



Segundo Semestre 2006

Nº 24

# **PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA**

**SEDENE**

## JUNTA DIRECTIVA

DOLORES VÁZQUEZ SANTISO	<i>Presidente</i>
JORDI PUJIULA MASÓ	<i>Vicepresidente</i>
CARMEN MÁRQUEZ REBOLLO	<i>Secretaria</i>
RAIMUNDO CARO QUESADA	<i>Tesorero</i>
VICENTA SÁNCHEZ BERNARDO	<i>Vocal</i>
MIGUEL GARCÍA MARTÍNEZ	<i>Vocal</i>
ANA MORENO VERDUGO	<i>Vocal</i>
MARGARITA DEL VALLE GARCÍA	<i>Vocal</i>
SILVIA REVERTER VILLAROYA	<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

- Editorial ..... pag 5
- Carta de la Presidenta ..... pag 6
- Calidad de vida en pacientes epilepticos tratados con cirugía ..... pag 8
- ¿Qué esconde tu silencio? ..... pag 12
- Tiempo de demora y grado de satisfacción de la rehabilitación  
extrahospitalaria de los pacientes con ictus ..... pag 17
- Plan de cuidados en pacientes de Parkinson con implantación  
de una bomba de Duodopa ..... pag 23
- Crónicas. Valdedios. Monumento a la enfermera desconocida ..... pag 31
- Puesta al día ..... pag 36



## EDITORIAL

Después de recibir, este “derroche” de ciencia, en la última publicación de la que soy responsable, no he podido evitar escribir estas letras.

Dicen que la vida es como un tren, con muchas estaciones y andenes. Quiero daros las gracias por este trayecto que hemos compartido, debemos seguir hasta la estación final, creo que todos nos lo merecemos, podéis contar siempre conmigo.

**Carmen Pérez Molto**

## CARTA DE LA PRESIDENTA

Saludo a todos los que me lean, al tiempo que les deseo sol y lluvia donde ésta es necesaria, también decir que les deseo salud, dinamismo y una cierta ansia de superación y competitividad junto con la capacidad de adaptarse a los cambios y a la evolución que el futuro nos depara, tanto a nivel personal en dinámica de vida y relación como a nivel profesional, donde la puesta en escena de nuestras habilidades y conocimientos enfermeros especializados en pacientes neurológicos lo hacen, si cabe, más difícil; es casi imposible empatizar y ponerse en el lugar de aquel que difícilmente tiene cabida!. El impacto socio-familiar de las personas afectadas de patologías neurológicas sean estas transitorias, agudas y/o crónicas puede ser altamente frustrante y demoledor tanto para el afectado como para el cuidador y/o familia; corresponde a la enfermería neurológica en gran medida aliviar este primer impacto y ofrecer directrices, consejos, guías y ser referencia de consulta y educación para estos pacientes y su familiar y/o cuidador, por ello nuestro empeño e interés debe ser el desarrollo continuo y avanzado de nuestra especialidad.

La SEDENE desde su fundación hace ya XIII años ha aunado los esfuerzos de los profesionales enfermeros comprometidos con los cuidados neurológicos, implicándose en el reconocimiento de nuestra especialidad desde un compromiso nacional a una proyección internacional, pues a través de la SEDENE formamos parte de la Federación Mundial de enfermería en Neurociencias (World Federation of Neurosciences-Nursing) como sociedad adherida. Sabemos que nuestra enfermería es bien apreciada y valorada en otros países y nuestra página Web es visitada por profesionales de otras naciones. Podría alargarme sobre este tema, sin embargo, el otoño me recuerda que el árbol de hoja caduca cada año renueva su color, sus hojas, sus retoños, forma parte del ciclo de la naturaleza, todo ello dentro de una armonía y dinámica que enriquece cada estación, de la misma manera que la SEDENE debe de seguir renovando sus proyectos y su directiva.

Quiero, como socia, miembro de la junta directiva y presidenta en estos dos últimos años aprovechar la facultad que ello me brinda para expresar a todos los socios mi amistad y agradecimiento por estar ahí, por participar y colaborar desde cualquier punto de la geografía, agradecer también a aquellas instituciones sanitarias que nos han



brindado la oportunidad de celebrar jornadas neurológicas en sus centros, uniéndose a nuestra causa en distintos puntos de la península y en las islas Baleares. Mi reconocimiento más expresivo si cabe para la SEN (Sociedad Española de Neurología) que ha sido y es nuestra impulsora y colaboradora, sobre todo en nuestros encuentros anuales en la ciudad condal; y como no podía ser menos, mi más sincero agradecimiento a los miembros de la industria farmacéutica que han apostado y apuestan por la enfermería neurológica y nos ofrecen su apoyo en la realización de actividades y proyectos. A todos gracias!! Porque habéis facilitado el camino y consolidación de la SEDENE.

Hay silencios muy significativos, que son una forma de expresión, así la ausencia de la nota de la Editorial, de la cual ha sido responsable durante todos estos años Carmen Pérez Moltó, destacando siempre por su discreto estar y el desempeño responsable de una función que precisa de criterio, conocimientos y puesta en escena impresa y armónica de los contenidos de la revista de la SEDENE, ella, Mamen para los amigos y compañeros, cuenta con nuestra admiración y reconocimiento, le deseo mucho éxito en todos los aspectos de su vida y que sepa que su callado adiós no pasará desapercibido para los lectores, la echaremos de menos.

Es importante, estimados lectores, que recordemos que la SEDENE, sociedad de carácter científico ha surgido con la finalidad de desarrollar y poner en común unos intereses dirigidos a la atención especializada de los cuidados neurológicos y neuroquirúrgicos, potenciando la actualización, optimización, investigación, planificación y metodología de los cuidados enfermeros neurológicos, ampliando sus actividades desde aquellas reuniones anuales en Barcelona a otros enclaves de la geografía, gracias al esfuerzo de los vocales de zona, colaboradores e instituciones.

Pasado, presente y futuro deben fundirse con la finalidad de que nuestra sociedad avance en beneficio de la incondicional dependencia del paciente neurológico, su patología, sus limitaciones...

Aún así, a pesar de todo, en Neurología, evocando a Oscar Wilde *“uno debería ser siempre un poco improbable”*

**Dolores Vázquez Santiso**

## CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EPILÉPTICOS TRATADOS CON CIRUGÍA

Esther Díaz Gómez\* y María Barat González\*\*

\*Coordinadora Unidad de Epilepsia Fundación Jiménez Díaz. \*\*Enfermera Unidad de Epilepsia Fundación Jiménez Díaz

### INTRODUCCIÓN

La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive, por la sociedad, la cultura, las escalas de valores...

Según la OMS, la calidad de vida es: «la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno».

Es un concepto difícil de cuantificar pero cada vez mas importante en cada actuación en el enfermo el "Como se siente el enfermo" frente a "Como piensa el Personal Sanitario que se siente el enfermo" que ha sido el pensamiento dominante.

La epilepsia farmacorresistente produ-

ce una importante alteración en la calidad de vida del enfermo. La cirugía de la epilepsia es un método efectivo en el tratamiento en algunas formas de la epilepsia farmacorresistente.

### CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES EPILÉPTICOS

Entendemos como problemas que repercuten en la calidad de vida de los paciente epilépticos farmacorresistente aquellos que la enfermedad induce:

En las relaciones humanas (familia, amigos, matrimonio, colegas de trabajo.....

Las instituciones (colegios, justicia y especialmente la posibilidad de conducir, puesto de trabajo) .

La percepción del propio enfermo de su entorno (estatus socioeconómico, sexo, raza, ect..

Son factores de riesgo para que aparezcan problemas en la calidad de vida del enfermo:

Crisis severas, frecuentes y que la condición aparezca de forma crónica. Los enfermos controlados, aproximadamente el 70% del global, no tienen una merma en



la calidad de vida

Presencia de otros problemas médicos o déficits. En niños son relevantes los problemas de atención y concentración.

Actitudes negativas del enfermo frente a la enfermedad.

Falta de apoyo familiar, en los niños la falta de apoyo en el medio escolar y las expectativas irreales que el enfermo o la familia se labran frente al futuro.

En el adulto el medio laboral es el que genera los principales problemas.

## **MATERIAL Y METODOS:**

Estudio prospectivo en 47 pacientes con EFR sometidos a cirugía de epilepsia en la Fundación Jiménez Díaz en los años 2001 al 2004.

24 varones y 23 mujeres, con edad media de inicio de la epilepsia 13,3 años (1-30) y edad media en el momento de la cirugía de 36,5 años (19-52).

Se realizó RNM cerebral, monitorización vídeo-eeg y estudio neuropsicológico precirugía.

Los pacientes cumplimentaron un cuestionario de calidad de vida en epilepsia (QOLIE 31) antes y un año después de la cirugía.

Se compararon el número de crisis mensuales (NCM) en el año anterior a la cirugía con el NCM al año de la intervención y la calidad de vida (CV) en estos dos mo-

mentos.

Se estableció una comparación entre el porcentaje de cambio respecto al número de crisis y el porcentaje de cambio en la calidad de vida.

Realizamos estos análisis dividiendo a los pacientes en dos subgrupos, en función del tiempo transcurrido entre el inicio de las crisis y la cirugía: igual o menor de 20 años y más de 20.

## **RESULTADO**

Tras la cirugía el 80% de los pacientes estaban en el grupo de clase I de Engel, 12,5% en clase II y un paciente (4%) en clase III.

Se observó una disminución estadísticamente significativa en el NCM después de la cirugía:  $18,13 \pm 22,8$  vs  $1,33 \pm 6,1$  (p 0,0001).

Constatamos asimismo una mejoría significativa en la calidad de vida (CV) tras la intervención: QOLIE31  $54,25 \pm 18,13$  vs  $65,8 \pm 14,57$  (p 0,0063).

Al analizar la relación entre los porcentajes de cambio de estos dos parámetros encontramos tendencia a una correlación lineal, aunque no significativa (r 0,009)

En los pacientes con 20 o menos años de evolución el NCM fue  $19,42 \pm 24,7$  y  $0,07 \pm 0,16$  (p 0,0005) antes y después de la cirugía.

En los pacientes con más de 20 años de

evolución el NCM antes y después de la intervención fue respectivamente  $16,5 \pm 21,9$  y  $2,6 \pm 8,6$  ( $p 0,0005$ ).

En el grupo operado más precozmente los resultados en el QOLIE fueron  $60,64 \pm 17,69$  vs  $64,71 \pm 15,93$  ( $p 0,36$ ).

En el subgrupo de pacientes con más larga evolución los resultados del QOLIE fueron  $46,08 \pm 17,10$  vs  $66,33 \pm 13,15$  ( $p 0,02$ )

## DISCUSION:

1-La cirugía de la epilepsia con lleva una reducción significativa en el número de crisis y mejora la calidad de vida.

2-Es probable que otros factores diferentes de la mera disminución del número de crisis, como el tiempo de evolución hasta la cirugía, influyan en la calidad de vida.

3-El número de pacientes en nuestro estudio es bajo, por lo que no tenemos potencia estadística suficiente para demostrar este punto, pero abre la puerta a futuros estudios encaminados a definir qué otros factores están implicados.

## REFERENCIAS

- Wiebe S, Blume WT, Girvin JP, et al. A randomized, controlled trial of surgery for temporal – lobe epilepsy. *N Engl J Med* 2001; 345:311-18
- Birbeck GL, Hays RD, Cui X, Vickrey BG. Seizure reduction and quality of

life improvements in people with epilepsy. *Epilepsia* 2002; 43:535-8

- Lowe AJ, David E, Kilpatrick CJ et al. Epilepsy surgery for pathologically proven hippocampal sclerosis provides long-term seizure control and improved quality of life. *Epilepsia* 2004; 45:237-42
- Sánchez-Álvarez JC, Serrano Castro P J, Cañadillas Hidalgo. Epilepsia refractaria del adulto. *Rev Neurol* 2002; 35:931-53
- Torres X, Arroyo S, Araya S et al. The Spanish version of the Quality of Life in Epilepsy inventory (QOLIE-31): translation, validation and reliability. *Epilepsi* 1999;

## 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, 2º 1ª - E-08007 Barcelona

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

Dirección correo electrónico: [sedene@uex.es](mailto:sedene@uex.es)

[www.sedene.com](http://www.sedene.com)

## ¿QUÉ ESCONDE TU SILENCIO?

M<sup>a</sup> del Carmen Pajuelo; Cristina Blázquez; Ana Maria Jordan; Mayte Medina;  
Consuelo Beltran.

*Presentado en las III Jornadas de enfermería Neurológica. Setiembre. Madrid*

Bajo el título "¿Qué esconde tu silencio?" planteamos una reflexión acerca de la existencia de depresión en pacientes afásicos postictus, y como esta actúa en el estado de ánimo del paciente suponiendo una barrera en su recuperación y por tanto en su calidad de vida.

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad cerebro-vascular es uno de los problemas de Salud Pública más importante en la actualidad. De hecho, estadísticamente es la tercera causa de muerte en el mundo occidental, tras la enfermedad coronaria y el cáncer, y es la primera causa de invalidez permanente entre las personas adultas. Un tercio de las personas que sufren un ictus mueren durante las 6 primeras horas, y dos tercios de los supervivientes presentan discapacidad.

Es el motivo de ingreso más frecuente en neurología y uno de los procesos que comparten mayor estancia media, ocasionando el mayor coste dentro de lo presupuestos hospitalarios.

La lesión cerebral producida por el ictus puede provocar diversos cambios como son: alteraciones de la movilidad, sensibilidad, orientación en el tiempo y espa-

cio, reconocimiento del propio cuerpo, percepción, continencia, eliminación, simetría corporal, comunicación verbal y no verbal, así como importantes alteraciones del **ESTADO DE ÁNIMO**.

El ictus es una de las experiencias más traumáticas que pueden ocurrirle a alguien tanto por sus secuelas como por su forma de aparición o inicio brusco, circunstancias estas que impiden al enfermo y familia adaptarse a la nueva situación; el paciente ve como su vida cambia de forma brusca e inesperada, y de la noche a la mañana, la persona que se valía por sí sola, que se relacionaba con su familia y amigos, se encuentra postrada en una cama, desorientada y sin capacidad para comprender qué ha pasado exactamente.

Es por esto que para la mayoría de los afectados por esta patología la consecuencia más dolorosa sea la pérdida de su independencia que lleva a los enfermos a tener sentimientos de frustración y desesperación. Si añadido a esto existe una alteración del lenguaje y por tanto una incapacidad para comunicar sus ideas, sentimientos, miedos, preocupaciones, dolor, la única respuesta es el **SILENCIO**, encontrándonos frecuentemente a un paciente triste, aislado, irritable, que rehúsa toda

actividad, indiferente, en definitiva, deprimido.

## **ALTERACIONES EMOCIONALES Y DE CONDUCTA.**

El lenguaje se considera una de las funciones más importantes del ser humano al permitir no solo la relación y comunicación del hombre con sus semejantes, sino también la propia vida intelectual.

El lenguaje incluye la comprensión y la transmisión de las ideas y sentimientos mediante sonidos, signos o gestos debidamente ordenados según unas reglas.

En la producción del lenguaje intervienen los órganos sensoriales encargados de recibir un estímulo, un sistema de comunicación formado por las vías nerviosas que transportan esa información, un mecanismo que permite interpretar esas señales y darles una respuesta adecuada y finalmente órganos capaces de articular y exteriorizar esa respuesta.

Estos componentes del lenguaje no se encuentran aislados entre sí, al contrario, están incorporados en un sistema integrador que hace posible todo este proceso y que se encarga de la percepción, comprensión y elaboración del lenguaje.

En el caso de un ACV esta integración global es la que se encuentra afectada, y no solamente un aspecto concreto del lenguaje, lo que explica la complejidad de las limitaciones en la comunicación que

suelen padecer estos enfermos.

Estos trastornos causados por la lesión cerebral, que impiden o dificultan emplear el lenguaje que poseía con anterioridad, en cualquiera de sus formas son lo que se denominan AFASIAS.

A pesar de la dificultad que existe en la comunicación con este tipo de pacientes, a través de nuestra experiencia diaria en el cuidado de los pacientes postictus, hemos podido apreciar que existe una serie de **alteraciones emocionales** que se manifiestan a través de **cambios de conducta** del paciente y que se repiten de manera frecuente, como son:

- Marcada expresión de tristeza. Se observa una mueca de seriedad en el rostro que es muy difícil de disimular, mímica de tristeza (en aquellos en los que está preservada), gesto abatido, brazos caídos, mirada de angustia o perdida en el vacío. En los casos de depresión acentuada no se consigue que el enfermo esboce siquiera una sonrisa.
- Su estado depresivo crea un estado de dependencia hacia los demás excesivo que no está sólo relacionado con sus secuelas postictus.
- Abatimiento generalizado por el que el enfermo experimenta un sentimiento global de desesperanza, tristeza y apatía, perdiendo todo el interés por el futuro.
- Disminución de todo tipo de actividad

física que se traduce en desinterés o negación para realizar tareas mínimas relacionadas con su auto cuidado en la medida en que son capaces de realizarlas, falta de implicación y de interés en su rehabilitación; llegando así a una pasividad general en la que la única actividad física desplegada es para manifestar su estado de ánimo mediante el llanto, quejas, suspiros, gestos de desesperación...

- Dificultad general para controlar las emociones, especialmente la ira que puede estar dirigida contra uno mismo o hacia los demás. Cuando se proyecta sobre sí mismo suele estar basada en sentimientos de inutilidad y en falta de conocimiento de cómo resolver diferentes situaciones, pudiendo llevarles incluso a comportamientos autodestructivos como por ejemplo negarse a la alimentación...

También podemos observar manifestaciones psicosomáticas entre las que podríamos destacar como más habituales la astenia, alteraciones digestivas, alteraciones del sueño-vigilia (sueño discontinuo, hipersomnio durante gran parte del día...).

Un síndrome depresivo mantenido lentifica el proceso de rehabilitación y tiene una influencia negativa sobre el proceso de recuperación del enfermo; por ello, lo más importante que alguien puede hacer por la persona deprimida es **AYUDARLE** a que reciba el diagnóstico y tratamiento adecuado, ya que la depre-

sión postictus es potencialmente tratable. Por ello su detección debe ser planteada como objetivo ante cualquier mudanza del estado de ánimo de un superviviente del ictus.

## OBJETIVOS.

Sabemos que la detección de la depresión en pacientes afásicos es bastante complicada por la alteración del lenguaje, y por ello queremos hacer uso de una escala de valoración de medición de la presencia de depresión en pacientes postictus ya utilizada en otros países denominada en inglés como ADRS: VALIDATION OF THE APHASIC DEPRESSION RATING SCALE que nos gustaría traducir al castellano para poder empezar a trabajar con ella.

Para validar dicha escala debemos llevar a cabo los siguientes pasos:

- Enviar una carta a la "American Heart Association" ya que a ellos pertenece el Copyright y deben autorizar el uso de la escala. Es probable que nos pidan firmar un contrato que debería ser firmado por el Gerente del Hospital.

- Traducción del texto original: La escala debe ser traducida por dos personas: alguien ajeno a la profesión sanitaria y un profesional, ya sea médico o enfermera. Ambas traducciones deben cotejarse, el objeto es encontrar la traducción en la que converjan en comprensión tanto sanitarios (que son los que van a utilizarla



como herramienta) como no sanitarios (a quien irá dirigida). Posteriormente, deben re-traducirse al inglés, en las mismas condiciones y por otras personas diferentes, con objeto de encontrar la traducción castellana más acertada.

- Para la medición del cambio en el estado de ánimo del paciente hay que realizar dos veces la escala al mismo.
- Cuando tengamos la traducción más acertada, hay que realizarla a un grupo para hacer el pre-test.

Una vez realizada la validación de la escala pensamos que sería muy interesante comenzar a trabajar en la realización o en el desarrollo de un protocolo de actuación de enfermería en pacientes que presentan depresión postictus.

La validación de la escala de valoración de los estados depresivos y la creación de un protocolo de actuación de enfermería serían los objetivos a alcanzar.

## CONCLUSIONES.

- La depresión postictus es un factor limitante en la calidad de vida en los supervivientes del ictus por su elevada prevalencia.
- La depresión en pacientes afásicos es potencialmente tratable y su diagnóstico debería ser planteado ante cualquier mudanza del estado de ánimo del paciente.
- Consideramos necesario la validación de una escala de medición de la de-

presión en pacientes afásicos, trabajando conjuntamente con equipos sanitarios de otros hospitales que estuvieran interesados.

- Es preciso desarrollar y concretar un protocolo de actuación de enfermería para los casos objeto de este estudio.
- La finalidad de este trabajo es ayudar a nuestros pacientes afásicos a salir de su SILENCIO.

## BIBLIOGRAFIA.

- Depresión un enfoque gerontológico: Manuel González Nuñez, Pedro Gil Gregorio, Isabel Carrasco Cabeza, Silvia García Moraga.
- Manejo del paciente con enfermedad vascular cerebral aguda. Recomendaciones 2001. Sociedad Española de Neurología.
- Superar el ICTUS. Guía dirigida a las personas afectadas de una enfermedad vascular cerebral y a sus familiares y cuidadores. Generalitat de Catalunya.
- Cuidados de enfermería en hemiplejias. FUDEN.
- Tratado de enfermería neurológica. La persona, la enfermedad y los cuidados. SEDENE.
- Protocolo ICTUS-Unidad de Neurología Fundación Jiménez Díaz.
- Validation of the aphasic depression rating scale: Charles Benaim,

BrunoCailly, Dominic Perennoun,  
Jacques pelissier.

- Quality of life of stroke survivors: A research synthesis. Cathy L. Bays.
- Depression after stroke and lesion location: a systematic review. Alan J Carson, Siobhan Machale, Kathryn Allen, Stephen Mlawne, Martin Dennis, Allan House, Michael Sharpe.
- The utility of the stroke aphasic depression questionnaire (SADK) in a stroke rehabilitation unit. L Leeds, Department of Clinical Psychology, University of Wales, Bangor, RJ Meara and JP Hobson University Department of Geriatric Medicine (North Wales), Glan Clwyd Hospital, Rhyl, VK.

# TIEMPO DE DEMORA Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE LA REHABILITACIÓN EXTRAHOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS

Lucas E<sup>1</sup>, Rodrigo J<sup>2</sup>, Suñer R<sup>3</sup>, Castellanos M<sup>4</sup>, Silva Y<sup>4</sup>, Algans I<sup>5</sup>, Pujjula J<sup>5</sup>.

1. Diplomada en Enfermería. Unidad de Investigación Neurovascular de la Fundación Dr. Josep Trueta de Girona.
2. Supervisora Unidad de Neurología del Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta
3. Directora de Enfermería del Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta y profesora asociada de la Universidad de Girona.
4. Médicos Adjuntos en Neurología del Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta.
5. Enfermeros Unidad de Neurología del Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta.

## INTRODUCCIÓN

Aproximadamente unas 400 personas por 100.000 habitantes con mas de 45 años tendrán un primer ictus tanto en Estados Unidos como en Europa y Australia. El ictus es la primara causa de discapacidad en el adulto en los países desarrollados, suponiendo un elevado coste en el sistema sanitario. <sup>1</sup>

La discapacidad de estas personas varia dependiendo de la naturaleza, la severidad y el déficit inicial del ictus. Aproximadamente el 35 por ciento de los sobrevivientes con parálisis inicial de la pierna no recuperan su funcionalidad y del 20 al 25 por ciento, son incapaces de realizar un paseo sin ayuda física. <sup>2</sup>

La rehabilitación (RHB) es un proceso limitado en el tiempo y orientado por objetivos, dirigido a permitir que personas discapacitadas lleguen a un nivel funcional mental, físico y social óptimo, y a proporcionar las herramientas necesarias

para su nueva vida. La RHB del paciente con ictus tiene como objetivo fundamental tratar la discapacidad para conseguir la máxima capacidad funcional posible en cada caso y facilitar la independencia y la integración al entorno familiar, social y laboral. <sup>3</sup>

La RHB de un paciente con ictus es un proceso continuado donde la planificación con objetivos tiene que estar coordinada al largo de las diferentes fases y ámbitos de atención, de manera que se evite el fragmentar el programa de RHB.

El equipo de RHB necesario para atender a estos pacientes estará formado por un grupo multidisciplinar de profesionales (fisioterapeutas, enfermeros, terapeutas ocupacionales, neuropsicólogos, trabajadores sociales y logopedas) que trabajen coordinados para un facultativo experto en rehabilitación para conseguir los objetivos previamente marcados.

La estructura de la red asistencial debe

facilitar el acceso a la rehabilitación y su continuidad a aquellos pacientes que lo requieran. <sup>4</sup>

El paciente y su familia/cuidador tienen que estar implicados en el proceso de rehabilitación. <sup>5-6</sup>

La adherencia a guías/protocolos de rehabilitación del ictus mejoran el resultado funcional y la satisfacción del paciente con el tratamiento recibido (*Ducan et al., 2002; Reker et al., 2002*).

Pero la RHB del paciente con ictus tiene que empezar lo antes posible después de establecerse el diagnóstico y asegurar su continuidad después del alta. Los pacientes que inician la RHB durante la primera semana después del ictus tienen menos discapacidad y más calidad de vida que los que la inician más tarde (*Músico et al., 2003*). <sup>7</sup> Feys y colaboradores describen que un programa de tratamiento precoz de alta intensidad en la extremidad superior durante 6 semanas mejora la función motora del brazo a los 5 años después del ictus. <sup>8</sup>

Las necesidades de rehabilitación de cada paciente se deben de evaluar en las primeras 24-48 horas del ictus <sup>9</sup> y el tratamiento rehabilitador iniciado precozmente (la primera semana) proporciona mejores resultados (*Músico et al., 2003*).

En nuestro centro esta se inicia al día siguiente después de su ingreso pero desconocíamos si el proceso de rehabilitación

continuaba después del alta hospitalaria y si se producía continuidad tal y como se recomienda en las guías y protocolos. <sup>10</sup>

## OBJETIVO

Estudiar el tiempo de demora y el grado de satisfacción del tratamiento rehabilitador después del alta de los pacientes ingresados en la unidad de ictus (IU) durante el año 2004.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y longitudinal de los pacientes que ingresaron en la Unidad de Ictus del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona y que precisaron tratamiento RHB durante el año 2004. Se han estudiado sus características socio-demográficas, etiología, evolución, grado de satisfacción, tiempo de demora y características de la rehabilitación.

## RESULTADOS

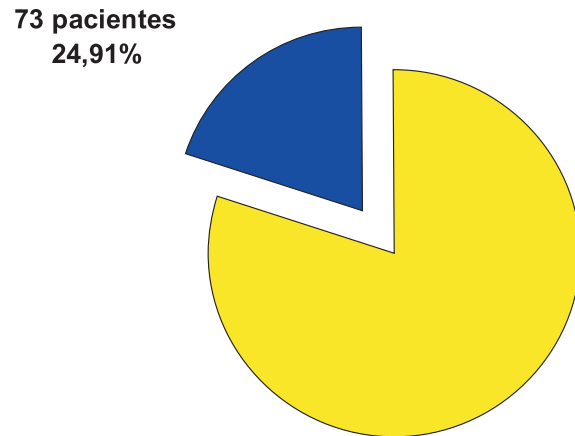
En el período estudiado, ingresaron 293 pacientes en la unidad de ictus, de estos se realizó un seguimiento a 73 pacientes (figura 1) con una media de edad de 67.75 años (DS 12.77) de los cuales el 61.6% eran hombres (Tabla 1).

La puntuación de la escala canadiense (EC) al ingreso fue de 8.8 (DS 21.09). La etiología embólica representó el 50.8% de los casos (n:33) y su ingreso desde los síntomas fue inferior a las 24 horas. Al alta, la puntuación de la EC fue de 6.8 (DS 2.5), el índice de Barthel de 39.38

(DS 32.94) (Figura 2) y la escala de Rankin modificada fue de 4 en más del 45% de los casos (Figura 3). El 61.5% de los pacientes fueron a su domicilio después de 9.98 días de hospitalización (Tabla 1).

La valoración del grado de satisfacción del tratamiento rehabilitador fue satisfactoria en el 93.15% de los casos (grado del 7 al 10) con una media de 8.01 (Figura 4), sin presentar diferencias significativas dependiendo de donde se realizara la RHB (domicilio, hospital público, concertado o centro privado). El tiempo entre el alta y el reinicio de la rehabilitación fue de 15.56 días (DS 13.96). Las mujeres (13.64 días) y los pacientes con hemorragia cerebral (13.83 días) obtuvieron tiempos más cortos (Tabla 2). En relación al destino al alta, los pacientes ingresados en centros de crónicos el tiempo medio de demora fue de 4.4 días (DS 4.58) y si el alta fue a domicilio de 19.65 días (DS 13.80). Los tiempos de demora más largos fueron para los pacientes que realizaron la RHB en su domicilio (6.8%) con 27 días de media (Tabla 3). El 53.4% realizaron la RHB en un centro hospitalario sin presentar diferencias significativas entre los centros.

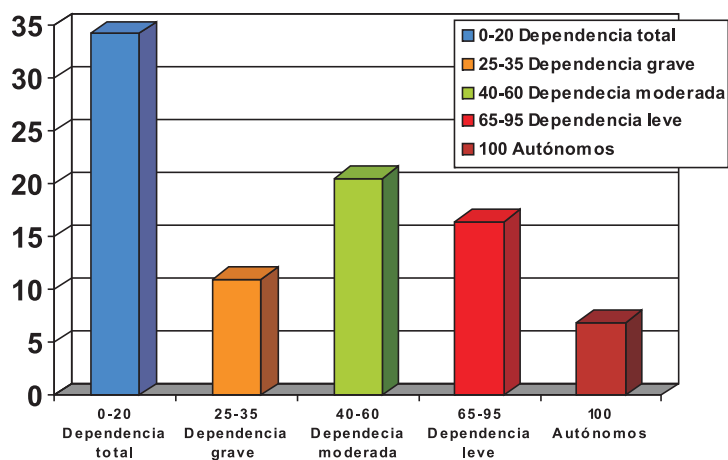
**Figura 1.**  
Número de pacientes estudiados.



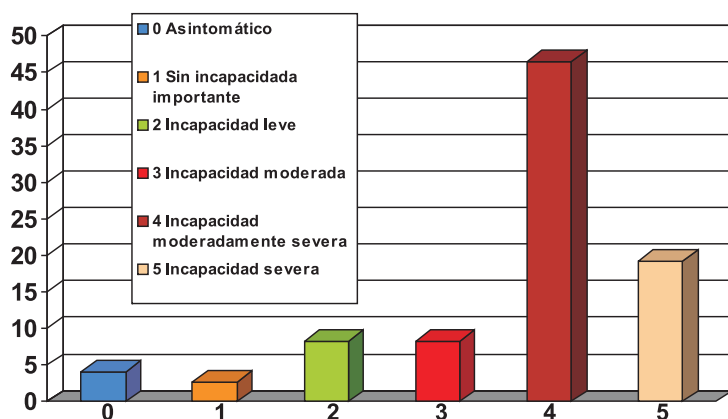
**Tabla 1.**  
Características socio-demográficas.

Sexo (H)	61.6% (45)
Edad	67.75 ds 12.77
ETIOLOGÍA	
- Isquémica	83.6%
- Embólico	50.8%
- Trombótico	4.1%
- Indeterminado	45.1 %
- Hemorrágico	16.4%
Escala Canadiense al ingreso.	6.3 ds 2.6
Rankin previo (0).	100%
Escala Canadiense al alta.	6.8 ds 2.5
Días de hospitalización Alta a domicilio	9.98 días 61.5%
Lugar de rehabilitación	
- Centro público	53.4 % (39)
- Centro privado	34.2 % (25)
- Domicilio	6.8 % (5)
- Más de un centro	5.5 % (4)

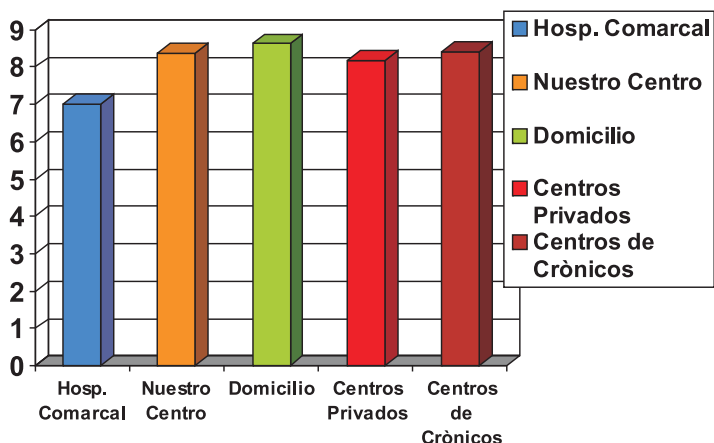
**Figura 2.**  
Índice de Barthel al alta.



**Figura 3.**  
Escala de Rankin modificada al alta.



**Figura 4.**  
Grado de satisfacción de la RHB a los 3 meses.



## DISCUSIÓN

Después de los avances en la fase mas hiperaguda del ictus y del incremento de las Unidades de ictus en España, ahora debemos monitorizar y auditar todos los procedimientos que realizamos cada día con nuestros pacientes.

En la fase aguda y sobretodo en la fase crónica de las enfermedades vasculares cerebrales debemos seguir mejorando, ya que en diversos estudios (como ya hemos visto) la terapia RHB puede favorecer en la búsqueda de la independencia de estos pacientes.

Aunque los pacientes consideraron que la RHB fue satisfactoria en la mayoría de los casos, indistintamente del sitio donde la realizaban, el tiempo desde el alta hospitalaria al reinicio de la RHB fue excesivo, especialmente en los pacientes que continuaban la RHB en su domicilio y en los hospitales comarcales. Este tiempo de demora es muy importante ya que se produce habitualmente entre la segunda y tercera semana después del ictus y es donde esta terapia tendría que ser mas intensa. A si pues debemos acortar mucho más el tiempo entre el alta y el inicio de RHB extrahospitalaria.

La RHB de un paciente con ictus es un proceso continuado y debe de



**Tabla 2.**  
Diferencias entre tiempos de demora.

		Tiempo de demora en días	p
Sexo:	- Hombre - Mujer	16.43 ds 13.50 13.64 ds 15.09	0.440
Edad:	- > 65 años - < 65 años	16.58 ds 14.91 15.15 ds 13.44	0.698
Tipo ictus:	- Isquémico - Hemorrágico	16.50 ds 14.29 13.83 ds 14.63	0.564
Déficit neurológico:	- >6 EC - ≤6 EC	14.70 ds 14.46 17.26 ds 14.36	0.495
Dependencia:	- <3 eRm - ≥3 eRm	13.10 ds 14.00 16.72 ds 14.47	0.469

**Tabla 3.**  
Diferencias entre tiempos de demora.

	Centro de Crónicos	Hospital Dr. Josep Trueta	Hospitales Privados	Hospitales Comarcales	Domicilio
Tiempo demora en la RHB	4.4 días	9 días	15.7 días	19.65 días	27 días

estar coordinado desde los distintos niveles y ámbitos de atención. El inicio temprano de la rehabilitación en nuestra Unidad de Ictus no debe de ser después del alta interrumpido o fragmentado.

## NOTAS

- Centers for Disease Control. Hospitalizations for stroke among adults aged over 65 years — United States, 2000. JAMA 2003;290:1023-4.
- Hendricks HT, van Limbeek J, Geurts AC, Zwarts MJ. Motor recovery after stroke: a systematic review. Arch Phys Med Rehabil 2002;83:1629-37.
- Dobkin BH. N Engl J Med 2005;352:1677-84.
- Guía del ictus PLA DE MALALTIES

5. New Zealand Guidelines Group (NZGG). Life after stroke. New Zealand guideline for management of stroke. Wellington (New Zealand):New Zealand Guidelines Group (NZGG);2003.
6. Royal College of Physicians (RCP): The Intercollegiate Working Party. National Clinical Guidelines for Stroke. London (United Kingdom): RCP; June 2004.
7. Musicco M, Emberti L, Nappi G, Caltagirone C. Early and long-term outcome of rehabilitation in stroke patients: the role of patient characteristics, time of initiation, and duration of interventions. Arch Phys Med Rehabil. 2003 Apr;84(4):551-8.
8. Feys et al. Early and repetitive stimulation of the arm can substantially improve the long-term outcome after stroke: A 5-Year follow-up study of a randomized trial. Stroke 2004;35:924-929.
9. Protocolos de Diagnósticos y Tratamiento en las Unidades de Ictus. Hospital Universitario de Girona Dr.Josep Trueta y Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona. Edición 2006.
10. Clinical Guidelines for Stroke Rehabilitation and Recovery. National Stroke Foundation 2005.

## ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DE SOCIOS

Se convoca a todos los socios de la SEDENE,  
el día 23 de noviembre a las 18.30 horas.

Se ruega asistencia

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PARKINSON E IMPLANTACION DE UNA BOMBA DE DUODOPA

Miriam Vázquez Campo\* y Maria Elena Blanco Iglesias \*\*

\*Enfermera. Experta en Gerontología Clínica. CH. de Ourense

\*\*Enfermera. Supervisora Unidad de Neurología. CH de Ourense

## RESUMEN

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad crónica. Durante los primeros años es posible que los síntomas desaparezcan o se alivien gracias al tratamiento de L-dopa en forma de comprimidos. Sin embargo, a medida que la enfermedad progresa, puede resultar difícil u complicado mantener un tratamiento satisfactorio con comprimidos vía oral.

El vaciado gástrico irregular a través del orificio del estómago hace que la absorción del medicamento en el intestino sea desigual. Para eliminar este factor, la medicación puede administrarse mediante una sonda directamente al intestino delgado, donde se absorbe la L-dopa (Duodopa). Este procedimiento asegura un suministro de la medicación más uniforme y seguro.

Cada vez son más los pacientes a los que se les prueba esta nueva modalidad de tratamiento antiparkinsoniano, por lo que todos los profesionales y en especial las enfermeras debemos de estar formados e informados sobre el mecanismo, fases de implantación, indicaciones, riesgos y posibles efectos adversos, de este

nuevo tratamiento. Por ello los objetivos del siguiente trabajo son dar a conocer e tratamiento de L-dopa intraduodenal (Duodopa) y unificar criterios de cuidados de enfermería en el paciente parkinsoniano a tratamiento con Duodopa.

**Palabras clave:** Parkinson, tratamiento del parkinson, levodopa, cuidados de enfermería.

**Key Words:** Parkinsonism, therapy of parkinsonism, levodopa, nursing's care

## INTRODUCCIÓN

El Parkinson es un trastorno del sistema nervioso central caracterizado por la degeneración de un tipo de células que se encuentran en una región del cerebro denominada "ganglios basales", y especialmente en una parte del tronco del encéfalo llamada sustancia negra. Estas células fabrican una sustancia denominada dopamina, responsable de transmitir la información necesaria para el correcto control de los movimientos. Cuando hay una marcada reducción del nivel de dopamina, las estructuras que reciben esta sustancia (receptores dopaminérgicos) lo-

calizadas en una región del cerebro, denominada "cuerpo estriado", no son estimuladas de manera conveniente y esto se traduce en temblor, rigidez, lentitud de movimiento e inestabilidad postural, entre otros síntomas.

A pesar de todos los avances de la neurología, hoy en día se desconoce la etiología de la enfermedad de Parkinson, es decir, sus causas, por lo que también se desconoce cómo prevenirla. Afecta tanto a hombres como a mujeres, y más del 70% de las personas diagnosticadas de Parkinson supera los 65 años de edad.

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad crónica. Durante los primeros años es posible que los síntomas desaparezcan o se alivien gracias al tratamiento de L-dopa en forma de comprimidos. Sin embargo, a medida que la enfermedad progresa, puede resultar difícil u complicado mantener un tratamiento satisfactorio con comprimidos vía oral.

El vaciado gástrico irregular a través del orificio del estómago hace que la absorción del medicamento en el intestino sea desigual. Para eliminar este factor, la medicación puede administrarse mediante una sonda directamente al intestino delgado, donde se absorbe la L-dopa (Duodopa). Este procedimiento asegura un suministro de la medicación más uniforme y seguro.

La Duodopa consiste en un contenedor que contiene levodopa (L-dopa), engan-

chado a su vez éste, en una pequeña bomba de infusión. Ese kit va conectado directamente a una sonda PEG que va al duodeno, donde la medicación se absorbe. (Ver foto 1 y 2)

El tratamiento de la enfermedad de Parkinson mediante la administración intraduodenal de Duodopa comenzó alrededor de 1990 y los pacientes tratados de este modo han mejorado. Puede administrarse el tratamiento a aquellas personas a las que las combinaciones farmacológicas disponibles para la enfermedad de Parkinson no han proporcionado resultados satisfactorios.

En el Complejo Hospitalario de Ourense, en los últimos años, ya han sido varios los pacientes a los que se les ha implantado este tratamiento, que a pesar de llevar ya desde 1990 en el mercado, es aún bastante novedoso e inusual en nuestro país.

Pero cada vez son más los pacientes a los que se les prueba esta nueva modalidad de tratamiento antiparkinsoniano, por lo que todos los profesionales y en especial las enfermeras debemos de estar formados e informados sobre el mecanismo, fases de implantación, indicaciones, riesgos y posibles efectos adversos, de este nuevo tratamiento.

## OBJETIVOS

- Dar a conocer e tratamiento de L-dopa intraduodenal (Duodopa)

- Unificar criterios de cuidados de enfermería en el paciente parkinsoniano a tratamiento con Duodopa.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio de investigación descriptivo de revisión bibliográfica, utilizando para ello diferentes buscadores en Internet además de revistas y libros especializados en el tema.

El grupo de trabajo se constituyo en un grupo de discusión para abordar las cuestiones planteadas

## RESULTADOS

La implantación del tratamiento con la bomba de Duodopa requiere diferentes fases:

### a) Tratamiento de prueba

Para probar Duodopa normalmente se utiliza una sonda nasointestinal durante un periodo de tiempo de varios días (3-7 días, dependiendo de cada caso).

La inserción de la sonda nasointestinal se realiza en la propia planta.

Cuando la sonda está colocada en el intestino delgado (se comprueba con una radiografía) ya puede utilizarse por primera vez.

Para ello la enfermera deberá de insertar la sonda hasta el estómago como una sonda gástrica normal, insertando 20-30cm adicionales para que la sonda lle-

gue hasta el intestino (la sonda tiende a bajar con los movimientos peristálticos a través del píloro hasta introducirse en el intestino)

Para el inicio de tratamiento debemos de comprobar que el contener de L-Dopa y la bomba están bien conectados y la sonda está en su lugar. Programaremos la bomba con las dosis de L-Dopa pautas por el neurólogo.

### Prácticas diarias

*La dosis de la mañana* de Duodopa se administra cuando el paciente se despierta para alcanzar rápidamente la concentración asociada a una respuesta óptima. Tras la dosis de la mañana debería de alcanzarse una movilidad satisfactoria en el intervalo de una hora.

*La dosis continua* de mantenimiento: la dosis administrada de modo continuo mediante la bomba debe mantener una concentración constante para conservar el nivel de movilidad alcanzado tras la dosis de la mañana.

*Dosis adicionales:* se pueden administrar dosis adicionales si la movilidad del paciente se ve reducida durante el día. La dosis se establecerá manualmente.

Lo mejor es iniciar el tratamiento con la dosis de la mañana al día siguiente de la introducción de la sonda, de ese modo se establece la rutina diaria.

Durante la noche la bomba de Duodopa deberá de apagarse, desactivándola has-

ta la mañana siguiente, donde se volverá a conectar a la sonda.

#### b) Tratamiento permanente

Cuando se haya decidido que el paciente continúe con el tratamiento de con Duodopa se insertará una sonda en el estómago (PEG). A través de la sonda PEG se introducirá una "sonda interna" que pasará del estómago al intestino delgado.

La sonda PEG se inserta de la forma habitual y se hace pasar la sonda interna hasta el intestino delgado con la ayuda de un gastroscopio.

Tras la colocación de la PEG, la enfermera programará la bomba con la dosis correspondiente de la mañana, la dosis continua y la dosis adicional, insertará el contenedor de L-Dopa en la bomba, y a su vez conectará la bomba a la PEG.

La infusión de duodopa se retira cuando el paciente se va a la cama. Durante el tratamiento permanente (durante el tratamiento de prueba no hace falta) la sonda se enjuaga con 20-40 ml de agua potable para que el producto no coagule en la sonda y evitar así que provoque una obstrucción.

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

### 1. Valoración

Además de la entrevista de enfermería al paciente cuando ingrese, utilizaremos durante su estancia en el hospital, una

registro diario, en forma de representación gráfica (tabla) donde iremos apuntando el grado de discinesia, el grado de acinesia y el de temblor, dándole a cada variable un valor entre 0 y 3 (0=ninguno; 1=leve; 2=moderado; 3=grave), así como las dosis administradas de Duodopa. (Ver tabla.3)

En la primeros días (tratamiento de prueba de la bomba de Duodopa) la valoración se hará cada dos horas, y a partir de ahí, y por consiguiente ya puesto el tratamiento permanente mediante la PEG, cada turno.

Esta valoración la tendrán que hacer tanto el personal de enfermería, como el propio paciente, por lo que se le facilitará también al paciente una hoja de registro diario y se le enseñará a autoevaluar su propia sintomatología. Estas valoraciones servirán al neurólogo a ir pautando las dosis óptimas de tratamiento.

### 2. Diagnósticos de Enfermería

- Riesgo de lesión relacionado con el déficit motor y la inestabilidad en la marcha.
- Deterioro de la movilidad física relacionado con temblor, rigidez, fases de bloqueo y movimientos involuntarios.
- Riesgo de dolor relacionado con rigidez, movimientos involuntarios y calambres.
- Riesgo de aspiración relacionado con la presencia de tubos gastrointestinales



- Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos ( PEG)
- Trastorno del autoconcepto relacionado con trastorno de la imagen corporal y/o trastorno de la autoestima
- Déficit de conocimientos relacionado con mala interpretación de la información y/o falta de interés en el aprendizaje.

### 3. Objetivos

- El paciente no sufrirá ningún accidente ni lesión durante su estancia en el hospital.
- El paciente y la familia sabrán el correcto funcionamiento de la bomba de Duodopa.
- El paciente y la familia preguntarán todas sus dudas respecto a la implantación de la bomba de Duodopa.
- El paciente alcanzará, según su estado, el máximo nivel de movimiento.
- El paciente demostrará aceptación de sus limitaciones
- El paciente no presentará infección i/o inflamación de la herida de la PEG
- El paciente no sufrirá aspiraciones
- El paciente y su familia sabrá al alta el correcto funcionamiento de la bomba de Duodopa, así como las dosis, y los posibles efectos adversos

### 4. Actividades

#### 4.1. Actividades específicas durante el tratamiento de prueba

- El paciente estará en ayunas para inserción de la sonda nasointestinal (salvo medicación).
- Insertar la sonda nasointestinal siguiendo el procedimiento habitual para una sonda nasogástrica pero añadiendo entre 20-30 cm. más.
- Fijar la sonda pegándola con esparadrapo al puente de la nariz del paciente.
- Establecer un plan para proporcionar un cuidado de la sonda nasointestinal diaria
- Cursar la petición de radiología para comprobar la situación de la sonda nasointestinal.
- Al día siguiente se deberá de comprobar mediante radiografía si la sonda nasointestinal está bien colocada
- Si la sonda nasointestinal está bien colocada, conectar la bomba a primera hora de la mañana, todos los días. (7.30 h)
- Desconectar la bomba cuando el paciente se vaya a la cama. (23.30h)
- Se mantendrá la habitación ordenada, sin cables ni objetos con los que pueda tropezar.
- El sillón y la cama estarán a la altura adecuada

- Tendría el timbre siempre a su alcance
- Darle tiempo a la realización de las actividades
- Establecer una relación de confianza enfermera-paciente
- Fomentar para que exprese todas las dudas sobre su proceso
- Formar e informar al paciente y a la familia sobre la utilización de la bomba de Duodopa

#### 4.2. Actividades específicas durante el tratamiento permanente

- Antes de la intervención (PEG), el paciente deberá de estar en ayuno
- Administrar premedicación a la intervención según protocolo y/o pauta médica.
- Cuando el paciente llegue a planta tras la intervención, examinar herida de la PEG (presencia de sangre, secreciones, etc.)
- Hacer la cura de la PEG todos los días ( mediante una técnica estéril, utilizando antiséptico, gasas y una apósito)
- Estar atentos a posibles signos de infección (fiebre, rubor e inflamación de la zona, etc.)
- Conectar la bomba a primera hora de la mañana, todos los días.(7.30 h)
- Desconectar la bomba cuando el

paciente se vaya a la cama (23.30h)

- Enjuagar la sonda todos los días al desconectar la bomba con 20 ml de agua potable
- Se mantendrá la habitación ordenada, sin cables ni objetos con los que pueda tropezar.
- El sillón y la cama estarán a la altura adecuada
- Tendría el timbre siempre a su alcance
- Darle tiempo a la realización de las actividades

- Establecer una relación de confianza enfermera-paciente
- Fomentar para que exprese todas las dudas sobre su proceso
- Formar e informar al paciente y a la familia sobre la utilización de la bomba de Duodopa

#### 4.3. Planificación del Alta de Enfermería

- Suministrar al paciente y a la familia instrucciones escritas del nuevo tratamiento
- Dar informe de Alta de Enfermería y volante para la próxima revisión en la Consulta de Neurología.
- Remitir al paciente a los grupos de apoyo comunitario y/o asociaciones, en el caso de que fuese posible

5. Evaluación

Se realizará en función de los objetivos específicos marcados y de la información que obtengan los profesionales a cargo del paciente mediante sus observaciones y registros.

**COMENTARIOS FINALES**

El plan de cuidados es un plan estándar y por lo tanto deberá de individualizarse considerando las peculiaridades de cada paciente, ya que aun con el mismo diagnóstico, cada paciente es único e irrepetible.

A lo largo de la aplicación del plan de cuidados no debemos olvidar que contemplamos al individuo inmerso en su medio familiar y social, que nuestra unidad de atención es la familia y que la interrelación enfermera/familia debe fomentar la independencia de ésta en los cuidados.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. NANDA. Definiciones y clasificación 1999-200. Pensilvania: Harcourt,2000



- 1. Catéter de gastrostomía
- 2. Bomba
- 3. Contenedor



**Bomba de Duodopa conectada a PEG.**

Hora	8h	10h	12h	14h	16h	18h	20h	22h	24h	2h	4h	6h
Discinesia												
Acinesia												
Temblor												
Dosis matutina												
Dosis continua												
Extradosis												

2. Castro García,A. La enfermedad de Parkinson y la vida cotidiana. Madrid: Ergon, 1998.
3. De Tena Gabalon T., De la Fuente García A., et all. Plan de cuidados del enfermo con Parkinson. SEDENE, 2002; 16: 8-12.
4. Micheli-Scorticati. Convivir con la Enfermedad de Parkinson. Madrid: Ed. Panamericana, 2004
5. Sanfeliu Cortes V. Problemas Neurológicos. Barcelona: Masson, 1999
6. Sanfeliu Cortes V. Problemas Musculoesqueleticos. Barcelona: Masson, 1994
7. Legacy. Dudopa, guía del usuario. EE.UU Minnesota: Smiths Medical,2000
8. Legacy. Manual del operador de Duodopa. EE.UU. Minnesota: Smiths Medical,2004

#### VOTACIONES VICEPRESIDENTE JUNTA SEDENE

Se convoca a todos los Miembros de la Sociedad de enfermería Neurológica a la votación del Vicepresidente.

Día 23 de Noviembre del 2006 de 12 a 16 horas, en la Sala contigua a la Reunión.

Será imprescindible la presentación de algún documento de identificación

## CRONICAS

### VALDEDIÓS.

### MONUMENTO A LA ENFERMERA DESCONOCIDA.

Margarita del Valle

El monasterio de Valdediós en Villaviciosa (Asturias) fue construido en el año 1200 por Alfonso IX de León, originariamente estuvo habitado por monjes cistercienses venidos de Sta. María de Sobrado (Galicia) hasta que hubo de ser abandonado por la desamortización de Mendizábal del S.XIX, aún así algunos de los monjes permanecieron en el monasterio hasta su muerte. Se encuentra al lado de la iglesia prerrománica asturiana de San Salvador de Valdediós.



con la monumental piedra caliza rosa que tiene un peso aproximado de 3000 kilos, con las inscripciones "In Memoriam" y "...por

#### EL RECONOCIMIENTO

El día 10 de octubre de 2005 el presidente del principado Vicente Álvarez Areces inauguró, en Valdediós, un monolito obra de Joaquín Rubio Camín, erigido en memoria de las diecisiete personas, trabajadores del antiguo hospital psiquiátrico de la Cadellada, que en la noche del 27 de octubre de 1937 fueron fusiladas.

En el camino vecinal que rodea al Monasterio, tras breve andar nos encontramos

la Libertad" en medio de las cuales se ve una simbólica puerta entreabierta.

#### LA TRAGEDIA

En la madrugada del 27 de Octubre de 1937, de forma luctuosa y bárbara fueron asesinados por las tropas de Franco 17 sanitarios, trabajadores del antiguo Hospital Psiquiátrico Provincial, mientras cuidaban a los enfermos ingresados en Valdediós.

## LA HISTORIA

Pasados los primeros días de la Guerra Civil las fuerzas adictas a la República cercan Oviedo, quedando el Hospital Psiquiátrico de La Cadellada dentro de dicho cerco. Los milicianos del ejército republicano lanzan un fuerte ataque en octubre de 1936 gracias al cual en la mañana del día 13 ocuparon el hospital que había sido abandonado por sus defensores dejando atrás enfermos y personal sanitario.



La ofensiva de las milicias fracasa y cinco días después abandonan a su vez el hospital llevando consigo a parte de los enfermos y del personal para dirigirse a un antiguo monasterio, en **Valdediós**, cercano a Villaviciosa. Algunos empleados se hicieron acompañar de sus familias con las que fueron ocupando casas deshabitadas, alquilando habitaciones, o instalándose en el propio monasterio, don-

de la vida transcurrió con bastante normalidad, y donde sus hijos pudieron ir a una escuela cercana quedando lejos el fragor de la guerra.

A la llegada a Valdediós casi todo el personal, en algunos casos incluyendo a sus familias, se afilia al Socorro Rojo Internacional, sección de Villaviciosa.

En septiembre de 1937 el ejército nacional, con cuatro brigadas navarras, en conjunto unos 33.000 hombres, ya vete-

ranos de la campaña del País Vasco y Santander, con gran cantidad de armamento artillero y con el apoyo aéreo de la "Legión Cóndor" alemana, cruza la frontera cántabra con Asturias. Entre estas brigadas se encuentra la 6ª Brigada Navarra, a la que pertenece el IV Batallón Arapiles nº. 7, al mando del comandante de Caballería Emilio Molina, que ese año ascendería a te-

niente coronel, destinándosele a dirigir la Segunda Media Brigada de la 63 División.

El día 22 de octubre hacia las 15 horas llega a Valdediós el IV Batallón Arapiles 7.

Dicho día se dijo una misa en el exterior a la que asistieron también los vecinos del lugar y oficiada por el sacerdote que acompañaba a las tropas.



Mari Paz, hija de Gerardo Pérez Ania, y que junto con su hermana Conchita son memoria viva de aquellos momentos, recuerda que Rosa Flórez había ido a su casa a despedirse, ya que tenía intención de abandonar el Hospital. Sin embargo volvió, quizás porque consideró, al igual que los que no se movieron de allí, que no tenían nada que temer por cumplir su obligación como funcionarios dependientes de la Consejería de Sanidad de un gobierno legítimo como era el de la República.



Posiblemente contribuyera a esta idea el hecho de no sufrir represalias los primeros días de estancia de los militares en el Monasterio. A la vista de los hechos acaecidos posteriormente no cabe duda que se equivocaron y ese error les costó la vida a muchos de ellos.

El resto de empleados continuó sus funciones en el hospital hasta el 26 de octubre en que ocurrió la tragedia que aún se recuerda por las circunstancias

que concurrieron: la crueldad, la premeditación y los intervinientes; a un lado

soldados del ejército, indudablemente con la aquiescencia de sus mandos, y a otro personas que no habían empuñado arma alguna y que como sanitarios de un hospital dependiente de la Consejería de Sanidad eran funcionarios civiles.

Ese día parece ser que llegó un mensajero procedente de Oviedo con una lista, y los nombres que contenía son llamados. Emilio Montoto, ante la preocupación de su esposa al oír su nombre, le dice: "No temas que por cuidar dementes no me va a pasar nada". Sería la última vez que lo

vio con vida. Cinco de ellos son detenidos y conducidos a la cárcel de Villaviciosa y posteriormente a la del Coto, en Gijón, donde se les juzgaría en consejo de guerra, dos de ellos, Gerardo Pérez Ania y Fernando Valledor Prieto, serían fusilados el 16 de febrero de 1938. Fernando González Riancho que había trabajado hasta septiembre en el hospital fue detenido casi un año después, debido a una denuncia efectuada por Jaime Solís.

La esposa de Gerardo Pérez Ania envió a su hija Mari Paz al monasterio para pedir a una enfermera amiga que las acompañase por la noche, Rosa Flórez a través de la mirilla del portón, le contesta que ellas están encerradas allí y que no las dejan salir. Antonio Lorenzo conserva con nitidez sus recuerdos: *“El día anterior a eso de las nueve de la mañana apareció en el convento un sujeto vestido con un traje negro y corbata con una carpeta (nosotros estábamos jugando en la alameda, nos fijamos en él porque desentonaba en el ambiente) la cual entregó al Pires y se fue, éste a su vez llamó a su ordenanza y le pidió entregar una lista que sacó de dicha carpeta al oficial de turno para no dejar salir a los que estaban en la misma. El ordenanza pasó una mirada por la lista y se encontró con un apellido, Moslares, así que se puso a buscar quién tenía ese nombre y cuando mi madre llegó, él la estaba esperando y enseguida se identificaron como primos”*. El soldado era ordenanza del alférez Mendiarán y tras poner a Conchita Moslares al corriente de la si-

tuación, fue a hablar con el comandante y consiguió sacarla de la lista, al igual que a su amiga Ángeles “La Sampedra”.

Antonio Lorenzo recuerda también:

*“Como mi madre tenía el turno por la noche llegaba a casa a las seis y diez lo máximo y traía la leche para el desayuno.*

En el día del suceso eran las seis y media y no había aparecido así que yo bajé por “la caleya” (camino) a encontrarla y cuando llegué a la esquina del muro del convento noté que algo había pasado, aquella zona era un castañal de árboles grandes que cubrían un área bastante extensa detrás del convento; pues bien, cerca del camino, ya dentro del bosque, había un área toda revuelta como si hubiese sido escarbada; yo me adentré y vi pedazos de carne en un tronco. Asustado, salí de allí y un poco más abajo, cerca de un bebedero que había en el camino, me encontré con mi madre que venía llorando y que me puso al corriente de lo que había pasado.”

## LA EXHUMACIÓN

Sesenta y seis años más tarde, las familias solicitarán la exhumación de los restos, obteniendo apoyo de distintas instituciones locales y regionales. Esta iniciativa surge dentro de la ARMH –Asociación para Recuperación de la Memoria Histórica– cuyo interés viene guiado por motivos puramente humanitarios, evitando cualquier atisbo de venganza, y poder recuperar así, la dignidad de los asesinados dándoles

una sepultura digna. Todo ello en el marco de las directrices de la Declaración sobre la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas, aprobada por la Asamblea General de la ONU



en su resolución 7/133 de 18 de diciembre 1992, referenciado en la mencionada página de la ARMH que recomendamos visitar si se quiere profundizar más sobre el tema.

En la exhumación efectuada en Julio de 2003 se localizaron los restos de 17 personas, trece de ellas mujeres, y la posición de los mismos, amontonados en dos y tres personas una encima de otra, hace dudar de la versión de que fuesen fusilados en la fosa pues no se encontraron balas que así lo sugiriesen, sino más bien en que cruelmente fuesen muertos directamente con un disparo en la cabeza, pues en trece de ellos aparece el orificio de la bala en dicho lugar no habiendo sido po-

sible la determinación en los cuatro restantes dado el estado de conservación de los restos.

A petición de la U.G.T.y de la Asociación de Enfermería Comunitaria, el S.E.S.P.A. encargó la construcción de un monolito para honrar la memoria de aquellos trabajadores sanitarios, que fue colocado en la Finca El Bosque de D. Jaime, en la parte posterior del Monasterio, donde se produjo la masacre el 27 de octubre de 1937.

Es el primer monumento erigido a la enfermera desconocida, honra la

memoria de éstas y a la vez de todas las enfermeras que han fallecido en el cumplimiento de su trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bruno Bárcena J. Día Mundial de la Salud. Cuaderno Cultural Prímula nº 3.
- Sánchez E. In Memoriam. Cuaderno Cultural Prímula nº 3.
- De la Rubia Huerte P. La Fosa de Valdediós. Cuaderno Cultural Prímula nº3.
- [www.memoriahistorica.org/alojados/periquete/pagina/valdedios.html](http://www.memoriahistorica.org/alojados/periquete/pagina/valdedios.html) (acceso a la página web Mayo 2006).

## PUESTA AL DÍA

# ¿CONTRIBUYE EL ABORDAJE DE ENFERMERÍA A UNA MAYOR SEGURIDAD DE LA TERAPIA EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE? EL EJEMPLO DEL ENSAYO BENEFIT.

Daniel Regaqa

*Delegado de educación sanitaria. Schering España.*

Cada vez disponemos de más evidencias científicas y médicas acerca de la conveniencia de tratar la esclerosis múltiple (EM) de manera precoz para conseguir la mayor eficacia desde el principio<sup>1-3</sup>:

1) Se trata de una enfermedad grave, ya que alrededor de 2/3 de los pacientes presentan alguna discapacidad al cabo de 15-20 años, lo que significa que en torno a los 40 años de edad, la mayoría de los pacientes deberán hacer frente a alguna discapacidad.

2) Por otro lado, algunos estudios indican que una elevada actividad inflamatoria y la acumulación de muchas lesiones en el cerebro y la médula espinal en las fases iniciales pueden predecir una peor evolución de la enfermedad en los años posteriores.

3) Finalmente, existen indicios de que la fisiopatología de la enfermedad cambia con el tiempo: en la fase inicial de la enfermedad, la lesión del tejido nervioso está determinada principalmente por el proceso inflamatorio. Si el tratamiento se aplica temprano, el paciente se beneficia más que si se administra más tarde, aunque

sólo se retrase unos pocos años.

Sin embargo, a la hora de iniciar el tratamiento precoz con interferón beta, surge una duda: dado que en su mayoría se trata de pacientes jóvenes que aún no han acumulado discapacidad y llevan una vida plenamente activa, ¿se podrían esperar dificultades con respecto al cumplimiento terapéutico (adherencia al tratamiento), derivadas de la necesidad de autoinyección frecuente y de las dosis elevadas de interferón? ¿Qué puede aportar el abordaje de enfermería en este contexto? El presente artículo, con base en el recientemente publicado **ensayo BENEFIT** (que evaluó la eficacia y seguridad del interferón beta-1b en pacientes con un primer brote sugestivo de EM) aporta datos que indican una **excelente tolerabilidad** por estos pacientes. **A esto contribuyen claramente determinadas estrategias que garantizan un adecuado cumplimiento terapéutico, y en las que juega un papel fundamental el abordaje de enfermería.**

El BENEFIT (*Betaferon in Newly Emerging Multiple Sclerosis For Initial Treatment*) fue un ensayo aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo que acaba de

publicarse en la revista científica *Neurology*<sup>4</sup>. Fueron incluidos 468 pacientes (de 18-45 años) en 98 centros de 18 países europeos, Israel y Canadá. Para poder participar, los pacientes debían presentar un primer episodio desmielinizante de 24 horas de duración como mínimo y al menos 2 lesiones clínicamente asintomáticas en la RM cerebral compatibles con el diagnóstico de EM. Los pacientes fueron aleatorizados a interferón beta-1b 250 µg (8 MUI) por vía subcutánea (SC) en días alternos (Betaferon®) o placebo. Se realizó el seguimiento de los pacientes durante 2 años o hasta que presentaron esclerosis múltiple clínicamente definida (EMCD). Uno de los aspectos más relevantes de este ensayo fue el hecho de que, **por primera vez, se tuvieron en cuenta tanto los resultados clínicos como los criterios de McDonald.**

Un primer hallazgo importante de este ensayo es el hecho de que, en el grupo tratado con placebo, un porcentaje muy alto de pacientes con un primer brote (85%) progresó a EM definida según los criterios de McDonald al cabo de los 2 años del estudio, y de hecho más de la mitad (51%) de los pacientes ya lo habían hecho al cabo de 6 meses de estudio. Este dato sobre la historia natural de la enfermedad, demuestra que el **síndrome neurológico aislado (o primer brote) no debe tomarse a la ligera, pues la mayoría de los pacientes tiene un alto riesgo de desarrollar EM en un período de tiempo breve.**

Por otro lado, después de dos años de tratamiento con Betaferon®, los pacientes mostraron un 50 % menos de probabilidad de sufrir EMCD que los que habían recibido placebo ( $p < 0,0001$ ). Dicho de otro modo, el tratamiento con **Betaferon® retrasó en un año el desarrollo de EM**, en el plazo de 2 años que duró el estudio (figura 1), un hallazgo de gran relevancia para este tipo de pacientes. Cuando la EM se definió conforme a los criterios de McDonald, los resultados fueron similares y Betaferon® redujo el riesgo de sufrir EM en un 46 % en comparación con el placebo. Estos resultados muestran que la introducción muy temprana de interferón beta-1b con alta dosis y alta frecuencia retrasa claramente el diagnóstico de EM, lo que ha conducido a que **la EMEA (Agencia Europea del Medicamento) y el Ministerio de Sanidad español hayan aprobado y autorizado recientemente la indicación de Betaferon en pacientes con un primer brote.** Esto brinda al neurólogo y al paciente la opción de empezar con el tratamiento de inmediato, después del primer episodio, lo que representa una aproximación adecuada para una gran mayoría de pacientes.

Pero los aspectos más relevantes que queremos destacar en el presente artículo son los relativos a la tolerabilidad y perfil de seguridad de Betaferon® en esta población de pacientes:

1) En primer lugar, la práctica totalidad de los pacientes participantes completa-

ron el estudio: el 92,8 % en el grupo de interferón beta-1b y el 94,3 % en el grupo placebo. Estos porcentajes, superiores a los registrados en ensayos clínicos similares, sugieren que **el tratamiento fue bien tolerado y aceptado**. Además, la inmensa mayoría de los pacientes (97,6% en el grupo de interferón beta-1b y 97,2% en el grupo placebo) recibió al menos el 80% de los tratamientos programados para el estudio.

2) En segundo lugar, a todos los pacientes participantes se les dio la posibilidad de ser incluidos (en el momento de convertir a EMCD o alternativamente al cabo de los 2 años) en un estudio de seguimiento abierto, en tratamiento con interferon beta-1b, hasta un total de 5 años. Pues bien, **el 96,3 % de los pacientes del grupo de interferón beta-1b decidieron ser incluidos en el estudio abierto de seguimiento de 5 años**, lo que indica que el tratamiento fue muy bien aceptado por estos pacientes.

3) El perfil de acontecimientos adversos más frecuentes (fig. 2A) lo constituyeron las reacciones en el lugar de la inyección y los síntomas pseudogripales, con una incidencia similar a la ya registrada en pacientes con esclerosis múltiple recurrente-remitente en otros ensayos clínicos. Es de destacar que tanto las reacciones en el sitio de inyección como los síntomas pseudogripales **disminuyeron notablemente en el segundo año de tratamiento** con respecto al primer año (fig. 2B). Es

decir, que en general el tratamiento fue bien tolerado.

Estos resultados confirman que Betaferon es una terapia segura, pero es interesante revisar los factores que, en este ensayo en particular, contribuyeron a su buena tolerabilidad:

a) Se realizó un **escalado inicial de la dosis** de interferón beta-1b, con varios pasos semanales, hasta alcanzar la dosis completa de 250  $\mu$ g en un período de cuatro semanas (figura 3). Esta estrategia hace que se minimicen tanto las reacciones en el sitio de inyección como los síntomas pseudogripales en un momento clave, cuando el paciente se está adaptando a la nueva terapia y está aprendiendo a autoinyectarse.

b) Se permitió el **uso de antiinflamatorios no esteroideos** (AINEs), ibuprofeno y paracetamol durante los tres primeros meses del ensayo, con objeto de reducir los síntomas pseudogripales leves y facilitar la aceptación del tratamiento.

c) Se recomendó el **uso de autoinyectores**, como una herramienta de ayuda para facilitar la inyección, reducir el dolor asociado a la inyección y promover la asepsia en el procedimiento de inyección.

Estas estrategias para mejorar la tolerabilidad y la adherencia al tratamiento, que en el ensayo BENEFIT han demostrado ser efectivas, no tienen por qué estar restringidas al contexto controlado de



los ensayos clínicos, sino que pueden ser fomentadas y llevadas a cabo por las enfermeras responsables de la educación de pacientes con EM. Una buena educación inicial de estos pacientes debería incluir:

- consejos relativos al ajuste inicial de la dosis, que puede incluso ser individualizado para cada persona, en función de cómo tolera el medicamento en las primeras semanas;

- ayuda para la minimización de los síntomas pseudo-gripales (uso de AINEs, administración antes de acostarse, información sobre el hecho de que tienden a reducirse y a desaparecer con el tiempo);

- información sobre cómo prevenir las reacciones en el sitio de inyección (uso de autoinyectores, técnicas para mantener la asepsia, rotación de los lugares de inyección, etc.).

- no es menos importante realizar un seguimiento cercano de las posibles reacciones adversas, dificultades en la administración, y por supuesto, aportar toda la información que necesite el paciente acerca de la enfermedad, del fármaco y de las expectativas razonables sobre el tratamiento.

En definitiva, el mayor beneficio en el tratamiento precoz de la esclerosis múltiple resulta de la combinación de, por un lado, un **tratamiento eficaz y seguro** (con resultados robustos, procedentes de ensayos clínicos de calidad), y por otro, una serie de **medidas que garanticen un cum-**

**plimiento terapéutico adecuado.** Y aquí, evidentemente, **juega un papel clave el apoyo que puede ofrecer un buen abordaje de enfermería**, mediante estrategias encaminadas a optimizar la adherencia al tratamiento, como las ya revisadas, y una relación sólida con el paciente, que le aporte confianza, le motive y le apoye de manera continua en el manejo de la medicación y en cómo afrontar la enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Miller D, Barkhof F, Montalban X, et al. Clinically isolated syndromes suggestive of multiple sclerosis, part I: natural history, pathogenesis, diagnosis, and prognosis. *Lancet Neurol* 2005; 4:281-8.
- 2.- Frohman EM, Racke MK, Raine CS. Multiple sclerosis—the plaque and its pathogenesis. *N Engl J Med* 2006; 354:942-55.
- 3.- De Stefano N, et al. Evidence of axonal damage in the early stages of multiple sclerosis and its relevance to disability. *Arch Neurol* 2001; 58:65-70.
- 4.- Kappos L, Polman CH, Freedman MS, et al. Treatment with interferon beta-1b delays conversion to clinically definite and McDonald MS in patients with clinically isolated syndromes. *Neurology* 2006; 67:1242-9.



## 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@uex.com](mailto:sedene@uex.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, 2º1ª. 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: .....





