



matronas hoy

REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

Abril - 83 N° 0



Autor de la obra: Fernández

DIRECCION

M^a Angeles R. Rozalén

REDACTOR JEFE

Isabel Casillas

AYUDANTE DE REDACCION

M^a Jesús Roldán

ADMINISTRACION PUBLICIDAD Y

SUSCRIPCIONES

JUNTA EJECUTIVA

Asociación Nacional de

Matronas

Velázquez, 26

MADRID-1

Teléf. 435 63 80

Depósito Legal:

EDITORIAL

Ante todo, nuestro saludo más cordial a todas las matronas de España y nuestro especial agradecimiento a todos los que, de una u otra forma, han hecho posible la aparición de esta revista, nuestra revista, único órgano de comunicación de este gran colectivo profesional.

Hasta 1977, como todas sabéis, existía una publicación específica dirigida a las matronas, "SURGERE", pero ésta dejó de editarse a raíz de los conflictos surgidos por causa de la unificación colegial. Desde entonces, y como un resultado más de la desconcertante situación, las matronas nos hemos encontrado prácticamente incomunicadas. Nuestra revista pretende, precisamente, romper con esa situación, sirviendo de nexo no sólo a las matronas sino también a todos aquellos que valoran y reconocen nuestra actividad en el campo de la medicina.

MATRONAS HOY quiere representar, sin discriminaciones ni exclusiones de ningún tipo, el sentir general de nuestra profesión. Así, el contenido de estas páginas abarcará desde lo científico a lo cultural, contemplando cualquier información de interés para las profesionales. Esperamos, y necesitamos también, de todas vosotras, una respuesta ilusionada a este proyecto, aportando trabajos para publicar, sugerencias, ideas, etc.

Es necesario que entre todas contribuyamos a que a esta profesión, tan digna como antigua, le sea reconocida la categoría que en justicia le corresponde en el plano social, económico y académico. Y ese es el principal objetivo de nuestra revista.

SUMARIO

	Págs.
Lo fisiológico en obstetricia	4 y 5
Resumen estadístico de La Paz	6
La aplicación de acupuntura como medio de inducción del parto	7
La matrona rural	8 y 9
Cultura	10 y 11
Humor y Curiosidades	12
La Asociación informa	13
Anuncios gratuitos	14
Estrias	15

LO FISIOLÓGICO EN OBSTETRICIA

Temporalmente vamos tomando conciencia de la rutina en la aplicación de los métodos conseguidos por la evolución obstétrica, cuyo péndulo ha llegado a cotas muy altas de intervención. Esta circunstancia viene condicionada o motivada por la dirección médica del parto, dado su carácter activo, y la intención de sus postulados: limitación temporal óptima, máxima analgesia y mínima morbilidad materno-fetal.

Sin embargo, paulatinamente, volvemos a los conceptos clásicos, en cierto modo avalados por: máximo respeto por la fisiología, óptima conducta expectante-activa, mínima o nula interferencia (válida en un 15%, según Caldeiro Barcia) y excelente interacción madre e hijo de comienzo precoz. La finalidad de estos postulados pretende ser la misma.

Un determinado número de profesionales nos sentimos fuertemente motivados en pro de la asistencia al parto natural, con atención activa de asistencia continuada, contando con la concienciación, por parte de la mujer, de las modificaciones de su cuerpo y psique. Recordamos haber vivido el nacimiento de las perfusiones de occitocina y las anestésicas, tipo BEDOYA o tipo TOLOUSE, las cuales aceleran las las contracciones, acortando los períodos del parto, disminuyendo y anestesiando el período final; pero no ignoramos que estos métodos conducen, en un tanto por ciento muy significativo, a la instrumentación del mismo, con la finalidad de intentar evitar los efectos nocivos. Ello nos preocupa.

Pasamos a recordar algunos términos textuales del Dr. J. Bonica: "Un parto normal es ya, de por sí, un proceso asfíctico lo suficientemente discreto, en los casos normales, como para resultar beneficioso por contar con factores estimulantes del centro respiratorio y ayuda a la respira-

ción del recién nacido. Pero esta asfixia de expulsión se agrava con las perfusiones sistematizadas, potenciadas por los sedantes, narcóticos y otros fármacos administrados a la madre para conseguir la máxima analgesia".

En consecuencia: en nuestra área, una vez seleccionado el tratamiento farmacológico para el trabajo del parto y la anestesia, si tenemos en cuenta que todo ello atraviesa la barrera placentaria, nos complace proseguir citas del referido autor: "Los primeros trabajos sobre el paso transplacentario de PENTHOTAL aseguraban cifras de 5 a 7 minutos para el equilibrio ácido-base. Sobre estos conceptos se debatió una doctrina que defendía que el PENTHOTAL podía ser administrado a la madre sin afectar al feto, si el nacimiento se producía antes de transcurrir 8 minutos".

Estudios posteriores han demostrado la fragilidad de estas conclusiones: "Los barbitúricos (Moya, 'American Journal Obstetricia', 84-1778, 1968), entre los que se encuentra el PENTHOTAL pasan la barrera placentaria unos minutos después de ser inyectada la madre y la afectación del feto dependerá de la duración de la anestesia".

Debemos mencionar, según J. Bonica, la anestesia epidural que se admite en estos días como método más eficaz de tratar el dolor del trabajo de parto, pero, pese a su bondad, no está indicada: en los casos de desproporción (la cabeza debe siempre apoyar), en mujeres nerviosas descontroladas, en caso de infección cutánea o de deficiencia en la coagulación espontánea o la yatrógena. Puede también ocasionar severa hipotensión. Se discute, para las presentaciones de nalgas y embarazos múltiples; pero, en general, actualmente se considera que no hay contraindicación real. Existe quien elige evitarla en las antiguas cesarizadas, por correr el riesgo de no poder diagnosticar una rotura de la cicatriz anterior.

La extracción instrumental es cinco veces más frecuente (HOULT 1971) así como las mal-posiciones fetales. Los anestésicos llegan pues

en algunos segundos al feto. Por tanto, obliga lo expuesto a depender de un cronómetro que una vez disparado debe seguir con:

- a) Episiotomía - Vacuum Extractor (más Kristeller opcional)
- b) Episiotomía - Espátulas de Thierry (más Kristeller opcional)
- c) Episiotomía - Forceps (más Kristeller opcional)
- d) Cesárea.

A tal extremo la instrumentación ha sido llevada a la práctica que los estudiantes de medicina (lo cual hemos podido constatar) frente a un parto fisiológico se manifiestan impresionados ante la sencillez natural. Por otra parte, las futuras médicas o las diplomadas en Enfermería (y como réplica a lo antedicho) se muestran tan fuertemente impresionadas, frente a la instrumentación de los partos interferidos, que parece adivinarse en ellas un posible condicionamiento psicológico, a través de un significativo y en ocasiones mudo interrogante, como mujeres y tal vez futuras madres.

Las nuevas tendencias de amor y respeto a la naturaleza, como respuesta a la expoliación y la contaminación, no podían dejar de incluir el nacimiento humano. Siguiendo la tónica operante, los médicos científicos se exceden al servicio de la tocurgia. Y no decimos obstetricia puesto que el antiguo "ob stare" requiere tiempo.

Aparte de los grupos de self-help y movimientos feministas, la mujer dotada de capacidad crítica quiere e intenta asumir la responsabilidad de su propio parto, que le ha sido negada después de un largo peregrinaje, debido a la influencia recibida por todo tipo de presiones. Difícilmente podría una mujer llegar al momento del parto sin haber sido previamente condicionada por determinados intereses. Tomamos como ejemplo el PENTHOTAL, alegando que los adelantos científicos podían proporcionarle la evasión del dolor. La mujer intuye que no se ha llegado a la meta deseada ni para ella ni para su hijo y se autocuestiona nuevos replanteamientos. En primer lugar, se pregunta a sí misma, respecto al dilema, en algunos casos, en lo que atañe elegir qué tipo de asistencia es más correcta para ella y su bebé. Planteamiento de la futura madre: "Soy fuerte y sana; el parto es algo natural en la

mujer. Puedo prepararme física y psíquicamente para ese trance. En último término, las contracciones dolorosas pueden y deben ser soportadas con serenidad, ya que conoceré su evolución, el por qué y para qué. Sé de mi cuerpo y sus modificaciones. Teniendo todo ello en cuenta, esas contracciones dolorosas pueden convertirse en algo positivo para mi papel de madre". Todo este planteamiento es válido siempre que exista una garantía absoluta de un método deseable a seguir en base a su inocuidad. También las matronas, al permanecer continuamente en la sala de partos nos formulamos preguntas en contacto con la realidad palpable de la asistencia obstétrica actual.

No podemos olvidar ciertos datos dignos de tener en consideración. Por ejemplo, la valoración máxima por el test de Virginia APGAR, hecho al minuto, sólo puede ser puntuado en los neonatos de partos no interferidos. Contribuyen a ello la expulsión de meconio inmediata al nacimiento, que es la casi constante en los vestidores de la sala de partos. El mayor número de autores lo consideran como signo de alarma ("Semiología del meconio", Tejerizo-Lanchares) que adquiere valor si se asocia con modificaciones de la F.C.F. y del equilibrio ácido-base fetal. La hipoxia fetal conlleva a una vasoconstricción del área vascular intestinal y, consecuentemente, hay un aumento de los movimientos peristálticos y relajación del esfínter anal. Dicha isquemia, opina Saling, 1969, es uno de los resultados de la redistribución sanguínea por parte del feto hacia territorios vitales para él (cerebro, corazón, etc.).

En los partos normales se inicia la expulsión del meconio, poco a poco, después de unas horas del nacimiento, las cuales pueden llegar perfectamente hasta las 24 horas. Normalmente, ese meconio, aunque vaya acompañado de una ligera cianosis fetal, la recuperación es generalmente rápida cuando la sintomatología es discreta. Pero, aún así, estamos obligados rutinariamente a cierta reanimación o, como mínimo, a la aspiración de las mucosidades que el feto no puede expulsar al ser desprendido rápidamente sin esperar

la contracción que origina al ser desprendido rápidamente sin esperar la contracción que origina el movimiento de rotación externa.

Quisiéramos resaltar la validez de estos términos. El acto de nacer determina la respiración al cesar la circulación fetal. Este cambio se realiza sin problemas e incluye el hecho mecánico de la respiración. Los recién nacidos, manifiesta J. Bonica, respiran libremente algunos segundos después de su expulsión; pero este ritmo queda interrumpido por un período más o menos largo cuando existe interferencia. Resultado: la valoración del test de Apgar, al ser objetivos no deberíamos valorar al máximo al minuto. El feto no deprimido, una vez expulsada la cabeza, saca las mucosidades, respira, llora y completa el nacimiento. "Regula su equilibrio ácido-base en una hora, mientras que el deprimido todavía permanece con acidosis" (J. Bonica). Consecuencia: parto más corto, pagando un tributo a la sofisticación.

Para las profesionales que manteníamos la antorcha del parto natural, apoyándonos en las Escuelas de psicoprofilaxis europeas y, por nuestra parte, en la tradición de la matrona catalana, ha significado un soplo vivificante el constatar las directrices que aconseja la O.M.S., a través de su Centro de Perinatología (División Territorial de Latinoamérica). Este Centro ha llegado a la conclusión de que "lo único que ha logrado la sofisticación de los partos ha sido venir a aumentar la tensión de la parturienta complicando el evento".

No es casualidad que los países sudamericanos se presenten como pioneros de las técnicas psicoprofilácticas en el embarazo. Nos place tener en cuenta que estas Naciones, en el transcurso de las últimas décadas, han potenciado, desde la misma Administración, las ciencias humanas y psicológicas y su repercusión en la vida. El parto es el momento más importante de la vida. Iniciarlo bien o, mejor dicho, prestarle la máxima atención, es potenciar la salud física y psíquica del niño y de la madre. España ha potenciado enormemente la alta cirugía, olvidando, en ocasiones, no solamente el trabajo preventivo, sino también

el factor psíquico y humano. Sería preciso que los hombres olvidasen sus "maquinillas" y pensarán un poco en nuestros afectos y sentimientos. Una forma de potenciar esta nueva sociedad más humana y sana es prevenir los traumas de la madre y del recién nacido, a entrar en este mundo cuando él lo desee y no según nuestra comodidad. De este modo, contribuiremos a evitar posibles depresiones pospartum de las que, cuantitativa y cualitativamente, nos hablan los psiquiatras consultados en relación a este trabajo.

Esta vuelta hacia atrás en la asistencia ostétrica, frente a la incógnita que entraña el parto interferido, ofrece, según Caldeyro Barcia, una técnica apropiada para la atención al parto normal, a saber:

- Educar y motivar a la madre y al padre.
- La madre recibe apoyo afectivo del padre durante el parto.
- Se deja que las membranas ovulares se rompan espontáneamente.
- La madre elige la posición más cómoda y la cambia a voluntad.
- La madre no recibe medicación analgésica, ansiolítica o anestésica.
- No se administra occitocina a la madre, excepto que haya indicación.
- La madre realiza espontáneamente esfuerzos expulsivos (pujos).

Deseamos finalmente añadir que aspiramos a que, un día no lejano, queden hermanados los conceptos: valores positivos de la técnica y valores humanos, con la finalidad de suprimir el término "interferencia". Quede sintetizado nuestro trabajo en dos expresiones:

- SI A LA TECNICA CIENTIFICA NO INTERFERENTE, en la que la mujer conoce la armonía de su cuerpo.
- NO A LA TECNICA DESHUMANIZADA, a través de la cual la futura madre, en lugar de ser humano dotado de creatividad, corre el riesgo de sentirse un simple y desnudo objeto. ■

María Cortés Ramis (1981)

MATERNIDAD DE LA C. SANITARIA «LA PAZ»

ACTIVIDADES ASISTENCIALES 1982

Nº de camas: 400
 Plantilla de médicos: 50
 Residentes 1º, 2º y 3º: 21
 Plantilla matronas: 106
 Plantilla enfermeras: 216
 Plantilla auxiliares clínica: 230

Total de ingresos: 24.246
 — procedentes de Servicio de Admisión y Urgencias: 18.066
 — procedentes de Consultas externas: 6.139
 — procedentes de otros Servicios: 41

Total de altas: 24.262
 — definitivas: 24.216
 — por traslado a otros Servicios: 28
 — por defunción: 18

Total de estancias: 122.125
 — días de estancia media: 5'03
 Índice de utilización de camas: 89'49
 Urgencias sin hospitalización (en Servicios de Admisión): 3.723

CONSULTAS EXTERNAS

Consulta prenatal:

Enfermas nuevas: 3.068
 Revisiones: 18.084

Fisiopatología fetal: 15.923

Planificación familiar:

Enfermas nuevas: 1.623
 Revisiones: 10.780

Educación Maternal: 17.603

Ginecología general:

Enfermas nuevas: 1.329
 Revisiones: 9.064

Esterilidad e infertilidad:

Enfermas nuevas: 992
 Revisiones: 8.072

Urología Ginecológica:

Enfermas nuevas: 6
 Revisiones: 2.408

Patología mamaria:

Enfermas nuevas: 2.716
 Revisiones: 7.474

Revisiones oncológicas: 3.536

Citología: 26.787

Colposcopia: 4.308

ASISTENCIA OBSTETRICA HOSPITALARIA

Total de partos: 16.070

simples: 15.920

gemelares: 150

Partos operatorios: 2.129

vaginales: 538

cesáreas: 1.591

Total de recién nacidos: 16.218

varones: 8.237

hembras: 7.977

sexo indefinido: 4

R.N. trasladados a Clínica Infantil: 1.028

Embarazos ectópicos: 70

Abortos: 1.926

Molas: 23

Mortalidad materna 1 (0'62 por 10.000 nacidos)

" prenatal: 91 (5'61 por 1.000 nacidos)

" preonatal: 54 (3'34 por 1.000 nacidos)

Asistencia ginecológica hospitalaria

Total de pacientes: 8.176

Intervenciones quirúrgicas: 2.796

Operaciones mayores: 1.152

— de urgencia: 48

— programadas: 1.104

Laparoscopias: 456

Mortalidad total: 18

Operatoria: 0



«La Paz» (Maternidad)

La clásica inducción del parto por medio de los fármacos no está exenta de riesgos, tanto para la madre como para el feto y, por lo tanto, sería ideal si existiera otro medio que fuera, sin embargo, menos nocivo y sí mucho más sencillo y eficaz. Creemos que esta posibilidad se encuentra ampliamente contenida en la aplicación de acupuntura como método más idóneo para la inducción del parto. Un sistema simple, seguro y efectivo, que está siendo muy bien recibido por las parturientas.

Estudiados 85 casos de inducción del parto mediante la aplicación de acupuntura, el 66% ha respondido positivamente a este método: en 30 casos los resul-

tados han sido excelentes, en 26 favorables y tan solo en 29 casos el sistema ha resultado ineficaz.

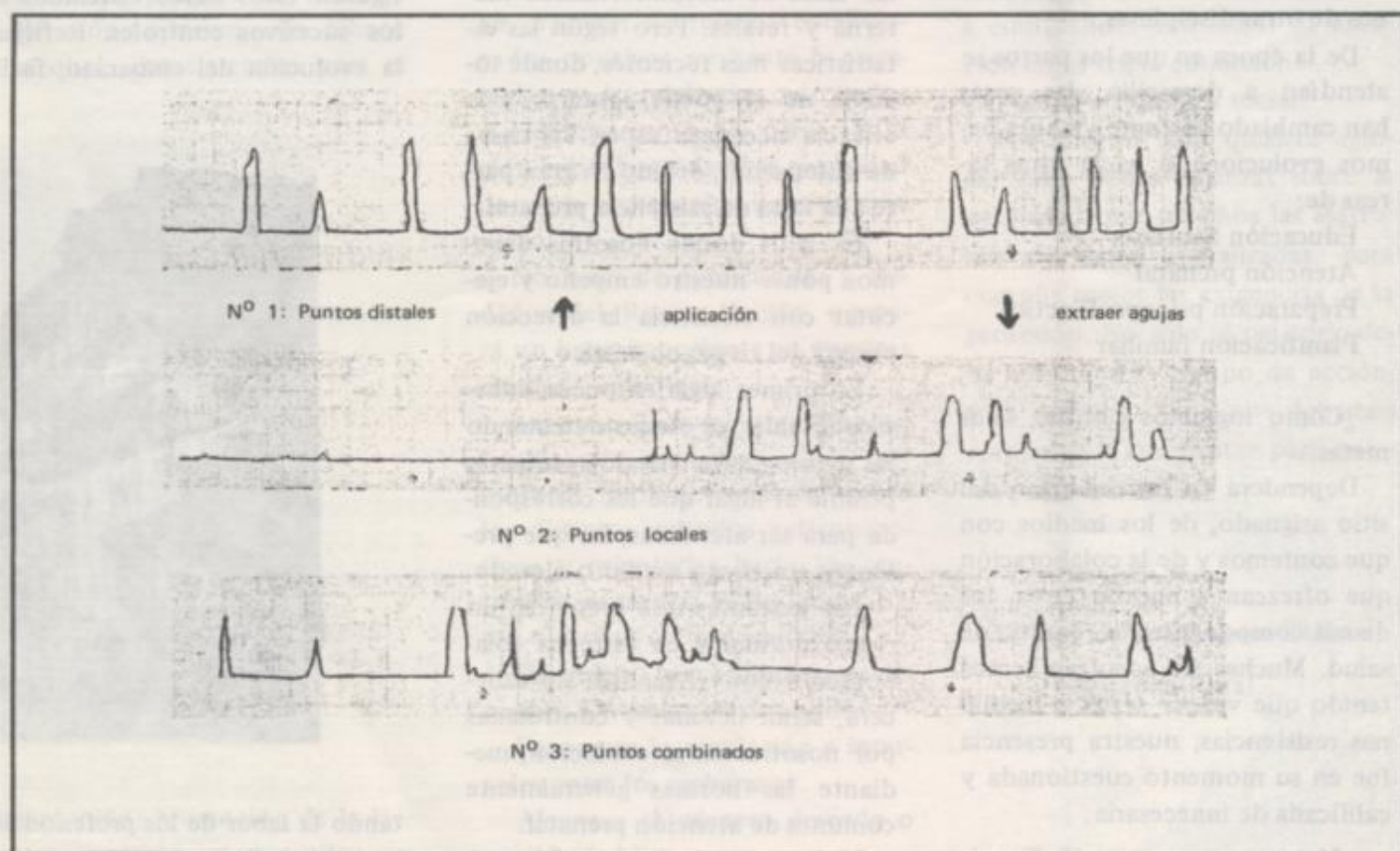
Se entiende por resultados "excelentes" los casos en que el parto ha terminado **eutóticamente** y en un tiempo máximo de 24 horas después de ser aplicado un ciclo de sesiones de acupuntura. Este ciclo consiste en dos sesiones diarias de 20 minutos de duración durante tres días consecutivos.

Los resultados "favorables" son aquellos en que las contracciones uterinas se consiguen mediante la aplicación de acupuntura, aunque el parto no se termine sin el auxilio de otro medio, por

ejemplo fármacos.

Los puntos donde debe aplicarse acupuntura se dividen en tres grupos: Primero, **los distales**: son los puntos que entendemos geográficamente alejados de la zona uterina, Hegu, Sanyinjiao y Zusanli. Segundo, **los locales o adyacentes**: son puntos que están cerca de la zona uterina; el principal se llama Zhibian. Tercero, **los combinados**: como indica su propio nombre, son combinados de los dos primeros grupos, Zhibian, Hegu y Sanyinjiao.

Las contracciones uterinas producidas por la aplicación de acupuntura objetivamente son registradas mediante



el monitor. En el cuadro se exponen las tres gráficas registradas según que los puntos aplicados acupunturalmente sean distales, locales o combinados.

Hay que añadir, como dato importante, que el 66% de casos que han respondido positivamente a este método

científico de inducción del parto, ha sido conseguido sin una selección previa de pacientes. Sin duda, de haber seleccionado aquellos antes de inducir el parto, eliminando los casos como la estrechez pélvica, fetos gigantes, circulares de cordón al cuello, etc., la aplica-

ción de acupuntura como medio de inducción del parto hubiera obtenido, por supuesto, un porcentaje considerablemente más alto de partos eutócicos, evitando así las intervenciones quirúrgicas.

LA FUNCION DE LAS RURALES

Las funciones de las Matronas que trabajamos en zonas rurales o en el cinturón de las grandes ciudades, han variado y seguirán modificándose a medida que las Matronas ampliemos nuestro campo de acción y recuperemos para muchas veces dejamos en manos de otras disciplinas.

De la época en que los partos se atendían a domicilio, las cosas han cambiado bastante y ahora hemos evolucionado hacia otras tareas de:

- Educación Sanitaria
- Atención prenatal
- Preparación psicoprofiláctica
- Planificación familiar

¿Cómo logramos cumplir estas metas:

Dependerá en primer lugar, del sitio asignado, de los medios con que contemos y de la colaboración que ofrezcan a nuestra tarea, los demás componentes del equipo de salud. Muchas de nosotras hemos tenido que vencer serias o medianas resistencias, nuestra presencia fue en su momento cuestionada y calificada de innecesaria.

¿Matrona y para qué? Fue la respuesta que recibimos muchas de nosotras al llegar a los pueblos.

Expondré brevemente nuestra labor.

Función asistencia: consulta prenatal.

Todas las aquí presentes sabemos de la importancia de la con-

sulta prenatal, para la salud de la madre que influirá en el desarrollo óptimo del feto, evitando o reduciendo al mínimo las complicaciones del embarazo, parto, puerperio y período neonatal.

Debido a los continuos progresos obstétricos y neonatales, a la utilización de medios cada vez más precisos y sofisticados, se han logrado disminuir ostensiblemente las tasas de morbilidad materna y fetales. Pero según las estadísticas más recientes, donde todavía no se puede actuar con la eficacia necesaria es en los casos de antepartun, debido en gran parte a la falta de asistencia prenatal.

Es aquí donde nosotras debemos poner nuestro empeño y ejecutar con eficiencia la detección precoz del riesgo obstétrico.

En primer lugar entonces, debemos evaluar el riesgo detectando las patologías, enviándolas lo antes posible al lugar que les corresponda para ser atendidas, las que presenten un riesgo medio o elevado.

Las gestantes que presenten un riesgo normal y en estrecha colaboración con el médico de cabecera, serán llevadas y controladas por nosotras en su evolución, mediante las normas generalmente comunes de atención prenatal.

Visitas mensuales en los primeros meses de gestación, quince-nales en los dos últimos, donde controlaremos el aumento de peso, la T.A.; solicitaremos la analítica de rutina sin dejar de investigar el grupo y Rh, anticuerpos de rubeola y toxoplasma, V.D.R.L., etc.

El examen obstétrico: anamnesis, inspección, medición del crecimiento uterino de acuerdo con la amenorrea, palpación diagnóstica de presentación y posición fetal, pelvimetría, descartar la posibilidad de una desproporción feto-materna.

Auscultar latidos fetales.

Entregar a la gestante la Cartilla Sanitaria de la Embarazada, donde figuren estos datos obtenidos en los sucesivos controles. Reflejará la evolución del embarazo, facilitando



tando la labor de los profesionales en los lugares donde vayan a dar a luz.

La Educación Sanitaria verdadero caballo de batalla de nuestra profesión, ocupa un lugar importantísimo en la higiene física y mental de la embarazada.

Con el transcurso de los años, las reglas de higiene del embara-

NA RURAL

zo han sufrido notables modificaciones, como lógica consecuencia de la vida moderna y la diferente proyección social que hoy tiene la mujer.

Nos ocuparemos muy especialmente en todo lo referente a: Higiene corporal, aseo bucal; reposo y actividad física, relaciones sexuales; alimentación de la embarazada y de la mujer que lacta; medicamentos, peligros de la automedicación; consumo de tabaco y alcohol, consecuencias para el

derma. Pocos procesos biológicos se adaptan con tanta amplitud a esa concepción como el fenómeno gestacional y de parto de la mujer.

Todo lo dicho anteriormente puede sintetizarse con una sola idea: Educación de la mujer embarazada, mediante clases teórico-prácticas que le informe sobre el proceso de gestación y parto, que le ayude a interpretar sus etapas. La creación de reflejos condicionados positivos mediante la respiración y la relajación, adecuados a cada momento del parto. Y lo más importante darle la seguridad de ser la protagonista de su propio parto.

Nociones de puericultura y cuidados del Recién Nacido, ocupará un lugar importante en nuestras charlas y coloquios.

Asesoramiento en planificación familiar: Tendrá como misión primordial, informar y educar sobre los distintos métodos anticonceptivos y orientarlas hacia los centros de asistencia. Tendremos como objetivos en este apartado:

Favorecer los nacimientos deseados. Evitar los no deseados.

Favorecer la regulación e intervalos entre los embarazos.

Alcanzar el número deseado o posible de hijos.

Adecuar los nacimientos a la edad de los padres.

Permitir vivir la sexualidad de un modo sano y libre.

Tratar la infertilidad. Asistencia genética.

Detección precoz del cáncer genital y mamario.

Como conclusión de todo lo anteriormente expuesto quisiera señalar algo muy importante que podemos lograr, debido a las características propias de cada pequeño lugar: el poder establecer una relación a nivel personal, que supere los límites meramente profesionales. Al convivir en el mismo medio encontrarnos en lugares comunes de reunión, conocer su familia, sus problemas nos llevará a comprender aún mejor su situación en su triple condición:

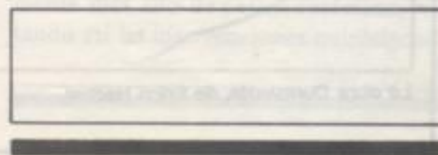
Física - psíquica y social.

Por último sólo quisiera agregar unas pocas palabras sobre la necesidad que tenemos las Matronas de estar actualizadas, para cumplir mejor las exigencias de la profesión. No sólo el paritorio debe ser nuestro campo de acción, sino muchos otros, que debemos recuperar o conquistar para nuestra profesión. ■

C. Carmen Domínguez Tallata
Matrona Rural.

futuro niño; promoción de la lactancia materna, destacando sus cualidades óptimas y los beneficios tanto físicos como psíquicos para el niño; preparación de los pezones.

La higiene mental y preparación psicoprofiláctica, es el complemento psicofísico ya inseparable de la práctica obstetricia mo-



EL ULTIMO CUKOR



"RICAS Y FAMOSAS"

Con esta película George Cukor ha dado su definitivo adiós al cine. Quizá sin él saberlo. Pienso que, de haber adivinado la cercana muerte, hubiera elegido otro personaje bien distinto a Liz Hamilton o a Merry Noel Blake (las protagonistas ricas y famosas). Por ejemplo, a la inolvidable Escarlata O'Hara de "Lo que el viento se llevó". Pero, eso sí, siempre una mujer.

Porque la mujer ha sido siempre una

constante en el cine de Cukor. Pocos como él han sabido exponer en imágenes su grandeza y servidumbre, su fragilidad y entereza, su trascendencia y banalidad.

El desinterés de Cukor hacia los personajes masculinos se pone de manifiesto una vez más en esta película. El hombre aparece sólo como mero comparsa, sin identidad propia, utilizado sólo en función del elemento femenino. Y eso, a pesar de ser pieza clave en la existencia de éste. El resultado de esta elección por parte de Cukor es desigual: si por un lado alcanza la maestría en el tratamiento de los caracteres femeninos, no ocurre lo mismo con los masculinos.

También este film revela la procedencia teatral de su director. Sus mejores escenas, cargadas de ironía y sutileza, de velada crítica en algunos momentos, son conseguidas siempre en interiores.

El tema trata la amistad de dos mujeres, dos novelistas, desde la adolescencia a la madurez, sin caer en una anécdota determinada y con un final abierto, muy en la línea del cine realista.

La evolución de esta amistad corre pareja a la de sus vidas, sucediéndose el éxito, la frustración, los celos, la envidia y, por encima de todo, o, quizá, excusándolo todo, un afecto hondo y sincero. Porque las dos mujeres, prototipos de una cierta clase de mujer americana, son en realidad las dos caras de una misma moneda. Y ellas lo saben.

Jacqueline Bisset y Candice Bergen, las protagonistas, realizan un excelente trabajo, salvando, en ocasiones, la monotonía y lentitud que, a veces, envuelve a esta película. Película, por otra parte, bastante interesante y digna de ver.

I. Casillas

PINTURA



La obra *Durmiente*, de Erich Heckel.

EL EXPRESIONISMO ALEMAN A TRAVÉS DE UNA COLECCION EXCEPCIONAL

La Muestra Antológica de Expresionistas alemanes de la colección BUCHHEIM ha sido inaugurada en las salas Pablo Picasso, de la Biblioteca Nacional de Madrid, tras ser presentada en Barcelona.

Esta magnífica exposición itinerante, que ha recorrido ya media Europa antes de ser instalada entre nosotros, consta de 461 obras representativas de todos los movimientos, tendencias, técnicas e individuales relacionada con el expresionismo alemán que se dio a conocer a principios de siglo.

A. Martín Olmo

LITERATURA

PREMIO NACIONAL DE ENSAYO

Recayó este año en el filósofo y profesor de Ética de la Universidad de S. Sebastián, Fernando Savater, por su obra "La tarea del héroe".

La obra es, sin duda, una de las más vertebradas dentro del pensamiento español de las últimas generaciones.

Savater sigue siendo uno de los escritores más polémicos de la actualidad.

PREMIO NACIONAL DE NOVELA

El galardón fue otorgado a la novela de José Luis Castillo Puche, "El amargo sabor de la retama", publicada por Ediciones Destino.

En esta novela, el autor, que, además de otras actividades tiene la de ser profesor de Redacción Periodística de la Universidad Complutense (Periodismo), nos muestra de nuevo sus condiciones de gran narrador, ameno y a la vez profundo en las descripciones de sus personajes y ambientes.

PRECIO NACIONAL DE POESÍA

Fue para una antología poética que resume, y a la vez auna, una parte importante de la obra, hasta ahora publicada, del poeta Antonio Colina, sin duda una de las personalidades más significativas dentro del panorama de la poesía española de los últimos años.

C. Román

MUSICA



WAGNER CIEN AÑOS DESPUES

tro Magdeburgo. Es entonces cuando se enamora de la "prima donna" Minna Planer, con la que se casa, teniendo un borrascoso matrimonio.

En 1839 se instala en París y 3 años más tarde presenta en Dresde "Rienzi" obteniendo un gran triunfo. Después del estreno de su inmortal "Lohengrin", reside en Londres, Venecia, Milán y Lucerna, comenzando sus turbulentas aventuras amorosas con Mathilde Wesendinek y Cósima Listz, con la que se casa en 1870 después de tener tres hijos con ella.

En 1864 estrena "Tristán e Isolda". Los bávaros no ven con buenos ojos el apoyo que le brinda Luis II y tiene que abandonar Baviera.

En 1872 se instala en Bayreuth y pone la primera piedra de su "Festspielhaus".

A. López

El 13 de Febrero de 1883 moría, en el Palacio Vendramín, en la Ciudad de Venecia, Ricardo Wagner, tras 70 años de una vida orientada hacia la creación en la música, la poesía, el teatro, la filosofía y la política.

A los 20 años es ya director de Orquesta del teatro de Wurzburg, y a los 23 de la Orquesta del Tea-

HUMOR

MATERNIDAD



CURIOSIDADES

PASAPORTE GENETICO

Los niños soviéticos tendrán, a partir de ahora, pasaporte genético, ya que se están realizando programas de exámenes médicos a parejas que esperan el nacimiento de un hijo.

El cuestionario a rellenar recoge datos relativos a las enfermedades hereditarias de la familia, el tipo de trabajo de los cónyuges, su modo de vida, edad y lugar de nacimiento.

Una máquina computadora procesa estos datos y el resultado del examen médico; si el estado de la madre es preocupante, los médicos le formulan recomendaciones concretas, le prestan asistencia especial y los pediatras se encargan del estado de salud del niño. El pronóstico genético trata de proteger la salud del niño basándose en la gran importancia que desempeñan los factores hereditarios.



M. A. Rodríguez

I CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOPROFILAXIS Y OBSTETRICA

ATENAS 24 - 28 ABRIL 1983

Viaje patrocinado por la
**ASOCIACION ESPAÑOLA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA**

INFORMES E INSCRIPCION:

**ultramar
express s/a**



Agencia de Viajes. Grupo A. Título 48

San Bernardo, 5 y 7 - Teléfs. 247 19 00 - 241 82 96 - MADRID - 13

1^{er} CURSO DE SEXOLOGIA (Para Matronas y A.T.S. Psiquiátricos)

Con la colaboración de:
**Hospital Clínico y Provincial de
Barcelona**

Departamento de Psiquiatría y
Psicología Médica
Prof.: E. González Monclús

Departamento de Obstetricia y
Ginecología

Prof.: J. González Merlo
Prof.: X. Iglesias Guiu

Sociedad Catalana de Planificación
Familiar de la Academia de
Ciencias Médicas de
Cataluña y Baleares

Director del Curso: **Dr. J. M^a Farré Martí**

Días 12 y 13 de Mayo de 1983

Departamento de Psiquiatría y Psicología
Casanova, 143 - Barcelona (36)
Teléfono 254 22 96 (Sra. Isabel Pardo)

NOTA PARA LAS AFILIADAS

Distinguidas amigas, no hace falta que os recordemos, según la circular de Febrero, que estamos en espera de que cada una de las antiguas afiliadas formalice su forma de pago de cuotas mediante domiciliación bancaria, o al menos conteste a dicha circular explicando si desea seguir siendo miembro de la Asociación de Matronas. Sabemos que todas estamos faltas de tiempo, pero de verdad, vamos a concienciarnos de que es necesaria la participación de todas nosotras para que éste Organo representativo de la profesión siga adelante y consiga todas las metas que nos hemos propuesto.

Dedícanos por favor unos minutos, que serán para tu beneficio, y escríbenos.

Somos conscientes de que en los últimos años la matrona española ha perdido puntos en el plano social y lógicamente, ésto, hay que subsanarlo y mejorarlo.

Vamos a responsabilizarnos todas. Por supuesto cada una aportará de si misma lo que pueda. Unas, su colaboración activa, como representantes de la Asociación en sus Delegaciones, otras aportando su colaboración para la revista y otras simplemente siendo miembros, porque lógicamente el nº de afiliadas también será un factor importante que determinará la fuerza de representatividad que tengamos las matronas. Si un día, no lejano, todas las matronas españolas estamos unidas en esta Asociación, no habrá Administración, ni colectivo profesional que nos quiera quitar ni un centímetro de nuestro terreno. La unión hace la fuerza y esto es incuestionable.

Por último, la Asociación, las matronas, la mujer, la amiga, la Junta Ejecutiva, y lo más importante la PROFESION, espera mucho de tí y por eso cuenta contigo.

Aprovechamos para saludarte muy cordialmente.

**LA SECRETARIA DE
LA JUNTA EJECUTIVA**

IMPORTANTE

La Compañía de Seguros espera tu confirmación para dar de alta la póliza de Responsabilidad Civil y Penal a tu nombre.

TRABAJO

4 matronas para Residencia de Móstoles de la Seguridad Social.

Interesados llamar (91) 435 63 80 - Asociación Española de Matronas.

SE NECESITA, matrona para centro de Planificación familiar. Se dará preferencia a profesionales que hayan realizado y acrediten cursos en esta materia.

Interesados llamar (91) 729 07 98

SE NECESITAN tres matronas para clínica maternal de reciente inauguración. Imprescindible amplios conocimientos de aparatos en Fisiopatología fetal.

Interesadas llamar a las oficinas de la Asociación, tardes de 5 a 7.

INMUEBLES

VENDO CHALET, precioso, dos plantas, parcela 2.000 m². en Navacerrada. Contado 9.000.000. Aplazado, 50% entrada y resto 3 años.

Interesados llamar (91) 270 11 67

VENDO PISO en Madrid, junto Centro Ramón y Cajal. 120 m². Nuevo, Calefacción individual, terraza preciosa, 4 dormitorios, jardines y piscina. Comunidad barata.

Contado, 9.000.000. Aplazado, 10.000.000

Interesados llamar (91) 729 07 98

SE VENDE piso en Algete. Urb. PRYCONSA. 3 dormitorios, cocina amueblada, 2 terrazas. Precio convenio. Facilidades.

Altamira: Teléf. (91) 733 80 27

ALQUILERES

ALQUILO apartamento en CALPE (Alicante), próximo playa. Confortable. Meses mayo, junio, julio, agosto, septiembre. Teléf. (91) 738 29 48

VARIOS

SE VENDE Seat 600, muy cuidado, pocos kms.

Buen precio. Teléf. (91) 738 29 48

SE VENDE Seat 127 como nuevo. 43.000 km. Precio convenir. Teléf. (11) 42 04 84

COMPRARIA BICICLETA gimnasia, segunda mano, para rehabilitación. Teléf. (91) 270 11 67

Son zonas cutáneas de color rojo vinoso y de piel adelgazada, hecho que se advierte perfectamente ya que se encuentra una depresión al pasar la mano por dichas regiones.

Son de disposición lineal de 0.5 o más cm. de longitud y de 5 o más mm. de anchura, bien delimitadas, deprimidas como hemos dicho y que debido a que la epidermis es muy fina ofrecen una sensación de vacío al tacto. Son las estrías raras veces generalizadas apareciendo normalmente en flancos, abdomen, nalgas, caderas, la raíz de los muslos, el torax, la región axilar, los hombros y las mamas.

Su coloración es de un azul púrpura (vinosas) que después pasa a porcelana. Su forma es rectilínea o curvilínea o bien presentando ondulaciones en S⁰ en zig-zag y desprovistas siempre de sensaciones subjetivas.

HISTOLOGICAMENTE se descubre una epidermis normal o bien adelgazada y una dermis muy reducida en su espesor. La lesión fundamental que parece es la rarefacción del tejido elástico. Esta dermis es tan estrecha que la hipodermis llega casi a unirse con la epidermis. No se observa ni cicatriz ni inflamación sino simplemente una atrofia (primero elástica y después colágena) de la dermis.

Como factor fundamental de su aparición se cita un catabolismo exagerado de las proteínas de la piel provocado por un exceso de glucocorticoides. En su etiopatogenia se han invocado también los factores mecánicos de hiperdistensión. Sin embargo se considera siempre que las estrías expresan un estado de hiperkorticalismo. Desde un punto de vista ETIOLOGICO se han dividido en seis grupos:

1. estrías vinosas de las enfermedades endocrinas como el síndrome de Cushing. (60% de casos)
2. estrías vinosas del embarazo (depende de la raza)
3. estrías vinosas de la pubertad (hipercorticismos) (35%)

4. estrías vinosas de las infectopatías
5. estrías vinosas de los estados carenciales
6. estrías vinosas yatrógenas (cortisona, ACTH, PAS etc.)

En realidad podríamos agrupar estos grupos en tres:

EMBARAZO 8⁰ - 9⁰ mes 17 cetioestroides
6⁰ mes 11 oxicorticoides
son de niveles dobles o triples

ESTADOS FISIOLOGICOS - pubertad

ESTADOS PATOLOGICOS

nefrosis
obesidad
síndrome de Cushing
aporte externo de corticoides
(yatrogenia)

Las del primer tipo aparecen solo en el sexo femenino y las dos restantes en ambos sexos.

En cuanto a la etiopatogenia ya hemos dicho que fundamentalmente es de origen endocrino por alteración de la síntesis, absorción o eliminación de corticoides u hormonas hipofisarias y el factor mecánico se debe de considerar como un cofactor ya que ante un estado de hipercorticismos una mayor distensión desencadenará una mayor formación de estrías.

TRATAMIENTO

Las estrías una vez formadas no responden a ningún tipo de tratamiento excepto en casos incipientes en los que a veces el tratamiento que después citaremos ha dado resultados especialmente en estrías de la pubertad en mamas.

Ni siquiera la cirugía estética ofrece solución a este problema. Naturalmente en las estrías originadas por estados patológicos la única forma de detener el proceso es

instaurando un tratamiento de la enfermedad de fondo. Por ejemplo en el Cushing acostumbra a ser quirúrgico. Estos casos evidentemente no están dentro del campo de la Cosmética que es el que consideramos. Desde nuestro punto de vista lo único que podemos hacer es el intentar mejorar la posición del tejido elástico frente a la degradación que sufre originada por la presencia excesiva de glucocorticoides. Si conseguimos esto y nos encontramos con unas estrías o posibilidad de formación de las mismas debido a **estados temporales** como pueda ser la pubertad o el embarazo, es posible que el tratamiento sea un éxito.

Por consiguiente nuestro tratamiento debe estar orientado a mantener y estimular la producción de tejido elástico en la zona afectada del organismo y la dermo-cosmética tiene posibilidades para conseguir estos efectos. En el caso especial de las estrías la preparación deberá contener estimulantes de la mitosis fibroblástica como la centella, deberá aportar también factores plásticos y energéticos para posibilitar este aumento de mitosis y en ningún caso se podrá incorporar a estas preparaciones fibras de colágeno soluble ya que por su poder de imbibición de agua producirían un cierto edema que no haría más que aumentar la tensión del tejido fibroso local. El aporte plástico deberá consistir en este caso en aminoácidos que no presenten características higroscópicas.

Los tratamientos se deben instaurar en el momento oportuno y no cuando las estrías aparecen. En el caso del embarazo por ejemplo, empiezan a aparecer cuando aumentan los 11 oxicorticoides, o sea a partir del 6⁰ mes. Parece pues razonable instaurar el tratamiento a partir del tercer mes para dar posibilidad al organismo de mejorar su tejido elástico antes de que se vea sometido al stress ocasionado por el hipercorticalismo.

Dr. E. Carreras J.