas y complementarias: evidencia clínica pág. 12

Detección shunt derecha-izquierda en pacientes con ictus isquémico:
colaboración de enfermería en la técnica de detección pág. 27

Irena Sendler. La enfermera heroína del ghetto de Varsovia pág. 31

Programa de la XV Reunión anual de la Sociedad Española de
Enfermería Neurológica. pág. 34

JUNTA DIRECTIVA

JORDI PUJIULA MASÓ	<i>Presidente</i>
DOLORES LÁZARO RUIZ	<i>Vicepresidenta</i>
CARMEN MÁRQUEZ REBOLLO	<i>Secretaria</i>
RAIMUNDO CARO QUESADA	<i>Tesorero</i>
ANA MORENO VERDUGO	<i>Vocal</i>
MARGARITA DEL VALLE GARCÍA	<i>Vocal</i>
MIGUEL GARCÍA MARTÍNEZ	<i>Vocal</i>
VICENTA SÁNCHEZ BERNARDO	<i>Vocal</i>
SILVIA REVERTÉ VILLARROYA	<i>Vocal</i>

REDACCIÓN:

Responsables Edición: Margarita del Valle García, Rosa Suñer Soler,
Ana Moreno Verdugo y Dolores Lázaro Ruiz

Portada: SEDENE

IMPRIME: Impremta Falcó - Sant Pere de Ribes

D.L.: A-391-2000

CARTA DEL PRESIDENTE

Queridos socios, amigos y colaboradores de la SEDENE,

Vivimos tiempos importantes para la enfermería de nuestro país, las especialidades, la posible prescripción de enfermería con un catálogo cerrado y la buena sintonía con el nuevo Ministro de Sanidad, hace que nuestra profesión sea cada día más reconocida. Últimamente, debido a todos estos movimientos, se han generado algunos conflictos con otros profesionales sanitarios, pero es cuando uno se encuentra en el centro de las cosas que puede generar discusiones, recelos y plantear nuevos compromisos.

Delante de estas nuevas situaciones **la SEDENE durante el mes de febrero volvió a plantear la especialidad de la enfermería neurológica al presidente del Consejo General de Enfermería de España** y a la comisión de especialidades. Como ya sabéis esta reivindicación no es nueva y llevamos más de 10 años pidiendo este reconocimiento que creemos que es justo y necesario para los ciudadanos del país. Según la OMS en las dos próximas décadas se incrementarán las enfermedades neurológicas de manera espectacular y el crecimiento del número de enfermos con enfermedades neurológicas hará necesario en pocos años un aumento de los recursos para los enfermos neurológicos, la asistencia sanitaria de los mismo, la especialización enfermera y el apoyo socio-sanitario a sus familias.

Con respecto a **la prescripción enfermera**, la Sociedad Española de Neurología (SEN) se ha posicionado y creen que no es necesario ni legal que la enfermería neurológica prescriba. La SEN, juntamente con otras sociedades médicas se ha adherido al comunicado de la organización médica colegial (OMC) donde apoyan la tesis que no somos profesionales preparados para lo que estamos realizando cada día en distintos ámbitos sanitarios y **según refleja un informe realizado por la Organización Colegial de Enfermería, “se han detectado 170 intervenciones diarias en las que los enfermeros prescribimos más de 200 fármacos”**.

Esperamos próximamente mantener una reunión con el nuevo presidente de la SEN y su junta directiva para poder intercambiar nuestras ideas y seguir avanzando conjuntamente para el mejor cuidado de los pacientes neurológicos que cada día cuidamos entre todos.

Por otro lado la SEDENE ha seguido trabajando para la realización de nuevas **jornadas autonómicas**. La primera de ellas se realizó en **Almería** el **18 de Abril, Hospital Torrecárdenas**, dentro de las III Jornadas Andaluzas de Enfermería Neurológica con el título "Juntos avanzamos cuidando" y la segunda, el **23 de Mayo** en el **Hospital Gregorio Marañón de Madrid**, con el título "Compartir para mejorar" en la IV Jornada Madrileña de Enfermería Neurológica.

También estamos **desarrollando el programa de la próxima XV Reunión Anual** en Noviembre. Para celebrar este 15 aniversario estamos confeccionando una diferente y mejor reunión para todos nuestros socios y congresistas, preparando la **segunda edición del libro: "Tratado de Enfermería Neurológica"**, para poderlo presentar y obsequiar a cada uno de vosotros. Os mantendremos informados!

Gracias por vuestra confianza y un fuerte abrazo,

Jordi Pujiula

CARTAS A LA REDACCIÓN

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

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

Dirigir vuestras cartas a:

ULTRAMAR EXPRESS. Event Management

Diputació 238, 3º - E-08007 Barcelona

Tef: 93 482 71 40 - Fax: 93 482 71 58

Dirección correo electrónico: sedene@ultramarexpress.com

www.sedene.com

LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL AGUDA

SEGUNDA PARTE

Autoras:

Rosa Suñer (1,2), Verónica Cruz (3), Mercè Cepeda (3), Estela Sanjuán (4).

1. Instituto de Investigación sobre Calidad de Vida, Universidad de Girona.

2. Profesora asociada del Departamento de Enfermería, Universidad de Girona.

3. DUE. Unidad de Neurología Médico- Quirúrgica. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona.

4. DUE, becaria. Instituto de Investigación Biomédica de Girona, IdIBGI.

INTRODUCCIÓN

En la primera parte de este trabajo de revisión (publicado en el número anterior de esta revista) se trataron algunos de los factores de riesgo de la enfermedad vascular cerebral aguda (EVCA) siguiendo la clasificación de Sacco et al. (1997). Así, se analizaron los factores no modificables como la edad, el sexo o la herencia y los potencialmente modificables que se pueden prevenir revisando el hábito tabáquico, el abuso de alcohol, o el consumo de otras drogas.

En esta segunda parte se revisan los factores de riesgo potencialmente modificables que no se pueden prevenir, como la hipertensión arterial, la diabetes, las cardiopatías, las dislipemias y los antecedentes de ictus transitorio. Finalmente, se desarrollan algunos modelos de prevención de las enfermedades.

FACTORES POTENCIALMENTE MODIFICABLES QUE NO SE PUEDEN PREVENIR

La hipertensión arterial, es decir el au-

mento de la presión de la sangre dentro de las arterias, es el mayor factor de riesgo conocido para sufrir un ictus isquémico o hemorrágico con un elevado nivel de evidencia científica (1).

En Cataluña, según datos de la Encuesta de Salud de 1994, un 16,5% de personas de más de 14 años era hipertensa, aumentando hasta el 35,8% en la población de más de 65 años, y sólo un 15,9% se conocía como hipertensa (2). En la Encuesta de Salud del 2006 el 18% de los hombres y el 21% de las mujeres se declara hipertensa en Cataluña (3), lo que indica que hay un mayor número de personas que conocen su enfermedad.

La hipertensión arterial es una enfermedad que puede tener una causa desconocida y se le denomina Hipertensión esencial o puede ser síntoma de otra enfermedad y se denomina Hipertensión secundaria. La hipertensión contribuye a los cambios vasculares arteriales internos denominados arteriosclerosis, por dos mecanismos fundamentales que pueden coexistir, primero la hipertensión arterial contribuye a aumentar

las placas arterioscleróticas de la íntima de las arterias y después reduce las células del músculo liso de la capa media de las arterias, provocando debilidad de la pared arterial, producción de micro aneurismas con aumento de la posibilidad de ruptura del vaso (4).

Se ha observado que el incremento de la presión sistólica con o sin aumento de la presión diastólica aumenta el riesgo de EVCA sobre todo en las personas mayores. Cuando la hipertensión se trata disminuye el riesgo de sufrir esta enfermedad en un 42% (5). En las personas mayores tratadas por hipertensión arterial sistólica el riesgo de EVCA disminuye en un 36% (6).

La diabetes constituye un factor de riesgo de sufrir un ictus, sobre todo por su relación con la progresión de la placa de ateroma, con el aumento de los niveles de fibrinógeno, con el incremento de la agregación plaquetaria y con la disfunción endotelial. La diabetes tipo II está asociada muy a menudo a la hipertensión, a la obesidad y a la hipercolesterolemia. El riesgo relativo de sufrir un ictus es de 1,8 a casi 6 veces más elevado entre los hombres diabéticos y de 3 veces más entre las mujeres diabéticas, respecto a la población general, sobre todo en la quinta y sexta década de la vida (5).

Las enfermedades cardíacas también hacen aumentar el riesgo de sufrir EVCA. El infarto de miocardio es un factor de riesgo de sufrir un ictus sobre todo durante las dos primeras semanas después del diagnóstico. Aproximadamente, un 3% de pacientes que han tenido un infarto agudo de miocardio

presentan un ictus en las 2-4 primeras semanas post-infarto (7). Es también conocida la asociación de fibrilación auricular y ictus isquémico, especialmente en las personas mayores. Se conoce que el 30% de los ictus isquémicos en las personas de 80-90 años están relacionados directamente con la fibrilación auricular (8).

La hiperlipémia, es decir presentar cifras anormales (superiores) de colesterol en la sangre, también constituye un factor de riesgo para la EVCA. Hace años se consideraba que tener altas cifras de colesterol era solo un factor de riesgo de enfermedad coronaria, pero recientemente se ha observado que también incrementa el riesgo de sufrir ictus. Se sabe que las personas tratadas con medicación específica antilipemiente presentan reducciones en la progresión de la aterosclerosis de las carótidas y mejoras en la función endotelial (9).

La obesidad, es un factor de riesgo bien conocido de padecer enfermedad coronaria (10) y un factor de riesgo de mortalidad en general (11). En el caso del ictus los resultados son menos claros, sobre todo porque la obesidad está fuertemente asociada a la hipertensión arterial, a la dislipémia y a la diabetes. Algunos autores hablan de un conjunto de factores de riesgo relacionados con el estilo de vida, asociando obesidad, actividad física, dieta y estrés emocional (12). Aún así, hay estudios que indican que la obesidad abdominal es un factor de riesgo independiente por el ictus isquémico presente en todos los grupos étnicos y las razas, especialmente entre las personas jóvenes (13).

Altos contenidos de homocisteína en la sangre por una alteración del metabolismo de la metionina, constituyen un factor de riesgo en adultos jóvenes, habiéndose encontrado esta alteración en el 42% de los pacientes con ictus menores de 55 años. En un meta-análisis se observó que la hiperhomocisteinemia era un factor predictor de infarto cardíaco y de ictus (14).

Hay otros muchos factores de riesgo de interés menos conocidos como *la estenosis carotídea asintomática, altas cifras de fibrinógeno en la sangre, la migraña o altos niveles de estrés*, que no se recogen en este artículo.

MODELOS DE PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES

Según Balaguer (15), el modelo de transición epidemiológica de Omran nos ayuda a entender la situación de las enfermedades cardiovasculares en mundo. Según este modelo, en una primera fase las enfermedades cardiovasculares eran provocadas por infecciones o por defectos nutricionales, en una segunda fase con el desarrollo socio-económico de los países más industrializados apareció la hipertensión y la enfermedad cerebrovascular sobre todo por la composición de la dieta con el aumento del contenido de sal. En una tercera fase, con cambios también en la dieta como aumento de grasas y calorías, y el consumo tabáquico, reducción del ejercicio y estrés mental aparece la cardiopatía coronaria. Finalmente, en una cuarta fase se intentan controlar los factores de riesgo vascular, pero persiste la obesidad y la diabetes.

La situación mundial al respecto es variada, algunos países del Asia y América latina se encuentran en la primera fase donde la tasa de cardiopatía reumática (por infección) todavía es elevada. En la segunda fase, por ejemplo se encuentra China, donde la EVCA es hoy la primera causa de mortalidad cardiovascular y de invalidez entre los adultos. En Japón ha disminuido la mortalidad por ictus pero hay todavía una alta mortalidad por cardiopatía isquémica. Los países más desarrollados se encuentran en la tercera y cuarta fase donde la obesidad representa un grave problema de salud.

El cambio conceptual de la salud y la enfermedad que se ha dado en los últimos cincuenta años, con la re-definición de estos conceptos como hechos no sólo biológicos, si no también psicológicos y sociales, hace que la enfermedad se entienda ahora como el resultado de interacciones de variables biológicas, psicológicas y sociales. A partir de la segunda mitad del siglo XX se incorporan nuevos conceptos como *grado de vulnerabilidad* de las personas por contraer las enfermedades, su *relación con los estilos de vida y conductas, el ajuste psicológico y el soporte social* (16), conceptos de gran importancia por entender los procesos de forma global. Además, también a partir de la segunda mitad del siglo pasado tienen cada vez más importancia aspectos como la *calidad de vida, la rehabilitación, la prevención primaria, secundaria y terciaria, el autocuidado, etc.*

Fomentar estilos de vida saludables y cambio de hábitos como seguir una alimen-

tación equilibrada, evitar el sedentarismo, y abandonar el hábito tabáquico, son acciones que hace falta impulsar en cualquier política que quiera reducir las principales enfermedades que afectan al mundo como el cáncer, las enfermedades cardíacas o la enfermedad cerebrovascular. Aunque la cuestión no es tan simple, algunas personas pese a tener conocimientos necesarios para percibir los efectos contraproducentes de ciertos consumos o de estilos de vida poco recomendados, continúan haciendo la misma vida, todo y haber sufrido una enfermedad. Se ha estudiado en el caso del ictus que los contactos con los servicios de salud o los consejos son efectivos sólo en algunas personas. Por ejemplo, en un estudio realizado en los EEUU entre supervivientes de ictus que les aconsejaron comer con menos grasas y hacer más ejercicio, el 85,4% y el 76,5% respectivamente cumplieron el tratamiento (17), en otro estudio sin embargo se observó un menor cumplimiento terapéutico (18).

La educación para la salud ha evolucionado mucho en los últimos años, pero algunos autores consideran que de forma demasiada práctica y sin tener presente muchas veces que el conocimiento junto con una actitud positiva predisponen la adopción de hábitos saludables (19). Así, se considera de vital importancia que el educador diseñe las intervenciones con el soporte de teorías y modelos, que permitan planificar, ejecutar y evaluar acciones preventivas más eficaces (20).

Entre los modelos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, des-

tacan el modelo de autocontrol de Rachlin (21-22) y el modelo de prevención de la enfermedad de Bayés (23-24).

El modelo de autocontrol de Rachlin tiene los orígenes en los trabajos de Skinner con el análisis experimental de la conducta. Según este análisis, la conducta es controlada por sus consecuencias. Es decir, si se pretende modificar un comportamiento, hará falta cambiar las condiciones externas de las cuales es función. Para Skinner, el control de una persona sobre la conducta se da a menudo cuando una respuesta tiene consecuencias positivas y negativas. En el caso de la conducta de fumar, una consecuencia positiva puede ser el placer de inhalar el humo y una negativa, la tos que puede provocar. Si estas consecuencias negativas se presentan inmediatamente tras la conducta, la debilitan y aumentan el autocontrol. Sin embargo, el autocontrol es más difícil si las consecuencias negativas son tardías.

Rachlin considera que todo comportamiento es una elección, y diferencia entre elecciones simétricas (elecciones sencillas) y elecciones asimétricas (implican diferentes actos, por ejemplo escoger entre fumar o hacer una actividad diferente). Rachlin propone que la elección de una determinada conducta viene guiada por la probabilidad que resulta de las relaciones entre los estímulos, la elección y las consecuencias, de forma que estas últimas pueden guiar la conducta, y ésta convertirse en estímulo de próximas conductas.

En el modelo del autocontrol de Rachlin se otorga un papel clave a la variable

“demora de las consecuencias” o tiempo transcurrido entre la emisión de la conducta y la presentación de las consecuencias (positivas o negativas). El efecto de la demora es inverso al tiempo entre el intervalo de la conducta elegida y sus consecuencias, es decir cuando más alejado en el tiempo se presente un reforzador o una pérdida, menos efecto tendrá esta consecuencia en la elección de una conducta en el futuro.

Como formas de autocontrol, Rachlin considera tres: rechazar una conducta sin más, el autoreforzamiento (la persona se auto-refuerza proponiéndose algún premio si ha conseguido evitar una determinada conducta, el reforzamiento es inmediato) y el compromiso (el sujeto decide una recompensa grande pero demorada). Font-Mayolas (25) en un estudio sobre las variables magnitud y demora en la percepción de las consecuencias del hábito tabáquico en estudiantes universitarios, observó que los estudiantes no fumadores daban más importancia a los efectos negativos de fumar a corto plazo que los estudiantes fumadores. Asimismo, los fumadores informaban más sobre los efectos positivos inmediatos de fumar y los no fumadores informaban más de los efectos negativos demorados. Además, los fumadores no otorgaron importancia a los efectos negativos en sus respuestas y los no fumadores valoraban estos mismos efectos para continuar sin fumar.

El modelo de prevención de la enfermedad de Bayés se basa en la creencia de que el origen de muchas enfermedades se encuentra en el comportamiento de la persona. Se trata de un modelo de prevención de

enfermedad bio-psico-social y dinámico. Este modelo consta de tres fases: el pasado, el presente y el futuro.

El pasado, que incluye factores históricos predisponentes como la manera en que reacciona la persona ante de una determinada situación, las habilidades y estrategias de afrontamiento que posee, la información específica de que dispone, y la respuesta emocional específica ante estímulos o situaciones.

El presente, que incluye los aspectos situacionales que pueden facilitar o inhibir una interacción según los riesgos y los recursos disponibles, la modulación psicológica y biológica que comportarán una mayor o menor vulnerabilidad de la persona a la enfermedad y la práctica de comportamientos de riesgo o de prevención.

En el futuro, según el grado de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo o de prevención se romperá, se restablecerá o se mantendrá el equilibrio psico-biológico con la presentación de la enfermedad o con el estado de salud.

Bayés tras realizar un análisis funcional de los comportamientos de riesgo, considera que generalmente estos comportamientos van seguidos de forma segura e inmediata de conductas placenteras, las consecuencias negativas que pueden surgir de un determinado comportamiento son sólo probables y a largo plazo. En cambio los comportamientos de prevención no suelen traer el placer inmediato, y sus consecuencias positivas son sólo probables y a largo

plazo. Así, delante de fumar o dejar de fumar, muchas personas escogen el comportamiento que da placer de inmediato (fumar) aunque sea efímero y que pueda tener consecuencias graves en el futuro, delante del otro comportamiento (no fumar) que a largo plazo tendría consecuencias más positivas. A la vez, Bayés considera que el comportamiento social que aprueba o desaprueba estas conductas (afecto de los compañeros, por ejemplo) también influye en la elección de un determinado comportamiento.

En este modelo se plantea la prevención no sólo desde un punto de vista biológico, sino psicológico y social, entiende el individuo de forma integral.

En conclusión, una modificación en el estilo de vida de un paciente diagnosticado de ictus y un cambio de actitud, como puede ser el abandono del consumo de tabaco o el control de la hipertensión arterial, puede prevenir un nuevo episodio de ictus.

Existiendo tanta evidencia de la importancia de la prevención primaria y secundaria de la mayoría de los factores de riesgo vascular y del impacto personal, social y económico de la EVCA, debe ser tarea de todos los profesionales de la salud trabajar para informar, educar y ayudar a la población de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MacMahon S, Peto R, Cutler J, Collins R, Sorlie P, Neaton J, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1,

Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet* 1990; 335 (8692): 765-774.

Generalitat de Catalunya. *Pla de Salut de Catalunya 1996-1998*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

Generalitat de Catalunya. Encuesta de Salud 2006. Disponible en: <http://web.lavanguardia.es/lavanguardia/docs/20070221/enquestasalut.pdf>

Alvarez-Sabin J, Codina-Puiggros A. Enfermedades vasculares del sistema nervioso. Parte General. En: *Tratado de Neurología*, 1994 (pp.231-238). Madrid: ELA.

Martinez-Vila E, Irimia P. Factores de riesgo del ictus. *Anales del sistema sanitario de Navarra* 2000; 23 (Suplemento 3):25-32.

Staessen JA, Fagard R, Thijs L, Celis H, Arabidze GG, Birkenhager WH, et al. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. The Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial Investigators. *Lancet* 1997; 350 (9080):757-764.

Alvarez-Sabin J, Codina-Puiggros A. Accidentes vasculares cerebrales isquémicos. En: *Tratado de Neurología*, 1994 (pp.239-274). Madrid: ELA.

Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation: a major contributor to stroke in the elderly. The Framingham Study. *Archives of Internal Medicine* 1987;147(9):1561-1564.

Delanty N, Vaughan CJ. Vascular effects of statins in stroke. *Stroke* 1997; 28: 2315-2320.

Hubert HB, Feinleib M, McNamara PM, Castelli WP. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation* 1983; 67(5): 968-877.

Lindsted KD, Singh PN. Body mass and 26-year risk of mortality among women who never smoked: findings from the Adventist Mortality Study. *American Journal of Epidemiology* 1997; 146(1):1-11.

Sacco RL, Benjamin EJ, Broderick JP, Dyken M, Easton JD, Feinberg WM, et al. Risk factors. *Stroke* 1997; 28:1507-1517.

Suk, SH, Sacco RL, Boden-Albala B, Cheun JF, Pittman JG, Elkind MS. et al. Abdominal obesity and risks of ischemic stroke. The Northern Manhattan Stroke Study. *Stroke* 2003; 34:1586-1592.

Homocysteine Studies Collaboration. Homocysteine and risk of ischemic heart disease and stroke: a meta-analysis. *JAMA* 2002; 288 (16): 2015-2022.

Balaguer I. Control y prevención de las enfermedades cardiovasculares en el mundo. *Revista española de Cardiología* 2004; 57(6): 487-494.

Santacreu J, Márquez MO, Rubio VJ. La prevención en el marco de la Psicología de la Salud. *Psicología y Salud* 1997; 10 (Julio-Dic.): 81-92.

Greenlund KJ, Giles WH, Keenan NL,

Croft JB, Mensah GA. Physician advice, patient actions, and health-related quality of life in secondary prevention of stroke through diet and exercise. *Stroke* 2002; 33: 565-570.

Redfern J, McKeivitt C, Rudd AG, Wolfe CDA. Health care follow-up after stroke: opportunities for secondary prevention. *Family Practice*, 2002; 19 (4):378-382.

Soto F, Lacoste JA, Papenfuss RL, Gutierrez A. The health belief model. A theoretical approach to the prevention of AIDS. *Revista Española de Salud Pública* 1997; 71(4):335-341.

Hochbaum GM, Sorenson JR, Lorig K. Theory in health education practice. *Health Education Quarterly* 1992; 19(3):295-313.

Rachlin H. *Comportamiento y aprendizaje*. Omega: Barcelona, 1979.

Rachlin H. *Judgement, decision and choice*. New York: N.W. Freeman and company, 1989.

Bayés R. Psicología Y SIDA: Análisis funcional de los comportamientos de riesgo y prevención. *Papeles del psicólogo* 1990; 30-36, 46-47.

Bayés R. Variaciones sobre un modelo de prevención de enfermedad y su aplicación al caso del SIDA. *Acta Comportamental* 1992; 0: 35-55.

Font-Mayolas S. Paràmetres rellevants en la percepció de les conseqüències de fumar en joves fumadors i no fumadors. Treball de recerca. Universitat de Girona, 1998.

TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS: EVIDENCIA CLINICA

Autora: Lázaro Ruiz, M^a Dolores

Enfermera supervisora. UGC Neurología. Hospital Torrecárdenas. Almería

PALABRAS CLAVE: terapia alternativa, terapia complementaria, evidencia clínica

INTRODUCCION

La contribución de muchas de las técnicas de Terapias Alternativas en los cuidados de salud en numerosos países no desarrollados ha sido claramente reconocida. En países de nuestro entorno el porcentaje de población que ha usado cualquier modalidad de tratamiento de medicina alternativa oscila entre el 18% de Holanda, 33% del Reino Unido, 49% en Francia, 40% de Bélgica, 40% en los Estados Unidos y 46% en Australia, teniendo en cuenta la variabilidad de los estudios disponibles. Sus practicantes reclaman la atención y el reconocimiento oficial y el número de usuarios presenta una tendencia creciente en la mayoría de los países occidentales. En los Estados Unidos las consultas de medicina alternativa han crecido un 50% desde 1990 a 1997 y superan las visitas a médicos convencionales de atención primaria. Existe una creciente atención a la medicina alternativa o complementaria en los países occidentales, que se traduce en un incremento de la oferta de formación, reglada o no, en una mayor incorporación de la medicina alternativa en el currículo de los profesionales sanitarios convencionales, una mayor atención a las iniciativas y fondos para la investigación de la eficacia y efectividad de estas técnicas en

el contexto de la medicina convencional y la creciente integración de algunas ramas de la medicina alternativa en la oferta sanitaria junto al reconocimiento de las mismas y el establecimiento de estándares para su práctica.

CONCEPTO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS

Cuando hablamos de terapias alternativas nos vamos a referir a modelos de prácticas diagnósticas y terapéuticas ajenas a la historia de la cultura médica occidental, con técnicas depuradas a lo largo de siglos de uso continuado, cuya práctica pervive y que millones de personas utilizan en muchos países como primera opción sanitaria, fundamentalmente en Asia. Engloban métodos con mecanismo de acción desconocido e inexplicable para la medicina ortodoxa. Lo anterior no debe predisponer al rechazo, sino a buscar la manera de reinterpretarlos según nuestro propio conocimiento.

En Occidente se entiende por Medicina Alternativa aquella cuyos orígenes son orientales (China o India), y en menor medida la referida a pueblos de África u Oceanía, continentes cuyas prácticas curativas clásicas son asociadas por los occidentales a la superstición, la religión o el simple atraso en el conocimiento fisiopatológico de la enfermedad. A éstas pueden añadirse prácticas

de diverso origen, con aproximadamente 160 técnicas no convencionales en total.

El grupo Cochrane define Medicina Alternativa y Complementaria como un amplio dominio de recursos curativos que engloba a todos los sistemas de salud, modalidades, prácticas y sus teorías acompañantes y creencias, diferentes de aquellas intrínsecas al sistema de salud políticamente dominante de una sociedad o cultura particular en

un período histórico dado. Incluye tanto las prácticas e ideas autodefinidas por sus usuarios como los tratamientos preventivos o curativos o de promoción de salud y bienestar.

Existen un gran número y variedad de técnicas y procedimientos que se consideran como medicinas alternativas, siendo las más difundidas en el entorno de los Sistemas de Salud occidentales las relacionadas en la Tabla 1.

Acupresión	Herbalismo	Relajación de Jacobson
Acupuntura	Hipnosis	Relajación muscular secuencial
Aeropatía	Homeopatía	Relajación progresiva Rolfing
Alexander, técnica de	Integración estructural	Sanatología
Análisis capilar	Iridodiagnos	Shiatsu
Aromaterapia	Masaje terapéutico	Somatoterapia
Bioenergía	Medicina Herbal	Tai-Chi
Bodywork	Medicina Nutricional	Técnicas de imaginación y visualización
Cromoterapia	Medicina Unani	Técnicas de relajación
Cromoterapia biodinámica	Meditación	Terapia autóloga
Cura astral	Moxibustión	Terapia del Zodiaco
Dieta vegetariana	Naturopatía	Thrust
Dieta de Hay	Osteopatía	Trabajos de Hellerman
Dieta de la Edad de Piedra	Patiatría	Tropoterapia
Dieta macrobiótica	Practoterapia	Vlt-o-patia
Dieta de eliminación	Quinesiología	Yoga
Electroterapia	Quinesiología aplicada	Zonoterapia
Feldenkreis	Quiropráctica	
Geoterapia	Reflexología	

Tabla 1. Terapias alternativas de uso frecuente

La disparidad de las técnicas englobadas como alternativas es tan variada que hace difícil establecer una clasificación simple. La categorización utilizada por la British Medical Association (BMA) destaca el mayor

o menor grado de complejidad:

- a) Sistemas completos: Homeopatía, Osteopatía, Quiropráctica, Medicina Herbal, Acupuntura, Naturopatía.

- b) Métodos diagnósticos: Iridología, Kinesiología, Análisis capilar.
- c) Métodos terapéuticos: Masaje o terapias de contacto, Shiatu, Reflexología, Aromaterapia, Medicina Nutricional, Hipnosis.
- d) Autocuidados: Meditación, Yoga, Relajación, Tai-Chi.

UTILIZACIÓN DE LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS

La gran difusión de estas terapias, su fácil acceso por amplios grupos de la población, su bajo coste y sus relativamente mínimos efectos adversos han contribuido a su aceptación por importantes sectores de la población. Pese al inicial rechazo de los profesionales de la medicina convencional, estas técnicas aumentan su presencia en Occidente: una mayor tolerancia social y de los sistemas sanitarios hacia las medicinas complementarias, la mayor integración de las mismas en la oferta sanitaria, la insatisfacción con la medicina convencional, la disponibilidad de algunas evidencias sobre la utilidad clínica de ciertas técnicas en algunas indicaciones, y la presión de sectores productores y profesionales de ramas de la medicina alternativa condicionan esta tendencia de uso creciente. Cabe destacar el alto grado de satisfacción manifestado por los usuarios de estos procedimientos.

No escasean, por tanto, las terapias recomendadas; muchas de ellas carecen de base científica y son ofrecidas por personal paramédico o incluso aficionado entusiasmado. Sobre la eficacia y la efectividad de estas técnicas y procedimientos bajo los estándares metodológicos actuales en la

biomedicina occidental, cuyo paradigma es el ensayo aleatorio controlado, se dispone cada vez de mayor evidencia respecto a la utilidad clínica de algunas técnicas en situaciones clínicas concretas. A continuación se detallan algunas terapias alternativas con evidencia clínica demostrada y sus indicaciones eficaces.

HOMEOPATÍA

Los homeópatas tratan la enfermedad partiendo del principio de que lo semejante cura a lo semejante. Utilizan sustancias curativas que reproducirían los síntomas del enfermo, en caso de ser administradas a un persona sana. Así, los síntomas de la fiebre del heno (rinorrea, conjuntivitis, lagrimeo) son tratados con *Allium cepa*, derivado de la cebolla común. Otra característica esencial es la de utilizar concentraciones bajísimas del producto a base de realizar diluciones seriadas y agitaciones sucesivas. En teoría, cuanto más diluido y agitado sea el producto, mayor será la potencia del preparado.

Se ha sugerido en muchas ocasiones que el efecto observado puede ser debido al efecto placebo. Sin embargo, estudios randomizados, metodológicamente rigurosos, han demostrado diferencias significativas entre la administración de placebo y la de soluciones homeopáticas. Una de las explicaciones propuestas hipotetiza sobre una modificación en la disposición de las moléculas del solvente (el agua), que guardaría memoria de la disposición espacial inducida por el soluto (sustancia homeopática) pese a que éste hubiera desaparecido tras las diluciones.

La administración de tratamientos ho-

meopáticos sigue un esquema similar al de la medicina convencional. En general se tratan problemas crónicos, eccemas, artritis reumatoide, migraña, colón irritable, dismenorrea, infecciones recurrentes del tracto respiratorio o urinario, alteraciones del estado de ánimo. También se tratan, con mucha mayor frecuencia que con otras terapias alternativas, patologías pediátricas. No obstante, hay casos como la miastenia gravis, fibrosis quística o el miedo a volar que han sido tratados por homeópatas y se encuentran reseñados en la literatura.

Se ha descrito escasas reacciones adversas del tratamiento homeopático. Puede aparecer agravamiento de los síntomas al inicio de la prescripción. Considerado como signo de buen pronóstico por el terapeuta puede alarmar al paciente si no está informado. Los homeópatas consideran a los fármacos convencionales como productos perniciosos, lo que puede llegar a representar un peligro potencial para los pacientes que tratan.

Evidencia clínica demostrada en Homeopatía: tratamientos de agitación postoperatoria en niños, de gastroenteritis aguda en niños, de la alergia al polvo doméstico, del vértigo, del íleo paralítico durante el postoperatorio ginecológico y abdominal, disminución de la severidad de los síntomas en el asma y en los parámetros de la función pulmonar y reducción de la duración de la sintomatología de la gripe.

OSTEOPATÍA Y QUIROPRÁCTICA

Quiropráctica y Osteopatía comparten un origen común. Ambas se dotaron de

un cuerpo de doctrina a finales del siglo XIX en los Estados Unidos por iniciativa de los fundadores de ambas disciplinas y comparten denominación genérica: terapias manipulativas. Su práctica es similar y utilizan los mismos textos bibliográficos frecuentemente.

Las técnicas usadas por ambos son parecidas aunque existe una mayor utilización de las manos por parte de los quiroprácticos y de las extremidades por parte de los osteópatas a la hora de aplicar sus tratamientos.

La **Osteopatía** es una disciplina completa de diagnóstico y tratamiento basada en el sistema músculo- esquelético. Las articulaciones, huesos y músculos son manipulados por el terapeuta tanto para diagnosticar cómo para tratar anomalías de estructura y función. Esta práctica se aplica a todo el aparato músculo-esquelético, con especial hincapié en la columna vertebral y en el cráneo. Igualmente se aplica en trastornos viscerales del sistema digestivo y del aparato reproductor.

Las manipulaciones que el osteópata realiza con sus propias manos persiguen relocalar adecuadamente articulaciones, huesos o ligamentos que se encuentran en situación de hipo o hiperfunción. Las manipulaciones utilizan dos tipos de técnicas, estructurales y funcionales. Las estructurales comprenden el Thrust o técnica de alta velocidad, destinada a liberar o estimular zonas con movimientos restringidos. Se produce con ella un sonido característico, el cracking, considerado curativo por los osteópatas. Comprenden también Técnicas rítmicas que se aplican

fundamentalmente a tejidos blandos, no implican manipulación a alta velocidad y se basan en la relajación postisométrica para tratar de aumentar el ángulo de movimiento. Las manipulaciones funcionales utilizan la relajación muscular aplicada en la cara o en todo el cuerpo.

La principal complicación tras la actuación de un osteópata hace referencia a la lesión cervical, tanto por afectación nerviosa medular como isquémica del territorio

vértebro-basilar (estimadas entre 1:20.000 y 1:1.000.000) de procedimientos). Las técnicas utilizadas por los osteópatas, con excepción de la osteopatía craneal, son muy similares a las utilizadas por los fisioterapeutas. Desde una perspectiva general, las habilidades de ambos profesionales se solapan sin existir diferencias prácticas importantes entre ellas.

Las indicaciones del tratamiento osteopático se relacionan en la tabla 2.

Indicaciones	Contraindicación Absoluta	Contraindicación Relativa
Hernias discales	Tumores óseos	Espondilolistesis
Lumbalgias	Fracturas	Hipermovilidad articular
Cervicobraquialgias	Luxaciones articulares	Osteoporosis
Ciática	Artritis aguda	Enfermedad de Paget
Migrañas	Rotura de ligamentos	Ingesta de anticoagulantes
Sinusitis	Aneurismas	
Lesión de la articulación Temporal maxilar	Insuficiencia vertebro basilar	
Artritis crónica	Mielopatía aguda	
Gastritis	Síndrome cola de caballo	
Hernia de Hiato		
Estreñimiento		
Patología Biliar		
Dismenorrea		

Tabla 2. Osteopatía

Como la osteopatía, la **quiropática** se basa en la acción sobre el sistema músculoesquelético para llevar a cabo sus tratamientos. La quinesiología y la quinesiología aplicada son denominaciones que derivan conceptualmente de la quiropática. Utilizan el tono muscular para obtener información sobre el estado del cuerpo. Mediante toques ligeros o firmes sobre determinados

puntos reflejos buscan restablecer el balance corporal adecuado.

Evidencia clínica demostrable en osteopatía y quiropática: tratamiento del dolor de espalda

MEDICINA HERBAL

La utilización de plantas medicinales es

una constante en la historia del hombre desde el comienzo de los tiempos. Muchos medicamentos de uso habitual tienen su origen en plantas (ácido acetilsalicílico, digoxina, morfina o quinina). Hoy en día, en Occidente, los tratamientos herbales se utilizan como antiinflamatorios, hemostáticos, expectorantes, o por sus posibles propiedades inmunoestimuladoras. En demasiadas ocasiones este tipo de tratamiento es autoadministrado por el propio individuo, sin prescripción previa de un médico o terapeuta (consumo de raíz de valeriana para el insomnio).

Las diferencias entre la farmacopea convencional y los preparados de la medicina herbal son de tres tipos fundamentales:

- 1 Uso de plantas completas sin purificar: así se rebaja la concentración de los principios activos, con lo que disminuye el riesgo de la toxicidad y, debido a que la planta posee elementos de configuración diferente, pero de carácter sinérgico, se potencia su acción.
- 2 Combinación de diferentes plantas: el fundamento es idéntico al de utilizar la planta completa en lugar de la parte activa. Es decir, aumentar las sinergias y disminuir el riesgo de toxicidad.
- 3 Enfoque diagnóstico: diferenciado respecto a la medicina convencional. Pueden prescribir hierbas con efecto diurético o laxante ante una articulación inflamada, previo diagnóstico de ésta como originada por la acumulación de productos de desecho metabólico. Sus tratamientos van destinados a mejorar la etiología del problema más que a

curar el síntoma. Se ayuda también a la mejoría sintomática (incorporando hierbas con acción sedante para favorecer el sueño y por tanto el olvido del dolor por parte del individuo).

Las indicaciones de los tratamientos herbales se orientan sobre todo a procesos crónicos: asma, eccema, artritis reumatoide, migraña, síndrome premenstrual, síntomas menopáusicos, síndrome de colón irritable y síndrome de fatiga crónica. No es frecuente la aplicación en problemas de salud mental, salvo para tratar depresiones moderadas con la hierba de San Juan cuyo efecto es equivalente al de algunos antidepresivos tricíclicos (amitriptilina).

Los riesgos de los tratamientos herbales pueden ser de tres tipos:

- 1 En el laboratorio, muchos extractos de plantas han mostrado una amplia variedad de efectos farmacológicos incluyendo acciones antiinflamatorias, vasodilatadores, antimicrobianas, anticonvulsivantes, sedantes, o antipiréticas. La acción de estas plantas puede ser asimismo altamente tóxica, por lo que la medicina herbal presenta el mayor potencial de desencadenamiento de efectos adversos, sobre todo con la autoprescripción.
- 2 La utilización de estos productos, escasamente elaborados y sometidos a poco o ningún control de calidad previo, conlleva riesgo de contaminación, adulteración o identificación errónea.
- 3 Algunos tratamientos herbales presentan efectos secundarios e interacciones importantes si son ingeridos simultá-

neamente con compuestos farmacológicos de otro tipo. Mencionar el caso de fármacos como la digoxina, cuya acción pueden verse alterada por la ingestión de diversas hierbas; la potenciación de efectos que la hierba de San Juan puede ejercer al ser ingerida con tricíclicos tipo IMAO; los trastornos físicos (cefaleas, temblores) o mentales (episodios de manía, adicción) que puede provocar el ginseng al ser ingerido con corticoides, estrógenos o sulfato de fenelzina; la sedación excesiva que la valeriana puede propiciar al sumar sus efectos a los de cualquier barbitúrico; la hepatotoxicidad provocada por la equinácea administrada junto a anabolizantes, metrotexate, amiodorona o ketoconazol.

Evidencia clínica demostrada en Medicina Herbal: disminución de síntomas en la hiperplasia prostática benigna (*Serenoa repens*); tratamiento y prevención del resfriado común (*Equinácea*); tratamiento de la depresión media a moderada (*Hipérico* o hierba de San Juan). El uso de tetrahidrocannabinol (TCH), ya sea en forma de extracto de plantas o en preparado de farmacia, ofrecía esperanzas en el control de la espasticidad y los espasmos para los afectados de EM. Los estudios realizados recientemente no han demostrado evidencia clínica suficiente.

ACUPUNTURA

Consiste en un sistema completo de diagnóstico y tratamiento basado en los supuestos de la Medicina tradicional china. Según estos, el cuerpo humano se encuentra vivo

en función de una energía llamada Qi que circula entre los diferentes órganos a través de una serie de canales denominados meridianos. Existen 12 meridianos principales, que recorren longitudinalmente el cuerpo; cada uno de ellos se corresponde con una de las doce funciones mayores del cuerpo. La energía que representa Qi debe circular con un flujo correcto en cantidad y calidad, para que la salud se mantenga. Los puntos de acupuntura representan localizaciones definidas a lo largo de los meridianos, capaces de restaurar el flujo de Qi alterado. Estos puntos son estimulados mediante la inserción superficial de agujas finas.

La teoría tradicional de la acupuntura se basa en el concepto taoísta del equilibrio entre el ying y el yang. Un órgano puede estar enfermo por exceso o por defecto de ying o yang. El tratamiento se encamina a restaurar el balance adecuado entre ambas fuerzas. Los diagnósticos que hace un especialista en acupuntura reflejan esta manera de ver la fisiopatología: riñón con deficiencia de yang = sobrecarga hídrica. La acupuntura tradicional ofrece multitud de variantes: a) La escuela japonesa, que utiliza agujas más superficiales; b) La técnica denominada acupresión, que incorpora una presión manual firme realizada sobre los puntos de acupuntura; c) El shiatsu, modalidad de acupresión japonesa que utiliza la presión de los dedos sobre cientos de puntos de acupuntura de la superficie corporal.

Los acupuntores occidentales (profesionales sanitarios convencionales) consideran que los puntos de acupuntura corresponden con regiones anatómicas bien diferenciadas

(nervios periféricos, uniones entre estos nervios, etc.). El diagnóstico, por tanto, se realiza en términos anatómicos de medicina convencional, antes de aplicar un tratamiento.

El efecto provocado por la inserción de agujas de acupuntura, particularmente sobre la sensación dolorosa, posee, al menos parcialmente, una explicación fisiológica convencional. El pinchazo estimula las fibras nerviosas delta que entran por el asta dorsal de la médula espinal. Esta acción media la inhibición de la transmisión del impulso nervioso a través de las fibras C. Se produce seguidamente una inhibición descendente desde el sistema nervioso central que anula las sensaciones transmitidas por las fibras C. Ello explicaría porqué la introducción de agujas de acupuntura en una determinada localización del cuerpo anula sensaciones producidas distalmente al punto de inserción. La inserción de agujas parece estimular igualmente la liberación de opioides endógenos y de mediadores como la serotonina, mecanismo que explica su efecto en el tratamiento del dolor agudo o en la dependencia de drogas.

Ambos hechos mencionados, no aclaran dos fenómenos probados y no rebatidos hasta la fecha: a) la concordancia observada entre la sensibilidad de puntos concretos del pabellón auricular y sensibilidad dolorosa de determinados órganos, base de la auriculoterapia; b) el registro de cambios en la conductividad de puntos de acupuntura en relación con la afección de un determinado órgano.

El tratamiento de acupuntura se practica

durante sesiones en las que son insertadas entre cuatro y diez agujas que permanecen en el punto de inserción de diez a treinta minutos. Las agujas son giradas rápidamente o estimuladas eléctricamente por el acupuntor. Algunos terapeutas utilizan el láser para estimular directamente los puntos de acupuntura sin inserción de cuerpos extraños. Las agujas de acupuntura son muy finas y su inserción puede resultar imperceptible para el paciente. Las terapias coadyuvantes del acupuntor incluyen la moxibustión (quemadura, muy próxima a la superficie de la piel donde está insertada la aguja de diversas hierbas).

En Occidente el espectro de actuación incide sobre todo en enfermedades crónicas que no representan amenaza vital para los individuos. Así, se utiliza en la terapia de lumbalgias, artritis, cefaleas, asma, rinitis alérgica, ansiedad, astenia, síndrome premenstrual y molestias digestivas. Una indicación de tratamiento, presente sobre todo en América del Norte, se refiere a la deshabituación de sustancias tóxicas, como el alcohol y otras drogodependencias.

Parece no poseer efectos adversos relevantes, salvo los derivados de la mala ejecución de la misma, como el contagio de hepatitis B por agujas de punción no esterilizadas. Otros efectos detectados son: malestar inespecífico, quemaduras locales (con la moxibustión), equimosis dolorosas o no, hemorragias menores, dermatitis de contacto, dolor en el punto de inserción, episodios de hipotensión, neumotórax, lesiones medulares o infecciones.

Como contraindicaciones de la técnica

pueden citarse las lesiones valvulares (posibilidad de infección sistémica) y en pacientes con alteraciones de la coagulación o en pauta de tratamiento anticoagulante.

Evidencia clínica demostrada en Acupuntura: tratamiento del dolor de cuello, del dolor de espalda, del dolor del parto, del dolor durante la realización de una colonoscopia; de náuseas y vómitos postquirúrgicos, durante el embarazo y en la quimioterapia; de las secuelas motoras y en las actividades de la vida diaria tras un Ataque Cerebro Vascular, del dolor migrañoso, de la adicción al tabaco sin intervención previa.

NATUROPATÍA

También llamada Medicina Natural, basa sus fundamentos en asistir a la naturaleza para, utilizando la capacidad innata del propio cuerpo, alcanzar una salud óptima o en caso de enfermedad, facilitar los mecanismos de curación.

El concepto de fuerza vital tiene gran importancia en la naturopatía, entendida como una energía inmaterial que trasciende las leyes de la química y de la física. Los naturópatas opinan que la enfermedad se origina por un desarreglo de esta fuerza vital

que ellos pueden corregir con remedios especiales, encaminados a potenciar la propia capacidad del cuerpo más que a tratar los síntomas que éste presente. En su terapia el naturópata utiliza sustancias y técnicas de la más diversa procedencia, animales, vegetales, nutricionales, mecánicas, manuales, etc., siempre y cuando éstas actúen en armonía con el cuerpo y funciones del individuo. Su arsenal terapéutico incorpora masajes, ejercicio físico, enemas, acupuntura, balneoterapia, tratamientos herbales, vitaminas, cirugía menor y aplicaciones de agua, frío, calor, luz solar y electricidad.

El origen de la naturopatía difiere del de otras medicinas alternativas. Su precursor, Sebastián Kneipp, sacerdote alemán, abrió un centro hidrológico, después de convenirse de que se había curado de la tuberculosis tras bañarse en el Danubio. Desarrolló métodos de curación que empleaban plantas completas llamando a su método "terapia sin drogas". Kneipp se formó en osteopatía, quiropráctica, homeopatía y otras disciplinas de esta naturaleza tras lo que abrió en Nueva York, en 1982, el primer Instituto Kneipp de cura por agua. Algunas de las terapias practicadas por los naturópatas se reseñan en la tabla siguiente.

Terapia	En qué consiste
Aeropatía	Calentamiento del paciente en una cámara cerrada o calentamiento de la columna vertebral con manipulación y aplicación de vibración mecánica
Cura astral	Basada en el consejo y diagnóstico realizados sobre el horóscopo del paciente
Terapia autóloga	Con la propia sangre del paciente, tras modificar y potenciar unas pocas gotas de la misma
Cromoterapia biodinámica	Exposición a luces coloreadas mientras se manipula el abdomen del paciente
Cromoterapia	Exposición a diversas secuencias de luces coloreadas
Electroterapia	Inserción de electrodos para descarga de corriente eléctrica de estimulación
Geoterapia	Administración de tierra con fines terapéuticos
Iridodiagnos	Diagnóstico basado en las rayas del iris
Patiatría	Auto ajustes de la columna vertebral además de masaje y tracción de la misma
Practoterapia	Estilo de irrigación intestinal
Sanatología	Basada en que la acidosis e intoxicación por las toxinas producto del propio metabolismo son la base de todas las enfermedades
Somoterapia	Ajustes de la columna vertebral seguidos de la aplicación de frío y/o calor extremos
Tropoterapia	Administración de alimentos nutricionalmente activos
Vit-o-patia	Combinación de 36 sistemas diferentes
Terapia del Zodiaco	Combina hierbas y astrología
Zonoterapia	Presionar zonas concretas del cuerpo para curar enfermedades producidas en otro lugar de la economía
Análisis capilar	Estudio del pelo para detectar enfermedades generales cuyo efecto se refleja en la consistencia, textura o fuerza de éste.

La división de especialidades entre los terapeutas naturópatas u otros no es rígida. Así hay muchos quiroprácticos o acupuntores que practican la naturopatía y naturópatas que aplican las técnicas de éstos.

Evidencia Clínica demostrada de las técnicas naturópatas: resultado negativo de las técnicas naturópatas en el dolor de cabeza inducido por fármacos tras retirada del tratamiento.

TERAPIAS DE CONTACTO

Utilizan el contacto físico con el paciente mediante masajes, lo que implica la manipulación manual de tejidos blandos, para suscitar una sensación de bienestar o bien para alivio de síntomas dolorosos. Se fundamenta en que un frotamiento vigoroso suscita la curación a causa de la vasodilatación que produce.

En la **reflexología podal** se considera

que diferentes zonas del pie se corresponden con órganos concretos. El daño del órgano se correspondería con el daño paralelo en la correspondiente zona reflexógena plantar. Al presionar sobre la planta del pie, el paciente experimentaría dolor o sensación molesta sobre el órgano afectado. La reflexología pretende que el masaje terapéutico de las zonas afectas del pie repercutiría en una situación de bienestar y mejoría de la región enferma. Estos terapeutas han descrito mejorías gracias a su técnica en casos de ataxia, artritis y epilepsia.

La **aromaterapia** utiliza aceites esenciales vegetales añadidos a la base aceitosa de masaje que actúa como lubricante. Aunque su uso se basa fundamentalmente en la sensación agradable que desencadena su buen olor, los practicantes de esta terapia afirman que los aceites poseen actividad terapéutica propia, ayudando a una rápida cicatrización de las heridas, a mejorar las digestiones, a mejorar la circulación o a curar infecciones. El supuesto de actuación es doble: absorción transdérmica seguida de diseminación a través del torrente sanguíneo y actuación por estimulación olfatoria. Algunos aromaterapeutas han descrito mejoría de patologías como infertilidad, acné, diabetes o rinitis primaveral.

El **masaje terapéutico** se aplica de forma cuidadosa, evitando causar sensaciones dolorosas y buscando proporcionar relajación y reducción de la ansiedad al individuo. Los terapeutas tratan el cuerpo entero, utilizando sus manos untadas de alguna sustancia lubricante para masajear al individuo. Dentro de las diferentes técnicas que emplean se

encuentra el golpeteo a lo largo del músculo, la presión sostenida a lo ancho de éste, el masaje circular aplicado con las yemas de los dedos, los pellizcos musculares o el golpeteo, con el canto de la mano, de la superficie muscular

Algunas indicaciones de esta terapia serían: síndromes psicológicos asociados a ansiedad o angustia; síndromes dolorosos en el contexto de enfermedades terminales o amputaciones; síndromes de adicción a drogas; dolores musculares postraumáticos.

No se han descrito efectos adversos causados por el masaje terapéutico salvo con el uso de técnicas excesivamente vigorosas. Su utilización sobre zonas en las que se ha diagnosticado un cáncer debe evitarse. Sus contraindicaciones son obvias: no aplicar en áreas de quemaduras, heridas abiertas o de trombosis venosa profunda. En el caso del masaje efectuado con aceites esenciales se ha discutido la inocuidad de los mismos, pues a altas concentraciones podrían ser carcinogénicos. No se encuentra probado este efecto ni el contrario.

Evidencia clínica demostrada de las Terapias de Contacto: efecto positivo del masaje terapéutico en la reducción del dolor, del estrés y la ansiedad. Efecto positivo de la reflexología en el tratamiento de los síntomas premenstruales. Efecto positivo de la aromaterapia en el tratamiento de la alopecia, en la recuperación tras ejercicio y en la recuperación postquirúrgica de pacientes cardíacos.

MEDICINA NUTRICIONAL

Las intervenciones nutricionales reali-

zadas habitualmente en Occidente tienen por sujeto a un conjunto de pacientes que sufren determinada patología y su eficacia está comprobada. Es el caso de las dietas restrictivas de un determinado alimento o nutriente específico (sin azúcar para diabéticos, bajas en sodio para hipertensos, sin gluten para celíacos).

Existen otras intervenciones que se encuentran aún en fase de estudio y que, de rendir los resultados pretendidos, podrían incorporarse a la terapéutica convencional en Occidente. Pueden citarse dentro de esta categoría los suplementos dietéticos ricos en ácidos grasos omega 3 propuestos para la artritis reumatoide; los suplementos de fibra insoluble para la prevención del cáncer colorrectal; los suplementos de fibra soluble para favorecer el control de los lípidos séricos; la vitamina B6 para el síndrome premenstrual; la soja, para la menopausia; alimentos funcionales, como las bifido bacterias del yogur, reguladoras del tránsito intestinal e inmunomoduladoras; la dieta hipercetósica, para las epilepsias refractarias al tratamiento; los carotenoides, como preventivos del cáncer y otros.

Existe aún un tercer tipo de terapias no convencionales o alternativas, pues carecen por el momento de base científica que las apoye. Pueden ser clasificadas en:

a) Suplementos Nutricionales: choques de vitamina C para prevenir el cáncer, choques vitamínicos para las dificultades de aprendizaje, vitamina B6 para la astenia, multivitaminas para mejorar el rendimiento, zinc para resfriado común, ácido linoleico del aceite de prímula

para la dermatitis atópica y el síndrome premenstrual.

- b) Modificaciones de la dieta habitual: traducido en cambios del patrón alimenticio del individuo. Aquí tienen cabida las dietas vegetarianas, desde las que preconizan la supresión absoluta de cualquier producto de origen animal a las que solo suprimen la carne, permitiendo huevos y leche así como pescado; la dieta de Hay (evitar la ingesta simultánea de hidratos de carbono y proteínas ya que cada uno de ellos precisa un pH gástrico diferente para la digestión); la dieta de la Edad de Piedra (que suprime los cereales y las legumbres por considerar que el hombre no está evolutivamente adaptado para digerirlas); la dieta macrobiótica (sustentada en la ingesta de cereales y vegetales siendo los alimentos escogidos de acuerdo con el equilibrio del ying y yang); la dieta a base de productos crudos, sin modificación culinaria.
- c) Sistemas terapéuticos completos: dieta de eliminación de aditivos alimentarios en el síndrome hiperquinético con déficit de atención; dieta rica en ácidos grasos poliinsaturados para la esclerosis múltiple; dieta sin gluten para la esquizofrenia; dieta sin derivados lácteos para las enfermedades respiratorias.

La mayoría de las modificaciones son inofensivas, pues tanto los aumentos como las disminuciones de ingesta de ciertos alimentos, no suelen provocar déficit, excepto en el caso de las dietas vegetarianas estrictas en niños. Los suplementos nutricionales excesivos pueden desencadenar diarreas

(vitamina C) o neuropatías (vitamina B6). La administración de vitaminas liposolubles es más peligrosa: hipercalcemia en el caso de la vitamina D o daño hepático irreversible con la vitamina A. Dosis elevadas de un determinado nutriente pueden interferir en la absorción de otro que comparte ruta metabólica (hierro y calcio).

Evidencia clínica demostrada con terapias nutricionales: dieta hipoalergénica en desórdenes de comportamiento e hiperactividad en niños; aceite de prímulas tempranas en el tratamiento del síndrome premenstrual; aceite de pescado en artritis reumatoide; dieta rica en ácidos grasos poliinsaturados en esclerosis múltiple.

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

La **hipnosis** se define como la inducción de un estado de relajación profunda, con alteración de la capacidad de sugestión y del juicio crítico del individuo, también denominado trance hipnótico. Este estado es un medio de anular la voluntad con el fin de sugerir modificaciones conductuales o de alivio de síntomas concretos. Una sesión de hipnosis dura entre media y una hora. Los efectos indeseables de la técnica incluyen: exacerbación de problemas psicológicos por revisualización del recuerdo traumático o inducción de falsos recuerdos en sujetos psicológicamente vulnerables. Se ha mencionado el riesgo de desencadenar una psicosis. En conjunto la hipnosis debe llevarse a cabo por personal adecuadamente formado y entrenado. Deberá evitarse en trastornos de la personalidad avanzados.

Existen otras terapias como la **relajación**

muscular secuencial, la relajación progresiva y la de Jacobson. El fundamento de todas es parecido: tras la contracción inicial de un grupo muscular éste se va liberando despacio, repitiéndose la secuencia con otros grupos musculares hasta llegar al entumecimiento muscular completo. Esto puede acompañarse de la rememoración paralela de sensaciones de frío, calor, peso u otros, en las zonas de relajación.

Otras técnicas denominadas **de imaginación y visualización** consiguen su objetivo por un camino similar a la hipnosis, aunque la sugestión aquí es de tipo visual y autoinducida por el individuo. Por ejemplo, para el tratamiento del cáncer se emplea una imagen donde la defensa inmune del enfermo estaría representada por tiburones que dentro del mar se comerían a pequeños pececillos, equivalentes a las células tumorales.

Todas las prácticas de relajación hacen hincapié sobre el hecho de vaciar la mente, para lo cual la persona puede concentrarse en su propia respiración o en repetir mecánicamente un sonido (mantra). Se persigue entrar en un estado de consciencia indiferente al medio, aunque el paciente permanece en un estado alerta consciente.

La práctica del **yoga** conlleva posturas, ejercicios respiratorios y meditación encaminada a mejorar las funciones mentales y físicas. Algunos practicantes entienden esta técnica en términos de medicina tradicional india, adoptando posturas que mejorarán el flujo de energía alrededor del cuerpo, mientras otros utilizan el yoga de una forma más convencional, en términos de extensión

muscular y relajación mental.

El **Tai-Chi** es un sistema de ejercicios físicos originario de China. Los movimientos efectuados son lentos y suaves buscando obtener calma mental y mayor fuerza y equilibrio que mejoren el flujo de Qi, la denominación en chino de la energía corporal.

La mayoría de las técnicas de relajación necesitan ser practicadas diariamente. La práctica de estas terapias proporciona sensación de bienestar a quien las realiza y no es necesario un diagnóstico previo por parte del terapeuta. Las indicaciones de este tipo de tratamiento se orientan a mejorar trastornos psicológicos que conllevan ansiedad o excitación: estrés de cualquier etiología, patologías con componente ansioso (asma, colón irritable) o el dolor crónico de cualquier origen. Los efectos indeseables son prácticamente inexistentes.

En el caso de la esclerosis múltiple, el yoga y el Tai-Chi han demostrado su eficacia en la mejora de la calidad de vida, aumentando el funcionamiento físico y social de los pacientes.

Evidencia clínica demostrada en Hipnoterapia: reducción de la ansiedad, modificación de ideas irracionales, pérdida de peso en la obesidad, deshabituación tabáquica, disminución de sintomatología en el tratamiento de desordenes por estrés postraumático.

Evidencia clínica demostrada en yoga: mejora de la función cardiorrespiratoria, tratamiento sintomático en el túnel del carpo, tratamiento de la osteoartritis.

Evidencia clínica demostrada en la relajación muscular progresiva, técnicas de imaginación o visualización: reducción de la tensión arterial, reducción del dolor de cabeza, reducción de los niveles de ansiedad.

Evidencia clínica demostrada en Tai-Chi: mejora del equilibrio y de la seguridad en personas mayores, reducción de la tensión arterial sistólica.

VENTAJAS E INCONVENIENTES DEL USO DE ESTAS TERAPIAS

Entre las repercusiones positivas de las medicinas complementarias en la salud de la población cabe destacar el alto grado de satisfacción manifestado por los usuarios de estos procedimientos, independientemente de los resultados objetivos logrados respecto al motivo de la consulta.

La conveniencia de establecer cierta regulación y control de la práctica de las medicinas complementarias y de algunos de los productos utilizados se basa en el daño y los efectos adversos potenciales que muchas de estas técnicas y procedimientos presentan. Se han descrito los efectos adversos de algunos productos naturales y de la medicina herbal, a los que debemos sumar los debidos a la falta de criterios establecidos de indicación apropiada y a la inseguridad sobre la acreditación de la capacidad y habilidad de los terapeutas. También se han destacado la demora diagnóstica potencial y la consecuente pérdida de oportunidades terapéuticas, o incluso la negación del tratamiento convencional que en algunas situaciones clínicas pueden derivar en consecuencias graves.

En el campo de la investigación sobre la eficacia y efectividad de estas técnicas y procedimientos se dispone cada vez de mayor evidencia respecto a la utilidad clínica de algunas técnicas en situaciones concretas. Sin embargo, en general se encuentran importantes limitaciones (pobre diseño y baja calidad metodológica) de los estudios disponibles. La calidad de los estudios ha mejorado lentamente en el tiempo pero aún, en la mayoría de las situaciones y técnicas, persiste la incertidumbre sobre su utilidad clínica. Son precisos estudios de calidad que puedan proporcionar la información necesaria para que los usuarios de estos procedimientos, los terapeutas que los proporcionan y los gestores de asistencia sanitaria puedan tomar decisiones adecuadas que permitan reducir el uso de técnicas inefectivas y/o el uso inadecuado de técnicas con utilidad terapéutica.

BIBLIOGRAFIA

Terapias Alternativas. Múltiple Sclerosis International Federation. Disponible en: URL: <http://www.msi.org/print.rm?id=10096>

Cannabis para la esclerosis múltiple [Junio 2002; 100-6]. Disponible en: URL: <http://www.infodoctor.org/bandolera/b100s-6.html>

Porqué los tratamientos ficticios parecen funcionar [Junio 2000; 71-2]. Disponible en: URL: <http://www.infodoctor.org/bandolera/b71s-2.html>

Alrededor del mundo con la Acupuntura [Enero 2000; 71-3]. Disponible en: URL: <http://www.infodoctor.org/bandolera/>

[b71s-3.html](#)

Garrido Martín E, Morales Hevia M, Sanz Peiro P, Alfonso Galán M, González Peirona E, Heierle Valero C. Index Enfermería. Otoño 1994. III (10): 16-22

Silva P, Uriarte J. Medicina Naturista y procesos desmielinizantes: esclerosis en placas. Natura Medicatrix. 2003. XXI (5): 266-272

Ministerio de Sanidad y Consumo. Medicinas Alternativas: Descripción General. Madrid: Centro de Publicaciones; 2000

DETECCIÓN SHUNT DERECHA-IZQUIERDA EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO: COLABORACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA TÉCNICA DE DETECCIÓN.

Autora: Reverté Villarroya S.

Diplomada en Enfermería, Coordinadora de Investigación en Neurociencias.

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona.

RESUMEN: El ictus criptogénico, representa un 30% del total de ictus isquémicos de causa indeterminada, y en pacientes jóvenes, considerando estos ≤ 55 años, la prevalencia aumenta hasta el 50%. La presencia de un foramen oval permeable y consecuente shunt derecha-izquierda (ShDI) constituye la causa más frecuente. Para verificar la presencia de este fenómeno se realiza, entre otras, la técnica de detección de ShDI mediante Doppler transcraneal (eco-DTC), llevada a cabo por enfermería entrenada en áreas neurológicas.

PALABRAS CLAVE: ictus criptogénico, foramen oval permeable, shunt derecha-izquierda, técnica enfermera, Doppler transcraneal.

INTRODUCCIÓN

El ictus isquémico representa la segunda causa de muerte en varones y la primera en mujeres, así como la primera de incapacidad funcional en los países occidentales. Se clasifican como ictus criptogénico aquellos de origen indeterminado, una vez descartada la causa cardioembólica, aterotrombótica o enfermedad de pequeño vaso. El ictus criptogénico constituye hasta un 25-30%

del total de los ictus isquémicos (1-3), y en pacientes jóvenes ≤ 55 años, esta cifra alcanza el 50% de los casos (4-5).

La detección de un foramen oval permeable (FOP) es la causa potencial de ictus criptogénico más prevalente. Hasta el año 88, el ictus asociado a FOP se consideraba algo excepcional. El FOP es la ausencia de sellado completo del septo interauricular tras el nacimiento, presente entre un 20-25% de la población general según estudios necrópsicos (6-7). El shunt (*derivación*) derecha-izquierda (ShDI) consiste en el paso de sangre venosa, donde pueden existir pequeños trombos, directamente a la circulación arterial, siendo una causa potencial de oclusión de las arterias cerebrales. En pacientes con FOP el shunt es transitorio y suele estar relacionado con un aumento de presión cíclica en las cavidades derechas del corazón, acentuada durante las maniobras de Valsalva.

Diversos estudios han analizado las características asociadas a un mayor riesgo de ictus isquémico: el tamaño del FOP y especialmente el grado de shunt incrementan el riesgo. Esta anomalía se detecta en un 27-35% de los corazones, en un 10-26%

mediante ecocardiografía transesofágica con contraste (eco-ETE) y en un 25-35% mediante Doppler transcraneal con contraste (eco-DTC)(1, 8-9), siendo ésta última de carácter no invasivo.

DESARROLLO DE LA TÉCNICA DE DETECCIÓN SHDI

Una de las pruebas fundamentales del estudio de los pacientes con ictus isquémico de etiología indeterminada es la evaluación del *shunt derecha-izquierda*, realizada por enfermería en Áreas de Neurociencias.

Esta técnica se realiza en situación basal (paciente relajado) y durante la maniobra de Valsalva, ya que ésta acentúa la aparición de microburbujas (10-11). Es importante explicar al paciente el motivo de la prueba y entrenar previamente la realización de la maniobra del Valsalva, teniendo en cuenta que el equipo sanitario y el paciente deben estar bien coordinados.

La técnica consiste en instaurar una vía periférica, con una llave de tres pasos en la zona antecubital (10). Posteriormente se utilizan 2 jeringas de 10 ml. Una de ellas se carga con 9 ml de suero fisiológico y 1 ml de aire, y la otra jeringa debe estar vacía. Ambas se fijan en las dos entradas de la llave de tres pasos. Posteriormente se mezcla la solución 10 veces, pasando el contenido de una jeringa a la otra, creando un circuito cerrado con la llave, hasta la formación de microburbujas. Estas microburbujas se introducen luego rápidamente por la vía del paciente, mientras el neurólogo o enfermera entrenada monitorizarán la arteria cerebral media mediante doppler transcraneal, colo-

cando la sonda ultrasonográfica en la ventana temporal. Si se visualizan y auscultan señales durante el periodo de 10 segundos siguientes a la infusión, la prueba es positiva, confirmando que el paciente presenta un FOP. El número de señales detectadas se correlaciona con la magnitud del shunt y el tamaño del FOP.

Actualmente se realiza esta técnica utilizando como medio de contraste el suero salino con aire, que es la técnica más aceptada. En algunas ocasiones, en base a la experiencia de la práctica diaria, se aspira de la vía un poco de sangre del paciente, aproximadamente 0.5 ml, que se le añade al suero fisiológico (12-13) probablemente para poder componer un buen contraste, pero todavía no hay evidencia científica de estos procedimientos.

CONCLUSIONES

La presencia de FOP en pacientes con ictus isquémico, diagnosticada mediante detección de shunt D-I, confiere un riesgo moderadamente alto de recurrencia de nuevos episodios vasculares (14-16). La existencia de un shunt masivo incrementa el riesgo de ictus, mientras que no hay incremento del riesgo en pacientes con shunt derecha-izquierda de pequeño tamaño (<25 señales acústicas) (17). Por esta razón, enfermería debe incidir mediante educación sanitaria, en los hábitos de vida saludables, signos de alarma y prevención de posibles recurrencias vasculares (18). En algunos casos los síntomas del paciente diagnosticado de un ictus de causa indeterminada pueden haber desaparecido en el momento del alta

o durante la evolución de la enfermedad.

Actualmente los estudios que han contrastado la mejor terapia farmacológica (CO-DICIA, PICSS) concluyen que el tratamiento anticoagulante no es significativamente superior al antiagregante en la prevención de recurrencias de ictus (19). La evidencia científica concluye que no está justificada la utilización prolongada de dicumarínicos en el momento actual, por la acumulación de efectos secundarios en el tiempo que superan el riesgo de recurrencia de la evolución natural de la enfermedad, (riesgo de hemorragia en tratados con sintrom®: 2-4%/año, fatal 0.2%/año) (20-23).

La participación del equipo de enfermería en el tratamiento de los pacientes con ictus debe contemplarse dentro de la atención multidisciplinar. El aprendizaje y realización de técnicas diagnósticas no invasivas, como la detección de ShDI, deben contemplarse como cuidados de colaboración de enfermería en áreas neurológicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Guercini F, Acciarresi M, Agnelli G, Paciaroni M. Cryptogenic stroke: time to determine aetiology. *J Thromb Haemost* 2008; 6(4):549-54.
- 2 Mas JL, Arquizan C, Lamy C, Zuber M, Cabanes L, Derumeaux G, et al. Recurrent cerebrovascular events associated with patent foramen ovale, atrial septal aneurysm, or both. *New Engl J Med* 2001;345 (24): 1740-6.
- 3 Handke M, Harloff A, Olschewski M, Hetzel A, Geibel A. Patent foramen ovale and cryptogenic stroke in older patients. *N Engl J Med* 2007; 357(22):2262-8.
- 4 Sacco RL, Ellenberg JH, Monhr JP, Tatemichi TK, Hier DB, Price TR, et al. Infarcts of undetermined cause: the NINDS Stroke Data Bank. *Ann Neurol* 1989;25:382-90.
- 5 Pezzini A, Del Zotto E, Magoni M, Costa A, Archetti S, Grassi M, et al. Inherited thrombophilic disorders in young adults with ischemic stroke and patent foramen ovale. *Stroke* 2003;34 (1): 28-33.
- 6 Cubides C, Restrepo G, Aristizábal D, Múnera A. Ecocardio de contraste: historia, características de las microburbujas y técnicas instrumentales. *Rev Colom Cardiol* 2006;12 (6): 443-451.
- 7 Serena J, Dávalos A. Ictus de causa desconocida y foramen oval permeable: una nueva encrucijada. *Rev Esp Cardiol* 2003;56 (7):649-51.
- 8 Horton SC, Bunch TJ. Patent Foramen Oval and Stroke. *Mayo Clin Proc*, 2004;79:79-88.
- 9 De Castro S, Cartoni D, Fiorelli M, Rasura M, Anzini A, Zanette EM, et al. Morphological and functional characteristics of patent foramen ovale and their embolic implications. *Stroke* 2000;31(10):2407-13.
- 10 Serena J. The codice study group. recurrent stroke is not associated with massive right-to-left shunt: preliminary results from the 3-year. prospective spanish multicentre study (codice study) *Cerebrovasc Dis* 2006;21 Supl 4:1-151.
- 11 Dávalos A, Serena J. Protocolos de Diagnóstico y Tratamiento en las unida-

- des de ictus. Sanofi-aventis: Barcelona, 2006.
- 12 Molins A, Serena J, Genis J, Bassaganyas MJ, Pérez-Ayuso, Dávalos A. Utilidad del doppler transcraneal con contraste para el diagnóstico de la comunicación derecha-izquierda en el infarto cerebral de adultos jóvenes. *Neurología*, 1996;11(6):205-209.
 - 13 Serena J. Foramen Oval Permeable: ¿Cómo y de qué es factor de riesgo?. *Neurología* 2006; 21(10):689-694.
 - 14 Arrigumozcorta M, Ustrell X, Ramió-Torrentà LI, Serena J. Doppler transcraneal como herramienta diagnóstica de la fistula arterio-venosa pulmonar aislada. *Neurología* 2006; 21(1):40-43
 - 15 Vaello A, Fuentes ME, Millán MM. Foramen Oval Permeable. *Extremadura Médica* 2003:6-9.
 - 16 Meissner I, Khandheria B, Heit J, Petty G, SHeps S, Schwartz G, Whisnant J, Wiebers J, Petterson T, Christianson T, Agmon Y. Patent Foramen Ovale: Innocent or Guilty? Evidence From a Prospective Population-Based Study. *J American Col of Cardiol* 2006;47(2):440-445.
 - 17 Serena J, Segura T, Perez-Ayuso MJ, Bassaganyas J, Molins A, Dávalos A. The need to quantify right-to-left shunt in acute ischemic stroke: a case-control study. *Stroke* 1998; 29(7):1322-8.
 - 18 Barba A. et al. Guía dirigida a las personas afectadas de una enfermedad vascular cerebral y a sus familiares y cuidadores. Guía superar el ictus. Generalitat de Catalunya. *Pla Director Malaltia Vascular Cerebral*, 2007.
 - 19 Serena J. Dávalos A. Ictus de causa desconocida y foramen oval permeable: una nueva encrucijada. *Rev Esp Cardiol* 2003;56(7):649-51.
 - 20 Homma S, Sacco RL Di Tullio M, Sciacca R, MohrJP. Patent Foramen Ovale in Cryptogenic Stroke Study. *Circulation* 2002;105:2625-31.
 - 21 Molina CA, Alexandrov AV. Transcranial ultrasound in acute stroke: from diagnosis to therapy. *Cerebrovasc Dis* 2007;24 Suppl 1:1-6.
 - 22 Khairy P, O'Donnell CP, Landzberg MJ. Transcatheter closure versus medical therapy of patent foramen ovale and presumed paradoxical thromboemboli: a systematic review. *Ann Intern Med* 2003;139(9):753-60.
 - 23 Dörr M, Hummel A. Images in clinical medicine. Paradoxical embolism-thrombus in a patent foramen ovale. *New Engl J Med* 2007; 357(22):2285.

IRENA SENDLER. LA ENFERMERA HEROÍNA DEL GHETTO DE VARSOVIA

Autora: Margarita del Valle García.

Irena Slender ha muerto a los 98 años, coincidiendo con el Día Internacional de la Enfermería, ha sido una de las grandes mujeres de la historia en tiempos de guerra..

Cuando Alemania invadió el país en 1939, **Irena Sendler era enfermera en el Departamento de Bienestar Social de Varsovia**, el cual manejaba los comedores comunitarios de la ciudad.

En 1942 los nazis crearon un ghetto en Varsovia e Irena horrorizada por las condiciones en que se vivía allí, se unió al Consejo para la Ayuda de los Judíos.



Consiguió identificaciones de la oficina sanitaria, una de cuyas tareas era la lucha contra las enfermedades contagiosas. Como los alemanes invasores tenían miedo que se destara una epidemia de tifus, toleraban que los polacos controlaran el recinto.

Pronto se puso en contacto con familias a las que les **ofreció llevar a sus hijos fuera del guetto, pero no les podía dar garantías de éxito**, era un momento horroroso, debía convencer a los padres de que le entregara a sus hijos sin ninguna garantía de volver a verlos. Lo único cierto era que los niños morirían si permanecían en él.

Algunas veces, cuando Irena o sus compañeras volvían a visitar a las familias que se resistían a entregar a sus hijos para hacerlas cambiar de opinión, se encontraban con que todos habían sido llevados al tren que los conduciría a los campos de la muerte.

Comenzó a sacar a los niños en ambulancias, como víctimas del tifus, pero pronto se valió de todo lo que estaba a su alcance para esconderlos y sacarlos de allí: cestos de basura, cajas de herramientas, sacos de patatas, ataúdes... en sus manos cualquier elemento se transformaba en una vía de escape.

Logró reclutar al menos una persona de cada uno de los diez centros del Departamento de Bienestar Social. Con su ayuda elaboró cientos de documentos falsos con firmas falsificadas dándoles identidades temporales a los niños judíos.

Irena vivía los tiempos de guerra, pensando en los tiempos de paz, por este motivo no le bastaba mantener con vida a estos niños, quería que un día pudieran recuperar sus verdaderos nombres, su identidad, su historia personal, su familia. Entonces **ideó un archivo en el que re-**

gistraba los nombres de los niños y sus nuevas identidades. Apuntaba los datos en pequeños trozos de papel y los enterraba dentro de botes de conserva bajo un manzano en el jardín de su vecino. Allí escondió, sin que nadie sospechase, el pasado de 2500 niños, hasta que los nazis se fueron.

En 1943, Irena Sendler fue detenida por la Gestapo y llevada a la prisión de Pawlak, donde fue brutalmente torturada, pero no traicionó a sus colaboradores o a cualquiera de los niños ocultos. **La sentenciaron a muerte y camino del lugar de ejecución, el soldado que la llevaba la dejó escapar.** La resistencia le había sobornado porque Irena no debería morir y llevarse consigo a la tumba el secreto de la ubicación de los niños.

Oficialmente figuraba en la lista de ejecutados, así que desde entonces Irena continuó trabajando, pero con identidad falsa, ocupándose de la supervisión de orfanatos y asilos en Varsovia.

Al finalizar la guerra, Irena misma desenterró los frascos y le entregó las notas al Doctor Adolfo Berman, el primer presidente del Comité de salvamento de los judíos sobrevivientes. Lamentablemente la mayor parte de las familias de los niños había muerto en los campos de concentración nazis. En un principio los chicos que no tenían una familia adoptiva fueron cuidados en diferentes orfanatos y poco a poco se los

envió a Palestina

Los niños sólo la conocían por su nombre clave: Jolanta. Pero años más tarde cuando su historia salió en un periódico tras ser premiada por sus acciones humanitarias durante la guerra, acompañado de fotos suyas de la época, varias personas empezaron a llamarla para decirle: Recuerdo tu cara...

soy uno de esos niños... te debo mi vida... te debo mi futuro...

En la habitación de Irena Sendler siempre hubo flores de agradecimiento y cientos de fotos con algunos de aquellos niños y con hijos de éstos.

Irena Sendler era una heroína desconocida fuera de Polonia y apenas recono-

cida en su país por algunos historiadores, ya que los años de oscurantismo comunista habían borrado su hazaña de los libros de historia oficiales. Además ella nunca contó nada de su vida durante aquellos años.

Varsovia ha homenajeado a Irena Sendler, la mujer que durante la II Guerra Mundial salvó la vida de 2.500 niños judíos, a los que sacó en secreto del Gueto a riesgo de su propia vida. El homenaje se realizó frente al monumento a los héroes del Holocausto, donde se plantaron dos manzanos, con los que se recuerda el árbol bajo el que Sendler escondió los frascos de cristal con los nombres de los pequeños rescatados, sus nuevas identidades falsas y las familias católicas de acogida.



“Es importante que las nuevas generaciones recuerden lo que hizo mi madre”, afirmó durante el homenaje Janina Zgrzemska, la hija de **Irena Sendler**, quien **no pudo asistir debido a su avanzada edad, 97 años**, y a su delicado estado de salud. En el acto también participó un grupo de alumnos de un instituto de Baviera, en el sur de Alemania, que a partir de ahora llevará el nombre de Irena Sendler. “Deseamos que los frutos que den estos manzanos sean el símbolo de la amistad entre Polonia y Alemania”, explicó Renata Mock, directora del centro alemán. **Irena Sendler fue nominada, el pasado año, para el Premio Nobel de la Paz, propuesta por el presidente de Polonia, Lech Kaczynski, y por la Organización de Supervivientes del Holocausto.** Finalmente se le concedió al norteamericano Al Gore

La historia de esta heroína desconocida, había permanecido oculta durante cuarenta años, su historia pronto **será llevada al cine**, de acuerdo al modelo de la exitosa “Lista de Schindler”, dirigida por Steven Spielberg. Los productores Jeff Rice y Jeff Most serán los encargados de llevar la historia de, Irena Sendler, a la gran pantalla, con la que se llegaron a reunir antes de su muerte, para hablar del proyecto. La película se basará en la biografía **‘Irena Sendler: The Mother of the Holocaust Children’** de Lawrence Spagnola y que nos cuenta como la mujer colaboró con la Resistencia de su país durante la II Guerra Mundial para salvar a 2.500 niños judíos, que en esos momentos se encontraban encerrados en el gueto de Varsovia.

BIBLIOGRAFÍA:

TEMIÑO, I.: *La heroína que salvó a 2.500 niños (en línea)*. Suplemento Magazine diario El Mundo 15 de julio 2007 (Consulta: 25 marzo 2008). Disponible en:

<<http://www.elmundo.es/suplementos/magazine/2007/407/1184167371.html>>

THEHAUNTEDV2: *La Vida de Irena Sendler será llevada al cine (en línea)* El séptimo arte.net>Actualidad, 10 de abril 2007. (Consulta; 25 marzo 2008). Disponible en:

<<http://www.elseptimoarte.net/cine-articulo1970.html>>

Diario La Nueva España. 13 mayo 2008.

MATERIAL GRÁFICO:

TEMIÑO, I.: Fotos (Irena Slender en 1944 y en 2007) Suplemento Magazine diario El Mundo 15 de julio 2007 (Consulta: 25 marzo 2008). Disponible en:

<<http://www.elmundo.es/suplementos/magazine/2007/407/1184167371.html>>

XV REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

PALACIO DE CONGRESOS DE CATALUÑA, BARCELONA.

27 Y 28 DE NOVIEMBRE DE 2008

ORGANIZA: Sociedad Española de Enfermería Neurológica

JUNTA DIRECTIVA DE LA SEDENE:

D. Jordi Pujiula Masó	Presidente
Dña. M^a Dolores Lázaro Ruiz	Vicepresidente
Dña. Carmen Márquez Rebollo	Secretaria
D. Raimundo Caro Quesada	Tesorero
D. Miguel García Martínez	Vocal zona Centro
Dña. Ana Moreno Verdugo	Vocal zona Andalucía y Canarias
Dña. Sílvia Reverté Villarroya	Vocal zona Cataluña y Baleares
Dña. Vicenta Sánchez Bernardos	Vocal zona Centro
Dña. Margarita del Valle García	Vocal zona Norte

Empresas e Instituciones colaboradoras:

Sociedad Española de Neurología

Serono

Sanofi Aventis

Pfizer

Italfarmaco

Biogen Idec

Ferrer Grupo

Sesiones de Trabajo declaradas de INTERÉS SANITARIO por el
“Institut Catalá de la Salut” de la Generalitat de Catalunya

PRESIDENTE:

D. Jordi Pujiula Masó. Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta. Girona.

COMITÉ ORGANIZADOR:

Coordinador:

Dña. Ana Moreno Verdugo. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Vocales:

D. Miguel García Martínez. Hospital 12 de Octubre. Madrid

Dña. Sílvia Reverté Villarroya. Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona.

Dña. Carmen Márquez Rebollo. Hospital Virgen de Arrixaca. Murcia.

COMITÉ CIENTÍFICO:

Coordinador:

Dña. M^a Dolores Lázaro Ruiz. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Vocales:

Dña. Vicenta Sánchez Quesada. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Dña. Margarita del Valle García. Hospital de Cabueñes. Gijón.

Raimundo Caro Quesada. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

INVITADA/O.

Hospital

PROGRAMA CIENTÍFICO

Jueves, 27 de noviembre de 2007

08:00 – 09:15	Entrega de documentación
09:15 – 09:30	Acto de inauguración
09:30 – 10:30	Conferencia inaugural: CALIDAD TOTAL
10:30 – 11:00	Pausa / Café
11:00 – 14:00	Comunicaciones Orales Libres
14:00 – 16:00	Comida 15 aniversario en la sede del congreso.
16:00 – 17:00	Sesión de Pósters (I)
17:00 – 18:30	Comunicaciones Orales Libres.
16:00 – 18:30	Elecciones a la Vicepresidencia
18:45	Asamblea General Ordinaria y Extraordinaria de Socios de la SEDE-NE. Resultados Elecciones.

Viernes, 28 de noviembre de 2008

09:00 – 10:30	Comunicaciones Orales Libres.
10:30 – 11:00	Pausa / Café
11:00 – 12:00	Sesión de Pósters (II)
11:00 – 13:00	Mesa Redonda: PERSONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS
13:00 – 13:30	Presentación 15 aniversario de la SEDENE y de la segunda edición del libro: Tratado de enfermería neurológica.
13:30 – 15:30	Lunch en la sede del congreso
15:30 – 16:30	Puesta al día: (pendiente de confirmación)
16:30 – 17:30	Taller: CARMEN FUENTElsaZ. INVESTEN y proyectos de investigación
17:30	Comunicaciones de los premios
18:00	Acto de clausura

LUGAR

Palacio de Congresos de Catalunya.
Av. Diagonal, 661-671
08028 BARCELONA

FECHA

27 y 28 de noviembre de 2008

SECRETARÍA TÉCNICA

Ultramar Express
C. Diputació, 238 planta 2º 1ª - 08007 BARCELONA
Telf: 93 482 71 40 – Fax: 93 482 71 58
E-mail: info@sedene.com – www.swdene.com

INSCRIPCIÓN

Incluye asistencia a las sesiones de la SEDENE y de la SEN.
Documentación, certificados y cafés.

PRECIO DE LA INSCRIPCIÓN (IVA incluido)**Antes del 30 de octubre de 2008**

Socios (anteriores al 31 de agosto de 2007): 125 €
No Socios: 255 €

Después del 30 de octubre de 2008

Socios (anteriores al 31 de agosto de 2007): 195 €
No Socios: 295 €

Para formalizar la inscripción es imprescindible rellenar el formulario de inscripción y enviarlo a la Secretaría Técnica, adjuntando copia de la transferencia bancaria a nombre de Catalana de Congresos.

ALOJAMIENTO

La Secretaria Técnica del Congreso, ha reservado habitaciones a precios reducidos, en hoteles de diferentes categorías, cercanos al Palacio de Congresos de Catalunya. Para formalizar la reserva hotelera es imprescindible rellenar el formulario de reserva adjunto y enviarlo a la Secretaria técnica, debidamente cumplimentado. Para información adicional al respecto, pueden ponerse en contacto con nosotros al teléfono 93 482 71 40

BASES PARA LA PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES.

1. Las Comunicaciones serán Orales o en formato de Póster y como resultado de trabajos de investigación y/o experiencias. En ambos casos deberán dirigirse a áreas relacionadas con la Enfermería Neurológica y se especificará si pertenecen a:
 - Proyectos de Investigación.
 - Protocolos de Cuidados.
 - Casos Clínicos.
2. Para poder presentar una Comunicación es imprescindible que al menos el ponente, que deberá ser al mismo tiempo el primer firmante, esté inscrito en la XV Reunión Anual de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica.
3. El resumen de la Comunicación tendrá un máximo de 400 palabras y deberá estar estructurado de la siguiente manera: Introducción, objetivos, material y método, resultados (si los hay), conclusiones y/o discusión. Las citas bibliográficas se ajustarán a las normas de Vancouver.
4. El plazo de recepción de resúmenes finaliza el 17 de octubre de 2008.
5. El Comité Científico se encargará de la valoración y selección de los trabajos, y comunicará la aceptación de los mismos antes del 4 de noviembre de 2008.
6. Se deberá especificar la preferencia de presentación de la Comunicación, el Comité Científico se reserva el derecho a reclamar información adicional sobre el resumen presentado, así como la conveniencia de su presentación Oral o en formato Póster.
7. Las dimensiones de los Pósters serán como máximo 150 cm. de alto por 100 cm. de ancho.
8. Los Resúmenes se presentarán en castellano, remitiéndose a la Secretaría Técnica: Ultramar Express, C/ Diputació, 238 planta 2º 1ª- 08007 Barcelona, o por correo electrónico: info@sedene.com
9. Si una vez comunicada la admisión de su comunicación, desea optar a premio otorgado por el Comité Científico, será condición indispensable presentar el trabajo completo antes del 19 de noviembre, ajustándose a formato de artículo científico, pasando a ser propiedad de la SEDENE para su posible publicación en la Revista SEDENE.

10. El proyecto de investigación ganador deberá exponer los resultados de la investigación en la siguiente Reunión Anual de la SEDENE y lo presentará en formato artículo para su publicación en la Revista SEDENE.
 11. Los premios están otorgados por la SEDENE, en los siguientes apartados:
 - Un premio a los resultados de un Proyecto de Investigación en Enfermería Neurológica, dotado con 600 euros.
 - Un premio a un Protocolo de Cuidados, dotado con 400 euros.
 - Un premio a un Caso Clínico, dotado con 400 euros.
 - Tres premios a Comunicaciones en formato Póster, dotado cada uno con 300 euros.
 - Dos premios concedidos por el público a una Comunicación Oral, dotado con 350 euros y a una Comunicación en formato Póster, dotado con 300 euros.
- * Si coincide el premio dotado por el Comité Científico con el público, se tendrá en cuenta la opinión del Comité Científico y se premiará al siguiente votado por el público.

PREMIO ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN 2008

XII EDICIÓN PREMIO AL MEJOR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

BASES:

1. La Sociedad Española de Enfermería Neurológica (SEDENE), concederá un premio con una dotación de 1.900 € al mejor proyecto de investigación en Enfermería Neurológica.
2. Podrán optar a este premio todos los enfermeros/as que desarrollen sus actividades en áreas relacionadas con la enfermería neurológica, dentro del Estado Español.
3. No se podrán presentar proyectos iniciados o que hayan recibido otros premios.
4. Para participar es necesario estar inscrito en la XV Reunión Anual de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica, que se celebrará los días 27 y 28 de Noviembre de 2008.
5. Para concursar se enviarán 9 copias del proyecto a la Secretaría Técnica de la Reunión: Ultramar Express C/Diputació, 238 planta 2on - 08007 Barcelona, antes del 4 de Noviembre de 2008.
6. El jurado calificador de los premios estará compuesto por la Junta Directiva de la SEDENE.
7. La memoria del proyecto deberá incluir:
 - a. Nombre de los investigadores, nombre del investigador principal y centro de trabajo.
 - b. Antecedentes sobre el tema del proyecto (incluyendo bibliografía).
 - c. Metodología, objetivos, hipótesis y utilidad práctica previsible
 - d. Planificación del proyecto (fechas de inicio y final).
 - e. Curriculum de los investigadores.
8. Las decisiones del Jurado son inapelables.
2. La decisión del Jurado se dará a conocer en el Acto de Clausura de la XV Reunión Anual.
3. El proyecto ganador deberá exponer los resultados de la investigación en la siguiente Reunión Anual de la SEDENE y lo presentará en formato artículo para su publicación en la Revista SEDENE.

1973 Tokyo

1977 Sao Paulo

1981 Munich

1985 Toronto

1989 Aachen

1993 Acapulco

1997 Amsterdam

2001 Sydney

2005 Barcelona

2009 Toronto

**10th Quadrennial Congress of
The World Federation of Neuroscience Nurses**

May 23-28, 2009 | York University Toronto, Canada

CALL FOR ABSTRACTS

The World Federation of Neuroscience Nurses, in collaboration with the Neuroscience Nurses Foundation, the Canadian Association of Neuroscience Nurses and York University invite you to join your friends and colleagues at the 10th Quadrennial Congress of The World Federation of Neuroscience Nurses in Canada's Fall.

We invite you to submit an abstract for a presentation of a poster within the three main areas: Scientific; Educational; Clinical, Professional Development or Workshops. Don't miss this great opportunity to present your research and clinical practice to a large gathering of colleagues from around the world.

The Call for Abstracts is available on the Congress website at www.wfnn2009.org/press-09

The deadline for submission is August 31, 2008

Accepted abstracts will be considered for one of several prestigious WFNN awards. The "top 10" will be recognized at the Closing Ceremony and the "top 3" will receive awards at the ceremony.

We look forward to having your presentation at the 10th Quadrennial Congress and to see you in Toronto, May 23 to 28, 2009.



Apreciado/a socio/a,

Deseamos informaros de la **CONVOCATORIA de ELECCIONES del 2008 para el cargo de Vicepresidente/a**. Las bases son las siguientes:

Fecha y lugar de las elecciones

Las elecciones se iniciarán el día 27 de noviembre de 2008 a las 15:30 h. en el Palacio de Congresos de Cataluña y se procederá al cierre de las urnas para iniciar el escrutinio a las 18:30h. La elección de los cargos se celebrará en el transcurso de la Asamblea General ordinaria durante la XV Reunión Anual de la SEDENE.

Presentación de Candidaturas

Las candidaturas se presentarán a la Secretaría de SEDENE (Ultramar Express C. Diputación, 238 2º-1º 08007 Barcelona) antes del 27 de septiembre.

Cada candidatura se acompañará de un escrito firmado por el mismo candidato en el que hará constar el deseo de servir en el cargo de que se trate.

Ningún asociado podrá presentarse a candidato de más de un cargo.

Las candidaturas podrán remitirse por correo certificado o correo electrónico (sedene@ultramarexpress.com), constando en este caso como fecha de recepción la que figure en dicho certificado.

La junta directiva proclamará candidatos a aquellos que reúnan los requisitos establecidos antes del 7 de noviembre.

En caso de que no haya ningún candidato, la Junta Directiva propondrá una candidatura propia entre los miembros elegibles de la SEDENE. (Artículo 44)

Requisitos y Funciones de los Cargos de la Junta Directiva

Podrán ser candidatos a los distintos cargos de la Junta Directiva los miembros Numerarios de la SEDENE que cumplan los requisitos establecidos en los estatutos (Artículo 29).

La Junta Directiva se reunirá cuantas veces sea convocada por el Presidente,

o a petición de la mayoría de sus miembros (Artículo 30).

La junta Directiva asumirá las funciones de dirección y representación de la sociedad, y le corresponderán todas aquellas facultades no atribuidas especialmente a la Asamblea General, entre ellas las siguientes: (Artículo 31)

- a) Dirigir las actividades sociales y llevar la gestión administrativa y económica de la asociación, nombrar o separar el personal auxiliar de Secretaría y acordar, además su retribución, someter a la aprobación de la Asamblea General el presupuesto de ingresos y gastos, así como el estado de cuentas del año anterior y, a estos efectos, nombrar o separar el personal auxiliar que tenga a su servicio.
- b) Proponer a la Asamblea General la admisión de nuevos miembros.
- c) Proponer candidatos a los distintos cargos de la Junta Directiva.

Funciones del Vicepresidente

- a) Ejercer las funciones del Presidente en ausencia de éste.
- b) Ejercer las funciones que le sean expresamente delegadas por el Presidente.

Os esperamos a todos en la próxima reunión anual, podéis ya consultar el programa en la web.

Saludos cordiales,

Junta Directiva S.E.D.E.N.E.
www.sedene.com
Barcelona, 9 de junio de 2008

NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

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

Ultramar Express Event Management

C/ Diputació 238, 2º 1º - 08007 Barcelona - Tel 93 482 71 40 – Fax 93 482 71 58

Dirección de correo electrónico: sedene@ultramarexpress.com

Persona de contacto: Núria Aragall

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

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

Diputación, 238, 2^o1^a. 08007 Barcelona

SOLICITUD DE ADMISIÓN

(por favor, cumplimenten todos los datos con letra de imprenta, gracias)

Sr.Sra. con nº de colegiado
nacido el día de de 1.9....., mayor de edad, con NIF

EXPONE

Que reuniendo los requisitos contemplados en los estatutos de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica, y mediante la presentación de esta solicitud y adjuntando fotocopia compulsada del título que posee en la actualidad.

SOLICITA

Su ingreso en la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA como miembro:
(especifíquese: numerario, asociado, corresponsal)

Tipos de miembros de la Sociedad:

Numerarios: Aquellos diplomados en enfermería que residan en España y que cumplan los requisitos del Artículo octavo (*).

Asociados: Aquellos Diplomados en enfermería españoles, residentes fuera de España, que cumplan los requisitos del Artículo octavo (*).

Corresponsales: Aquellos diplomados en enfermería extranjeros

(* Artículo 8º del Capítulo I del título 2º de los Estatutos de la Sociedad: Podrán ser miembros de la Asociación los Diplomados en Enfermería que estén en posesión del título oficial, tengan interés en servir los fines de la sociedad y sean admitidos por la Asamblea General a propuesta de la Junta Directiva.

DECLARA

1. Que está en pleno uso de sus derechos civiles y que no se halla incurso en los motivos de incompatibilidad establecidos en la legislación vigente.
2. Que comparte los fines de la Sociedad y que colaborará en la consecución de los mismos.
3. Que acatará y cumplirá los Estatutos de la Sociedad y los acuerdos válidamente adoptados por los órganos de gobierno y representación de ésta.
4. Que cumplirá el Código de Ética Médica.
5. Que pagará la cuota anual aprobada por la Asamblea General.
6. Que comunicará, por escrito, a la Secretaría de la Sociedad cualquier cambio que se produzca en sus datos.

DATOS PERSONALES

Nombre: Apellidos:
Dirección Particular:
C.P.: Población:
Provincia:
Teléfono: Fax: e-mail:

DATOS PROFESIONALES

Centro de Trabajo:
Cargo que ocupa:
Dirección Profesional:
C.P.: Población:
Provincia:
Teléfono: Fax: e-mail:

publicidad betaferon

publicidad betaferon