

ENFERMERÍA*

LA ENFERMERÍA EN LAS ENFERMEDADES CONTAGIOSAS**

Toda la técnica de enfermería para el tratamiento de cualquier enfermedad contagiosa se basa en el conocimiento de tres hechos: cuáles son las secreciones o excreciones del enfermo que transportan el agente causal; cuáles son las habituales vías de penetración de ese agente, y cuál es la resistencia del agente fuera del organismo humano.

Para que la enfermera pueda organizar su trabajo y establecer normas que descansen sobre bases científicas, es indispensable que posea, en relación con las diferentes enfermedades contagiosas, la información siguiente: el agente etiológico de la enfermedad, su modo de transmisión, las fuentes de infección, el período de incubación y el período de contagiosidad.

Los enfermos contagiosos exigen cuidados de enfermería muy especiales y, en relación a cada una de las enfermedades contagiosas, hay que observar particularidades especiales de técnica.

Nos limitaremos aquí a dar algunas nociones acerca de los principios básicos de las técnicas de enfermería, aplicables a todas las enfermedades contagiosas en general, independientemente de los cuidados de enfermería específicos a observar en cada una de ellas.

Clasificamos como *técnica aséptica médica* el conjunto de reglas que observamos cuando tratamos un enfermo contagioso, así como clasificamos de *técnica aséptica quirúrgica* el conjunto de técnicas empleadas durante una operación quirúrgica o cualquier otro tratamiento que exija la exclusión de microorganismos infectantes.

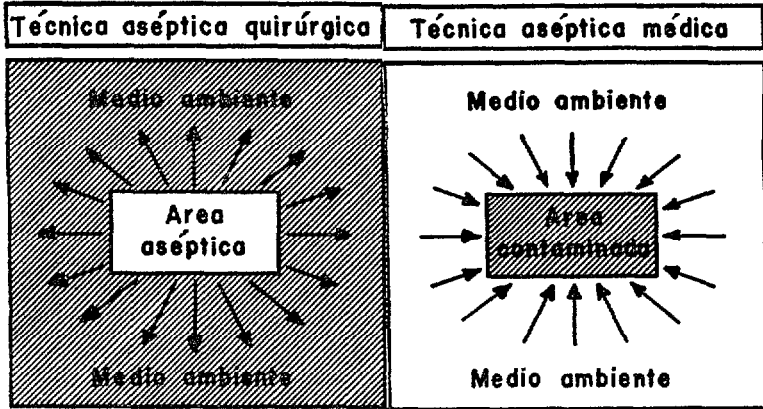
Pero, mientras la finalidad de la técnica aséptica quirúrgica es evitar la contaminación de un área definida—el campo operatorio—el principal objetivo de la técnica aséptica médica es limitar la contaminación a una determinada área—el enfermo y su ambiente de contacto. En suma, la técnica aséptica médica nos permite evitar la diseminación de la enfermedad.

Al área infectada, independientemente de sus dimensiones, damos el nombre de *unidad*. Una unidad, si usamos técnica individual en el tratamiento del enfermo contagioso, consiste en la cama ocupada por el enfermo, en la mesa de cabecera, silla y paredes a su alcance, y en todos los artículos que se le destinen exclusivamente. Por lo tanto, una unidad es un área que haya sido contaminada por *una* enfermedad contagiosa.

* Esta sección del Boletín está a cargo de la enfermera Srta. Mary J. Alberti, de la División de Enfermería de la Oficina Sanitaria Panamericana en Washington, D. C.

** "A Enfermagem nas doenças contagiosas," artículo preparado por Fernanda Alves Diniz para la Sección "Enfermagem" de la "Gazeta Médica Portuguesa," 1948, Vol. 1, No. 2.

Si todos los enfermos que se encuentran en un pabellón sufren de la misma enfermedad contagiosa, ese conjunto de camas, mesas de cabecera, sillas y material usado en su tratamiento, es decir, todo el pabellón es considerado como una unidad, por el hecho de ser un área contaminada por una enfermedad específica.



Todas las fuerzas se combinan para evitar la entrada de microorganismos en el área aséptica.

Todas las fuerzas se combinan para evitar la salida de los microorganismos del área contaminada.

La transmisión de las enfermedades contagiosas se efectúa por contacto directo y por contacto indirecto.

Contacto directo significa el contacto con el enfermo o con cualquier secreción fresca del enfermo que contenga el agente causal. El contacto directo es tan evidente que se hace muy fácil evitarlo o anular inmediatamente sus efectos. Cuando tocamos con las manos a un enfermo contagioso sabemos que debemos lavárnoslas inmediatamente para anular los posibles efectos de esa contaminación.

Contacto indirecto significa el contacto con cualquier persona u objeto que haya sido contaminado por el enfermo. Por no ser fácilmente perceptible, exige de nuestra parte la mayor atención y el más escrupuloso cuidado. Los efectos del contacto indirecto pueden ejercerse a grandes distancias y originar graves perjuicios.

La responsabilidad de anular los contactos, tanto directos como indirectos, recae, casi exclusivamente, sobre la enfermera, y sólo la obediencia rigurosa a las reglas consideradas indispensables nos puede dar la seguridad de éxito en nuestro trabajo. Esas reglas se aplican, no sólo a la enfermera que trata el enfermo y que, por haber estado en contacto con él, queda contaminada si no se rodea de los cuidados necesarios, pudiendo, por tanto, ser responsable de la diseminación de la enfermedad, sino también a todos los objetos al servicio del enfermo o que son contaminados por él o por sus secreciones o excreciones infectantes.

Trataremos aquí solamente de las reglas que observamos para defendernos de la enfermedad que padece el enfermo que vamos a tratar, y para defender a todas las personas y objetos con quienes entramos en contacto, así como a la colectividad en general.

A fin de no contaminarse y establecer así un contacto indirecto entre el enfermo y las personas sanas, la enfermera usa una bata y, en determinadas enfermedades, máscara y toca cuando va a entrar en contacto con el enfermo, con sus secreciones o excreciones infectantes o con objetos por él contaminados.

El lavado de las manos, principio básico a considerar en los cuidados de enfermería a cualquier enfermo, y muy especialmente en el tratamiento de los enfermos contagiosos, debe ser hecho, en este último caso, con técnica apta para prevenir la diseminación de los agentes patógenos y constituye una parte muy importante del conjunto de reglas que ya hemos clasificado como técnica aséptica médica. Las manos son responsables del mayor número de contactos entre el enfermo y las personas sanas y, así, responsables de la diseminación de enfermedades contagiosas.

El lavado de las manos debe ser adecuado en cuanto a *perfección y frecuencia*. Para que el lavado de las manos sea realizado con perfección, es indispensable que existan las condiciones necesarias a su ejecución. Idealmente, deben existir lavatorios con agua corriente caliente y fría a través de la misma llave controlada por un pedal y provistos de recipientes para el jabón líquido, también controlados por pedal. El lavado de las manos requiere también que el equipo de estos lavatorios incluya cepillos conservados en una solución desinfectante: oxicianuro de mercurio a 1:5,000 o solución de lisol al 2%. Se aconseja, de preferencia, el uso de toallas de papel absorbente, que puedan ser destruidas después de usadas.

Es difícil o aun imposible establecer la frecuencia con que debemos lavarnos las manos cuando tratamos a un enfermo contagioso. Debemos lavarlas *siempre* que, habiendo estado en contacto con el enfermo, vayamos a dejar la unidad, y *siempre* que toquemos objetos contaminados por el enfermo, es decir, objetos que hayan estado al servicio del enfermo o en su unidad.

Es indispensable que desarrollemos un sentido de asepsia que nos lleve a convertir el lavado de las manos en parte de nuestro comportamiento habitual cuando tratamos a nuestros enfermos.

TÉCNICA PARA LAVADO DE LAS MANOS

(Tiempo mínimo: un minuto.)

1. Colóquese enfrente del lavatorio con el cuerpo retirado. Usando los pedales o, cuando éstos no existen, abriendo las llaves a la vez que

protegiendo éstas con pequeños cuadritos de papel, regule la corriente de agua caliente y fría de manera de obtenerla a una temperatura agradable.

2. Mójese las manos y los brazos hasta la mitad del antebrazo y, usando el jabón líquido o sólido, enjabónese bien las manos y los antebrazos, friccionándolos, así como las manos, una contra la otra y entre los dedos. Retire el jabón bajo el agua corriente.

3. Saque el cepillo del recipiente destinado a los cepillos, llénelo de jabón y con él estriéguese los antebrazos y las manos, comenzando en éstas por los dorsos, los dedos (especialmente entre los dedos), palma de las manos y uñas.

4. Quítese bien el jabón de los antebrazos, manos y cepillo bajo el agua corriente. Coloque el cepillo nuevamente en su propio recipiente.

5. Séquese las manos con una toalla de papel. Eche la toalla de papel en el cesto o balde destinado a ese fin.

A falta de agua corriente—como sucede en muchos hogares y barrios rústicos—pueden utilizarse jarros de agua, un lavabo y un cubo para el agua sucia. No se deje agua enjabonada en dichos lavados para ser utilizada de nuevo. Al estar estancada no sólo pierde su eficacia como agente limpiador sino que puede convertirse en fuente de contaminación. Aun en circunstancias inusitadas resulta posible instalar recipientes para agua corriente. Lo único que se necesita es: inventiva, latas grandes, accesorios sencillos y unos cuantos instrumentos.

El uso de la bata es el segundo factor esencial a considerar en técnica aséptica médica.

Una vez más vamos a establecer una comparación entre técnica aséptica médica y técnica aséptica quirúrgica. En esta última, para no contaminarse, el cirujano o la enfermera, luego de ponerse la bata, evitan cualquier contacto activo o pasivo con todo lo que no esté esterilizado. En técnica aséptica médica, después de ponernos la bata evitamos cualquier contacto activo o pasivo con todo aquello que no sea el enfermo o los contactos de éste, para no contaminar a las otras personas u objetos. Por consiguiente, mientras en técnica aséptica quirúrgica la persona con la bata puesta está “limpia”, en técnica aséptica médica, en igual situación, es considerada “contaminada”.

La enfermera que trata enfermos contagiosos debe usar uniforme de mangas cortas, y, de preferencia, omitir el delantal. Es aconsejable que use el cabello arrollado o prendido en una red. Cuando viste la bata, debe evitar usar reloj de pulsera, ya que al lavarse las manos, lava también los antebrazos hasta casi junto al codo.

Mientras tratamos al enfermo, el reloj de pulsera puede ser colocado entre los dobleces de una toalla lavada y sin usar, sujeto con un alfiler, de tal manera que éste no pase al exterior. La enfermera puede colocar la toalla sobre la mesa de cabecera y usar el reloj, sin contaminarlo, mientras

toma el pulso del enfermo, ya que para ello sólo tiene que levantar los dobleces de la toalla que tapan el reloj, sin necesidad de tocarlo. (Un pedazo de papel limpio puede servir el mismo objeto.) Una vez que la enfermera termine sus cuidados a los enfermos y después de quitarse la bata y lavarse las manos, puede retirar el reloj de los dobleces de la toalla sin tocar la parte contaminada, pudiendo esta toalla quedar en la unidad, para uso del enfermo.

La enfermera debe vestir bata *siempre* que los cuidados de enfermería que va a dispensar al enfermo puedan resultar en contacto de su uniforme con el enfermo o con las áreas contaminadas. La bata protege el uniforme de la enfermera de los gérmenes eliminados por el enfermo y protege el ambiente y las personas sanas de ser, ulteriormente, contaminadas por ese vestuario.

Cada unidad, o sea cada enfermo o enfermos que padecen *una* enfermedad contagiosa específica más el área contaminada por esa enfermedad, requiere el uso de una bata. Esto significa que si la enfermera va a tratar a un enfermo con sarampión y a otro con difteria, debe usar una bata para tratar el caso de sarampión y otra para tratar el de difteria, conservando esas batas en las respectivas unidades donde son usadas o colgándolas en la sala de trabajo, en ganchos diferentes, con la designación de las enfermedades de que sufren los enfermos y en el tratamiento de las cuales se usan aquellas batas. Por consiguiente, deben existir tantas batas como el número de enfermedades de que sufren los enfermos tratados. Así, en el caso de haber muchos enfermos sufriendo de diferentes enfermedades contagiosas, puede usarse la técnica individual. (Véase nota editorial pág. 602.)

Como ya hemos mencionado, la bata puede quedar colgada junto a la unidad del enfermo, y entonces se incluye en la unidad un gancho para la bata y un lavatorio o palangana para el lavado de las manos. En este caso, la bata queda colgada, doblada con el lado *contaminado hacia afuera*. Cuando no existen facilidades para que la enfermera se lave las manos en la unidad del enfermo, la bata debe ser colgada en la sala de trabajo de las enfermeras o, de preferencia, en una división especialmente destinada a las batas. En este caso, la bata se colgará doblada con el *lado contaminado hacia adentro*.

Las batas deben ser de tela lavable, gruesa pero no muy fuerte. En relación a la persona que la va a usar, debe ser suficientemente larga para tapar las piernas hasta los tobillos, y suficientemente ancha para cruzar bien atrás. Debe cerrar atrás junto al cuello, por medio de dos cintas sujetas a cada punta de la escotadura. Es indispensable que el cinturón, cosido al frente, sea suficientemente largo para cruzar atrás y volver adelante, donde se amarra. Las mangas son largas y los puños de tela elástica.

TÉCNICA DE PONERSE Y QUITARSE LA BATA
(Si la bata está colgada con el lado contaminado hacia afuera)
PARA PONERSE LA BATA

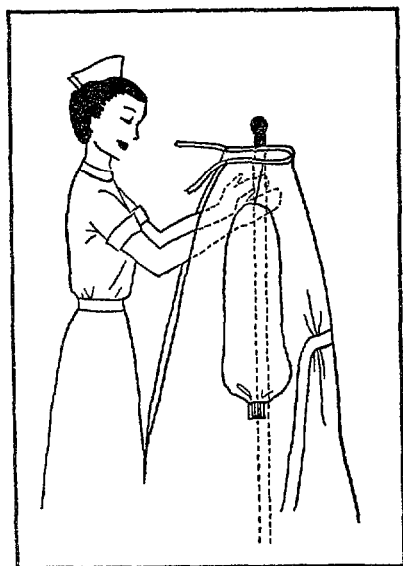


FIG. 1.—Con las manos lavadas y sin tocar el lado contaminado de la bata, introduzca las manos a través de la abertura de los lados, coja la bata por las costuras interiores de los hombros y retírela del gancho.

FIG. 2.—Colóquese la bata abierta sobre el pecho y, usando las manos, los pulgares y los hombros, dirija la escotadura de la bata hacia el cuello.



FIG. 3.—Cuidadosamente, deje deslizar las manos y los brazos a lo largo de las mangas, sin tocar el exterior de la bata.

FIG. 4.—Coloque los dedos índices en el interior del escote y, haciéndolos deslizar a lo largo de éste, de adelante para atrás, agarre las cintas que terminan el escote y amárrelas.

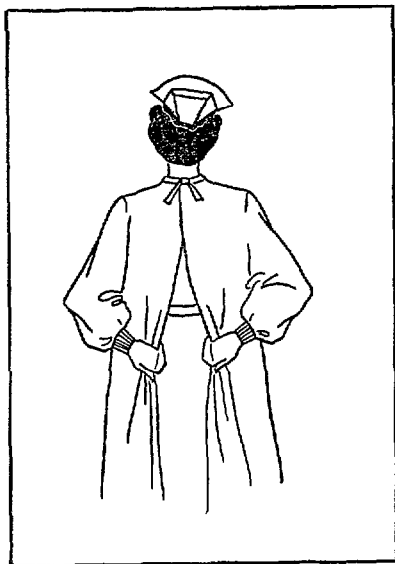


FIG. 5.—Agarrando con las manos derecha e izquierda, respectivamente, las extremidades laterales derecha e izquierda de la bata, únalas una con la otra.

FIG. 6.—Tomando con la mano derecha las extremidades unidas de la bata, usando la mano izquierda, haga un pliegue de tal manera que ambas extremidades queden sobrepuestas.



FIG. 7.—Pase el cinturón hacia atrás y, trayéndolo, en seguida, hacia adelante, átelo.

FIG. 8.—La bata debe cubrir completamente el uniforme de la enfermera.

PARA QUITARSE LA BATA



FIG. 9.—Desate el cinturón y deje que las puntas caigan a los lados.

FIG. 10.—Súbase las mangas hasta que los puños estén arriba del área contaminada. Lávese las manos y los antebrazos durante, por lo menos, un minuto con agua corriente, jabón y cepillo.



FIG. 11.—Con las manos lavadas, desate las cintas de la escotadura.

FIG. 12.—Colocando los dedos índices y medio de la mano derecha dentro del puño de la manga izquierda, bájela por encima de la mano. Evite tocar el exterior de la bata.



FIG. 13.—Con la mano izquierda protegida por la manga, agarre la manga derecha, más arriba del puño, y bájela sobre la mano derecha.



FIG. 14.—Quítese la bata y, cuando las manos alcanzan las costuras de los hombros, agarre éstas con los dedos, mientras los pulgares se dirigen hacia el escote uniendo un borde sobre el otro.

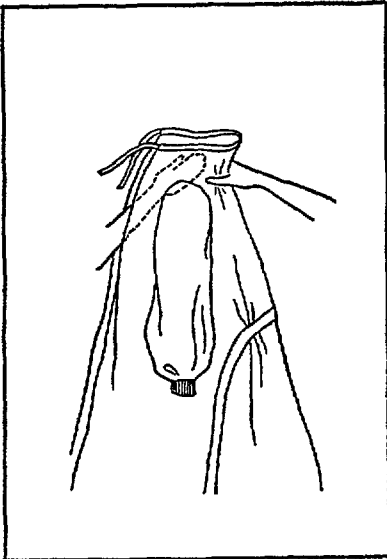


FIG. 15.—Retire la mano derecha del interior de la bata y coja con ella la parte anterior de la bata abajo del escote. Dirija la mano hacia atrás, a fin de juntar los dos lados de la escotadura.

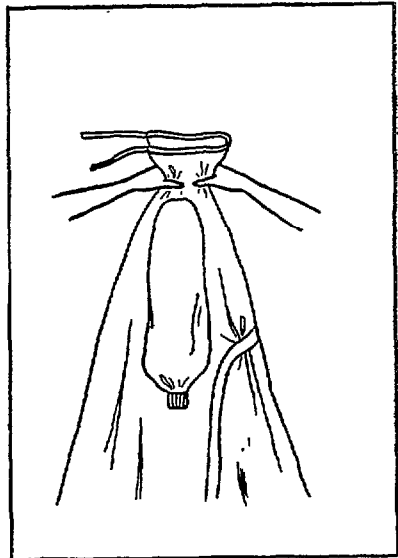


FIG. 16.—Retire la otra mano del interior de la bata, y procure que las dos extremidades laterales de la bata queden juntas una con otra. Tome la parte posterior de la bata, abajo de la escotadura.



Fig. 17.—Cuelgue la bata con las cintas del escote caídas a los lados de la bata. Lávese las manos durante, por lo menos, 1 minuto, siguiendo las normas indicadas.

Reglas a observar

1. Nunca se arrolle las mangas de la bata. Si los cuidados que va a prestar al enfermo exigen que parte del antebrazo quede descubierto, súbase las mangas hasta la altura deseada.
2. Una vez subidas las mangas, no permita que los puños vuelvan a tocar la parte del antebrazo que está contaminado sin lavarla primero con agua, jabón y cepillo. Si la tela de los puños no es suficientemente fuerte para conservarlos en el lugar deseado, puede usarse un elástico corriente sobre el puño para sostenerlo.
3. No permita que la bata se abra atrás. Es indispensable conservarla siempre cerrada, a fin de no exponer nunca el uniforme.
4. Escoja una bata de dimensiones adecuadas a su altura.
5. Las batas deben ser mudadas una vez al día, de preferencia después de terminar el baño del enfermo.

El uso de la máscara y de una toca, que cubra completamente los cabellos, es considerado indispensable en el tratamiento de los enfermos que sufren de tuberculosis pulmonar o viruela, y facultativo en las enfermedades que pueden ser transmitidas por gotitas en la tos o estornudo, tales como: angina estreptocócica, difteria, encefalitis, escarlatina, influenza, meningitis epidémica, parotiditis, rubéola, sarampión, tos ferina y varicela.

La toca y la máscara se ponen *antes* de ponerse la bata, debiendo comenzarse por la toca. La toca debe ser de tela liviana, suficientemente amplia para cubrir todo el cabello, y con cintas que permitan ajustarla a la cara y cuello.

TÉCNICA DE PONERSE Y QUITARSE LA TOCA

PARA PONERSE LA TOCA

1. Con las manos lavadas, coja la toca por la parte posterior, ábrala y colóquesela en la cabeza.
2. Usando ambas manos, adapte bien la toca a la cabeza y cuello, de tal manera que cubra completamente el cabello.
3. Cruce las cintas atrás y átelas al frente.

PARA QUITARSE LA TOCA

1. Desate las cintas y apenas tomándolas de la punta, retire la toca de atrás para adelante.
2. Coloque la toca usada en el recipiente destinado a ese fin. Lávese las manos.

Una toca usada *una vez* no debe volver a usarse, sin ser lavada.

TÉCNICA DE PONERSE Y QUITARSE LA MÁSCARA

Las máscaras deben ser, de preferencia, de tela liviana y poco gruesa (tela tetra), usando dos espesores de género reforzados en el centro con dos espesores más.

Una vez bien lavadas, deben ser dobladas y esterilizadas en el autoclave dentro de un saco, el cual tendrá dimensiones apropiadas para ser adaptado, después, al recipiente donde se guardan las máscaras.

PARA PONERSE LA MÁSCARA

1. Con las manos lavadas, y usando una pinza esterilizada, retire la máscara del recipiente donde se encuentra.
2. Tirando de las cintas, abra la máscara, evitando tocar el lado que va a quedar en contacto con la cara.
3. Colóquese la máscara en tal forma que tape completamente la nariz y se pueda prender debajo de la barba. Ate las cintas atrás.

PARA QUITARSE LA MÁSCARA

1. Desate las cintas y quítese la máscara, apenas tocando las cintas.
2. Coloque la máscara en el recipiente destinado a las máscaras usadas. Lávese las manos.

Una máscara que ha sido usada *una vez* no debe volver a usarse sin ser lavada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albert G. Bower y Edith B. Pilant: Communicable Diseases for Nurses, 5a. edición, revisada. W. B. Saunders Company, Filadelfia y Londres, 1945.

Nina D. Gage y John Ritch Landon: Communicable Diseases, 4a edición. F. A. Davis Company, Filadelfia, 1945.

Gaylord W. Anderson y Margaret G. Arnstein: Communicable Disease Control, The Macmillan Company, Nueva York, 1946.

Nota: Los originales de los dibujos que aparecen en este artículo fueron presentados por las estudiantes de enfermería, de la E. T. E., Beatriz Plácido de Mello Correa y Louise Margarita Cohen da Cunha Telles, y reproducidos por la Sra. E. Pickens de la Oficina Sanitaria Panamericana.

NOTA EDITORIAL

Se ha señalado que en el cuidado de muchas condiciones transmisibles, es primordial la protección de la ropa de las enfermeras y de otras personas, mediante el uso de una bata. En "The Principles and Practice of Nursing" (Principios y práctica de la enfermería), de Harmer y Henderson, se exponen los siguientes puntos de vista sobre el uso de batas: "El tipo de bata más generalmente aprobado es el que cubre enteramente la ropa y no es ni muy grande ni muy pequeña, sino lo suficientemente ancha para que cruce o se doble sobre la espalda; con puños ajustados y mangas largas o cortas; con cinturón, y confeccionada de tela de algodón bastante gruesa y de tejido sólido. La técnica más sencilla y satisfactoria es la de usar una bata limpia cada vez y al quitársela colocarla en un saco de lona con otras, en el cual se someten al autoclave antes de usarlas nuevamente. Al ensuciarse, las batas se colocan en un saco de lona y se envían a la lavandería, donde son manipuladas con todo cuidado y esterilizadas en el proceso de lavado. Esto se llama *técnica de eliminación* y se está haciendo cada vez más popular. Si no es posible a las autoridades de la institución suministrar al hospital o clínica el número de batas suficiente para llevar a cabo esta práctica, se mantendrá una bata a la entrada de la habitación o cubículo del enfermo y si el servicio requerido por éste es de tal naturaleza que puede contaminar la ropa, cada trabajador médico se pondrá la bata al entrar a la habitación. Ese sistema hace necesario saber ponerse y quitarse la bata de tal modo que el interior permanezca limpio y el exterior, cerca de los puntos en que se ata, lo más limpio posible. Para que esa técnica resulte siquiera razonablemente segura, debe ser practicada de la misma manera por todas las personas que utilicen la bata. A causa de la probable diferencia de tamaño, usualmente se mantienen dos batas en el cuidado de cada enfermo: una, para las enfermeras y otra para los médicos. Si las batas, además de diferente tamaño son de diferente color, es más fácil distinguirlas. Muchas autoridades condenan la práctica de usar la misma bata para atender a un grupo de enfermos con la misma enfermedad transmisible. Es un hecho bien conocido que en el caso de la escarlatina existen numerosas cepas de estreptococos causantes de la enfermedad, y las infecciones cruzadas en un grupo de esos enfermos pueden ocasionar numerosas y frecuentemente graves complicaciones. Cualquiera de las llamadas *técnicas de grupo* es discutible en el tratamiento de enfermos con cualquiera de las enfermedades transmisibles." Puesto que los principios de la práctica médica evolucionan continuamente, se desprende que los de la práctica de enfermería deben hacerlo al mismo nivel. Aunque se sabe que ninguna técnica aislada sobre el uso de las batas responderá a las necesidades de la práctica de enfermería en todas las escuelas e instituciones del mundo, sin embargo, las instituciones de enseñanza deberían hacer todo lo posible por mantenerse al nivel de la práctica médica moderna, aplicando, siempre que sea posible, a los métodos ya en práctica los principios más nuevos.

M. J. A.

CONGRESOS REGIONALES DE ENFERMERAS

La Oficina Sanitaria Panamericana se complace en anunciar que, con el fin de debatir problemas de enfermería, organizará en 1949 dos congre-

sos regionales: uno en San José, Costa Rica, del 11 al 18 de septiembre, 1949, al cual serán invitados especialmente los países al norte de la línea ecuatorial, y el otro en Lima, Perú, del 25 de septiembre al 2 de octubre, con asistencia principal de los países de la América del Sur. La Oficina confía en que las recomendaciones concretas que se presenten en estos congresos, así como el intercambio de ideas de las participantes sobre la forma en que problemas comunes han sido resueltos en cada uno de los países, constituirán adquisiciones de valor incalculable en el mejoramiento de la educación y de los servicios de enfermería en los países representados. El temario provisional para ambas reuniones indicando los temas que se van a discutir es como sigue:

TEMARIO PROVISIONAL

- 1—*Educación en enfermería.* Debate sobre la inclusión de instrucción en la enseñanza y vigilancia de enfermería durante los últimos seis meses del curso de tres años.
- 2—*Preparación de auxiliares de enfermería.* Discusión de un plan.
- 3—*Publicaciones sobre enfermería.* Discusión sobre la nueva sección en el Boletín. Métodos de seleccionar y enviar material (artículos.)
- 4—*Problemas de enfermería.* Selección de los más urgentes para presentarlos en conferencias posteriores. (Formar un Comité que se encargue de recibir sugerencias y hacer la selección.)
- 5—*Glosario de terminología en enfermería.* Discutir planes y formar un Comité para compilar material en español, francés y portugués.
- 6—*Federación interamericana de enfermeras.* Discutir planes para organizar una asociación. (Formar Comité para establecer un Reglamento, etc.)

Las exhibiciones comprenderán variada literatura sobre enfermería y educación sanitaria, equipo de ayuda visual, y mapas de todos los países en los que aparecerán dónde se hallan ubicadas las escuelas de enfermería, secundarias y normales, hospitales oficiales y centros de higiene. Se planean también visitas a unos hospitales y centros de salubridad de las ciudades donde se reunirán los grupos.

SEMINARIO DE ENFERMERÍA

A fin de aliviar la escasez de enfermeras y mejorar los servicios de enfermería, recientemente se organizó en la Universidad de Indiana (Bloomington, Indiana) un seminario de enfermería basado en el informe "Nursing for the Future" (Enfermería del futuro) de la Doctora en Filosofía, Esther Lucile Brown. En la reunión se hallaban representados grupos de médicos, administradores de hospitales, directores de enfermería, educadores y el público en general.

La pregunta empleada como base para el debate fué: ¿"Cuáles deben ser los planes de Indiana sobre las recomendaciones de la Enfermería del Futuro?" Los participantes presentaron dos recomendaciones: La

primera, relacionada con los servicios de enfermería, recomendaba específicamente el estudio y análisis de personal y costos; un plan para crear mejores relaciones entre el personal de enfermería, el público y demás personal profesional, en el campo de la higiene; un plan para conceder reconocimiento y remuneración económica adecuada a las enfermeras en general, así como un estudio para determinar las necesidades de enfermería en Indiana. La segunda recomendación se refería a la educación de enfermeras, sugiriéndose: el establecimiento de un curso universitario de cuatro años para educación básica de enfermería, seguido de educación universitaria especializada; curso de adiestramiento para enfermeras prácticas; mejoramiento del actual curso hospitalario de tres años; facilidades educativas y clínicas, combinadas, en todo el Estado; adiestramiento de enfermeras a la mayor brevedad posible para investigaciones; mejoramiento y expansión de la enseñanza, vivienda y ambiente de trabajo en las escuelas de enfermería, así como de todos los programas de educación en enfermería, ya existentes o en proyecto. (*Hospitals*, Jour. Am. Hosp. Assn., Vol. 23, No. 3. p. 120, mzo. 1949, Chicago, Ill.)
