

Sociedad Española  
de Enfermería Neurológica

# Publicación Oficial de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica

Segundo Semestre 2008  
Nº 28

Carta del presidente	pág. 3
Editorial	pág. 4
SEDENE: 15 años como asociación científica	pág. 6
Puesta al día. Comunicación con el paciente-familia: elemento clave en la continuidad de cuidados en la esclerosis múltiple	pág. 9
Rita Levi Montalcini. Neuróloga. Premio Nobel de medicina 1986	pág. 15
Eventos Sedene	pág. 19
Medicina Complementaria y alternativa. Evidencia disponible y beneficios en la enfermedad cerebrovascular	pág. 21

## JUNTA DIRECTIVA

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

### REDACCIÓN:

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

Portada: SEDENE

IMPRIME: Impremta Falcó - Sant Pere de Ribes

D.L.: A-391-2000

I.S.S.N.: 2013-1836

## CARTA DEL PRESIDENTE

Queridos socios, amigos y colaboradores de la SEDENE,

Esta es mi última carta como presidente de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica.

Estos días intensos ponen fin a mis 4 años de compromiso con la presidencia de la SEDENE, cuya responsabilidad habéis tenido a bien confiarme. Han sido años de proyectos y de trabajo, y también de oportunidades y desafíos.

Creo que nos podemos sentir satisfechos por el trabajo realizado en la sociedad, dándole difusión, consolidándola, buscando su reconocimiento y dando continuidad a las actividades creadas y iniciadas por Antonio Ibarzo, Rosa Suñer y sus Juntas Directivas durante estos años.

Entre todos hemos creado un espacio que nos debe servir en el futuro para desarrollar la enfermería neurológica a través de una especialidad de enfermería sólida e innovadora. Aunque soy muy consciente de nuestras limitaciones. Como entidad científica y desde la sociedad civil, tenemos una limitada capacidad de influencia sobre los acontecimientos.

Quisiera pedir disculpas por los errores y faltas u omisiones que con toda seguridad habré cometido en este tiempo. Nadie es perfecto y tampoco nadie nace enseñado. Lo que sí puedo asegurar es que he hecho las cosas lo mejor que he sabido, dentro de la limitación de hacer las cosas en el tiempo libre que nos dejan las responsabilidades profesionales con las que todos nos ganamos la vida.

Agradecer el trabajo y la fidelidad de todos los miembros de la junta directiva de estos años, los laboratorios por su colaboración, la SEN y la secretaría técnica. Felicitar y animar a todos los socios para que sigan trabajando por la enfermería neurológica, aportando su saber enfermero como lo han hecho durante estos años y participando en el desarrollo del futuro de la sociedad.

Sin mas, agradecer la confianza depositada y ponerme a disposición de la Nueva Junta, bajo la presidencia de Dolores Lázaro donde pueden encontrar mi colaboración para aquello que precisen.

Gracias y un fuerte abrazo.

**Jordi Pujiula**

## EDITORIAL

### **15 años de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica ¿Cómo ha cambiado nuestra práctica clínica “enfermera” a lo largo de estos años?**

A lo largo de estos últimos 15 años se han producido cambios importantes en nuestra profesión, me voy a referir en esta editorial a los cambios en nuestra práctica diaria, en especial en el cuidado de los enfermos neurológicos, sin olvidar que la enfermería también está creciendo como profesión, sobre todo a nivel universitario, aunque menos a nivel social.

Aunque en nuestro país incorporamos ya en los años ochenta el método científico en nuestra práctica, con el llamado “proceso de atención de enfermería” que contemplaba pasos sistemáticos reflexionados en los procesos de curas, el proceso de avance de la enfermería como profesión ha sido lento.

En los años noventa, cuando se fundó esta sociedad, empezamos a comprender la necesidad de investigar para avanzar, pero ha sido en este nuevo siglo, cuando ha ido creciendo cada vez más el interés de los profesionales de enfermería en los resultados científicos y en la práctica clínica basada en la evidencia; este hecho, sin lugar a dudas, nos está ayudando a mejorar los cuidados, incorporando conocimientos probados en nuestras acciones. En mi opinión, este interés ha ido creciendo gracias a muchos impulsos de entidades oficiales como Investen del Instituto de Salud Carlos III, de los Colegios Profesionales que trabajan para profesionalizarnos, de las Instituciones Sanitarias que gestionan en términos de seguridad y calidad, de las Escuelas Universitarias de Enfermería con sus ofertas curriculares de post-grado y master, y como no gracias a los impulsos de los propios profesionales de enfermería y de otras profesiones que consideran que la atención en la salud y en la enfermedad debe ser multidisciplinar, interdisciplinar y basada en la evidencia científica disponible.

Específicamente, la atención al paciente neurológico es un modelo que ilustra los cambios que se han producido en estos últimos 15 años, a nivel de atención asistencial y de enfermería. Claros ejemplos los tenemos en la atención a los pacientes con enfermedad vascular cerebral aguda (los avances terapéuticos importantes se han producido en los últimos diez años), en los pacientes con enfermedades desmielinizantes, en los pacientes con enfermedades degenerativas, etc.. Sin entrar en los detalles que todos y todas conocéis, ahora la atención se centra en el paciente-persona, en este círculo la enfermería es autónoma, con responsabilidad propia y cada vez se demuestra más necesaria para obtener buenos resultados en la salud de los pacientes.

Ahora, en nuestro trabajo cotidiano, nos hacemos preguntas sobre nuestras acciones en los pacientes, estamos incorporando sistemas de información en nuestras competencias, nuestro

lenguaje se está extendiendo. Queremos estar presentes y que los pacientes, las familias y nuestros compañeros entiendan nuestro trabajo, trabajamos en equipo y en colaboración. Hemos incorporado en estos últimos años la educación sanitaria y la promoción de la salud, sobre todo en los enfermos crónicos (muchos de ellos enfermos neurológicos), enseñamos a los pacientes a entender su enfermedad y a cuidarse, explicamos a las familias como atender a los suyos en el ciclo de estas enfermedades muchas veces incapacitantes, respetamos cada vez más su individualidad y confidencialidad,...en conclusión poco a poco y sobre todo en estos últimos años estamos, hacemos y los demás nos ven.

En los próximos años debemos prepararnos, trabajar aún mucho más, y sobre todo investigar para seguir creciendo y poder afrontar los cambios de nuestra sociedad con profesionalidad y competencia.

La Sociedad Española de Enfermería Neurológica nació con estos objetivos, hacer crecer a nuestros profesionales que trabajan con las personas que padecen enfermedades neurológicas y con sus familias, humana y científicamente.

Personalmente, deseo agradecer profundamente la oportunidad que me ha dado la S.E.D.E.N.E para crecer como enfermera y colaborar con todos los compañeros que he tenido a lo largo de estos 15 años.

**Rosa Suñer Soler**

*Enfermera*

*Sociedad Española de Enfermería Neurológica*

## **CARTAS A LA REDACCIÓN**

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

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

Dirigir vuestras cartas a:

***ULTRAMAR EXPRESS. Event Management***

Diputació 238, 3º - E-08007 Barcelona

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

Dirección correo electrónico: [sedene@ultramarexpress.com](mailto:sedene@ultramarexpress.com)

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

## SEDENE

# 15 AÑOS COMO ASOCIACIÓN CIENTÍFICA

**Autores: Junta directiva Sociedad Española de Enfermería Neurológica (SEDENE)**

Con las siglas SEDENE se conoce la Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Es una asociación científica, sin ánimo de lucro, cuyo objetivo es la investigación, estudio, difusión y el desarrollo de la neurología en el ámbito de la enfermería en España. Su finalidad es el desarrollo de la atención y cuidado del paciente neurológico, su familia y entorno.

La SEDENE es el resultado de la inquietud de siete profesionales de enfermería de diferentes puntos de España, que se conocen y que coinciden en una de las reuniones que realizan los neurólogos anualmente, y deciden el día 10 de diciembre de 1993 emprender una aventura llena de ilusión y proyectos. En ese mismo momento se levantó acta fundacional y se empezó a trabajar para darla a conocer y consolidarla.

En estos quince años se han inscrito a la sociedad 500 personas y unas 200 se han dado de baja por varios motivos, el principal porque han cambiado de servicio.

Durante estos años se han realizado verdaderos esfuerzos en potenciar a la enfermería neurológica, facilitando la asistencia a los socios y premiando los trabajos científicos.

### **FINES**

Bajo el anagrama de la SEDENE se agruparon los Diplomados en Enfermería con interés e inquietudes en la enfermería neurológica.

Fomentando la creación de grupos de trabajo a nivel local, autonómico y nacional, para promover las actividades científicas y docentes propias de nuestra profesión y lograr un mejor funcionamiento de la Asociación.

Colaborando con los Organismos Oficiales, otras Instituciones y Asociaciones con nuestro asesoramiento para impulsar la enfermería neurológica.

### **JUNTA DIRECTIVA**

La Junta Directiva será el órgano competente para interpretar los preceptos contenidos en los estatutos de la sociedad y cubrirá las lagunas, siempre sometiéndose a la normativa legal vigente en materia de Asociaciones.

La Junta Directiva asumirá las funciones de dirección y representación de la sociedad, y les corresponderán todas aquellas facultades no atribuidas especialmente a la Asamblea General, entre ellas las siguientes:

- 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 del Asamblea General el presupuesto de ingresos y gastos, así como el estado de cuentas del año anterior y, a estos efectos, nombrar o separar al personal auxiliar que tenga a su servicio.
- b) Proponer a la Asamblea General la ad-

misión 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.

La Junta directiva estará formada por un Presidente, un Vicepresidente, un Tesorero, un Secretario, y los Vocales de zona.

Los cargos que componen la Junta Directiva serán gratuitos, se elegirán por la Asamblea General y durarán un periodo de dos años los cargos de Presidente y vicepresidente y cuatro años los cargos de Tesorero, Secretario y vocales de zona.

## LOGROS

- En el año 1994 se inició la actividad científica con una jornada que hasta el año 2000 se llamó Sesión de Trabajo y en la actualidad se denomina Reunión Anual de la SEDENE, con una duración de dos días. Actualmente se han realizado 15 **Reuniones Anuales** y 12 **Jornadas Autonómicas**. (Madrid, Cataluña, Andalucía, Islas Baleares, Valencia y Murcia)

- Durante estos 15 años se han presentado 450 comunicaciones que se han publicado en distintos libros de resúmenes de comunicaciones; Han asistido más de 3.000 profesionales y hemos contado con 190 ponentes en 68 actos

científicos para tratar la enfermedad neurológica, la relación de ayuda humanista, el papel fundamental de la familia en el cuidado del paciente neurológico, la Educación Sanitaria y la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales, la necesidad de investigación y de especialización de los cuidados...

- En el año 1996 se inició la publicación de un boletín informativo trimestralmente hasta el año 1999, que se decidió mejorarlo con trabajos científicos, comentarios de artículos y los resultados del proyecto de investigación premiado, pasando a publicarse semestralmente con el nombre de "**Publicación Oficial de la SEDENE**". Contamos con un total de 28 publica-

ciones que semestralmente más de 500 revistas se distribuyen a todos los socios, entidades, universidades, hospitales y centros socio-sanitarios de manera gratuita. Está incluida en la base de datos CUIDEN, base de datos de la Fundación INDEX, que incluye la producción científica de la enfermería española e iberoamericana tanto de contenido clínico-asistencial en todas sus especialidades como con enfoques metodológicos, históricos, sociales o culturales..

- En 1997 se inició la difusión internacional



de la sociedad siendo miembros de la **World Federation Neurosciencie Nurses**.

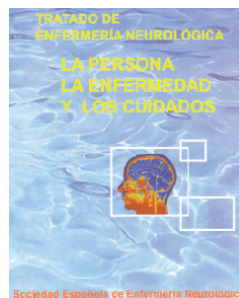
- Desde el año 1995 la SEDENE colabora con diferentes cursos de **Formación Continua** en diversos hospitales, **Jornadas, Conferencias** y otras actividades científicas y sociales relacionadas con la neurología.

- En el año 1997 la SEDENE inició junto con la Universidad Central de Barcelona la organización de un **postgrado específico en cuidados neurológicos** titulado: "Atención de Enfermería a los Enfermos Neurológicos en los diferentes ámbitos de actuación"

- SEDENE publicó en 1996 la 1ª edición de una **Guía de Cuidados para familiares y enfermos afectados de Ictus**. Distribuyéndose por toda España con una encuesta de valoración muy positiva. En el año 2002 se editó la tercera edición de esta guía con una tirada de 10.000 ejemplares.

- En el año 2001 se edita el **Manual de alimentación en el paciente Neurológico** dirigido a los profesionales de la salud, donde se describen once patologías neurológicas, su problemática nutricional, las recomendaciones y las características de la dieta; junto al manual se confeccionó tres dípticos sobre las recomendaciones y características de la dieta para familiares y pacientes afectados de Ictus, Parkinson y Alzheimer.

- Con gran esfuerzo y trabajo se organizó en mayo del 2005 la novena edición de la **World Federation of Neurosciencie Nurses Congress** en la Universidad



Autónoma de **Barcelona** con más de 500 participantes de todo el mundo.

- En noviembre de 2005 se presentó la primera edición del libro "**Tratado de Enfermería Neurológica: La persona, la enfermedad y los cuidados**" y en 2008 la segunda edición con una distribución total de 2.000 ejemplares.

- Creación de la nueva web de la sociedad con más de 2.500 visitas anuales a sus contenidos.

- Invitados a formar parte de la **Estrategia del Sistema Nacional de Salud en Ictus**, dentro del plan de Calidad del SNS del Ministerio de Sanidad y Consumo. De la **Guía de Práctica Clínica** sobre manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria de carácter nacional y de la Guía de Práctica Clínica en Demencias del Servicio Catalán de la Salud durante los años 2007 y 2008.

## CONCLUSIÓN

En estos momentos el objetivo de nuestra sociedad es dar continuidad y mejorar en lo posible todos los proyectos iniciados en años anteriores, y seguir trabajando en el reconocimiento profesional de nuestra actividad, exigiendo a los Organismos competentes la especialidad de Enfermería en Cuidados Neurológicos.

La SEDENE ha creado el espacio para que las enfermeras/os que cuidan a pacientes neurológicos en cualquier ámbito de actuación, puedan encontrarse y compartir sus conocimientos y sus experiencias profesionales. La SEDENE ha logrado obtener un reconocimiento científico y el reconocimiento de las



## PUESTA AL DÍA

# COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE-FAMILIA: ELEMENTO CLAVE EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

**Autores:** Ana Moreno Verdugo<sup>1</sup>, Ana Eva Granados Matute<sup>2</sup>,

**Raquel Contreras Fariñas<sup>1</sup>, Yolanda Luque Ortega<sup>1</sup>, Raimundo Caro Quesada<sup>3</sup>.**

*Enfermera Gestora de Casos<sup>1</sup>, Enfermera Gestora de Casos y Supervisora de la Unidad de Coordinación de Cuidados Interniveles<sup>2</sup>, Supervisor de la Unidad de Neurología, Neurofisiología y Rehabilitación<sup>3</sup> de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.*

**Correspondencia:** [ana.moreno.verdugo.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:ana.moreno.verdugo.sspa@juntadeandalucia.es)

El hombre es un ser social<sup>1</sup> necesita de los demás para sobrevivir. Pasamos gran parte de nuestro tiempo interactuando: escuchando, hablando, leyendo o escribiendo, es decir, comunicándonos. La mayoría de esta comunicación tiene lugar frente a frente o está íntimamente relacionada con la comunicación interpersonal.

En esta situación, definiremos la comunicación como un proceso mediante el cual transmitimos y recibimos datos, ideas, opiniones y actitudes para lograr comprensión y acción. La comunicación es indispensable para lograr una coordinación de esfuerzos.

Nos encontramos en la era del acceso, el siglo de las comunicaciones, gracias a Internet nos podemos comunicar con cualquier parte del mundo, un fiel reflejo de nuestra globalizada sociedad: Pero paradójicamente el avance en la comunicación interpersonal no ha sido similar.

Es el ser humano el que inventa medios nuevos de comunicación pero al mismo tiempo produce incomunicación o limitaciones comunicativas.

En diferentes empresas se está tomando conciencia de los problemas originados por una comunicación deficiente<sup>2</sup>.

En el ámbito sanitario, considerado una empresa de servicios, es en las personas y en su relación donde se apoya el desarrollo profesional y la consecución de unas relaciones satisfactorias entre los miembros del equipo y con los usuarios. Cuando esta relación se ve afectada por conflictos interpersonales o por limitaciones en la comunicación, puede repercutir negativamente en el cuidado.

Hay estudios que describen las razones por las que los usuarios del sistema sanitario se sienten satisfechos de la atención recibida, esta satisfacción la identifican por el trato humano recibido, destacando como elementos fundamentales la empatía mostrada por los profesionales, la información comprensible que estos aportan, el tiempo que dedican a la relación con el enfermo y la posibilidad que tiene el usuario de expresarse<sup>3</sup>.

Hay que tener en cuenta que las condiciones estructurales y organizativas del sistema sanitario no siempre beneficiarán el trato personal y

la consecución de una interacción satisfactoria, siendo, además, factores que pueden escaparse del control directo del propio profesional<sup>4</sup>. Los profesionales de enfermería debemos saber que “toda relación terapéutica implica, de modo necesario, un proceso de relación interpersonal”<sup>5</sup>, por lo tanto, la comunicación interpersonal será una de nuestras herramientas de trabajo.

Ofrecer al paciente un trato empático y de calidad no es sólo un compromiso ético de los profesionales de enfermería, sino que resulta de gran utilidad para poder diseñar mejor los procesos terapéuticos y asistenciales en la dirección de las necesidades reales y percibidas de cada persona, recoger más información de utilidad diagnóstica y una mayor comprensión y adhesión al tratamiento por parte del paciente.

Los hospitales son organizaciones profesionales complejas que gestionan una gran variedad de conocimientos y múltiples relaciones, entre las que sobresale la que se establece entre los profesionales sanitarios y los pacientes<sup>6</sup>.

La comunicación es un intercambio de información en el que intervienen un emisor y un receptor, y es imprescindible que ambos lleguen a la percepción del mismo significado, pero esto no siempre ocurre ya que en la comunicación influyen factores como los sentimientos de ambas partes, actitudes, prejuicios, expectativas personales o experiencias vividas<sup>5</sup>.

Como afirma Shapiro<sup>7</sup> el auténtico significado de cualquier comunicación no es tanto lo que el emisor pretende decir sino el efecto que esta comunicación provoca en el receptor.

Como profesionales sanitarios tenemos que tener en cuenta que cuando hablamos estamos creando un significado en el usuario que posiblemente no tiene que ver con el nuestro y esto va a influir en la capacidad terapéutica para con el paciente.

Existen una serie de cuestiones que habrá que tener en cuenta a la hora de establecer una relación de comunicación:

- Usar un lenguaje apropiado a la persona que escucha.
- Evitar ambigüedades en el mensaje y no escatimar obviedades que pudieran darse por supuestas
- Dejar hablar al interlocutor y no interrumpir.
- Ayudar al interlocutor a que se sienta cómodo y que se pueda expresar con libertad.
- Mostrar interés.
- Prestar atención. Escuchar para comprender al otro y no estar pensando que es lo que se va a decir cuando acabe de hablar.
- Evitar las interferencias físicas, psicológicas (distracciones, preocupaciones...), prejuicios sociales, estereotipos negativos, juicios de valor...
- Ser empáticos.
- Mantener una actitud y comportamiento tolerante, dejando tiempo para que se exprese.
- Saber que todos tenemos necesidades pero que la forma de satisfacerlas pueden ser muy distintas, respetar las peculiaridades personales siempre que no entren en conflicto con los derechos ajenos.

- Atender no solo al contenido sino también a los sentimientos y necesidades de la persona.
- Hacer preguntas cuando queremos conocer datos relevantes.
- Estar atentos a los mensajes no verbales, pudiendo utilizarlos como recurso muy importante.
- Considerar el ambiente físico y social en el que nos encontramos.
- Verificar si el interlocutor ha comprendido lo que se le ha dicho.

Cuando los profesionales de enfermería somos capaces de conocer los propios sentimientos, los ajenos y utilizar este conocimiento para el logro del éxito, estamos hablando de una capacidad denominada Inteligencia Emocional<sup>8</sup>.

Un profesional de la salud con inteligencia emocional debe aspirar a lograr la autoconciencia que le permita reconocer sus propios estados de ánimo y trabajar para madurar la conciencia emocional, que la lleve a la autoevaluación de sus fortalezas y debilidades y al desarrollo de acciones que le generen sentimientos de autoconfianza a partir de sus valores y capacidades. Debe lograr:

- Reducir el temor.
- Escuchar.
- Conocer lo que está sintiendo su interlocutor.
- Calmar.
- Admitir las diferencias entre los seres humanos.
- Mitigar el duelo.
- Manejar el enojo, la tristeza y otros esta-

dos emocionales del paciente.

- Lograr un mejor cumplimiento de las indicaciones terapéuticas.
- Lograr conductas más saludables.
- Facilitar la adhesión terapéutica.
- Fomentar la independencia de los pacientes.
- Controlar sus propios sentimientos y sentirse bien con lo que está haciendo.

Si todo lo expuesto lo aplicamos al paciente con Esclerosis Múltiple (EM) y su cuidador conseguiremos una relación terapéutica favorable para que el paciente /cuidador alcancen unos objetivos predeterminados.

La EM es una enfermedad crónica, que en el 80% presenta una forma remitente- recidivante al inicio de la enfermedad y al cabo de 10 años, más de la mitad de los pacientes evolucionan a formas progresivas<sup>9</sup>.

La comunicación que se establece en el momento del diagnóstico influye en gran medida en el éxito o fracaso del abordaje del paciente con EM<sup>10</sup>.

El abordaje de este tipo de pacientes debe realizarse por un equipo multidisciplinar que deberá atender al déficit de sus necesidades de una forma integral, es por esto que el profesional de enfermería, por ser el que pasa mayor parte del tiempo con el paciente, se convierte en una pieza clave a la hora de establecer una relación de confianza, pudiendo actuar directamente en la creación de una buena comunicación profesional-paciente-familia.

En el primer contacto que realiza la enfermera tras el diagnóstico de EM la comunicación que se establece con el paciente debe

permitir que este exponga sus dudas, miedos e inseguridades, siendo esto la pieza clave para establecer una relación terapéutica de confianza. Se debe ser realista en las respuestas, pero no alarmistas. La enfermera debe tener una actitud que denote seguridad y dominio sobre lo que se está comunicando, utilizando para ello un lenguaje comprensible para el paciente, sin tecnicismos, de forma cálida y cercana, pero sin dejar de perder de vista nuestra perspectiva terapéutica.

Hay que tener en cuenta que dependerá de cada caso en particular la cantidad de información que debemos ofrecer a nuestros pacientes, de las demandas que realice y de las necesidades detectadas durante la valoración.

Es preferible dejar al paciente que decida con quién quiere compartir la noticia de que padece esa enfermedad. Una vez hecho esto tendremos que poner en marcha una serie de estrategias que permitan al paciente-familia adaptarse a la nueva situación.

También es importante asesorarles sobre los recursos existentes para encontrar información adicional sobre su enfermedad, y restringir aquella que pueda no ser recomendable. Si los profesionales de la salud encauzamos la búsqueda de esta información posiblemente podremos evitar sentimientos de miedo, angustia e inseguridad.

No hay que olvidar que el diagnóstico de una enfermedad crónica, incurable, que puede avanzar, como la EM, provoca un gran impacto emocional en el paciente, familia e incluso en el equipo terapéutico.

El Plan Nacional de cuidados paliativos

identifica como básico en la atención a estos pacientes<sup>11,12</sup> :

- Comunicación eficaz e individualizada en cada situación.
- Control de síntomas.
- Apoyo a la familia.

Esta triada podría aplicarse a los cuidados que va a recibir el paciente con EM y su familia.

El proceso de adaptación a la enfermedad atraviesa diferentes etapas, como cualquier duelo. Ante una enfermedad incurable el paciente, la familia y amigos lo viven como una pérdida<sup>13</sup>. Esto no puede considerarse patológico, sino que no es más que un proceso de adaptación a la nueva situación. Una adecuada intervención por parte de las enfermeras puede ayudar a superar las fases que dificultan la aceptación de la nueva situación, como pueden ser el shock, negación, miedo, ansiedad, pena, depresión. El trabajo emocional es clave para la superación del estrés que ha producido la enfermedad, habrá por tanto que:

- Escuchar atentamente, invitándoles a hablar.
- Estar atentos a sentimientos y hechos. En situaciones de crisis la información puede ser caótica, habrá que organizarla.
- Comunicar interés y aceptación con el lenguaje no verbal.
- Establecer contacto físico siempre que podamos.
- Proporcionar calma en situaciones tensas.
- Formular preguntas abiertas.
- Pedirles que sean concretos.

- No permitir la visión en túnel y ampliarla, para que puedan identificar otras alternativas y modos de vida.
- Abordar directamente los obstáculos.
- Establecer prioridades de forma conjunta.
- Abordaje prioritario de los problemas y cuando se haya solucionado comenzar con otro. Si se abordan varios problemas podemos aumentar la situación de estrés.
- Establecer objetivos a corto plazo.
- Confrontar cuando sea necesario, para que puedan elegir la opción más acertada.
- Ser directivo sólo en caso necesario.
- Si es adecuado, añadir connotaciones positivas, debemos incentivarlos para que describan alguna connotación positiva de lo que les está pasando.
- Explorar las capacidades personales.
- Proponer otras alternativas y que sean ellos los que elijan.
- Establecer fecha y objetivos para el próximo contacto.
- Evaluar las etapas de acción.

Teniendo en cuenta todas estas propuesta descritas, la comunicación entre los profesionales de los distintos niveles asistenciales también debe ser fluida y continuada. El paciente/familia desarrolla su vida en la comunidad, donde pueden ser atendidos por los sistemas sanitarios de atención primaria para la mayoría de sus problemas de salud y en el caso de pacientes con enfermedad de EM, para sus problemas de salud relacionados con esta enfermedad son atendidos en las unida-

des especializadas de EM. Si la comunicación entre profesionales de ambos niveles es fluida se podría establecer un plan de actuación compartido, con la utilización de vías clínicas para evitar información contradictoria, duplicidad en las intervenciones y seguimiento de dicho plan. Las enfermeras debemos establecer protocolos de comunicación eficaz, para mejorar los cuidados que prestamos a los pacientes y poder hacer un seguimiento más estrecho, disminuir la ansiedad e inseguridad del paciente/familia, prevenir complicaciones, detectar nuevas necesidades y evaluar las intervenciones realizadas.

## CONCLUSIONES

La enfermedad debe considerarse como una crisis circunstancial, a la que paciente y familia deben adaptarse. Dependiendo de cómo se viva y se sienta dicha enfermedad así van a ser las intervenciones que pongamos en marcha. Como profesionales de la salud debemos ayudar a la comprensión de esa enfermedad, maximizar las potencialidades de adaptación y limitar las debilidades desarrollando estrategias para el manejo de conflictos.

La orientación de los cuidados de enfermería deben ofrecer un entorno centrado en la persona, no en la enfermedad, promoviendo la independencia y el autocuidado, claves en la recuperación funcional del paciente con EM y reincorporación a la vida cotidiana, garantizando el máximo bienestar y minimizando el sufrimiento de pacientes y familiares, fomentando la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes y asegurando la continuidad de la atención independientemente del nivel en el que se encuentre el paciente.

Estos cambios suponen para las enfermeras a la vez un reto, que exige la adaptación y una oportunidad para el desarrollo.

Es importante que cambiemos y nos adaptemos no sólo a las nuevas tecnologías sino a reforzar el lado más humano del servicio que prestamos, centrándonos en la persona y familia. Debemos humanizar la asistencia, teniendo presente que es necesario una comunicación eficiente para tratar al paciente/familia como seres humanos, realizando cuidados individualizados ya que cada persona es única e irrepetible.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lersch P. Psicología social. El hombre como ser social. Barcelona: Scientia; 1972.
2. Laraña, M. ¿Sociedad de la información o de la incomunicación? Rev BIT 1997; 103: Disponible en: <http://www.coit.es/publicac/publbit/bit103/mlarana.htm>
3. Rodríguez J, Mira JJ. Calidad y humanización de la atención sanitaria. Viure en Salut. 2002; 53: 12-13.
4. Pons X. La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. Enfermería Integral. 2006; 73:27-34.
5. Rodríguez J. Psicología social de la salud. Información Psicológica 1998; 67, 4-11.
6. Secretaria General de Sanidad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/notaPrensa-20060323TextoIntegro.pdf> .
7. Shapiro M. Neuro-Linguistic programming. Londres: Hodder & Stoughton; 2004.
8. Licea L. La inteligencia emocional: herramienta fundamental para el trabajador de la salud. Rev Enferm IMSS. 2002; 10(3): 121-123. Disponible en: [http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/05F885D0-2232-4719-A7AD-B4722FFA1483/0/3\\_121123.pdf](http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/05F885D0-2232-4719-A7AD-B4722FFA1483/0/3_121123.pdf)
9. Sánchez-Soliño O, Rebollo FJ, Ubilla EA. Curso de Esclerosis Múltiple para Enfermería. España: Escuela de Ciencias de la Salud de la Organización Colegial de Enfermería; 2005.
10. Rodríguez de Rivera, FJ. La comunicación del diagnóstico al paciente en las enfermedades neurológicas. Neurología. 2008; 23(6): 333-336.
11. Consejo General del Poder Judicial y Ministerio de Sanidad y Consumo Documento de Consenso sobre Situaciones al final de la vida. En: Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases Para su Desarrollo. Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1999.(Plan Nacional fechado 2001).
12. Davies E, Higginson IJ, editores. Informe técnico: Hechos sólidos en cuidados paliativos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004
13. Navarro J. El impacto psicosocial de la enfermedad crónica en la familia. En: Ríos JA. La familia realidad y mito. Madrid: Ramón Areces;1998. p.71-97.

## RITA LEVI MONTALCCINI. NEURÓLOGA. PREMIO NOBEL DE MEDICINA 1986.

**Autora: Margarita del Valle García**

*..... entré en la jungla del sistema nervioso  
y quedé tan fascinada por su belleza que le dediqué todo mi tiempo, mi vida!*

Nacida en Turín en 1909, es una de las grandes mujeres del siglo XX fué la más joven (junto con su hermana gemela Paola) de cuatro hijos de una familia sefardí. Su padre, Adamo Levi, era de profesión ingeniero eléctrico y su madre, Adele Montalcini, una pintora con gran talento.

Haciendo caso omiso a las exigencias paternas de no estudiar para ser buena madre y esposa, Rita se matriculó en la Facultad de Medicina de Turín en 1930. Se licenció en 1936. Trabajó como ayudante del famoso histólogo italiano Giuseppe Levi hasta que en 1938 el Manifiesto della Razza, publicado por Benito Mussolini, prohibió a toda persona judía acceder a alguna carrera académica o profesional.

Durante el transcurso de la Segunda Guerra Mundial, construyó un laboratorio en su propio hogar en donde estudiaba el crecimiento de las fibras nerviosas en embriones de pollo, lo que le valió como base para futuras investigaciones, su primer laboratorio genético lo tuvo en su mismo cuarto. En 1943, su familia se trasladó a Florencia, y con ella se llevó su laboratorio. En 1945 regresaron a Turín.

En septiembre de 1946 aceptó una invitación de la Universidad de Washington (Saint Louis), bajo la supervisión del profesor Viktor Hamburger. Aunque en un principio la estan-

cia debía de ser por un solo semestre, se quedó 30 años. Fue aquí donde hizo su trabajo de mayor importancia, descubrió como crecen y se renuevan las células del sistema nervioso en 1942, lo llamó Nerve Growth Factor (NFG), factor de crecimiento nervioso y durante casi medio siglo estuvo en entredicho, hasta que en 1986 le dieron el Premio Nobel.

Se hizo profesora en 1958 y en 1962 estableció una unidad de investigación en Roma teniendo así que dividir su tiempo entre Roma y Saint Louis.

De 1961 a 1969 dirigió el Centro de investigación Neurobiológica de Roma y de 1969 hasta 1978 el laboratorio de biología celular.

### PREMIOS Y HONORES

En 1968 fue la décima mujer elegida para la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos.

En 1983 fue premiada con el premio Louisa Gross Horwitz de la Universidad de Columbia junto a Stanley Cohen y Viktor Hamburger.

Junto a su colaborador Stanley Cohen recibió el Premio Nóbel de Fisiología y Medicina en 1986.

En 1987 recibió la Medalla Nacional de la Ciencia, el máximo reconocimiento de la

comunidad científica americana.

En el año 2001 fue designada senadora vitalicia por el presidente de la república italiana Carlo Azeglio Ciampi.

Es autora de numerosos libros, y de los más recientes, como *Tiempo de acción* se centra en la revolución digital y en la necesidad de cambiar la educación. Su vista es deficiente y necesita de su secretaria para utilizar Internet, una de sus herramientas favoritas, pero conserva la vitalidad, la ironía y la lucidez.

**Fragmentos de la entrevista concedida a Enric González y que se publicó en *El País*, el 15 de mayo de 2005.**

**¿Nos queda margen para seguir evolucionando?**

Rita Levi (R.): No, desde el punto de vista somático. Sí, desde el punto de vista de la informática. La informática nos da acceso a otro mundo que para nuestros predecesores, hace sólo medio siglo, no existía. A falta de un nuevo desarrollo de la neocorteza, disponemos de los ordenadores.

**En teoría, disponemos también de la manipulación genética.**

R.: Odio esa opción. La manipulación genética no debe ser utilizada. No tenemos derecho a hacer nacer bebés a la carta. No es aceptable fabricar niños con los cabellos rubios, los ojos verdes, tal característica o tal otra. Eso va más allá de los límites de la moral. Lo rechazo absolutamente.

**Hablemos aún de la evolución en los otros animales. ¿Hay posibilidad de evolución en los insectos, por ejemplo?**

R.: No. El insecto de hoy es igual al de hace millones de años. El insecto no tiene ninguna posibilidad. Por lo que sabemos, está totalmente determinado, desde el punto de vista del presente y del futuro. No registra ninguna evolución. Los insectos pueden sobrevivir a la humanidad por su constitución, por su capacidad para hacer frente a las circunstancias, pero no pueden cambiar.

**Nosotros hemos cambiado parcialmente. ¿Por qué somos más inteligentes que hace 50.000 años, pero no somos más buenos?**

R.: No somos más buenos por el componente límbico cerebral que sigue dominando nuestra actividad. Vivimos como en el pasado, como hace 50.000 años, dominados por las pasiones y por impulsos de bajo nivel. No estamos controlados por el componente cognitivo, sino por el componente emotivo, el agresivo en particular. Seguimos siendo animales guiados por la región límbica palocortical, sustancialmente igual en el hombre y en otros animales. Nuestras opciones de mejora moral pasan por las circunvoluciones neocorticales que afortunadamente tenemos.

**Dice usted “afortunadamente”. Esa peculiaridad en la corteza del cerebro, ¿es una suerte, una casualidad?**

R.: Quién sabe. No estamos dirigidos. Como todas las evoluciones, la nuestra ha sido casual, una reacción frente a la necesidad. Esa es nuestra historia. No se ha tratado de un desarrollo dirigido por un ente divino. Nos hemos desarrollado como otros animales; algunos han adquirido ciertas capacidades, nosotros hemos conseguido la neocorteza,



y eso nos ha llevado a dominar el planeta y a situarnos por encima de las leyes de causalidad que nos han conducido hasta aquí.

**Este “aquí” significa, por ejemplo, el siglo XX, que dice poco en favor del humano. No es fácil mantener la fe en nosotros mismos.**

R.: ¿Por qué lo dice?

**Usted, que ha vivido casi todo el siglo XX, conoce sus errores mejor que yo.**

R.: Sí, hemos sufrido el horror de la shoah (término utilizado para referirse al holocausto), el horror del nazismo, el horror del fascismo, todos los frutos del componente palocortical. He escrito bastante sobre eso. Mire, no sé hacia dónde vamos, pero estoy segura de que debemos librarnos de ese pasado nefasto. Porque si asumimos una visión catastrofista del ser humano, estamos acabados. La vida se hace inútil. Yo también me siento interiormente incapaz de ser optimista, pero hay que serlo, cueste lo que cueste. Hay que mantener la confianza en el futuro.

**Seamos positivos. ¿Cuáles han sido las cosas más positivas del pasado siglo?**

R.: Desde el punto de vista científico, el desarrollo ha sido extraordinario, y no hace falta enumerar la exploración del átomo, del ADN... Desde el punto de vista ético hemos sido capaces de vencer a Hitler, a Mussolini, a Stalin, lo que no está nada mal. Mire, la conclusión que puede extraerse del siglo XX es que debemos cambiar los mecanismos de instrucción y la relación errónea entre los adultos y los niños.

**Algunos aspectos de la educación han empezado a cambiar. Cuando usted era joven, las mujeres no solían acceder a una instrucción universitaria. Usted no pudo estudiar hasta...**

R.: Ese cambio que dice usted afecta a los países de alto nivel cultural, no al Islam ni a la mayoría de los países del sur. Un pequeño porcentaje de mujeres, en el que me incluyo, tiene suerte y disfruta ahora de ciertos derechos.

**Dentro del debate ético sobre la investigación científica, ¿cuáles son los límites? Las únicas posiciones claras, y obviamente restrictivas, parecen ser las cristianas.**

R.: Yo no soy católica, estoy fuera de cualquier religión. Soy agnóstica. Laica y agnóstica. Lo demás no lo tengo en cuenta. Respeto todos los puntos de vista.

**Frases de Rita Levi extraídas de otra entrevista.**

.....Actualmente trabajo para becar a niñas africanas para que estudien y prosperen ella y sus países. Sigo investigando y pensando.

.....Mi cerebro pronto tendrá un siglo...pero no conoce la senilidad, el cuerpo se me arruga, pero no el cerebro. Gozamos de gran plasticidad neuronal, aunque mueran neuronas, las restantes se reorganizan para mantener las mismas funciones, ¡pero conviene estimularlas, manteniendo el cerebro activo.

.....Desde niña tuve el empeño de estudiar, mi padre se oponía. Me estimuló también el ejemplo del médico Albert Schwitzer que

estaba en África para paliar la lepra.

.....Mussolini quiso imitar a Hitler en la persecución de judíos y tuve que ocultarme por un tiempo. Pero no dejé de investigar, monté mi laboratorio en mi dormitorio... y descubrí la apoptosis, que es la muerte programada de las células.

.....Hay muchos judíos científicos e intelectuales, porque la exclusión fomentó los trabajos intelectivos, pueden prohibírtelo todo, pero no que pienses.

.....Nunca me he casado, ni he tenido hijos, entré en la jungla del sistema nervioso y quedé tan fascinada por su belleza que le dediqué todo mi tiempo, mi vida!

.....Mi gran sueño es que un día logremos utilizar al máximo la capacidad cognitiva de nuestros cerebros. Lo mejor de mi vida es lo que he ayudado a los demás.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Muhm, Myriam: “Vage Hoffnung für Parkinson-Kranke”- Überlegungen der Medizin-Nobelpreisträgerin Rita Levi Montalcini, Süddeutsche Zeitung, Nr. 293, 22. Dezember 1986.
- Levi-Montalcini, Rita, In Praise of Imperfection: My Life and Work. New York,; Basic Books; 1988.
- [http://es.wikipedia.org/wiki/Rita\\_Levi-Montalcini](http://es.wikipedia.org/wiki/Rita_Levi-Montalcini)
- <http://www.mujereshoy.com/secciones/3107.shtml>
- [blogs.periodistadigital.com/eldivan.php/2006/07/22/entrevista\\_a\\_rita\\_levi\\_montalcini](http://blogs.periodistadigital.com/eldivan.php/2006/07/22/entrevista_a_rita_levi_montalcini)
- [http://blogs.periodistadigital.com/eldivan.php/2006/07/22/entrevista\\_a\\_rita\\_levi\\_montalcini](http://blogs.periodistadigital.com/eldivan.php/2006/07/22/entrevista_a_rita_levi_montalcini)



*Figura 1*

**Rita Levi Montalcini. Neuróloga.**

*Tomada de: [http://beckere Exhibits.wustl.edu/mowibsp/bios/levi\\_montalcini.htm](http://beckere Exhibits.wustl.edu/mowibsp/bios/levi_montalcini.htm)*

## EVENTOS SEDENE

### IV JORNADAS MADRILEÑAS DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

Tras celebrarse el pasado 23 de mayo con gran éxito entre sus 150 asistentes la jornada, “Compartir para Mejorar” entregó 4 premios a las mejores comunicaciones orales financiados por el Colegio de Enfermería de Madrid.

Adela Harto coordinadora del evento comentó su gran satisfacción y interés de la jornada para todo el público. También comentó que para el año 2010 se pueda repetir en el Hospital Doce de Octubre que tomará el relevo para la organización de la “V jornada Madrileña de Enfermería Neurológica”.



### I JORNADAS DE ICTUS EN LLEIDA

El pasado 1 de octubre de 2008 se celebró la I Jornada de Ictus en Lleida con el objetivo de intercambiar experiencias entre profesionales, acercar la realidad del paciente y la familia y informar para la prevención.



Según la coordinadora del evento la Sra. Lourdes Hernández; *las necesidades de las jornadas surgieron porque a pesar de hacer unos 3 años que está funcionando el “código ictus”, aún llegan muchos pacientes a los diferentes centros de salud habiendo transcurrido más de 3 horas desde el inicio de los síntomas.*

*La población usuaria de los servicios de salud necesita información sobre la prevención del ictus y sobre la actuación urgente en el inicio de los síntomas del ictus.*

En el programa de la jornada se trabajó el siguiente temario:

Fisiopatología

Código Ictus

Atención de enfermería en el ictus agudo

Tratamiento de fisioterapia

Logopedia en el ictus

Intervención de la trabajadora social

Tratamiento por terapeuta ocupacional

Atención de enfermería en un sociosanitario

¿Qué entendemos por ictus?

Prevención del ictus

Experiencia en primera persona

Experiencia de cuidar

De cuidar a otras personas a cuidar la familia

Con esta jornada se pudo conocer y compartir las experiencias de los profesionales en diferentes ámbitos que atienden a pacientes con Ictus, la divulgación del funcionamiento del Código Ictus y el acercamiento al público asistente del día a día del paciente con ictus y su familia.



## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC) SOBRE MANEJO DE PACIENTES CON ICTUS EN ATENCIÓN PRIMARIA

SEDENE ha sido invitada a formar parte de la primera GPC sobre manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria.

Este proyecto se enmarca dentro del programa de elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en la evidencia, para la ayuda a la toma de decisiones clínicas en el Sistema Nacional de Salud (SNS), del Ministerio de Sanidad y Consumo, por lo que esta GPC tiene un alcance nacional.

Estará coordinada por la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS) de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid.

## III CONGRESO NACIONAL DE ALZHEIMER

El pasado 2,3 y 4 de octubre se celebró en Vigo este tercer congreso gracias a la Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias, la Sociedad Española de Neurología y la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología.

SEDENE formó parte de su Comité de Honor y para nuestra sociedad fue una gran ocasión para difundir la labor de la enfermería en esta patología.



# MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA

## EVIDENCIA DISPONIBLE Y BENEFICIOS EN LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

**Autoras: Joana Rodrigo Gil, Rosa Suñer Soler, Ester Auger Albertí, M. Carme Malagon Aguilera**

*Diplomadas en Enfermería. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona*

Este artículo tiene como objetivo revisar los posibles beneficios de la medicina complementaria y alternativa, mediante una revisión de la evidencia disponible. Específicamente, se han revisado los posibles beneficios de esta medicina en las personas afectadas por ictus.

### INTRODUCCIÓN

La publicidad y las modas condicionan casi a diario nuestra apariencia, los productos que consumimos y también la medicina que debemos utilizar.

En los países occidentales cada vez más la medicina clásica convive con las llamadas Terapias Alternativas, Complementarias e Integradas, o también conocidas de forma común como Terapias Naturales. Pero, ¿Todas son naturales? ¿Todas están exentas de riesgo? ¿Qué evidencia científica existe?

El Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM) (1) define las terapias de la Medicina Alternativa como aquellas que sustituyen a la Medicina Convencional, las terapias de la Medicina Complementaria las que se utilizan conjuntamente con la Medicina Convencional, y las terapias de la Medicina Integrativa o Integrada como aquellos tratamientos que combinan la Medicina Convencional y la Medicina Complementaria y Alternativa.

De terapias complementarias y alternativas hay muchas, y mueven al año gran cantidad de dinero en todo el mundo, pero sólo algunas han demostrado tener beneficios (2).

Según la NCCAM dichas terapias se clasifican en 4 dominios:

1. Sistemas médicos integrales, como la homeopatía o la medicina china tradicional.
2. La medicina de la mente y el cuerpo, como la meditación, el yoga, el arte, etc., que utilizan la mente para que influya sobre el cuerpo.
3. Las prácticas de manipulación basadas en el cuerpo, que hacen hincapié en la manipulación o movimiento de una o más partes del cuerpo, como los masajes, la quiropráctica, etc.
4. La Medicina sobre la base de la energía, como las terapias del biocampo, que utilizan los campos de energía que suponen rodean y penetran en el cuerpo. Como ejemplo de esta terapia (quizás no tan utilizada en nuestro país como el resto de terapias) es su aplicación en la depresión, se sabe que la depresión es una de las patologías más corrientes de los desórdenes emocionales. Los seguidores de esta terapia declaran que “...la persona realmente deprimida experimenta una falta de energía y vitalidad...” (3) y la abordan no

sólo a nivel energético sino también a nivel psicológico.

Sin embargo, existe controversia entre los beneficios que se cree tienen las terapias alternativas y complementarias y la evidencia científica disponible. En la misma línea que la medicina convencional investiga, también se realizan estudios sobre terapias alternativas y complementarias, siendo más evidentes los sesgos y los resultados contradictorios en los estudios que tratan sobre los beneficios de las terapias alternativas.

Hay otras razones que condicionan que dichas terapias funcionen, por ejemplo el hecho de que algunas de las enfermedades que padecemos se autolimitan, por ello el beneficio puede ser debido al curso natural de la enfermedad. Otras razones se derivan de las propias características de algunas enfermedades como las de curso cíclico, con picos de exacerbación, a veces el beneficio se explica en las situaciones de estabilidad.

El soporte psicológico en los tratamientos alternativos, también, es un punto a considerar, la medicina alternativa suelen dedicar más tiempo a sus pacientes respecto a la medicina convencional (4).

## EVIDENCIA DISPONIBLE

Se ha realizado una revisión de algunas de las terapias más usuales en nuestro entorno y la existencia o no de la evidencia científica:

- La homeopatía basada en la administración de sustancias medicamentosas se utiliza para múltiples problemas (respiratorios, circulatorios, reumáticos, neurológicos, ..). De la búsqueda bibliográfica sobre homeopatía

en la Biblioteca Cochrane, se han hallado 6 revisiones sobre estos problemas con ninguna o poca evidencia científica (5,6,7,8,9). Otra de las revisiones encontradas(10), un meta-análisis de 89 estudios con el título “Homeopatía-información diluida y poco conocimiento” que incluía en cada estudio una media de 60 pacientes, se analizaron cuatro tipos de intervenciones de homeopatía y utilizaron 50 tipos de remedios homeopáticos; destacar que sólo el 42% se comparó con placebo, y en 6 de cada 10 estudios la homeopatía no demostraba ser más eficaz que el placebo. El resto de estudios, que sí demostraban significación estadística, no proporcionaban suficiente información en cuanto a la intervención de homeopatía, por lo que no se puede concluir que la homeopatía fuera un tratamiento alternativo eficaz en dicha revisión.

Otros estudios demuestran mejores resultados de la homeopatía en determinadas patologías, en este sentido Bell y colaboradores de la Universidad de Arizona, en EEUU (11,12,13), han investigado los efectos de una sustancia homeopática llamada “LM” en pacientes diagnosticados de fibromialgia versus placebo, con resultados positivos en relación a disminución de los síntomas depresivos y aumento de la calidad de vida en los pacientes tratados con esta sustancia. En el tratamiento del vértigo también se han realizado estudios preclínicos y clínicos con tratamientos homeopáticos, hallando resultados favorables con la sustancia llamada “Ginkgo extract EGb 761” con efectos en la compensación vestibular (14).

- La acupuntura es otra de las terapias más conocidas en la medicina alternativa, consiste en la inserción de agujas finas en puntos espe-

cíficos del cuerpo, para mejorar la salud y el bienestar de la persona (15). Se han realizado muchos estudios sobre acupuntura, quizás es de las terapias más utilizadas en nuestro país como terapia complementaria. Una reciente revisión sobre los efectos de la acupuntura en el tratamiento de la cefalea tensional, sugiere una limitada eficacia y concluye la necesaria estandarización de estos tratamientos para poder hallar resultados más concluyentes (16). En la misma línea han concluido revisiones de la acupuntura en el tratamiento del insomnio, con resultados sin significación estadística que apoyen este tratamiento (17).

- La fitoterapia, basada en la utilización de las hierbas para tratar “el interior y el exterior del cuerpo”, también está muy extendida en nuestra sociedad, complementando tratamientos o pretendiendo paliar problemas de salud de poca gravedad. Sin embargo, tampoco están probados sus efectos, un ejemplo de ello es el estudio sobre los “Extractos de Semilla de Pomelo”(18). En el apartado de salud de la cadena televisiva BBC en la sección “Pregunte al Doctor” se preguntaba sobre la relación entre el extracto de semillas de pomelo y su uso en el tratamiento de la candidiasis. La Dra. Trisha Macbnair propuso se utilizara como terapia complementaria, frente a la inexistencia de evidencia. Posteriormente, se analizaron 6 extractos de semilla de pomelo, y 5 de ellos mostraron propiedades bactericidas frente a una cepa de *Candida* y sólo uno no mostró actividad bacteriana. Pero, en los 5 extractos con propiedades se encontró un producto químico, el benzethonium, y en algunos también triclosan y metilparabene. El único que no presentaba propiedades bactericidas era el extracto al que no se le había añadido ningún

otro producto. Dichos productos químicos añadidos se utilizaban como conservantes del pomelo, el efecto era producido por sustancias químicas artificiales, ajenas al pomelo.

Se podría pensar que las terapias alternativas no tienen el mismo control sanitario que la medicina convencional y los fármacos convencionales. Según la NCCAM antes de utilizar suplementos de hierbas deben considerarse los riesgos que pueden tener en una persona con alguna patología de base, y con las interacciones de algunos medicamentos. Además, se han descubierto algunos suplementos de hierbas contaminados con metales, en otros se han hallado fármacos que requieren receta médica y no estaban indicados en la etiqueta, incluso algunos productos estaban contaminados por microorganismos (19).

## ICTUS Y EVIDENCIA DISPONIBLE

Se ha realizado una búsqueda en el MeSH con los términos “*Complementary Therapies*”[Majr] AND “*Stroke*”[Majr], limitando la búsqueda a meta-análisis, hallando ocho estudios que abordan el tratamiento del ictus con medicina alternativa (20,21,22,23,24,25,26,27).

De éstos ocho, tres estudios analizan los efectos de la acupuntura en el paciente con ictus, hallando resultados poco concluyentes (20,21,22). Entre ellos, el más reciente (22) es una revisión sistemática sobre la eficacia de la acupuntura en la rehabilitación de pacientes afectados de accidentes cerebrovasculares en fase subaguda o crónica. En esta revisión se compararon los efectos de la acupuntura versus un grupo control. De los 50 estudios seleccionados, se incluyeron cinco para la revisión.

sión (4 realizados en China y uno en EEUU) que incluían un total de 368 pacientes. En todos los estudios la metodología utilizada era inadecuada, aunque en cuatro de los estudios fue significativamente mayor la mejora del déficit neurológico global del grupo con acupuntura respecto al grupo control (odds ratio (OR) 6.55, 95% confidence interval (CI) 1.89 a 22.76), su efecto era mitigado por la incorrecta aleatorización y la rotura del ciego. Un estudio no mostró mejora significativa de la acupuntura. En los estudios revisados no se informaba del periodo clínico en que se encontraba el paciente, variable considerada de importancia a tener en cuenta ya que la recuperación más significativa en el ictus se da entre los 3 y 6 meses, después la recuperación suele ser más lenta. Los estudios no hacían referencia a la evolución de los pacientes, ni a la calidad de vida, no se comentaban la evolución en los cambios de puntuación de las escalas de medida del déficit neurológico, tampoco se mencionaron los posibles efectos adversos. Los autores de esta revisión concluyen que los efectos de la acupuntura no son consistentes, por ello no se puede apoyar el uso sistemático de la acupuntura en los pacientes con accidente cerebrovascular subagudo o crónico, aconsejando realizar estudios longitudinales con metodologías adecuadas.

Otro estudio revisa los diversos tratamientos de la Medicina tradicional china en el ictus, con la inclusión de 181 estudios y 19.338 pacientes, concluyendo insuficiente evidencia sobretodo por la poca calidad metodológica de los estudios (23).

Tres estudios investigan la evidencia de diferentes tratamientos de fisioterapia, dos

de ellos con técnicas de biofeedback, con hallazgos poco robustos (24,25,26).

Finalmente, el último estudio trata de los efectos del extracto de la sustancia Ginkgo biloba (ampliamente utilizada en la China) versus placebo en la fase de recuperación del ictus, con resultados de no evidencia convincente de esta sustancia, aunque sin efectos secundarios en las personas (27).

El proceso de rehabilitación del paciente con ictus suele ser complejo y lento, a veces los procesos terapéuticos recomendados forman parte de la medicina clásica y de la complementaria. Un ejemplo de ello lo observamos en las guías de rehabilitación física que incluyen las terapias alternativas combinadas con otras técnicas más clásicas, por ejemplo en las recomendaciones de Ottawa Panel Evidence-Based Clinical Practice Guidelines, la acupuntura forma parte de las muchas técnicas recomendadas (28).

## CONCLUSIONES

Las terapias alternativas y complementarias tradicionalmente utilizadas en la cultura oriental, se están extendiendo en nuestra sociedad. Suelen ser utilizadas en diversas enfermedades, frecuentemente complementando otros tratamientos convencionales, por ejemplo en la rehabilitación de algunas enfermedades neurológicas.

Los estudios demuestran resultados poco concluyentes, debido sobretodo a la insuficiente calidad de la metodología utilizada en las investigaciones. En general, no se evidencian efectos secundarios, aunque las expresiones “natural” o “no es un medicamento” no



garantizan que estén exentos de riesgos.

Se debe considerar que la Administración de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos (FDA) no aprueba suplementos ni vigila el contenido ni la seguridad de éstos, hay muy pocos tratamientos alternativos estandarizados, y las diferentes marcas de hierbas pueden contener diferentes cantidades de ingredientes activos.

Finalmente, considerar que los estudios científicos suponen enormes costes económicos y recursos, éste podría ser uno de los motivos de la existencia de pocos estudios, dificultando a los investigadores y empresas de tratamientos alternativos que prueben su eficacia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ¿Que es la medicina complementaria y alternativa?. National Center for Complementary and Alternative Medicine. Disponible en: <http://nccam.nih.gov/espanol/informaciongeneral/>
2. De la Rosa S. Tratamientos poco convencionales para curar. Terapias Complementarias. Medspain (revista en internet)1999. (acceso 8 noviembre 2008). Disponible en: [http://www.medspain.com/n7\\_nov99/terapias.htm](http://www.medspain.com/n7_nov99/terapias.htm)
3. Kunz D, Peper E. Campos y sus aplicaciones clínicas. Rev. The American Theosophist. 1984; 43-57.
4. HJ McQuay, RES Bullingham, RA Moore, PJD Evans, JW Lloyd. Some patients don't need analgesics after surgery. Journal of the Royal Society of Medicine 1982 75, 705-708. Traducido por Ramon Alfonso url original. Disponible en: <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band71/b71-2.html>
5. Coulter MK, Dean ME. Homeopatía para el trastorno por déficit de atención, de hiperactividad o hiperactivo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación más reciente: 03 de agosto de 2008.
6. Smith CA. Homeopatía para la inducción del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación significativa más reciente: 29 de julio de 2003.
7. Mccarney R, Warner J, Fisher P, Van Haselen R. Homeopatía para la demencia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
8. McCarney RW, Linde K, Lasserson TJ. Homeopatía para el asma crónica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Dispo-

- nible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
9. Ernst E. Homeopathic prophylaxis of headaches and migraine? A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management* 1999;18:353-357. Traducido por Rafael Bravo Toledo url original. Disponible en: <http://www.ebando.com/band71/b71-6.html>
  10. Linde K, Clausius N, Ramirez G, Melchart D, Eitel F, Hedges LV, et al. The clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Lancet* 1997;350:834-43. Traducido por Pilar Gayos Díz url original. Disponible en: <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band45/b45-2.html>
  11. Bell IR, Lewis DA 2nd, Brooks AJ, Schwartz GE, Lewis SE, Walsh BT, Baldwin CM. Improved clinical status in fibromyalgia patients treated with individualized homeopathic remedies versus placebo. *Rheumatology (Oxford)*. 2004;43(5):577-582.
  12. Bell IR, Lewis DA 2nd, Schwartz GE, Lewis SE, Caspi O, Scott A, Brooks AJ, Baldwin CM. Electroencephalographic cordance patterns distinguish exceptional clinical responders with fibromyalgia to individualized homeopathic medicines. *J Altern Complement Med*. 2004;10(2):285-299.
  13. Bell IR, Lewis DA 2nd, Lewis SE, Schwartz GE, Brooks AJ, Scott A, Baldwin CM. EEG alpha sensitization in individualized homeopathic treatment of fibromyalgia. *Int J Neurosci*. 2004;114(9):1195-1220.
  14. Hamann KF. Special ginkgo extract in cases of vertigo: a systematic review of randomised, double-blind, placebo controlled clinical examinations. *HNO*. 2007;55(4):258-263.
  15. Acupuntura. MedlinePlus. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/acupuncture.html>
  16. Davis MA, Kononowech RW, Rolin SA, Spierings EL. Acupuncture for tension-type headache: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *J Pain*. 2008;9(8):667-677.
  17. Cheuk DK, Yeung WF, Chung KF, Wong V. Acupuncture for insomnia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD005472.
  18. Extractos de semilla de pomelo. Traducido por Isabel Fernández Fernández. Disponible en: <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band73/b73-1.html>
  19. Suplementos de hierbas: considere también los riesgos. National Center for Complementary and Alternative Medicine. Disponible: <http://nccam.nih.gov/espanol/hierbas/>
  20. Zhang SH, Liu M, Asplund K, Li L. Acupuncture for acute stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD003317.
  21. Sze FK, Wong E, Or KK, Lau J, Woo J. Does acupuncture improve motor recovery after stroke? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Stroke*. 2002;33(11):2604-19.
  22. Wu HM, Tang JL, Lin XP, Lau J, Leung PC, Woo J, Li YP. Acupuntura para la rehabilitación del accidente cerebrovascular (Revisión Cochrane traducida).

- En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducido de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación más reciente: 5 de abril de 2006.
23. Wu B, Liu M, Liu H, Li W, Tan S, Zhang S et al. Meta-analysis of tradicional Chinese patent medicine for ischemic stroke. *Stroke* 2007; 38 (6): 1973-1979.
  24. Pollock A, Baer G, Pomeroy V, Langhorne P. Physiotherapy treatment approaches for the recovery of postural control and lower limb function following stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (2): CD001920.
  25. Barclay-Goddard R, Stevenson T, Poluha W, Moffatt ME, Taback SP. Force platform for standing balance training after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(4):CD004129.
  26. Woodford H, Price C. EMG biofeedback for the recovery of motor function after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(2): CD004585.
  27. Zeng X, Liu M, Yang Y, Li Y, Asplund K. Ginkgo biloba for acute ischaemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(4): CD003691.
  28. Ottawa Panel, Khadilkar A, Phillips K, Jean N, Lamothe C, Milne S, Sarnecka J. Ottawa panel evidence-based clinical practice guidelines for post-stroke rehabilitation. *Top Stroke Rehabil*. 2006;13(2):1-269.

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

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

### **Ultramar Express Event Management**

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

Dirección de correo electrónico: [sedene@ultramarexpress.com](mailto:sedene@ultramarexpress.com)

Persona de contacto: Núria Aragall

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

# SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

Diputación, 238, 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: .....

### ORDEN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre y Apellidos: .....  
 Dirección particular: ..... CP: .....  
 Población: ..... Provincia: .....

Datos Bancarios: Banco: .....  
 Dirección: .....  
 C.P.: ..... Población: .....

#### DATOS COMPLETOS DE LA CUENTA

BANCO/CAJA	SUCURSAL	D.C.	NUMERO CUENTA O LIBRETA
------------	----------	------	-------------------------

Ruego que hasta nuevo aviso, carguen en mi cuenta el recibo que anualmente, y a mi nombre, les sea presentado por la Sociedad Española de Enfermería Neurológica.

Les saluda atentamente,

Firmado: ..... Fecha de alta o actualización datos: .....

Enviar esta solicitud junto con:

• Fotocopia o resguardo del título de D.E. o A.T.S.

• Fotocopia D.N.I.

• 1 Fotografía tamaño carnet

a la Secretaría Técnica: ULTRAMAR EXPRESS. Diputación, 238, 2ª1ª. 08007 Barcelona.

(Tus datos personales se incorporarán a un fichero automatizado de SEDENE con el fin de mantenerte informado sobre nuestras actividades. Te garantizamos que estos datos serán tratados de forma confidencial y serán de uso exclusivo de SEDENE. Si lo deseas, puedes acceder, rectificar o cancelar tus datos dirigiendo un escrito a la Secretaría Técnica de SEDENE)

A cumplimentar por la Secretaría

Admitido definitivamente en la reunión de la Junta Directiva celebrada con fecha: .....

Firma del Presidente: ..... Socio nº .....

Baja por: ..... Fecha Baja: .....

# publicidad betaferon

# publicidad betaferon