

BOLETIN DE LAS ENFERMERAS ESPAÑOLAS Y A. T. S.

DIA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA

El pasado día 12 se ha celebrado el Día Internacional de la Enfermera. En los diversos Colegios Provinciales han tenido lugar una serie de actos para conmemorar esta fecha que nunca puede pasar desapercibida ni para el Cuerpo de Enfermería ni para las personas que, en algún momento de su vida han necesitado de los cuidados y las atenciones que, tan sólo las enfermeras, pueden ofrecerlos.



MAYO 1975

SEGUNDA EPOCA-N.º 38

SUMARIO

	Págs.
Editorial: La enfermera y su evolución	3
De los Colegios Provinciales	6
El enfermo como persona	8 y 9
Consejo Nacional de Enfermeras y A.T.S.	10
Resolución del Consejo Nacional de Representantes Nacionales	12
"Si volviera a nacer, volvería a ser enfermera"	13
Cáncer: Diagnóstico precoz	14



**El estreñimiento
es un problema
diario
para muchos
de sus pacientes.**

MICRALAX.

actúa directamente
sobre las heces



- No irrita la mucosa rectal
- No se crea hábito al producto
- Acostumbra al paciente a la defecación a hora fija
- Se maneja fácil e higiénicamente



BOLETIN
DE LAS
ENFERMERAS
Y
ATS DE ESPAÑA

SEGUNDA EPOCA
NUM. 38 - MAYO 1975

EDITOR

CONSEJO NACIONAL
DE
AUXILIARES SANITARIOS
Sección de Enfermeras
y ATS

DIRECTORA

Concepción Bermejo

REDACTOR JEFE
Marisa Garrido

Precio del ejemplar: 10 Ptas.

Depósito Legal:
M - 3611 - 1963

Imprime:

Edit. Gráf. Torroba
Julián Camarillo, 53 bis - Madrid-17

Esta publicación ha solici-
tado someter su difu-
sión al control de la
OJD

EDITORIAL

LA ENFERMERA Y SU EVOLUCION

Querida compañera:

Como sabéis, en este año se ha cumplido el 75 aniversario de la fundación del Consejo Internacional de Enfermería, la Asociación Internacional Profesional más antigua. Precisamente, en este mes en que se celebra el día de la Enfermera y que este Año el CIE lo dedica al Año Internacional de la Mujer, nos parece interesante transcribir, a continuación, la definición que las enfermeras de todo el mundo —y sin necesidad de dedicar un año especial— han venido manifestando; la preocupación por una profesión que, si bien no es sólo femenina, si han sido en su mayoría las mujeres las que se han preocupado de los cuidados de enfermería y, a medida que la ciencia y la medicina han ido avanzando, las enfermeras han elevado y se han preocupado de que su profesión estuviera a nivel de cada época:

En 1929: "El CIE entiende por "enfermera entrenada", una enfermera que, durante su período de entrenamiento, ha recibido instrucción y experiencia en, por lo menos, cuatro de las ramas principales de la enfermería: enfermería médica, quirúrgica y pediátrica, y que está preparada, al finalizar, para ejercer la práctica de la Enfermería y llevar a cabo los deberes y responsabilidades fundamentales que son comunes a las Enfermeras en todos los campos principales de la Enfermería: Enfermería privada, Enfermería hospitalaria y Enfermería visitadora."

En 1965: "La Enfermera es una persona que ha completado un programa de educación de Enfermería básica y está cualificada y autorizada, en su país, para ofrecer el Servicio más responsable de cuidados de Enfermería para la promoción de la Salud, la prevención de la Enfermedad y el cuidado de los Enfermos. La Educación de Enfermería básica es un programa educacional planificado para proporcionar una base amplia y profunda para la práctica efectiva de la enfermería y una adecuada base para la educación superior de Enfermería".

En 1973: "Un/a enfermero/a es una persona que ha completado un programa de educación básica de Enfermería y está cualificada y autorizada, en su país, para ofrecer su servicio profesional, responsable y competente en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el cuidado del enfermo y la rehabilitación. Educación Básica de Enfermería. Es un programa educacional planificado para proporcionar una base amplia y profunda para la práctica de la Enfermería profesional y una base adecuada para la educación postbásica."

REFORMA DE LA SITUACION JURIDICA DE LA MUJER CASADA

En septiembre de 1974, desde estas páginas informaba del proyecto de Reforma del Código Civil, y ahora me es grato haceros saber a todas las Enfermeras que la Reforma se ha llevado a cabo.

Contenido de la Reforma.

I.—El primer punto afectado es en materia de nacionalidad de la mujer casada, la modificación consagra el criterio de que el matrimonio no incide por sí solo y de manera automática en la adquisición, pérdida o recuperación de la nacionalidad española.

La pérdida de la nacionalidad española, para quien contrae matrimonio con extranjero, ha de ser siempre voluntaria. Como consecuencia, igualmente voluntaria ha de ser la adquisición de la nacionalidad española por la persona de condición extranjera que se case con español o española.

Se puede perder la nacionalidad española cuando se haya adquirido voluntariamente otra nacionalidad.

Para que la pérdida produzca efectos, se requiere tener veintiún años cumplidos o dieciocho y hallarse emancipados; haber residido fuera de España al menos durante los tres años inmediatamente anteriores, y, en cuanto a los varones, no estar sujetos al servicio militar en período activo.

No obstante, la adquisición de la nacionalidad de un país ibero-

americano o de Filipinas no producirá pérdida de nacionalidad española.

Para adquirir la nacionalidad española es necesario tener veintiún años cumplidos o dieciocho y hallarse emancipado. Asimismo se habrá de:

- Renunciar previamente a la nacionalidad anterior.
- Prestar juramento de fidelidad al Jefe del Estado, y de obediencia a las Leyes.
- Inscribirse como español en el Registro del Estado Civil.

El tiempo de residencia en España que confiere derecho a solicitar la nacionalidad española es el de diez años.

Sin embargo, bastarán cinco años de residencia cuando el solicitante haya prestado señalados servicios, mediante cualquier actividad o trabajo, que hubieren favorecido de modo notable los intereses españoles.

En todos los casos, el tiempo de residencia habrá de ser continuado e inmediatamente anterior a la petición.

II.—El segundo aspecto de la reforma ha consistido en modificar una serie de preceptos que imponía la necesidad de autorización del marido para actos y contratos de la mujer.

Se ha equiparado a los cónyuges persiguiendo una armonía respecto a actos y relaciones de alcance patrimonial. Por otro lado, se ha suprimido la fórmula

tan discriminatoria de la protección como atributo del marido y la obediencia como obligación de la mujer, para decir en términos de absoluta reciprocidad «que marido y mujer deben protegerse mutuamente en interés de la familia», que en definitiva, es lo que da sentido trascendente al matrimonio.

La base de la nueva ordenación es que ninguno de los cónyuges ostenta la representación del otro, cada uno de los consortes puede realizar los actos jurídicos y ejercitar los derechos que le corresponden con carácter privativo o exclusivo.

Se ha modificado la incapacidad a la mujer casada para tutor o protutor. Ahora la mujer puede aceptar y repudiar herencias, sin consentimiento de su marido.

El reconocimiento de la capacidad de obrar de la mujer casada ha repercutido en los bienes parafernales (los que aporta la mujer al matrimonio fuera de la dote). Son bienes dotales los que constituyen la dote y bienes gananciales son los adquiridos por el marido o la mujer durante la sociedad conyugal, en lo concerniente a la separación de bienes entre cónyuges y a la administración por la mujer durante el matrimonio de los bienes de la sociedad conyugal.

El régimen de los bienes parafernales, en contraste con las an-

ASESORIA JURIDICA

teriores limitaciones, se ha establecido que la mujer puede disponer por sí sola de tales bienes, que puede comparecer en juicio por sí sola, con el fin de litigar respecto de ellos y que el marido sólo puede ejercitar acciones en orden a dichos bienes como apoderado de su mujer.

En materia de separación judicial de bienes en la actualidad cualquiera de los cónyuges ya separados por sentencia firme sea culpable o inocente de la separación, está asistido de derecho a reclamar la separación de bienes. Producida la separación de bienes, cada cónyuge ostenta la plena propiedad de aquellos que se le hayan adjudicado como consecuencia de la liquidación de la sociedad conyugal, sin necesidad de establecer distinciones según que haya sido culpable o inocente. Como por bienes del matrimonio o bienes de la sociedad conyugal hay que entender siempre bienes comunes, en la línea de equiparación de marido y mujer, cuando la administración de los bienes del matrimonio recaen en la mujer, ésta debe tener idénticas facultades y responsabilidad que el marido cuando es éste quien la ejerce.

III.—La actuación de la mujer en la esfera mercantil ha sido totalmente modificada, ahora la capacidad para el ejercicio habitual del comercio lo tienen todas las personas mayores de edad que tengan la libre disposición de sus bienes.

En el caso de mujer casada, quedan obligadas a las resultas del mismo los bienes propios del cónyuge que lo ejerza y los ad-

quiridos con esas resultas, pudiendo enajenar e hipotecar los unos y los otros, no obstante, para que los demás bienes comunes queden obligados será necesario el consentimiento de ambos cónyuges.

Cuando se ejerza el comercio con conocimiento y sin oposición expresa del cónyuge que deba prestarlo, se presume que hay autorización, circunstancia que ocurre cuando al contraer matrimonio se hallare uno de los cónyuges ejerciendo el comercio y lo continúe sin oposición del otro. El cónyuge del comerciante podrá revocar libremente el consentimiento expreso o presunto, asimismo también lo necesita pa-

ra obligar los bienes propios del cónyuge del comerciante. Todos estos datos deberán constar en Escritura Pública para tener acceso al Registro Mercantil. También constarán en la hoja de inscripción de cada comerciante o sociedad dentro de las circunstancias personales.

En consecuencia, por estas reformas podemos apreciar que nuestras leyes han sufrido un gran avance y las modificaciones han cambiado la situación de incapacidad que hasta la fecha tenía la mujer casada desde hace siglos.

CONSUELO VAZQUEZ
Asesor Jurídico

NOTA DEL CONSEJO

TERESA LORING, CONSEJERO NACIONAL

Nuestra Presidente Nacional, Teresa Loring Cortés, ha sido designada Consejero Nacional por Málaga.

Desde estas páginas, y en nombre de todas las Enfermeras, la Junta de Gobierno del Consejo Nacional quiere enviarle una cordial felicitación a la vez que le desea muchos éxitos en su nuevo cargo.

LA JUNTA DE GOBIERNO

DE LOS COLEGIOS PROVINCIALES

LEON

JORNADAS DE ACTUALIZACION DE ENFERMERAS

Organizadas por el Colegio Oficial de Enfermeras A.T.S.F. de León y patrocinadas por el "Banco de la Mujer", del Banco de Bilbao, han tenido lugar, en los últimos días del pasado mes de abril, en nuestra ciudad, las Jornadas de Actualización de Enfermería.

Los doctores Vicente Serrano Serrano, presidente del Colegio Oficial de Médicos de León, y Antonio Pelegrín Arenillas, jefe del Servicio de Anestesiología del Hospital Provincial, abrieron la serie de conferencias programadas —siete en total—, disertando sobre los temas "Presente y futuro de la profesión de enfermera" y "Criterios de actuación ante una parada respiratoria". El resto de las charlas, que tuvieron lugar en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos, corrieron a cargo de don Emilio Hurtado Fernández-Llamazares y don Manuel Pérez Recio, quienes trataron los temas "Diagnóstico precoz del cáncer genital" y "La enfermería, una profesión con exigencias morales", respectivamente. Don José María Guerrero García pronunció una conferencia sobre "Afectividad dentro de una institución sanitaria" y don Félix Vidal Terán sobre "Prime-

El Colegio Oficial de Enfermeras, que hoy preside doña Oliva García de Varo, cuenta en León con trescientas cincuenta profesionales afiliadas, cifra que supone un aumento del mil por cien desde que el Colegio "arrancara" en sus actividades hace tres años:

—¿Cuáles son, a grandes rasgos, los proyectos, historia y problemas del Colegio de Enfermeras de León?

—En cuanto a proyectos, no existe ninguno en especial ni los ha habido hasta ahora, dado que estamos, por decirlo de algún modo, reorganizándonos: hace tres años tuvimos que partir de cero con sólo 20 enfermeras colegiadas y hoy hemos llegado a la cifra de 350. Quizá este ciclo de conferencias es la primera actividad importante que hemos organizado y que esperamos repetir, aunque no hay nada concreto.



ros auxilios a grandes traumatizados". La última conferencia fue la de don Jesús Payo Losa sobre "Contaminación ambiental".

Las conferencias han sido un éxito total, ya que acudieron a las mismas más del sesenta por ciento de las colegiadas en esta provincia.

VIZCAYA

NAVARRA

ELECCIONES

Tras las últimas elecciones celebradas en el Colegio Provincial de Vizcaya, han sido otorgados, por la Dirección General de Sanidad, los nombramientos de la Junta de Gobierno de dicho Colegio a María Begoña Azcargota Echeverría, Vocal Primera, y a María Isabel Vivanco Zorrilla, Vocal Tercera.

El pasado 25 de abril, tras las elecciones celebradas en el Colegio Provincial de Navarra, la Dirección General de Sanidad otorgó los nombramientos a los nuevos cargos de la Junta de Gobierno de este Colegio:

María del Carmen Escudero de Pablos, Secretaria; Ana Alzate García, Vocal Primera, y Angeles Avizanda Maisterra, Vocal Segunda.



**Ofrece
condiciones especiales
para la compra
de un SEAT**

**A TODAS LAS ENFERMERAS
Y A.T.S. DE ESPAÑA.**

- Crédito completo en 24 horas
- Plazos especiales de financiación
- Entrega preferente del coche solicitado
- Cursos gratuitos de Mini-Mecánico
- Transferencia de su coche usado
- Recompra garantizada

**Y RECUERDE QUE SEIDA PAGA MAS
POR SU COCHE USADO**

MADRID. Sagasta, 13. P.º Castellana, 84. Espronceda, 38
P.º Acacias, 23. Avda. Lusitana, s/n. (Carabanchel)
BARCELONA. c/. Valencia, 535. VIGO. c/. García Barbón, 50
SEVILLA. Carretera de Carmona, 6. BILBAO. Gran Vía, 76
ZARAGOZA. Avda. Hispanidad, s/n. VALENCIA. c/. Ciscar, 33



EL ENFERMO COMO PERSONA

Del libro: «INTENSIVE CARE FOR NURSES»

Autoras: B. D. CLARKE Y A. D. BARNES

Traducción: M.^a EUGENIA SOMALO

"No me sorprendería si el lector, hasta ahora, tuviera la impresión de que el cuidado intensivo de enfermería es un trabajo fríamente científico. Puede parecer muy bien que las complejas habilidades técnicas exigidas pudieran llevarse a cabo solamente por un técnico impersonal. Esto parece estar muy lejos de los ideales que, en un principio, os atraeron a la enfermería. La mayoría de nosotros no nos importaría trabajar en el suelo si nuestros esfuerzos fuesen apreciados. Las enfermeras, como los médicos, encuentran en la relación con sus enfermos uno de los aspectos más satisfactorios de su trabajo. Desgraciadamente, muchos de los enfermos cuidados en una unidad intensiva están tan graves que pueden ser incapaces de apreciar todo lo que se está haciendo por ellos y, verdaderamente, muchos os dirán, cuando se recuperen de nuevo, que no recuerdan en absoluto haber estado en la unidad de cuidado intensivo. La enfermera de cuidado intensivo siente que, aunque es su trabajo el que ha puesto al enfermo en el camino de recuperarse, es la enfermera de planta quien recibe las cajas de bombones.

Es demasiado fácil mirar al enfermo comatoso como un montón de sistemas fisiológicos que han de ser medidos, establecidos y forzados a conformarse con la situación que para

nosotros resulta normal. Cuando aparentemente no hay necesidad de resolver un problema junto a la cama del enfermo. Esta puede llegar a ser muy fácilmente un blanco de laboratorio. De hecho, nada podría estar más lejos de la realidad que el concepto de que el enfermo está demasiado grave para necesitar el estímulo, amabilidad y consuelo que solamente una enfermera puede darle pero, algunas veces, puede ser difícil mantener este acercamiento humano. Se necesita una clase de compasión del tipo que es muy familiar para aquellos que tienen que cuidar a los retrasados mentales.

Considerar por un momento la tensión que un enfermo ha de experimentar en una unidad de cuidado intensivo. Está en un ambiente poco familiar y, probablemente, no conoce a las enfermeras. Puede tener dolor y casi con certeza estará muy asustado. Será difícil dormir porque las luces están siempre encendidas e incluso, si no está siendo despertado para tomarle la presión sanguínea o ponerle alguna inyección, la actividad en otros lugares de la unidad será un continuo trastorno. Está rodeado de luces parpadeantes, monitores cardíacos ruidosos y pantallas de osciloscopios. El ruido monótono del respirador llega a ser otro tormento más. Para colmo de esto puede estar incapacitado para comunicarse y compartir su miedo por tener un tubo endotraqueal en la garganta.

La iluminación constante funde el día en la noche y la ausencia de las horas familiares, como el desayuno, comida y cena destruye todo sentido

del tiempo. Esto es una lista de trastornos que pueden estarle ahogando, pues las circunstancias son, casi, exactamente iguales que las usadas en los lavados de cerebro y en las más sofisticadas formas de tortura. No preocupan mucho los frecuentes trastornos mentales y alucinaciones. Algunos médicos, que cuidan muy meticulosamente a sus enfermos, dicen que los terrores del cuidado intensivo no debería soportarlos nadie y hay mucho de verdad en este punto de vista. Sin embargo, no hay discusión en que el cuidado intensivo puede salvar vidas. Muchos enfermos, están ahora vivos, hubieran muerto sin los beneficios de un cuidado intensivo y sin ello, muchas de las nuevas y valiosas técnicas en medicina y cirugía serían imposibles. El cuidado intensivo puede hacerse tolerable para el enfermo los médicos y las enfermeras se pusieran ellos mismos en el lugar del enfermo y reflexionaran un poco.

Vamos a considerar cada uno de los aspectos desagradables del cuidado intensivo y vamos a ver qué puede hacerse para hacerlos más tolerables. **El dolor** puede ser tratado con cualquiera de la amplia gama de fármacos disponibles. Aunque la responsabilidad de prescribir los analgésicos sea del médico, la enfermera tiene un deber de decidir cuando necesita ser administrado y el enfermo puede no ser capaz de decirle que tiene dolor. Habrá que preguntar al enfermo directamente en intervalos frecuentes y hacer uso de un cierto acúmulo de sentido común con los enfermos que están paralizados y con ventilador.

El insomnio presenta un problema

bastante más difícil. La unidad debe ser diseñada de forma que las luces fuertes no vayan dirigidas hacia la cabecera de los enfermos cuando están acostados. Debe llegarse a un término medio entre la comodidad de los enfermos y las necesidades de observación continua. Existen diseños de luces que son capaces de ser ladeadas o atenuadas para que no alumbren directamente a la cabecera del enfermo. Una simple penumbra puede ser muy efectiva.

Ha de esperarse que el uso de los recursos que registran continuamente la presión sanguínea reemplazará eventualmente el manguito. Los muchos fármacos sedantes disponibles pueden ser considerablemente efectivos y permitir al enfermo dormir adecuadamente. Hay que asegurarse que hayan sido prescritos. Curiosamente muchos enfermos que han sido tratados con un ventilador no recuerdan en absoluto haber estado en la unidad. Esto es porque el pCO_2 , en un enfermo ventilado, está a menudo más bajo que el normal y produce un estado bastante confuso y **soñoliento**.

El que necesita de la más profunda paciencia y comprensión es el tratamiento de **la angustia**. Es útil —aunque no siempre posible—, en una unidad con mucho trabajo y con poco personal, que algunos de los miembros de esta unidad vayan a visitar a enfermos antes de operarse y les expliquen algo de lo que va a encontrar. ¿Serviría también el facilitar a la enfermera alguna idea del carácter de los enfermos? Hay que tener cuidado del enfermo que está demasiado animado o que demuestra que no está asustado nada. Tener algo de miedo es bastante natural. Hemos descubierto, por medio de un estudio de enfermos que iban a cirugía extracorpórea, que eran justo aquellos los que parecían ser más valientes o animados quienes eran más propensos a desarrollar trastornos psicológicos en la unidad. Hay que dar por hecho que el enfermo ha de estar informado, en la medida de lo posible de todo lo que está pasando. Gran parte del miedo se debe a la ignorancia. Es importante que el enfermo nunca oiga ninguna oscura profecía sobre su futuro y,

sobre todo, no discutir su marcha en la cama como si él no estuviera allí. Incluso, aunque el enfermo parezca estar inconsciente, sus nervios auditivos pueden estar funcionando como podría decir cualquier anestesiista. Ha habido casos en que un enfermo ha podido repetir una conversación entre los cirujanos en el quirófano aunque aparentemente, estuviera dormido en ese momento. Extrañamente, a pesar de poder oír bastante bien, no ha sentido ningún dolor.

Es muy importante suprimir la angustia en la unidad coronaria. Si es posible, los enfermos deben estar aislados entre ellos por biombos o tabiques. Lo mismo para cualquier unidad de cuidado intensivo. Nada podría ser más perturbador que ser el testigo del masaje cardíaco que se está realizando al enfermo de al lado, pero estas cosas ocurren. Los fármacos tranquilizantes modernos pueden hacer mucho para aliviar la angustia de un enfermo y nosotros hemos encontrado que el clordiazepóxido (librium) es muy efectivo.

La práctica de enfermería en hombres y mujeres juntos es corriente y, generalmente, son enfermos demasiado graves para molestarse por esto pero, en cuanto se recuperen, sería razonable actuar con delicadeza. **La dignidad** de uno mismo es muy preciada. Una vez más hay que ponerse en el lugar del enfermo.

Nosotros hemos discutido ya la necesidad de proporcionar algunos medios de comunicación a los enfermos con un tubo endotraqueal o traqueotomía. Un block de notas, un lápiz y un timbre son generalmente suficientes. Han sido posibles logros bastante considerables con la ayuda de la moderna tecnología. Hemos cuidado a una joven paralizada por miastenia grave que no podía mover ninguna parte de su cuerpo salvo el dedo gordo de un pie. Con él pudo cambiar la estación de su radio y manejó una máquina de escribir. Por último, no olvidemos lo que puede animar un objeto familiar, tal como una muñeca o un osito.

Casi tan importante como las relaciones de la enfermera con el enfermo es su **trato con los familiares del en-**

fermo. No sin razón estarán muy angustiados. Las visitas restringidas a una vez al día, y la conversación ocasional del teléfono diciendo que el enfermo está "tan bien como puede esperarse" son poco tranquilizadoras. Nosotros permitimos las visitas sin restricciones y hemos colocado una habitación contigua a la unidad que está equipada con un sofá, sillas, revistas y los utensilios para hacer té. Quien haya estado enfermo sabrá que las visitas prolongadas cansan a ambos, al enfermo y al visitante. La conversación pronto se termina, ya que lo único que le interesa al enfermo es el pequeño mundo que hay a su alrededor y, muy frecuentemente, la visita transcurre en un torpe silencio con frecuentes miradas de reloj. Se puede permitir la visita de los familiares, durante unos minutos en intervalos relativamente frecuentes, siempre que haya un período amplio en los cuidados de enfermería tratando de prevenirlos de lo que pueden ver. Puede causar un gran shock el ver a un ser querido adornado con tubos y conectado a una masa impresionante de equipo eléctrico. Hay que tratar de explicar simplemente lo que se está haciendo y recalcar que es solamente por un corto período. Es importante hacer entender a los familiares que, aunque sean bienvenidos a la unidad y se va a procurar instalarles cómodamente, no estén en la obligación de estar pendientes día y noche. Muchos tienen confiados a los niños u otras personas en casa y es un poco injusto añadir un sentimiento de culpabilidad por el hecho de no estar constantemente al lado de la cama, a su angustia natural sobre el enfermo. Hay momentos en que se puede decir: "Por qué no se va a casa a dormir unas horas, nosotros le tendremos al corriente si hubiera algún cambio".

Este libro no puede ser mirado como un texto completo de cuidado intensivo. Es una especialidad creciente y que constantemente incorpora conocimientos e introduce nuevos campos. Los autores esperan que estos pocos capítulos serán de alguna ayuda para las enfermeras que se introducen a la más exigente y, al mismo tiempo, más recompensada rama de la enfermería."

CONSEJO NACIONAL DE ENFERMERAS Y A.T.S.

Detalle de INGRESOS y PAGOS, en el período comprendido desde
Enero de 1974 a Abril de 1975.

RECURSOS:

Participación sobre Cuotas	4.462.362,—
Recursos Patrimoniales	99.509,29
TOTAL	4.561.871,29

PAGOS:

Gastos Generales	1.356.535,—
Consejo Internacional Enfermeras (C. I. E.)	370.800,—
Consejo de Europa (G. N. O. E.)	12.528,—
Gastos de Revista	1.296.870,—
Gastos Diversos	52.270,—
Suma	3.089.003,—

Inversión:

Mobiliario	103.705,—
Material Inventariable	106.480,—
	210.185,—
Suman los Pagos	3.299.188,—
Saldo a favor	1.262.683,29
TOTAL	4.561.871,29

Situación Patrimonial referida al 30 de abril de 1975:

Concepto:	En 31-12-73	En 30-4-75
Tesorería	289.645,—	973.038,29
Piso de Buen Suceso 6 (izquierda)	626.500,—	626.500,—
Piso de Buen Suceso 6 (derecha)	1.473.000,—	1.473.000,—
Adaptación de Locales	202.557,—	202.557,—
Mobiliario	300.026,—	403.731,—
Fianza a metálico	140,—	140,—
Material	35.220,—	141.700,—
Deudores	123.425,—	—
TOTALES	2.471.223,—	3.820.666,29

PALOMA ESPINOSA, CESA COMO TESORERA DEL CONSEJO NACIONAL

"Al hacer entrega de la Tesorería a nuestra compañera CARMEN ALDECOA quiero, en primer lugar, despedirme de vosotras agradeciéndolo a todas las Tesoreras Provinciales que habéis colaborado conmigo y tenéis en perfecta organización la Tesorería de vuestra Provincia, vuestro trabajo y eficacia.

A las más descuidadas por distintas causas, pedirles que se organicen y se pongan al corriente de sus pagos.

En el caso de estas últimas son catorce las Provincias morosas que tienen una deuda con el Consejo de 1.600.000 pesetas, aproximadamente, de liquidaciones sin enviar.

Espero que ahora que, económicamente estamos mejor, (ver la diferencia de saldos anteriores y la del 74), podáis poneros al corriente y logre Carmen llevar la Tesorería sin tantas restricciones y apuros —como hemos pasado todas juntas—.

Ya sabéis que siempre que necesitéis algo de mí, os atenderé con cariño."

Paloma Espinosa.

Y el Consejo quiere añadir, como posdata a esta carta de despedida de Paloma, como agradecimiento a cuanto ella ha hecho, luchado y conseguido en estos años —los más duros de nuestra economía— que todo cuanto se logre en el futuro será gracias a las bases que ella ha ido, día a día, consolidando; a su buena administración; a su entrega total a este Consejo —en los distintos puestos que ha ocupado— desde que, hace ya bastante tiempo, fue constituido formando parte, Paloma Espinosa, del primer grupo de Enfermeras que le dieron vida.

Paloma, no te decimos adiós, te decimos hasta siempre, porque tú nunca podrás alejarte de lo que siempre formó parte de tu vida como persona y como enfermera. Gracias en nombre de todas las Enfermeras, gracias en nombre del Consejo.

C. I. E.

CONSEJO DE REPRESENTANTES NACIONALES

El Consejo de Representantes Nacionales, formado por las Asociaciones Nacionales de Enfermería de los países pertenecientes al Consejo Internacional de Enfermeras (C. I. E.), tomó, en una reciente reunión, la siguiente resolución relativa a las autoridades de enfermería propuesta por la Junta Directiva del C. I. E.

CONSIDERANDO, que la enfermería es una profesión independiente, aunque contribuya con otras profesiones afines a proporcionar los cuidados que la salud necesita; y

CONSIDERANDO, que recae en las enfermeras la responsabilidad de los servicios de enfermería que ellas proveen a la población, sana o enferma; y

CONSIDERANDO, que la enfermería posee un cuerpo de conocimientos y técnicas que le son propias, las cuales deben ser impartidas a los estudiantes de enfermería porque de otra manera éstos no podrían estar preparados para cumplir los cometidos de la profesión; y

CONSIDERANDO, que los temas a los que se refieren los cursos de enfermería son muy precisos y diferentes de los abordados en los cursos de medicina, farmacia, psicología y otras disciplinas, donde la enseñanza de cada materia está a cargo de docentes que no son enfermeras;

SE RESUELVE

Que todos los servicios de enfermería en los centros asistenciales sanitarios de todo tipo tengan por directora a una enfermera calificada; y

SE RESUELVE ADEMÁS

Que todas las escuelas de enfermería tengan por directora a una enfermera calificada; y

SE RESUELVE FINALMENTE

Que la enseñanza de todas las materias de los cursos de enfermería —teóricos y prácticos— sea impartida por profesoras calificadas y que sean enfermeras.

DIA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA

"Si volviera a nacer, volvería a ser enfermera"

Ya en el pasado número de nuestro Boletín dábamos una información, pequeña información, sobre la Medalla de Oro al Mérito en el Trabajo que le había sido concedida a nuestra compañera Pilar Marcen y al homenaje que le fue rendido por todos, médicos, enfermeras y personal administrativo. Pero este mes de mayo, mes en que en el mundo entero se celebra el Día Internacional de la Enfermera para conmemorar el nacimiento de Florence Nightingale, la que fuera fundadora de esta gran familia de enfermeras, hemos considerado bonito contar con una entrevista a Pilar como homenaje a todas las demás enfermeras que sin recibir premios ni medallas, ni a veces, si quiera, reconocimiento de su labor, entregan a diario su esfuerzo y conocimientos por el bien de los demás y porque, además, Pilar ha querido hacer extensivo este galardón que le han concedido a ella, a toda la Enfermería española.

El nombre de Pilar Marcen Serrano, es sobradamente conocido entre las enfermeras. Dedicada por entero a su enorme y auténtica vocación, lleva en el ejercicio de ésta desde el año 1940, donde comenzó en la O. M. I. (Obra Maternal Infantil). Desde que se instituyó el S. O. E. trabaja en él ininterrumpidamente. Pionera de la Clínica de Paz, a través de sus largas horas de años de servicio, son muchos los enfermos que atestiguan sus grandes dotes tanto profesionales como humanas. Poseedora de un carácter alegre y dinámica por naturaleza, en una entrega total y continuada, Pilar ha tenido siempre la fase oportuna, la palabra adecuada, capaz de levantar la moral de aquellos seres agobiados quizá por un mal incurable.

—Pilar, ¿qué ha supuesto para ti esta medalla?

—Una alegría y una emoción inmensa, no en lo que respecta a mí como persona, sino en lo que supone para los méritos de mi profesión. Tengo gran interés en hacer resaltar que esta medalla, es extensiva a todas mis compañeras.

Pilar, que desde que recibió su título de enfermera en la Facultad de Zaragoza, luchó y puso su máximo esfuerzo al servicio de los demás, ocupa ahora el puesto de Jefe Adjunto de un Consultorio de la Seguridad Social. Su labor por tanto, es distinta, pero en ella también existe un amplio campo de acción para su ejercicio eficaz e ininterrumpido.



—¿Te sientes satisfecha en este nuevo puesto donde realizas tu trabajo?

—Sí. Aquí acuden muchos enfermos, muchas personas con problemas muy diversos. Supone una gran satisfacción poder solucionarlos o, al menos, poder ayudarles en algún sentido.

Sus respuestas están revestidas de una profunda sinceridad. En su mirada brilla todo un mundo de ilusión que deja entrever ese afán prodigioso de darse a los demás.

—¿Qué consejo darías a tus compañeras?

—Que colaboren con el médico siempre en el trabajo. Que nunca estén tristes. Que trabajen con alegría y amor hacia el enfermo, que es el necesitado de nuestra asistencia. Y les diría que yo, si volviera a nacer, volvería a ser enfermera.

Evidentemente la alegría de Pilar, es contagiosa. Pone tal énfasis en sus palabras, existe tal convicción en sus ideas, que hace que de su persona irradie ese hálito misterioso que poseen los privilegiados y que puesto al servicio del prójimo hace fructificar en él profundas y valiosas semillas.

PILAR RHON

CANCER: DIAGNOSTICO PRECOZ

El cáncer supone cada año un gran tributo de vidas humanas, y en muchos países viene inmediatamente después de las enfermedades cardiovasculares en la lista de causas de muerte. Y cabe añadir que las causas de ciertas formas de cáncer son suficientemente conocidas para permitir una acción preventiva eficaz. Por otra parte, en los últimos años se ha desarrollado en gran escala el arsenal de los medios de lucha contra esta enfermedad. Cada día que pasa marca nuevos progresos en diagnóstico y tratamiento. La cirugía, la quimioterapia, los rayos X y otras radiaciones ionizantes, utilizadas separadamente o en asociación, han transformado radicalmente el tratamiento de este grupo de enfermedades, hasta el punto de que la curación completa es ahora posible en ciertos casos.

El diagnóstico y el tratamiento precoces no podrán ser aplicados de forma sistemática más que el día en que el problema del cáncer sea bien comprendido por todo el mundo. La batalla contra el cáncer está lejos de ser ganada; sin embargo, dado el estado actual de nuestros conocimientos, la victoria estaría ya medio asegurada si el diagnóstico y el tratamiento precoces se generalizasen.

Hay que distinguir, sin embargo, entre detección y diagnóstico precoz. Detectar equivale a descubrir una lesión sospechosa en un paciente asintomático, en

tanto que diagnosticar precozmente viene a significar la localización de un tumor en un sujeto que presenta ya unos signos mínimos de enfermedad. Diagnóstico temprano sería lo mismo que descubrir un cáncer poseedor ya de una sintomatología expresiva, aunque situado todavía en sus primeras fases.

Ocurre que tanto en la detección como en el diagnóstico precoz, pero sobre todo en la primera, el médico se enfrenta a un paciente carente de conciencia de enfermedad. Son hombres y mujeres clínicamente sanos, a los que, individual y colectivamente, hay que captar para un «reconocimiento en salud». La detección de un cáncer a estos niveles ofrece unas perspectivas absolutamente positivas en cuanto a curabilidad.

Todo ello tropieza, sin embargo, con un inconveniente, y es que la detección-diagnóstico precoz del cáncer es extremadamente difícil en determinadas localizaciones. Tal ocurre, por ejemplo, con los tumores de pulmón y de aparato digestivo. Los más favorecidos, por el contrario, son el aparato genital femenino y la piel, acercándose los índices de curación en ellos al ciento por ciento. En la mujer, las técnicas de detección conllevan márgenes despreciables de error. La citología, por citar solamente una, permite detectar tumores incipientes subsidiarios de una terapéutica radicalmente efectiva.

Todo esto nos lleva a considerar cómo está planteada en todo el mundo la búsqueda de estos casos incipientes de cáncer. Muy en esquema, diremos que las directrices en este sentido parten de dos entidades, una estatal y otra privada, la Organización Mundial de la Salud, y la Unión Internacional contra el Cáncer, ambas con sede en Ginebra. Los equivalentes a nivel nacional, en España concretamente, son la Dirección General de Sanidad (con su organismo técnico-asesor, el Instituto Nacional de Oncología) y la Asociación Española contra el Cáncer. Una y otra cuentan con secciones especializadas en el campo del diagnóstico precoz. Hay que sumar a esto la actuación de la Seguridad Social y de la Cruz Roja, de los servicios especializados de las Facultades de Medicina y de los Hospitales Provinciales, etc.

Es mucho lo que se ha realizado ya en este sentido, aunque no haya sido suficiente. De ahí que se camine ya por la vía de una programación para realizar una serie de campañas de detección de cáncer a nivel de aparato genital femenino.

Hay que tener en cuenta que en nuestro país existen unos seis millones de mujeres en edad-riesgo. Si en la actualidad son unas cien mil las exploradas cada año, cualquier incremento de esta cifra, por exiguo que sea, constituirá ya un factor positivo.

LA FAMILIA, UNA REALIDAD PSICOBIOLOGICA

En el estudio de las relaciones intrafamiliares se encuentra la solución de no pocos enigmas de la clínica cotidiana.

"Los médicos del futuro evocarán con asombro una época en la que la familia fue considerada solamente como "institución social" y no como la más importante realidad psicobiológica del hombre."

Tal es el punto de vista del doctor don Juan Rol Carballo, académico de la Real de Medicina.

Sin embargo, los grandes progresos realizados por la Medicina en los últimos treinta años en lo que respecta a la familia como "unidad biosocial" son apenas conocidos.

Hoy ya no puede seguirse considerando el sistema nervioso como un aparato más, entre los restantes del ser vivo, consagrado a la "vida de relación", sino como la forma en que la vida se despliega, permitiendo que dentro de sus últimas estructuras se incorporen las realidades culturales e históricas que constituyen al hombre. En la actualidad, la familia no es analizada como un agregado de individuos, sino como una singular unidad, que tiene un lenguaje propio, como una subcultura, con sus peculiares normas de juego, distintas en cada caso, y todo ello escondido bajo una apariencia trivial.

Pacientes observaciones, que requieren técnicas especiales de adiestramiento, han permitido penetrar en el juego elástico de tensiones y de compensaciones que hay en su seno. Las consecuencias para la clínica médica son muy importantes. Así se descubre que ciertas "resistencias" a la curación de algunos pacientes provienen de que éste, en realidad, es solamente "un síntoma" dentro de una enfermedad más amplia, que es la "enfermedad de la familia", la cual sólo se manifiesta a través de uno de sus miembros. La solución de no pocos enigmas de la clínica cotidiana se encuentra no en el enfermo propia-

mente dicho, sino en el estudio de las relaciones intrafamiliares que, en apariencia, son completamente normales.

Patología de la familia

Se ha llegado a pensar —opina el doctor Rol Carballo—, llevados de la idolatría de la técnica y de la razón, que la familia puede desaparecer, lo que es lo mismo que creer que el hombre puede vivir sin una parte del cerebro o sin un órgano vital de su fisiología. Las actuales técnicas de cuidado de la infancia, al atenuar el contacto físico entre la madre y el niño, determinan la disminución de esa "confianza básica" que el hombre necesita para su normal desarrollo. También la influencia creciente de los modernos medios de comunicación de masas, como la televisión, amenaza el desarrollo de la intimidad.

Hay el riesgo de que en el futuro nuestros niños se vean expuestos a una cantidad creciente de mensajes discordantes, confusos, que pueden aumentar la frecuencia de muchos trastornos, desde la delincuencia juvenil y las neurosis, hasta las enfermedades más diversas. No obstante, la propia patología de la familia enseña el valor positivo de las fuerzas que se mueven, aun en medio de trastornos que parecen irreparables.

A comienzos de este siglo, de cada 1.000 españoles nacían 30, pero morían 28 cada año. Hoy nacen 21, pero mueren solamente 9. En cifras globales nacen 650.000 españoles al año, mueren menos de 300.000, y aunque emigren algunos millares queda un superávit de más de 300.000 por lo que cada tres o cuatro años aumenta en un millón la población. Este fenómeno demográfico ha sido seriamente influenciado por los avances de la puericultura. Así, de cada 1.000 nacidos vivos morirían 112 en 1935, y

Por el Dr. N. R. IZA

hoy no pasan de 30; morirían 100.000 niños menores de un año, y hoy no llegan a 20.000; fallecerían 3.000 mujeres con motivo de la maternidad, y hoy no llegan a 200.

Vigilancia sanitaria del niño

Lo cierto es que en estos últimos treinta años, un amplio sistema de educación sanitaria de la población, a través de las escuelas de puericultura, y una extensa red de dispensarios dependientes de distintas entidades, aseguran la vigilancia sanitaria sistemática del niño. Por otra parte, la mayor cultura de la mujer ha contribuido eficazmente a la disminución de la mortalidad infantil. También se ha perfeccionado notablemente la hospitalización, así como la recuperación de inválidos y subnormales.

Los trastornos nutritivos agudos y crónicos casi han desaparecido, en tanto que se combaten una serie de enfermedades mediante vacunaciones sistemáticas. Hay que hacer constar, sin embargo, que a los clásicos peligros para la infancia se añaden actualmente otros dos: el del accidente y el del medicamento abusivamente utilizado como medicina casera.

Cierto que los progresos de la medicina salvan muchas vidas, pero no lo es menos que también aumenta el número de deficientes. La rehabilitación ha de tender a restaurar estos defectos, con la colaboración de la sociedad en el proceso de recuperación y en su integración en la vida activa.

En cualquier caso, y dada la trascendencia de la acción familiar en la formación de la personalidad, la protección debe ejercerse sobre el niño o el joven a través de la familia.

SINGAPUR Y THAILANDIA

2 al 13 de Agosto 1975



MARAVILLOSO VIAJE TURISTICO CON POSIBILIDADES DE VISITAR

HONG-KONG Y MANILA

Con motivo de la Reunión del Consejo de Representantes Nacionales.

SOLO PARA ENFERMERAS, A. T. S. y familiares.

FASCINANTE PROGRAMA - PRECIO EXCEPCIONAL

VISITAS: MUSEO DEL JADE - COMERCIOS DE PERLAS - DANZAS MALAYAS -
MERCADO FLOTANTE - BUDA DE ESMERALDA - PALACIO DEL SULTAN - ZOO y MERCADO DE JOHORE.

*Colegio Oficial de Enfermería
de Madrid*

Solicítenos folletos a todo color, queremos servirles:

VIAJES INTERNACIONAL EXPRESO, S. A. (V. I. E. PARA LOS AMIGOS)

BARCELONA.—Plaza de Cataluña, 8.

MADRID.—San Bernardo, 5 y 7.

PALMA DE MALLORCA.—General Goded, 37.

SEVILLA.—Alemanes, 3.

VALENCIA.—Játiva, 23.

BILBAO.—Gran Vía, 6.

ELDA.—Av. Chapí, 30-32.