



Primer Semestre 2004

Nº 20

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

SEDENE

JUNTA DIRECTIVA

ROSA SUÑER SOLER	<i>Presidente</i>
M ^a DOLORES VÁZQUEZ SANTISO	<i>Vicepresidente</i>
CARMEN PÉREZ MOLTÓ	<i>Secretaria</i>
RAFAEL SALA PASTOR	<i>Tesorero</i>
PILAR PARRILLA NOVO	<i>Vocal</i>
RAIMUNDO CARO QUESADA	<i>Vocal</i>
CARMEN MÁRQUEZ REBOLLO	<i>Vocal</i>

REDACCIÓN:

Responsable Edición: Carmen Pérez Moltó

Portada: Ana Villegas Cebrián

IMPRIME: Impremta Falcó - Sant Pere de Ribes

D.L.: A-391-2000

SUMARIO

- Carta de la Presidenta pag. 4
- Editorial pag. 6
- Puesta al día: Alteraciones psicológicas en esclerosis múltiple.
Relaciones familiares pag. 7
- II Jornada Andaluza de enfermería neurológica pag. 13
 - ACVA: Plan de cuidados estandarizado pag. 13
 - Administración de alimentos por sonda nasogástrica:
guía para la familia pag. 15
 - Apomorfina sí, "en marcha" pag. 16
 - Cefalea sinónimo de..... pag. 17
- El dolor en el arte, análisis iconográfico
de las necesidades de Virginia Henderson pag. 18
- XI Reunión anual pag. 24
- Carta de Junta directiva pag. 26
- XI Reunión Anual SEDENE. Bases de las Comunicaciones Científicas..... pag. 29
- Normas de publicación pag. 30

CARTA DE LA PRESIDENTA

Estimados socios y socias,

Este año va a ser un año de novedades en nuestra sociedad, vamos a iniciar en la próxima reunión anual un sistema electoral para elegir a los diferentes candidatos de nuestra junta directiva. En primer lugar y el próximo 25 de noviembre va a tener lugar la elección de un nuevo vicepresidente, la vicepresidenta actual va a pasar a presidenta y yo dejaré el cargo, tal como señalan nuestros estatutos. Anualmente se va a celebrar la renovación de los diferentes cargos de la junta actual hasta renovar a todos los miembros fundadores, cada nuevo cargo tendrá una vigencia de dos años, sistema que comenzó hace casi dos años con mi presidencia. De este modo la sociedad podrá iniciar nuevas etapas con personas, espero ilusionadas, en continuar avanzando para consolidar más la sociedad y para fomentar el crecimiento de nuestra profesión y de nuestra especialidad cuando empiece a desarrollarse.

Tal como os comenté en mi anterior carta, en el programa de la próxima reunión hemos incluido dos talleres de formación continuada en metodología de la investigación, que deseo fortalezcan nuestros conocimientos. Además, hemos considerado oportuno dar mayor espacio en el programa a las comunicaciones y pósters de los socios con el deseo que cada vez haya mayor participación. También me he reunido con el presidente de la Sociedad Española de Neurología, el Dr. Matías Guiu, para poder consolidar un acuerdo entre ambas sociedades, que estamos ultimando. Estoy muy satisfecha con nuestros acuerdos y creo que ambas sociedades podrán trabajar conjuntamente en nuevos proyectos.

Finalmente, os quiero comentar que también hemos finalizado el programa del congreso internacional, que adjuntamos en esta publicación. La junta directiva actual y nuestra secretaría técnica trabajamos para que parte del congreso tenga traducción simultánea y así los socios puedan venir al evento, que tendrá lugar el próximo mes de mayo en la Universidad Autónoma de Barcelona.

Os animo para que empecéis a trabajar ya en vuestros proyectos científicos, y en vuestras presentaciones en noviembre y en mayo, si necesitáis ayuda para traducir al inglés los abstracts y los pósters podéis solicitárnosla, intentaremos desde la SEDENE que tengáis todo el apoyo necesario. Todos los detalles del congreso internacional de momento están en una web, que tenéis indicada en el preprograma. Este congreso internacional es una gran oportunidad para los profesionales que trabajamos con enfermos neurológicos, y nos va a permitir conocer lo más nuevo de nuestro trabajo e intercambiar experiencias con profesionales de enfermería de todo el mundo.

Espero que hayáis podido descansar en vuestras vacaciones y os espero como siempre el próximo noviembre en Barcelona.

Rosa Suñer

CARTAS A LA REDACCIÓN

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

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

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

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

E-mail: info@sedene.com

EDITORIAL

La profesión de enfermería existe como respuesta a una necesidad de la sociedad y contiene ideales relacionados con la salud del individuo a lo largo de toda su vida. La salud es el objetivo principal, es la meta a la que tienden todas las acciones de enfermería.

La enfermería ha tenido que adaptarse, a lo largo del tiempo, a las nuevas necesidades de salud que la sociedad demanda, aportando cuidados profesionales y autónomos partiendo de una concepción integral de la salud y de la persona, orientando sus actuaciones hacia la promoción de la enfermedad, la recuperación de la salud, la rehabilitación y la ayuda en la muerte.

El cuidado forma parte de las actividades de la vida cotidiana, nos han cuidado nuestras madres, se cuida a nuestros mayores cuando no están en condiciones de realizarlos ellos mismos, pero los cuidados profesionalizados requieren de habilidades y técnicas en ocasiones de gran complejidad y para ello la investigación y la formación, nuestra formación, es un elemento indispensable.

La evolución de las necesidades de la sociedad y sus individuos, impulsa el cambio profesional, la sociedad nos impone el avanzar, progresar adaptarse a los cambios y evolucionar. M. Gordon insiste en la importancia de concretar los problemas de salud con una terminología y lenguaje propio, común para todo el colectivo, comunicarlo, dejar constancia de ello en los diferentes ámbitos de la salud, y en el apartado de " puesta al día" de nuestra Publicación podemos ver como utilizando la iconografía, adaptando la observación a un modelo de enfermería se puede profundizar en el cuidar.

El profesional de enfermería ya no trabaja "para", pasa a trabajar "con".

Carmen Pérez Moltó

Responsable de Edición

PUESTA AL DIA

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE RELACIONES FAMILIARES

Autor: M^a Carmen Márquez Rebollo

Enfermera. Hospital Universitario Virgen Arrixaca. Murcia

La Esclerosis Múltiple (EM) tiene muchos efectos sobre la vida de los pacientes y de sus familias. Al abordar las manifestaciones psicológicas, tenemos que entender, que es una situación compleja, que comprende no solamente al paciente y la forma clínica de la enfermedad que padece, sino también a la familia y al ambiente social en que se desenvuelve. La reacción de éstos ante el problema ocasionado por la enfermedad, puede a veces tener un impacto más fuerte sobre la situación psicológica y el comportamiento del paciente, que su propia enfermedad.

El diagnóstico crea ansiedad, a menudo mantenida por desinformación y desconocimiento. El nombre de EM o Esclerosis en Placas, es desafortunado y crea mayor tensión, por eso es preferible utilizar el término de enfermedad desmielinizante. Tener un diagnóstico y un nombre adecuado para su enfermedad, conduce a alivio y seguridad.

El impacto psicológico del diagnóstico de EM de las formas no benignas, es una etapa de crisis global de la familia, de desorientación, angustia y sentimientos

no exteriorizados, que conlleva a reacciones de miedo, culpa, tristeza, rabia, impotencia y frustración.

Para una persona previamente sana, escuchar el diagnóstico de EM, puede generarle ansiedad. La información al paciente y familia debe ser la justa y adaptada al momento evolutivo, sin crear falsas expectativas ni inducir temores ante un futuro desconocido.

Es frecuente que el paciente experimente las etapas descritas por Kubler-Ross ante la enfermedad: negación y aislamiento, enojo, regateo, depresión y finalmente aceptación.

Durante la evolución, la ansiedad permanece como un factor coadyuvante en los brotes y en la progresión de la enfermedad.

La naturaleza del proceso clínico, su evolución recurrente, con episodios de disfunción neurológica, se manifiestan en alteraciones psicológicas, psiquiátricas y neurológicas. Las causas son:

- Debidas al daño neurológico.
- Las derivadas de cómo el individuo y

el entorno reaccionan ante la enfermedad.

Las alteraciones más comunes en EM, son:

-Psicológicas:

- Labilidad afectiva
- Ansiedad- Depresión
- Reacciones desproporcionadas
- Indiferencia

- Psiquiátricas:

- Psicosis
- Euforia
- Histeria
- Reacciones paranoides
- Fobias
- Crisis disociativas

- Neurológicas:

- Cambios de personalidad
- Deterioro cognitivo
- Risa y llanto espasmódico

ALTERACIONES PSICOLOGICAS

LABILIDAD AFECTIVA

Situación de excesiva sensibilidad ante las situaciones de la vida diaria.

ANSIEDAD

La ansiedad se observa a lo largo de la enfermedad, pero especialmente en el momento del diagnóstico, cuando se esperan resultados de un tratamiento, cuando se contempla la duración de la enfermedad, sin cura y a largo plazo y cuando se observa su carácter progresi-

vo e irreversible.

Los pacientes refieren miedo a las disfunciones orgánicas, al deterioro progresivo, a la pérdida de autonomía, a la incontinencia, a las dificultades de concentración y a la dependencia.

DEPRESION

La frecuencia de la depresión en pacientes con EM, varía según los estudios y oscila entre el 25 y 68 por ciento. En la forma progresiva llega hasta el 80%, en EM r/r, varía entre el 62% y 56%, y baja hasta el 11% en pacientes agudos; en las formas benignas no está descrita.

No existen parámetros claros entre la gravedad de la enfermedad y la depresión, aunque hay estudios en que correlacionan la afectación cerebral con mayor índice de depresión.

INDIFERENCIA

Es un inapropiado sentido de bienestar físico que se no se corresponde con la realidad. Se conoce también como Eutonia.

ALTERACIONES PSIQUIATRICAS

PSICOSIS

No es muy frecuente en el inicio de la enfermedad, pero en fases avanzadas de la forma progresiva pueden aparecer síntomas psicóticos.

EUFORIA

Se ha descrito como un síntoma frecuente en EM, observable hasta en un 25% de los pacientes. El paciente presenta un es-

tado de alegría y de humor anormal, una actividad exacerbada, con negación de la enfermedad, y deseos de hacer frente él solo a todas las dificultades, rechazando toda ayuda ajena, que no guarda relación con su estado físico y las circunstancias sociales que le rodean.

El estado de euforia permanente conlleva cambios subcorticales, alteración de la función cognitiva, peor función neurológica, y mayor incapacidad social.

HISTERIA

Algunos pacientes pueden desarrollar síntomas histéricos, como fenómenos de conversión, crisis disociativas, exageración de síntomas..., al inicio de la enfermedad. Es probable que el paciente sienta la necesidad inconsciente de usar síntomas corporales para comunicar sus miedos o conflictos.

ALTERACIONES NEUROLOGICAS

CAMBIOS DE PERSONALIDAD

En algunos pacientes, aparecen unos cambios de personalidad rígidos, inflexibles y desadaptativos que causan un deterioro significativo de su vida de relación familiar y social. Afectan a todas las áreas de la personalidad, incluidas, el afecto, la conducta y el estilo interpersonal. Son formas incongruentes de pensar, sentir y actuar, que deterioran la capacidad de adaptarse y acomodarse a la vida diaria, siendo incapaces de responder de un modo normal y flexi-

ble a los cambios que se han producido en su vida y tienden a exacerbar la ansiedad, provocando reacciones adversas en los demás.

DETERIORO COGNITIVO

Está presente casi en el 50% de los pacientes. Existe una relación directa entre el grado de severidad de la enfermedad, el desarrollo del déficit cognitivo y la declinación en el coeficiente intelectual.

Los déficits más frecuentes se encuentran:

- Áreas de memoria reciente
- Atención sostenida
- Razonamiento conceptual-abstracto
- Rapidez de procesamiento de la información.

RISA Y LLANTO ESPASMÓDICO

La risa y el llanto incontrolables no tienen un contenido afectivo, se corresponden con las manifestaciones de la denominada parálisis pseudobulbar, que se corresponden con las fases más avanzadas de la enfermedad.

RELACIONES FAMILIARES

El inicio de la enfermedad, es por lo general, en individuos jóvenes, cuando están acabando su educación, estableciéndose en un empleo y formando una familia. El modo en que la enfermedad tiene impacto sobre su vida personal depende de sus actitudes, de sus habilidades de afrontamiento, de la existencia de una familia estructurada o no, del entorno y de los recursos sociales.

Ante el diagnóstico y durante la evolución de la enfermedad, se produce una distorsión en la vida de la persona con repercusión sobre el área personal, familiar y social.

-Área personal.-

- Malestar físico y emocional
- Deterioro de la autoestima
- Alteraciones en la autoimagen
- Pérdida de independencia
- Modificaciones en su escala de valores y filosofía de vida
- Cambios en los patrones de sexualidad
- Sentimientos de impotencia, pérdida y desesperanza
- Respuestas depresivas, de negación o de agresividad.

- Área familiar.

- Se produce una pérdida del equilibrio familiar.
- Pérdida del rol del paciente.
- Cambios en el rol de los demás miembros de la familia
- Problemas de comunicación

- Área social.-

- Pérdida o cambio de status social por la pérdida o cambio de trabajo
- Cambio en el nivel socioeconómico
- Cambios en la utilización del tiempo libre
- Posible aislamiento social

Las alteraciones psicológicas que presentan los pacientes unidos a las modifi-

caciones de estilo de vida y sentimientos de pérdida, en ocasiones pueden llevar al deterioro o desintegración del núcleo familiar.

Una familia bien estructurada es la mayor fuente de apoyo del paciente. Dentro de ella, siempre hay un miembro que asume la responsabilidad de los cuidados.

A los niños, generalmente, se les oculta la enfermedad de uno de sus progenitores, y no entienden el cambio que se ha producido, sobre todo cuando el paciente dirige hacia ellos su frustración. Está demostrado que una explicación adecuada del proceso, la entienden, llegan a considerarlo como una situación normal y se convierten en una ayuda importante.

Cuando el paciente es un adolescente, los padres desarrollan una superprotección de la que le resulta difícil salir, lo que genera reacciones de agresividad o de dependencia total. Los hermanos "copian" los síntomas con el fin de obtener la atención de los padres.

Si es uno de los cónyuges, generalmente, el otro asume el papel de cuidador principal. Las reacciones de enojo, la frustración de expectativas, los planes de vida alterados y las dificultades sexuales, imponen fuertes tensiones a la relación.

No debemos olvidar la importancia que el cuidador principal tiene para el mantenimiento del paciente a largo plazo.

La situación del cuidador principal, con

restricciones en su vida social, en su estado de salud, en su tiempo libre, en sus aficiones, en su intimidad y pérdida de oportunidades de empleo, unido a que deben adoptar un papel secundario, generan sentimientos de impotencia, inutilidad y soledad y puede crear resentimientos hacia el paciente, llegando incluso hasta el maltrato (síndrome de Calaban). Esta situación se conoce como "*Síndrome de Burn out*", cuyas manifestaciones son:

- Síntomas depresivos:
 - Trastornos del sueño
 - Tristeza
 - Fatiga crónica que no se corresponde con la actividad
 - Incapacidad para concentrar la atención
 - Pérdida de interés por actividades previamente placenteras
- Síntomas físicos:
 - Cefalea
 - Mareo
 - Molestias abdominales
 - Síntomas cardiovasculares y respiratorios
 - Cambios de humor
 - Agresiones verbales
 - Expresiones de crueldad

Para evitar llegar a esta situación, al cuidador se le debe proporcionar:

- Información.- Aumentar sus conocimientos sobre la enfermedad, sus cuidados, sus complicaciones.

- Formación.- Desarrollar habilidades de comunicación, afrontamiento del estrés, cuidados del paciente. Incluirle en la toma de decisiones.

- Apoyo emocional.
- Periodos de descanso.
- Ayudas económicas, en las tareas domésticas, en el cuidado físico.

CONCLUSIONES

Mi experiencia personal y la lectura de bibliografía especializada, me permiten constatar que las características de la EM y la imprevisibilidad de su evolución suponen un gran impacto emocional para el afectado y su familia. La aparición de los síntomas de la enfermedad constituye un punto referencial importante, con un "antes" y un "después" muy diferenciados, en las formas graves.

Contemplar a la persona como un todo, escucharla, comprender el significado que tiene para ella y su familia la enfermedad, los cambios y las pérdidas que les supone e interesarse por sus problemas y preocupaciones, facilita el clima para una relación profesional fructífera, a pesar de que la mayoría de las veces no se dispone de la "solución total" que nos gustaría ofrecer.

No debemos olvidar el impacto que puede producir en un paciente, el acudir a una unidad especializada en EM, o a una asociación de pacientes. Si bien puede ser positivo para algunos de ellos, porque encuentran apoyo para resolver sus problemas y estrategias de afrontamiento, para

otros, sobre todo en las fases iniciales, puede ser traumático, porque ante ellos se presenta la enfermedad en todas sus fases evolutivas.

La ayuda psicológica al paciente afecto de EM, bien como terapia individual, en grupo o familiar es útil porque le aporta los mecanismos necesarios para incrementar la autoestima, disminuir la angustia, la sensación de pérdida de autocontrol personal y aumenta la capacidad para resolver problemas.

El asesoramiento familiar es igualmente beneficioso, porque si bien la EM cambia la vida de quien la padece, también afecta a los demás miembros de la familia. Crea nuevos problemas y aviva los conflictos ya existentes. Las sesiones de asesoramiento familiar, pueden identificar esas situaciones antes de que alcancen el punto crucial, proporcionando una situación en la que los miembros de la familia pueden aprender a comprender y a adaptarse a los sentimientos y necesidades de cada uno de ellos.

En estas circunstancias, otros aspectos, como las respuestas solidarias del entorno, el conocimiento de los recursos y posibilidades, el apoyo emocional y las buenas relaciones interpersonales que permitan la expresión de sentimientos y eviten el aislamiento, constituyen elementos valiosos a los que todos los afectados y sus familias deberían poder optar en las diferentes etapas del proceso, benigno o evolutivo, de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Junque C, Barroso J. Neuropsicología. Síntesis. 1995
- Martín Herrero JA. Trastornos Psicológicos en EM. Departamento de Psicología. Universidad de Salamanca.
- Camprubí M. Entorno y recursos sociales. Instituto Guttmann. Barcelona
- Murria TJ. Aspectos psicosociales de la EM. Clínicas neurológicas de Norteamérica. Volumen 1. Interamericana. 1995
- Santander JA. Manifestaciones Psiquiátricas de la EM. Cuadernos de Neurología. 1997.
- Bauer HJ. Manual de EM. Asociación Española de EM.
- González Maldonado R. El extraño caso de la mielina perdida. 1998

Resúmenes de las comunicaciones de la IIª JORNADA ANDALUZA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

Sevilla, 23 de abril de 2004

“LA COMUNICACIÓN, ELEMENTO CLAVE EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE CUIDADOS NEUROLÓGICOS”

TÍTULO: ACVA: Plan de Cuidados Estandarizado

AUTOR/ES: Fornieles Balmiza, Javier / Gálvez Escalera, María del Mar / Orellana Olave, Rosalía
Villar Cala, Alfonso / Barberá García, Ana María / González Posada, Fernando
Ramos González, María / Rodríguez Alba, Fernando / Rodríguez Vidal, Ana María

Dirección 1er AUTOR: Unidad de Neurología Hospital de Jerez Crtra. de Circunvalación s/n
Población: Jerez de la Frontera - Código Postal: 11407 - Teléfono: 956032195 / 956032540
E-mail: fernando.gonzalez.sspa@juntadeandalucia.es
rosalia.orellana.sspa@juntadeandalucia.es / fergonpos@terra.es

Lugar de trabajo / Institución: Unidad de Neurología - Hospital de Jerez - Servicio Andaluz de Salud

Introducción

El ACV es, según la OMS, «la presencia de manifestaciones clínicas neurológicas, focales o globales, de instauración brusca y que aparecen como consecuencia de alteraciones del flujo circulatorio de una determinada área encefálica». Algunos de sus factores de riesgo pueden ser modificados (hipertensión, hábito tabáquico, hábitos dietéticos, sedentarismo, consumo de alcohol, desequilibrio lipídico y glucémico. Otros factores no son modificables (edad, género, predisposición genética, ...). Constituye un problema de salud cuya magnitud es creciente a medida que las sociedades alcanzan mayores niveles de desarrollo, llegando incluso a ser en estos entornos la segunda causa de muerte tras la cardiopatía isquémica. Una atención multidisciplinar y organizada puede reducir su mortalidad, sus complicaciones, la dependencia de cuidados profesionales, los costos y el tiempo de estancia hospitalaria. La aportación diferencial enfermera en el proceso de atención al paciente con ACV encuentra su máximo valor en el plan de cuidados; y una forma de sistematizar esta aportación a la generalidad de pacientes con ACV es la elaboración de un plan de cuidados estandarizado (PCE). Cuando hablamos PCE nos referimos según la acepción de Mayers (1983) al “protocolo específico de cuidados apro-

piado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad». De otra manera, estos planes son guías que representan el cuidado que puede pronosticarse como indicado en una situación específica, que responden a los problemas más importantes del paciente y que pertenecen al ámbito de responsabilidad y competencia de la enfermera y cuyo cumplimiento es posible de acuerdo a los recursos disponibles, al tiempo de estancia del paciente en la unidad. Los PCE ayudan a describir el producto enfermero y a normalizar la práctica.

En nuestra unidad los datos del año 2003 son: 102 casos, estancia media de 6,90 días e índice de utilización de estancia de 0,75 para una estancia media estándar de 9,15 días.

Objetivo

Elaborar un PCE para pacientes con ACVA de aplicación en la Unidad de Neurología del Hospital del SAS de Jerez.

Método

Se crea un grupo de trabajo experto constituido por enfermeras y enfermeros de la Unidad de Neurología del hospital SAS de Jerez que, previamente, han recibido un curso de formación de 30 horas en proceso enfermero. Las premisas que se siguieron para la elaboración del PCE son: **1/** Es el resultado del consenso de los expertos **2/** Es consecuente con los recursos disponibles, el tiempo de estancia media del paciente en la unidad de hospitalización y la casuística de presentación de problemas en esta tipología de pacientes **3/** Incluye los diagnósticos enfermeros y los problemas de colaboración priorizados para los cuáles se puede predecir necesidad de intervención enfermera durante su estancia en la unidad **4/** Incluye los indicadores de resultado y las intervenciones enfermeras pertinentes **5/** Utiliza los sistemas de lenguaje enfermero estandarizado de la NANDA y de la Universidad de Iowa (NIC y NOC) **6/** Orientado según el modelo conceptual de Virginia Henderson.

Resultado

Presentamos el PCE para el paciente con ACVA implementado en nuestra unidad de hospitalización en un formato de tabla que incluye diagnósticos enfermeros, diagnósticos de colaboración, indicadores de resultado, intervenciones enfermeras y actividades.

TÍTULO: Administración de alimentos por sonda nasogástrica: guía para la familia.

AUTOR/ES: Bennasar Gomila, JM; Campos Baena, C.; Galmés Bassa, A; Ordoñez P; Prieto Alomar, A

Dirección 1er AUTOR: Prieto Alomar Araceli

Teléfono: 971 50 04 99 / 626 293 218 - E-mail: aprieto@hospitalmanacor.org

Lugar de Trabajo / Institución: Fundación Hospital Manacor

Introducción

La alfabetización para la salud está constituida por habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla para promover y mantener una buena salud.

La alfabetización es uno de los indicadores más claros de salud de la persona y un factor clave en la utilización y planificación de recursos de salud. Desde la unidad de Medicina Interna especialidad de neurología del Hospital Manacor se pretende implantar un documento informativo para aquellas familias cuyo miembro precisa de una sonda nasogástrica para alimentarse durante el ingreso y al alta hospitalaria.

Objetivo

Reforzar a la familia los conocimientos adquiridos durante el ingreso hospitalario para garantizar la calidad en la continuidad de los cuidados.

Material y Método

Los miedos y las dudas sobre los cuidados en el domicilio con los que marchaban las familias de pacientes afectos y la necesidad de protocolizar la misma intervención para todos ellos, nos hizo pensar en la elaboración e implantación de un documento informativo que diera seguridad a los cuidadores y redujera las estancias en el hospital cuando esta fuera el principal motivo.

Conclusión

La implantación de este documento permitirá unificar y protocolizar los cuidados al paciente con necesidad de alimentación por sonda nasogástrica. A la vez que la familia adquirirá un mayor control y autonomía sobre las acciones que afectan a su calidad de vida.

TÍTULO: APOMORFINA SI, "EN MARCHA"

AUTOR/ES: Adela de la Fuente, Ana Moreno, M^a José Salvatierra,
Olga Riverol, Carmen Simán, M^a José Alías

Dirección 1er AUTOR: Antioquia nº 1, Jardín 27 Blq 7 6º A

Población: Sevilla - Código Postal: 41007

Teléfono: 954 67 63 54 - E-mail: jsantistebancos@economistas.org

Lugar de trabajo / Institución: HH UU Virgen del Rocío . Servicio de Neurología / SAS

Introducción

La utilización de la Apomorfina esta dando buenos resultados para la disminución de los periodos "off " y las fluctuaciones motoras en la enfermedad de Parkinson. Es labor de enfermería la educación de los pacientes para una correcta administración de la medicación.

Objetivo

El principal objetivo es que el paciente conozca las ventajas de este tratamiento y las formas de administración:

- 1- Información sobre procedimiento de aplicación del tratamiento
- 2- Educarlo para el conocimiento sobre las ventajas que el medicamento puede tener para su salud
- 3- Sesiones teórico- practicas

Material y Métodos

Se ha diseñado un cartel informativo en el cual se evidencian las formas de administración de la medicación

Resultados

Esperamos que con esta educación / información los pacientes puedan alcanzar su plena salud potencial y que sean capaces de asumir el control de todo lo que determina su estado de salud.

TÍTULO: Cefalea sinónimo de.....

AUTOR/ES: Carmen Simán López, Adela de la Fuente, Ana Moreno,
M^a José Salvatierra, Olga Riverol, , M^a José Alías

Dirección 1er AUTOR: Plaza San Antón, Blq 6, planta 2, P 2

Población: Carmona. SEVILLA - Código Postal: 41410

Teléfono: 954 - 143984 - E-mail: carslo@terra.es

Lugar de Trabajo / Institución: HH UU Virgen del Rocío. Servicio de Neurología / SAS

Introducción

Cefalea es sinónimo de dolor de cabeza, siendo este un problema de salud muy importante no por la gravedad sino por la alta incidencia en la población y el carácter recurrente de estas, lo cual repercutirá de forma negativa en el ámbito social y laboral, mermando la calidad de vida del paciente. La Cefalea esta presente como síntoma en multitud de procesos patológicos por lo cual es de suma importancia hacer un diagnostico entre cefalea primaria y secundaria.

Las crisis de cefaleas aparecen en cualquier etapa de la vida. Se clasifican:

1. Primarias
2. Secundarias

Objetivo

Impartir una educación sanitaria sobre esta patología neurológica, a la vez usual y desconocida, al colectivo de enfermería. Es un proceso de comunicación interpersonal dirigido a proporcionar las informaciones necesarias a un problema que tiene un efecto directo o indirecto sobre la salud física individual o colectiva.

Metodología

Se impartirá educación en el servicio para informar a todos los enfermeros sobre esta patología.

Conclusiones

Mediante esta educación esperamos conseguir una formación sobre esta patología y una manera de llevar a cabo los cuidados que necesitan estos pacientes.

EL DOLOR EN EL ARTE, ANALISIS ICONOGRÁFICO DE LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Autores: Mercedes Núñez del Castillo*, José Siles González**

**Profesora asociada del Departamento de enfermería de la Universidad de Alicante, enfermera asistencial, Urgencias Hospital Universitario de San Juan de Alicante*

*** Catedrático de enfermería fundamental del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante*

INTRODUCCIÓN

Se trata de un estudio del descriptivo, retrospectivo, histórico-etnográfico de los cuidados de enfermería, analizado desde la perspectiva de las necesidades básicas de Virginia Henderson, utilizando como fuente la iconografía.

A partir de la lectura, observación o mediante experiencias prácticas se observa que existen iconografías en las que aparecen cuidados de enfermería. Estas fuentes iconográficas reflejan y transmiten a la sociedad y la cultura de ese momento, aportando datos importantes sobre el pasado de la actividad cuidadora.

A lo largo de los siglos, con el difícil acceso del pueblo a la cultura y el saber, es probable que estas fuentes fueran la forma silenciosa y a la vez viva de hacer llegar la información necesaria para mantener la supervivencia, mejorar la alimentación o la higiene, e informar de la forma de ayudar a nacer a un niño y que en realidad, “..En consecuencia, cabe afirmar que, desde los orígenes del hombre, las actividades de enfermería tienen su

reflejo en los cuidados más elementales, que son los relacionados con la supervivencia: Los cuidados durante el parto, la crianza, la lactancia y el destete..” (Siles, 1999).

Por tanto, resulta interesante conocer la forma de expresión artística que se utiliza desde entonces para saber quienes somos y que cuidados hemos dado.

Santo Tomás, opina que “....investigar en historia, implica saber utilizar los instrumentos que el tiempo ha ido poniendo a nuestra disposición....” .Es por tanto la iconografía una fuente importante que podemos y debemos utilizar las enfermeras que deseamos conocer nuestro pasado..” (Santo Tomas,1997).

La respuesta a como aliviar el sufrimiento a un paciente ha sido una búsqueda constante a lo largo de la historia de la humanidad.

Según Henderson, el cliente que no puede satisfacer adecuadamente cualquiera de sus necesidades fundamentales, en sus dimensiones bio-psicosocial-cultural, presenta manifestaciones de dependencia.

Esto es, que presenta signos observables de una deficiencia más o menos importante a nivel de una o más necesidades y que se confía a los cuidados enfermeros.

Mediante una observación eficaz y constante la enfermera está atenta a estas manifestaciones de dependencia que se presentan ante el dolor.

La enfermera puede observar las fuentes de dificultad (impedimento para conseguir la satisfacción de las necesidades), pero también puede observar a nivel de manifestaciones de dependencia o incluso se puede observar a través de las actividades.

De hecho, afirma Henderson, que la persona que no tiene satisfechas las necesidades no es independiente, en cuyo caso el papel de la enfermera es el de suplir lo que él no puede hacer para ser lo más autónomos posibles.

La satisfacción de varias necesidades puede ser perturbada por una fuente de dificultad cualquiera u otras fuentes de dificultad pueden intervenir para obstaculizar la satisfacción de ciertas necesidades.

El dolor entraña manifestaciones en el aspecto físico, psicológico y a menudo difícil de separar las unas de las otras, pues varía de unas personas a otras.

Según la asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP), lo definen como "aquella experiencia sensorial des-

agradable asociada o no a lesión histica real o potencial y que se describe con las características propias de dicha lesión" (Bardina, 2003).

Para realizar el estudio se tiene en cuenta la clasificación del dolor propuesta por Bardina (2003) en el que clasifica el dolor según la temporalidad en agudo y crónico, definiendo el dolor agudo como "...aquél que aparece tras la lesión tisular.. con significado funcional de alarma para el organismo..", "...Es temporal y está ligado al tiempo desapareciendo o disminuyendo al cesar la causa que lo originó..". Y como dolor crónico la misma autora lo define como "... todo cuadro álgido de más de tres meses de duración, persiste después de la lesión que lo originó y se califica de inútil, ... siendo sus características que en este tipo de dolor prevalecen más las alteraciones psíquicas que las orgánicas, y que las causas pueden ser poco claras.. presentando ciertos factores favorecedores como los psicológicos o conductuales..".

Dentro de esta primera clasificación se van a incluir los dolores quirúrgicos, heridas y extracciones dentales y los partos. En el segundo grupo se incluyen los dolores oncológicos y los psicológicos y sociales como la miseria o el "mal de amores".

Objetivo general:

Demostrar que el material iconográfico constituye una fuente para la historia de la enfermería.

Objetivos específicos:

- Demostrar a través de la iconografía que la profesión enfermera en sus diferentes denominaciones y funciones ha estado presente a lo largo de la historia.
- Describir y analizar los cuidados de enfermería desde la perspectiva de V. Henderson en la iconografía orientados al dolor en sus diferentes vertientes.
- Demostrar mediante análisis iconográfico, que la iconografía refleja de forma holística las realidades de los cuidados de la salud.

Hipótesis nuclear.

La iconografía constituye una fuente de estudios para la historia de la enfermería.

Otros puntos de partida:

- La profesión enfermera en sus diferentes denominaciones y funciones, ha estado presente a lo largo de la historia en las diferentes fuentes iconográficas
- La iconografía constituye una fuente para analizar los cuidados de enfermería relacionados con el dolor desde la perspectiva de Virginia Henderson
- La iconografía refleja de forma holística las realidades de los cuidados de la salud.

METODOLOGÍA

El material iconográfico que se va a uti-

lizar para verificar o refutar las hipótesis es tanto civil como religioso, obtenido mediante búsqueda iconográfica (anexo 1), analizándolo desde principio de la historia hasta nuestros días.

Las variables, también están distribuidas por categorías y corresponden a las 14 necesidades básicas de Henderson.

Análisis de los datos

Los datos cualitativos se han recogido a través de la observación de las iconografías seleccionadas y para analizar las iconografías, se llevan a cabo dos tipos de análisis, el iconográfico propiamente dicho y el antropológico.

Para analizar las iconografías, se va a utilizar la interpretación iconográfica propuesta por (Panofsky, 1995).

Para realizar los análisis iconográficos de pintura y escultura se va a utilizar los esquemas propuestos por (Siles, 1999)

PLAN DE TRABAJO

Para ello se ha realizado la búsqueda bibliográfica en las bases de datos de enfermería CUIDEN, CUIDATGE, BDI, ENFISPO, MEDLINE, utilizando en primer término las palabras clave, enfermera, enfermería, cuidados de enfermería, arte, iconografía, pintura, escultura, fotografía, carteles y filatelia, tanto en español como en inglés para realizar la búsqueda en MEDLINE.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

De las 15 iconografías analizadas, se observan claramente 57 necesidades de las descritas por Virginia Henderson, de estas un 10 son independientes y el resto, 47 dependientes.

NECESIDAD DE MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Es la necesidad más representada, apareciendo tanto en las iconografías que representan el dolor agudo como el crónico, bien como manifestaciones de dependencia, siendo el 42% de la necesidad observada como intervenciones de cuidado o técnicas.

Las manifestaciones de independencia observada de esta necesidad están relacionadas todas con el momento del parto, siendo observado esto en la prehistoria y en Edad Media.

NECESIDAD DE ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER LOS TEGUMENTOS.

Es la segunda necesidad más representada, siempre como manifestaciones directas de dependencia, bien observadas en forma de herida, bien quirúrgica o de guerra o las observadas como extracción dental, en las que las facciones y expresión de los protagonistas hablan por si solos, observándose así mismo como tumoración e inflamación en el dolor crónico.

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.

Esta necesidad aparece en forma de manifestación de dependencia en el dolor agudo, y solo un 12,5% lo son de independencia, relacionadas estas siempre con el parto, en el dolor crónico las manifestaciones observadas son de independencia.

NECESIDAD DE OCUPARSE PARA RECREARSE.

En el dolor agudo se observan las manifestaciones en forma de independencia en el 17% en la prehistoria y de nuevo relacionadas con el parto, y el resto son manifestaciones de dependencia, en el dolor crónico solo se observan manifestaciones de independencia en esta necesidad.

NECESIDAD DE APRENDER.

Escasamente representada, siendo las presentaciones en forma de independencia de esta necesidad y siempre en las iconografías relacionadas con el dolor agudo.

DISCUSIÓN

Atendiendo a los objetivos del estudio, se comentan los resultados más llamativos y las diferencias entre los datos referentes a las necesidades de Henderson en las iconografías analizadas.

El aprendizaje como valor sociológico, hace que mediante la pintura puedan aprender a lo largo del crecimiento, y no es precisamente una necesidad ampliamente observada de forma objetiva, pero si de forma implícita.

Al analizar las iconografías relacionadas con el dolor, se observan la mayor parte de las veces manifestaciones de dependencia, pero también se observan las actividades que se realizan para satisfacerlas siendo las fuentes de dificultad más obvias las físicas, psicológicas y sociológicas.

El hecho de encontrar manifestaciones de independencia en las iconografías relacionadas con el parto en la necesidad de mantener una buena postura, nos confirma el hecho del conocimiento del autocuidado, y la necesidad de aprendizaje, (Siles, 1999), afirma que en los pueblos primitivos uno de los mecanismos de transmisión del conocimiento es a través de la observación de procedimientos rituales o de los cuidados de supervivencia o cotidianos, lo que refuerza esta tesis.

En el dolor oncológico, el dolor es observado mediante signos indirectos, como son los tumores, ganglios o enrojecimiento de la tumoración, según afirma (Grau, 2001) sería un estadio IIIb, pero no se observan manifestaciones objetivas que indiquen que la modelo tiene dolor en el momento de posar, en el dolor psicológico por el contrario sí se observan manifestaciones directas, aunque también en alguna obra se puede llegar a observar signos indirectos que pueden ser manifestación de la respuesta fisiológica y psicológica producidos casi siempre por problemas sociales.

CONCLUSIONES

Con la muestra analizada han alcanzado los objetivos y se confirman las hipótesis que se plantean en el proyecto, llevando a las siguientes conclusiones:

Que la iconografía representa una fuente para estudiar los cuidados de enfermería y la historia de la profesión.

La iconografía es una fuente para analizar los cuidados desde la perspectiva de Virginia Henderson.

Que hay un dominio en las manifestaciones de dependencia en las iconografías analizadas sobre el dolor.

Que los conocimientos empíricos e intuitivos que han adquirido las cuidadoras de forma oral están presentes en las iconografías.

Y se ha demostrado mediante el análisis iconográfico, que las diferentes formas de iconografía reflejan de forma holística las realidades de los cuidados enfermeros.

A pesar que la necesidad de aprendizaje no está muy presente en las iconografías, éstas suponen un medio directo de aprendizaje.

Es un trabajo pionero en el marco de la Enfermería al instrumentalizar un Modelo de Enfermería (HENDERSON), para realizar una interpretación iconográfica de la enfermería. Por lo que hay que profundizar en esta temática vinculando la iconografía y los cuidados de salud.

Dirección de contacto:

mercedesndelc@telefonica.net

Este trabajo ha sido presentado en las XII Jornadas de Enfermería de la Comunidad Valenciana en Anestesia-Reanimación y Terapia del dolor en Castellón, 28 de mayo de 2004.

BIBLIOGRAFÍA

- BARDINA, A (2003): Tipos de dolor. ¡14-18) en: manual práctico de dolor. Dirigida por Ruiz Castro, M. Edita: Ruiz Castro, M. Miembros del Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.
- GRAU, JUAN J; (et al). (2001): *Cáncer de mama en los cuadros de Rubens y Rembrandt*. Medicina Clínica. Marzo 116 (10):380-384.
- PANOFSKY, E (1995): *El significado en las artes visuales*. Alianza Editorial.
- RIOPELLE, L. (1993): *Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona*. Editorial Interamericana Mc. Graw-Hill.
- SANTO TOMÁS PÉREZ, M. (et al). (1996): *Iconografía: un instrumento para la investigación histórica*. Index Enferm V(16-17): 87-88.
- (2001): *Iconografía y cuidados de enfermería*. Alcalá de Guadaíra, Sevilla: Pp. 77-78.
- SILES GONZALEZ, J. (1999): *Historia de la Enfermería* volumen I. Consejo de enfermería de la Comunidad Valenciana.

RELACIÓN DE ICONOGRAFÍAS ANALIZADAS

1. FIGURA FEMENINA DE ?CATAL HÜYÜK. autor: anónimo, Museo arqueológico de Ankara.
2. AQUILES VENDANDO LAS HERIDAS A PATROCLO. Autor: Sosias. Staatliche Museem Berlin.
3. PARTO ASISTIDO POR UNA COMADRONA. Autor: anónimo. Roma.
4. PARTO. Iglesia de Cervatos (Cantabria).
5. TULLIDO CON ÚLCERAS. Autor: Anónimo.
6. RECUPERACIÓN DE LA BAHIA DE TODOS LOS SANTOS. Autor: Juan Bautista Maino. Museo del Prado. Madrid.
7. SACAMUELAS. Autor: Caravaggio.
8. OPERACIÓN QUIRÚRGICA. Autor: David Teniers. El Joven. Museo del Prado. Madrid.
9. LA ENFERMA DE AMOR. Autor: Jan Oteen. La Haya
10. La extracción de un diente. Autor: Dou.
11. ORFEO Y URINICE. Rubens Museo del Prado. Madrid.
12. LAS TRES GRACIAS. Rubens Museo del Prado. Madrid.
13. AMOR Y PSIQUE. Autor: Jacob Jordaens. Museo del Prado. Madrid
14. EL ALBAÑIL HERIDO. Autor: Goya. Museo del Prado. Madrid
15. MADRE E HIJO CON PAÑUELO O DESESPERADOS. Autor: Picasso. Museo Picasso Barcelona.

**XI REUNIÓN ANUAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA**

25 Y 26 de noviembre de 2004
Palacio de Congresos de Cataluña
BARCELONA

Jueves, 25 de noviembre de 2004

08:30 Entrega de documentación

09:15 Acto de inauguración.

09:30 Conferencia inaugural: "Marco general para los cuidados especializados con enfermos neurológicos"

Prof. Concha German.

Profesora titular de Enfermería Comunitaria. Coordinadora del Segundo Ciclo de Ciencias Sanitarias: Enfermería.

Representante española en el estudio Tuning de la Unión Europea. Universidad de Zaragoza.

10:30 Pausa / Café.

11:00 - 14:00 Comunicaciones orales

12:00 - 16:00 VOTACIONES: ELECCIONES SEDENE

15:30 - 17:30 Comunicaciones orales

17:45 - 19:00 Resultados Elecciones

Asamblea General Ordinaria de Socios de la S.E.D.E.N.E.

Viernes, 26 de noviembre de 2004

09:00 - 10:30 CURSO-TALLER – Metodología cualitativa (Grupo 1)

CURSO-TALLER- Búsqueda bibliográfica (Grupo 2)

10:30 Pausa / Café

11:00 - 12:30 CURSO-TALLER – Metodología cualitativa (Grupo 2)

CURSO-TALLER- Búsqueda bibliográfica (Grupo 1)

12:30 Sesión de PÓSTERS

15:30 - 17:30



Mesa Redonda: "El dolor en el paciente neurológico"

Coordinador: Dr. Jordi Serra. Neurólogo.

Sociedad Española de Neurología. Coordinador Grupo de estudio sobre dolor neuropático.

17:30 - 18:00 Comunicación de los premios

18:00 ACTO DE CLAUSURA

INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR:

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

FECHA:

25 y 26 de noviembre de 2004.

Secretaría técnica:

Catalana Congressos
C/ Casp, 120, 3º 4ª. 08013. Barcelona.
Tfno: 93 244 91 50 Fax: 93 244 91 51

Apreciados Sres,

Os informamos que los datos de acceso a la revista de la sociedad que encontraréis en la página web son:

Contraseña: sedene2004

Usuario: sedene2004

Asimismo os recordamos que a partir de octubre únicamente los socios tendrán acceso a ella.

Saludos,

Secretaría Técnica

Apreciado/a socio/a,

Deseamos informaros de la **CONVOCATORIA de ELECCIONES del 2004 para los cargos de Vicepresidente y un Vocal Local**. Las bases son las siguientes:

Fecha y lugar de las elecciones

Las elecciones se iniciarán el día 25 de noviembre de 2004 a las 12h. en el Palacio de Congresos de Cataluña y se procederá al cierre de las urnas para iniciar el escrutinio a las 16h. La elección de los cargos se celebrará en el transcurso de la Asamblea General ordinaria durante la XI Reunión Anual de la SEDENE.

Presentación Candidaturas

Las candidaturas se presentarán a la Secretaría de SEDENE (Events & Congresses Bureau, S.L. C/ Casp, 120 3r-4ª 08013 Barcelona) antes del 25 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 también podrán remitirse por correo certificado, constando en este caso como fecha de recepción la que figure en dicho certificado.

La Junta Directiva proclamará candidatos a aquéllos que reúnan los requisitos establecidos antes del 25 de octubre.

En caso de que no haya ningún candidato a algún cargo, 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, si los mismos no han sido cubiertos por candidaturas presentadas por los asociados.
- d) Nombrar representantes de la sociedad en organismos civiles, profesionales y gubernamentales.
- e) Cubrir provisionalmente las vacantes que puedan producirse en la Junta Directiva y en los comités permanentes.
- f) Cuidar del exacto cumplimiento de los estatutos sociales.

El Presidente de la asociación asume la representación legal de la misma, ejecutará los acuerdos adoptados por la Asamblea general y la Junta Directiva, cuyas presidencias ostentará igualmente.

Estará asistido del Vicepresidente, el cual le sustituirá en los casos de ausencia, incapacidad o enfermedad.

El Vicepresidente pasará automáticamente a ser Presidente de la Junta Directiva de la SEDENE al concluir el mandato del Presidente.

En caso de que quede vacante la plaza de Presidente, el Vicepresidente ocupará su cargo durante el tiempo restante para el que aquél fue elegido, y finalizado éste, desarrollará el cargo de Presidente durante el período de 2 años. (Artículo 32)

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.

Funciones de los Vocales

- a) Colaborar en las funciones de la Junta Directiva, asistiendo a la misma con voz y voto.
- b) Ejercer cualquier función expresamente delegada por la Junta Directiva.
- c) Sustituir al resto de los componentes de la Junta en caso de ausencia, incapacidad o enfermedad.
- d) Facilitar e impulsar la participación de los socios de su zona de responsabilidad.
- e) Promover el desarrollo científico de la SEDENE en su zona.

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.

<http://www.sedene.com>

Barcelona, 13 de setembre de 2004

XI REUNIÓN ANUAL S.E.D.E.N.E.

Bases de las Comunicaciones Científicas

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

Es condición indispensable que el autor /es de la comunicación estén inscritos en la XI Reunión Anual de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica.

El resumen de la comunicación tendrá un máximo de 500 palabras y deberá contener los apartados de Objetivos, Material y Métodos, Resultados y Conclusiones.

Se deberá especificar la preferencia de presentación de la comunicación: oral o póster.

Los pósters tendrán unas medidas máximas de 150 x 100 cm.

El comité científico informará de la aceptación o no de las comunicaciones antes del 11 de noviembre de 2004.

Los autores de las comunicaciones, podrán publicarlos en revistas científicas, haciendo constar que ha sido presentado en esta reunión.

Los autores interesados en presentar una comunicación a la reunión, deben enviar el resumen de la misma a la Secretaria Técnica:

Events & Congresses Bureau, S.L. C/ Casp, 120, 3º,4ª. 08013. Barcelona

o por correo electrónico: *info@sedene.com*

antes del 4 de noviembre de 2004.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

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

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

Catalana de Congresos

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

Tel. 93 2449150 – Fax 93 2449151.

E-mail: info@sedene.com

www.catalana-congressos.com – www.sedene.com

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

