

Sociedad Española de Enfermería Neurológica

Primer semestre
2009
Núm. 29

Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica



JUNTA DIRECTIVA

Presidenta

María Dolores Lázaro Ruiz

Vicepresidenta

Sílvia Reverté Villarroya

Secretaria

Carmen Márquez Rebollo

Tesorero

Raimundo Caro Quesada

Vocales

Ana Moreno Verdugo

Margarita del Valle García

Miguel García Martínez

Vicenta Sánchez Bernardo

Gemma Romeral Ballester

Begoña Calleja García

REDACCIÓN:

Responsable edición:

Margarita del Valle

Revisión científica:

Ana Moreno, María Dolores Lázaro, Rosa Suñer

Diseño, maquetación e impresión:

Imprenta Falcó - Sant Pere de Ribes

Depósito legal:

B-3.122-2009

I.S.S.N.:

2013-5246



Carta de la Presidenta	4
Editorial	6
<hr/>	
Premios XV Reunión Anual:	
Premio del Comité Científico a la mejor Comunicación Oral de Investigación en Enfermería: <i>"La disfagia en el Ictus Agudo: actuaciones de enfermería"</i>	8
Premios al mejor póster: <i>"Esclerosis Múltiple: calidad percibida de un programa de educación sanitaria"</i>	12
Premio del público al mejor póster: <i>"Plan de cuidados ante un paciente diagnosticado de Neurocisticercosis"</i>	20
<hr/>	
Resumen de la XV Reunión Anual de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica	24
<hr/>	
IV Jornada Catalana de Enfermería Neurológica	26
<hr/>	
II Jornada Asturiana de Enfermería Neurológica	28
<hr/>	
Historia y biografías: <i>"Trótula de Salerno"</i>	31
<hr/>	
Normas de publicación	33
<hr/>	



Estimados socios, amigos y colaboradores de la SEDENE:

Esta es mi primera carta como presidenta de esta sociedad, en la que ingresé como socia hace ya 6 años, sin pensar que algún día tendría la ocasión de compartir con todos vosotros mis expectativas y deseos para nuestra profesión.

Son tiempos revueltos para la Enfermería y conforme pasan los días y los meses la situación en vez de aclararse se complica más. La Ley del Medicamento, la Ley de Especialidades, el Plan Bolonia, echan más leña a un fuego cada día más intenso.

Nuestra reivindicación, la especialidad de Enfermería Neurológica, no ha podido ser. Los contenidos relativos a nuestra profesión han quedado incluidos en la Especialidad de Médico-Quirúrgica, pese a que la actividad asistencial diaria pone de manifiesto que se precisa una mayor especialización de los profesionales enfermeros que trabajan patologías neurológicas, haciendo evidente una vez más la dicotomía existente entre planes de estudios y mercado laboral.

En cuanto a la prescripción enfermera, algunas Comunidades Autónomas, como la Andaluza, han sacado “pecho” y mediante Decreto Ley, intentan cubrir la situación de vacío legal en la que se encuentran miles de profesionales tras la entrada en vigor de la ley del medicamento. Esperamos que estas actuaciones se vean prontamente secundadas por el resto de CC.AA. obligando al Ministerio de Sanidad a replantearse las competencias profesionales de la Enfermería.

En otro orden de cosas, comentaros que en estos seis primeros meses del año, se ha firmado un nuevo convenio de colaboración con la SEN. Dicho convenio manifiesta de forma expresa la constitución de una Comisión paritaria, cuyo objeto será diseñar y realizar un seguimiento de las actividades docentes comunes que se acuerde llevar a cabo. Esta Comisión estará integrada por cuatro miembros, que serán designados del siguiente modo:

- dos miembros serán designados por la FUNDACION SEN entre los miembros que formen parte del Grupo de Docencia de la SEN
- dos miembros serán designados por SEDENE entre los miembros del grupo de Docencia de esa entidad.

Para responder a las exigencias de este nuevo Convenio de Colaboración, la SEDENE ha constituido dos grupos de trabajo, denominados respectivamente Área Científica y Área Docente, integrados por miembros de la Junta Directiva, dedicándose la primera a valorar, revisar y avalar todo lo relacionado con la actividad asistencial de la enfermería neurológica (guías, protocolos, planes de cuidados), y siendo

la segunda responsable de avalar y acreditar todas las actividades formativas y docentes (pregrado y/o postgrado).

Comentamos igualmente que la SEDENE, junto a otras Sociedades Científicas, ha firmado un Convenio de colaboración entre la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León y la Fundación Centro Regional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León (FQS), para la elaboración conjunta y actualización periódica de los mapas de competencias y el programa de evaluación de competencias para reconocimiento de grado de carrera profesional.

En este primer semestre del año se ha seguido trabajando para la realización de nuevas jornadas autonómicas. La primera de ellas se realizó en Barcelona el 30 de abril, Hospital Universitario de Nuestra Señora del Mar, dentro de las IV Jornadas Catalanas de Enfermería Neurológica; y la segunda se realizó en Gijón el 14 de mayo, en el Hospital de Cabueñes, siendo las II Jornadas Asturianas de Enfermería Neurológica; ambas jornadas contaron con gran afluencia de asistentes, una excelente organización y un programa científico de gran calidad.

Me despido instando a todos los socios a compartir de nuevo nuestras experiencias y conocimientos en Barcelona los días 26 y 27 de noviembre de este año, en el marco de la XVI Reunión Anual de la SEDENE; todos los miembros de la Junta Directiva estamos trabajando para ofrecer el mejor programa posible.

Quedo a vuestra disposición

M^a Dolores Lázaro Ruiz

¿Qué es prioritario investigar?



Desde hace más de una década que diferentes organismos internacionales y nacionales defienden una “práctica enfermera” basada en la investigación. El Comité Europeo de Salud, en 1996 ya recomendó a los estados miembros impulsar el desarrollo de la investigación en enfermería, identificando prioridades (1). En la misma línea, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) estableció un programa internacional de investigación elaborado por un comité de expertos que fue adoptada por el CIE en 1999 con una declaración de posición y que ha sido revisada en 2007. En dicha declaración, el CIE recomienda dirigir la investigación para poner de relieve la calidad de la atención, evaluando los resultados y los costes de nuestras acciones y los cuidados en la comunidad (2).

Otros países y organismos iniciaron las mismas propuestas, entre ellos el Grupo Investen-isciii en España identificando 10 prioridades. La primera prioridad de investigación en enfermería identificada fue evaluar la calidad de los cuidados de enfermería en los diferentes niveles asistenciales, la segunda analizar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales para la continuidad de los cuidados enfermeros y en tercer lugar se identificó la evaluación de los instrumentos utilizados en la medición de las actividades enfermeras (3).

En 2002 se visualiza que los organismos y los centros españoles van avanzando poco a poco en la potenciación de la investigación en enfermería, pero aún pocos centros disponían de recursos económicos, personal y material para ayudar a la realización de investigación conducida por enfermeras (4).

Actualmente, las sociedades científicas objetivamos cada vez más un creciente interés de los propios profesionales en la investigación, con una mayor aportación en congresos o reuniones científicas y mayor demanda de formación en este sentido, aunque aún no disponemos de potentes líneas de investigación, y muy pocos profesionales están trabajando en redes.

En nuestra área de interés, las neurociencias, debemos establecer también nuestras prioridades en estas mismas líneas recomendadas y empezar a investigar con mayor evidencia los efectos de nuestros cuidados a grupos específicos de pacientes neurológicos, a pacientes crónicos, a investigar en los cuidados de continuidad y en la gestión de casos de pacientes neurológicos complejos, a investigar los efectos de la educación sanitaria en términos de salud y eficacia, etc.. aprendiendo unos de otros, en unas recientes palabras de Patricia A. Grady, directora del National Institute of Nursing Research de los EEUU (5): “...trabajemos en el desarrollo de una comunidad internacional de investigación...”.

Rosa Suñer Soler

Enfermera

Sociedad Española de Enfermería Neurológica

Bibliografía

1. Grupo de Trabajo de Investigación de Enfermería en REUNI. Recomendaciones del Comité Europeo sobre la Investigación de Enfermería. *Enferm Clín.* 1997; 7(5): 232-240.
2. Investigación de Enfermería. Declaración de posición del CIE, 2007. Disponible en: http://www.icn.ch/PS_B05_Nsg%20Research-Sp.pdf
3. Orts MI, Comet P, Moreno T, Arribas C. Grupo Investen-Iscliii. *Enferm Clín.* 1999; 10(1):9-13.
4. Jones C, Hidalgo R, Fuentelsaz C, Moreno T, Hernández E, Colaboradores Investen-ISCII. Situación actual de los recursos para la investigación en Enfermería en el Sistema Nacional de Salud. *Metas de Enferm* 2004;7(5):28-32.
5. Grady PA. Developing an International Community of Research. *Enferm Clín.* 2009; 19 (3): 149-155.

CARTAS A LA REDACCIÓN

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

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

Dirigir vuestras cartas a:

ULTRAMAR EXPRESS. Event Management

Diputació 238, 3º - E-08007 Barcelona

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

Dirección correo electrónico: sedene@ultramarexpress.com

www.sedene.com

Premio del Comité Científico a la mejor
Comunicación Oral de Investigación en Enfermería

La disfagia en el Ictus Agudo: actuaciones de Enfermería



**Autores: M.L. Sebastián, E. Palomeras, P. Clavé, R. Monteis,
C. Fàbregas, A. Ciurana, R. Vila, P. Fossas.**

Servicio de Neurología. Hospital de Mataró. Barcelona.

Introducción

La disfagia es el trastorno de la deglución caracterizado por la dificultad que presenta la persona en la preparación oral del bolo alimentario y/o en su desplazamiento de la cavidad bucal hasta el estómago.

En el Ictus Agudo, la disfagia tiene una prevalencia que se estima entre el 30-70%, y por sus consecuencias (desnutrición, deshidratación y broncoaspiración) la morbimortalidad en estos pacientes se va a ver incrementada.

Debido a su elevada prevalencia y a las consecuencias que se derivan de ésta, en la práctica diaria de enfermería con estos pacientes se incluye el método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V) para la detección de la disfagia, iniciándose todo un plan de actuación a partir del momento de su detección.

Objetivos

- Analizar las actuaciones que enfermería pone en marcha tras detectar la disfagia al paciente con Ictus Agudo y que conforman el plan de actuación.
- Unificar criterios de actuación al ingreso y alta en estos pacientes.

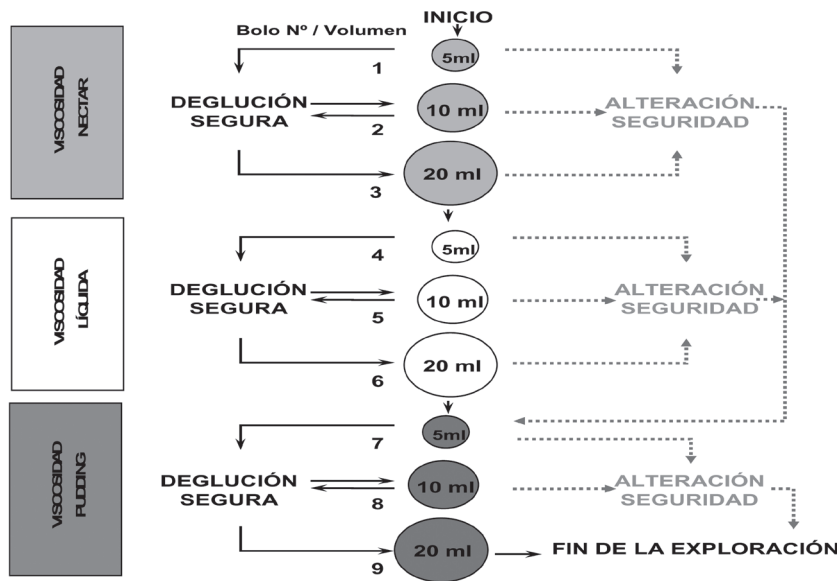
Material y métodos

Durante 7 meses se realiza un estudio descriptivo de los pacientes ingresados en la unidad de Neurología con Ictus Agudo y, con exploración clínica positiva para disfagia por el método volumen-viscosidad (MECV-V) realizado por enfermería.

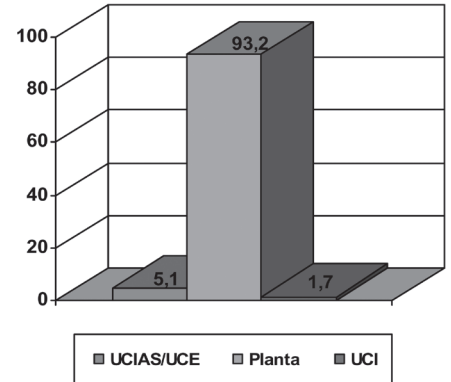
Se excluyen aquellos pacientes trasladados de otros centros o unidades, y aquellos que por diferentes motivos enfermería no les pudiera realizar dicha exploración.

Se van a registrar las siguientes variables: edad, sexo, escalas de valoración al ingreso y al alta, diagnóstico al alta y topografía, días de ingreso, lugar, tiempo y resultado de la exploración MECV-V, actuaciones de enfermería derivadas durante el ingreso y al alta.

La técnica de screening de la disfagia utilizada en el trabajo es el MECV-V. Con el MECV-V se explora la eficacia (sello labial, residuos orales, deglución fraccionada y residuos faríngeos) y la seguridad de la deglución (tos relacionada con la deglución, voz húmeda o áfona, disminución de la saturación de oxígeno entre 3-5% registrada mediante un pulsioxímetro), administrando al paciente bolos de viscosidades (líquida, néctar y pudding) y volúmenes crecientes (5ml, 10ml, 20ml), permitiéndonos seleccionar el volumen y la viscosidad más segura y eficaz para la ingesta del paciente (figura 1).



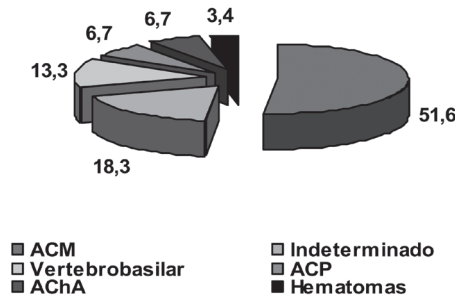
Lugar de realización del mecv-v



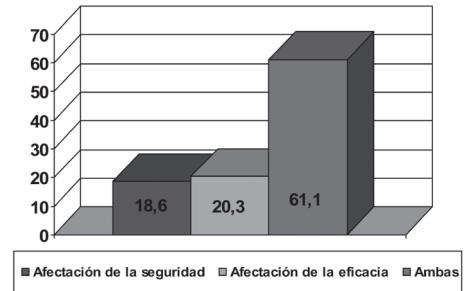
Resultados

De 98 pacientes estudiados, se incluyen finalmente en el estudio 60 pacientes por presentar MECV-V positivo. Tienen 81 años de mediana y el 53,3% son mujeres. Presentan un Barthel de 30 al ingreso y de 50 al alta de mediana. La escala canadiense al ingreso es de 7 y al alta de 8.5 de mediana. Permanecen 8 días ingresados de mediana. El diagnóstico al alta fue de ictus isquémico 93,3%, ictus hemorrágico 3,3%, y AIT 3,4%. El 51,6% de los pacientes estudiados presentaron la lesión en el territorio de la arteria cerebral media.

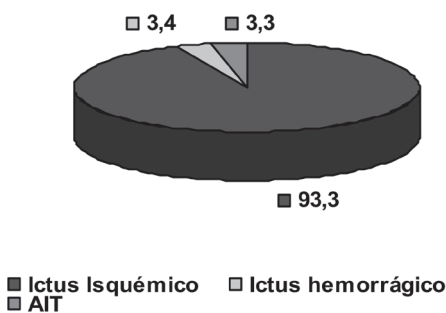
Topografía de la lesión



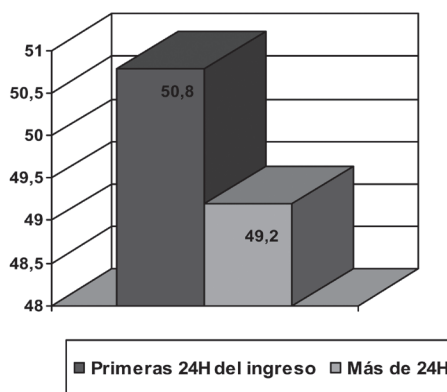
Resultado de la exploración (mecv-v)



Diagnóstico al alta



Tiempo de realización del mecv-v



Referente a las actuaciones que enfermería genera tras detectarle al paciente la disfagia obtenemos los siguientes resultados:

- A todos los pacientes se les realiza control de ingestas durante las 24h.
- En el 79,7% de los pacientes se registra el peso de ingreso (primeros tres días) y al 39% se les realiza un segundo control de peso durante el ingreso.
- En el 79,7% se señala la disfagia del paciente mediante un logotipo en la cabecera de la cama.
- Se realiza educación al paciente-cuidador en el 84,7% de los pacientes estudiados.
- En el 84,7% de los pacientes

enfermería realiza consulta a la logopeda, siendo valorados el 68% de éstos con cuatro días de diferencia de mediana.

- Al 25,5% de los pacientes se les realiza consulta a la dietista, siendo valorados en su totalidad y en el mismo día. El 60% de estas consultas son por necesitar el paciente SNG y nutrición enteral.

- Precisan modificación de la dieta por enfermería un 93,2% de los pacientes; de éstos en un 75% la modificación de la dieta hace referencia a la textura, y en un 83,9% enfermería modifica el volumen. El 15,3% precisan instauración de SNG y nutrición enteral.

- En todos los pacientes se programa la realización de nuevos controles del MECV-V.

Al 61% de los pacientes se les realiza un segundo control del

MECV-V, siendo realizado éste en el 88,9% por la logopeda y resultando el 89% de los pacientes positivos.

El 6,8% de los pacientes se les va a realizar un tercer control del MECV-V, siendo realizado en su totalidad por la logopeda y manteniendo todos los pacientes la disfagia.

Los resultados obtenidos de las actuaciones al alta son:

- En un 20,4% de los pacientes hay constancia de la disfagia en el informe del alta.
- En un 11,1% se entregan recomendaciones escritas.
- Ningún paciente tiene visitas programadas de seguimiento de la disfagia.

Conclusiones

En nuestro estudio más del 60% de los pacientes con Ictus Agudo presentan disfagia detectada clíni-

camente por el MECV-V, realizado durante su ingreso hospitalario en el proceso de atención de enfermería a estos pacientes.

Observamos que el plan de actuación de enfermería durante el ingreso es variado y con porcentajes de actuación, en general, altos.

Destaca, sin embargo, que la consulta a la dietista por parte de enfermería, es baja centrándose en pacientes con SNG.

El plan de actuación generado por enfermería tras la detección de la disfagia durante el ingreso, carece de seguimiento al alta y no asegura la continuidad de los cuidados, observándose por ello, la necesidad de generar mecanismos que solventen dichas deficiencias y eviten el desarrollo de complicaciones nutricionales y respiratorias en nuestros pacientes con Ictus Agudo y disfagia orofaríngea.

Bibliografía

1. Langdon PC, Lee AH, Binns CW. Dysphagia in acute ischaemic stroke: severity, recovery and relationship to stroke subtype. *J Clin Neurosci* 2007;14:630-634.
2. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke. Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke* 2005;36:2756-2763.
3. Broadley S, Croser D, Cottrell J, Creevy M, Teo E, Yiu D, Pathi R, Taylor J, Thompson PD. Predictors of prolonged dysphagia following acute stroke. *J Clin Neurosci* 2003;10:300-305
4. Paciaroni M, Mazzotta G, Corea F, Caso V, Venti M, Milia P, Silvestrelli G, Palmerini F, Parnetti L, Gallai V. Dysphagia following stroke. *Eur Neurol* 2004;51:162-167.
5. Mann G, Grad Dip P, Hankey GJ, Cameron D. Swallowing function after stroke. Prognosis and prognostic factors at 6 months. *Stroke* 1999;30:744-748.
6. Sellars C, Bowie L, Bagg J, Sweeney MP, Miller H, Tilston J, Langhorne P, Stott DJ. Risk factors for Chest infection in acute stroke. A prospective cohort study. *Stroke* 2007;38:2284-2291

7. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia alter stroke. Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke* 2005;36:2756-2763.
8. Smithard DG, O'Neill PA, Park C, Morris J, Wyatt R, England R, Martin DF. Complications and outcome alter acute stroke. Does dysphagia matter? *Stroke* 1996;27:1200-1204
9. Broadley S, Croser D, Cottrell J, Creevy M, Teo E, Yiu D, Pathi R, Taylor J, Thompson PD. Predictors of prolonged dysphagia following acute stroke. *J Clin Neurosci* 2003;10:300-305
10. Mann G, Grad Dip P, Hankey GJ, Cameron D. Swallowing function alter stroke. Prognosis and prognostic factors at 6 months. *Stroke* 1999;30:744-748.
11. Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clin Nutr.* 2008 Dec;27(6):806-15. Epub 2008 Sep 11. PMID: 18789561 [PubMed - indexed for MEDLINE]
12. Clavé P, Terre R, de Kraa M, Serra M. Approaching oropharyngeal dysphagia. *Rev Esp Enferm Dig* 2004; 96 (2): 119-131.
13. Clavé P, Almirall J, Esteve M, Verdaguer A, Serra-Prat M. Dysphagia. A team approach to prevent and treta complications. In: Taylor S, ed. *Hospital Healthcare Europe 2005/2006*. London: Campeen Publishing Ltd, 2006: N5-N8.

Premio al mejor Póster

Esclerosis Múltiple: Calidad percibida de un programa de Educación Sanitaria

Autoras: Rocío Magdaleno Moya y Davinia Monje Olivares

Diplomadas Universitaria en Enfermería.

Hospital Universitario Son Dureta (Palma de Mallorca)



Resumen

En el año 2005, se creó en el Hospital De Día de Adultos (en adelante HDDA), del Hospital Universitario Son Dureta (en adelante HUSD), un programa de educación sanitaria dirigido a pacientes con Esclerosis Múltiple¹ (en adelante EM) que inician tratamiento con inmunomoduladores de administración subcutánea, dando respuesta a unas necesidades de aprendizaje de dichos pacientes detectadas hasta ese momento.

La esclerosis múltiple es una enfermedad autoinmune del SNC, crónica y de etiología desconocida, caracterizada por la inflamación, desmielinización y cicatrización del tejido nervioso.

Para valorar la satisfacción de los beneficiarios del programa de salud, se realiza un estudio sobre calidad percibida de dicho programa utilizando para ello la escala Servqual. Entendiendo por calidad percibida el juicio del consumidor sobre la excelencia o superioridad

de una entidad en su conjunto, semejante pero no equivalente a satisfacción y resultante de la comparación entre expectativas y percepciones (Parasuraman, Zeithalm y Berry, 1985).

Palabras clave: esclerosis múltiple, calidad de la atención de salud, satisfacción del paciente

Abstract

In 2005, was established in the Hospital De Día de Adultos (hereinafter HDDA), Hospital Universitario Son Dureta (hereinafter HUSD), a health education program aimed at patients with Sclerosis Múltiple¹ (hereafter EM) who begin treatment with subcutaneous administration of immunomodulators, in response to learning needs of those patients identified so far.

Multiple sclerosis is an autoimmune disease of the CNS, chronic and of unknown etiology characterized by inflammation, demyelination and scarring of nerve tissue.

To assess client satisfaction of the health program, conducting a study on perceived quality of the program using the SERVQUAL scale. Understanding quality perceived by the consumer's view on the superiority or excellence of an institution as a whole, similar but not equivalent to satisfaction, resulting from the comparison between expectations and perceptions (Parasuraman, Berry and Zeithalm, 1985).

Keywords: multiple sclerosis, quality of health care, patient satisfaction

Introducción

La EM es una de las enfermedades más comunes del sistema nervioso central (cerebro y médula espinal), es una afección inflamatoria desmielinizante. La mielina es una capa que aísla los nervios. En la EM, la pérdida de mielina (desmielinización) va acompañada de un trastorno en la capacidad de los nervios de conducir impulsos eléctricos al y del cerebro, y esto

produce los diversos síntomas. Los puntos donde se pierde mielina (placas o lesiones) aparecen como zonas endurecidas (tipo cicatriz).

En el mundo hay más de 2.000.000 personas con EM, 600.000 en Europa y 40.000 en España (según datos de la FEDDEM). La EM ocurre un 50% más frecuentemente en las mujeres que en los hombres (proporción 2:1).

La EM es una enfermedad de adultos jóvenes, la edad media de aparición es 20-40 años. Su etiología es desconocida pero existe una susceptibilidad genética e influyen factores ambientales (exposición a agentes víricos).

La EM es una afección muy variable y los síntomas dependen de las zonas del sistema nervioso central que han sido afectadas. No tiene una modalidad fija y cada persona tiene diferentes síntomas, que varían en cada caso (síntomas motores, sensitivos, cerebelosos, visuales, esfinterianos, sexuales, mentales, paroxísticos y fatiga)

Se diferencian cuatro tipos de EM bien definidos: recurrente-remisiva, secundaria progresiva, primaria progresiva y benigna.

En la actualidad no tiene cura, existen diversos tratamientos para reducir los síntomas y otros que modifican el curso de la enfermedad, los inmunomoduladores.

Sobre estos últimos se centra el programa específico de educación sanitaria, creado en 2005 en

HDDA del HUSD, y presentado en SEDENE 2007, con la finalidad de que cada persona afectada de EM logre el manejo autónomo de la enfermedad.

El programa se inicia mediante la citación telefónica del paciente en tres sesiones individualizadas en una misma semana, de una hora de duración cada una.

1ª Sesión: valorar conocimientos previos, explicar el desarrollo de la enfermedad, tratamiento, efectos beneficiosos y secundarios, autoadministración del fármaco, resolver dudas y rellenar el registro enfermero.

2ª Sesión: explicar el esquema de rotación de las zonas de punción, recordar puntos clave de la sesión anterior, el paciente se autoadministra el tratamiento, resolver dudas y registrar.

3ª Sesión: realizar un repaso generalizado, se autoadministra el tratamiento, resolver dudas y registrar.

Se realizan sesiones de seguimiento al mes, tres meses, seis meses y anualmente (citación flexible según las necesidades del paciente).

Actualmente, en instituciones tanto públicas como privadas del sector sanitario, existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención; con el fin de mejorar la gestión de la calidad de sus organizaciones un grupo creado por las principales empresas

europeas, creo en 1988, la fundación europea para la Gestión de la Calidad Total (EFQM). (Grafico 1. Modelo EFQM de calidad)

Según el modelo EFQM la satisfacción del cliente supone un 20% de la calidad total, este valor tan alto nos demuestra la importancia que se da a la percepción de satisfacción del usuario, quedando por encima de cualquier otro valor.

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del usuario un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia tanto a la institución que presta los servicios sanitarios como a los mismos usuarios en sus necesidades y expectativas.

Entendemos por Calidad Total, la integración de todas las funciones y procesos de una organización, con el fin de lograr una mejora continua de la calidad de los bienes y servicios que en ella se producen. El objetivo es lograr la satisfacción del usuario.

Con este estudio se pretende evaluar cualitativamente la calidad percibida por los pacientes incluidos en el programa educativo sobre el equipamiento, infraestructuras, habilidades, conocimientos y empatía del equipo enfermero implicados en dicho programa.

Los principales objetivos que persigue son:

- Analizar el grado de satisfacción de las personas incluidas en el programa educativo.
- Conocer las variables que los usuarios consideran más relevantes.
- Detectar líneas de mejora.

Material y métodos

Para desarrollar el marco teórico del estudio, se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos consideradas de mayor relevancia en el ámbito sanitario, como son, Excelencia Clínica, Elsevier, Fundación Cochrane Plus, Medline, JBI, y Scielo, donde se ha encontrado numerosos artículos y revisiones relacionados con la EM, su diagnóstico, tratamiento, efectos secundarios, dietética, intervenciones psicológicas, guías para cuidadores, etc. Por el contrario detectamos un vacío documental en lo referente a estudios enfermeros sobre educación sanitaria y evaluaciones de calidad total en pacientes con EM, tema sobre el que se desarrolla este estudio.

El programa de ES se lleva a cabo en un hospital de día polivalente con once especialidades entre ellas neurología. En el año 2008 el volumen de trabajo enfermero fue de 31.680 prestaciones atendidas, de las cuales 604 corresponden a neurología (corticoterapia, punciones lumbares, ES...), representando el 1.9% del volumen total.

Actualmente las responsables de

dicho programa son tres enfermeras, realizando la consulta de lunes a viernes de 19 a 21h.

Parasuraman, Zeithmal y Berry^{2,3} crearon una metodología que definieron como “un instrumento resumido de escala múltiple, con un alto nivel de fiabilidad y validez que las empresas pueden utilizar para comprender mejor las expectativas y percepciones que tienen los clientes respecto a un servicio” identificando el término escala con una clasificación de preguntas. Por lo tanto consistía en un cuestionario con preguntas estandarizadas desarrollado en los Estados Unidos con el apoyo del Marketing Science Institute, llamado escala SERVQUAL.

Este instrumento se crea para identificar los elementos más relevantes para el usuario con el fin de introducir las mejoras oportunas, entendiendo que la calidad del servicio percibido es la diferencia entre las expectativas de los usuarios y lo que realmente perciben.

El cuestionario (validado en Servicios Sanitarios)^{4,5}, consta de 22 ítems puntuados del 1 al 7 según escala Likert⁶; (escala diseñada para medir la opinión o actitud de un sujeto, donde se da un valor a cada respuesta, valor 1 para la respuesta más negativa y 7 para la más positiva, Nunnally y Berenstein 1994). (Gráfico 2 Escala de calidad percibida)

Estas 5 características son valoradas de forma porcentual

mediante una encuesta conjunta. (Gráfico 3 Servicio Recibido)

Los ítems 1-4 se refieren a evaluar el entorno físico y los elementos tangibles de la consulta donde se realiza la ES

Los ítems 5-9 hablan de la fiabilidad del profesional que realiza la ES en cuanto a realizar el servicio prometido de forma adecuada.

Los ítems 10-13 indican la capacidad de respuesta del equipo enfermero para dar un servicio rápido y eficaz.

Los ítems 14-17 van referidos al nivel de conocimientos de la enfermera y su capacidad para transmitir seguridad.

Los ítems 18-22 valora la atención con que la enfermera atiende al usuario, su empatía.

Una de las ventajas de este método es que permite realizar un análisis individual de cada característica además de poder cuantificar la calidad percibida de forma global.

Este estudio es de tipo descriptivo-cualitativo^{8,9}, ya que está diseñado para obtener más información sobre las características de un campo de estudio en particular, su propósito es identificar problemas y justificar la práctica actual.

Se inició en octubre de 2007 finalizando en octubre de 2008.

Población de referencia (población total que centra la atención del estudio): 152 pacientes, que permanecen en tratamiento inmunomodulador al finalizar el estudio.

Población de estudio (subconjunto de la población de referencia del que se obtiene la muestra): 63 pacientes incluidos en el programa de ES desde su implantación en octubre de 2005 hasta octubre de 2008.

Muestreo intencional (los sujetos incluidos se buscan a propósito y se escogen como muestra personas de un grupo pre-especificado)

Criterios de inclusión: estar en tratamiento en el periodo de estudio y haber recibido la ES: 57 pacientes (de los cuales 7 no participan por dificultades de desplazamiento a la consulta enfermera)

Criterios de exclusión: haber recibido la ES pero no estar en tratamiento en el periodo de estudio: 6 pacientes

Se han considerado irrelevantes características sociodemográficas (edad, sexo...), ya que el criterio de inclusión en el programa docente es el propio diagnóstico y tratamiento

Muestra final: 50 pacientes. (Gráfico 4 Muestra final)

Durante las sesiones individualizadas de seguimiento que se realizan normalmente tras el inicio del tratamiento inmunomodulador se entrega a los pacientes dos encuestas y un sobre, junto con una hoja explicativa donde se les informa de cómo rellenar adecuadamente los cuestionarios, haciendo especial hincapié en que los ítems van dirigidos exclusivamente a la consulta enfermera en hospital de día (ex-

cluyendo la consulta neurológica, otros tratamientos de esclerosis múltiple...).

Además se ha garantizado el anonimato y privacidad de los cuestionarios, gestionándolos según la ley 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

Al finalizar la sesión de seguimiento, para facilitar la sinceridad en sus respuestas, se les deja a solas mientras rellenan las encuestas, indicándoles que ellos mismos deben introducir el sobre cerrado con las respuestas en una urna acondicionada.

Una vez recopilados todos los datos, se procede a un análisis estadístico mediante el programa informático Microsoft Excel.

Resultados

En la evaluación de los resultados obtenidos no se encuentran diferencias estadísticamente significativas oscilando las medias entre bueno /excelente y excelente.

La característica mejor puntuada en el cuestionario de Servicio Recibido corresponde al conocimiento, cortesía y habilidad de las enfermeras para transmitir confianza y credibilidad, con un 23.1%. Esto se corresponde con el ítem 14, el más valorado de la Escala de Calidad Percibida con la puntuación de 6,90. Ambas puntuaciones se engloban dentro de la variable Seguridad.

La característica con menor

puntuación en el cuestionario de Servicio Recibido es la apariencia de las instalaciones, equipamiento y materiales de la consulta, con un 14.5%. Estando directamente relacionado con los ítems 1 y 2 menos valorados en la Escala de Calidad Percibida con las puntuaciones 5,64 y 4,96. Ambas puntuaciones se engloban dentro de la variable Tangibilidad.

El hecho de que las variables con mayor y menor puntuación coincidan en ambas encuestas habiéndose planteado desde diferentes perspectivas es un indicador positivo de la fiabilidad del estudio.

Otro de los ítems más valorado es la disposición del equipo enfermero a ayudar al paciente con un 6,88 que aparece incluido en la variable capacidad de respuesta.

Cabe destacar dos ítems menos valorados, el referente a los registros libre de errores con un 6,04 y con un 6,16 los horarios de atención a la consulta. (Gráficas 5 y 6 Cuestionario Servqual y servicio recibido)

Discusión

Durante los tres años de evolución de nuestro programa de ES, hemos desarrollado los aspectos que, como enfermeras, consideramos más relevantes en la educación del paciente. Con este estudio hemos determinado sus percepciones y prioridades para poder mejorar el cuidado enfermero.

Según los resultados, el grado de satisfacción del usuario es óptimo, aunque creemos que el hecho de que las enfermeras que han realizado la ES sean las mismas que han hecho el estudio puede haber producido un sesgo, al condicionar positivamente las puntuaciones de los cuestionarios, por la relación enfermera-paciente.

Queremos matizar el ítem referente al registro libre de errores, ya que ha sido de los menos valorados, el equipo enfermero considera que el usuario no tiene

información suficiente sobre este dato, ya que no tienen acceso a los registros enfermeros.

Mediante la presente investigación se han detectado varias líneas de mejora: 1. Consulta física de esclerosis múltiple: está en proceso de aprobación un espacio y equipamiento propio, por parte de Gerencia hospitalaria. 2. Horario de atención: no se puede modificar debido a la organización de tareas del servicio. Considerando por otra parte que el horario asignado (19-21horas) es el más convenient-

te para evitar efectos secundarios del tratamiento. Para paliar esta deficiencia ofrecemos atención telefónica de lunes a viernes de 8 a 22 horas.

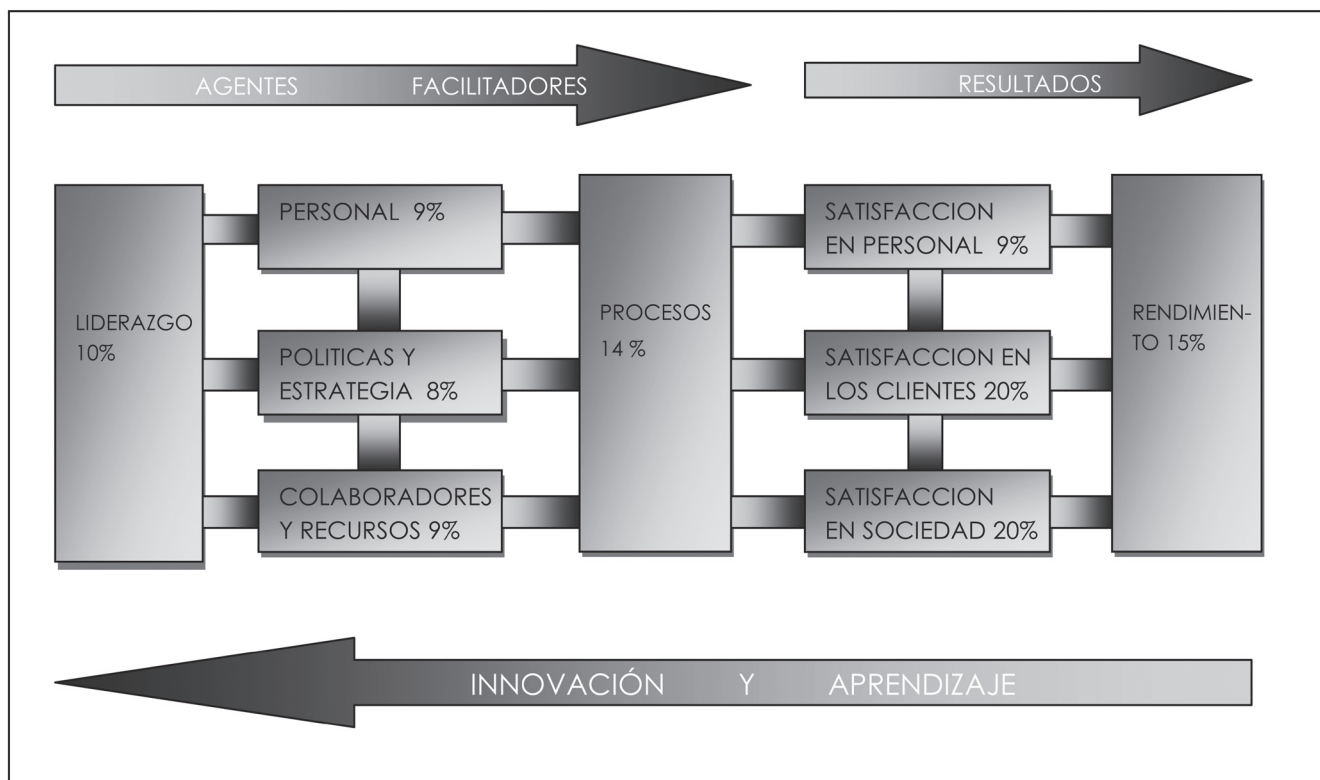
En un futuro se pretende incluir en el programa a los pacientes que iniciaron tratamiento antes de octubre del 2005 (fecha en que se inició el programa).

En definitiva, como equipo enfermero nos sentimos satisfechos de que el usuario valore positivamente nuestro trabajo en la consulta de esclerosis múltiple.

Bibliografía

1. Magdaleno R y Roso F. Programa educativo de esclerosis múltiple para pacientes que inician tratamiento con inmunomoduladores. Documento interno H.U. Son Dureta. 2008.
2. Fernández P y Bajac H. La gestión del marketing de servicios. Principios y Aplicaciones para la actividad gerencial. Buenos Aires: Granica; 2003.
3. González M, Padín S y Ramón E. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. *Enfermería clínica* 2005; 15(3): 147-155.
4. Aguirre T, Martín R, Alarcón F. La medida de la satisfacción de los usuarios: validación del instrumento SERVQUAL en Servicios Sanitarios. *Revista de Calidad Asistencial* 1996; 275-276.
5. Babakus E y Mangold WG. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research* 1992; 26: 767-786.
6. Likert R. A technique for measurement attitudes. *Am J Soc* 1932; 140:55-65.
7. Parasuraman A, Zeithalm VA y Berry LL. SERVQUAL: A Múltiple Ítem Scale for Measuring Consumer Peceptions of Service Quality. *Journal of Retailing* 1988; 64 (1): 12-40.
8. Gerrish K y Lacey A. Investigación en enfermería. Madrid: Mc Graw-Hill/Interamericana de España; 2008.
9. Burns N y Grove SK. Investigación en enfermería. Barcelona: Elsevier España; 2008.

GRÁFICO MODELO EFQM DE CALIDAD (Gráfico 1)



ESCALA DE CALIDAD PERCIBIDA SERVQUAL (Gráfico 2)

(1 nada de acuerdo, 7 muy de acuerdo)

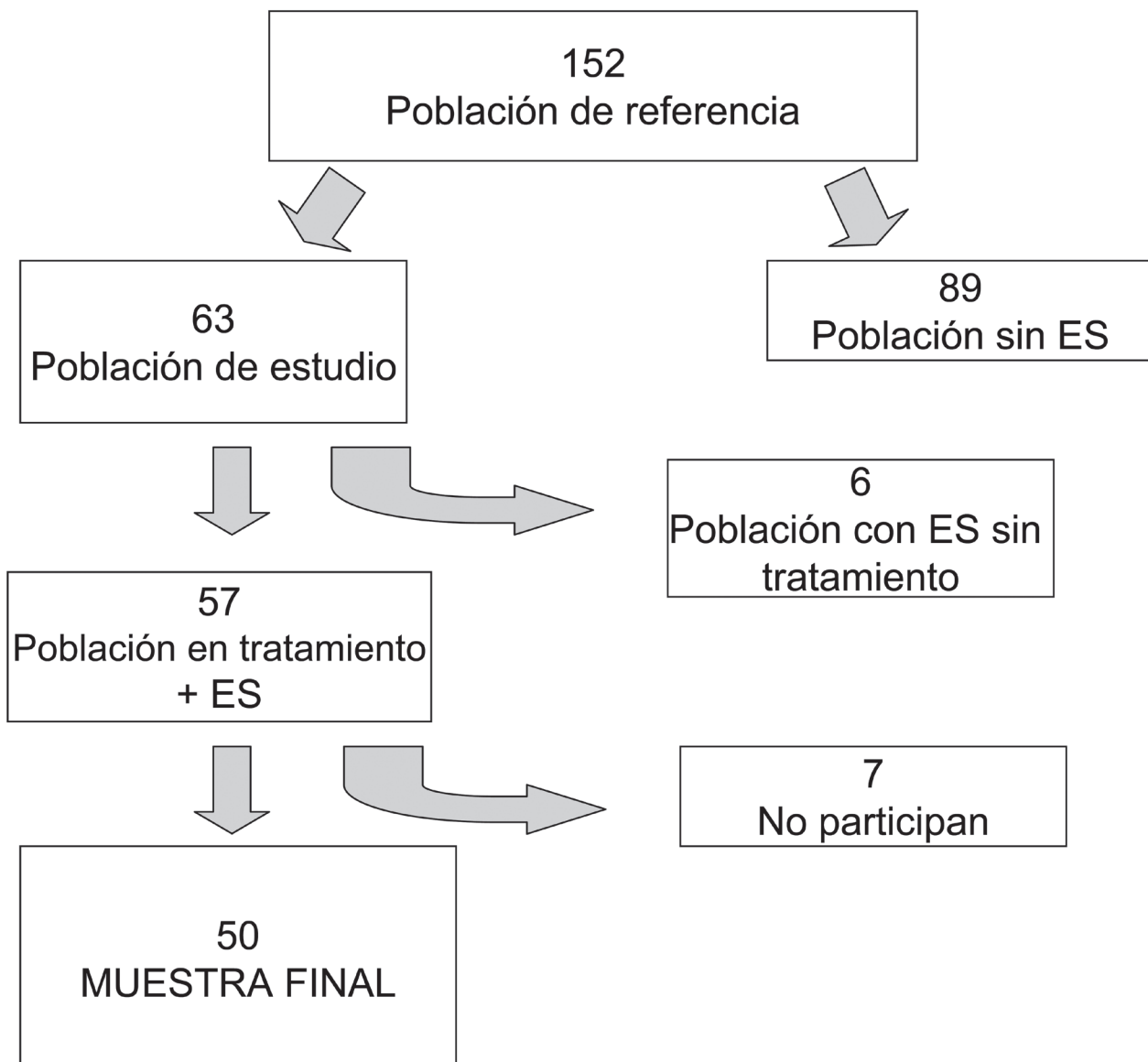
1. La consulta de enfermería de esclerosis tiene equipamiento moderno	1	2	3	4	5	6	7
2. Las instalaciones de la consulta son visualmente atractivas	1	2	3	4	5	6	7
3. Las enfermeras están bien vestidos y son pulcras	1	2	3	4	5	6	7
4. Los materiales entregados en la consulta (maletines, esquemas, dibujos) son visualmente atractivos.	1	2	3	4	5	6	7
5. Cuando las enfermeras prometen hacer algo en cierto tiempo lo cumplen.	1	2	3	4	5	6	7
6. Cuando usted tiene un problema, la enfermera muestra un sincero interés en conocerlo.	1	2	3	4	5	6	7
7. El equipo enfermero brinda un servicio de primera.	1	2	3	4	5	6	7
8. El equipo enfermero brinda el servicio en el momento en el que prometieron hacerlo.	1	2	3	4	5	6	7
9. El equipo enfermero se esfuerza por tener su registro libre de errores.	1	2	3	4	5	6	7
10. Las enfermeras le dicen a usted exactamente cuando les será brindado el servicio.	1	2	3	4	5	6	7
11. Las enfermeras le brindan un servicio rápido a usted.	1	2	3	4	5	6	7
12. El equipo enfermero está siempre dispuesto a ayudarle.	1	2	3	4	5	6	7
13. Las enfermeras nunca están demasiado ocupadas para atender sus solicitudes.	1	2	3	4	5	6	7
14. El comportamiento de las enfermeras le transmite confianza.	1	2	3	4	5	6	7
15. Usted se siente seguro con la educación sanitaria en la consulta de esclerosis.	1	2	3	4	5	6	7
16. El equipo enfermero es siempre cortés.	1	2	3	4	5	6	7
17. Las enfermeras tienen el conocimiento para responder a sus preguntas.	1	2	3	4	5	6	7
18. Las enfermeras le dan atención individualizada a usted.	1	2	3	4	5	6	7
19. La consulta tiene horarios de atención convenientes para usted.	1	2	3	4	5	6	7
20. La consulta tiene enfermeras que le brindan atención personal a usted.	1	2	3	4	5	6	7
21. El equipo enfermero tiene su interés (de usted) siempre presente.	1	2	3	4	5	6	7
22. Las enfermeras comprenden sus necesidades específicas.	1	2	3	4	5	6	7

SERVICIO RECIBIDO (Gráfico 3)

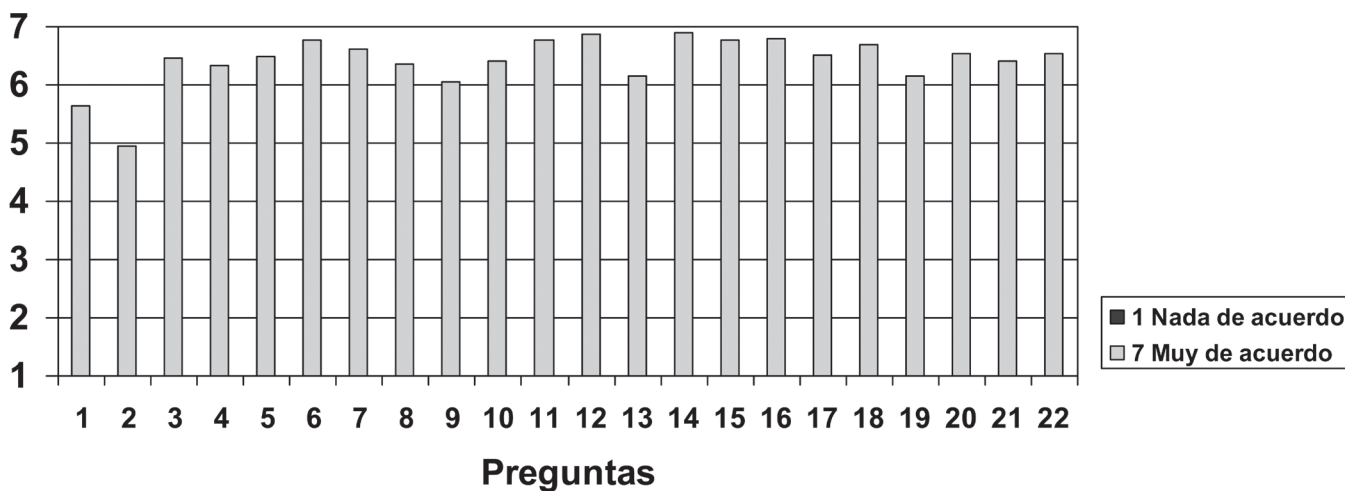
En este listado encontrará 5 características sobre la consulta de enfermería de esclerosis en Hospital de día de adultos y los servicios que ofrece. Nos gustaría saber lo importante que es para usted cada una de estas características. Por favor asigne un total de 100 puntos divididos entre las 5 características, cuanto más importante sean, más puntos le debe asignar. Por favor asegúrese que las puntuaciones de las 5 características sumen 100 puntos.

1. La apariencia de las instalaciones físicas, el equipamiento, el personal y los materiales de comunicación de la consulta de Esclerosis puntos
2. La habilidad del equipo enfermero para brindar el servicio prometido de una manera confiable y precisa puntos
3. La voluntad del equipo enfermero para ayudarlo y brindarle un servicio rapido puntos
4. El conocimiento y la cortesía de las enfermeras y su habilidad para transmitir confianza y credibilidad puntos
5. El cuidado, la atención que el equipo enfermero le brinda puntos
TOTAL 100 PUNTOS	

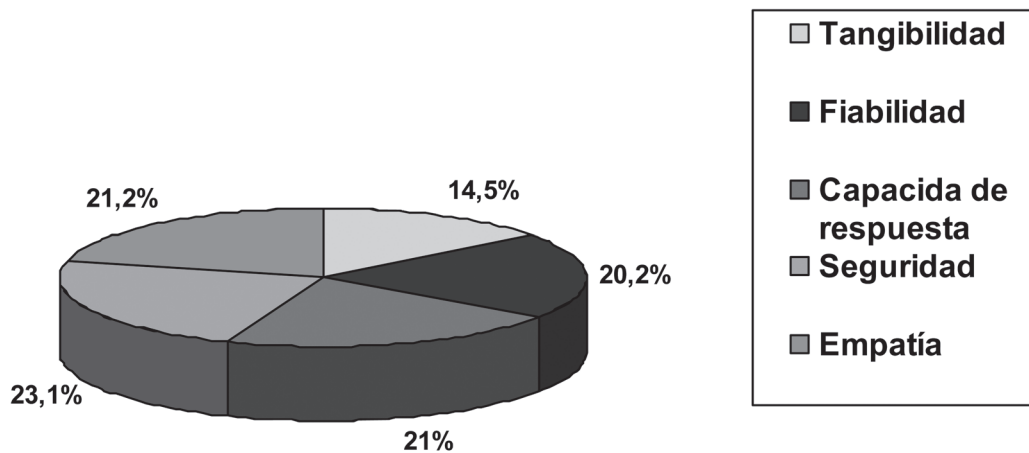
(Gráfico 4)



CUESTIONARIO SERVQUAL (Gráfico 5)



SERVICIO RECIBIDO (Gráfico 6)



Premio del público al mejor Póster

Plan de cuidados ante un paciente diagnosticado de neurocisticercosis



Autores: Tamarit Sempere, M.(1); Toribio Respaldo. C.(1); Franco García. P.(1); Grande García. E.(1); Parrilla Novo. P.(2);

1.Enfermeras. 2. Supervisora del Servicio de Neurología. Hospital La Paz. Madrid.

Resumen

La neurocisticercosis es una enfermedad de distribución universal, endémica en países de bajo nivel socioeconómico. La incidencia de esta enfermedad en España había disminuido en las últimas décadas, debido al gran desarrollo sanitario y social. Por contra, en los últimos años, y sobre todo a expensas del cada vez mayor número de inmigrantes que recibimos procedentes de países donde la enfermedad es endémica, la incidencia de esta enfermedad ha sufrido un más que acusado repunte. La estandarización de cuidados y la unificación de criterios aumentan la calidad asistencial. Por ello la existencia de planes de cuidados estandarizados facilita la labor asistencial así como la continuidad de los cuidados, sin olvidarnos en ningún momento de la individualización de cada paciente.

Palabras clave

Neurocisticercosis- Movimientos migratorios- Plan de cuidados Estandarizados- Diagnósticos de Enfermería (DdE)- Crisis comiciales

Introducción

La cisticercosis es una enfermedad parasitaria provocada por las larvas de la *Taenia solium*. El ejemplar adulto de esta tenia está

compuesto por una cabeza (el escólex), con cuatro ventosas y doble fila de ganchos, un cuello estrecho y un cuerpo formado por varias proglótides hermafroditas. Se trata de un céstodo, cuyo ciclo vital transcurre en distintos huéspedes, siendo el cerdo el huésped intermediario y el ser humano el huésped definitivo, aunque este puede actuar también como huésped intermediario (1,2). El



cerdo puede ingerir agua o vegetales contaminados con restos de heces humanas, de modo que tras la ingesta de los huevecillos, éstos pierden su cubierta pasando a ser oncosferas, que atraviesan el intestino pasando al torrente sanguíneo y de ahí se distribuyen principalmente al músculo y al cerebro del cerdo, donde se desarrollan las larvas (cisticerco) (1,2). El ser humano se comporta como huésped de la misma. El ciclo es similar al del cerdo. Tras la ingesta de los huevecillos éstos pasan a larvas en el propio intestino delgado, adhiriéndose el escólex al intestino y formando proglótides (1,2). Vive en el intestino del ser humano quien diariamente elimina por las heces proglótides, que contienen miles de huevecillos que son resistentes en el medio externo.

La neurocisticercosis es la enfermedad parasitaria más frecuente en el sistema nervioso central del ser humano (SNC). Su incidencia y prevalencia son mayores en los países subdesarrollados. Sin embargo, en los países del primer mundo se ha observado en la última década un aumento notable de su presentación derivado de los movimientos migratorios. En la actualidad, el mecanismo de transmisión más frecuente en los humanos es el feco-oral y no la ingesta de carne de cerdo mal cocinada(2).

En general, la cisticercosis aguda

es asintomática, aunque en algunos casos puede aparecer como un síndrome febril consistente en artromialgias, fiebre, cefalea y eosinofilia. Cuando los quistes alcanzan el SNC se denomina neurocisticercosis.

Las manifestaciones clínicas de la misma son muy variables: la forma más frecuente de debut es la crisis comicial, seguido de clínica de hipertensión intracraneal y de la cefalea (2).

Es imprescindible la realización de una prueba de imagen para el diagnóstico, bien una TC craneal, bien una RM Craneal, siendo esta más específica. La imagen más característica es observar un quiste con un escólex en su interior.

La realización de serologías en sangre y en líquido cefalorraquídeo sirven para apoyar el diagnóstico, pero nunca sin una técnica de imagen.

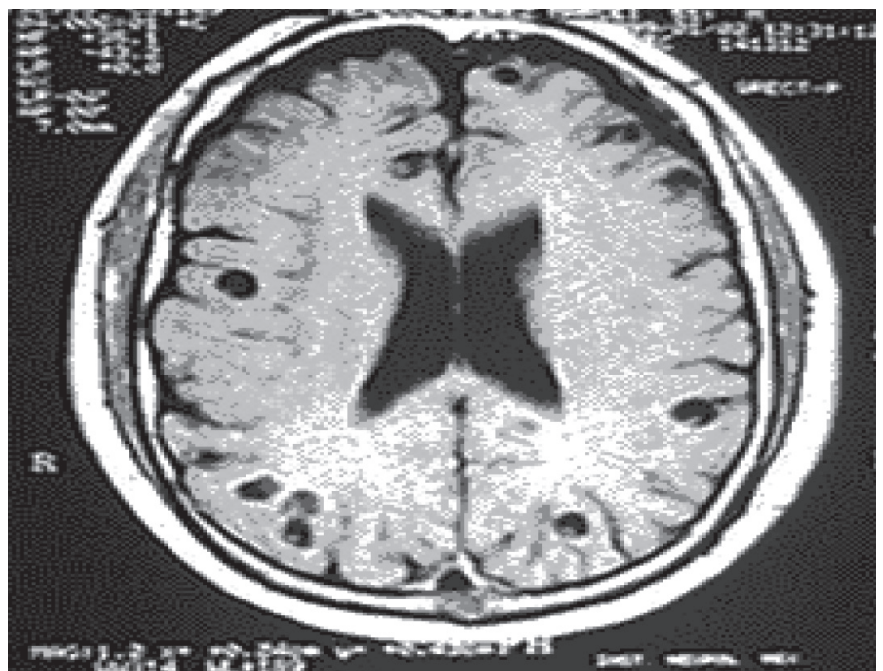
El tratamiento puede involucrar:

- Medicamentos para eliminar los parásitos (los antiparasitarios cestídeos más usados son praziquantel y albendazol)(10,11,12)
- Antinflamatorios potentes (esteroides: dexametasona) para disminuir la hinchazón(10,12)
- Terapia anticonvulsiva (neosisid antoína)(9)

Objetivos

Los objetivos que nos gustaría conseguir con este trabajo son:

- Estandarizar los cuidados de enfermería para pacientes con esta patología.
- Mejorar la calidad asistencial.
- Identificar los problemas de enfermería más frecuentes que presentan este tipo de pacientes.



Material y métodos

Presentamos un plan de cuidados enfermeros estandarizado para pacientes diagnosticados de neurocisticercosis, teniendo siempre en cuenta las características de cada paciente.

Los **DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS** identificados son:

1. INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD R/C DEBILIDAD MUSCULAR.

OBJETIVO: Mostrará aumento progresivo de la tolerancia a la actividad durante su estancia hospitalaria

ACTIVIDADES:

- Valorar respuesta a la actividad
- Valorar signos y síntomas de cansancio
- Regular actividad-descanso
- Valorar presencia/características de dolor
- Establecer programas de movilidad progresiva
- Educar en un nivel apropiado de movilidad
- Educar en técnicas de autocuidado con el menor gasto de energía
- Educar en ejercicios activos y pasivos

2. DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS: ALIMENTACIÓN, HIGIENE, ELIMINACIÓN R/C DISMINUCIÓN DE LA FUERZA.

OBJETIVO: Tendrá cubiertos sus requisitos de autocuidado

ACTIVIDADES:

- Valorar grado de autonomía para las ABVD
- Proporcionar autonomía en el autocuidado
- Valorar grado de dependencia de los AC
- Proporcionar todo el material necesario para su autocuidado
- Valorar presencia/características de dolor
- Averiguar patrón habitual de evacuación
- Valorar necesidad de laxantes

3. ANSIEDAD R/C DOLOR.

OBJETIVO: Presentará disminución de la ansiedad tras la administración de medidas terapéuticas

ACTIVIDADES:

- Valorar presencia y características del dolor
- Valorar necesidad y/o eficacia de analgesia
- Observar expresiones no verbales

4. DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS R/C FALTA DE INFORMACIÓN

OBJETIVO: Mostrará comprensión del proceso al alta

ACTIVIDADES:

- Informar al paciente/familia
- Responder a las preguntas y dudas del paciente
- Educar en signos y síntomas que pueden surgir debido a su enfermedad

- Educar en mecanismos de transmisión de la enfermedad
- Educar en hábitos higiénicos que debe llevar a cabo para evitar la transmisión

5. RIESGO DE TRAUMATISMO R/C CRISIS EPILÉPTICAS.

OBJETIVO: No presentará lesión corporal durante su estancia hospitalaria

ACTIVIDADES:

- Valorar nivel de conciencia
- Retirar elementos peligrosos
- Atención a las crisis convulsivas según protocolo

Como **PROBLEMA INTERDEPENDIENTE:**

- DOLOR.

ACTIVIDADES:

- Valorar presencia y características del dolor
- Valorar necesidad y/o eficacia de los analgésicos
- Promover la expresión de sentimientos
- Educar en movilización
- Posiciones. Colocar en cama

Conclusiones

La estandarización de cuidados y la unificación de criterios aumentan la calidad asistencial. Por ello la existencia de planes de cuidados estandarizados facilita la labor asistencial así como la continuidad de los cuidados, sin olvidarnos en ningún momento de la individualización de cada paciente.

Bibliografía

1. www.mnemonica.org/docs/patologia/Neurocisticercosis.doc.
2. O. H. Del Brutto. Neurocisticercosis: actualización en diagnóstico y tratamiento. *Neurología* 2005;20(8):412-418.
3. Jiménez-Roldán S., Díaz F., Esquivel A. Neurocisticercosis e inmigración. *Neurología* 2003;18:385-8.
4. Kal D.K., Carpio A., Sander J.W.A.S. Neurocysticercosis and epilepsy in developing countries. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2000; 68: 137-143.
5. Antoniuk S., Bruck I., Santos L.H., Souza L.P., Fugimura S. Neurocisticercosis en la infancia: estudio clínico y seguimiento de 112 casos. *Rev. Neurol* 2006; 42 (Supl3): S97-S101.
6. Casanova C.S, Ribeiro M.J.S, Gonçalves R.R., Faria L.C. et al. Influence of the cerebrospinal fluid laboratory parameters in the ELISA test for Neurocysticercosis using a total cysticerci antigen. *Arq Neuropsiquiatr* 2006; 64(1):55-59.
7. Dua T., Aneja S. Neurocysticercosis: Management Issues. *Indian Pediatrics* 2006, vol 43: 227-235.
8. Alarcón Egas F. Neurocisticercosis: etiopatogenia, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol* Vol.43 Num.S01 Pág.S093.
9. White AC Jr. Neurocysticercosis: updates on epidemiology, pathogenesis, diagnosis and management. *Ann Rev Med* 2000; 51: 187-206.
10. Pérez-López C, Isla-Guerrero A, Álvarez F, Budke M, Fernández-Miranda JC, Paz JF et al. Actualización en el tratamiento de la neurocisticercosis. *Rev Neurol* 2003; 36: 805-811
11. García HH, González AE, Evans CAW, Gilman RH. *Taenia solium* cysticercosis. *Lancet* 2003; 362: 547-556
12. Del Brutto OH. Neurocisticercosis. *Rev Neurol* 1999; 29: 456-466
13. Ugalde M. Diagnósticos de enfermería. Taxonomía NANDA. 1ª Edición. Barcelona. Masson.1995.
14. Madhuri Behari; Summit Singh y Askot Vema; Infecciones del sistema nervioso. *Neurología clínica*, Vol. II. 4ª edición. Madrid. EDIDE. SL. 2006. pág. 1557 – 1563
15. A. Clinton White.JR, Meter F.Weller; Enfermedades infecciosas 7ª parte. Harrison. Principios de la medicina interna, Vol. I. 15ª edición. Madrid. McGraw Hill- Interamericana de España. 2001. pág.1469 – 1475.

Resumen

XV Reunión Anual de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica



Como cada año, los pasados días 27 y 28 de noviembre de 2008, nos reunimos en el Palacio de Congresos de Cataluña, en Barcelona, para celebrar la XV reunión anual de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica.

El acto inaugural estuvo a cargo del presidente de SEDENE, D. Jordi Pujiula, que realizó un resumen de la trayectoria de SEDENE durante sus quince años de existencia y por Dña. Gema Más, vocal de la Junta Directiva de la SEN, que así mismo reivindicó la importancia del trabajo conjunto de ambas sociedades desde su inicio.

La Conferencia Inaugural "Calidad total" estuvo a cargo de Dña Inmaculada Paneque, jefa de bloque responsable de gestión clínica de cuidados, del Hospital Universitario "Virgen del Rocío", de Sevilla. En ella analizó los factores imprescindibles y los pilares básicos para ofrecer unos cuidados de calidad y satisfacer las necesidades y expectativas de los ciudadanos.

Después de la Conferencia Inaugural, se expusieron las co-

municaciones orales, y se llevó a cabo la primera sesión de póster. Este año se han presentado un total de cincuenta y nueve trabajos, veintitrés comunicaciones orales y treintaiséis póster.

Por la tarde, la doctora María Fernández de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas nos habló de las acciones que se pueden llevar a cabo desde nuestros puestos de trabajo para la promoción de la salud.

También por la tarde se llevaron a cabo las elecciones para la vicepresidencia de la Sociedad, resultando elegida Dña Silvia Reverté Villarroya.

Tras la reunión de la Asamblea General de Socios, terminó la jornada científica y se llevó a cabo la cena de gala conmemorativa del XV aniversario de la Sociedad.

El viernes, 28 de noviembre, tras una nueva mesa de comunicaciones orales y la segunda sesión de póster, se celebró una Mesa Redonda sobre la "La personalización de los cuidados". Estuvo compuesta por Dña Susana Rodríguez Gómez, técnico asesor de la subdirección

de organización y cooperación asistencial del Servicio Andaluz de Salud; D. José María Romero González, enfermero gestor de casos de Huelva y por D. Raimundo Caro Quesada, supervisor de la Unidad de Neurología del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. Todos ellos subrayaron la necesidad de personalizar y humanizar los cuidados, desarrollando un modelo de práctica centrado más en la relación humana que en la tecnológica, basado en la metodología cualitativa. Así mismo, incidieron en la importancia del acercamiento de Enfermería a la población y establecer un nexo de unión entre Atención Especializada y Primaria mediante un equipo de Enfermería de Enlace y de una Enfermera referente.

Tras la finalización de la Mesa Redonda se llevó a cabo la presentación de la segunda edición del libro "Tratado de Enfermería Neurológica".

Por la tarde y tras la tercera mesa de comunicaciones orales Dña Carmen Fuentelsaz, enfermera de investigación del Hospital Uni-

versitario Vall d'Hebrón de Barcelona nos habló de los recursos de investigación disponibles, así como de la necesidad de integrar la investigación en cuidados en la práctica clínica diaria.

Tras finalizar la actividad docente, se procedió a la entrega de premios, de los mejores trabajos presentados, tanto en comunicación oral como en póster.

PREMIOS DEL PÚBLICO

A la mejor comunicación oral:

“Una aproximación a la realidad de los pacientes con Esclerosis Múltiple tratados en la Consulta de Enfermería Neurológica del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria”

Autores: Udaeta Valdivieso, Beatriz; Rondón González, M^a Luisa; Hernández Galván, Antonio; Reyes Yáez, María del Pino. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

Al mejor póster:

“Plan de cuidados ante un paciente diagnosticado de Neurocisticercosis”

Autores: P. Franco García, E. Grande García, P. Parrilla Novo, M. Tamarit Sempere, T. Respaldo. Hospital La Paz, Madrid

PREMIOS COMITÉ CIENTIFICO

A la mejor comunicación oral de investigación en enfermería:

“La disfagia en el Ictus Agudo: actuaciones de enfermería”

Autores: Sebastián Salvatierra, Marisa; Palomeras Solé, Ernest; Montéis Cahis, Rosa; Clave Civil, Pere; Fábregas Casarramona, Carme; Vila Solé, Rosa. Hospital de Mataró. Barcelona

A la mejor comunicación oral de protocolos de cuidados:

“La enfermera como gestora de casos: organización de una unidad de ELA y patología neuromuscular”

Autores: Jiménez Bautista, Rosario; Ramírez Ramos, M^a Concepción. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

A la mejor comunicación oral de casos clínicos:

“¿Alteración de la conducta o pseudo-crisis? A propósito de un caso”

Autores: Vaca Hernández, Manuela; Bagot Prats, Marta; Hortal Gasull, Gemma; Planas Valenti, Rosa; Rodrigo Gil, Joana. Hospital Universitario Doctor Josep Trueta. Girona

Premios a los mejores póster:

“Esclerosis Múltiple: calidad per-

cibida de un programa de educación sanitaria”

Autores: Magdaleno, Rocío; Monje, Davinia. Hospital Universitario Son Dureta. Mallorca.

“Estudio transversal sobre ¿qué saben nuestros pacientes sobre el ictus/ embolia?”

Autores: G. Romeral, A. García, A. Rodríguez, J. Jiménez. Hospital del Mar, Barcelona

“I taller de educación de enfermería neurológica. Una experiencia de trabajo grupal con pacientes de esclerosis múltiple y sus familiares de referencia”

Autores: B. Udaeta, M.L. Rondón, A. Hernández, M.P. Reyes. Hospital Universitario Insular Gran Canaria

Tras la entrega de premios, D. Jordi Pujiula, clausuró la reunión y se despidió agradeciendo el apoyo recibido durante su ejercicio como presidente y presentando a la nueva presidenta, Dña M^a Dolores Lázaro y agradeció la asistencia e interés de todos los asistentes, emplazándoles para la nueva reunión en noviembre de 2009.

Carmen Márquez
Secretaria SEDENE

IV Jornada Catalana de Enfermería Neurológica



La Sociedad Española de Enfermería Neurológica celebró la IV Jornada Catalana de Enfermería Neurológica en la sala Josep Barull del Hospital del Mar de Barcelona y contó con la asistencia de 80 profesionales llegando al aforo máximo preestablecido.



afectados desde una unidad funcional de esclerosis múltiple así como las líneas de tratamiento e investigación. Todos los ponentes desempeñan su labor asistencial, docente y de investigación en diferentes centros sanitarios de Cataluña.

En la conferencia inaugural se explicó en qué consiste y que cambios ofrece el Plan Bolonia con el título “Plan Bolonia: ¿a dónde vamos?” llevada a cabo por la Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería del Mar, Olga Ortega.

A continuación se llevaron a cabo las mesas redondas “Neurorehabilitación: un nuevo abordaje terapéutico” y “Visión global del paciente con Esclerosis Múltiple”.

La primera estaba formada por diferentes profesionales de

la salud, enfermera-logopeda, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional, que presentaron las nuevas tendencias aplicadas en el campo de la neurorehabilitación. En la segunda mesa redonda, contamos con una neuróloga y dos enfermeras, que tienen una larga trayectoria profesional en el campo de la esclerosis múltiple y nos dieron a conocer los cuidados ofrecidos a los pacientes

En la última mesa contamos con la participación del Área de Investigación del COIB (Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona) con la mesa titulada “COIB: Herramienta básica



para la profesión” que dio a conocer en qué consiste la Área de Investigación y que recursos puede ofrecer a los profesionales de enfermería.

Se realizó la exposición de 14 posters y se concedieron 2 premios a los mejores. Uno otorgado

por el comité científico y el otro por votación del público.

Finalmente se recogieron los cuestionarios de satisfacción de los asistentes para poder cuantificar y conocer el resultado de la Jornada Catalana objetivamente.

Una vez analizados sabemos que una vez más, se han cumplido satisfactoriamente los objetivos previstos, pudiendo consultar esta información en la página web de la SEDENE.

Silvia Reverté y Villarroya
Vicepresidenta de la SEDENE



II Jornada Asturiana de Enfermería Neurológica



El día 15 de mayo se celebró la II Jornada Asturiana de Enfermería Neurológica, el Hospital de Cabueñes de Gijón congregó a 110 participantes en su mayoría de todas las Áreas de Salud del Principado de Asturias y se presentaron siete comunicaciones póster, con dos premios de 200 €.

La Jornada se ha realizado de forma gratuita: inscripciones, comida y cena de clausura.

El programa científico ha sido muy interesante, como brevemente les explico.

El nivel de satisfacción ha sido elevado, como presento en los resultados de la encuesta de evaluación de las Jornadas.

La Jornada se desarrolló según el programa establecido.

La **Conferencia inaugural** fue magistralmente presentada por Ana Moreno, en la cual nos define el papel que desarrolla la enfermera gestora de casos y como la continuidad asistencial pasa a ser el criterio clave que inspira las estrategias del Sistema Sanitario

Público de Andalucía. Así se promueven una serie de medidas entre las que se encuentran potenciar y mejorar los cuidados a domicilio, prestando cuidados enfermeros de forma reglada y continuada, en su domicilio a todas aquellas personas mayores o con discapacidad que lo necesiten y por indicación médica o de enfermera.

La Dra. Miriam Solar, Jefa de sección de Neurología, tras una breve descripción, etiología y clasificación de la Esclerosis múltiple, nos realiza una exhaustiva descripción de los tratamientos a lo largo del tiempo, el ayer, el hoy y el mañana.

Margarita del Valle, presenta la comunicación: "Consulta de enfermería en Atención especializada a pacientes con Esclerosis múltiple", realizada por Inés Menéndez, enfermera que desarrolla su trabajo en esta consulta desde el año 2003, con agenda propia, una vez por semana en

horario de 8 a 15 y con atención telefónica diaria en horario de 8 a 9 y de 14 a 15 horas, donde imparte educación teórica y práctica sobre el tratamiento prescrito, reconocimiento de síntomas, como reconocer y actuar ante un brote, Educación en autocuidados: Alimentación e hidratación, eliminación, ejercicio....., apoyo emocional.

Nos hace entender la importancia del papel de las enfermeras educadoras en Atención Especializada en pacientes con Esclerosis múltiple, basada en un Sistema de Enfermería Apoyo-Educativo.

La Mesa redonda de Unidad de Ictus, acaparó el interés de los presentes, por ser Unidad referente del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

La comunicación de la Dra. González, coordinadora de la Unidad de Ictus, ha sido interesante y extensa, nos mostró cómo es la organización en la asistencia al Ictus, su desarrollo histórico, los requisitos y recursos básicos y la

eficacia de las Unidades de Ictus, resaltando la importancia de la formación de los profesionales de enfermería que trabajan en estas Unidades.

Roberto Molero, enfermero de Neurología, con su estilo personal de presentación; ameno y distendido, pero no por ello menos educativo mantuvo al público muy atento, su magnífica fotografía, que él mismo realiza, intercalada con la Atención de enfermería en la Unidad de Ictus, en una presentación power point espectacular, realizada en colaboración con Jose Luis González-Pola, hizo esta exposición diferente a lo que estamos acostumbrados y ha transmitido información completa de la actividad de los profesionales de enfermería en la Unidad de Ictus del Hospital de Cabueñes..

M^a José Solana Ubierna, fisioterapeuta, con gran experiencia en el paciente neurológico nos dio una lección magistral sobre la Importancia de la Actuación temprana en el tratamiento Fisioterápico del Ictus, su presentación minuciosamente elaborada con imágenes reales posturales del tratamiento fisioterápico, ha transmitido inmejorablemente sus amplios conocimientos.

Para finalizar esta Mesa redonda del Ictus, M^a Jesús Aláez, enfer-

mera de la Unidad de neurología geriátrica del Hospital de Cruz Roja, demostró su gran experiencia como comunicadora, y nos describe la Unidad, los recursos humanos, las instalaciones, datos estadísticos de ingresos, estancia media y posteriormente nos centró en la continuidad de la atención integral de los pacientes con Ictus, utilizando metodología enfermera magníficamente elaborada, así como su sistema de trabajo en los turnos y los documentos de registros.

La **Conferencia de Clausura**, fue impartida por el **Profesor Gustavo Bueno**, filósofo, en su disertación sobre “El Dolor”.

Transcribo textualmente parte de la noticia publicada en el Diario La Nueva España, el 16 de mayo 2009, por la periodista Cuca Alonso:

El campo del dolor, dijo, tiene un estructura parecida al campo de la felicidad; ambas significan conceptos que contiene muchas cosas diversas.

Existe dolor de muelas o de cólico nefrítico; dolor de exilio, «me duele España», dicen. El dolor es un fenómeno, término emanado de la astronomía griega, al observar el retroceso de algunos planetas. Es decir, una anomalía, como la vaca de dos cabezas. Sólo que el dolor es un fenómeno de experiencia, habla de él quien lo sufre. Don Gustavo citó a Tomás Kempis, «Vale más sentir dolor de contrición que saber definirlo».

El campo del dolor no es llano, sino de batalla, y a su anomalía sucede el concepto para clasificarlo, y la infinidad de ideas que lo cruzan, hasta llegar a las teorías que acabarán en doctrina. Ésta es una sinopsis que don Gustavo desarrolló con su proverbial brillantez. Es admirable su coherencia, capaz de ir mezclando en su discurso anécdotas, referencias adyacentes, apuntes de ironía, sin perder nunca el hilo principal; incluso habló del budismo largamente y con total conocimiento.

Su repaso sobre las teorías del dolor de diversos científicos, como Gómez Pereira, Müller, Kant, Adrián, Damasio, con relación a los vertebrados en general fue muy interesante, pero al final nos quedamos con la versión del conferenciante: «Las teorías metafísicas sobre el dolor no explican nada; únicamente, si sirven de distracción pueden ser paliativos de ese dolor». Conclusión, según don Gustavo: «El dolor no tiene nada que ver con el cosmos, ni con la teología. Se relaciona con una estructura de redes vinculadas entre sí y aparece en los vertebrados como una especie de eco, reflejo de una discontinuidad de la materia».

Llegamos al final de la Jornada con la entrega de premios y la clausura de las Jornadas.

Los Pósters premiados han sido:

El mejor poster valorado por el Comité Científico ha correspondido a:

"UNIDAD DE ICTUS: AVANCE EN EL CUIDADO ENFERMERA/PACIENTE"

Autoras: Isabel Curto Prada, M^a
Luisa Gómez Gómez

Unidad de Neurología .Hospital
de Cabueñes – Gijón

Entrega el premio dotado con
200 €, la Coordinadora del Co-
mité Científico, Ana Manterola
Conlledo.

El resultado obtenido como
**mejor poster votado por el
público** ha sido:

"EL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ"

Autoras: Carmen Tejedor Te-
jedor, Fabiola Arango Fernán-
dez ,Adoración Pérez Hidalgo,
Rosa González Ablanedo,Raquel
González Fernández, Amalia Ál-

varez Cano, Montserrat Marcos
Montaña.

Unidad de Neurología .Hospital
de Cabueñes – Gijón

Entrega el premio dotado con
200€ Raquel García Bigotes, Vi-
cesecretaria del Colegio Oficial
de Enfermería del Principado de
Asturias, quien patrocina el pre-
mio del público.

Agradecimientos:

Junta directiva Sociedad española de enfermería neurológica (SEDENE)
Azahara Sus (Ultramar Event Management)
Gerencia, Direcciones, Unidad de Docencia y Unidad de Calidad del Hospital de Cabueñes.
Presidenta SEDENE
Directora de enfermería
Ponentes del Programa científico
Autores de las Comunicaciones Póster
Vocales del Comité organizador
Comité Científico
Personal de la Unidad de Neurología
Colegio oficial de Enfermería del Principado de Asturias
Ayuntamiento de Gijón
Club Empresas
Novartis
Biogen
Serono
Novotec

Sin sus colaboraciones, no hubiera sido posible realizar estas Jornadas. Gracias por sus aportaciones hu-
manas y económicas.

Margarita del Valle García y Begoña Calleja García

Coordinadoras del Comité Organizador

Trótula de Salerno (¿-1097)

Autora: Margarita del Valle García



Al comenzar la Alta Edad Media, el ejercicio de la profesión médica, permanece prohibido para la mujer -y así seguirá, salvo aisladas ocasiones, hasta el siglo XIV-, pero por el contrario, la práctica de la obstetricia y los cuidados al niño en sus primeros meses, los encontramos ya, casi exclusivamente, en manos femeninas.

Salerno, será la primera escuela médica no regida por religiosos, que "*desempeñó un papel crucial en la transición de la medicina monástica a la laica*"(P.Donahue, 1985).

La Escuela de Salerno sería el primer centro que permite el libre acceso de la mujer a la formación médica y a su titulación y no limitaría su campo de acción a las enfermedades de la mujer y el cuidado de los lactantes, sino que la ampliaría al ejercicio de la medicina general. Pronto surgirán los nombres de cinco mujeres -**Las damas de Salerno**-, expertas en el arte de curar: **Trótula, Salernitana, Constanza y Calenda, alemanas, Rebeca Guarna, judía y Abella, musulmana.**

De todas ellas destacará **Trótula**

que ocupa un lugar destacado en la historia de la Escuela de Salerno y muy concretamente en el campo de la Ginecología y Obstetricia. Pocas noticias nos han llegado del resto de estas mujeres pioneras de la Medicina. De Rebeca Guardamos sabemos que escribió un tratado sobre la orina y la fiebres, y de Abella, la musulmana, únicamente el título de su libro *De artrabile et de natura seminis humani*.

Poco es lo que se sabe de la vida de Trótula. Se dice que vivió en Salerno, ciudad italiana situada al sureste de Nápoles, en la bahía de Pestum, entre los siglos XI y XII (los historiadores marcan uno u otro indistintamente), donde ocupó la cátedra de medicina en la Escuela de Medicina, en la cual muchas mujeres fueron estudiantes y profesoras de dicha ciencia. Algunos la han identificado como esposa de un médico, Johannes Platerius, y madre de Matthias y Johannes el Joven, dos autores de libros de medicina; además, parece ser que perteneció a la noble familia de los Di Ruggiero. Murió en 1097.

La ciencia médica de Trótula lo que podemos llamar su "vocación

médica", se caracteriza por dirigirse directamente en favor del sector que considera más desprotegido: las mujeres, de quienes anhela el alivio de su sufrimiento:

Trótula ejerció extensamente la medicina y la docencia, y se le atribuye **el más famoso tratado de Obstetricia y Ginecología de la Edad Media: *De Pasionibus mulierum curandorum*, conocido como *Trótula Maior***, fueron textos en las escuelas de medicina hasta el siglo XVI. La obra se imprime, por vez primera, en Estrasburgo el año 1554 y en esta edición el texto aparece dividido en sesenta capítulos en los que Trótula diserta sobre las diversas técnicas quirúrgicas, preconiza realizar una eficaz protección perineal, aconsejando practicar las oportunas suturas en el caso de producirse desgarros del perineo en el transcurso del parto. No olvida tampoco a los lactantes dando normas respecto al cuidado del niño en sus primeros meses de vida.

Otras de las obras que se atribuyen a Trótula lleva por título: ***De Aegritudium curatione o de Ornatu mulierum***.(Trótula Mi-

nor). En este último título Trótula recomienda a las mujeres de su época cuidar de la higiene diaria, ejercicio físico regular, masajes con aceites y una dieta equilibrada y saludable. Y completa estas recomendaciones con unas simples y curiosas recetas de cosmética femenina.

Las enseñanzas ginecológicas de Trótula de Salerno serán seguidas durante muchos años por la medicina de toda Europa, convirtiéndola en la mujer de mayor prestigio de la Obstetricia y Ginecología de la Edad Media.

Sus teorías médicas fueron increíblemente avanzadas, hablando del control de la natalidad, de las causas y tratamientos de la infertilidad señaló que es *"igualmente frecuente que la concepción se vea impedida por un defecto del hombre como de la mujer"*. Acabó con el prejuicio de la época en relación a que los efectos de la menstruación en la mujer las convertía en "venenosas", ya que desde tiempos de Aristóteles hasta el siglo XVII, las enfermedades de la mujer se relacionaban con la menstruación, realizando ya las primeras descripciones de éste, Hipócrates.

ciones de éste, Hipócrates.

Trótula lideró el grupo de mujeres médicas, incluso, desde las distintas partes del viejo continente venían a estudiar con ella a Salerno, para ella era de suma importancia que el cuerpo y las enfermedades femeninas fuesen tratadas por facultativas mujeres, por tener éstas una disposición que obviamente no tendría un médico varón, por inhibición ante el cuerpo del otro sexo, o por desconocimiento del mismo. Naturalmente, hay que tener en cuenta la precariedad de la ciencia de ese entonces para entender este razonamiento que también entraña una profunda sensibilidad. La que también hace notar en su preocupación por la relación entre médico y paciente, su interés en la pediatría y su deseo por aliviar los dolores del parto.

Trótula gozó de mucha fama durante el Edad Media, la que atravesó a la historia y la tradición. Sin embargo, **grandes historiadores de la medicina** consideraron que sus libros eran demasiado profundos para la mente de una mujer y **trataron de eliminarla de la historia**.

En el siglo XII, algunos copistas empezaron a atribuir sus libros a su marido, hasta que su nombre fue definitivamente sustituido por su forma masculina: Trottus.

En el siglo XV ya se negaba su existencia y en el XVI los historiadores alemanes Karl Sudhof y Charles Singer afirmaba que el tratado de Ginecología llevaba ese nombre porque era un nombre muy frecuente entre las mujeres de Salerno, además alegaban que el tratado era una obra de erotismo disfrazada de ginecología y que Trottus le había dado un nombre de mujer, para ocultar su naturaleza pornográfica. Desgraciadamente gozaban de tal prestigio como historiadores de la medicina que hasta las feministas de entonces se mostraron reacias a contradecirlos. Sin embargo los historiadores italianos de la medicina, han sostenido la autenticidad de Trótula y la existencia de médicas Salernitas en los siglos XI y XII, afirmaban que indudablemente había habido mujeres entre los estudiantes de la Universidad y que los maestros más importantes que tuvo la escuela de medicina en sus comienzos, fueron mujeres.

Bibliografía

1. Alic, Margaret (1991). El legado de Hipatia. Historia de las mujeres en la ciencia desde la Antigüedad hasta fines del siglo XIX. México: Siglo Veintiuno.
2. Disponible en:
<http://www.mujieryciencia.es/2008/03/18/trotula-de-salerno/> [Consultado 01/06/09]
<http://www.fmujeresprogresistas.org/fichavisibilidad/Trotula.htm> [Consultado 01/06/09]
<http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol19num1/articulos/trotula/index.htm> [Consultado 01/06/09]

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, 3ª planta - 08007 Barcelona - Tel 93 482 71 40 – Fax 93 482 71 58

Dirección de correo electrónico: sedene@ultramarevents.com

Persona de contacto: Azahara Sus Rodríguez

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, 3ª planta, 08007 Barcelona

SOLICITUD DE ADMISIÓN

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:

Dirección:

Población:

Código Postal: Provincia:

Teléfono: E-mail:

DATOS PROFESIONALES

Centro de Trabajo:

Cargo que ocupa:

Población:

Código Postal: Provincia:

Teléfono: Fax: E-mail:

Solicito mi admisión en la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA como miembro:
(consultar detalles debajo)*

Numerario Asociado Corresponsal

*Numerario: aquellos socios diplomados en enfermería que residan en España.

*Asociado: aquellos socios diplomados en enfermería que residan fuera de España.

*Corresponsal: aquellos socios diplomados en enfermería extranjeros.

DATOS BANCARIOS

Domicilio bancario:

Población:

Código Postal: Provincia:

Banco:

Entidad: Oficina: Dígito Control:

Nº de Cuenta:

Firma del solicitante

Enviar junto con esta solicitud:

- Fotocopia del título de D.E. o A.T.S.
- Fotocopia D.N.I.

Rogamos devuelvan firmado este formulario a la Secretaría Técnica de la Sociedad a través de fax o e-mail.

Sociedad Española de Enfermería Neurológica

Diputación, 238-244, 3ª planta. 08007 Barcelona.

Tel. 93 482 73 18 - Fax 93 482 71 54 - E-mail: sedene@ultramarevents.com



publicidad betaferon

publicidad betaferon