

Nº 8 ABRIL-MAYO-JUNIO 1989



AVANCE

- NACER CON LA LUNA
- IMAGEN PROFESIONAL
- TERAPIAS ALTERNATIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Le interesa conocer
las excepcionales condiciones
concertadas con el colectivo de A.T.S.
y D.E. de Sevilla.



Nuevo Alfa 33.

Un vehículo cómodo, versátil, brillante,
con destacadas características deportivas,
disponible en cinco versiones.



Información en:

CASTELLANO MOTORS, S.L.

NUESTRA VOCACION: SERVICIO AL CLIENTE

Exposición: S.Francisco Javier, 23 - Tel. 465 92 50

Servicio Técnico: Carlos Serra, 3 - Tel. 451 15 26

EDITORIAL

UNA OBLIGACION INELUDIBLE

Este número de nuestra revista Hygia queremos encabezarlo con una Editorial a modo de reflexión, siquiera brevemente, acerca de algo tan vital para el buen desarrollo de nuestra actividad profesional. Y nos referimos a los registros de enfermería, práctica de ineludible cumplimiento, que debe estar cada día más generalizada en todos los sectores de la enfermería y de cuya trascendencia y consecuencias quizá, más de un/una profesional no haya reparado en ello.

Los registros de enfermería son algo que cualquier compañero debe de tener a su lado en el ejercicio de su actividad. Lejos de significar un añadido burocrático como pudiera representar en épocas pasadas, el registro para la enfermería actual es la salvaguarda profesional para todos nosotros, los ATS/DE.

Sin necesidad de ejemplos cotidianos, basta entender que nosotros, los protagonistas de la enfermería, debemos ineludiblemente registrar todas aquellas tareas, diagnósticos de enfermería, problemas y necesidades detectadas, etc, por el riguroso filtro de los registros. Desde las unidades de cuidados intensivos, donde es práctica habitual, a todas las unidades de hospitalización, centros de salud, ... en cualquier estadio de nuestra actuación, los registros deben presidir todos los instantes. Con ellos, no ha lugar para la interpretación subjetiva de cualquier otro componente del equipo de salud porque el ATS/DE sólo y exclusivamente le "salvará", le ayudará y le hará más competente la asistencia de un registro donde quede concisa y minuciosamente explicado qué medicamentos, qué planes de cuidados, qué instantes y en qué condiciones estuvo presente la actuación de un profesional consciente de sus responsabilidades.

Cuando, tradicionalmente, no se considera esta profesión más que como unos meros "acólitos" en el equipo de salud, había razones para entender que el propio ATS/DE no buscara más allá de su papel secundario, sin mayores trascendencias, que justificarán unos horizontes más claros para ellos y para las sucesivas generaciones. Pero estas han llegado, están, estamos, en el pleno ejercicio de nuestra profesionalidad con todo aun por conseguir y, para ser consecuentes, a mayores cotas de responsabilidad tenemos, obligatoriamente, que concedernos mayores espacios de autocontrol y nada mejor que los registros de enfermería para enriquecer nuestro trabajo. Pero queremos dejar bien patente que esta necesidad obliga tanto al ATS/DE que trabaja en un gran centro hospitalario y en unidades de alta sofisticación, como aquellos compañeros/as que tienen su campo de acción en aquel diminuto consultorio del alejado núcleo de población donde sí importa, y mucho, que deje escrita constancia de todos los pormenores de su trabajo, no sólo para su enriquecimiento profesional sino para ir dejando un testigo ante cualquier ausencia (enfermedad, gestación, vacaciones, etc.)

Como fuera que la ignorancia no exime de culpa y que todos y cada uno de nosotros estamos siempre al borde de asumir potenciales riesgos con derivaciones que solo la justicia podría delimitar, la única receta viable es iniciar hasta la saciedad en la obligatoriedad de que todos sin excepción, dejemos debidamente cumplimentados nuestros registros.

El trabajo de mentalización cara a los profesionales reconocemos que es duro, difícil y hasta incompreensión en algunos casos. Pero nos encontramos en la textura de asumir esta parte de nuestra responsabilidad o tener que hacer frente a otras y no confortables responsabilidades que se deriven de su no cumplimiento. Y el remedio sabemos que está a nuestro alcance: escribamos de forma completa, concisa, exacta y rápida el acontecer diario. Solo con esta premisa —CONCISION-EXACTITUD-RAPIDEZ— habremos alcanzado un hito más en nuestra condición de buenos profesionales. Por ello, asumamos como asignatura aún por aprobar en su globalidad la obligatoriedad de poner en práctica registros de enfermería. De lo contrario, habremos creado un monumental edificio en nuestra profesión..... posiblemente con cimientos de cartón piedra. Y esto es algo que no lo queremos absolutamente nadie.



EDITA:
Ite.Colegio-Oficial de
Ayudantes Técnicos Sanitarios y
Diplomados en Enfermería
de Sevilla

DIRECTOR:
José M^a. Rueda Segura

SUBDIRECTOR:
Francisco Baena Martínez

DIRECCION TÉCNICA:
Maite Brea Ruiz
José Antonio Cervera López

CONSEJO DE REDACCIÓN:
Junta de Gobierno del
Ite.Colegio Oficial de
Ayudantes Técnicos Sanitarios
y Diplomados en Enfermería
de Sevilla

DIAGRAMA:
Rodolfo E. Aller

IMPRIME:
Gráficas Mirte, S.A.

©
DEPÓSITO LEGAL:
SE - 470 - 1987

Publicación autorizada por el
Ministerio de Sanidad y Consumo
con referencia S.V. 88032 R.

Sumario

— EDITORIAL.....	3
— CONOCIMIENTOS PRACTICOS DE ENFERMERIA:"LA PUNCION ARTERIAL.....	5
— TERAPIAS ALTERNATIVAS EN ATENCION PRIMARIA.....	8
— LA ENFERMERIA ESPAÑOLA HOY.....	10
— CENTRO DE INSEMINACION IN VITRO Y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA.....	12
— CONGRESO DE ANALIS CLINICOS.....	19
— OBSTRUCCIONES DE LA VIA INTRAVENOSA.....	20
— EL PRACTICANTE SEVILLANO.....	22
— PREMIO NOBEL	23
— BECAS DE ESTUDIO.....	24
—CURSOS - BECAS CONCEDIDAS.....	25
— CONCURSO FOTOGRAFICO.....	27
— IMAGEN PROFESIONAL.....	29
— NACER CON LA LUNA.....	35

El equipo de redacción no comparte necesariamente las opiniones vertidas en los diferentes artículos, siendo la responsabilidad de los mismos, exclusiva del que los suscribe.



En portada:
Patio de la Cartuja de
Valdemosa (Mallorca)
Autor:
Miguel Angel Alcantara
González

CONOCIMIENTOS PRACTICOS DE ENFERMERIA

"LA PUNCION ARTERIAL"

DEDICATORIA:

Dedico este artículo a mis compañeros Luis Ramos, Charo Jurado, Cristi, Auxí, José, José Antonio con quienes comparto la amistad y las enseñanzas de Emilia, Teo, y Dr. Castillo.

AUTOR: Daniel Guerrero Bonet

A.T.S. Hosp. Univ. «Virgen del Rocío» SEVILLA

El ejercicio de nuestra profesión requiere una constante actualización de los conocimientos necesarios para la aplicación de nuevas técnicas y procedimientos de los cuidados sanitarios.

Al poco de aparecer, estas innovaciones comienzan a generalizarse obligando al personal de Enfermería a familiarizarse con ellas en un tiempo "récord" que no da lugar a un conocimiento profundo de las mismas. Es lo que sucede, por ejemplo, con la punción arterial en áreas hospitalarias en las que su frecuencia ha sido más tardía que en los servicios de urgencia o en los de cuidados intensivos. El profesional de estas áreas se ve en la necesidad de aplicar técnicas que no le han sido suficientemente explicadas o las desconoce totalmente. Esta falta de información la suple, en el mejor de los casos, con la facilitada por el compañero que sufrió antes la experiencia, transmitiéndose así una práctica insuficiente y, en ocasiones, errónea.

Para paliar en lo posible ésta situación, es por lo que vamos a traer a éstas páginas procedimientos que, no por generalizados, son más conocidos. Es el caso de la punción arterial.

Descripción

La punción arterial consiste en la canalización de una arteria mediante utillaje de punción —jeringuillas heparinizadas de gasometría—, para la obtención en una muestra de sangre arterial. Dicha muestra se requiere fundamentalmente para la medición de los gases de la sangre, lo que se conoce como gasometría. También se puede realizar la punción arterial, aunque más rara vez en Enfermería, para la administración de sustancias de contraste para estudios

arteriográficos, para funciones terapéuticas en la administración de fármacos de rápida acción —neoplasias, congelación—, etc.

La mayor parte de las veces, la punción arterial se realiza para hacer una gasometría. Las determinaciones más habituales de ésta son la saturación de oxígeno (SO_2 , saturación oxihemoglobínica), la presión parcial de oxígeno (PO_2), la presión parcial de carbónico (PCO_2), el total carbónico (CO_2T), que es la suma de las concentraciones de CO_2 molecular disuelto, ácido carbónico, ión carbonato, ión hidrógeno carbonato y CO_2 unido a proteínas bajo forma carbomínica, y el valor del pH. Con estos parámetros de la gasometría se consigue hacer una valoración global del estado funcional de los pulmones, además de poder apreciar los cambios del Equilibrio Ácido-Base, cuyas perturbaciones pueden ser debidas no sólo a alguna patología respiratoria, sino también metabólica, como sucede en enfermos renales, diabéticos, etc.

Comprobación e identificación.

La solicitud de una gasometría se formula en una petición de gasometría en la que es necesario indicar todos los datos relativos a la identificación del paciente (nombre, habitación, cama), y los de su estado respiratorio (régimen ventilatorio, cianosis, etc). También deberá precisarse el tipo de muestra (arterial o venosa), la fecha y la hora de extracción. La necesidad de todos estos datos radica en su importancia para la correcta valoración del resultado del análisis, como más tarde veremos.

Comprobada la identidad del paciente, recabaremos su colaboración, si el estado

de su consciencia así lo permite, facilitándole cuanta información precise para disipar temores y lograr su tranquilidad, ya que mientras más nervioso se halle el enfermo menos fiables serán los resultados de la gasometría, debido a las alteraciones respiratorias —alcalosis— que ocasiona la hiperventilación, entre otras.

Materiales.

En los pacientes hospitalizados y/o encamados, la punción arterial se realizará en la misma cama. Si se trata de pacientes ambulatorios, el lugar indicado para ello será el box o consulta de extracciones. El material necesario, según las circunstancias anteriores, es el siguiente:

- Jeringa heparinizada de gasometría, que incluye aguja y tapones de goma y rosca.
- Solución antiséptica.
- Algodón y gasas estériles.
- Esparadrapo, preferentemente de tela.
- Tijeras.

Si la extracción se efectúa en la consulta, se precisa además:

- Manguito de esfigmomanómetro
- "Apoya-brazos" para mantener extendido y en posición horizontal el brazo del enfermo sobre el que se va a puncionar.
- Etiquetas adhesivas para la identificación de la muestra o de la jeringa.
- Silla cómoda y buena iluminación.

Se deberá mantener una cuidadosa higiene de las manos y, antes de comenzar la palpación de la arteria, es aconsejable la aplicación de solución antiséptica en las yemas de los dedos con los que se va a hacer la palpación.

Preparación del paciente.

Como hemos indicado, en enfermos hospitalizados la punción se llevará a cabo con el paciente echado en la cama, en

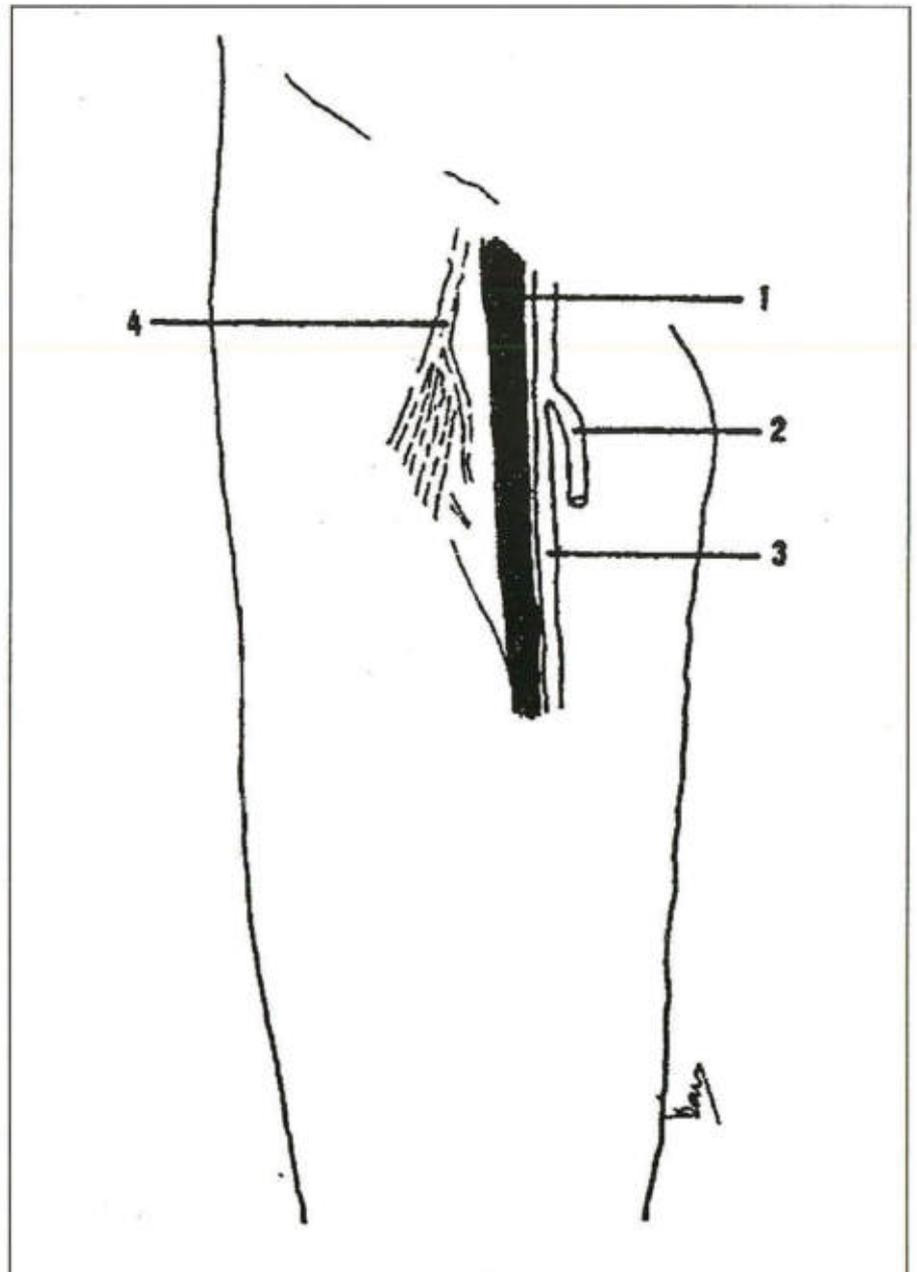
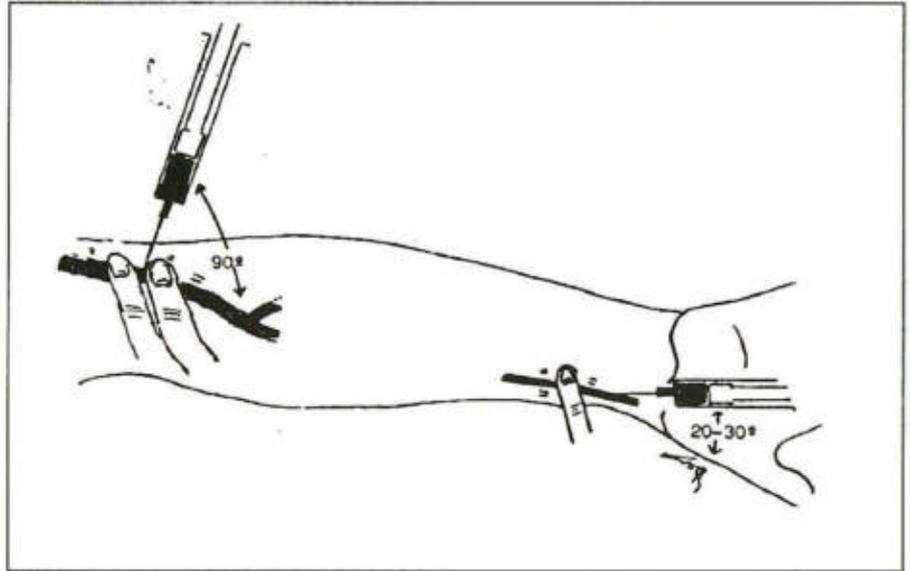
decúbito supino y, dependiendo de la arteria elegida, con el brazo extendido en rotación externa o con la pierna en igual forma. Si se trata de pacientes ambulatorios, se realizará la punción con el sujeto cómodamente sentado y el brazo reposado sobre el —Apoya-Brazos—, extendido horizontalmente en rotación externa. En cualesquiera de los casos, si la urgencia y la situación lo permiten, se aconseja que el paciente guarde reposo unos minutos antes de la extracción a fin de asegurar una estabilización de las condiciones respiratorias. Este tiempo de reposo se puede aprovechar para proceder a la identificación del enfermo y para informarle de lo que se le va a hacer, amén de ir eligiendo la arteria a puncionar. Dichas arterias pueden ser la humeral o la radial en el brazo, o la femoral en la pierna. Habitualmente se acostumbra, por su facilidad y, al parecer, menor dolor, hacer la extracción de sangre en la arteria humeral, por encima de la flexura del codo.

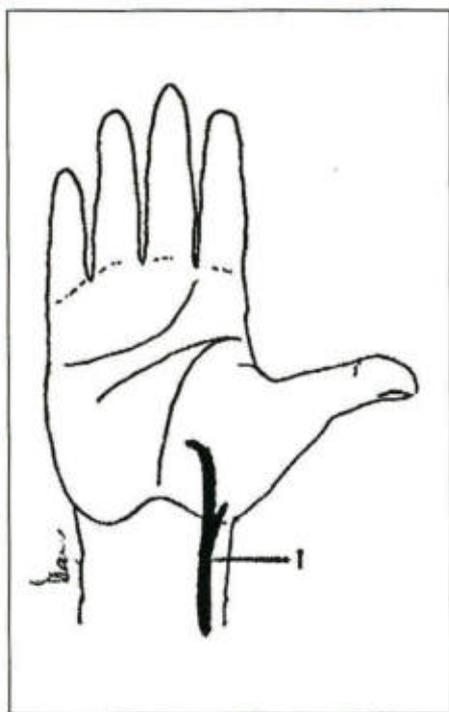
Ejecución de la técnica.

En primer lugar, es fundamental elegir bien la arteria sobre la que vamos a puncionar, atendiendo a su facilidad de localización, grosor, etc. Una vez elegida, aplicaremos la solución antiséptica sobre la zona, dejándola en contacto con la piel unos treinta segundos. Mientras, ajustaremos perfectamente la aguja a la jeringa y la heparinizaremos aspirando el anticoagulante y expulsándolo fuera. De esta forma conseguiremos que las paredes de la jeringa queden mojadas con una fina capa de heparina, sin que un exceso de la misma altere la muestra. Untados con antiséptico los dedos, palpamos el latido de la arteria con el de la humeral, o fijándola con la falange distal del dedo índice, en la radial femoral. No se deberá nunca hacer la palpación con el pulgar pues se puede confundir el pulso propio del dedo con el de la arteria.

La arteria humeral se localiza palpando el pulso braquial en la fosa antecubital. La radial la encontraremos palpando en la cara anterior de la muñeca, en la región carpo-metacarpiana. Y la femoral se palpa en la región inguinal, por debajo del arco crural.

Una vez localizada la arteria, introduciremos lentamente la aguja entre los





dedos con los que la hemos palpado, en ángulo recto si es la humeral o la femoral, o de unos 20° ó 30° si es la radial. Alcanzada ésta, su pulsación se transmite a la jeringa y la mano del operador. Esta operación puede producir dolor al paciente y, a veces, cuando efectuamos la punción humeral, puede sentir incluso una especie de "calambrazo" que le recorre el brazo hasta la mano, debido a la proximidad de los nervios mediano y cubital, que deberán evitarse ubicando perfectamente la arteria.

Cuando sintamos su latido, introduciremos un poco más la aguja hasta atravesar la arteria y llegar a su luz. No se debe aspirar, ya que la sangre arterial fluirá hacia la jeringa por su sola presión. Obtenida la muestra (3 ó 4 ml.), debemos retirar jeringa y aguja en una pieza, evitando la entrada de aire y las subsiguientes alteraciones del resultado, al mismo tiempo que ejerceremos una fuerte y decidida presión en la zona de punción con algodón seco y estéril durante unos cinco minutos.

En pacientes hospitalizados, cubriremos finalmente la zona con un apósito apretado. En los de la consulta, si la punción

fué en la arteria humeral, apretaremos previamente la zona con el manguito del esfigmomanómetro hasta algo menos de la presión sistólica del individuo. Al cabo de cinco minutos, aflojaremos dicha compresión y colocaremos un apósito apretado. La experiencia ha demostrado que se consigue así evitar la aparición de grandes hematomas.

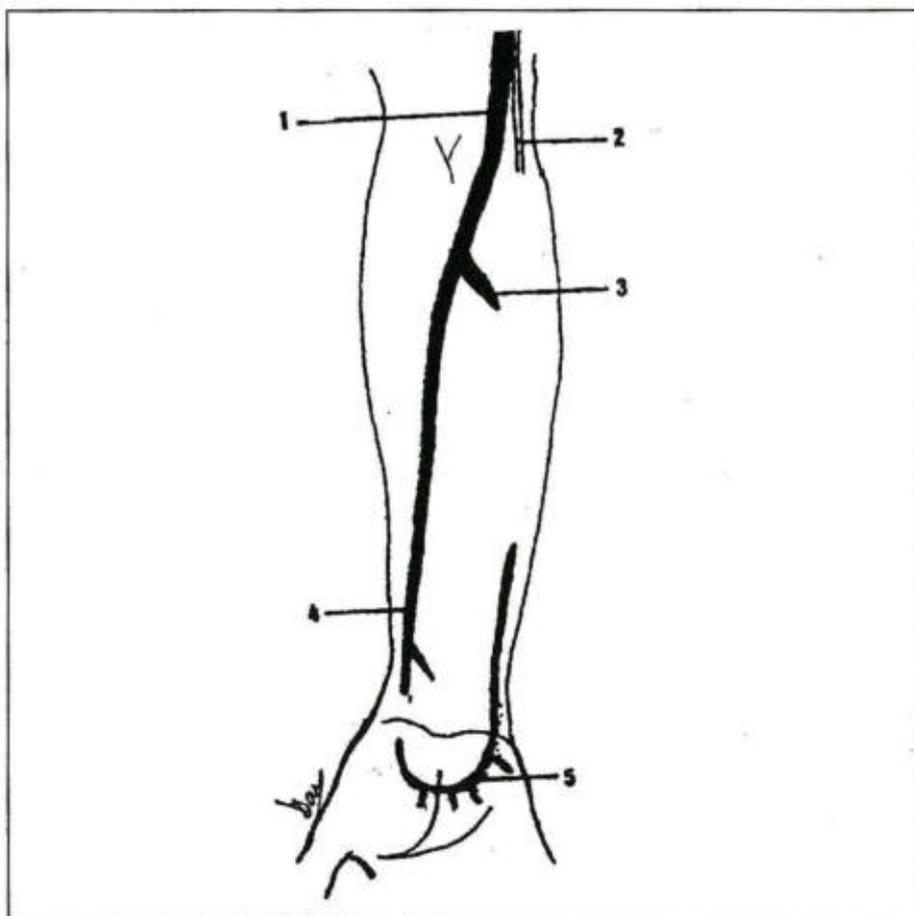
Control y envío de muestras.

Extraída la muestra de sangre arterial, se debe sellar la aguja pinchándola en el tapón de goma para evitar la entrada de aire, o retirarla y taponar la jeringa con el tapón de rosca preparado para tal fin, con idéntica precaución. Se identificará ésta con la etiqueta adhesiva en la que se indicará el nombre del paciente y la habitación y cama que ocupa. En pacientes con alteraciones de la coagulación o en tratamiento con anticoagulantes, se deberán extremar las precauciones que

eviten la aparición de hematomas, manteniendo por más tiempo las medidas de compresión y hemostasia. La muestra se enviará, finalmente, al laboratorio a la mayor brevedad.

Todas las manipulaciones con la sangre deben ser hechas necesariamente al abrigo del aire, para que no se altere su composición gaseosa. Las determinaciones del pH deben ser realizadas dentro de la primera media hora de extraída la sangre, a fin de evitar que los fenómenos de glicosidificación modifiquen el valor real del pH. La conservación en frío enlentece la glicosidificación y permite un margen de tiempo mayor entre toma de muestra y determinación.

Es conveniente vigilar la zona de punción transcurrida media hora en pacientes hospitalizados. Si las punciones fueran frecuentes en el enfermo, diversificaremos los puntos de punción.



LA PUNCION ARTERIAL

Bibliografía

- "Exploración de la función respiratoria pulmonar", del Dr. R. Cornudella.

Antibióticos, S.A. 1973.

- "Anatomía Humana", tomo II. Ed. Salvat. 1974.

- "Enciclopedia Práctica de Enfermería",

Ed. Planeta. 1985.

- "Apuntes de Gasometría y Equilibrio Acido-Base", siete años de experiencia en la Unidad de Gases del Dr. Castillo Gómez

TERAPIAS ALTERNATIVAS EN ATENCION PRIMARIA

AUTORES:

Manuel Lopez Morales. Enfermero de atención primaria.
Feliciano Rodas Ratazzi. Psicólogo.
Inmaculada Rivera Benitez. Médico de Familia.

INTRODUCCION

El modelo de Atención Sanitaria se ha visto modificado desde hace unos pocos años. De una visión biologicista se ha pasado a una concepción polifacética de la salud y una multicausalidad de los desequilibrios de esta salud.

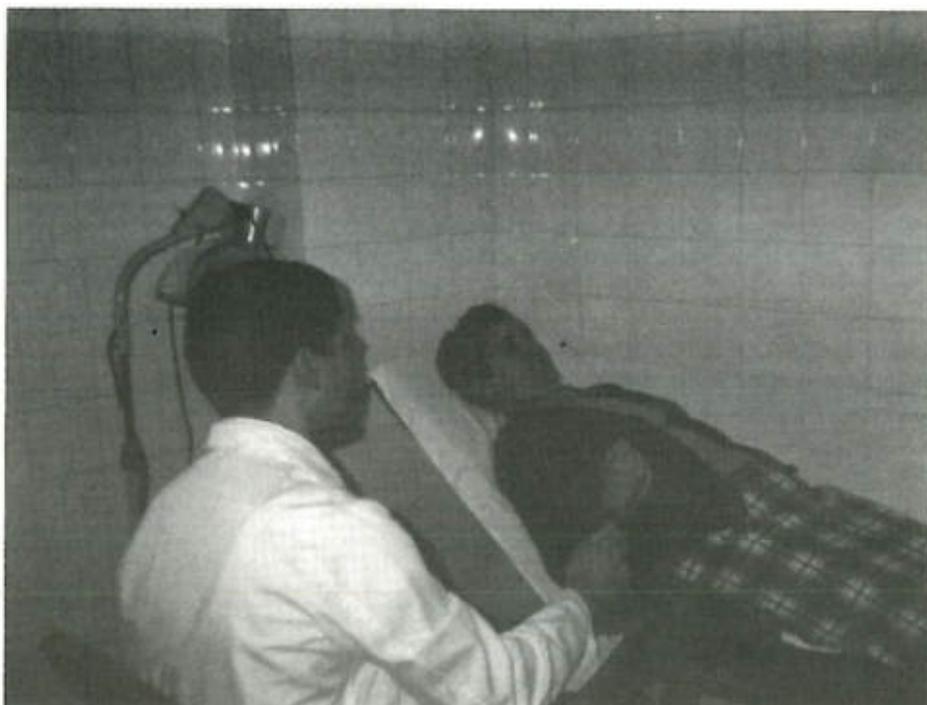
Aparece nuevos puntos de vista de los problemas tradicionales. Se amplía la demanda y se diversifica ésta en función de las necesidades sociales de atención en salud. Ni que decir tiene que el ámbito de la Salud Mental es uno de los más necesitados de transformación.

Dar entrada y nuevas responsabilidades a otros profesionales en el campo de la atención sanitaria a consecuencia lógica de este proceso —por ejemplo a Psicólogos, Trabajadores Sociales y otros—. Pero no es menos cierto que los profesionales prestadores tradicionales de servicios sanitarios también han de modificar sus actividades en función de las necesidades de la población. En este aspecto del planteamiento realizado donde la Enfermería tiene un gran campo de desarrollo y una imperiosa necesidad de investigar.

En este contexto se sitúa la experiencia presentada a continuación. Se trata de la puesta en marcha en el Centro de Salud de Torreblanca de Técnicas de Relajación como medida alternativa o complementaria a los tradicionales tratamientos respecto a problemas tan abundantes como: cefaleas, insomnio, ansiedad e incluso fobias.

Esta técnica puede utilizarse como tratamiento por sí sola, como coadyugante a otros o bien como prólogo a otras técnicas de modificación de conducta (Desensibilización Sistemática, desarrollo de habilidades sociales, etc.)

El entrenamiento en relajación puede realizarse por cualquier profesional de salud instruido a tal efecto. Por su afinidad e idiosincrasia son los enfermeros los más inclinados a iniciar estos ensa-



ños. Así es en nuestro centro y el presente documento refleja la evaluación del trabajo realizado en una consulta de Enfermería del mismo, con la colaboración y asesoramiento del psicólogo del Centro de Salud Mental de referencia, y de la médico de familia correspondiente al cupo de población asistida en esta consulta de Enfermería y durante los años 1987 y 1988.

METODOLOGÍA

El entrenamiento en relajación es un tratamiento que requiere de un periodo de instrucción. Este periodo varía, según el paciente, entre seis y doce sesiones. Seguimos el modelo de entrenamiento en relajación progresivo de Bernstein y Dorkovec.

El intervalo de sesiones por lo general se ha establecido en una semana, con lo que la fase de instrucción varía entre dos y cuatro meses. Cada sesión puede durar entre 30 y 45 minutos las primeras, y entre 15 y 30 las sucesivas.

La técnica consiste en inducir un estado de relajación mental a través de la relajación física y la sugestión dirigida por el terapeuta. Este estado de relajación puede ser el deseado y necesario para actividades de la vida profesional, disminución de las tensiones psicológicas y sociales, combatir el insomnio, cefaleas, angustia, etc. cada vez más frecuentes en nuestra sociedad actual. Es por tanto una forma de control y regulación de nuestro cuerpo a través de una inducción fácil de acometer por cualquier tipo de persona sea cual sea su edad, nivel de instrucción o circunstancia personal.

La técnica es muy sencilla (remítase a la bibliografía Nº 1) y persigue el objetivo de la autosuficiencia por parte del paciente en la realización de la misma. Antes de iniciarse en la técnica debe realizarse un examen médico para valorar su capacidad física y sobre todo cardíaca.

Se divide el cuerpo humano en dieciséis zonas correspondientes a dieciséis grupos musculares que habrán de tensarse y relajarse según la secuencia establecida y dirigida por el terapeuta. Relajadas las zonas corpóreas se incidirá con la sugestión hacia el estado de relajación deseado.

Según el progreso del paciente, que habrá de repetir en casa las enseñanzas de cada sesión, se irá reduciendo progresivamente el número de grupos musculares. Así será siete pasos, luego cuatro, y en última instancia se buscará que sin contracción muscular alguna, por autoinducción sugestiva, y en pocos segundos consiga un estado de relajación idóneo.

POBLACIÓN

Durante el periodo que recoge este trabajo, 1987 y 1988, fueron entrenados en la consulta de Enfermería mencionada, veintitrés pacientes. De ellos, cinco abandonaron el tratamiento por problemas varios: tiempo disponible, horarios laborales poco compatibles o simplemente por poca convicción o confianza en el tratamiento.

Sus características sociales son diversas:

EDAD.- menores de 14 años	1
entre 14 y 25 años	6
entre 25 y 65 años	14
más de 65 años	2
SEXO.- hombres	2
mujeres	21

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Analfabetos o sin estudios	6
Estudios primarios	8
más estudios	9

La sintomatología presentada por los pacientes era bastante diversa: cefaleas, sequedad de boca, estreñimiento, calambres, nublamiento de vista, astenia, dispaurenia, irritabilidad, "nerviosismo", angustia, insomnio, trastornos de la menstruación, depresión, opresión retroesternal, agorafobia, somatizaciones varias (urticarias, eczemas, dolores, etc.)

La indicación del tratamiento, ya protocolizada, y bajo la supervisión del psicólogo puede hacerse por el médico o por el enfermero de Atención Primaria. En

esta experiencia la procedencia de los pacientes fue:

Centro de Salud Mental	5
Consulta de Medicina Familiar	8
Consulta de Enfermería	10

EVALUACIÓN

Se ha utilizado tres parámetros fundamentales en la valoración del progreso de cada paciente:

DOMINIO DE LA TÉCNICA: Se gradúa en los siguientes niveles:

- Nivel 1.- relajación por inducción auto-sugestiva (sin contracción muscular)
- Nivel 2.- relajación con una única tensión generalizada.
- Nivel 3.- relajación con más de una tensión muscular.
- Nivel 4.- No dominio de la técnica.

REDUCCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA: Capacidad de alivio de los síntomas que presentaba al principio del tratamiento.

Escala de valoración (según apreciación subjetiva por parte del paciente):

- Nivel 1.- Anulación total de la sintomatología.
- Nivel 2.- Importante reducción de síntomas.
- Nivel 3.- Escasa reducción de síntomas.
- Nivel 4.- Nula reducción de síntomas.

DISMINUCIÓN DE LA DOSIS DE MEDICAMENTOS: Efecto de la técnica sobre la necesidad de tomar fármacos para combatir los síntomas anteriores. Su clasificación en la siguiente:

- Nivel 1.- Eliminación total de ingesta de medicamentos.
- Nivel 2.- Toma de menos del 50% del inicio.
- Nivel 3.- Toma más del 50% y menos del 100%.
- Nivel 4.- Toma igual o más que antes.

Este último parámetro no es aplicable a todos los pacientes del estudio dado que ocho de ellos no tomaban nada al inicio del tratamiento.

RESULTADOS

DOMINIO DE LA TÉCNICA:

Nº de pacientes	
Nivel 1	5
Nivel 2	9

Nivel 3	3
Nivel 4	1
abandonos	5
total	23

REDUCCIÓN SINTOMATOLÓGICA:

Nivel 1	4
Nivel 2	13
Nivel 3	0
Nivel 4	1
abandonos	5
total	23

DISMINUCIÓN DOSIS MEDICAMENTOS:

Nº de pacientes	
Nivel 1	7
Nivel 2	5
Nivel 3	0
Nivel 4	1
No tomaba o/y abandono. 10	
total	23

CONCLUSIONES

Véase cómo el efecto asociado con el entrenamiento en relajación es bastante positivo en los tres parámetros reflejados aquí, aunque es mucho más gratificante comprobarlo en otros aspectos menos tangibles o transcribibles como son: la actitud del paciente, su estado de ánimo, la calidad de relación que se establece con ellos, etc.

Adviértase que hay un paciente que en todos los parámetros presenta un nivel 4, es decir, nula modificación de su estado. Este paciente respondió de tal forma, y así se hizo constar al devolverlo al centro de Salud Mental, debido a la existencia de un beneficio secundario a su enfermedad: mientras tuviera los dolores cefálicos que le impedían trabajar cobraría la asignación económica establecida y obtenía una atención por parte del círculo familiar a la que no se mostraba dispuesto a renunciar.

Por tanto, y con las limitaciones que imponen las dimensiones de esta experiencia, puede concluirse que las técnicas de relajación utilizadas para combatir cefaleas, ansiedad e insomnio e iniciar el tratamiento de fobias es útil y fácil de realizar en los Centros de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Douglas A. Bernstein y Tomás D. Dorkovec: Entrenamiento en relajación progresiva. Editorial D.D.S. 3ª edic. Bilbao, 1973.

- DSM III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson.

- Jeanette Lancaster: Enfermería Comunitaria. Modelos de Prevención de la Salud Mental. Interamericana. México, 1983.

LA ENFERMERIA ESPAÑOLA HOY

AUTOR:
Joaquín Lima Rodríguez
D.E. del Hosp.Univ.«Virgen Macarena»

La enfermería española está viviendo una situación de tránsito que me gustaría comentar en este artículo. Para ello voy a hacer un ligero recorrido por nuestro pasado hasta llegar al momento actual.

Podríamos afirmar que Enfermería existe desde el mismo momento en que un ser humano ayudó a otro a realizar cualquier autocuidado que éste no podía hacer por sí mismo. Sin embargo esta forma elemental de hacer Enfermería ha ido evolucionando hasta nuestros días.

En España se crea el primer hospital en el año 580 y a pesar de la escasa referencia existente en relación a las tareas que realizaba el personal que atendía a los enfermos ingresados, no resulta difícil imaginar que existió algún tipo de Enfermería, aunque sólo se dedicara a alimentar, asear o ayudar a caminar a estos enfermos.

En el siglo IX aparecen una serie de órdenes y congregaciones religiosas o civiles vinculadas a la asistencia y cuidado de los enfermos. Hasta estos momentos los conocimientos que poseían las personas dedicadas a prestar cuidados se iban transmitiendo de unos a otros, sin que se tenga conocimientos de la existencia de bibliografía referente a los mismos.

Con el paso de los años va aumentando el número de hospitales y consecuentemente el de personas que atiende a los enfermos en éstos ingresados. Ello debe crear la necesidad de formar a estas personas y así entre los siglos XVI y XVIII aparecen los primeros manuales destinados a informar y formar a aquellos que se dedican a la atención de enfermos. Estos manuales van a tratar, principalmente, aspectos sobre la atención de la embarazada, la prevención de las enfermedades contagiosas y a la asistencia de enfermos en general.

En el siglo XIX, año 1857, se instituye en España nuestra profesión y aparece la primera legislación que hace referencia a los conocimientos que deben tener los aspirantes a la obtención del título de Practicante. Unos años más tarde, en 1915 se establece la titulación de Enfermeras. La creación de ambas titulaciones se contempla dentro de un contexto bien definido:

-Formar a unos profesionales como auxiliares de las ciencias médicas, con una orientación hacia las técnicas terapéuticas, bajo la jurisdicción del médico.

-Crear una ocupación adecuada a la mujer, destinada a la promoción de la misma.

Así atendiendo a los dos principios enunciados se crean las primeras escuelas, tanto de practicantes como de enfermeras. Dichas escuelas estarían dirigidas por médicos, siendo la formación igualmente impartidas por profesionales médicos.

En estos mismos años en otros países como Inglaterra, Estados Unidos, se crean igualmente escuelas de enfermeras, aunque a diferencias de las españolas, serán dirigidas por enfermeras. Esta diferencia va a permitir distintos niveles de desarrollo de Enfermería entre estos países y el nuestro. Evidentemente la formación de enfermeras a cargo de enfermeras favorece un mayor estudio y profundización en ciencias de la Enfermería. Por el contrario a los practicantes y enfermeras españoles se les aportaron conocimientos médicos, fundamentalmente, que les permitiera cumplir la misión que se les iba a encomendar, la aplicación de técnicas terapéuticas prescritas por los médicos.

Esta situación, a pesar de las distintas modificaciones realizadas en los planes

de estudios, unificación de las titulaciones de practicantes, matronas, enfermeras y otras reformas, se ha mantenido hasta nuestros días. Así durante los últimos cien años la dirección de las escuelas de enfermería y la formación de los enfermeros españoles corre a cargo de profesionales médicos ajenos, en la mayoría de los casos, a los conocimientos propios de enfermería.

En el año 1977 se produce la última reforma académica que se ha realizado en nuestra profesión. Se crean las escuelas universitarias de Enfermería y se modifican los planes de estudios, con notables diferencias respecto a las anteriores, dándoles una mayor orientación hacia la salud y hacia la visión global de la persona, incluyéndose en los mismos enseñanzas sobre Ciencias de la Enfermería. A pesar de que esta última reforma no especifica que la dirección de las escuelas deba ser ocupada por médicos, siguen siendo dirigidas en la mayoría de los casos por éstos, en similar situación se encuentra la docencia en las escuelas impartidas fundamentalmente por médicos.

No es el objetivo de este artículo estudiar porqué se sigue manteniendo esta situación, sino analizar las consecuencias que ésta pueda tener actualmente para nuestra profesión.

Evidentemente el curso que ha seguido nuestra profesión en los últimos ciento cincuenta años nos ha hecho adquirir rasgos característicos que nos definen. En el ámbito de nuestra práctica asistencial sigue primando la realización de tareas delegadas por los profesionales médicos sobre las tareas específicas de enfermería. La sociedad actual nos conoce por la aplicación de nuestro Rol delegado y desconoce nuestro Rol específico. La población española nos sigue llamando "A.T.S", cuando acude

a las instituciones sanitarias y todavía nos llama "Practicantes" en muchísimos casos. Los propios enfermeros nos seguimos autodenominando A.T.S., a pesar, de que en la mayoría de los casos hemos convalidado nuestra titulación por la de Diplomados en Enfermería.

Al iniciar este artículo comentaba que la Enfermería española está viviendo una situación de tránsito, que a muchos de nosotros nos puede parecer eterna. Para mí este tránsito debe consistir en pasar de una situación donde mayoritariamente desempeñamos un Rol delegado a pasar a desarrollar nuestro Rol específico. Evidentemente se están dando pasos importantes en algunas facetas de Enfermería, así la Enfermería docente avanza a pasos agigantados, se realizan investigaciones en Enfermería, con la creación de las Direcciones de Enfermería empezamos a gestionar nuestros propios recursos, pero, ¿qué sucede a nivel asistencial?. Opino que es este campo donde realmente necesitamos avanzar. Creo que sólo a partir de un correcto ejercicio a nuestra función asistencial podremos prestar a la sociedad un adecuado ejercicio. Podremos conseguir que ésta nos valore de manera justa.

El desarrollo de nuestra función asistencial, creo que se debe apoyar en tres grandes pilares:

- Aumentar nuestros conocimientos de Enfermería
- Cambios en las relaciones Enfermera-paciente.
- Aplicación de un método científico de trabajo.
- Aumentar nuestros conocimientos de Enfermería.

La mayoría de los profesionales que hoy realizamos funciones asistenciales estamos formados como practicantes o Ayudantes Técnicos Sanitarios y como bien sabéis, durante nuestro periodo de formación fueron escasos los conocimientos que se nos aportaron sobre ciencias de la Enfermería. En la mayoría de los casos la formación recibida en las escuelas era suficiente para las exigencias profesionales que se nos hacía y en aquellos casos en que se nos exigía mayores conocimientos los podríamos ir adquiriendo con la práctica diaria. Probablemente esta situación haya favorecido el que la mayoría de los profesionales de la



enfermería no tengamos hábitos de estudio e incluso hayamos ido perdiendo aquellos conocimientos que no utilizamos en nuestro quehacer diario. Todo lo anteriormente expuesto plantea una seria problemática a la hora de permitir la adquisición de nuevos conocimientos. Igualmente con el paso del tiempo aparecen en cada uno de nosotros problemas familiares, laborales, etc. que no teníamos en la época de estudiantes. A lo anteriormente expuesto habría que añadir la posible falta de motivación para sentir la necesidad de adquirir estos conocimientos, el ser humano adulto suele esforzarse por conseguir solamente aquello que cree le puede aportar algún beneficio material.

A pesar de lo anteriormente citado sin una adecuada base de conocimientos específicos de Enfermería será imposible desarrollar adecuadamente nuestra función asistencial.

Cambio en las relaciones Enfermera-paciente.

Las relaciones de enfermería deben ser unas relaciones de ayuda, y para que unas relaciones de este tipo sean positivas es necesario que reúnan una serie de requisitos. Entre estos requisitos hay uno que es fundamental, que las relaciones sean de **persona a persona**. Esto sólo se puede conseguir cambiando la forma en que nos relacionamos con nuestros pacientes. Pasar de las relaciones impersonales en las que cualquier

enfermera puede atender a cualquier paciente a un modelo de asignación enfermera-paciente en el que cada enfermera sea la responsable de estudiar y tratar (dirigir el tratamiento) de pacientes concretos. Conseguir este cambio no exige grandes esfuerzos, solamente será necesario un poco de imaginación, para determinar la forma en que debemos hacerlo atendiendo a las características de nuestro lugar de trabajo.

Aplicación de un método científico de trabajo.

Cualquier ciencia para su desarrollo debe utilizar un método científico de trabajo. A este método los enfermeros lo hemos llamado Proceso de Atención de Enfermería y su utilización nos permitirá desarrollar una atención individualizada a nuestros pacientes para obtener unos resultados idénticos independientemente del lugar la fecha y el enfermero que lo aplique.

Los enfermeros españoles estamos viviendo una situación de tránsito que nos debe permitir recuperar la identidad y el tiempo perdido y encontrar el lugar que en la sociedad nos corresponde como profesionales. De cada uno de nosotros depende que ésto se haga realidad. Sin lugar a dudas creo que el esfuerzo que debemos realizar merece la pena y que algún día se verá transformado en mejoras, también, materiales para nuestros profesionales.

ORIGEN Y DESARROLLO DE LAS TECNICAS DE FIV-TE

Comencemos por afirmar que los médicos y científicos comprometidos con los Programas de FECUNDACION IN VITRO Y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA (FIV-TE) iniciaron las investigaciones y llevaron la puesta a punto de estas técnicas médicas por la imperiosa necesidad de encontrar soluciones médicas a determinados pacientes.

No fue pues ni un capricho, ni la concreción de una teoría elaborada por mentes deseosas de novedad o innovación.

En efecto, era necesario dar una respuesta médica a unas necesidades originadas por problemas de ESTERILIDAD TUBARICA que no encontraban soluciones adecuadas ni viables con el empleo de otras técnicas tales como la microcirugía de trompas que no ofrecía unos resultados significativos en la lucha contra la esterilidad.

Se habían empleado todos los medios. Incluso se había llegado a considerar la posibilidad de reemplazar las trompas dañadas y no funcionales por otras artificiales. Pero todo había sido inútil.

En 1969, presentando precisamente un informe sobre la posibilidad de reemplazar las trompas, el Dr. Neil MOORE, de la Universidad de Sidney (Australia), sugirió la posibilidad de RECOGER UN OVULO, FERTILIZARLO EN EL LABORATORIO Y TRANSFERIR EL EMBRION RECIEN FORMADO AL UTERO DE LA PACIENTE para intentar así vencer la esterilidad tubárica.

Dos años más tarde, en 1971, los Dres. EDWARDS y STEPTOE, trabajando en Cambridge (Gran Bretaña), empezaron a recoger óvulos humanos para fecundarlos en laboratorio.

El Dr. EDWARDS pudo de esa forma conseguir un embrión aparentemente normal en su desarrollo y en un estadio de 8 a 16 células.

Durante los años 72/73 el Grupo de Melbourne, sobre todo los Drs. LEETON y LOPATA, recogieron óvulos para



intentar su fecundación cuando realizaban intervenciones quirúrgicas en los ovarios. Gracias a ello, el Dr. LOPATA formuló su propio criterio en relación a madurez-crecimiento de los óvulos en orden a las técnicas de FIV-TE.

A finales del 73 el grupo de médicos y científicos de Melbourne estaba total y teóricamente preparado para intentar un Programa de Fecundación in vitro.

Así lo hicieron repetidas veces y, aunque los parámetros y exámenes químicos y hormonales ponían de manifiesto embarazos rápidos, la realidad era que ninguno de ello duró más allá de unos pocos días.

A pesar de ello se estaba avanzando a

pasos agigantados y parecía muy cercano el objetivo que había estado al origen del proceso investigador, a saber, evitar el bloqueo de las trompas y otras anomalías tubáricas en orden a conseguir ganar la batalla definitiva a la esterilidad. A pesar de todas las dificultades, el grupo de Melbourne, entre quienes figuraban los eminentes doctores HUDSON, BURGER, KRETSR, BROWN, LEETON, MOORE, LOPATA, etc. y el grupo de Cambridge, formado esencialmente por EDWARDS y STEPTOE, siguieron investigando sin descanso y en profundidad, seguros de estar orientados en el camino correcto.

A finales del 77 y principios del 78,

Melbourne estaba ya consiguiendo la formación de embriones en un 15/20 %. A pesar de ello no lograban ningún embarazo a término.

Fue entonces, el 25 de Julio de 1978, hace casi once años, cuando los Doctores EDWARDS y STEPTOE anunciaron al mundo el nacimiento de Louise Joy BROWN en Gran Bretaña. Acababa de nacer el primer bebé con la ayuda de las técnicas de «Fecundación in vitro y transferencia embrionaria».

Nadie duda hoy que el nacimiento de la niña BROWN aquel 25 de Julio del 78 marcó un hito en el tratamiento de la esterilidad y que este acontecimiento científico dió origen a una nueva era en la medicina de la reproducción humana asistida en su constante batallar contra la enfermedad o defecto que supone la esterilidad en todos y cada uno de sus aspectos.

Las líneas maestras de lo que hoy tenemos como Protocolo internacional de FIV-TE ya estaban puestas y trazadas. A partir de ahí sólo quedaba, y era mucha tarea, profundizar y seguir investigando para conseguir la mayor y mejor depuración de dichas técnicas.

Cada uno de los grupos o equipos que entonces comenzaron a formarse, ERLANGEN (R.F.A.), NORFOLK (USA), ANNECY (Francia), MELBOURNE (Australia), CAMBRIDGE (G. Bretaña) como pioneros, y los que más tarde se formarían, como DEXEUS (Barcelona) y CIVTE (Sevilla), fueron direccionando y orientando sus investigaciones en alguna de las diferentes facetas que componen las técnicas de la FIV-TE.

En efecto, unos se orientaron más en la SELECCION DE PACIENTES y lo que había comenzado por ser un tratamiento específico para la infertilidad por patología tubárica, terminó siendo un eficazísimo tratamiento para otras muchas patologías, tales como: Endometriosis, factores cervicales múltiples, factores inmunológicos masculinos o femeninos, infertilidad idiopática o de origen desconocido, tuberculosis del tracto genital, anomalías mullerianas etc..

Otros investigaron más en profundidad lo que se inició con las llamadas píldoras fertilizantes para inducir el CRECIMIENTO FOLICULAR, y dicha investigación ha puesto a punto una depurada



técnica en la mencionada «inducción del crecimiento folicular» que nos permite un más perfecto control y seguimiento del mismo y sin prácticamente riesgo alguno de hiperestimulación.

Otros contrastaron las diferentes técnicas para una mejor y más eficaz RECOGIDA Y RECUPERACION DE LOS OOCITOS. De esta forma se pasó del empleo inicial de la Laparoscopia, al uso generalizado hoy en día del ULTRASONIDO, es decir, la aspiración de folículos guiada por ultrasonidos con Ecógrafo.

Las ventajas entre una y otra son esenciales tanto para la paciente como para la calidad de los oocitos a recuperar.

Otros, en fin, se orientaron más en su esfuerzo investigador en todo lo concerniente a la FERTILIZACION IN VITRO, en EL CULTIVO DE EMBRIONES y en LA TRANSFERENCIA propiamente dicha.

De ahí que, en la actualidad, se puedan obtener mejores embriones y de mayor calidad, unos medios de cultivo que han alcanzado la perfección en nuestros días y que han mejorado espectacularmente el crecimiento in vitro.

En este terreno se ha legado a la reproducción exacta del medio nutricional in vivo de las trompas.

En cuanto a la «Transferencia embrionaria» se ha avanzado enormemente no sólo, como ya se ha dicho, en la calidad de los embriones, sino en el medio de la transferencia, en el diseño y en la posición del catéter, así como en el ulterior «apoyo de la fase lútea».

Por todo lo cual se ha llegado a una real depuración de las técnicas de FIV-TE que, hoy por hoy, las hacen ser el trata-

miento más económico, más eficaz, más seguro y de menos riesgo existente para combatir ciertos tipos de esterilidad y conseguir embarazos allí donde sólo hace unos años era impensable conseguirlos.

De la importancia que las técnicas de Fecundación in vitro tienen hoy en día, así como del auge alcanzado en los países más avanzados del mundo, precisamente por la bondad, eficacia y embarazos conseguidos, pueden darnos una idea no sólo las legislaciones y normativas que en cada uno de esos países se ha puesto en pie a este respecto, sino el mismo hecho de que en los once años de vida del In Vitro, se hayan celebrado múltiples Simposiums especializados y hasta siete Congresos Internacionales: (KIEL-Alemania Fedral-1980, ANNECY-Francia-1982, HELSINKI-Finlandia-1984, MELBOURNE-Australia-1984, NORFOLK-USA-1987, SEVILLA-España-1988, RIO DE JANEIRO-Brasil-1988).

Igualmente la importancia de la FIV-TE queda puesta de manifiesto por el hecho que las «comunicaciones» sobre el tema son múltiples en todos los Congresos de Ginecología y Obstetricia, y que existen, en la actualidad, más de treinta revistas especializadas en el tema de la Fecundación in vitro y Transferencia embrionaria.

Gracias a estas Técnicas médicas ya han nacido más de 10.000 niños a lo largo y ancho del mundo, y más de 3.000 mujeres se encuentran en estado de gestación. Ello sin contar los miles y miles de parejas que, en el curso de la investigación y pre-tratamientos con miras a integrarse en un Programa FIV-TE, encontraron solución a su problema sin tener que someterse a ellos.

LA FIV-TE EN NUESTRO CENTRO CIVTE-SEVILLA

Nuestro Centro CIVTE, S.A. (CENTRO DE IN SEMINACION IN VITRO Y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA) siendo uno de los más importantes de España, (el único en Andalucía), y estando considerado como el quinto de Europa tanto a nivel de instalaciones como de resultados, no podía ser distinto y ajeno a los magníficos resultados que el In Vitro internacional está obteniendo.

PRINCIPALES ETAPAS DE CIVTE	
10-ENERO-85	FORMACION DEL GRUPO CIVTE
2-MARZO-85	EXPERIMENTACION CON ANIMALES
20-JULIO-85	INICIO DE FIV-TE CON HUMANOS
2-AGOST-85	PRIMERA PUNCION FOLICULAR
3-AGOST-85	PRIMERA FECUNDACION DE OOCITOS HUMANOS
17-AGOST-85	PRIMERA BETA-bCG POSITIVA
29-AGOST-85	PRIMERA ECOGRAFIA POSITIVA DE EMBARAZO
19-FEBRE-86	PRIMERA CRIOCONSERVACION DE EMBRIONES
26-MARZO-86	PRIMER NACIMIENTO "IN VITRO" (LIDIA-MACARENA)
11-ABRIL-87	PRIMER PARTO GEMELAR
10-MAYO -87	PRIMERA MICROINYECCION POSITIVA
13-JUNIO-88	PRIMER PARTO "TRILLIZOS" ESPAÑOLES FRUTO DE NUESTRO PROGRAMA DE FIV-TE

Cuadro nº 1

En efecto, desde nuestra puesta en marcha hace poco más de cuatro años, (GRAFICO Nº 1) y siguiendo las pautas de un Protocolo homologable internacionalmente, hemos visto y ayudado a nacer, a la fecha de hoy, a 87 niños; tenemos en estado de gestación a 39 mujeres, y hemos logrado que más de 200 parejas infértiles que habían venido a nuestro Centro para seguir el Programa de FIV-TE, evitasen éste porque logramos vencer su esterilidad sin tener necesidad de aplicar dichas técnicas y sólomente con los «pre-tratamientos» aplicados al inicio.

CRITERIOS DE SELECCION DE PACIENTES:
* CLINICA Y EMOCIONALMENTE EN BUENAS CONDICIONES
* INDICACION CORRECTA Y PRECISA DE LA FIV-TE
* QUE NO EXISTA TRATAMIENTO ALTERNATIVO QUE SEA:
- MAS EPICAZ
- DE MENOR RIESGO
- MAS ECONOMICO

Cuadro nº 2

En el GRAFICO Nº 2 se encuentran resumidas las indicaciones para poder ser incluidos en un Programa-Tratamiento de FIV-TE.

Al inicio de nuestras actividades médicas, como todos los grupos internacionales, nos dedicamos casi en exclusiva a superar la infertilidad de origen «tubárico».

En la actualidad, como se observa en el gráfico, se trata con la misma eficacia muchos otros tipos de esterilidad.

INDICACIONES DE LA FECUNDACION IN VITRO:

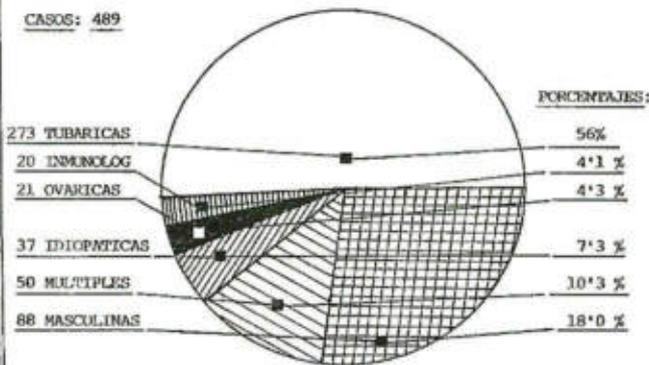
- * SUPERAR LA INFERTILIDAD TUBARICA
- * INFERTILIDAD POR ENDOMETRIOSIS
- * INFERTILIDAD POR FACTORES:
 - CERVICALES
 - INMUNOLOGICOS
 - MASCULINOS
- * INFERTILIDAD SIN CAUSA APARENTE (IDIOPATICA)
- * TUBERCULOSIS DEL TRACTO GENITAL
- * INFERTILIDAD CAUSADA POR ADHERENCIAS
- * HIJAS DE MUJERES EXPUESTAS A DIETILESTIBESTROL CON ANORMALIDADES MULLERIANAS

Cuadro nº 3

En el GRAFICO N° 3 pueden encontrarse resumidas todas las patologías de infertilidad-esterilidad que hoy en día son tratadas con los Programas de FIV-TE.

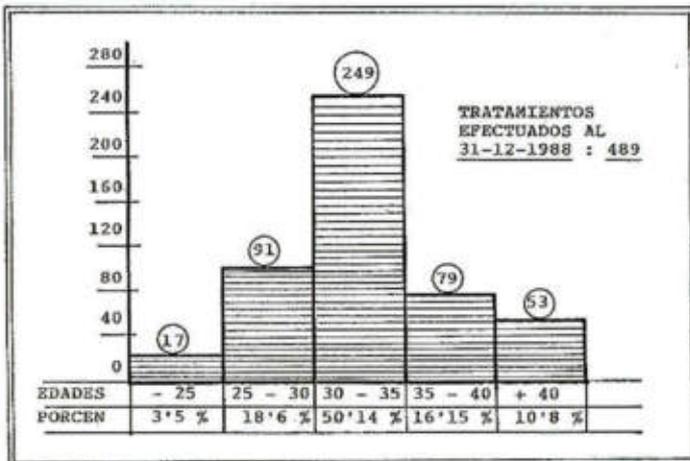
CAUSAS DE ESTERILIDAD TRATADAS:

CASOS: 489



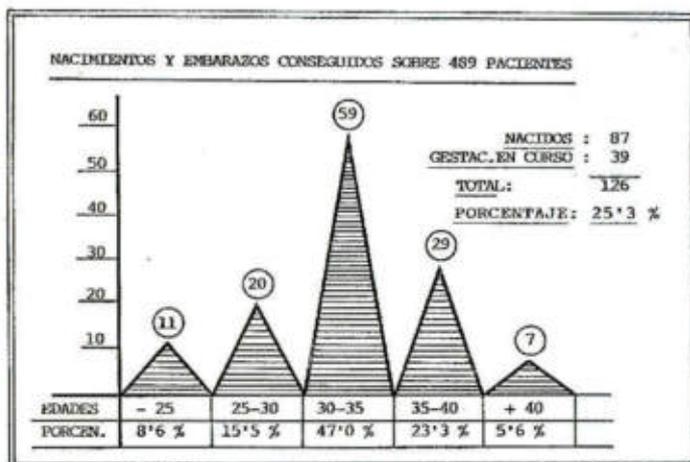
Cuadro nº 4

En el GRAFICO N° 4 se especifican las estadísticas concretas de los casos de esterilidad tratados en nuestro CIVTE con los porcentajes correspondientes a cada una de las patologías concretas.



Cuadro nº 5

En el GRAFICO Nº5 podrán encontrar las estadísticas de casos tratados a nivel de edad de la paciente. Como se observa la mayor incidencia está centrada en las mujeres de 30 a 35 años. La edad es un factor muy importante, aunque nuestro Centro, como se observa, ha obtenido embarazos en mujeres superando los 40 años.



Cuadro nº 6

En el GRAFICO Nº 6 se encuentran, en fin, los resultados obtenidos desde el inicio hasta la fecha. Puede observarse ese 25'3% de media que nos sitúan en primera línea a nivel internacional. Obsérvese los resultados obtenidos con mujeres entre los 35 y 40 años, 29 embarazos, así como los 7 en mujeres con más de 40 años.

Nuestro Centro fue el primero en lograr un parto gemelar con una paciente de Algeciras (Cádiz) y ha sido el primero en conseguir un parto de trillizos en España (Zaragoza).

Las Técnicas de FIV-TE, es preciso decirlo, no hacen milagros, no son la panacea que cura la esterilidad.

Sin embargo sí constituyen un tratamiento específico y muy eficaz, el más efectivo, el de menos riesgo y el más económico de la actualidad para luchar contra ese defecto concreto llamado esterilidad que padecen un 15/20% de las parejas.

DR. GARCIA OTERO



ENTREVISTA



La FIV-TE (Fecundación in vitro y Transferencia embrionaria) es un tema de candente actualidad en nuestras sociedades occidentales, incluida España, porque su práctica es ya habitual dentro de la medicina especializada en luchar contra la esterilidad y porque, todo hay que decirlo, estas técnicas vienen a romper de alguna forma los tradicionales esquemas de la reproducción humana.

Para intentar esclarecer algunos conceptos sobre los «niños probetas», traemos hoy a nuestras páginas a uno de los hombres con más experiencia, dentro y fuera de España, en la práctica tanto de la FIV-TE como de otras técnicas médicas de reproducción humana asistida.

Se trata del Dr. Eduardo García-Otero, Doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Ginecología, Obstetricia y Esterilidad. Fundador y Director del primer Centro andaluz de Fecundación in vitro que, desde Sevilla, tantos y tan resonados éxitos está logrando en este campo de la medicina:

-Doctor, ¿Son legítimos los Programas FIV-TEV y su ya habitual práctica en

nuestra sociedad?

-La Esterilidad de la pareja humana (padecida por un 18% de los matrimonios) es una enfermedad o la consecuencia de una enfermedad con sus componentes físico, psíquico e incluso social que dicha enfermedad lleva consigo.

Desde ese punto de vista, cualquier tratamiento, método o técnica médica orientada a eliminarla en su causa o en sus efectos no necesita de otra legitimación o justificación diferentes a la de cualquier acto médico en lucha contra la enfermedad.

-Doctor, ¿Quiere esto decir que lo que importa es el embarazo como objetivo, sin importar los medios que para ello se utilicen?

-No, de ninguna forma. Un programa serio de FIV-TE es legítima, científica, legal y éticamente irreprochable no sólo en el fin perseguido, el embarazo, sino en todas y cada una de las técnicas empleadas. Es decir, por una parte tenemos a unos matrimonios que padecen una enfermedad concreta: la esterilidad/infertilidad que esencialmente

los priva de tener hijos, es decir del derecho fundamental y primario a tener descendencia. Y por otra parte, la ciencia médica de hoy cuenta con unas técnicas seguras, perfeccionadas al máximo y experimentadas que son capaces de vencer esa esterilidad/infertilidad y lograr hijos allí donde antes lo impedía la enfermedad.

-Si eso es tan evidente, Doctor, ¿Por qué la Iglesia y algunos sectores de la sociedad se oponen a la Fecundación in vitro?

-En primer lugar hay que decir que la Iglesia, sabia y prudente, no se opone, no condena estas técnicas. No existe ningún documento oficial en ese sentido. Lo que hace, y por ello es sabia y prudente, es poner en guardia, advertir de los peligros que estas técnicas tendrían si fuesen mal empleadas por hombres sin escrúpulos y con fines ajenos y diferentes a los que ellas persiguen: Curar una enfermedad.

Lo que la Iglesia condena, y de ahí la confusión que algunas veces resulta para el gran público, es la clonación, la manipulación genética, la experimentación

con embriones humanos vivos, etc. pero esos temas son totalmente ajenos al in vitro y por supuesto totalmente condenables por quienes ejercemos la medicina, por quienes intentemos seriamente curar, sanar al hombre y ayudarlo a tener descendencia de forma correcta, legal, ética y médicamente irreprochable.

Las técnicas de la Fecundación in vitro, o se condenan por mala fe o por ignorancia. Ninguna de esas dos cosas son patrimonio de la Iglesia.

-Doctor, ¿por qué no nos explica brevemente en qué consisten las técnicas del In Vitro? Quizás, sabiendo en qué consisten, se podrían disipar dudas y malas interpretaciones. -Mire, la FIV, básicamente y muy esquematizado, consisten en lo siguiente: Una vez determinada con exactitud la causa de la esterilidad de la paciente, y descartada cualquier otra terapéutica que pudiera estar indicada para lograr el embarazo deseado, se inicia el Programa de Fecundación In Vitro.

La primera etapa consiste en una estimulación hormonal y el consiguiente control de la ovulación. En segundo lugar, y llegado el momento de la ovulación, se procede a la recogida de los oocitos que se han de fecundar. En tercer lugar se procede a la recepción del semen del esposo cuyos espermatozoides han de fecundarse los oocitos. En cuarto lugar, se procede a exponer los gametos masculinos y femeninos, juntos, con el fin de que se realice la fecundación de forma natural y espontánea, es decir, sin manipulación alguna.

Y, finalmente, una vez obtenidos el, o los embriones correspondientes, se procede a transferirlos al útero materno en donde han de seguir sus posteriores y naturales fases exactamente igual que en una gestación natural y espontánea. Como ve, lo único que hacen estas técnicas médicas, y ya es mucho por supuesto, es favorecer, brindar a oocitos y espermatozoides la posibilidad de encontrarse y fecundarse natural y espontáneamente, cosa que no podían hacer, aunque para ello hayan necesitado hacerlo extracorpóreamente y en un laboratorio.

Eso es el In Vitro y no otras cosas que rayan más en la ciencia ficción que en la realidad. Es decir, se trata, repito, en restituir y reconstruir aquellas funciones reproductivas de la pareja que la esterilidad como enfermedad hacía imposible. Y eso, y sólo eso, se podría y debería preguntar a esos miles de parejas que han conseguido un hijo por medio de estas técnicas médicas.

-Doctor, ¿Puede entonces decirse que las técnicas de FIV han logrado vencer definitivamente la esterilidad en todas sus modalidades?

-No. En absoluto. Las técnicas del in vitro (FIV-TE) no curan la esterilidad. Lo que sí consiguen, y de forma muy eficaz por cierto, es la gestación o embarazo que la pareja deseaba y al que tienen un derecho fundamental e irrenunciable; de esa forma también se restablece ese equilibrio psicofísico que frecuentemente estaba alterado en la pareja estéril.

Es por ello precisamente por lo que decimos, una vez más, que la FIV es científica, legal y éticamente irreprochable como terapéutica contra la esterilidad y dejando a un lado, porque no es FIV, cualquier otra tentación o desviación aberrante que siempre, como en cualquier actividad humana, podrá darse por la misma naturaleza del ser humano.

-Doctor, ¿Qué porcentajes de éxito se obtienen a nivel internacional y en su propio Centro CIVTE de Sevilla?

-En nuestro Centro puedo decirle que andamos con unos porcentajes de embarazos que oscilan entre el 22 y el 26 por ciento dependiendo de cada uno de los grupos de pacientes y sus respectivas edades. O si lo prefiere de otra forma le diré que los embarazos conseguidos durante un año, 1988, han alcanzado en nuestro CIVTE la media de un 25'3%. Es decir, exactamente los mismos que en los mejores y más reputados Centros europeos o americanos. Es preciso señalar que el porcentaje señalado se acerca muy mucho al de la misma naturaleza en embarazos normales de la pareja humana, y a pesar de ello seguimos investigando para mejorar y argumentar los éxitos que ofrecer a las pacientes.

-¿Qué enfermedades, Doctor, son subsidiarias de ser tratadas con la FIV?

-La esterilidad/infertilidad que tenga como origen, por ejemplo, patología tubárica (trompas de Falopio), ciertos tipos de endometriosis, patología por factores cervicales, inmunológicos ováricos, factores de origen masculino (azospermia, oligospermia), tuberculosis del tracto genital, anomalías mullerianas, etc..etc.. En definitiva aquella infertilidad que impida un normal funcionamiento de los órganos genitales en orden a la procreación.

-Doctor, García-Otero, ¿A qué tipos de anomalías o malformaciones están expuestos los niños nacidos por Fecundación In Vitro?

-A ninguna en especial. Es más, en los miles de niños nacidos a lo largo y ancho del mundo a través de estas técnicas y aunque las estadísticas no son muy significativas, lo que sí se ha observado en una tendencia, muy ligera, a la baja de anomalías corrientes en embarazos naturales.

-La gente se pregunta, Doctor, ¿A



dónde nos llevará en un futuro no muy lejano la práctica, cada día más corriente, de estas técnicas de FIV?

-¿A dónde nos llevará, le pregunto yo, el cada día más corriente trasplante de córnea que da vista al ciego? Simplemente a que existan menos invidentes.

De la misma forma, las técnicas de Fecundación in vitro nos llevarán pura y llanamente y si se siguen practicando con la misma seriedad y rigor científico-médico que ahora, a que disminuya sensiblemente ese 18 por ciento de parejas infértiles que no pueden tener hijos y a que miles de matrimonios puedan ejercer su derecho esencial a ser padres como usted o como yo.

-Por último, Doctor, ¿Qué se siente al estar tan cerca del origen de la vida, al manipularla en el laboratorio de su propio Centro médico?

-Le repito una vez más, que en nuestros programas de In Vitro no existe manipulación alguna, no se fuerza a la naturaleza, no se juega a ser pequeños dioses creadores. Actuamos sólo y exclusivamente para eliminar las barreras, los obstáculos impuestos por la enfermedad. Nuestro único objetivo es ayudar a que la naturaleza misma de la pareja actúe, supliendo, cuando hace falta, aquellas etapas que la enfermedad impide realizar de forma espontánea.

Que ¿Qué se siente? Mire, en primer lugar un respeto impresionante. Una profunda alegría al ver las batallas que se van ganando y que se miden por los niños nacidos y por las parejas que alcanzan la paternidad deseada durante largos años de matrimonio.

Para terminar, y citando a uno de los grandes especialistas de la FIV, el Dr. WOOD, le diría: «Los médicos y sus equipos de Fecundación In Vitro no creamos la vida ni la manipulamos. Ayudamos, con nuestra ciencia, nuestra pericia y nuestra dedicación a que los materiales de Dios, oocitos y espermatozoides, se puedan reunir y fecundar en orden a la gestación de un nuevo ser».

Trabajar en este campo de la medicina de la reproducción asistida nos lleva a aumentar y a desarrollar nuestra capacidad de asombro en la obra del Creador.



ECOS DEL VIII CONGRESO DE ATS-DUE ESPECIALISTAS EN ANALISIS CLINICOS

AUTOR:

Luis Miguel Gonzalez Flores

Supervisor del Area de Laboratorios del Hospital Universitario «Virgen Macarena» SEVILLA.

Durante los días 2,3,4 y 5 de Mayo, se celebró en la bella ciudad de Burgos el VIII Congreso Nacional de ATS-DUE Especialistas en Análisis Clínicos y que un año más volvió a convocar a un importante número de profesionales de enfermería de toda España que prestan sus servicios en las unidades de laboratorios.

El tema central de este Congreso giró en esta ocasión sobre el interesante aspecto del enfermo reumatológico, tema este de gran importancia dentro del mundo de la salud y que, pese a ser las enfermedades reumáticas unas de las patologías conocidas desde más antiguo (no olvidemos que fué Hipócrates el primero en acuñar el término «artritis» y en proclamar la naturaleza humana de la enfermedad -no el fruto de la cólera de los dioses-), son, de igual forma, unos cuadros nosológicos con plena vigencia y que afectan a una parte muy importante de la población con repercusiones muy significativas a niveles sociales y laborales debido a que son enfermedades que provocan un elevado índice de absentismo por las limitaciones funcionales que provocan.

El laboratorio, como parte activa y fundamental dentro del mundo de la salud, también tiene un importante papel en estos cuadros principalmente referida a las actuaciones que se relacionan con el diagnóstico, pronóstico, control terapéutico y prevención de los mismos, reflejándose todo ello en las actividades científicas de este Congreso en donde sus Ponencias y Comunicaciones giraron en el ya sentido clásico de enfocarlas sectorialmente dentro de los cuatro grandes

apartados que conforman el mundo de los Análisis Clínicos (Bioquímica Clínica, Hematología y Hemoterapia, Microbiología y Anatomía Patológica), dejando para el último día de sesiones aquellos aspectos relaciona-

dos más directamente con la enfermería de laboratorios y que en esta ocasión estuvo centrado en el enfoque y sistematización de la Formación Continuada en estas unidades, a través de la Ponencia Central elaborada por el Equipo de Supervisión del Area de Laboratorios del Hospital Universitario «Virgen Macarena» de Sevilla y en donde se puso de manifiesto la importancia y gran interés que el tema despierta en los profesionales de enfermería de toda España.

La participación, tanto en el número de participantes, como en los trabajos presentados fué muy importante y de ello da cumplida cuenta el número de comunicaciones aceptadas por el Comité Organizador de las cuales correspondieron: ocho al Hospital Universitario «Virgen Macarena» y dos al Hospital Universitario «Virgen de Valme», que conjuntamente con la Ponencia de Análisis Clínicos ya citada, totaliza el número más elevado de trabajos presentados de toda España y que expone bien a las claras la inquietud y buen hacer de la enfermería de laboratorios en nuestra capital.

Pero conjuntamente con los aspectos científicos, también estos Congresos permiten abordar cada año aquellos temas que se relacionan con la siempre candente y preocupante situación de nuestra Especialidad a través de las reuniones

anuales de la Asociación Española de ATS-DUE Especialistas en Análisis Clínicos. En esta ocasión se revisaron las acciones emprendidas durante el pasado ejercicio en defensa de nuestra Especialidad y se procedió al nombramiento de la Junta Directiva de la Asociación en la que repitieron sus cargos los miembros electos hasta tanto se proceda el próximo año a las nuevas elecciones que vendrán como fruto de la modificación estatutaria aprobadas en este Congreso.

Independientemente de las diversas opiniones que el tema siempre plantea, quedó de manifiesto la necesidad de unificar nuestras fuerzas y trabajar unidos para hacer frente a los graves problemas que tenemos planteados y que sólo podrán ser superados con el espíritu de unión y entrega por encima de los intereses u opiniones personales.

Con la designación de Jaca como sede del IX Congreso, se dió por finalizado el programa de trabajo de este VIII Congreso Nacional de ATS-DUE Especialistas en Análisis Clínicos en el que, independientemente de sus aspectos científicos y profesionales, destacó a una gran altura la excelente organización y el trabajo encomiable de sus organizadores que nos hicieron pasar unos agradables e inolvidables días dentro del marco incomparable de una bellísima Ciudad de Burgos que nos recibió con un clima primaveral y que contribuyó, todo ello, al éxito de un Congreso que anhelamos se repita el próximo año en tierras aragonesas.

OBSTRUCCIONES DE LAS VIAS INTRAVENOSAS: SU SOLUCIÓN. ESTUDIOS

AUTOR:

Jose Seda Diestro.

D.E.Hos.Univ.«Virgen Macarena» SEVILLA

En la práctica hospitalaria es frecuente encontrarse con una vía I.V. ocluida. Pero ¿sabemos solucionar esta eventualidad de la manera más adecuada?

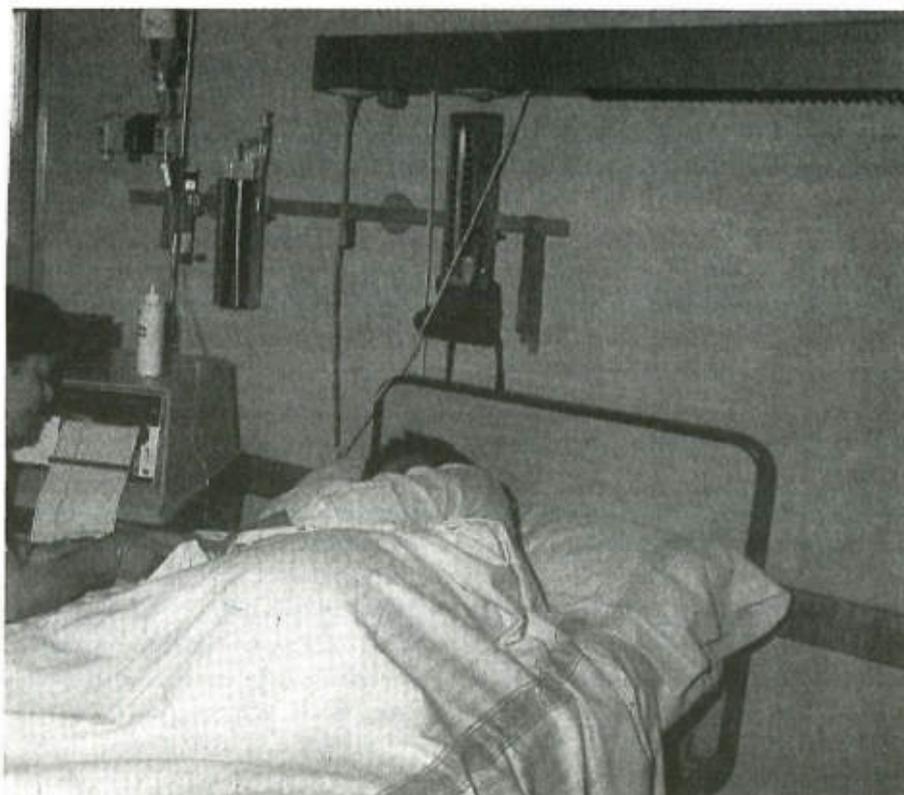
El objetivo de mi trabajo es el de exponer una serie de alternativas a explicar en estos casos, comprendiendo que la más adecuada dependerá siempre de las características de la vía ocluida, de la naturaleza de la obstrucción y de lo accesible que se muestren las venas del paciente para su punción y posterior canalización.

Ante una obstrucción "pura", lo más adecuado sería retirar la vía e instaurar la perfusión en otra zona. Pero esto no es siempre posible, por lo que debemos de estar preparados para solucionar este problema de la manera más adecuada.

Las vías I.V. pueden obstruirse bien por precipitados farmacológicos o bien por coágulos sanguíneos. En el caso poco frecuente de que la vía haya sido obturada por un precipitado farmacológico, lo más adecuado sería la retirada inmediata de la vía e intentar en otro lugar, ya que los precipitados son difícilmente solucionables o extraíbles, por lo que podrían generar cuadros embólicos.

Supongámonos que estamos en planta o U.C.I., y nos avisa un familiar o la alarma de la bomba de perfusión de que el flujo se ha interrumpido. Empezaremos con las actividades de rutina, como la revisión del equipo y movilización del paciente o miembro. Si estas acciones no son afectivas y la vía de perfusión es periférica, debemos de tomar una decisión: retirarla o intentar desobstruirla. ¿Se podría irrigar el catéter?

La irrigación desde luego es lo más cómodo, barato y rápido, pero desde



luego nunca se debe realizar. Entendemos por irrigación la aplicación con presión en el catéter con una jeringa cargada con suero fisiológica o a la aplicación de presión externa sobre el equipo como por ejemplo en la zona de caucho destinada a la administración de bolos.

Este procedimiento es fuente de graves complicaciones como embolismo pulmonar. El embolismo pulmonar es mucho más frecuente de lo que se creía en un principio ya que estadísticas de 1983 nos muestran una incidencia del 30% de embolismo pulmonar no diagnosticado.

Si se forma un coágulo en la punta del catéter por lógica la técnica de irrigación lo liberará y lo empujará dentro del sistema circulatorio.

En vista del riesgo que supone para el paciente **"no se debe irrigar"** una vía I.V. ocluida.

Cuando un catéter I.V. está ocluido y las actividades de rutina no dan resultado, se debe de reestablecer la perfusión en otra zona.

En el caso de un catéter venoso central, el restablecer la perfusión conlleva un procedimiento importante con riesgos significativos. En lugar de irrigar, como primer paso aspiraremos con una pre-



ningún caso actúa antes de los **15 minutos**. Debido al coste de la uroquinasa generalmente no se utiliza para el lavado de catéteres periféricos.

Para desobstruir una vía con uroquinasa, aspiraremos el catéter para determinar el volumen muerto. Una vez determinado este se procede al rellenado con posterior pinzamiento del catéter para que la uroquinasa pueda destruir el coágulo. Despinzaremos y aspiraremos a intervalos de 5 minutos hasta que la técnica halla resultado exitosa. Se puede repetir tantas veces como sea necesario, pero la necesidad nos obliga casi siempre a suspender esta técnica al tercer intento, puesto que generalmente la vía I.V. es de suma necesidad para el paciente.

Si con esto no consigue hacer permeable la vía, dese por vencido e intente en otro lugar, pero recuerde que **no debe irrigar en ningún caso el catéter**.

sión no excesiva utilizando para ello una jeringuilla de 5 cc.

Si logramos aspirar sangre, inmediatamente lavaremos el catéter con 5 cc. de suero fisiológico y reanudaremos la perfusión. En caso de que no aspiremos sangre, limpiaremos el catéter interrumpiendo la limpieza en caso de sentir alguna resistencia.

En el caso de que la aspiración mas lavado no halla dado resultado positivo, lavaremos el catéter con heparina introduciendo el contenido de la jeringuilla con sumo cuidado y sin ejercer presión ya que ésta podría romper el catéter o bien introducir al coágulo dentro del corazón.

Si todos estos métodos han resultado infructuosos el médico puede indicar el lavado del catéter con **uroquinasa**. En un estudio realizado se empleó uroquinasa para intentar desobstruir 1.600 catéteres, siendo la efectividad de un **98,6%**, no apreciando **ninguna reacción adversa**.

La uroquinasa actúa disolviendo los coágulos sanguíneos, siendo inefectiva para los precipitados farmacológicos, y en

OBSTRUCCIONES:

- FARMACOLÓGICAS
- POR COAGULACIÓN SANGUÍNEA

PASOS ANTE UNA OBSTRUCCIÓN:

- REVISIÓN DEL EQUIPO Y PACIENTE
- ASPIRADO Y LAVADO DEL CATÉTER
- HEPARINIZACIÓN DEL CATÉTER
- LAVADO CON UROQUINASA

LA RETIRADA DE LA VÍA OBTURADA DEPENDERÁ DE NUESTRO CRITERIO TENIENDO SIEMPRE PRESENTE LAS CIRCUNSTANCIAS QUE FAVORECEN O IMPIDEN LA INSTAURACIÓN DE LA PERFUSIÓN EN OTRA ZONA.

NO EJERZA NUNCA UNA PRESIÓN POSITIVA SOBRE EL CATÉTER CON LA JERINGUILLA. LAS CONSECUENCIAS SON MUCHO MÁS GRAVES.

EL PRACTICANTE MILANO



La fama del curandero

BOB Y SUS MONIGOTES

D. Manuel Jaime, escribía para la Revista de Medicina y Cirugía Auxiliar, el artículo titulado "Bob y sus monigotes".

En el mismo, se nos advierte de la importancia que para unos buenos cuidados de Enfermería, reúne una buena escucha del paciente, aunque en el caso que nos ocupa sea un tanto especial.

ALEJANDRO GARCIA NIETO

FELIPE Saldaña y Alvarez Ponsati, era un pollo de muy buena familia que jamás había dado una picotada.

De pequeño ya manifestó desafecto al trabajo haciendo novillos en la escuela y otras diabluras más.

Cuando mayorcito, fué la pesadilla de sus padres, maestros y el autor y actor de todas las perrerías que practican en los colegios y en las calles los chicos malos. Así iba creciendo y pasando por la vida y así perdió su juventud, sin honra ni provecho, pero había que vivir, vivir, ¿pero cómo?

Huerfano de padres, de familiares y amigos que le ayudaban, hubo de ponerse serio, que la vida es muy buena persona mientras no se enfada, pero ¡ay!, cuando esta señora dice: "No paso de aquí", entonces no hay otro remedio que trabajar o hacer un disparate, y Felipe era bastante para no hacerlo.

Pues bien: se dijo Felipe, si no hay más remedio que trabajar, trabajaré, ¿pero en que?

Ni idiomas, ni contabilidad, ni manejar un instrumento, pero tengo habilidad, conozco bien el flaco de las gentes y sé que no vive mejor el que más sabe, sino el que sabe vivir mejor; enhorabuena, Felipe, hazte curandero.

Difícil es lo que pienso hacer, lo comprendo; tendré amigos incondicionales y enemigos acérrimos que no me perdonarán, pero ¿quién no los tiene en este mundo aun obrando bien?

Además vivir a costa de los tontos y desconfiados, no será acción que se premie, pero tampoco merece un castigo cruel; tengo una idea, adelante.

Alquiló dos habitaciones en un barrio

extremo de la ciudad, se agenció un fajo de hierbajos inofensivos y puso en la puerta un letrero que decía: "Felipe: Recibe a sus amigos de 3 a 7", pero él no se ponía hasta las 5 a trabajar.

En el hueco de unas puerta de la sala instaló una cabina, como las que tienen los Médicos en sus despachos para que se desvestan y vistan los pacientes, y desde ella oteaba el monte y escuchaba las conversaciones de las piezas que tenía que cobrar, que siempre hablaban más de la cuenta, escuchemos.

—Cuanto tarda este señor.

—Sí, las cosas de palacio van despacio; pero vale la pena esperar, para saber luego del mal que sufrimos, y este señor lo sabe todo. La otra vez que estuve, me adivinó el día que me casé y hasta el vestido que llevaba.

—Es verdad. Dicen que a un señor de Sabadell que sufría horrores por los disgustos que su familia le daba, en una sola sesión le curó radicalmente.

—¿Y cómo fué eso?

—Enviándolo a América.

—Y usted señora, ¿a qué viene? ¿Se puede saber?

—Desde luego. Vengo a que me diga este señor el motivo de esta delgadez, que puedo arder en un candil cualquier día. Yo creo que tengo la solitaria, pero los Médicos no me lo dicen, y yo estoy muy preocupada.

—Pues ya verá como este señor se lo dirá en cuento la vea, no falla una, y como el caso urge, pase la primera, le cedemos el puesto.

Son las cinco. Felipe sale de su escondite con un manojito de apuntes, donde consta todo cuanto dijeron sus parroquianos en

la sala sin perder detalle, y por el foro entra en su despacho y dice: "A ver, muchacho, que entre el primero."

Sientese señora, y explíqueme lo que le sucede.

—Pues verá: que cada día estoy más delgada y no sé lo que tengo.

—¿Ya se alimenta usted bien?

—Comer ya como, pero no engorda.

—Veamos, enseñeme la lengua. ¡Uy!..... Esto está más claro que el aceite de racionamiento, usted tiene la solitaria, no me cabe duda.

—Sí, señor tiene usted mucha razón, yo ya lo digo, pero los Médicos no me hacen caso.

—Bueno, tomará una taza de estas hierbas después de comer y ya verá salir ese bicho pitando como si lo persiguiera la Guardia Civil.

—Las hierbas valen veinticinco pesetas y la consulta la voluntad, que yo no cobro a nadie.

Así en esta forma tan "maravillosa" de saberlo todo, el nombre de Felipe se iba ensanchando y subía a las nubes como humo de cartón mojado, pero subía.

Naturalmente que al correr del tiempo la autoridad sanitaria se enteró del caso y avisó a la policía, que clausuró la guarida de Felipe con la protesta del vecindario, como era de esperar.

Bien está que se castigue al que hace profesión del engaño pero estaría demás castigar también a los engañados, porque no es siempre la ignorancia lo que les hace caer en la trampa que les tienden los Felipes y Bonifacios.

MANUEL JAIME
(Barcelona)

PREMIOS NOBEL DE MEDICINA

NIELS RIBERG

Niels Ryberg Finsen nació en la localidad danesa de Thorshavn, islas Ferøe, el 15 de diciembre de 1860. Los estudios universitarios los cursó en Copenhague, obteniendo el título de médico en 1890. Desde esta fecha y hasta 1893 trabaja en el Instituto Anatómico de la Facultad de Medicina de la capital de Dinamarca, de la que fue nombrado profesor en 1899. Su vocación científica lleva a Finsen a estudiar los efectos fisiológicos y terapéuticos de la luz, inaugurando con sus investigaciones la moderna luminoterapia; tales trabajos le harían merecedor del premio Nobel, con el que fue galardonado en 1903. Al año de recibir tal distinción, el 24 de septiembre de 1904, en plena juventud, le sobrevino la muerte. Han escrito biografías de Finsen, William Thulstrup (1910), Anker Aggebo (1940) y Svend Lomholt (1943).

Sus teorías sobre la posible acción terapéutica de la luz le indujeron a proponer la utilización de las ondas largas lumínicas, es decir, las portadoras de efectos térmicos, en el tratamiento de la viruela (1893); la hipótesis de Finsen, primero acogida con entusiasmo, fue pronto desechada. Para el cumplimiento de sus proyectos científicos Finsen creó un centro de investigación, el Finsens Medicinske Lysinstitut (1895), primero sostenido con ayudas privadas y más tarde de modo oficial. En él llevó a cabo su fundador una sostenida labor sobre la influencia de las ondas lumínicas en las bacterias, estudiando asimismo los efectos biológicos y terapéuticos de la luz. Fruto de tales indagaciones es su demostración de que la fracción lumínica de onda más corta, es decir, los rayos ultravioleta, obtenida de la luz solar o de un arco voltaico, era capaz de producir la muerte de ciertas bacterias en sus cultivos o bien en la piel. Tales efectos no eran motivados por un



1903
NIELS RYBERG FINSEN

factor término, sino debidos a la acción química de la propia radiación lumínica (rayos actínicos). La deducción clínica de sus hallazgos llevó a Finsen a realizar, con éxito, la irradiación de afecciones cutáneas, en especial el lupus tuberculoso, enfermedad provocada por el bacilo de Koch. Para simplificar la utilización de su técnica en el tratamiento de la tuberculosis cutánea ideó una lámpara de arco capaz de producir una luz especialmente rica en rayos lumínicos con propiedades químicas; esta luz, llamada de Finsen, vino a ser un efectivo recurso terapéutico. Para filtrar las ondas largas no convenientes en el curso de la radiación también empleó Finsen soluciones amoniacales de sulfato de cobre.

La exposición escrita del descubrimiento que valió a Finsen el Premio Nobel figura en su trabajo «Om Anvedelse i Medicinen af koncentrerede kemiske Lysstraaler» (Copenhague, 1886). Fundamental es, asimismo, el estudio que dedicó a destacar la importancia del poder actínico de la luz en medicina y biología (*Ueber die Bedeutung der chemischen Strahlen*

des Lichtes für Medicin und Biologie, Leipzig, 1899). De fecha ulterior es su comunicación sobre el tratamiento del «lupus vulgaris» (*Om Bekaempelse af Lupus vulgaris*, 1902). Su obra *La Pthothérapie*, publicada en París en 1899, fue también editada en versiones alemana e inglesa.

Las consecuencias, tanto teóricas como clínicas, de los descubrimientos de Niels Ryberg Finsen llegan a nuestros días, a despecho de las modificaciones introducidas en terapéutica con la utilización de los rayos X, el radium y los modernos preparados de ACTH; de ello nos da pruebas, citando dos únicos testimonios, el uso de la luz ultravioleta para la esterilización parcial de ciertos productos y el uso de la fototerapia como tratamiento de diversos procesos propugnado por Bernhard y Rollier. Los trabajos de Finsen, que tuvieron resonancia social, despertaron el interés de la reina Alejandra, esposa de Enrique VII de Inglaterra; a ella regaló el investigador danés, en 1900, una de sus lámparas, pieza que hoy se conserva en el Wellcome Historical Medical Museum de la capital danesa.

BECAS DE ESTUDIO

El Ilustre Colegio Oficial de ATS y DE de Sevilla convoca BECAS DE ESTUDIO para el presente año 1988, de acuerdo con lo aprobado en la Junta de Gobierno del día 21 de Abril del presente año.

El objeto de estas Becas es doble, primero premiar el esfuerzo de quienes presenten algún trabajo, comunicación, ponencia o publicación de trabajos inéditos y segundo la de obtener de los mismos un avance para la Profesión y reconocimiento de este Colegio a la labor realizada.

Todos los trabajos premiados quedarán a disposición del Colegio, que podrá hacer de ellos el uso que crea conveniente. No será premiado bajo ningún concepto la simple asistencia a unas Jornadas o Congreso.

La solicitud debe ir acompañada de una copia del trabajo por el cual es solicitada. Deberá indicarse claramente el acto a celebrar, lugar, localidad, publicación, fecha y tiempo de duración.

La petición deberá hacerse con un margen de veinte días posteriores o anteriores a la celebración o publicación del trabajo. La concesión de la Beca estará supeditada de forma inexcusable a la justificación documentada de haberse realizado o notificación de la inclusión del trabajo en el desarrollo del evento de que se trate.

Para la valoración de las Becas se crea una Comisión integrada por los tres miembros que componen la Vocalía de Formación y Especialidades. En su caso, esta Comisión podrá pedir Asesoramiento Científico a quien estime oportuno. Los trabajos premiados serán aprobados en la Junta de Gobierno posterior a la presentación de los trabajos, en su sesión ordinaria.

Serán excluidos de estas Becas los trabajos presentados por Colegiados que no se encuentren al corriente en el pago de las Cuotas Colegiales. El presente Reglamento será de aplicación a los autores del trabajo.

de estas Becas
s en la Revisión
tífica de es-

Como norma general se tendrá en cuenta el Baremo que a continuación pasamos a enumerar. Quedan excluidos los trabajos realizados como consecuencia de un destino laboral retribuido en el ámbito profesional que tuviese el interesado. Igualmente quedan excluidos todos los trabajos realizados como actividad de Cursos y similares organizados por el Colegio, así mismo se establecerá un máximo de tres Becas por colegiado y año.

Los trabajos realizados con ocasión de Programas de Formación Continuada de los distintos Centros no serán considerados a efectos de la concesión de Becas.

BAREMOS PARA LA VALORACION DE BECAS

Contenido: de 0 a 5 puntos.
(Aplicación de Método Científico: de 0 a 1 punto).

(Estructura del trabajo: de 0 a 1 punto).

(Interés de la materia estudiada: de 0 a 3 puntos).

3 Utilidad: de 0 a 2 puntos.

Originalidad: de 0 a 2 puntos.

Presentación: de 0 a 1 punto.

Todas aquellas Becas que no alcancen un mínimo de 2,5 puntos, serán desestimadas por la Comisión.

Cada 0,1 punto obtenidos de la valoración de cada trabajo será multiplicado por 350 pesetas, que es la cantidad que la Junta de Gobierno ha estimado para el presente año, sin perjuicio de que esta cantidad se pueda aumentar o disminuir según lo estime oportuno dicha Junta.

Los trabajos que se realicen en el ámbito Regional llevarán un incremento fijo de 3.000 pesetas.

Los trabajos que se realicen en el ámbito Nacional llevarán un incremento fijo de 5.000 pesetas.

Los trabajos que se realicen en el ámbito Internacional llevarán un incremento fijo de 10.000 pesetas.

Con carácter extraordinario se establecen DOS BECAS anuales de hasta un máximo de CIENTO CINCUENTA MIL pesetas (150.000 pesetas) cada una para ampliación de estudios post-básicos de Enfermería

en España o en el Extranjero.

Para la concesión de dichas Becas se exigirá una memoria explicativa sobre actividades, presupuestos, etc., de los estudios a realizar, que será valorada por la Comisión de Becas instituida en este Colegio.

Podrán optar a estas Becas todos los que tengan previsto la realización de dichos estudios durante el presente año.

La aprobación o denegación les será comunicada a los interesados en el menor plazo posible.

Serán requisitos indispensables el justificante del Centro donde se va a realizar los estudios y el estar al corriente en el pago de las Cuotas Colegiales.

Con carácter extraordinario se establece la cantidad de 250.000 pesetas (DOSCIENTAS CINCUENTA MIL PESETAS) como ayuda a la Investigación. Esta cantidad podrá ser administrada por la Comisión de Becas como lo estime oportuno. Estas Becas contribuyen a suministrar a los Colegiados la cantidad económica o los materiales necesarios para la realización de los estudios de investigación.

Para optar a esta modalidad de Becas será condición inexcusable la presentación de una memoria sobre el trabajo propuesto para la investigación. Cada mes a partir de la concesión de la Beca será necesario por parte del solicitante el comunicar oralmente y por escrito los avances del trabajo a los miembros de la Vocalía de Formación y Especialidades.

Será condición necesaria para optar a la concesión de Beca la de encontrarse al corriente en el pago de Cuotas Colegiales.

La retirada de este tipo de ayuda así como la concesión de las mismas serán concedidas por la Comisión de Becas y aprobadas por la Junta de Gobierno del Colegio en sesión ordinaria.

Las presentes normas entrarán en vigor a partir del 1 de Junio de 1988.

Sevilla, 21 de Abril de 1988.

CURSOS, CONGRESOS Y JORNADAS A CELEBRAR EN DISTINTAS PROVINCIAS

JORNADAS INTERNACIONALES

Respuesta de la Sociedad Frente a las Drogas

Organizado por la Asociación para la prevención del alcoholismo, otras toxicomanías y para la reinserción social. Asociación de ayuda e información al toxicómano. BARCELONA
Fechas de celebración : 8 al 10 de Octubre de 1989

III CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PUBLICA Y ADMINISTRACION SANITARIA

Organizado por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. BILBAO
Fechas de celebración: 25 al 28 de Octubre de 1989

JORNADAS DE INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS EN EDUCACION PARA LA SALUD EN CENTROS DOCENTES

Organizado por la Dirección de Atención Primaria y Promoción de la Salud, Dirección de Renovación Pedagógica y Reforma y la Consejería de Educación. TORREMOLINOS (MALAGA)
Fechas de celebración: 9 al 11 de Octubre de 1989

IV CONGRESO ESTATAL DE PLANIFICACION FAMILIAR

Organizado por la Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Andalucía , la Federación Española de Planificación Familiar y la Asociación Andaluza de Planificación Familiar. SEVILLA
Fechas de celebración: 2 al 4 de Noviembre

I CONGRESO EUROPEO DE ECONOMIA DE LA SALUD

Organizado por la Asociación de Economía de la Salud. BARCELONA
Fechas de celebración: 19 al 21 de Septiembre de 1989

RECOLECCION DE SECRECIONES EN ENFERMOS DE RIESGOS PROCEDENTES DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS-ASPIRACIONES

Organizado por el Colegio de Enfermería de Madrid. MADRID
Fechas de celebración: Antes de 31 de Octubre de 1989

II JORNADAS ARAGONESAS DE ENFERMERIA

Organizado por el Hospital de San Jorge . Divis. Enfermería. HUESCA
Fechas de celebración: 26 al 28 de Octubre de 1989

III CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA EN ANESTESIA – REANIMACION

Organizado por la Asociación Española de enfermería en Anestesia – Reanimación. MADRID
Fechas de celebración: 9 al 11 de Octubre de 1989

IV JORNADAS ASTURIANAS DE ENFERMERIA PEDIATRICA

Organizado por la Dirección de Enfermería. Formac. Continuada. Area pediátrica. AVILES
Fechas de celebración: 27 al 28 de Octubre de 1989

PAPEL DE LA ENFERMERIA EN LA SALUD PUBLICA

Organizado por el Colegio de A.T.S de Alicante. ALICANTE
Fechas de celebración: 23 al 24 de Noviembre de 1989

IV CURSO DE EXPERTOS EN ESTOMATERAPIA PARA ENFERMERIA

Organizado por la Escuela de la Universidad Complutense. MADRID
Fechas de celebración: 28 de Octubre al 1 de Diciembre de 1989

IV JORNADAS ANDALUZAS DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

Organizado por la Delegación Radilógica de Huelva y el Colegio de A.T.S. / D.E.
Fechas de celebración: 15 al 16 de Diciembre de 1989

VI JORNADAS NACIONALES DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA PARA ENFERMERIA

Organizado por el Servicio de Hematología de la Seguridad Social. CADIZ.
Fechas de celebración: 8 al 11 de Noviembre de 1989

BECAS CONCEDIDAS

TITULO	AUTOR	CUANTIA
APLICACION DEL PROCESO DE ENFERMERIA EN UNA UNIDAD DE CIRUGIA DE TORAX.....	RODRIGUEZ MACIAS, GERARDO.	27.500
VALORACION DE ACTITUDES INTELECTUALES Y SOCIALES QUE INCIDEN EN LA ATENCION DE ENFERMERIA.....	CUADRI DUQUE, MARIA JOSE	21.800
CONTROL DE CALIDAD DEL REGISTRO DE ALTA ENFERMERIA.....	NIETO GUTIERREZ, PILAR	21.550
CONTROL DE CALIDAD DE GRAFICAS EN INTENSIVOS.....	CORTAZAR PUERTO, TERESA	19.800
AUTOFORMACION Y ENFERMERIA.....	JIMENEZ ABELLAN, FCO. JOSE	25.400
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL POST-OPERATORIO DE CIRUGIA EXTRACORPOREA....	NIETO GUTIERREZ, PILAR	21.550



1^{er} PRIMER PREMIO

Autor: Herminio Martínez Muñoz, Título: Gineta, Máquina: LEICA R-4. 2819
CONCURSO FOTOGRAFICO PERMANENTE DEL COLEGIO DE A.T.S. Y D.E.
TEMA: EL MUNDO DE LOS NIÑOS

El plazo de presentación finalizará el próximo 30 de Agosto de 1989.

BASES:

Premios: 1^{er} Premio: 50.000 Pts.
2^o Premio: 25.000 Pts.
3^{er} Premio: 10.000 Pts.

Formato: 20 x 25 cm., color, enmarcada en cartulina blanca de 2cm. de margen (24 x29 con marco)
Cada participante sólo podrá presentar **2 fotografías como máximo**. Cada uno de las cuales irán en sobre cerrado e identificadas en su reverso con el título de la composición. En sobre aparte, cerrado, irá el nombre y

el número de colegiado, máquina con la que se ha realizado la fotografía y negativo, figurando solamente en el exterior de éste el título de la composición a fin de mantenerse en anonimato el nombre del autor de la misma.

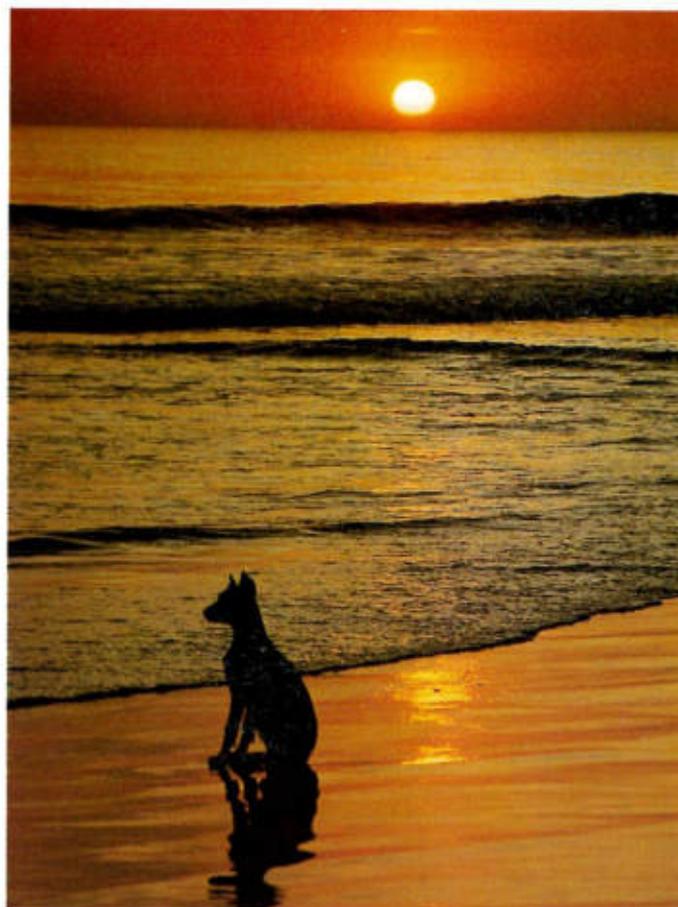
Las fotografías presentadas pasarán a ser propiedad del Colegio que podrá hacer uso de ellas, sin carácter lucrativo y especificando el autor de la misma.

Los autores de las fotografías no ganadoras podrán recoger sus negativos a los 90 días de transcurrido el fallo, mientras que los ganadores el negativo pasará a ser propiedad del Colegio.

El tema para el siguiente trimestre será PUEBLOS DE SEVILLA.

2º PREMIO:

Título: Reflejos
Autor: Manuel Cuellar Larrea
Máquina: MINOLTA XG-9
4064



3º PREMIO:

Título: El Cortejo
Autor: M^a Carmen Rodicio Arias
Máquina: COSINA-HI-LITE-ECL
3087



IMAGEN PROFESIONAL



LA DIVERSIDAD DE OPINIONES NO PROVIENE DE QUE UNOS SEAN MÁS RAZONABLES QUE OTROS, SINO SOLAMENTE DE QUE CONDUCCIMOS NUESTROS PENSAMIENTOS POR DIVERSAS VÍAS Y NO CONSIDERAMOS LAS MISMAS COSAS. "DESCARTE "

M^a Dolores Ríos Parrilla
Adjunta de Formación Continuada
Hosp.Univ.«Virgen Macarena»

SEGÚN EL DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA, LA PALABRA IMAGEN SIGNIFICA: la representación de una cosa, de forma viva y eficaz.

A partir de aquí, debemos reflexionar a cerca de si nosotros, como profesionales y como grupo social, representamos algo en la sociedad, y más aún, si ese algo lo hacemos eficazmente y con viveza porque profesión casi todos sabemos lo que es: (facultad, aptitud, poder y derecho para hacer alguna cosa)...

Por supuesto, que todos estos requisitos mencionados anteriormente están presente en nuestro colectivo, pero aún no encontramos la fórmula para poder utilizar y promocionar nuestra imagen y que ésta sea reconocida.

Ultimamente se habla mucho de la IMAGEN, es decir de "tener buena imagen"; "dar buena imagen", y de esto se ocupan bastante los medios de comunicación de nuestro país. Pero nosotros como profesionales no le damos la importancia que esta palabra tiene dentro de nuestro ambiente.

También se habla de las NECESIDADES que la población tiene de bienestar, de vivir en salud, pero trasladando estas necesidades a nuestra profesión, podremos preguntarnos si, ¿no estará nuestra profesión carente de salud? ¿no le haría falta un saneamiento?, ¿no tendríamos que realizar un buen diagnóstico de nosotros mismo y de nuestro colectivo?....

A partir de aquí es necesario buscar un DISCURSO con un contenido apropiado, con reflexión y raciocinio, con palabras y frases empleadas para manifestar lo que pensamos y sentimos, y seguir afianzando nuestro cambio social.

Es importante que comente ahora lo que se entiende según los Sociólogos por CAMBIO SOCIAL.

CAMBIAR ¿POR QUÉ?

Próximos ya al año 2000, debemos asimilar, de que todo cambia y progresa con muchísima rapidez que en cualquier otra época precedente.

Tenemos nuevas técnicas, tenemos acumulación de datos científicos, sucesos psicológicos y sociológicos. Todo esto presenta al ser humano una situación diferente a la que tenía antes, pero muchos seres humanos no entienden estos cambios.

La educación técnica y profesional ha cambiado y tiene que cambiar aún más. En casi todos los temas de nuestra vida, nos encontramos con hechos, teorías y métodos viejos que caen en desuso y son inútiles en la actualidad.

En los nuevos conceptos de la enseñanza, es evidente que se debe enseñar a que seamos creativos, al menos, a ser capaces de enfrentarnos con lo nuevo e improvisar.

No debemos temer al cambio, sino más bien debemos poder sentirnos a gusto con el CAMBIO y lo novedoso. Debemos encontrar personas que en lugar de luchar contra el cambio, lo anticipen y para quienes el reto de lo nuevo resulta placentero, por lo tanto debemos desarrollar un grupo de personas hábiles, preparadas y educadas de un modo diferente al habitual.

Habitualmente y sociológicamente, todos cambiamos de actitudes y de hábitos en un momento dado de nuestra existencia y de nuestra vida cotidiana. Cambiamos de vivienda, cambiamos de coche (porque nos gusta el reto, lo mejor), cambiamos de lugar donde pasar las vacaciones. También cambiamos de televisor, de video de todo aquello que la nueva tecnología nos proporcione mayor bienestar. Toda la publicidad, que en una sociedad de consumo, como la nuestra existe,

nos hace continuamente modificar nuestra forma de vida e incluso cambiar nuestra actitud en ciertos momentos. Sin embargo, seguimos resistiéndonos a cambiar de métodos de trabajo, sin que por ello proporcionemos otra alternativa al respecto.

Sabemos que estos cambios pueden hacer más satisfactorio nuestro trabajo, hacerlo más sistematizado y creativo, y como consecuencia de ello, podemos ofrecer a la sociedad y al individuo un trabajo más eficaz y rentable. Pero a pesar de todo, nos estamos negando a consumir el cambio, llegando a la conclusión de que nos estamos negando a mejorar y a satisfacer la mitad de nuestra vida —que es la Vida Laboral—, que también nos pertenece.

Por todo esto, para que lo entendamos mejor podemos hablar científicamente de la SOCIOLOGÍA DEL CAMBIO, y llegar a identificar bien que es cambiar socialmente, y a partir de aquí considerar si nuestra profesión está sometida a un CAMBIO SOCIAL.

DEFINICIÓN DE CAMBIO SOCIAL.

Cambio social consiste más bien en transformaciones observables y verificables dentro de periodos de tiempo más breve.

Es importante diferenciar lo que **NÓ** es CAMBIO SOCIAL, de lo que **SÍ** es.

El cambio Social **NO** es un acontecimiento (huelga, asamblea, incendio, etc.), **NO** es una situación de personal, **NO** es cambiar de responsabilidad, tampoco es un cambio que afecte sólo a una persona o a unas pocas personas, aunque cambian de actitud o de opinión, como no sea en el caso en que ese cambio de opinión o de actitud se incluya de un colectivo más amplio, como podría ser el nuestro.

El Cambio Social **SÍ** es:

- Un fenómeno colectivo, que debe implicar a un colectivo o a un sector apreciable. Debe afectar a las condiciones o a los modos de vida.

- Es un cambio de infraestructura, modificación en la organización.

- Supone la imposibilidad de identificarlo en el tiempo. Es decir, medir el Cambio respecto a un punto de referencia en el pasado.

- Todo Cambio debe dar prueba de una cierta permanencia, infundir la convicción de que serán más duraderas que una moda que pasa pronto.

- Un Cambio Social debe afectar al curso de la Historia de una sociedad o de un colectivo. En nuestro caso, no cabe la menor duda que nuestra profesión es histórica, y que ha modificado nuestra vida profesional:

Según los Sociólogos, lo anteriormente expuesto podría llevarnos a una definición suficientemente simple y clara de lo que significa CAMBIO SOCIAL: diremos que el Cambio Social es: **TODA TRANSFORMACIÓN OBSERVABLE EN EL TIEMPO, QUE AFECTA DE UNA MANERA NO EFÍMERA NI PROVISIONAL A LA ESTRUCTURA O AL FUNCIONAMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN DE UNA COLECTIVIDAD, MODIFICANDO EL CURSO DE LA HISTORIA.**

Todo esto, nos hace pensar que nuestra profesión se está sometiendo desde hace varias décadas a un cambio social, ya que si analizamos bien los puntos anteriores, nos damos cuenta de que cumple los requisitos necesarios para considerar el proceso de CAMBIO que estamos teniendo. Las estructuras de la población cambian (Política, Educación, Religión, etc.) y nosotros debemos atender a la demanda que la sociedad pide y estar dispuesto a ofrecerle unos nuevos cuidados.

Sería importante seguir apuntando algunos aspectos más, que nos indicará que estamos en el camino de un cambio social en nuestra NUEVA IMAGEN PROFESIONAL. Estos aspectos serían:

a).- Factores del cambio; es decir elementos que por el mero hecho de su existencia produce cambio. Ej.: introducir nuevas técnicas en un Hospital, fábrica, etc., que entraña modificación en los métodos de trabajo. Así sucedió hace años en nuestra Comunidad Andaluza; el cambio consistía en la apertura de los Centros de Salud, todo



ello comportaría (nuevos conocimientos, nuevas estructuras, nueva educación, nuevos conceptos de salud-enfermedad, etc.)

b).- Las condiciones del cambio: que son elementos que favorecen o desfavorecen la influencia de un factor o factores de cambio. Pueden influir sobre la dirección del cambio. Un cambio tal vez no encuentre condiciones favorables en un sector concreto de la sociedad, o que lo haga sólo tardíamente; (actitud del sindicato frente al cambio, normativas de trabajo, órganos de gestión, etc.)

c).- Los agentes del cambio: como se han visto son las personas, los grupos, las asociaciones, que introducen, sostienen, fomentan o se oponen al cambio. Se trata de actores y grupos, animados por unos intereses, unos objetivos e ideologías, que hacen impactar en la sociedad.

Nuestros agentes del cambio podrían ser los mismos profesionales, los Colegios profesionales, las Asociaciones de Enfermería, los sindicatos, etc. Todos unidos hacia la consecución de unos mismos objetivos llegaría a afianzar nuestra postura ante la población.

Nuestro verdadero cambio está en la unión de todos. Es cierto que a veces los agentes del cambio no están dispuestos a ceder y es a partir de ahí donde sobreviene el malestar.

Después de desarrollar estos conceptos, podemos pensar, si a través del cambio social que en nuestra profesión viene ocurriendo hace tiempo, es posible ofrecer una IMAGEN y un reconocimiento

de nuestra labor y que se proyecte en la población.

Respecto al cambio es necesario hacerse varias preguntas.

¿Qué es lo que cambia?

¿Cómo se produce el cambio?

¿Qué curso sigue?: continuo, esporádico, discontinuo con resistencias.

¿Se trata el cambio de una evolución lenta, progresiva o brusca?

Pero cuando ya conocemos los hechos —y en nuestra profesión estos es así—, se sitúa en la siguiente parte, que viene a ser el análisis de los factores, que hay que identificar para poder explicar el Cambio.

¿Cuáles son los agentes activos de este cambio, y cuáles la oposición y resistencia? si analizamos todos estos elementos podemos PREVER el futuro de los acontecimientos que puedan provocar el Cambio Social.

Según Karl Marx: la historia social resulta de la praxis de hombres con necesidades que sólo pueden satisfacerse mediante el trabajo y la producción.

Hay que razonar y reflexionar, respecto a estos temas, a la vez que desarrollar el estudio y aprendizaje, pues como hemos venido diciendo: todo cambio implica análisis, adaptación, aprendizaje, etc.

Hemos de darnos cuenta, de que mucho de lo que hemos llamado aprendizaje se ha convertido en algo inútil. Ya no podemos considerar que la EDUCACIÓN sea fundamentalmente o exclusivamente un proceso de aprendizaje; en la actualidad,



abarca también la educación del carácter, el proceso de formación de las personas, etc.

El pasado casi ya no nos sirve en algunos aspectos de la vida, aquellas personas que dependen demasiado del pasado, son de escasa utilidad en muchas profesiones.

La vida del hombre, de las instituciones, de las profesiones tienen un curso histórico y dentro de este curso histórico o de esta historia natural de la sociedad, se producen cambios notables y necesarios. Entonces ¿por qué negamos a cambiar? ¿por qué aferrarnos al pasado? ¿es que tal vez necesitemos una nueva clase de enfermeros/as, una nueva clase de ser humano que se dedique a practicar, vivir y sentir lo que significa ser enfermería? Quizás lo que la sociedad demande sean personas con energía, valor y confianza,

para confiar en sí mismo, en la institución y en las situaciones problemáticas, para que de esta forma improvisemos sin una previa preparación.

Estamos empezando a apreciar y valorar las NECESIDADES de la población sana y enferma y ¿por qué no empezar a detectar las necesidades de los que trabajamos para la salud?

Esta nueva clase de ser humano profesional está apoyada por supuesto en una nueva Educación, que debemos perfeccionar y que sea dirigida precisamente a la promoción de una nueva persona, que es necesario, no sólo en nuestro grupo profesional, sino en todos los grupos que forman la sociedad. Una persona que sea: más activa, más improvisadora, con confianza en sí misma, con coraje y autonomía.

Descarte decía: "No basta tener la mente

bien dispuesta, sino que lo principal es aplicarla bien. La razón es cosa de todos los hombres y no patrimonio estricto de la escuela y del grupo de los doctos. Todos los hombres en principio están igualmente dotados para alcanzar la verdad, porque todos poseen por naturaleza esa facultad de distinguir lo verdadero de lo falso que es la razón. La cuestión está en usarla bien".

REFLEXIONEMOS

Cuando estos razonamientos tan controvertidos entran en debate, aparecen diferentes opiniones, que pueden ser el resultado de reflexiones subjetivas, que carecen la mayoría de las veces de fundamentos teóricos que las avalen.

Estamos defendiendo (si es que defendemos algo o a alguien) intereses propios y particulares de cada uno y no aquellos que beneficiarían a toda la comunidad, que a fin de cuentas es la nuestra. Los intereses personales también deben ser defendidos, pues nos pertenecen, pero deberían hacerse desde otra óptica, para así dejar el camino libre y llegar al análisis profundo de nuestra identidad y realidad profesional.

Seguimos teniendo la osadía, en estos tiempos en que vivimos, de discutir nuestros temas, de gran importancia, sin ningún rigor científico. Hay que ser más serios en lo que hablamos y discutimos, y eliminar divergencias, para conseguir mejorar la profesión en beneficio de nosotros y de la sociedad.

Para ello debemos tomar conciencia de que la Enfermería es una ciencia eminentemente social, y por lo tanto humanista, y el que no lo crea ni sienta así, está desperdiciando su tiempo precioso y obstaculizando el desarrollo de los demás compañeros.

A lo largo de la historia de la humanidad, la enfermería se ha distinguido por la preocupación de cubrir las Necesidades de salud de la población. Pero progresivamente esas necesidades han sido cambiantes y han evolucionado, por lo que la demanda también ha cambiado, y es lógico que se nos exija un CAMBIO adaptado al periodo histórico que estamos viviendo.

Las nuevas tendencias de atender al individuo, comunidad; implica cambiar en la forma de ofrecer cuidados, porque los nuevos modelos de cuidados son instrumentos de trabajo con importancia indiscutibles en la actualidad. También es

cierto que para mejorar estos modelos y acoplarlos a nuestros medios sanitarios, es preciso la discusión, que pueda llevarnos a un consenso justo. Pero si lo hacemos así, que sea sobre unas bases científicas sustentadas en la realidad, ya que toda Ciencia necesita un método para desarrollarse.

No podemos seguir evitando la discusión con sentido, pues llegaríamos a engañarnos, a negarnos a nosotros mismos como colectivo, a nuestros científicos y teóricos, y acabaríamos haciendo prácticas sin ninguna base teórica, por lo tanto no sería disciplina prácticas.

Cambiar la práctica habitual no es fácil, por muy maravillosa que nos la presenten. Pero lo que sí debemos tener presente es que, a través de la información que el estudio, los libros y revistas nos proporciona podemos debatir con seriedad y respeto los problemas que se nos planteen. "Si conseguimos adquirir buenas informaciones, conocimientos y habilidades, podemos conseguir la seguridad, sabiduría y autonomía que nuestra profesión necesita".

¿QUÉ FUTURO NOS AGUARDA?

Este enunciado es el título del libro de Adam Schaff, referente a las consecuencias sociales de la segunda revolución industrial. Y que podemos aplicarnos esta pregunta a nosotros como grupo profesional.

Es una pregunta bastante preocupante. Hay que actuar y no esperar que otros lo hagan por nosotros. Debemos consolidar el presente y construir el futuro.

La Revolución Científica que se está produciendo continuamente, nos llega a nosotros también. Son tantos los avances que existen en las ciencias de la Salud, para curar y cuidar, que a veces nos olvidamos que el portador a quien van dirigido esos avances es un ser humano.

La solución del problema no consiste en prohibir el progreso, sino establecer mediadas preventivas que contrarresten los avances de la ciencia. Ningún avance del conocimiento humano es reaccionario o perjudicial, todo está en dependencia de cómo el hombre sepa utilizarlo.

No podemos olvidar que la persona humana sigue hablando, oyendo, sintiendo y que necesita además de las nuevas



técnicas, nuevas habilidades de comunicación, para llegar al entendimiento de su cuerpo y desarrollar una favorable evolución de su enfermedad y de su vida.

Intentar por otro lado que los dirigentes de la sociedad ayuden a que este ambiente no se deteriore y evitar provocar grandes catástrofes que vayan en detrimento de todos.

El desarrollo de todas las habilidades y valores que tiene el ser humano engendra diversos conflictos, cuya solución dependerá siempre de decisiones y actos humanos.

Tenemos que realizar grandes esfuerzos de imaginación para poder comprender que lo que ahora es futuro, será una realidad y presente más tarde para los niños que nacen y para los jóvenes que vienen actualmente. Podemos ofrecer a

nuestros pacientes y compañeros un sinfín de modalidades y de valores aplicables a cualquier ser humano, pero para ello tenemos que ser hábiles y actuar con eficacia, seguir trabajando e intentar forjar "NUESTRO ESTILO DE VIDA" profesional, es decir la forma de emplear nuestro tiempo en la organización del trabajo diario.

Es preciso que se nos oiga y que se nos vea más frecuentemente. Nunca estamos en los medios de comunicaciones, hablamos poco en público. Quizás sea que nosotros no deseamos que se nos oiga o no estamos seguros de que lo que queremos decir, escribir, hablar, etc.

El reconocimiento tiene que llegar primordialmente por voluntad propia, reforzándolo a través de la voluntad de las autoridades que dirigen el país.

BIBLIOGRAFÍA

-ABRAHAM MASLOW, "La Personalidad creadora". Ed. Kairos 3ª Edic. 1987.

- GUY ROCHER: "Introducción a la

Sociología general". Edit. Herder 1983.

- Adam Schaff: "¿Qué futuro nos aguarda?. Consecuencias sociales de la 2ª revolución industrial". Edit. Crítica.

1985.

-DESCARTE: "El discurso del Método". Edit. Aguilar, 1983. 2ª Edic.

Hasta el

10'38^{*}
%

La Cuenta Integral del Banco del Comercio es un producto especialmente diseñado para Vd.



Al Nivel de los más exigentes.

Su elevada rentabilidad, obtenida mediante la aplicación de una escala gradual de intereses según saldos medios, desde la primera peseta y sin ningún tipo de penalización; su funcionalidad, que permite la realización de todas las operaciones bancarias habituales, y su total liquidez, la sitúan al nivel de los más exigentes.

Además, con la Cuenta Integral Vd. podrá obtener una amplia gama de productos y servicios en condiciones preferentes, disfrutando, en todo momento, de un asesoramiento personalizado para cualquier tipo de operación.

Tenga en cuenta todas estas ventajas y considere que, por su nivel, el ser titular de una Cuenta Integral dice mucho de Vd.

Si precisa ampliar esta información, llámenos gratuitamente al



900 125 125

A.B.E. 17.287

RW

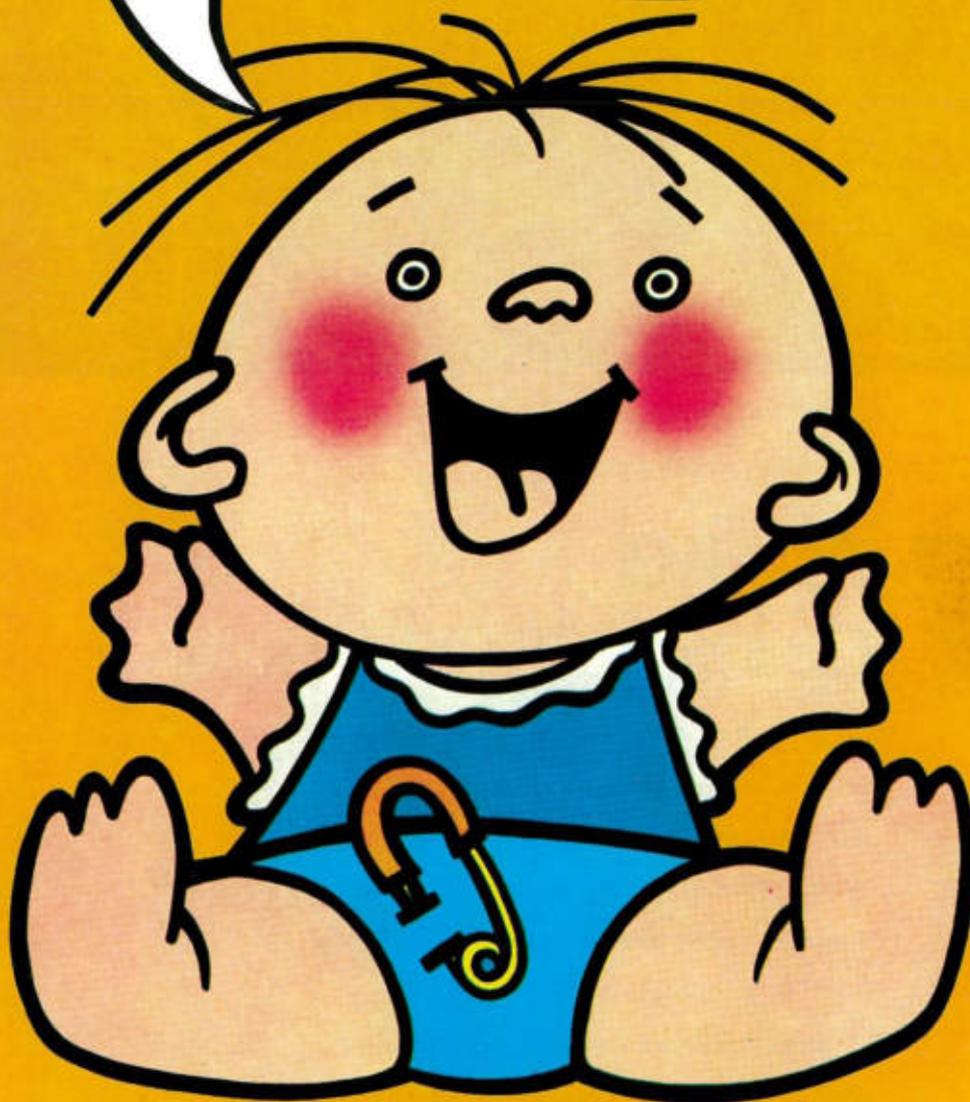
*T.A.E. Según saldos medios.



BANCO DEL COMERCIO

Para una clase de vida.

*¡Tómate la leche
a pecho!*



**NATURALMENTE
LECHE MATERNA**



JUNTA DE ANDALUCIA



Consejería de Salud

A LA LUNA VENIDERA
TE ACOSTARÁS A PARIR
Y TU VIENTRE ARROJARÁ
LA CLARIDAD SOBRE MÍ
ALBORADA DE TU VIENTRE
CADA VEZ MÁS CLARO EN SÍ
ILUMINADO EN MARFIL
A LA LUNA VENIDERA
EL MUNDO SE VUELVE A ABRIR.

NACER CON LA LUNA

AUTORA: Matilde Torrejón Rueda
Matrona Hosp. Univ. «Virgen Macarena»

INTRODUCCIÓN

Después de varios años ayudando a las madres a parir a sus hijos, son muchas las preguntas y muchos los detalles que a cualquier profesional se les puede plantear: recuerdos de noches tormentosas en las que con frecuencia las preeclampsias afloran a nuestro parto, las tenemos todas las matronas.

La satisfacción que nos produce ver en el rostro alegre y dolorido al ver por primera vez, a la hembra o al varón tan deseado, (según sea el caso) es difícil olvidar.

Son tantos y tantos detalles, que aunque mi experiencia no sea aún de demasiados años, si es suficiente como para desmitificar o por el contrario aprender a valorar, ciertas creencias populares y no profanas, que hacen de esta profesión una apasionante invitación a lo enigmático.

¿Quién no ha escuchado los consejos que daban las abuelas a las primigestas, o los augurios sobre el sexo, según la época del año, o el estado de la luna?

Sí, sobre la luna flotan muchos mitos, atribuciones y creencias, que la relacionan con la embarazada y el desencadenamiento del parto.

Es a este binomio LUNA-PARTO, al que le he dedicado este estudio, y sobre el que nos vamos a centrar a continuación. Pero antes de comenzar vamos a ver un poco, ¿Qué es la luna y sus fases?, y que nos dice la bibliografía sobre su relación con el desencadenamiento del parto.

LA LUNA Y SUS FASES

Luna, del latín luna (plena, llena, nova, nueva). Astro, satélite de la tierra que alumbraba cuando está de noche sobre su horizonte.

Gira alrededor de la tierra en 29 días, 12 horas, 44 minutos en una órbita casi circular y a una distancia media de 384.000

Km.

Su diámetro es de 3.470 Km. y su masa 1/81 de la tierra. Brilla reflejando la luz solar. Gira sobre su eje en el mismo tiempo que lo hace alrededor de la Tierra, por lo cual sólo es visible la misma cara.

Se nos parece unas veces enteramente iluminada y otras en forma de media luna y sus variaciones periódicas, en este aspecto originadas por su movimiento alrededor de la Tierra, se denominan fases:

1) LUNA NUEVA

Cuando se encuentra situada entre el Sol y la Tierra, está iluminada la parte que mira a aquél y en sombra la enfrentada con la tierra.

2) FASE O CUARTO CRECIENTE

Se produce cuando el Sol, la tierra y la Luna forman un ángulo de 90° por lo que vemos el hemisferio derecho iluminado.

3) FASE O LUNA LLENA

Cuando la Tierra se encuentra entre el Sol y la Luna, por lo que ésta se ve enteramente iluminada.

4) FASE O CUARTO MENGUANTE

El Sol, la Tierra y la Luna forman un ángulo de 90°, pero inverso al de la segunda y se ve iluminada la mitad izquierda del astro.

LUNA Y GESTACIÓN

En todo el mundo hay gente que cree que existe relación entre la luna y el ciclo reproductor humano. ¿Se trata de simple superstición?. En la India, por ejemplo, se cree que la fase lunar en que es concebido un niño determina su sexo. También se piensa que hay más partos en los días de luna llena y nueva.

Los indios navajos creen que hay más partos en la luna llena, por la atracción de la luna sobre el líquido amniótico: una especie de marea biológica.

En 1961 el doctor Hilmar HECKERT



médico berlinés, demostró la influencia de los ritmos lunares en diversas categorías de funciones humanas, influyendo muertes y nacimientos.

En un estudio publicado en 1966 en el JOURNAL OF GENETIC PSYCHOLOGY, Robert Mc Donald, informaba que en los datos de su muestreo se había producido un número significativamente mayor de nacimiento durante la luna llena y nueva.

Otra área de investigación científica ha sido la posible relación entre el ciclo menstrual y mes lunar. El doctor HECKERT afirma poder demostrar la relación entre el ciclo menstrual y mes lunar. ARHENIUS, habló de ello en su documento germinal sobre ritmos biológicos de 1989.

Estudios similares han sido publicados por Romer (1907), Bramson (1929) y H. GUTHMANN y D. OSWALD (1936). Demostraron que un número significativo de ciclos menstruales se iniciaron durante la luna llena o nueva.

En 1959, WALTER Y ABRAHAM MENACKER publicaron los resultados de un estudio de la duración de la reproducción humana en relación con el ciclo lunar.

Utilizaban una masiva base de datos. Examinando los estudios existentes sobre la duración del ciclo menstrual humano, descubrieron que por término medio el ciclo menstrual no tiene la longitud aproximada del mes lunar, "sino la longitud exacta: veintinueve días y medio".

Al examinar el periodo de gestación humano, utilizaron datos de 250.000 nacimientos: la longitud de la gestación es precisamente de nueve meses lunares: 265,8 días; ó 266, el número entero más cercano, concluyeron que el sistema reproductor humano sigue el tiempo lunar, en lugar del sideral.

Para el Dr. ARNOLD L.LIEBER, es un hecho comprobado que se producen más nacimientos en la luna llena que en otras fases: aunque no determina si se producen más nacimientos porque la concepción se rige por el tiempo lunar, o por el efecto gravitacional de la luna llena sobre los procesos del parto; por una aceleración del parto, como creen los indios navajos.

Lo que si cree es que el proceso reproductivo es regido por un reloj astronómico extrínseco, y no por un misterioso reloj biológico intrínseco.

Así en los nacimientos se reunen fuerzas del entorno derivadas en última instancia de los ciclos cósmicos que, por tanto establecen los ritmos biológicos de los individuos.

PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS

A la vista de todas estas especulaciones se nos plantea rápidamente la siguiente cuestión: ¿Existe realmente relación entre la luna y el desencadenamiento del parto? O mejor dicho de forma proposicional: Hay una relación entre la fase en que se encuentra la luna y el desencadenamiento del parto.

Entendiendo por desencadenamiento del parto, su consecuencia, es decir, el número de nacimientos acaecidos en una determinada fase lunar.

Para el estudio me he valido de una muestra obtenida en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, con un total de 6.996 nacimientos, acaecidos durante todo el año de 1987 y 1988.

Los nacimientos en cuestión tienen las siguientes cualidades:

- Los nacimientos diarios corresponden a la suma global de partos y cesáreas.
- Los partos gemelares se han considera-



do como dos nacimientos

- El número de partos es global, es decir no he hecho discriminación entre el parto espontáneo o el inducido, porque si bien el inducido intervienen causas ajenas a lo natural no siempre terminan con éxito y por lo tanto no deben afectar a la calidad de la muestra.

- El número de cesáreas es también global, porque si bien no todas se realizan con el trabajo de parto ya instaurado, el margen de error es tan pequeño que lo he considerado despreciable.

- No hay discriminación entre la edad de la madre, paridad, clase social, procedencia y edad gestacional.

- Corresponden a todos los nacimientos registrados en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, en los años 1987 y 1988.

REPRESENTACIONES GRAFICAS

La que a continuación voy a presentar, es un primer intento de visualizar gráfi-

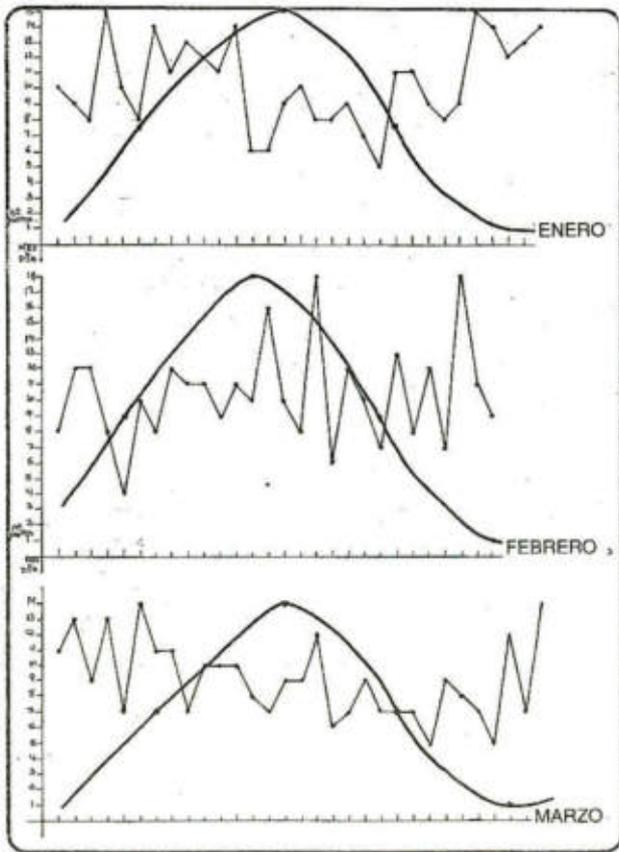
camente una posible relación entre una curva que representa el crecimiento y decrecimiento de la luna; la cual consta de una primera rama ascendente que representa la fase de "luna creciente", un vértice superior que representa la "luna llena", una rama descendente que es la "luna decreciente" y un vértice inferior "luna nueva".

Con otra línea quebrada que representa en un eje de coordenadas la evolución del número de nacimientos (eje de ordenadas) a lo largo de los días del mes determinado (eje de abscisas).

Si el lector observa estas gráficas, le será difícil o imposible al igual que a mí, de poder obtener un paralelismo o continuidad entre ambas líneas, en los 24 meses representados ¿Qué quiere decir esto?.

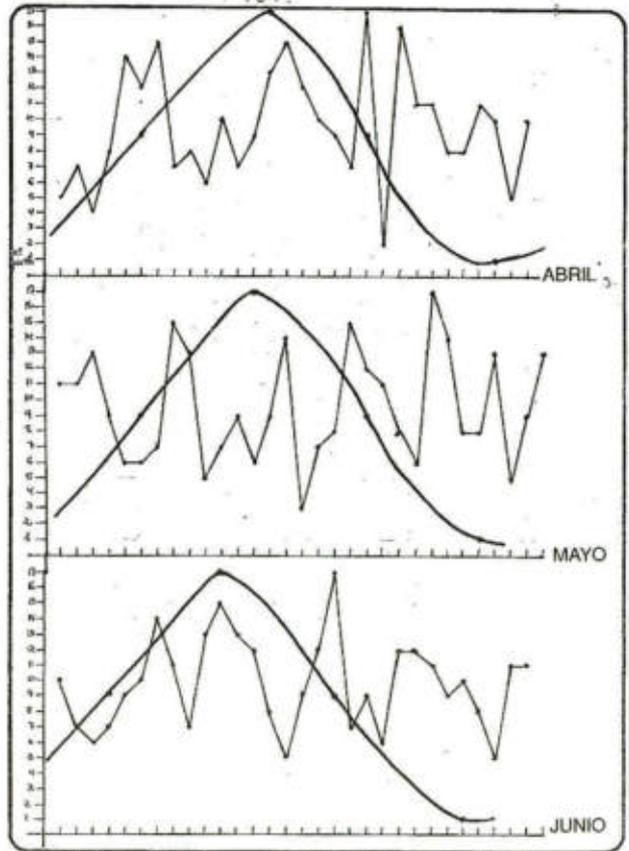
Pues que aparentemente y basándonos en la caprichosa evolución del número de partos no es posible afirmar la proposición enunciada anteriormente de que el número de nacimientos sigue una evolución acorde con las fases lunares.

1987



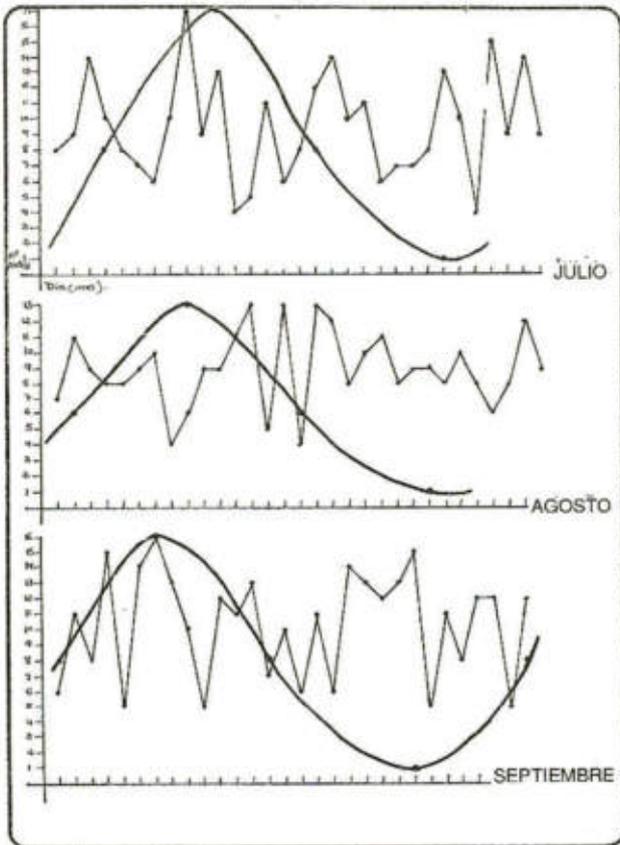
— nº partes.
— parte lunar.

1987



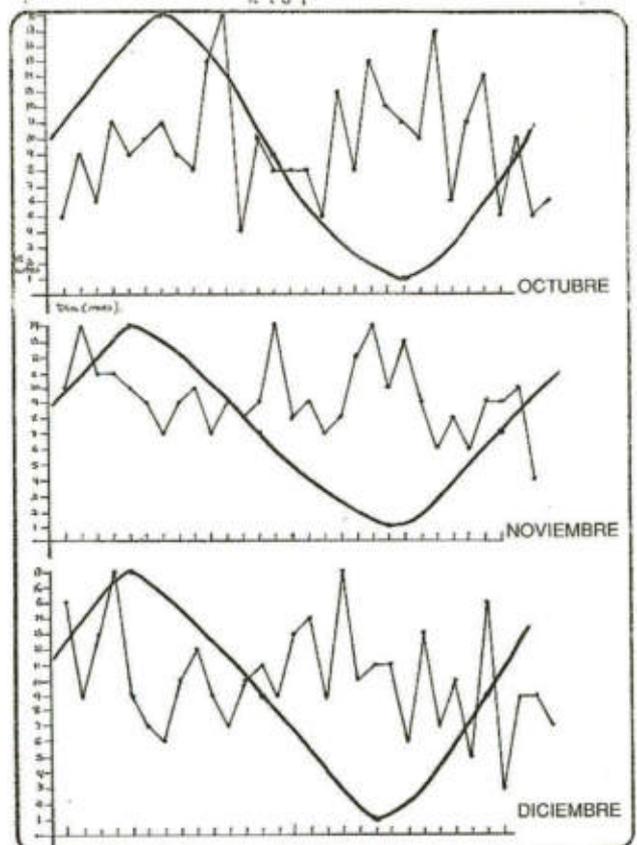
— nº partes.
— parte lunar.

1987



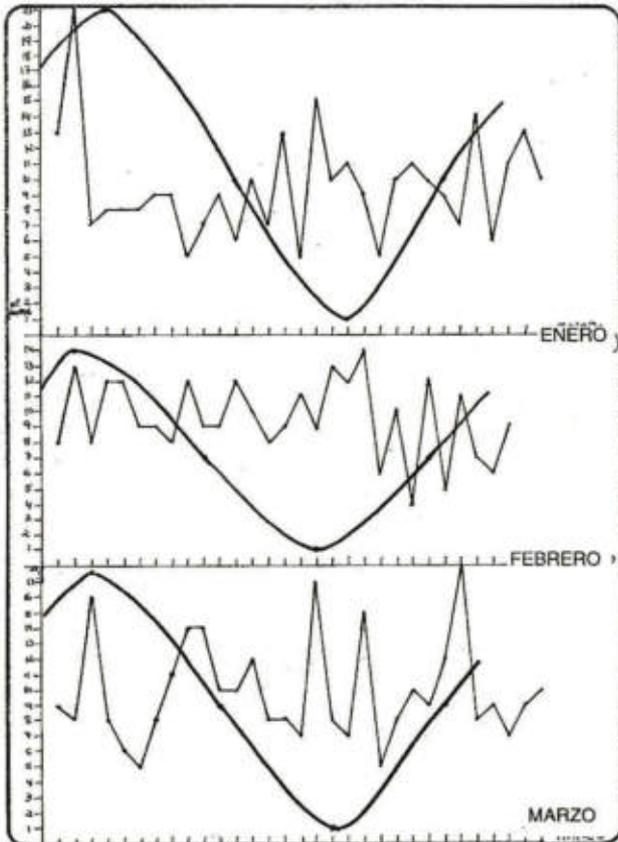
— nº partes.
— parte lunar.

1987

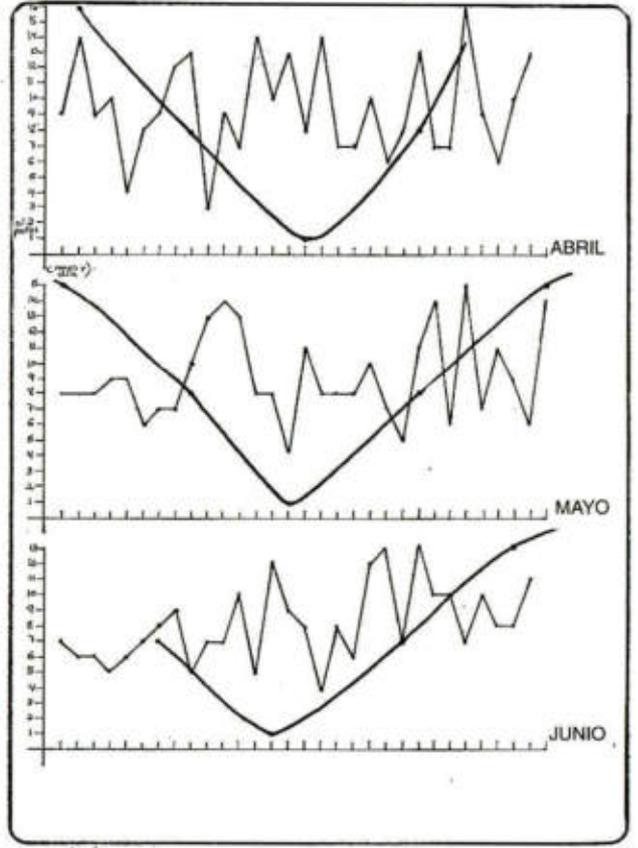


— nº partes.
— parte lunar.

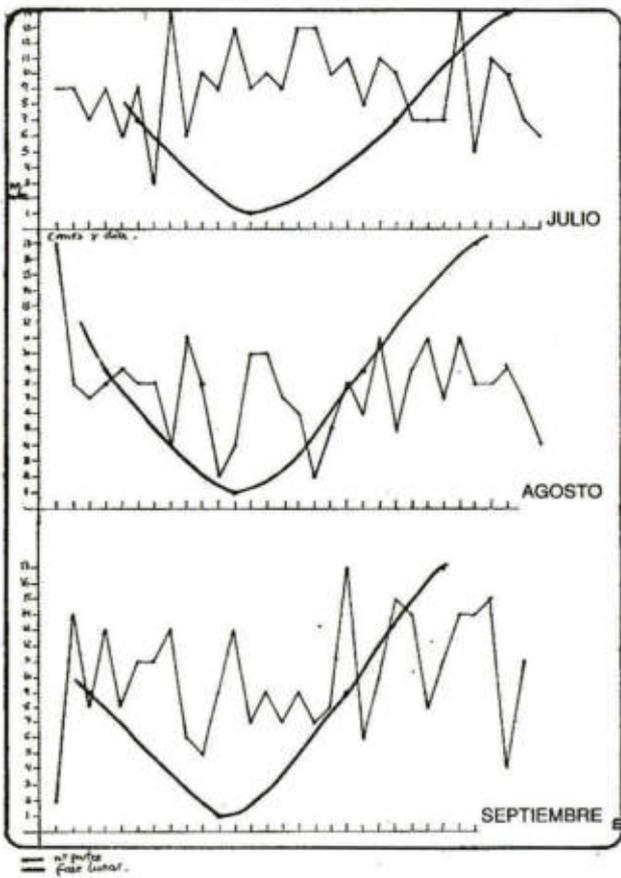
1988



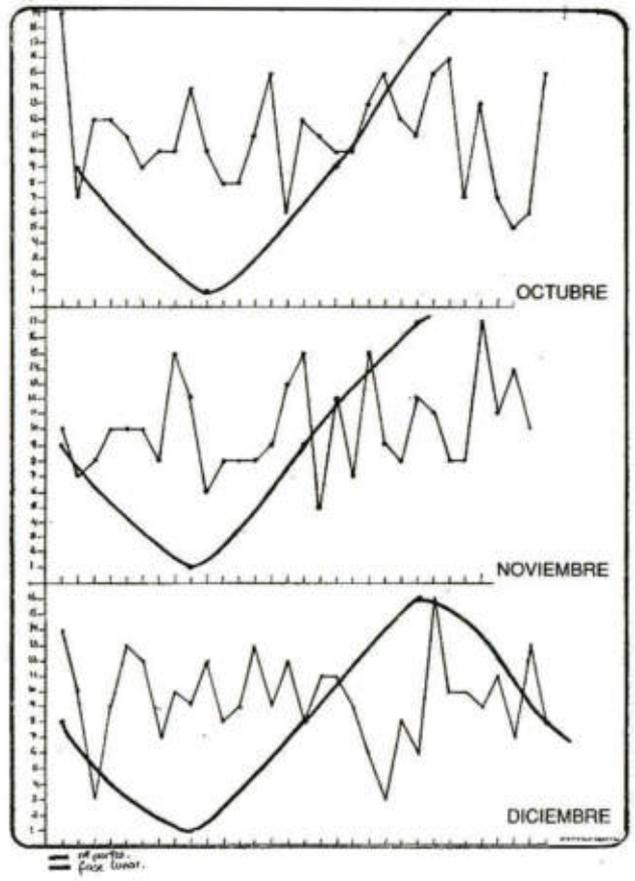
1988



1988



1988



ESTUDIO DE LAS MEDIDAS ARITMÉTICAS

Dada que es imposible obtener conclusiones fiables con el estudio anterior de las gráficas, puesto que la muestra sólo

pertenece al H. Virgen Macarena, y al no ser una muestra global, no la considero representativa para dicho estudio, pues la natalidad en un solo día se puede afectar notablemente con causas

totalmente ajenas a lo natural. Por ejemplo, el simple hecho de haber saturación de camas hospitalarias y desviar estos posibles nacimientos a otros hospitales.

AÑO	MES	FASE LUNAR	PERIODO EN DIAS DE LAS FASES LUNARES	MEDIA DE PARTOS DIARIOS
1987	ENERO	Luna creciente	1 al 14 Enero (ambos inclusivos)	10.5
		Luna llena	15 Enero	9
		Luna menguante	16 al 28 Enero (ambos)	9.53
		Luna nueva	29 de Enero	12
	FEBRERO	Luna creciente	30 de Enero al 12 Febrero (ambos)	10.21
		Luna llena	13 de Febrero	10.
		Luna menguante	14 al 27 de Febrero	11.14
		Luna nueva	28 de Febrero	9
	MARZO	Luna creciente	1 de Marzo al 14 (inclusivos)	10.07
		Luna llena	15 de Marzo	9.
		Luna menguante	16 al 28 de Marzo (inclusive)	7.53
		Luna nueva	29 de Marzo	12
ABRIL	Luna creciente	30 de Marzo al 13 de Abril inclusive	8.86	
	Luna llenadía	14 de Abril	13	
	Luna menguante	15 de Abril al 27 de Abril inclusive	10.53	
	Luna nueva	28 de Abril	10	
MAYO	Luna Creciente	29 de Abril al 12 Mayo	9.07	
	Luna llena	13 de Mayo	6	
	Luna menguante	14 de Mayo al 26 de Mayo	10.15	
	Luna nueva	27 de Mayo	10	
JUNIO	Luna creciente	28 Mayo al 10 de Junio	9.57	
	Luna llena	11 de Junio	15	
	Luna menguante	12 de Junio al 25 Junio	10.14	
	Luna nueva	26 de Junio .	10	
JULIO	Luna creciente	27 de Junio al 10 de Julio	9.5	
	Luna llena	11 de Julio	13	
	Luna menguante	12 al 24 de Julio	8.38	
	Luna nueva	25 de Julio	13	
AGOSTO	Luna creciente	26 Julio al 8 de Agosto	9.07	
	Luna llena	9 de Agosto	6	
	Luna menguante	10 de Agosto al 23 Agosto	9.64	
	Luna nueva	24 de Agosto	9	
SEPTIEMBRE	Luna creciente	25 de Agosto al 6 de Septiembre	9.23	
	Luna llena	7 Septiembre	16	
	Luna menguante	8 de Septiembre al 22 de Septiembre	10.40	
	Luna nueva	23 de Septiembre	15	
	Luna creciente	24 de Septiembre al 6 de octubre	8.84	
OCTUBRE	Luna creciente	23 de octubre al 4 de Noviembre	10	
	Luna llena	7 de Octubre	11	
	Luna menguante	8 al 21 de Octubre	10.07	
	Luna nueva	22 de Octubre	11	
NOVIEMBRE	Luna creciente	22 de Noviembre al 4 de Diciembre	9.84	
	Luna llena	5 de Noviembre	10	
	Luna menguante	6 al 20 de Noviembre	9.3	
	Luna nueva	21 de Noviembre	10	
DICIEMBRE	Luna creciente	21 de Diciembre al 3 de Enero 1988	9.71	
	Luna llena	5 de Diciembre	9	
	Luna menguante	6 al 19 de Diciembre	10.28	
	Luna nueva	20 de Diciembre	11	

Otra posible forma de averiguar si la hipótesis se cumple es estudiando el número total de partos en cada fase lunar y compararlo entre sí. Nos encontramos con el inconveniente de que el plenilunio y la luna nueva ocupan tan

solo un día del ciclo cada una, mientras que la luna creciente y menguante ocupan todo el resto de los días del ciclo lunar, con lo cual tampoco es válido comparar el número global. Para solventar este inconveniente

vamos a estudiar las medias aritméticas del número de nacimientos en cada una de las cuatro fases. Primeramente veamos como se comportan las medias aritméticas en cada uno de los 24 meses estudiados.

AÑO	MES	FASE LUNAR	PERIODO EN DIAS DE LAS FASES LUNARES	MEDIA DE PARTOS DIARIOS
1988	ENERO	Luna creciente	20 de Enero al 1 de Febrero	9.46
		Luna llena	4 de Enero	8
		Luna menguante	5 de Enero al 18 de Enero	8.64
		Luna nueva	19 de Enero	11
	FEBRERO	Luna creciente	11 de Febrero al 2 de Marzo	9
		Luna llena	2 de Febrero	13
		Luna menguante	3 al 16 de Febrero	9.64
		Luna nueva	17 de Febrero	9
	MARZO	Luna creciente	19 de Marzo al 1 de Abril	9.92
		Luna llena	3 de Marzo	16
		Luna menguante	4 al 17 de Marzo	9.85
		Luna nueva	18 de Marzo	8
ABRIL	Luna creciente	17 al 30 de Abril	9.5	
	Luna llena	2 de Abril	14	
	Luna menguante	3 al 15 de Abril	9.30	
	Luna nueva	16 de Abril	8	
MAYO	Luna creciente	16 al 30 de Mayo	9.06	
	Luna llena	1 y 31 de Mayo	11	
	Luna menguante	2 de Mayo al 14 de Mayo	9.23	
	Luna nueva	15 de Mayo	4	
JUNIO	Luna creciente	15 al 28 de Junio	8.92	
	Luna llena	29 de Junio	8	
	Luna menguante	1 de Junio al 13 de Junio	6.76	
	Luna nueva	14 de Junio	12	
JULIO	Luna creciente	14 al 28 de Julio	9.73	
	Luna llena	29 de Julio	10	
	Luna menguante	30 de Junio al 12 de Julio	8.84	
	Luna nueva	13 de Julio	9	
AGOSTO	Luna creciente	13 al 26 de Agosto	7.71	
	Luna llena	27 de Agosto	8	
	Luna menguante	30 de Julio al 11 de Agosto	7.9	
	Luna nueva	12 de Agosto	4	
SEPTIEMBRE	Luna creciente	12 al 24 de Septiembre	13	
	Luna llena	25 de Septiembre	11	
	Luna menguante	28 de Agosto al 10 de Septiembre	8.5	
	Luna nueva	11 de Septiembre	9	
OCTUBRE	Luna creciente	11 al 24 de Octubre	11.21	
	Luna llena	25 de Octubre	16	
	Luna menguante	26 de Septiembre al 9 de Octubre	11.57	
	Luna nueva	10 de Octubre	10	
NOVIEMBRE	Luna creciente	10 de Noviembre al 22 de Noviembre	9.46	
	Luna llena	23 de Noviembre	12	
	Luna menguante	26 de Octubre al 8 de Noviembre	9.35	
	Luna nueva	9 de Noviembre	12	
DICIEMBRE	Luna creciente	10 al 22 de Diciembre	9.15	
	Luna llena	23 de Diciembre	6	
	Luna menguante	24 de Noviem. al 8 de Diciem. y 24 al 31 Diciem.	10.47	
	Luna nueva	9 de Diciembre	9	

Después de analizar mes a mes las medias de las cuatro fases, vemos que tienden a igualarse, no obstante se observan en algunos meses resultados muy alejados de la normalidad, eso explica porque la nuestra está tomada tan solo de un Hospital y por tanto cualquier anomalía se refleja exageradamente.

Si observamos como se comportan las medias anuales de las cuatro fases:

AÑO 1987

Luna creciente X= 9.57

Luna llena X= 10.58

Luna menguante X= 9.75 .

Luna nueva X= 10.83 .

AÑO 1988

Luna creciente X= 9.67 .

Luna llena X= 11.08 .

Luna menguante X= 9.17 .

Luna nueva X= 8.75 .

Por último examinemos de forma global los dos años estudiados:

Luna creciente X= 9.62 .

Luna llena X= 10.83 .

Luna menguante X= 9.46 .

Luna nueva X= 9.79 .

Resulta que en fase de luna llena la media diaria de sigue siendo superior al menos en un parto más que en las otras tres fases, donde el número de diarios tiende a igualarse alrededor de 9.50 .

Antes de dar conclusiones de este estudio, podíamos hacerle la siguiente crítica: ¿Es lo suficientemente largo el periodo de dos años estudiado?. ¿El hecho de haber obtenido la muestra tan solo en un único centro, nos podría dar una falsa imagen de la realidad?

CONCLUSIÓN

Desde luego que el primer objetivo ha sido intentar despertar el interés al lector sobre esas creencias que a menudo

se oyen y dejamos ir sin darles más importancia.

No pretendo dar una conclusión general y firme puesto que la muestra se circunscribe a un solo centro hospitalario.

En el estudio de las gráficas no podemos apreciar inclinaciones hacia una u otra fases lunares. Sin embargo, con el análisis de las medias se observa una ligera tendencia a aumentar el número de nacimientos en la fase de luna llena.

Estos resultados coinciden con otros estudios de los cuales dimos notas al principio.

Si en realidad hay una influencia de la orientación de la luna en el desencadenamiento del parto, como lo hay en la producción de mareas en los océanos y mares. Tendríamos que preguntarnos el porqué de esta correlación.

¿Tendría influencia la diferente longitud del radio de la trayectoria elíptica, que describe la luna alrededor de la tierra?.

Al fin y al cabo no en balde tiene un peso de 81.000.000.000.000.000 toneladas y se encuentra tan solo a 384.00 Km. de distancia.

Obtenemos unos resultados mucho más fiables.

Podemos ver claramente que en fases de luna llena, la media anual tanto del 1987 como del 1988 está más elevada que en las fases de creciente y menguante.

Estos resultados empiezan ya a apoyar las creencias ancestrales de la India y de los Navajos que veíamos al principio, así como las teorías del Dr. HILMAR HECKERT y del Dr. ARNOLD L. LIEBER en que se producían más nacimientos en periodos de luna llena.

En una nueva hay elevación en 1987 y en 1988 una disminución de las medias con respecto a los periodos de creciente y menguante.

BIBLIOGRAFÍA:

Diccionario Enciclopédico « Espasa Calpe »

Libro « El influjo de la Luna » del Dr. Lieber.

Muestra obtenida en el Hospital Universitario V. Macarena de Sevilla



VACUNACION



A cada niño
su oportunidad

CITROËN BX GTI 16 VALVULAS

PRIMERA POTENCIA

Tecnología punta. Ingeniería avanzada. Materiales de alto rendimiento. Visión de futuro.

Así es el Citroën BX GTI 16 válvulas.

Con 4 válvulas por cilindro, se aprovecha toda la fuerza que dan 160 caballos de potencia. Toda la potencia para acelerar de 0 a 100 Km/h en sólo 7,9 segundos. Toda la aceleración para alcanzar 218 Km/hora, con la seguridad que le proporciona la suspensión hidroneumática garantizada durante 100.000 Kms o dos años (el primer límite que se alcance).

El BX GTI 16 válvulas es producto de la aplicación tecnológica más avanzada.

Dispone de un sistema Motronic

que gestiona el encendido y la inyección de gasolina, con un dispositivo de autodiagnóstico incorporado.

El resultado es una combinación óptima de potencia, fiabilidad y consumo a la que se une la cualidad más destacada en los BX: su seguridad más un sistema de frenos antibloqueo (ABS) de serie, segunda generación.

El ABS es, en síntesis, un sistema de frenado controlado por ordenador. El ordenador compensa la intensidad de frenado de cada rueda en función

de la superficie sobre la que está rodando. De este modo, es imposible perder el control de la dirección ni aun frenando en las peores condiciones.

Carácter deportivo y equipamiento completo caracterizan al BX GTI 16 válvulas:

Cierre centralizado con control remoto por infrarrojos, elevalunas eléctrico a las cuatro ventanillas, faros anti-niebla, limpia-luneta trasera, asientos envolventes, acabado en terciopelo, dirección asistida, llantas de aleación y pintura metalizada de serie.



VDA. DE MARIANO TERRY, S.A.

POLIG. CARRETERA AMARILLA, 172
SEVILLA — Teléfono: 514511



Citroën BX. La Fuerza de la Tecnología.



5º CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA «CIUDAD DE SEVILLA»

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN ENFERMERIA DE SEVILLA



PREMIOS
PRIMERO: 400000 ptas.
SEGUNDO: 200000 ptas.
TERCERO: 100000 ptas.

PREMIOS 1989

1º FRANCISCO JORNETE ZABARRA, J. (Sevilla)
2º ANGEL ANSEL ALCANTARA GONZALEZ
3º MARIA HERWELINGA VICENTE CALLE



CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA «CIUDAD DE SEVILLA». Colegio de Diplomados en Enfermería de Sevilla

Los premios se concederán al autor o autores que mejor contribución aporten a la investigación y trabajos científicos de Enfermería que cumplan las siguientes:

B A S E S

- 1º— **Denominación:** Título «Certamen Nacional de Enfermería, Ciudad de Sevilla».
- 2º— **Objeto:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, no publicados, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo.
- 3º— **Dotación:** La dotación económica será de CUATROCIENTAS MIL pesetas (400.000) para el trabajo premiado en primer lugar. De DOSCIENTAS MIL pesetas (200.000) para el premiado en segundo lugar y CIEN MIL pesetas (100.000) para el premiado en tercer lugar.
- 4º— **Presentación:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada Convocatoria anual marque, no tendrá limitación de espacio y acompañarán Bibliografía, si la hubiese. Se presentará por duplicado ejemplar en papel tamaño D.I.N. A4, mecanografiado a doble espacio por una sola cara, y encuadrado; incluirán en separata, un resumen del mismo, no superior a dos páginas.
- 5º— **Concursantes:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados; serán admitidos trabajos realizados o en equipo. En este caso se entiende por autor, a los efectos de lo dispuesto en estas Bases, el primer firmante de cada trabajo.
- 6º— **Jurado:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Diplomados de Enfermería de Sevilla, o persona en quien él delegue. Cinco Vocales, cada uno de los cuales representarán: al Colegio de Sevilla, Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía, dos Vocales por las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno representando a las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. Todos los miembros del Jurado serán Diplomados en Enfermería. Actuará como Secretario el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente, teniendo el Presidente voto de calidad.
- 7º— **Decisión del Jurado:** Los concursantes por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del Jurado, que será inapelable.
- 8º— **Documentación:** Los trabajos que opten al premio, serán remitidos por correo certificado, con acuse de recibo, al Colegio de A.T.S. y D.E. calle Infanta Luisa de Orleans, nº 10, SEVILLA 41004, deberán indicar en el sobre: para el 5º Certamen Nacional de Enfermería, Ciudad de Sevilla. No llevarán remite ni datos de identificación del autor ni del Centro de Trabajo, si lo hubiere. Los trabajos serán firmados con seudónimos y acompañarán sobre cerrado con la misma identificación, en cuyo interior se incluirán: nombre, dirección completa, lugar de trabajo, si lo hubiese, certificado de colegiación reciente y «Currículum Vitae», que se abrirá tras las concesiones de los premios.
- 9º— **Propiedad de los trabajos:** Los trabajos que se presenten al Certamen quedarán en propiedad del Colegio Oficial de A.T.S. - D.E. de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio, para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que han sido premiados en el 5º Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla.
- 10º— **Incidencias:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación previa de las presentes Bases.
- 11º— **Titular del Premio:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo.
Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el día 15 de Septiembre de 1989. Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante, por el Secretario del Jurado, mediante correo certificado.
El fallo del Jurado se hará público el día 1 de Diciembre de 1989.