

**Boletín informativo de la
Sociedad Española de Enfermería Neurológica**

Enero - Abril 1997

Número 4

Apartado de Correos, 534 • 17001 Girona • Fax (972) 51 11 34

REDACCIÓN

Responsable edición

Carmen Pérez Moltó

Coordinadora

Gloria Villena Coronado

Redactores

Teresa Ribera Crusafont

Iris Marín Romero

Impresión

Impremta Ramon Falcó

Sant Pere de Ribes

Depósito Legal

B-8576-96

Junta Directiva

Antonio Ibarzo Monreal
(Presidente)

Carmen Pérez Moltó
(Vicepresidente I)

Rosa Suñer Soler
(Vicepresidente II)

M^a Teresa Jiménez Fraile
(Secretaria)

Conxi Castro Gallego
(Vicesecretaria)

Esther Moreno Rubio
(Tesorera)

Lourdes Rigual Butí
(Vocal)

Rafael Sala Pastor
(Vocal)

SUMARIO

Carta del Presidente de la S.E.D.E.N.E.	pag. 1
Editorial	pag. 2
Cartas al Director	pag. 2
Informe III Sesiones de trabajo de la S.E.D.E.N.E.	pag. 3
Primer Premio Investigación Científica	pag. 8
Segundo Premio Investigación Científica	pag. 12
Primer Premio Protocolos	pag. 14
Segundo Premio Protocolos	pag. 20
Bases para las Comunicaciones.	pag. 24
Resultado encuestas valoración Sesiones	pag. 25
Nuevos Socios.....	pag. 29
Formación continuada	pag. 30
Normas para la publicación de trabajos y escritos	pag. 31

CARTA DEL PRESIDENTE

Iniciamos este nuevo año, en el que os deseo lo mejor para cada uno de vosotros, con la publicación de un nuevo boletín que confirma junto a las sesiones de diciembre la consolidación de estas dos actividades.

Poco a poco, con ambición pero sin prisas debemos dar continuidad y estructura a esta sociedad de enfermería neurológica que cuenta tan sólo con tres años de existencia.

Una vez más se van a conceder por tercer año consecutivo los premios a las mejores comunicaciones, ampliándose el número y la cuantía de los premios.

También puedo confirmaros que en septiembre del presente año se iniciará el primer postgrado en enfermería neurológica que se realiza en España, de 250 horas de duración, organizado por la Universidad Central de Barcelona u la Sociedad Española de Enfermería Neurológica.

Se ha reforzado la relación con la SEN y se han institucionalizado algunas colaboraciones de Empresas Farmacéuticas.

La SEDENE también está colaborando en el IIº Curso de actualización en neurología (Epilepsia y Esclerosis Múltiple) organizado por el Servicio de neurología de la Mutua de Tarrassa (Barcelona), y en la Conferencia Nacional del Alzheimer que se celebrará del 6 al 9 de noviembre en Pamplona-

Queda pendiente cubrir los puestos de vocales de zona. La puesta en marcha de estas vocalías, dará sin duda más dinamismo a la sociedad, pudiéndose detectar con mayor facilidad las necesidades y demandas de los socios.

En el segundo trimestre de este año vamos a intentar agilizar el área administrativa y trabajar en los proyectos pendientes.

Una vez más quiero animaros y sería un placer poder contar con vuestra participación y colaboración científica en las próximas sesiones de trabajo que ser realizarán los días 11 y 12 de diciembre en el Palacio de Congresos de Barcelona. Sesiones que estarán basadas en potenciar los posters, comunicaciones y en proyectar la especialización de la enfermería neurológica.

Antoni Ibarzo Monreal

Presidente SEDENE

EDITORIAL

Fuimos muchos los profesionales de enfermería que nos comprometimos en la década de los 80 a trabajar en el logro de los objetivos de la «Salud para el año 2000».

Nos encontramos en las puertas del siglo XXI, y quizás, debamos echar la vista atrás para hacer un análisis y poder proyectar «nuevas ideas para el futuro».

En las últimas décadas los avances tecnológicos han sido importantísimos, así como los terapéuticos.

Hemos conseguido las cotas más altas de esperanza de vida (la expectativa de vida es cada vez más alta), es decir «hemos dado años a la vida», pero nos queda el siguiente paso, «dar vida a los años».

Los profesionales de enfermería tenemos un reto ante nosotros, tenemos que trabajar para aumentar la calidad de vida al nacer, al vivir y al morir. Este reto lo iremos consiguiendo a medida que vayamos diseñando programas de educación sanitaria que respondan a las expectativas y necesidades de la población que atendemos.

Tenemos que desterrar de una vez que la salud es la ausencia de la enfermedad sino algo más y ese más, lo sabremos cuando conozcamos las necesidades de salud que demanda la población que atendemos y les diseñemos a su medida programas de educación.

CARTAS AL DIRECTOR

Soy Marisa Maorto Arrese, socia de la SEDENE nº 53. Trabajo en Neurología en Ambulatorio de Especialidades, de Tolosa ... Creo que hay un tipo de patología que es «casi» exclusivamente hospitalaria, otra «casi» exclusivamente extrahospitalaria y otra «mixta». Con ello, lo que pretendo es proponer que hagamos pequeñas exposiciones de lo que cada uno vemos en el día a día, para que nos sirva de repaso a todos/as. No hace falta que sean hojas inéditas, simplemente se trata de ir exponiendo diferentes temas con los que nos encontramos todos los días. Con esta intención os envío un «articulillo».

Estimada Marisa:

Nos ha parecido interesante tu propuesta, y de hecho es el destino que queríamos darle a la sección «Guía Práctica». En ella queremos publicar todas aquellas cosas de la práctica diaria que nos ayuden a repasar de forma rápida temas puntuales. Posiblemente, en cada consulta o servicio hay casos que en otras consultas o servicios no son tan habituales. Por tanto queremos aprovechar tu propuesta para animar al resto de los socios a enviarnos, también, sus artículos. Próximamente aparecerá tu artículo en dicha sección

Queremos reservar este espacio para que a través de él os podáis dirigir a todo el colectivo de enfermería para exponer vuestros comentarios, quejas, cartas abiertas y/o sugerencias.

Con ello lo que queremos es que este boletín sea una revista abierta donde todos los enfermeros y enfermeras puedan participar de forma activa.

Podeis dirigir todas vuestras cartas a :

Apartado de Correos, 534 • Fax (972) 51 11 34 • 17001 Girona

INFORME DE LAS III SESIONES DE TRABAJO DE LA SEDENE

Los pasados días 11, 12, y 13 de Diciembre de 1996 se celebraron en el Palacio de Congresos de Barcelona las III Sesiones de Trabajo de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica.

Las jornadas fueron intensas, tanto en contenido como en asistencia ya que participaron, en las mismas unos 185 enfermeros/as de toda España, atraídos por la importancia que la enfermería neurológica adquiere cada día más.

En el transcurso de las sesiones se realizaron dos conferencias, dos mesas redondas, un seminario y veintitrés ponencias entre comunicaciones y posters.

La Sra. Montserrat Teixidor Freixa inauguró las jornadas de forma excepcional, fundamentando la necesidad que tenemos, la enfermería actual, de realizar trabajos científicos para formar un cuerpo de conocimientos propios. Así mismo, animó a todos/as los/as enfermeros/as a solicitar becas para realizar investigación.

No menos plausible fue la 2ª conferencia que destacó la importancia del papel, cada día más relevante, que tienen los cuidados de enfermería en el enfermo de ictus.

Se realizaron dos mesas redondas que fueron multidisciplinarias, en las que participaron tanto enfermería como neurólogos, fisioterapeutas, psicólogos y asistentes sociales. En la mesa redonda sobre la Esclerosis Múltiple se trataron, entre otros puntos, la epidemiología y clínica, el diagnóstico y tratamiento con betaferon, la educación sanitaria, los cuidados de enfermería y la rehabilitación de los afectados de Es-

clerosis Múltiple.

Por otro lado, en la mesa de Alzheimer se trató sobre la enfermedad, los cuidados de enfermería así como los aspectos psicológicos del afectado **y de la familia**, y los recursos sociales disponibles.

Fueron mesas muy emotivas dado que en ambas participaron personas afectadas directamente. En la mesa de la Esclerosis Múltiple se invitó a participar a la Sra. Laura Palmés afectada de esclerosis múltiple para que hablara sobre su experiencia de vivir con la enfermedad. Fue una explicación no muy extensa pero muy emotiva que culminó con el aplauso de toda la sala.

En cuanto a la mesa redonda sobre el Alzheimer, se invitó al Dr. Mañós, familiar de un afectado de Alzheimer y presidente de la A.F.A.C. (Asociación de familias de afectados de Alzheimer de Cataluña), que explicó su reacción y la de su familia ante la noticia de la enfermedad y las dificultades que van surgiendo después con la evolución de la misma.

Se realizó también un seminario sobre epilepsia donde resaltó la innovación del tratamiento quirúrgico de la misma y los pasos que se dan antes de la elección de los candidatos a dichos tratamientos. Los neurólogos se extendieron en la etiología de la enfermedad.

Hemos querido aprovechar este primer boletín de 1997 para informaros más extensamente sobre el contenido de las Jornadas así como los premios que se otorgaron durante su transcurso.

Seminario de Epilepsia

El seminario corrió a cargo de varios participantes entre ellos el Dr. Albert Molins Albadell Neurólogo del Hospital Josep Trueta de Girona que explicó la clínica y fisiología de la epilepsia, definió la epilepsia y entró de lleno en la fisiología desde tres aspectos:

- Excitabilidad neuronal
- Sincronización neuronas
- Propagación de la descarga

Pasando a la clínica, donde se extendió en la clasificación y tipología de las crisis epilépticas.

Continuó el seminario el Dr. Ignacio Pascual del Hospital Infantil de la Paz de Madrid, dedicando su exposición a otros aspectos de la epilepsia, centrándose más en las crisis durante la infancia:

- Epilepsia como signo
- Epilepsia como enfermedad
- Cuadros convulsivos no epilépticos
- Desencadenantes de las crisis epilépticas
- Importancia de los síndromes
- Tratamiento de la epilepsia

Expuso como último punto de su exposición, las recomendaciones en la actuación durante las crisis.

El siguiente ponente fue el Sr Francisco Gahete enfermero del servicio de Medicina Intensiva del Hospital General de Cataluña, que habló sobre la atención de enfermería y los cuidados que esta debe prestar haciendo hincapié en los siguientes puntos:

- Aplicación de un plan de cuidados generalizados
- Objetivación de la alteración de la consciencia
- Criterios de evaluación

En su exposición definió la consciencia como «el instrumento que le permite al individuo interactuar con el medio que le rodea y elaborar una respuesta de lo que percibe de este medio». Continuó diciendo que dos de los componentes que permiten a la persona interactuar con el medio, es

el componente locomotor y el cognitivo y en las crisis se padece una incapacidad de relación con el medio; por esto, el Sr Gahete propone que la actuación de enfermería tiene que ir encaminadas a unos criterios de evaluación:

- Restablecimiento de la conexión con el medio en las crisis epilépticas.
- Proporcionar un entorno seguro
- Administración de medicación
- Registrar las características de las crisis
- Disminuir el riesgo de Estatus epiléptico
- Educación sanitaria sobre:
 - * Correcta toma de medicación
 - * Fomentar el descanso
 - * Instruir sobre posibles actividades
 - * Evitar la sobre estimulación y el stress
 - * Educación familiar en las crisis.

A continuación expuso el Dr. Santiago Arroyo Neurólogo del Hospital Clínico de Barcelona el tema «Tratamiento quirúrgico de la epilepsia», donde explicó que la cirugía trata de resolver casos de pacientes con crisis muy frecuentes y que son fármaco-resistentes; que esto engloba a un 20-30% de los casos epilépticos que no se pueden controlar, siendo un tratamiento muy selectivo y el criterio de selección dependerá de los síndromes, que también favorecerá el éxito de intervención y el pronóstico. La morbilidad y mortalidad es pequeña y el control de las crisis se consiguen en un 50-70 % de los casos aunque estos tienen que tomar siempre medicación.

En resumen los pasos a seguir son:

- Evaluar si las crisis son crisis epilépticas
- Reevaluar el diagnóstico y si el paciente ha sido tratado correctamente y si éste ha tomado la medicación
- Estudio Video eje, Espeg para la localización de foco y estudio neuropsicológico
- Aplicación de las técnicas quirúrgicas.

La última ponente fue la Sra Mercè Roigé, Supervisora del servicio de Neurología del Hospital Clínico de Barcelona,

quien explicó los cuidados en el pre-operatorio del enfermo epiléptico.

La actuación de enfermería va dirigida a realizar:

- Pruebas preparatorias
- Preparación de los registros
- Valoración de las necesidades de los pacientes
- Dar apoyo emocional al paciente y la familia.

Mesa Redonda de Esclerosis Múltiple

La Dra. Mar Tintoré, Neuróloga del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona inició la mesa redonda de esclerosis múltiple hablando sobre epidemiología y clínica junto al Dr. Rafael Arroyo que explicó el diagnóstico y tratamiento de la esclerosis múltiple con avances de resultados con Betaferon.

La enfermedad tiene una etiología desconocida, se caracteriza por la presencia de múltiples lesiones en la sustancia blanca del Sistema Nervioso Central, con una pérdida acusada de mielina que rodea los axones, dichas lesiones aparecen en brotes y se pueden asentar en cualquier localización de la sustancia blanca del encéfalo y de la médula espinal dando una sintomatología muy variable según su localización, es una enfermedad crónica con exacerbaciones y remisiones características del cuadro dispersión espacial y temporal de las lesiones, constituye el rasgo más importante de la enfermedad, en el que se basa su diagnóstico clínico.

La edad de comienzo más frecuente es entre los 20-40 años, es más frecuente en el sexo femenino.

La clínica se caracteriza por la multiplicidad de los síntomas y su tendencia a variar de naturaleza y gravedad a lo largo de la enfermedad. Existen:

- Síntomas motores
- Trastornos sensitivos
- Trastornos de coordinación motora
- Pérdida brusca de agudeza visual
- Síntomas atribuibles a estructuras

- del tronco cerebral
- Trastornos del esfínter rectal y vesical
- Síntomas mentales
- Especial sensibilidad al calor
- Fatiga
- Crisis paroxísticas

En general la enfermedad cursa en brotes, los exámenes complementarios que se realizan son:

- Examen del LCR con visualización de bandas oligoclonales
- Potenciales evocados, prueba electrofisiológica que puede detectar alteraciones funcionales
- Tomografía computerizada, visualización de placas recientes desmielizantes.
- Resonancia Magnética que muestra lesiones múltiples de sustancia blanca

El tratamiento se realiza con Interferon que está en estudio es un estudio aleatorizado, a doble ciego y es multicéntrico, dosis de 8U. en días alternos por vía subcutánea, su tolerancia es buena.

Los siguientes ponentes explicaron, la importancia de la educación sanitaria en los enfermos en tratamiento con Betaferon a cargo de la Sra Marian Sánchez responsable del programa de educadores donde hay que resaltar la educación a los pacientes para la optimización del cumplimiento al tratamiento, conocimiento de la eficacia clínica y el intento de minimizar los efectos secundarios

Luego se realizó la exposición del cuidado integral en el enfermo con esclerosis múltiple a cargo de la Sra Esperanza Moreno enfermera de la unidad de Neurología del Hospital de la Paz de Madrid y Rehabilitación del enfermo con esclerosis múltiple, a cargo de la Sra. M^a del Carmen Santoyo Medina.

Pero la más emotiva de las intervenciones fue la de la Sra Laura Palmés periodista de T.V. y escritora afectada de esclerosis múltiple que nos transmitió el padecer

y sentir de esta enfermedad.

Mesa Redonda de Alzheimer

Se inició la mesa con la exposición del Dr. Rafael Blesa con la comunicación «Presente y Futuro de la enfermedad de Alzheimer».

Explicó que es una enfermedad de etiología desconocida y que la clasificación ha de sustentarse en criterios clínicos y anatomopatológicos. La enfermedad de alzheimer es la causa más frecuente de deterioro mental.

Podemos decir que probablemente se padece la enfermedad de alzheimer cuando:

- Existe trastornos de la memoria
- Disfunción del sistema Nervioso Central
- Declinaje progresivo sin fluctuaciones
- Ausencia de evidencia de otras causas de demencia
- En el TC o la RM se observa atrofia cerebral difusa con hidrocefalia ex vacuo; la atrofia media del lóbulo temporal es un hallazgo característico de la enfermedad

El diagnóstico diferencial se establece por presentar:

- Amnesia
- Afasia
- Disfunción visuoespacial
- Alteración de conducta progresiva

El diagnóstico definitivo se realiza a través de biopsia cerebral o bien el examen autopsico.

El tratamiento se realiza con Tacrina que mejora el menoscabo cognitivo.

Los cuidados de enfermería fueron presentados por la Sra Joaquina Colomino enfermera de la unidad de Psicogeriatría del Hospital Sant Camil de Sant Pere de Ribes, que habló de la atención a los enfermos con deterioro cognitivo junto con los aspectos psicológicos en el proceso de enfermedad presentados por la Sra. Inma Bertran Neuropsicóloga del Centro Geriátrico de Barcelona.

Hablaron del trastorno cognitivo y técnicas de:

- Modificación de conducta
- Aumento y adecuación de relaciones sociales
- Estimulación física y psíquica
- Potencialización de las habilidades cognitivas
- Control de conductas inadecuadas
- Intervenciones sobre la familia

Después se recondujo la mesa sobre una experiencia personal de como vive el propio paciente y sus familiares la enfermedad presentado por el Sr Manuel Maños presidente de la asociación de familiares con la enfermedad de Alzheimer

Pasando luego al «Entorno Familiar» a cargo de la Sra. Isabel María Pedret asistente social de la AFAC expuso la situación familiar y recursos sociales.

Mesa Redonda de "Coordinación entre niveles asistenciales y continuidad de la atención en enfermería"

Y por último la mesa final corrió a cargo de Sr Manuel Amezcua director de enfermería del distrito de Santa Fe de Granada.

Participaron: El Sr José R. Martínez con la experiencia de coordinación entre asistencia primaria-hospitalaria-domicilio, enfermero del Servei Valencià de Salud.

Y la Sra Rosario Ojeda enfermera del equipo de UFISS de la fundación Sant Llätzer de Tarrassa (Barcelona) con la comunicación «Experiencia de coordinación entre niveles asistenciales en la atención del paciente con A.V.C.»

Explicaron tres experiencias innovadoras sobre relación entre hospitalaria y asistencia primaria y la necesidad de ésta y se comentó el beneficio, de ser una profesión de profesionales generalistas, con gran intercambio entre niveles asistenciales, lo que mejorar el diálogo entre niveles asistenciales, consiguiendo mayor eficacia, eficiencia y efectividad en nuestro trabajo.

PREMIOS A LAS COMUNICACIONES Y POSTERS

Hubo una participación masiva en comunicaciones y posters, alcanzando el número de 23 participantes. Los temas que se tocaron fueron:

- La calidad de vida en los diferentes pacientes neurológicos.
- Educación sanitaria a pacientes y familias.
- Tratamiento con betaferon de pacientes con Esclerosis Múltiple.
- Cuidados de Enfermería en Neurología.
- Y algunos otros como: Neuroangiografías, endartectomía, trabajos estadísticos, altas de enfermería o temas puntuales sobre alguna afección neurológica.

Se clausuraron las III Sesiones de Trabajo de la SEDENE con la entrega de premios a las mejores comunicaciones en Investigación Científica y en protocolos otorgados por el Colegio de Enfermería de Barcelona. Dichos premios se repartieron de la siguiente manera:



1º Premio de Investigación Científica en Enfermería Neurológica, dotado de 75.000 pts.: Para la comunicación presentada por M.J. Alfonso, A. Martí, T. Fernández, M. Torres, D. Navarro y N. Marí del Hospital General Universitario de Valencia, titulada «Estudio de la calidad de vida en una muestra de pacientes epilépticos de la comunidad Valenciana».

2º Premio de Investigación Científica en Enfermería Neurológica, dotado de 50.000 pts.: Para la comunicación presentada por F. Gahete, C. Agost, N. Callau, R. González, V. Monfort, A. Sánchez del Hospital General de Cataluña, titulada «Estudio de la demanda asistencial del paciente con alteraciones neurológicas, ingresado en un servicio de Medicina Intensiva, a través de la puntuación TISS diaria».

1º Premio para protocolos de cuidados, dotado de 25.000 pts.: Para el protocolo presentado por V. Mencia y E. Alonso, titulado «Medidas de enfermería contra la espasticidad en pacientes hemipléjicos basadas en el concepto Bobath».

2º Premio para protocolos de cuidados, dotado de 25.000pts., también: Para el protocolo presentado por A. Giraldez del Hospital Reina Sofía de Córdoba, titulado «Endartectomía Carotídea. Una solución eficaz contra el Ictus».

PRIMER PREMIO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA EN UNA MUESTRA DE PACIENTES EPILÉPTICOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.

Autores: M. J Alfonso, A. Martí, T. Fernández, M. Torres, D. Navarro, N. Nari. Hospital General Universitario de Valencia.

1. INTRODUCCIÓN.

La epilepsia es una enfermedad crónica que posee una particular relevancia en la calidad de vida del sujeto que la padece, debido en parte a la actitud que la sociedad ha adoptado respecto de ella. Dado que es una de las afecciones neurológicas más frecuentes, con una incidencia social, elevada, decidimos elegir esta patología a la hora de plantearnos un trabajo sobre calidad de vida.

Nuestro estudio intenta reflejar el nivel de calidad de vida de los pacientes epilépticos de nuestra comunidad y tratar de averiguar cual es el factor o factores que más afectan de forma negativa su vida cotidiana y por lo tanto a su sensación de bienestar. Una vez detectadas estas variables, podremos programar como intervenir desde el punto de vista terapéutico.

Dado que la calidad de vida es un concepto subjetivo, trataremos de clarificar a qué nos referimos cuando evaluamos. Según Devinsky y Cramer (1993), la calidad de vida sería el balance que resulta de comparar el estado de bienestar que percibimos que tenemos y el que desearíamos tener. Por lo tanto solo el paciente puede evaluarla, ya que es el único que puede comparar su modo de vida con sus expectativas. Nosotros podremos considerar que el paciente no es objetivo en su evaluación, pero la calidad de vida se refiere a cómo uno se siente, y esto no tiene que ir relacionado con datos objetivos como frecuencia de crisis o alteraciones neuropsicológicas, como pérdida de memoria, lentitud en la toma de decisiones, etc... Es evidente que

estos síntomas la modificarán, pero siempre dependerá de la percepción que el sujeto tenga de su situación, de su personalidad, de su estabilidad emocional, de los trastornos afectivos que pueda sufrir y de su propio entorno.

2. MATERIAL.

2.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

Hemos elegido como población para nuestro estudio descriptivo la formada por pacientes diagnosticados de epilepsia en sus diferentes formas, con edades comprendidas entre los 16 y los 50 años y que habitan en la Comunidad Valenciana. La muestra fue recogida a partir de pacientes que acudían a la sección de Neurofisiología del Hospital General Universitario de Valencia para la realización de un E.E.G., de los que venían a la policlínica de Neurología y de los pacientes ingresados en la unidad de Neurología.

Se solicitaba su participación voluntaria en la evaluación de su calidad de vida, informándoles de cual era la finalidad del estudio.

El período de recogida de datos fue el comprendido entre Marzo y Setiembre del año 1996. El tamaño de la muestra fue de 30 sujetos, numero que habitualmente es considerado como aceptable, ya que la probabilidad de que la media aritmética de la muestra difiera de la de la población más allá de mínimas diferencias casuales es cercana a cero cuando tratamos de una población con un «n» muy grande y de la cual suponemos que su distribución es normal, como es el caso que nos ocupa.

2.2 DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA UTILIZADA.

Como escala hemos utilizado el QOLIE. Es una escala de calidad de vida que se desarrolló en 1991 por «The QOLIE Development Group».

Esta escala recibe distintos nombres en función del número de ítems que las componen: el QOLIE 80, el QOLIE 31. Nos decidimos por este último, ya que es una de las escalas que han sido objeto de validación extensa para asegurar que los dominios identificados se relacionan con temas diferentes y su uso para investigación es considerado adecuado por el grupo que lo desarrolló. El QOLIE 31 tiene además la ventaja de su no excesiva longitud, ya que el tiempo necesario para pasarlo no excede habitualmente de 10 minutos.

Según esta escala, la calidad de vida afecta a cinco aspectos del ser humano, que serían los siguientes:

- el rendimiento físico.
- el rendimiento o funcionamiento psicológico.
- el funcionamiento social.
- el funcionamiento cognitivo.
- la sensación de bienestar.

Cada uno de estos campos es analizado por varios ítems que reciben una ponderación distinta. En el aspecto físico se evalúa la tolerancia que el paciente tiene a las crisis que sufre y a los efectos físicos debidos a la medicación antiepiléptica. El aspecto psicológico se centra sobre todo en valorar el grado de depresión, de ansiedad y el ajuste emocional del sujeto. Los ítems que se refieren al funcionamiento social evalúan como la epilepsia afecta a sus relaciones sociales y el funcionamiento cognitivo se refleja en las preguntas acerca de la memoria, capacidad de concentración y de atención. Por último, la sensación de bienestar se concentra en dos preguntas acerca de como se siente en general el sujeto frente a la enfermedad.

El QOLIE 31 consta de 7 subescalas que se puntúan individualmente y que tras aplicarles una serie de coeficientes adecua-

dos, pueden concretarse en una puntuación global que será la que se adjudicará como puntuación de calidad de vida. Esta puntuación tiene un rango de 0 a 100, correspondiendo a la mejor calidad de vida posible y el 0 a la peor calidad de vida posible, que según la definen los autores de la escala sería sentirse peor que estando muerto. Las 7 subescalas se denominan: preocupación por la crisis, calidad de vida, bienestar emocional, sensación de energía y cansancio, cognición, efectos de la medicación y funcionamiento social.

3. MÉTODO.

El tratamiento estadístico al cual hemos sometido nuestros datos está basado en la comparación de las medias aritméticas de las puntuaciones obtenidas en calidad de vida de los diferentes grupos que fuimos formando. Los grupos se diseñaron en función de las distintas variables utilizadas, que posteriormente describiremos. Todas las comparaciones fueron realizadas mediante la prueba T de Student.

Nuestro primer análisis consistiría en saber si podíamos considerar la muestra como representativa de la población de epilépticos. Dado que no encontramos en la bibliografía estudios sobre calidad de vida en pacientes de nuestra Comunidad, comparamos las puntuaciones obtenidas por nuestros pacientes con las de la población de epilépticos que se utilizó en la validación del QOLIE 31. Éramos conscientes de las limitaciones que conlleva comparar dos poblaciones tan distintas como la estudiada por «The QOLIE Development Group» en los Estados Unidos de América y la de nuestra Comunidad. Justificamos nuestra decisión en que no íbamos a generalizar nuestros resultados a otras poblaciones, sólo queríamos comprobar si nuestra muestra poseía características similares en cuanto a distribución y parámetros estadísticos a las de la población que fue objeto de estudio en la validación de la escala.

Según la variable sexo, la muestra quedó dividida en:

- Un grupo de hombres con 18 sujetos.
- Un grupo de mujeres con 12 sujetos.

La variable «edad» nos dió la siguiente distribución:

- 11 sujetos entre 16 y 25 años.
- 9 sujetos entre 26 y 35 años.
- 7 sujetos entre 36 y 45 años.
- 3 sujetos mayores de 46 años.

La variable «tipo de terapia» nos sirvió para agrupar a los sujetos en 3 grupos:

- 6 sujetos sin tratamiento farmacológico.
- 14 sujetos con monoterapia.
- 10 sujetos con politerapia.

Dado que las puntuaciones en calidad de vida seguían la distribución de la curva normal, dividimos la muestra en tres nuevos grupos en función de la desviación típica respecto de la media. Resultó de ello:

-Un grupo con calidad de vida media, con puntuaciones comprendidas entre 52.36.

-Un grupo con calidad de vida baja, el que poseía puntuaciones inferiores a 52.36.

-Un grupo que denominamos con calidad de vida alta, que mostraba puntuaciones superiores a 85.65.

Una vez establecidos así los grupos, nuestro estudio consistió en observar cual de todos los factores de la escala era discriminante.

4. RESULTADOS.

1. La media aritmética de la población con que se validó el QOLIE 31 era = 62.87; siendo su desviación típica = 16.31.

La media aritmética de nuestra muestra era igual a 68.51; siendo su desviación típica igual a 16.15.

La prueba T29= 1.89 nos indicaba que la diferencia no resultaba significativa, con una posibilidad de error inferior a 0.005.

2. La media de las puntuaciones en calidad de vida obtenidas por las mujeres fue = 74.85 y la de los hombres fue = 64.53.

Esta diferencia resulta significativa, con una probabilidad de error inferior a 0.005.

3. Analizadas las puntuaciones en calidad de vida que obtendrían los sujetos, según el grupo de edad al que pertenecían,

obtuvimos los siguientes resultados:

-Edades entre 16-25 años, media = 70.14.

-Edades entre 26-35 años, media = 70.82.

-Edades entre 36-45 años, media = 67.10.

-Edades entre 46-50 años, media = 58.92.

Las diferencias entre estas puntuaciones sólo resultan significativas cuando se compara el grupo de sujetos cuya edad se encuentra entre 26 y 35 años con el grupo de sujetos entre 46 y 50 años, siendo mayor la calidad de vida de los jóvenes, con una probabilidad de error inferior al 5%.

4. Las puntuaciones de los sujetos agrupados según el tratamiento antiepiléptico recibido, dieron lugar a las siguientes medias:

-Sujetos sin tratamiento = 63.61.

-Sujetos sometidos a monoterapia = 70.49.

-Sujetos sometidos a politerapia = 68.72.

La prueba paramétrica nos mostró que las distintas medias debían su diferencia al azar y no respondían a variaciones significativas entre los grupos.

5. Respecto de la distribución de puntuaciones en los distintos factores, dependiendo de la puntuación global en la escala, consideramos como factor discriminativo entre grupos el funcionamiento social. Como segundo factor diferenciador señalamos el del funcionamiento cognitivo.

5. DISCUSION.

En primer lugar, hemos de decir que sólo hemos hallado estudios que describen de forma parcial los aspectos que conforman la calidad de vida de los pacientes epilépticos. En numerosa bibliografía habíamos detectado que el tratamiento con fármacos antiepilépticos conllevaba en numerosos casos alteraciones neuropsicológicas (Prats, 1994; Meador et al, 1995; Sabers et al, 1995), como pérdida de memoria o disminución de la capacidad de atención. Ello nos hacía predecir que se

darían diferencias significativas entre los pacientes que no recibían tratamiento farmacológico y los que si lo tomaban, esperando además que las diferencias serían marcadas si los pacientes recibían politerapia antiepiléptica, ya que las alteraciones cognitivas serían mayores. Nuestros resultados no confirman esta predicción. Creemos que puede ser debido a que no hemos valorado en este estudio la presencia en algunos de nuestros pacientes de un cuadro depresivo concomitante, que crearía una distorsión en la percepción de si mismos y de su estado de bienestar.

En segundo lugar, consideramos que el que las mujeres se perciban con una mayor calidad de vida puede estar relacionado con uno de los factores de la escala que hemos descrito como el más discriminativo el del funcionamiento social, aunque esto podría ser otro tema de estudio. El desempeño del rol social y cultural que tradicionalmente ha sido asignado a las mujeres (dedicación a la casa,...), y que todavía en buena medida, continua vigente, se ve menos dificultado por la epilepsia que el reservado a los hombres. Por otra parte, en la mujer la epilepsia misma funciona probablemente como un factor que refuerza ese rol tradicional, al asumirse que la mujer epiléptica esta especialmente incapacitada para desempeñar un papel distinto a ese asignado. Como consecuencia de ello, ellas sentirían un mayor ajuste entre las expectativas que culturalmente se les ha inculcado que pueden tener y el rol que ejercen socialmente.

Esto nos lleva afirmar que existe un aspecto social que no se debe descuidar en los epilépticos. La percepción de un estigma relacionado con el diagnóstico puede reducir la motivación para trabajar y mantener una vida activa. Existen unos prejuicios que se deben desterrar de la mente del paciente y de su familia. Muchos padres se convierten en demasiado protectores, lo que limita la autoestima e independencia del niño, y menudo, del adulto joven. Todos estos factores afectaran posteriormente el grado de calidad de vida del

que disfrutará el sujeto.

6. CONCLUSIÓN.

1. Dentro de la población de epilépticos de la Comunidad Valenciana, las mujeres presentan mejor calidad de vida que los hombres.

2. Teniendo en cuenta que no se han valorado posibles trastornos emocionales, las diferencias en el número de fármacos antiepilépticos que los pacientes toman no afecta de forma significativa el grado de calidad de vida que ellos perciben.

3. Los factores que más ayudan a mejorar el sentimiento de bienestar son la integración social y el correcto funcionamiento de las capacidades cognitivas, sean reales o percibidos.

7. BIBLIOGRAFIA.

1. CRAMER, J.A.: «Calidad de vida para personas con epilepsia «Epilepsy in our Words. Raven Press, New York, 1993.

2. DEVINSKY, O; KIFFIN PENRY, J: «Quality of life in epilepsy: the clinician's view». *Epilepsia*,34(suppl 4):S4-S7. Raven Press,Ltd, New York, 1993.

3. DEVINSKY, O; CRAMER, J.A: «Introduction: quality of life in epilepsy». *Epilepsia*, 34 (suppl4): S1-S3. Raven Perss, Ltd, New York, 1993

4. MEADOR, K, J; LORING, D.W. et all: «Comparative cognitive effects of phenobarbital, phenytoin, and valproate in healthy adults». *Neurology*, Vol45,8, August 1995. U.S.A.

5. PRATS, J.M; GARAIJAR, C : «Alteraciones neuropsicológicas inducidas por fármacos antiepilépticos». *Revista de Neurología*, 22 (114) pp 124-126. Barcelona 1994.

6. SABERS, A; MOLLER, A; DAM, M. et all: «Cognitive function and anticonvulsant therapy: effect of monotherapy in epilepsy». *Acta Neurológica Scandinavica*, 92:pp 19-27. Munksgaard, 1995.

7. PULLIAINEN, V; JOKELAINEN, M: «Comparing the cognitive effects of phenytoin and carbamazepine in long-term monotherapy: a tow- year follow- up». *Epilepsia*, 36 (12): 1195-1202. Raven publishers, Philadelphia, 1995.

SEGUNDO PREMIO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

ESTUDIO DE LA DEMANDA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON ALTERACIONES NEUROLOGICAS INGRESADO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA A TRAVES DE LA PUNTUACION TISS DIARIA.

Autores: Gahete F., Agost C., Callau N., González R., Monfort V., Sánchez A. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Cataluña. Sant Cugat del Vallès. Barcelona.

OBJETIVO.

El objetivo de este estudio es el de valorar y comparar la demanda asistencial del paciente con alteraciones neurológicas ingresado en un Servicio de Medicina Intensiva (SMI) en relación con el resto de pacientes, a través del Sistema de Puntuación de Intervenciones Terapéuticas (TISS).

METODOLOGÍA.

Se han analizado los 1139 pacientes ingresados en el SMI del Hospital General de Catalunya (servicio polivalente de diez camas) desde el segundo semestre de 1994 hasta diciembre de 1995 incluido. A todos ellos se les ha practicado un análisis de la demanda asistencial a partir de la puntuación TISS por estancia, al mismo tiempo que se han clasificado según el nivel de gravedad al ingreso según el índice de gravedad APACHE III.

RESULTADOS.

El 42.6% de la población son pacientes con alteraciones neurológicas (485 casos), de los cuales el 60.2% son hombres (292 casos) y el 29.8% son mujeres (193 casos), con una edad media de 46 años: la edad media del total de la población es de 64.4 años ($p < 0.05$).

El índice de gravedad al ingreso (APACHE III) del paciente con alteraciones neurológicas es de 47.54, siendo de 43.95 para el resto de pacientes ($p > 0.07$).

La estancia media del primer grupo es de 7.97 días, y la del resto de 5.70 ($p < 0.05$).

La puntuación TISS al ingreso, media y al alta de los pacientes neurológicos es de 25.4, 25.6, 21.9, respectivamente, para 21.7, 21.3, 18.9 los no neurológicos ($p < 0.05$).

La mortalidad del paciente con alteraciones neurológicas es del 8.24% para el 9.02% del resto de la población ($p < 0.05$).

CONCLUSIONES.

Los pacientes con alteraciones neurológicas representan un grupo joven de la población atendida en nuestro SMI con un nivel de gravedad al ingreso similar al resto de la población. No obstante, la puntuación TISS tanto al ingreso, media, como al alta es superior a la del resto de la población, lo que indica que este grupo de pacientes exigen una mayor demanda asistencial y una mayor utilización de los recursos disponibles que el resto, además de permanecer más días ingresados. A pesar de este hecho, el nivel de mortalidad es más bajo, por lo que podemos concluir que el paciente con alteraciones neurológicas ingresado en un SMI exige una demanda asistencial elevada durante todos los días en que permanece ingresado en dicho servicio.

air europa

anuncia sus vuelos regulares desde Barcelona a:

Mallorca	7500	2 vuelos diarios de lunes a viernes 10:45 y 21:55 - viernes 23:30 sábado 23:30 - domingo 20:00
Mahón	7500	Diario de lunes a viernes 23:30
Ibiza	8500	Diario de lunes a viernes 21:30
Salamanca	9900	Sábados y lunes 00:50
Madrid	9900	14 vuelos diarios
Sevilla	13900	Diario de lunes a viernes 14:45
Málaga	13900	Diario de lunes a viernes 09:35 - lunes 01:25
Santiago	13900	Martes y jueves 20:55 - sábado 19:00
Gran Canaria	21900	2 vuelos diarios de lunes a viernes 09:05 y 19:00 (Vía Madrid)
Tenerife	21900	Diario de lunes a viernes 12:00
Arrecife	21900	Diario de lunes a viernes 09:35 (Vía Madrid)
Londres	19900	Diario de lunes a viernes 19:20 - domingo 20:10 Tasas aeropuerto no incluidas
Nueva York	39900	Diario excepto sábado 07:10 (Vía Madrid) Tasas aeropuerto no incluidas Suplemento del 1/7 al 30/9: 3.000 ptas.
Salvador de Bahía	49900	Jueves 07:10
Varadero	69900	Martes y viernes 09:05. Suplemento del 27/6 al 15/9: 10.000 ptas.

Información para los socios:

Sr. Joan Sancliment o
Sr. Ivan Jimenez

Rbla Principal, 122
Teléfono 814 42 11

Teléfono de información general:
902 300 600

Beneficiarse también de nuestra promoción
"VACACIONES CON REGALO", presentando el carnet de
Socio de Enfermería Neurológica
al hacer las reservas de sus viajes

air europa
LINEA REGULAR



460 Oficinas propias a su servicio en España
LA FORMA MAS INTELIGENTE DE VIAJAR


grupo **air europa**
HALCON

PRIMER PREMIO DE PROTOCOLOS

MEDIDAS DE ENFERMERIA CONTRA LA ESPASTICIDAD EN PACIENTES HEMIPLEJICOS. (Basadas en el concepto Bobath)

Autores: V. Mencia y E. Alonso.

No hemos querido dejar pasar la oportunidad que nos brinda la celebración de estas Sesiones de trabajo sobre el enfermo neurológico para compartir con todos vosotros nuestra experiencia trabajando con pacientes hemipléjicos en el hospital Universitario de la ciudad alemana de Freigug.

Dada la gran complejidad de síntomas y problemas que acompañan al ataque cerebral y a la imposibilidad de tratarlos de forma conjunta en una comunicación como ésta, hemos decidido centrar nuestra participación abordando la problemática de la espasticidad puesto que consideramos que un control adecuado de ésta es la base principal en la que se sustenta la rehabilitación del paciente hemipléjico.

Definición:

La espasticidad puede definirse como un aumento involuntario e incontrolado del tono muscular que en ningún caso afecta a un músculo aislado, sino a un grupo de músculos de funcionamiento sinérgico.

Aparece cuando hay una lesión de las primeras neuronas motoras, es decir en casi todas las lesiones centrales del cerebro y de la columna.

La corteza cerebral modula las actividades de las otras regiones del cerebro que se encuentran bajo su control, y lo hace incentivando o reprimiendo la actividad. Si se pierde este factor regulador, otras áreas del cerebro ganan en influencia y aparecen antiguos programas de movimiento como el reflejo de presión o el "grasping", en el que un roce en la palma de la mano provoca que ésta se cierre de forma automática y agarre el objeto que le ha estimulado.

¿Que sucede en una hemiplejía?. En

una hemiplejía cambia la regulación del tono muscular de forma patológica en el lado afectado y parcialmente en el no afectado. La medida normal del tono muscular se altera con la enfermedad tanto hacia abajo (hipotonicidad) como hacia arriba (hipertonicidad).

Según el tono muscular y la espasticidad, la enfermedad se divide en 3 estadios:

a) Estadio pseudo-flácido:

En un principio la parte afectada por la hemiplejía parece átona y flácida, sin embargo, incluso en esta fase hipotónica se producen discretos movimientos involuntarios y actividad muscular incontrolada por falsas estimulaciones, que lógicamente debemos evitar necesariamente en este estadio.

La duración de este estadio varía desde una semana hasta algunos meses.

Ésta fase es de vital importancia para la terapia y el personal de enfermería. Por medio de un correcto tratamiento se puede lograr un tono muscular controlado, y con ello, la base para una postura adecuada, y reacciones de equilibrio apropiadas.

En esta fase el hombro afectado es muy sensible y merece especial atención.

b) Estadio espástico:

Por regla general pese a los esfuerzos terapéuticos y de enfermería por evitarlo el estadio a) desemboca en el b) de una forma rápida e imperceptible. La espasticidad se agrava de forma paulatina por estímulos falsos, y se repite con frecuencia se queda grabada y aprendida.

Sin una terapia intensiva y regular la espasticidad provoca contracturas con gran

rapidez.

c) Estadio de los síntomas remanentes:

Si la terapia ha sido la adecuada las manifestaciones de parálisis habrán desaparecido en gran parte, pero el resto de síntomas remanentes no parece mejorable por medio de terapia.

La forma y la medida de estos síntomas depende decisivamente de si el paciente ha aprendido a controlar su tono muscular, o sea de frenar la espasticidad. Este control también será esencial para la calidad del paso en los pacientes que vuelven a andar.

Es difícil cuando se ha llegado a este estadio porque incluso después de años todavía avances.

Principios básicos del principio de Bobath:

a) Regulación del tono muscular: La aparición de espasticidad dificulta e incluso imposibilita movimientos armónicos y voluntarios. Para recobrar la función sostén de la musculatura además de evitar la espasticidad se debe trabajar en la recuperación de un tono muscular normal y que se adapte a las diferentes situaciones.

b) Encarrilamiento de los movimientos funcionales: Esto sólo es posible si el tono muscular se puede regular y la espasticidad esta controlada. El objetivo es un trabajo bilateral en el que no exista una compensación de la parte sana para hacer las funciones de la parte afectada. Se trata de evitar la compensación porque ésta requiere un uso de la fuerza elevado y unilateral del lado afectado, porque se descuida el lado afectado y porque aumenta la espasticidad.

La regla general para los cuidados y la terapia es darla al cerebro información correcta y hacerlo de forma repetida para que el paciente aprenda lo mas posible y lo correcto.

PATRÓN ESPÁSTICO.

En los pacientes hemipléjicos se puede observar que con frecuencia adoptan una postura espástica típica en la que tienen la cabeza flexionada hacia el lado afectado

y girada hacia el lado sano, el tronco arqueado hacia el lado afectado, el hombro en rotación interna, es decir, hacia la columna, y hacia abajo, el codo flexionado, el antebrazo en supinación, sostenido cerca del cuerpo; la mano, la muñeca y los dedos flexionados, en posición de garra. En la extremidad inferior la cadera se encuentra en rotación externa; la pierna en rotación interna y en abducción, la rodilla flexionada; el pie y los dedos flexionados hacia la planta.

A esta postura se le denomina patrón espástico. No se trata de un fenómeno constante. Se puede observar que en reposo, sin estrés y en determinadas situaciones placenteras y relajadas el paciente parece hipotono. En cambio el estrés, miedo, dolor y prisas al igual que en reacciones asociadas como toser, estornudar, reír, bostezar, etc., los síntomas se agravan o se transforman en un patrón dinámico.

Es interesante observar que en la extremidad superior predomina la contracción debido a que la musculatura contractora está más desarrollada, mientras que en las extremidades inferiores ocurre justamente lo contrario y predomina la flexión. En caso de estimulaciones o manipulaciones incorrectas en el paciente, se observa cada forma de espasticidad en ambas extremidades.

EL PAPEL DE ENFERMERÍA.

Queda claro en este repaso sobre la fisiología de la espasticidad que este fenómeno es altamente perjudicial para el paciente, y además que es evitable en la mayoría de las situaciones. El papel de la enfermería consistirá, obviamente en conocer las técnicas apropiadas para frenar esta espasticidad, aplicarlas siempre que esté en contacto con el paciente, y explicárselas a auxiliares, cuidadores y a los familiares de éste.

Básicamente se trata de dos puntos primordiales: los ejercicios antiespasticidad, y los cambios posturales.

a) Ejercicios antiespasticidad.

Estos ejercicios se deben realizar an-

tes de cada cambio postural, antes de cada actividad con el paciente, y en general, siempre que tengamos tiempo y ocasión para hacerlo.

Cada segundo que el paciente este libre de espasticidad supone una mejoría en su estado y en su bienestar general, por ello los familiares deberían aprender a hacerlos correctamente y practicarlos con frecuencia y regularidad.

Recordemos antes de entrar en la explicación de estos ejercicios que todo lo que hagamos con el paciente debe realizarse desde el lado afectado, nunca desde el sano. Esto afecta a familiares, visitas, personal..., y no debe olvidarse bajo ningún pretexto.

Ejercicios:

-Siempre se empieza movilizandole la cabeza, puesto que de ella nace el patrón espástico, una postura incorrecta de esta lo provocará. La cabeza debe estar mirando hacia el lado afectado. Se consigue movilizarla haciendo un movimiento suave desde la nuca hacia adelante. Al paciente se le dice que mueva la barbilla hacia el hombro.

-Se continua con la movilización del hombro.

Para ello guiamos nuestras manos con las palmas hacia arriba, debajo del omóplato del paciente hasta que las puntas de los dedos palpen los límites de éste. Los antebrazos se apoyan en el colchón y nuestras piernas están en posición de dar un paso. En movimientos cortos vamos tirando suavemente el omóplato hacia nosotros y volviéndolo a su posición inicial. Esto lo repetimos de 5 a 7 veces.

-Para movilizar la mano del paciente, el terapeuta pone la suya sobre la del enfermo exactamente en la misma postura que la de éste. Guiando la mano hemiplejía hacemos que presione el cuerpo del paciente. Con pequeños movimientos rotatorios se la abrimos y extendemos sus dedos, especialmente importante es el pulgar. Después siguiendo el movimiento fisiológico del brazo lo guiamos hacia arriba.

-El pie lo tomamos por el extremo in-

terno y externo y lo movemos en ligeros movimientos vibratorios. Extendemos los dedos del pie en dirección al paciente y tirando de ellos, al mismo tiempo que presionamos el talón sobre el colchón vamos deslizandole la pierna hasta tenerla completamente doblada. Reclinándola sobre el lado no afectado nos situamos en una línea imaginaria de prolongación del fémur, y hacemos ligeros movimientos vibratorios a la altura de la cadera.

b) Posturas y maniobras:

Ambas actividades son el pan de cada día en el cuidado de estos enfermos. Aquí ofrece el concepto de Bobath un campo enormemente amplio de trabajo para el personal de enfermería.

La información que se la va dando al paciente no debe ser solamente correcta sino además debe hacerse regularmente, con mucha frecuencia y repetida por todos de manera idéntica. Por ello los protocolos de cuidados son de gran importancia.

Los objetivos de las posturas son:

A través de posturas adecuadas el paciente recibe una información correcta y amplia a través de los órganos de percepción externa (oídos, ojos, nariz, piel), y al mismo tiempo, aun más importante, de los órganos de percepción interna; como el sentido táctil que abarca la percepción de la posición, de los movimientos, de las vibraciones, del dolor, de la fuerza.

a) Regulación del tono muscular: Se debe evitar en lo posible la espasticidad para que el paciente pueda desarrollar un tono muscular controlable adecuado.

b) Evitar complicaciones: Úlceras por presión, contracturas, trombosis, neumonías etc.

c) Evitar dolores: Principalmente en referencia al hombro.

d) Buscar la comodidad y el bienestar del paciente: Si éste se encuentra cómodo no cambiará la postura en cuanto abandone la habitación el personal.

e) Incentivar el interés por el exterior y por el propio cuerpo.

f) Asegurar la seguridad del paciente:

Evitando que tenga miedo de caerse o de hacerse daño.

Ideas generales sobre las posturas:

-La postura debe ser adaptada a cada paciente de forma individual. Se deben buscar compromisos y soluciones para cada caso. No es cuestión de obligarle al paciente a tomar una postura de libro. Naturalmente se debe tender a una postura lo más correcta posible.

-El valor de cada tipo de postura se debe tener en cuenta. Se debería utilizar con más frecuencia las posturas de mayor valor terapéutico según criterios de regulación del tono muscular, incentivación del interés por el exterior y por el propio cuerpo, aceptación de la parte dañada. El orden sería: 1. Sentado en una silla al lado de una mesa. 2. Sentado en la silla de ruedas. 3. Decúbito prono. 4. Tumbado sobre el lado afectado. 5. Tumbado sobre el otro lado. 6. Sentado a lo largo de la cama. 7. De espaldas (decúbito supino).

-La orientación espacial se mejora colocando al paciente siempre paralelo al largo de la cama, para que recobre la orientación de su cuerpo respecto a la habitación.

-La cabecera de la cama debe estar siempre plana porque la más mínima elevación de esta provoca espasticidad al flexionar el tronco y la cadera. El decúbito supino provoca el cuadro típico de espasticidad después de un corto espacio de tiempo pero con la cabecera levantada esto se acentúa aun más.

-Para evitar contracturas nunca se deben dejar objetos en la mano paralizada del paciente, puesto que como ya hemos indicado esto favorece la espasticidad, al igual que para prevenir la contractura en el pie no puede hacerse en ningún caso poniendo una presión continuada en la suela del pie porque esto provoca la espasticidad o un espasmo de doblar la pierna. Estos pacientes corren el riesgo de no volver a aprender a andar. La mejor terapia de prevención es sentar al paciente en una silla.

-Los colchones no deben ser de material excesivamente suave puesto que el

paciente no recibe información táctil suficientemente intensiva por una parte y por otra le produce una sensación de inseguridad de encontrarse en una posición indefinida, y cambiante. Para evitar ulceraciones por presión se deben utilizar los cambios posturales según Bobath de manera consecutiva y regular.

-La manta no debe hacer presión sobre los pies sino que tendría que estar sobre el pie de la cama de forma que haga un "puente" sobre los pies que deben quedar libres.

-La cama no debe tener triángulo para agarrarse, porque la espasticidad es enorme debido al esfuerzo de levantarse. Por otra parte solo se utiliza el lado sano de forma unilateral.

-Los cojines deberían ser moldeables, de aprox. 80 por 80, preferiblemente de plumas. Los de goma son menos aconsejables.

POSTURAS ADECUADAS.

a) Sentarle en la silla al lado de la mesa:

Es la posición ideal y la que tiene el grado mas alto en la escala de Bobarth. En los tres criterios básicos: -regulación del tono, -hacer notar el lado afectado, y -estimulación del interés por lo que le rodea, es muy superior a cualquier postura de la cama.

Por eso el paciente debe ser sentado tan pronto y tan a menudo como sea posible.

Si no existe ninguna contraindicación médica como algún problema cardíaco o circulatorio, se le puede y debe sentar ya después del segundo día después del ataque.

Además de suponer un efecto positivo desde el punto de vista de Bobarth, es también ideal como prevención de úlceras por presión, neumonías y contracturas.

La silla debe ser recta, la base para sentarse no ha de estar inclinada hacia atrás, un respaldo duro y continuo, y debe tener apoyos laterales.

Siempre es mejor una de estas sillas

que una silla de ruedas. Esta solo debería utilizarse como medio de transporte, pero para sentarse únicamente si no hay otra posibilidad. La postura que adquieren en la silla es incorrecta, porque la espalda se echa hacia atrás y las caderas se deslizan hacia adelante.

La silla de ruedas debe tener una base para apoyar la pierna hemipléjica y una mesa de silla de ruedas para apoyar el brazo.

Como sentarle en la silla.

- La parte trasera de la cadera debe tocar el respaldo.

- Los pies deben de estar paralelos.

- Toda la planta del pie debe de estar apoyada en el suelo, para ello la pierna debajo de la rodilla ligeramente inclinada hacia atrás.

- El tronco se ayuda de un pequeño cojín a la altura lumbar. Un cojín a la altura del pecho es falso porque invita a apoyarse sobre él.

- Delante de la silla va la mesa. El brazo estirado se apoya sobre ella. Se puede colocar un cojín sobre las piernas en el que el paciente pueda apoyarse.

Ventajas:

- El hombro está forzado hacia adelante y el brazo extendido.

- Esta postura inhibe el espasmo de pierna extendida.

- La presión del peso corporal sobre la pierna afectada hace que el paciente se de más cuenta de ella.

- La mesa ofrece al paciente la posibilidad de muchas actividades y le da sensación de seguridad.

b) Posturas en la cama:

Generalidades sobre posturas.

- El decúbito ventral es la postura óptima; inhibe la espasticidad, mejora la percepción, es cómoda y al mismo tiempo estable.

- El decúbito lateral sobre el lado hemipléjico es también muy adecuado puesto que actúa como regulador del tono sobre la musculatura de ese lado. Además la

cabeza, el hombro y el brazo se liberan del cuadro espástico típico. La pierna extendida en la articulación de la cadera también evita la espasticidad de esta. Esta posición favorece la actividad puesto que el brazo no afectado esta libre. El brazo afectado siempre debe estar a la vista del paciente, para que este se acostumbre a verlo.

- Sentarlo en la cama es una solución de compromiso para pacientes que no pueden ser sentados varias veces al día en una silla. No es ideal porque provoca espasticidad.

- El decúbito supino es desde el punto de vista terapéutico la peor de las posibilidades porque ni regula el tono muscular ni fuerza el interés por el lado afectado.

Recordemos que la cabecera de la cama no debe estar levantada bajo ningún concepto, que la cadera debe estar extendida, y que el hombro ha de estar forzado hacia adelante.

Es muy difícil cumplir estas reglas en decúbito supino, y para conseguirlo la posición del paciente sería muy inestable e incómoda, y por tanto es conveniente utilizarla lo menos posible.

Objetivo de las posturas:

- Percepción y toma de conciencia del lado afectado.

- Recobrar la sensación de que el lado afectado puede soportar peso.

- Reducir y frenar la espasticidad.

- Conseguir una postura fisiológica para la articulación del hombro.

- Encarrilamiento de los movimientos, que se consigue al cambiar de posturas.

- Sensación de bienestar y ausencia de dolor.

- Extensión del lado afectado.

- Evitar las úlceras por decúbito mediante los cambios regulares de postura.

- Evitar otras complicaciones secundarias como la neumonía o las contracturas.

Recordar:

- Los cambios posturales deben realizarse cada dos horas para evitar úlceras por decúbito.

- Aprovechar el cambio de postura para inspeccionar la piel en aquellas partes del cuerpo que han soportado el peso del cuerpo. También se puede aprovechar la situación para realizar los ejercicios antiespásticos que ya hemos analizado.

b-1) Decúbito ventral:

Recordar:

La primera vez que se coloque al paciente en esta posición debe hacerse por unos cinco minutos. Esta es la postura ideal por muchos motivos entre los que destaca sus virtudes antiespásticas y de mejora de la sensibilidad.

b-2) Decúbito lateral sobre el lado afectado:

Recordar que:

Esta posición es ideal para las horas activas del día porque el paciente tiene su brazo no afectado libre.

b-3) Decúbito lateral sobre el lado no

afectado.

Recuerda:

Esta posición es apropiada para las horas de reposo. El paciente no puede utilizar el lado no afectado.

b-4) Decúbito supino:

Recordar:

Esta postura favorece la aparición del patrón espástico incluso cuando se realiza de forma idónea.

Esperamos que con esta comunicación todos aquellos que ya estáis familiarizados con el concepto de Bobarth recibáis un estímulo para seguir aplicándolo en vuestro trabajo cotidiano, y que para todos aquellos que todavía no lo habéis utilizado con regularidad os sintáis atraídos a conocerlo y a utilizarlo. A fin de cuentas todo este esfuerzo servirá para ayudar a nuestros pacientes, y al mismo tiempo a enriquecer nuestra profesión, con lo cual saldremos todos ganando.

Muchas gracias.

SEGUNDO PREMIO DE PROTOCOLOS

ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA

“UNA SOLUCION EFICAZ CONTRA EL ICTUS”.

Autores: A. Giraldez.

1. INTRODUCCIÓN.

En la mayoría de los casos, el accidente vascular cerebral (AVC), es el resultado directo de una isquemia cerebral o reducción del aporte sanguíneo a un área específica del cerebro, pudiendo ser debida a un trombo emplazado en una arteria cerebral, a un émbolo o coágulo móvil, o a una hemorragia cerebral.

Las enfermedades vasculares cerebrales, presentan una gran tasa de incidencia y de prevalencia, suponen la tercera causa de muerte después de las neoplasias y de las afecciones cardíacas, en los países industrializados.

Es cierto que el termino AVC ha sido desvirtualizado en igual medida por enfermeras y médicos, pasando a convertirse en un cajón de sastre que engloba cualquier proceso desde una borrosidad visual transitoria, hasta una parálisis completa. Así, es posible diferenciar cuatro modalidades de accidentes neurológicos, clasificados según las características y duración de los síntomas:

- A) Accidente isquémico transitorio (AIT).
- B) Déficit neurológico isquémico reversible (DNIR).
- C) Accidente vascular cerebral evolutivo (AVCE).
- D) Accidente vascular cerebral completo (AVCC).

Son varios los factores de riesgo que pueden predisponer al AVC, el mas significativo de los cuales es la hipertensión.

Estos factores muestran una tendencia familiar, como la misma hipertensión, la diabetes, las cardiopatías y los niveles ele-

vados de colesterol. La obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo, el estrés, la hipercolesterolemia e hiperlipoproteinemia, configuran al sujeto como candidato de alto riesgo de ictus, subrayándose en las mujeres el uso de contraceptivos orales y el habito de fumar.

Actualmente, se puede asegurar que la mitad de todos los AVC, son resultado directo de la aterosclerosis de las arterias que riegan el cerebro. El proceso se inicia con la acumulación de grasa por debajo de la capa inferior o íntima de la pared arterial, especialmente en las bifurcaciones. Cuando este depósito de grasa es recubierto por tejido fibroso, se forma una placa. Al aumentar progresivamente de tamaño, dicha placa va reduciendo el flujo sanguíneo, zanganea llegar a provocar la oclusión del vaso.

La endarectomía carotídea es la extirpación quirúrgica de las placas ateroscleróticas de los vasos extracraneales. Estas placas pueden obstruir la luz de estos vasos, disminuyendo el flujo sanguíneo y produciendo ataques isquémicos transitorios o accidentes vasculares. Las arterias más afectadas son la carótida interna y externa y la arteria carótida común.

El objetivo de la endarectomía carotídea es restaurar la circulación cerebral adecuada en pacientes que han sufrido un AIT a efectos de aminorar el riesgo de AVC.

La intervención requiere heparinizar y pinzar la arteria por encima y por debajo de la zona de la obstrucción. Se accede a la arteria practicando una pequeña incisión en el cuello y se extirpan las placas ateroscleróticas. A continuación, se sutura la arteria o se realiza un parche con una

vena autóloga o un injerto de GOTHERX y se retiran las pinzas. Se coloca un pequeño vendaje sobre la incisión cervical.

Este trabajo presenta el caso de un paciente de 65 años, que ingreso en nuestro servicio por haber padecido en los últimos dos meses, varios episodios de AIT. Tras su ingreso y habiéndose realizado un estudio vascular completo, se confirmo el diagnostico de estenosis severa de la arteria carotídea izquierda. Habiéndosele programado una endarectomía carotídea, iniciamos un plan de cuidados protocolizados y lo individualizamos según la recogida de datos y valoración del enfermo.

2.- CASO CLÍNICO. PLAN DE CUIDADOS.

Se trata de un enfermo varón de 65 años de edad, que ingreso en nuestro servicio procedente de consultas externa por haber presentado pérdida de visión transitoria por el ojo izquierdo.

Antecedentes personales de interés:

- Hipertenso en tratamiento con antagonistas del calcio.
- Fumador hasta hace dos años.
- Hiperuricemia con cólicos renales.
- Intervenido de hernia discal hace diez años.

Exploración general:

Fue normal, salvo la existencia de un soplo carotídeo izquierdo y una disminución del pulso en la arteria temporal izquierda.

Exploración neurológica:

Normal.

Datos complementarios:

- Sistemático de sangre y orina: normal.
- EKG: bloque de rama derecha.
- Eco cardiograma: insuficiencia mitral leve y placas ateromatosas en cayado y aorta descendente.

-Eco-Doppler de carotídeas: placas de ateroma en pared anterior de la arteria carotídea común izquierda y otra más importante en plena bifurcación ocupando la luz de ambas ramas.

- Tac de cráneo: normal.
- Estudio angiográfico de carotídeas:

estenosis del 90% a nivel de la bifurcación carotídea izquierda.

El enfermo se programo para una endarectomía carotídea.

El plan de cuidados para un enfermo que va a ser sometido a una endarectomía carotídea, consta de dos partes:

A) La atención al paciente y familia durante el ingreso y el pre-operatorio.

B) Los problemas y cuidados en el postoperatorio inmediato y ulterior.

A) Asistencia de enfermería pre-quirúrgica.

-Iniciaremos la instrucción preoperatoria del paciente y de los familiares, explicándoles el objetivo, beneficios y riesgos de la intervención quirúrgica, así como el proceso postoperatorio.

-Documentaremos el estado neurológico basal del paciente y el resto de problemas médicos.

-Se prohibirán alimentos y agua la noche anterior a la cirugía.

-Obtendremos una vía venosa.

-Administraremos las medicaciones preoperatorias.

Una vez realizada la intervención, el enfermo pasó a la unidad de reanimación, siéndonos remitido a las 24 horas.

B) Asistencia de enfermería postquirúrgica

1º. Valoración.

-Efectos neurológicos: Alteración del nivel de conciencia; hemiplejía; déficit del lenguaje; pérdida de sensibilidad; lesión de los pares craneales VII (facial), X (vago), XI (espinal), y XII (hipogloso), obliteración de los pulsos de la arteria temporal.

-Efectos cardíacos: hipotensión; hipertensión; disritmias cardíacas.

-Efectos respiratorios: Alteración de la frecuencia y del patrón respiratorio; alteración de los gases arteriales basales; obstrucción de la vía aérea superior; desviación traqueal; disminución o alteración de los sonidos respiratorios.

-Incisión y herida: sangrado excesivo; hematoma; enrojecimiento e hinchazón;

drenaje.

-Efectos psicosociales: ansiedad; agitación; miedo.

El siguiente paso fue definir los diagnósticos de enfermería a trabajar.

2º. Diagnósticos de enfermería.

-Riesgo de perfusión tisular cerebral alterada en relación con la disminución del flujo sanguíneo cerebral

*Objetivo:

No existencia de cambios en el estado neurológico basal del paciente y la no oclusión ni hematoma de la arteria carótida.

*Intervenciones de enfermería:

-Monitorizar el estado neurológico del paciente cada dos horas durante las primeras 24 de estancia en la unidad. Posteriormente cada ocho horas o cuando sea necesario.

-Notificar inmediatamente cualquier alteración del estado neurológico.

-Monitorizar la fuerza, calidad, simetría o hiperpulsabilidad de los pulsos temporales.

-Controlar la aparición de hemorragias, hematomas o hinchazón de la zona de incisión.

-Controlar estrechamente las constantes vitales.

-Riesgo de disminución del gasto cardíaco en relación con manipulación quirúrgica de la arteria carótida y el nervio vago.

*Objetivo:

-El gasto cardíaco del paciente será el adecuado; la presión arterial se situará en los parámetros prefijados. No existirán disaritmias cardíacas y se mantendrán la perfusión tisular periférica.

*Intervenciones de enfermería:

-Monitorizar la presión arterial cada dos horas durante las primeras 24 de estancia en la unidad. Después cada 6 horas o cuando sea necesario. Avisaremos al médico ante cualquier desviación de la PA con respecto a los parámetros prescritos.

-Monitorizar el pulso, y el EKG; avisaremos al médico ante cualquier anomalía.

-Monitorizar la perfusión periférica:

pulsos periféricos y tiempo de relleno capilar.

-Administrar la medicación prescrita.

-Riesgo de patrón respiratorio ineficaz en relación con desviación traqueal y edema del nervio vago y del nervio hipogloso

*Objetivo:

-El paciente mostrara oxigenación y ventilación adecuadas, vía área superior permeables y frecuencia y patrón respiratorio normales, así como gases arteriales en los parámetros basales y tráquea en la línea media.

*Intervenciones de enfermería:

-Valorar frecuencia, patrón y ruido respiratorio cada 2 horas durante las primeras 24 horas de estancia en la unidad. Posteriormente cada 8 horas o cuando sea necesario.

-Valorar la capacidad del paciente para controlar las secreciones orales.

-Valorar la posición de la tráquea y gases arteriales, administrando oxígeno según lo prescrito.

-Aconsejar el uso de un espirómetro incentivado, toser y respirar profundamente; aspirar secreciones cuando sea necesario.

-Déficit de conocimientos.

*Intervenciones de enfermería:

-Iniciar la instrucción preoperatoria del paciente y de los familiares. Explicaremos el objetivo, beneficios y riesgos de la intervención quirúrgica.

-Implicar a la familia en los cuidados, siempre que sea posible.

-Reforzaremos las explicaciones del médico.

-Enseñaremos al paciente los nombres de las medicaciones, dosis, hora de administración y efectos secundarios.

-Instruir al paciente en el cuidado de la incisión y pedirle que consulte ante cualquier inflamación o drenaje de la herida.

-Explicar los síntomas y signos de un AIT y de un AVC.

-Explicar la importancia de reducir el riesgo de aterosclerosis por medio de una

dieta equilibrada, pobre en grasas, abandonar el tabaco y hacer ejercicio.

3.- DISCUSIÓN.

Nuestro enfermo no presentó ningún problema en el postoperatorio.

El primer día se mantuvo con dieta líquida, pero al segundo día ya se le ofreció una dieta sólida normal. Le examinamos con frecuencia en busca de posibles déficits neurológicos, bien por lesión de algún nervio craneal o bien por isquemia cerebral. Mantuvimos tales valoraciones aun después de que se levantara de la cama, cosa que ya hizo el primer día y la repetimos hasta el momento de su alta.

La existencia de un plan de cuidados individualizado para este paciente fue la mejor forma de asegurar la coherencia en el trabajo del equipo y su continuidad. Su realización nos a servido para sistematizar los cuidados en los pacientes de características similares.

No es necesario haber trabajado demasiado tiempo como enfermera para conocer los devastadores efectos de un AVC; el paciente se siente deprimido, incluso anulado, por la pérdida de funciones consideradas como normales. Su familia y a menudo también sus amigos y compañeros parecen tan paralizados emocionalmente como él lo está en condición física; además los enormes costes de rehabilitación y cuidados, añaden al proceso un tributo complementario. Sin embargo hoy en día y gracias a la cirugía, algunos AVC pueden prevenirse. No debemos olvidar el concepto de AIT como un aviso anticipado de

AVC. La endarterectomía carotídea, se ha erigido en alternativa eficaz para pacientes seleccionados.

La enfermería juega un papel fundamental en la patología vascular cerebral; se ha demostrado mediante estudios comparativos, que el pronóstico de estos pacientes, depende directamente de la calidad de los cuidados de enfermería que se le ofrezca.

Mediante una asistencia eficaz, eficiente y experta, contribuiremos a que la máxima de Hachiski: «El ictus no es un accidente, es una catástrofe prevenible» sea una realidad.

4.- BIBLIOGRAFÍA.

*ESTHER CHIPPS, NORMA CLAMIN, VICTOR CAMPBELL; «Trastornos neurológicos». Ed Doyma. Serie Mosby de enfermería clínica. Pag. 258-262. Madrid 1995.

*E.B. RAFFENSPERGER; M LLOYD ZUSY; L. MARCHESSEAVLT. «Consulta de enfermería clínica». Vol. 2. Ed. Océano. Pag. 377-379. Barcelona 1995.

*AMY PERRY ROSS. «Problemas neurológicos». Ed. Masson. Pag. 65-66. Madrid 1992.

*HARRISON. «Principios de Medicina Interna». Pag. 2360. 1986.

*PATRICIA L. BAUN. «Endarectomía carotídea». Rev. Nursing. Vol. 1. Nu. 8, Pag. 18-29. 1983.

*INA COCHRAN. «Cuidando de un enfermo de ictus». Rev. Nursing. Vol. 13. Nu. 1. Pag. 10-17. 1995.

IV SESIONES DE TRABAJO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA NEUROLÓGICA.

«El cuidado especializado en el enfermo neurológico»
Barcelona 11 y 12 de diciembre 1997

PREMIO A LAS COMUNICACIONES

BASES :

- 1- Podrán participar todos los profesionales que desarrollen sus actividades en áreas relacionadas con la enfermería neurológica.
- 2- La cuantía de los premios están otorgados por el Colegio de Diplomados en Enfermería de Barcelona, en tres apartados:
 - A- Comunicaciones de investigación en Enfermería Neurológica:**
 - 1er premio: 75.000 pesetas.
 - 2º premio: 50.000 pesetas.
 - B- Comunicaciones de protocolos de Cuidados, casos clínicos, etc.:**
 - 1er premio: 30.000 pesetas.
 - 2º premio: 20.000 pesetas.
 - C- Posters:** 1er premio: 30.000 pesetas.
2º premio: 20.000 pesetas.
- 3- Es condición indispensable para optar a los premios, estar inscrito en las Sesiones de trabajo, el autor que haga la exposición de la comunicación.
- 4- Podrán optar a los premios todas las Comunicaciones Científicas expuestas de forma verbal o a modo de póster, fruto de trabajos inéditos, presentados en la IVas Sesiones de trabajo de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica a celebrar en Barcelona los días 11 y 12 de diciembre de 1997.
- 5- Las comunicaciones no podrán exceder de DIEZ hojas tamaño DIN A4, a doble espacio y por una sola cara.
- 6- Se remitirá una comunicación completa para confeccionar el programa con los datos del autor o autores, y cinco copias sin los nombres ni lugar de trabajo en un sobre cerrado antes de día 17 de noviembre de 1997, para su evaluación. A la Secretaría de la SEDENE. Apartado de Correos, 534. 17001 Girona.
- 7- Los trabajos premiados pasarán a ser propiedad de la S.E.D.E.N.E. para su publicación y difusión.
- 8- El Jurado Calificador de los Premios estará compuesto por el Comité Científico de las Sesiones.
- 9- El fallo se dará a conocer la Cena de Clausura de las Sesiones.
- 10- El fallo del Jurado se considera inapelable.
- 11- Los premios pueden ser declarados desiertos en el caso de que el Jurado Calificador lo considere.
- 12- La participación en los premios implica la aceptación de las Bases.

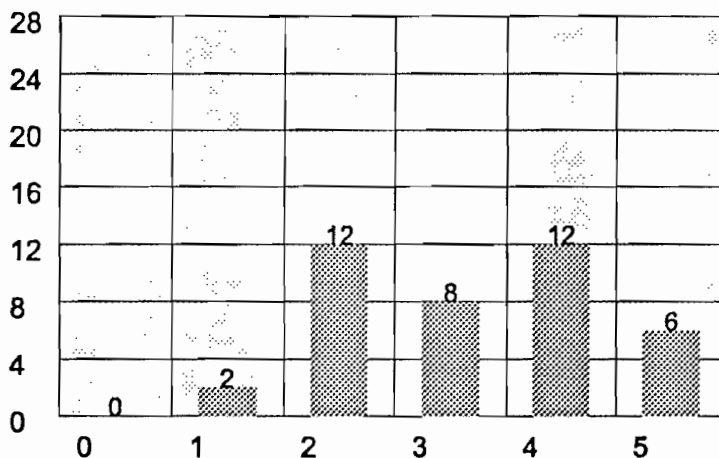
RESULTADOS ENCUESTAS DE VALORACIÓN DE LAS SESIONES

Con el lema «Calidad de vida en el enfermo neurológico» la Sociedad Española de Enfermería Neurológica reunió a 170 asistentes y 25 ponentes (que participaron en mesas redondas y conferencias), los días 11, 12 y 13 del pasado mes de diciembre. La reunión, como cada año, tuvo lugar en el Palacio de Congresos de Barcelona. Repetimos la experiencia, y entregamos a los asistentes unas encuestas anónimas, ha habido poca participación, puesto que sólo han respondido 42 personas (en las encuestas del 95 se contestaron 78).

Las puntuaciones de las respuestas van desde 0 (peor puntuación) hasta 5 (máxima puntuación). Os presentamos los resultados con los gráficos correspondientes.

Necesidad de la investigación en enfermería

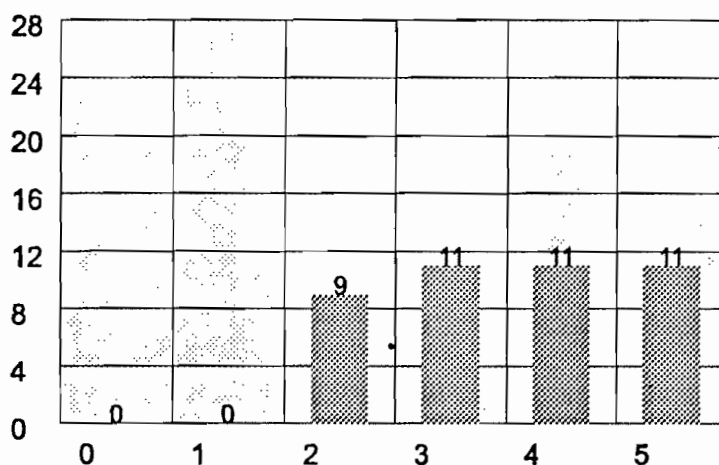
Resultados encuestas



En la primera conferencia «Necesidad de la investigación como factor fundamental en la consolidación de la autonomía profesional», 40 personas puntuaron esta conferencia, el 65% de los encuestados dieron una respuesta favorable.

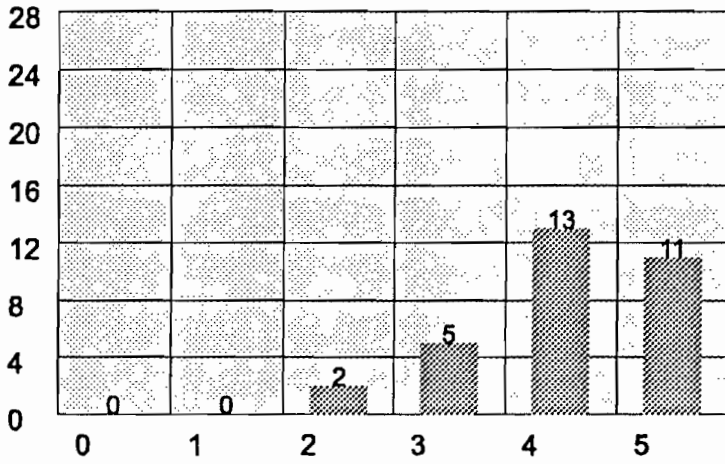
Ictus y Calidad de vida

Resultados encuestas



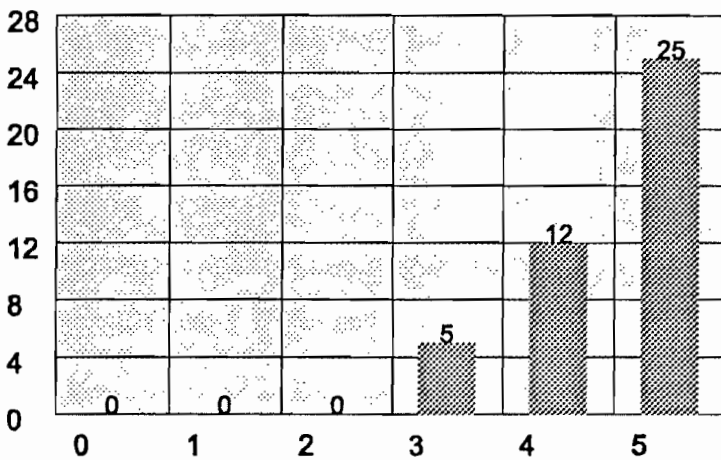
De las conferencias con el tema «Ictus y Calidad de vida», respondieron 42 personas, el 78.5% respondieron favorablemente.

Seminario de Epilepsia *Resultados encuestas*



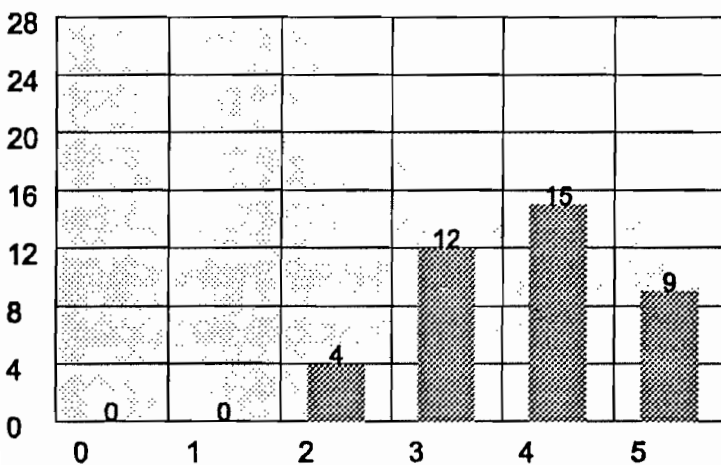
En el Seminario de Epilepsia, se obtuvieron 31 respuestas, el 93.5% de forma favorable.

Mesa redonda de Esclerosis Múltiple *Resultados encuestas*



La mesa redonda de Esclerosis Múltiple obtuvo 42 respuestas, el 100% de forma favorable.

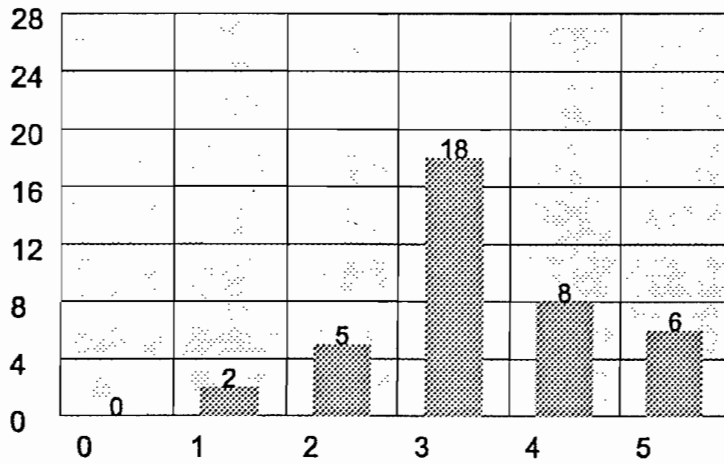
Mesa redonda Enfermedad de Alzheimer *Resultados encuestas*



En la mesa redonda de Enfermedad de Alzheimer contestaron 40 personas, el 90% positivamente.

Continuidad de cuidados entre niveles asistenciales

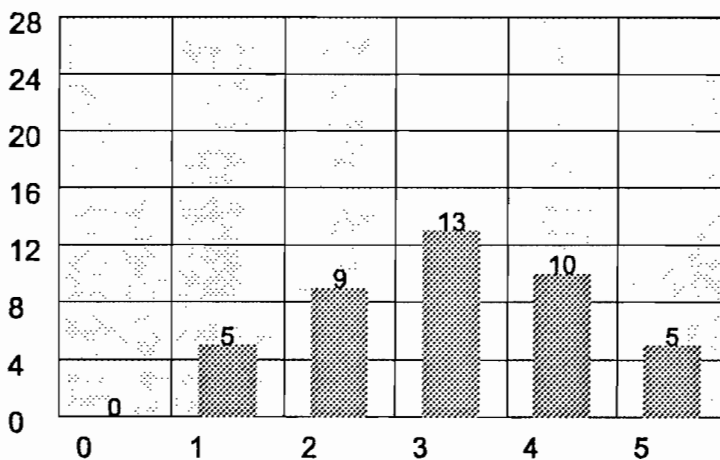
Resultados encuestas



Finalmente en la mesa redonda «Continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales» se han obtenido 39 respuestas, el 82% de forma favorable.

ORGANIZACIÓN

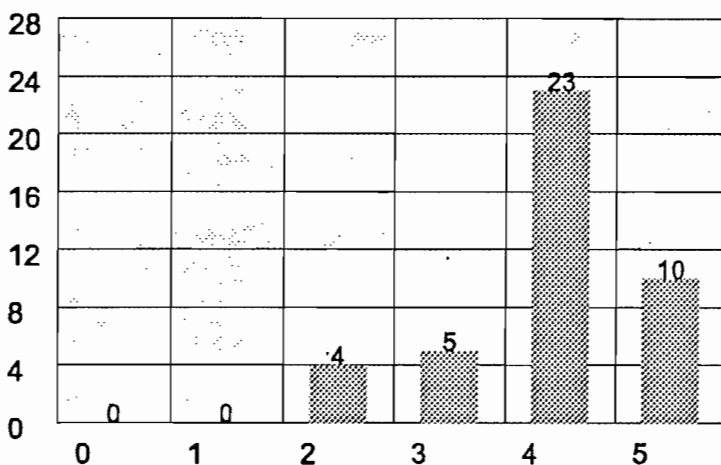
Resultados encuestas



Con respecto a la organización, respondieron 42 personas, el 66.6% calificaron la organización del congreso positivamente.

CALIDAD CONFERENCIAS

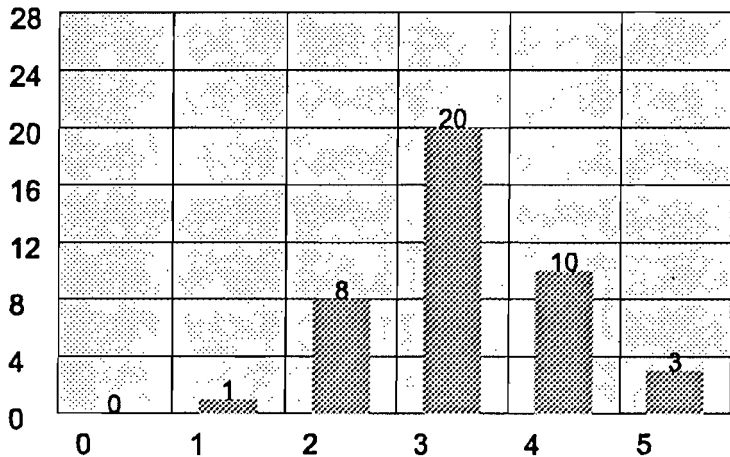
Resultados encuestas



El 90.4 %, contestaron positivamente cuando se les preguntó por la calidad de las conferencias.

CALIDAD COMUNICACIONES

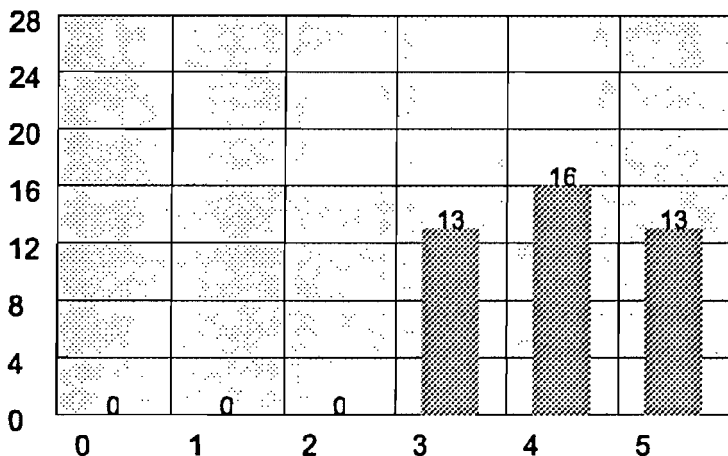
Resultados encuestas



El 78.5% respondieron favorablemente en la pregunta de calidad de las comunicaciones.

DURACIÓN DE LAS III SESIONES

Resultados encuestas



La duración de estas sesiones le ha parecido acertada al 100% de los 42 encuestados.

De los comentarios observados en las diferentes encuestas los temas de mayor interés son: Ictus, S.I.D.A., Esclerosis Lateral Amiotrófica, Enfermedad de Parkinson, ... relacionados con enfermería.

El próximo año esperamos obtener mayor participación en las encuestas de valoración, puesto que vuestras respuestas nos ayudan a una mejor preparación de las sesiones, aumentando la calidad de las mismas.

Rosa Suñer Soler

NUEVOS SOCIOS

María Cinta Arasa Sampere
Rosa M^a Taulé Malé
M^a Jesús Jiménez Moreno
M^a Goretti Olga Louro Villaseca
Jesús Caamaño Carames
M^a Carmen Martí Trias
Francisca Estañol Posas
M^a José Alfonso Bartolomé
M^a Luisa Sánchez Masid
M^a de la Fe Díaz Alfonso
M^a José Ortes Paquico
M^a Carmen Benegas Espejo
Teresa Fernández Carrascosa
M^a Victoria Ruiz Carrera
Jesús Sanjaime Pascual
Lola Navarro García
Asela Ortego Bravo
Aurora Sánchez Cobarsi
Concepción Medina Armada
Ernestina Márquez Ucha
Natalia Mari Lerma
Antonio García Mariné
M^a Inés Menéndez García
Ana M^a González Esteban
Ana M^a Otero Ricart
Montserrat Serichol Puig
Paloma Martínez García

M^a Begoña Senderos Monreal
Carmen Sánchez Salazar
Clara Castro Garrido
Juana M^a Pérez Llamas
Pablo Fernández Plaza
Juana Calderón Ramírez
M^a del Pino Ossorno Almecija
Rosa M^a Sánchez Hidalgo
Vicenta Sánchez Bernardos
M^a Luz Villa Caja
Carmen Sebastián Román
M^a Dolores Sola Reche
Laura Prats Morera
M^a José Vicente Pecino
Encarna García Clemente
Pilar Vidal Massot
Manuela Nacher Fernández
Isabel Gómez Martín
José Miguel Domingo Lozano
M^a Dolores Martínez Sendra
Montserrat Canteras Ventura
Begoña García Rodríguez
Carmen Erauskin Ibarburu
Pilar Parrilla Nono
Ana Fernández Cano
Rosalía Pegueroles Gisbert
Concepció Vendrell i Ribalta

FORMACIÓN CONTINUADA:

CONGRESOS Y JORNADAS:

* CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA.
Arnedo-Balneario de Arnedillo, La Rioja.

Fechas: 27 y 28 de Febrero de 1997, 1y 2 de Marzo de 1997.

Información e inscripciones: E.U. Enfermería. 26000 Logroño. Tel.:(241) 23 88 77 Fax.: (241) 26 1443

* PRIMERA REUNIÓN NACIONAL DE DOLOR PEDIÁTRICO

Sabadell (Barcelona), 26 al 28 de Febrero de 1997

Información e inscripciones: Meeting and congress, s.l. Tels.: (93) 458 67 10

* II JORNADAS NACIONALES DE HUMANIZACIÓN Y RELACIÓN DE AYUDA EN ENFERMERÍA.

Barcelona, 11 y 12 de Abril de 1997.

Información e inscripciones: Sector Escultores, 39 Tres Cantos (Madrid) Tels: (91) 803 02 77 / 803 40 00.
Fax.: (91) 804 00 33

* XVIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS Y NEONATALES.

Cáceres, del 15 al 17 de Abril de 1997

Información e inscripciones: Remedios Vázquez Ibarra. E.U. Enfermería de la Universidad de Extremadura.
Av. de la Universidad 10071 Cáceres. Apto. de Correos 969 Cáceres.

* I CONGRESO EUROPEO DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA.

Bruselas (Bélgica), del 17 al 19 de Abril de 1997

Información e inscripciones: Mensa-Molinos Relaciones Públicas Tel./Fax: (93) 301 65 78

* III JORNADAS DE ENFERMERÍA MATERNO-INFANTIL.

Santa Cruz de Tenerife, del 24 al 26 de Abril de 1997.

Información e inscripciones: Dº de Formación Continuada en Enfermería. Complejo Hospitalario de Ntra. Sra. de la Candelaria. Tel.: (922) 60 22 85.

* JORNADAS NACIONALES - COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL.

Barcelona, 14 y 15 de Mayo de 1997.

Información e inscripciones: Hospital de San Juan de Dios, 08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona)
Tel. y Fax: (93) 280 41 79

* XIII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA.

Donostia-San Sebastián, del 28 al 31 de Mayo de 1997.

* IV SESIÓN DE TRABAJO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA (SEDENE).

Palacio de Congresos de Barcelona, 11 y 12 de diciembre de 1997.

"El cuidado especializado en el enfermo neurológico"

NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS Y ESCRITOS EN EL BOLETÍN DE LA SEDENE:

Para la publicación de trabajos y escritos en el Boletín Informativo de la SEDENE será necesario seguir las siguientes normas:

1º.- Los trabajos deberán ser originales y no haber sido publicados con anterioridad.

2º.- Se enviará una copia por escrito donde se haga constar el título, el nombre y apellidos del/os autor/es y bibliografía.

3º.- Si es posible, remitir un «diskette» junto al escrito en el programa Word para Windows, anotando el nombre con el que está archivado en el «diskette».

4º.- Si hubieran fotografías, se adjuntaran las originales (no los negativos). Si hubieran gráficos irán archivados en el mismo «diskette» que el texto, pero en el programa Corel.Chart (de Corel.Draw). Se anotará, también en el «diskette» el nombre con el que se han archivado.

5º.- Las fechas límite de recepción de los trabajos y artículos, en nuestra redacción, para el año 1997, será:

- Del 13 al 17 de Enero de 1997 para el primero.
- Del 14 al 18 de Abril de 1997 para el segundo.
- Del 7 al 11 de Julio de 1997 para el tercero.

Todos los trabajos y artículos que lleguen a nuestra redacción después de dichas fechas se archivarán para publicarlos en el siguiente boletín.

6º.- Todo ello se incluirá en un sobre dirigido a la siguiente dirección:

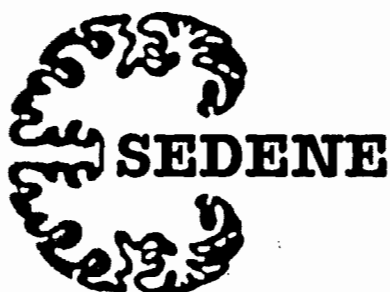
SEDENE. Apto. Correos 534, 17001 Girona

7º.- Todo material recibido en nuestra redacción quedará archivado para su uso según crea conveniente la SEDENE.

NEURONTIN[®]
gabapentina

Cognex[®]
TACRINA

 **PARKE-DAVIS**
People Who Care



Sociedad Española de Enfermería Neurológica

SOLICITUD DE ADMISIÓN

Nombre y apellidos

Dirección Teléfono

Población C.P.

Lugar de trabajo

- Adjuntar fotocopia o resguardo del Título de D.E. o A.T.S. y del D.N.I.
- Enviar solicitud a: Secretaría de la SEDENE
 Apartado de Correos, 534
 17001 Girona
 Fax (972) 51 11 34
- Cuota anual 1996: 4.000 ptas

ORDEN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Sr. Director del Banco / Caja

con domicilio

Población C.P. Provincia

Ruego que hasta nuevo aviso, carguen en mi cuenta / libreta de ahorros siguiente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BANCO/CAJA SUCURSAL D.C.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NÚMERO CUENTA O LIBRETA

los recibos que les sean presentados por la Sociedad Española de Enfermería Neurológica.

Nombre del titular de la Cuenta / Libreta

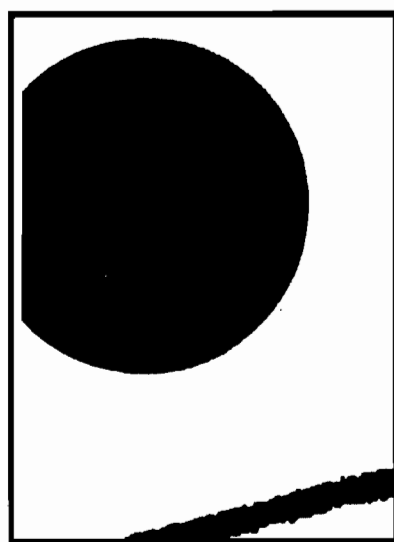
Atentamente les saluda

Fecha

Firma del titular



SUMATRIPTAN
IMIGRAN[®]



Lamictal^{*}

lamotrigina

GlaxoWellcome

