



matronas hoy

REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

Noviembre - N.º 5



**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

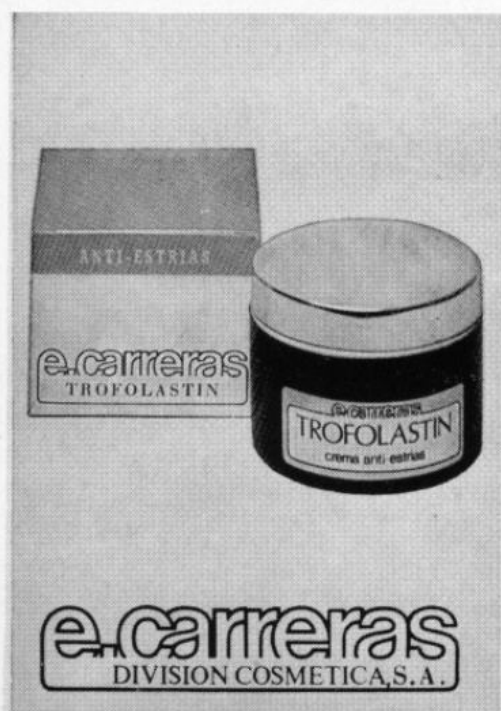
Teléf. 435 63 80

Depósito Legal:

M-19000 1983

SUMARIO

	Págs.
Editorial	3
Medicamentos y embarazo	4, 5, 6, 6, 7, 8 y 9
Partos con música	10 y 11
Avance del programa - III Jornadas Nacionales de Matronas .	12 y 13
Una de las nuevas enfermedades de los '80	15, 16 y 17
Música	18
Cine	19
Dejar de fumar	20 y 21
La Asociación Informa	22
Cartas al Director	23



TROFOLASTIN

Composición:

Extracto de Centella Asiática, eq. a	0'25 %
de planta	
Aceite de germen de trigo	10 %
Hidrolizado de colágeno	1 %
Hidrolizado de elastina	1 %
Alcohol cetiles-tearílico emulsificante	10 %
Lanolina	2 %
Aceite vegetal hidrogenado	5 %
Fenonip	0'30 %
Sorbitol	5 %
Agua destilada, c. s. p.	100 g.



EDITORIAL

SABER, QUERER, PODER

Ultimamente el tema de la salud está siendo tratado de forma prioritaria por parte de todos los medios de comunicación. En la prensa, las revistas mantienen espacios fijos en sus páginas acerca de este tema y se incrementa constantemente la aparición de publicaciones que tratan de forma popular el mismo. Por su parte, la radio y la televisión también le dedican numerosos espacios de su programación, incluso en horarios de máxima audiencia. Y, en el centro de todas estas comunicaciones, un mismo mensaje: el de la prevención. Así, el "más vale prevenir que curar" parece ser hoy la llave que, al fin, posibilite ese "estado de bienestar físico, mental y social" que la O.M.S. define como salud.

Dentro del campo de la educación sanitaria, el colectivo de matronas, infrautilizado e ignorado en numerosas ocasiones, tenemos sin embargo una importante labor que desarrollar. Una labor de **saber, querer y poder**.

SABER: El primer objetivo de la educación sanitaria es informar a los individuos y a las colectividades sobre los riesgos más importantes que amenazan sus dos bienes más preciados: la salud y la vida. Uno de los mayores peligros es la ignorancia. Desde nuestra posición en las consultas, y luego durante el parto, el contacto con la mujer y los familiares puede ejercer una influencia muy positiva a través de consejos e indicaciones, es decir, a través de nuestro propio saber. Y para ello debemos estar siempre al día en el terreno profesional, por medio de cursillos, conferencias, publicaciones, o sea, mediante una continua evolución que evite el estancamiento y la rutina en nuestro trabajo.

QUERER: motivar a los individuos y a las colectividades, hacerles tomar conciencia de su responsabilidad en la promoción, la protección y la recuperación de la salud. No es suficiente con informar. Si todo comportamiento humano corresponde a la satisfacción de una necesidad o de una aspiración, veremos que es necesario motivar para educar. Querer y hacer querer otras costumbres que posibiliten la salud. Modificar los hábitos de toda una sociedad no es algo que esté en nuestras manos pero sí podemos influir en el núcleo de aquella: la familia.

PODER: Informaciones y motivaciones no serán eficaces si no se concretizan con la acción. Naturalmente que nosotras aisladas no podemos realizar una tarea de tal envergadura y que ésta depende principalmente de una política sanitaria, una política que posibilite a cada individuo, a cada familia, a cada comunidad una protección médico-social suficiente, teniendo en cuenta, por una parte, las aspiraciones de la población y, por otra, las posibilidades técnicas, económicas y sociales existentes. Pero, si no podemos arreglar el país sí que podemos mejorar nuestra calle. Contamos para ello con una situación privilegiada con respecto a la mujer. Estamos cerca de ella, más cerca que nadie en los momentos más importantes de su vida.

No olvidemos que educar a un hombre es educar a un individuo, pero educar a una mujer es educar a una familia.

MEDICAMENTOS Y EMBARAZO

En el número anterior ya habíamos tratado este tema.

La administración de medicamentos a una mujer durante el embarazo siempre supone un riesgo potencial, no sólo para el feto sino también para si misma, por el particular estado fisiológico en el que se encuentra. Es por ello que debe evitarse, en lo posible, la administración de fármacos durante el embarazo.

¿De dónde vienen esos riesgos? Para la madre, del hecho de que durante el embarazo la capacidad de metabolismo hepático parece estar disminuida, lo cual, unido a la hipoproteinemia existente, determina un aumento de la concentración de fármacos libres en sangre, lo que permite alcanzar niveles tóxicos con fármacos con un rango terapéutico muy estrecho (por ejemplo la teofilina).

En cuanto al feto, el riesgo puede tener dos orígenes: uno mecánico, atribuible a fármacos que afectan a la musculatura lisa uterina, produciendo alteraciones en su contractilidad (oxitocina, noradrenalina, salbutamol,...) lo cual puede dañar al feto, y otro, más importante, que los fármacos lleguen a la sangre fetal a través de la placenta produciendo lesiones en el feto, que pueden producir desde erupciones dermatológicas neonatales hasta la aparición de graves enfermedades, efectos teratogénicos e incluso la muerte fetal.

Miguel Carreras Coma

FARMACOS QUE ATRAVIESAN LA BARRERA PLACENTARIA Y QUE PUEDEN DAÑAR AL FETO

(Extraído de "Hazards of Medication" de E.W. Martín Ed. por J.B. Lippincott Company. Philadelphia.)

FARMACO	EFFECTOS ADVERSOS
Acetofenetidina	Metahemoglobinemia.
Alfaprodina	Depresión respiratoria fetal.
Ametopterina (Metotrexate)	Aborto, anomalías, paladar partido.
Aminopterina	Aborto, anomalías, paladar partido.
Amonio, Cloruro	Acidosis.
Analgésicos	Ver Acetofenetidina, Heroína, Morfina.
Anestésicos (volátiles)	Depresión de la respiración fetal.
Anestésicos	Ver Mepivacaina.
Andrógenos	Envejecimiento oseo prematuro, agrandamiento del clítoris, fusión labial, masculinización.
Antibacterianos	Ver Cloranfenicol. Nitrofurantoina, Novobiocina, Estreptomicina, Sulfonamidas, Tetraciclina.
Anticoagulantes	Ver Bishidroxicumarina, Warfarina sódica.

Antineoplásicos

Barbituratos

Bishidroxicumarina (dicumarol)

Bromuros

Ver Aminopterina, Busulfan, Cyclofosfamida, Metotrexate.

Depresión respiratoria.

Muerte fetal y hemorragia intrauterina.

Erupciones dermatológicas neonatales.



Hidrocéfalo



Teratoma de las nalgas. ("Holocardius amorphus" pigópago)

Busulfan

Cannabis

Ciclofosfamida

Ciclopropano

Clorambucil

Cloramfenicol (Cloromicetina)

Cloroquina

Clorpromacina

Clorpropamida

Cortisona

Dextroanfetamina, sulfato

Estreptomina

Estrógenos (estilbestrol...)

Eter

Etil bismacetato

Fenmetracina

Fenobarbital (en exceso)

Paladar partido.

Posible teratogenicidad.

Defectos en las extremidades, impide el desarrollo, muerte fetal.

Depresión respiratoria neonatal.

Aborto, Anormalidades.

Muerte fetal, síndrome gris.

Trombocitopenia.

Ictericia neonatal, muerte? y prolongados signos extrapiramidales.

Prolongada hipoglucemia neonatal.

Paladar partido.

Transposición de vasos.

Pérdida de audición, micromelia, múltiples anormalidades esqueléticas, lesión del octavo par.

Envejecimiento óseo prematuro, agrandamiento del clítoris, fusión labial, masculinización.

Apnea neonatal.

Muerte fetal, hemorragia neonatal.

Múltiples anormalidades (esqueléticas y viscerales).

Hemorragia neonatal y muerte.

Fenilbutazona
 Heroína
 Hexametonio, Bromuro
 Hidrato de Cloral (grandes dosis)
 Influencia de la vacunación
 Inhibidores de las colinesterasas
 Ioduros
 Iofénico, ácido
 Iotiouracilo
 Isoniacida (INH)
 Levorfanol
 Litio, Carbonato
 Lisérgico, ácido, dietilamida (LSD)
 Mecamilamina (inversina)
 Mepivacaina (carbocaina)
 Metadona
 Metaqualona

Bocio Neonatal.
 Inicial adición neonatal, muerte neonatal, depresión respiratoria.
 Ileón neonatal, muerte.
 Muerte fetal.
 Aumento de los títulos anti-A y B en la madre.
 Debilidad muscular transitoria.
 Bocio.
 Hipotiroidismo.
 Bocio neonatal.
 Retraso en la actividad psicomotora.
 Depresión respiratoria fetal.
 Bocio neonatal.
 Lesión cromosónica, descendencia enana.
 Ileón neonatal fatal.
 Bradicardia fetal, depresión neonatal.
 Depresión respiratoria fetal.
 Teratogénica.



Teratoma de las nalgas



Omphalocele. Feto de cuatro meses



Omphalocele. Feto de siete meses

Metimazol

Metotrexate

Morfina

Nicotina (Tabaco)

Nitrofurantoina (furodantil)

Novobiocina (Albamicina)

Bocio neonatal, Hipotiroidismo, retraso mental.

Aborto, anomalías y paladar partido.

Adición neonatal, depresión respiratoria, muerte neonatal.

Disminución del tamaño del recién nacido.

Hemolisis fetal.

Hiperbilirrubinemia.



Monstruos toracópagos.



Riñones poliquísticos. Amelia (falta de un miembro).



Anencéfalo de siete meses.



Monstruo notocéfalo, labio leporino y otras anomalías.

Oxido Nitroso (anestésico)

Paraldehído (dosis altas)

Podophillum

Potasio, Ioduro

Propiltiouracilo

Quinina

Reserpina

Salicilatos

Serotonina

Sulfonamidas (tratamientos largos)

Sulfonilureas

Talidomida

Tetraciclina

Tiacidas

Tiouracilo

Inhibidores del movimiento respiratorio fetal.

Depresión respiratoria.

Deformaciones fetales.

Cianosis, bocio, retraso mental, dificultades respiratorias.

Bocio neonatal, hipotiroidismo, retraso mental.

Sordera, trombocitopenia.

Bloqueo nasal, obstrucción respiratoria.

Hemorragia neonatal, hipoglucemia severa?

Anormalidades múltiples en órganos y esqueleto.

Quernictero, hiperbilirrubinemia, atorfia hepática aguda, anemia.

Bocio neonatal, prolongada hipoglucemia neonatal.

Defectos auditivos, focomelia, muerte.

Decoloración de los dientes, inhibición del crecimiento óseo, micromelia, sindactilia.

Trombocitopenia, muerte neonatal.

Hipotiroidismo, bocio neonatal, retraso mental.

PARTOS CON MUSICA



A pesar de que Napoleón dijera que: "la música es el menos molesto de los ruidos". Podríamos glosar los efectos que ella ejerce sobre el hombre.

Una música estridente, rítmica y progresivamente acelerada, puede llegar a producir ataques parecidos a la epilepsia, esto lo he constatado personalmente en Brasil, viendo la Macumba. También hemos visto como los rocks y otras composiciones modernas, llevan al auditorio a un estado de histeria colectiva. Sin embargo, otra clase de música, pausada, dulce etc. puede servir de terapia para algunas afecciones. Se ha llegado incluso a investigar, el bienestar que produce en animales y plantas.

Todo este preámbulo, es para comentar dos casos curiosos que me he enterado que hacen en nuestra vecina Francia.

En la maternidad de LILAS, realizan una preparación pre y posparto a base de música y canto. Si, es cierto. CHANTAL VERDIERE, es la matrona animadora de psicofonía, que prepara a las mujeres

encinta y recién paridas, éstas junto a sus bebés. Pueden incluso acudir los padres.

Se comienza por algunos ejercicios para una buena preparación de la voz. Actitudes corporales, las sensaciones internas y las vibraciones, deben ser óptimas.

Es MARIE LOUISE AUCHER, quien en el piano, hace sonar antiguas canciones de cuna "canciones prenatales", y llega incluso a tocar canciones tradicionales.

Dicen que estos sonos, crean alrededor del niño por nacer, un mundo sonoro, sereno y alegre. En cuanto a los bebés ya nacidos, dejados en el centro del grupo, aseguran que parecen escuchar calmados y distendidos, como si tuvieran una reminiscencia que les viene de las nanas escuchadas antes del nacimiento.

También en la maternidad de PITHIVIERS, se trabaja de forma parecida alrededor del piano.

Con éstos cantos, algunos ejercicios de voz, quie-

ren dar un mayor conocimiento de las sensaciones de la pelvis, favorecer la respiración base, el control abdominal y el equilibrio sobre las piernas.

El feto, al contacto con el piano y la voz, se beneficia de las vibraciones, y este "baño" sonoro se va a prolongar durante tras horas. Dicen que las madres se regocijan y poco a poco, éste regocijo invade la sala de maternidad.

Puede haber una gran cantidad de personas: padres, miembros del personal hospitalario, matronas, recién nacidos, abuelos, y entre ellos el Dr. ODENT.

Estos ejercicios no representan un curso. Cada

uno canta como puede y sabe. Se intercambian sonrisas, hay vivencias y puede durar, como ya he dicho antes hasta tres horas. Todo el mundo está distendido y se encuentra mejor.

Pero el final es algo no habitual. Se acaba ésta, digamos "fiesta", con un vals, durante el cual, puede verse danzar a la embarazada con su tocólogo.

¡Increíble! ¡inaudito! Pero todo lo que os he contado es cierto. He visto fotografías de esta singular preparación y tengo el nombre de la cassette en la que se han gravado estas canciones.

P.M.O.



-Avance del programa-

-III JORNADAS N



PLANIFICACION FAMILIAR Y SEXOLOGIA

Diciembre 1983

CONTENIDO DEL PROGRAMA

Día 4 Llegada por la tarde de las participantes y recogida de Documentación.

20,30 h. Cocktail de bienvenida en el hotel PALACE.

Día 5

9,10 h. Entrega de Documentación.

10,00 h. Sesión Inaugural (a cargo de Autoridad Competente).

10,30 h. Conferencia: Anticoncepción natural. Prof. Usandizaga, Director de la Maternidad La Paz. Madrid.

11,30 h. Pausa para café.

12,00 h. Matronas: Comunicaciones libres.

14,30 h. Almuerzo de Trabajo.

16,30 h. Conferencia: Conducta sexual humana: variantes y disfunciones. Dr. F. Cañas de Paz, Médico Psiquiatra. Madrid.

17,30 h. Pausa para café.

18,00 h. Película.

Día 6

9,30 h. Matronas: Comunicaciones libres.

10,30 h. Conferencia: Anticoncepción por dispositivos y oclusión tubárica. Prof. H. Alcántara, Jefe de Servicio, Maternidad La Paz. Madrid.



ACIONALES DE MATRONAS

11,30 h. Pausa para café.

12,00 h. Conferencia: Ant. concepción de barrera. Dr. Méndez Carpe, de la Academia de Medicina de Cataluña y Baleares y de la Soc. Americana de Fertilidad.

13,00 h. Mesa Redonda.

14,00 h. Almuerzo de Trabajo.

15,30 h. Matronas: Comunicaciones libres.

16,30 h. Conferencia: problemas actuales de la Planificación Familiar. Dr. Fernández Penela, Diplomado en Salud de la Familia y Planificación Familiar por la OMS.

17,30 h. Pausa para café.

18,00 h. Conferencia: Sexualidad y Anticoncepción. Dra. M.I. Caicoya, Prof. de Psicología Médica y Psiquiatría. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid.

19,00 h. Coloquio.

19,30 h. Información a cargo de la Asociación Nacional de Matronas y Consejo Nacional.

Día 7

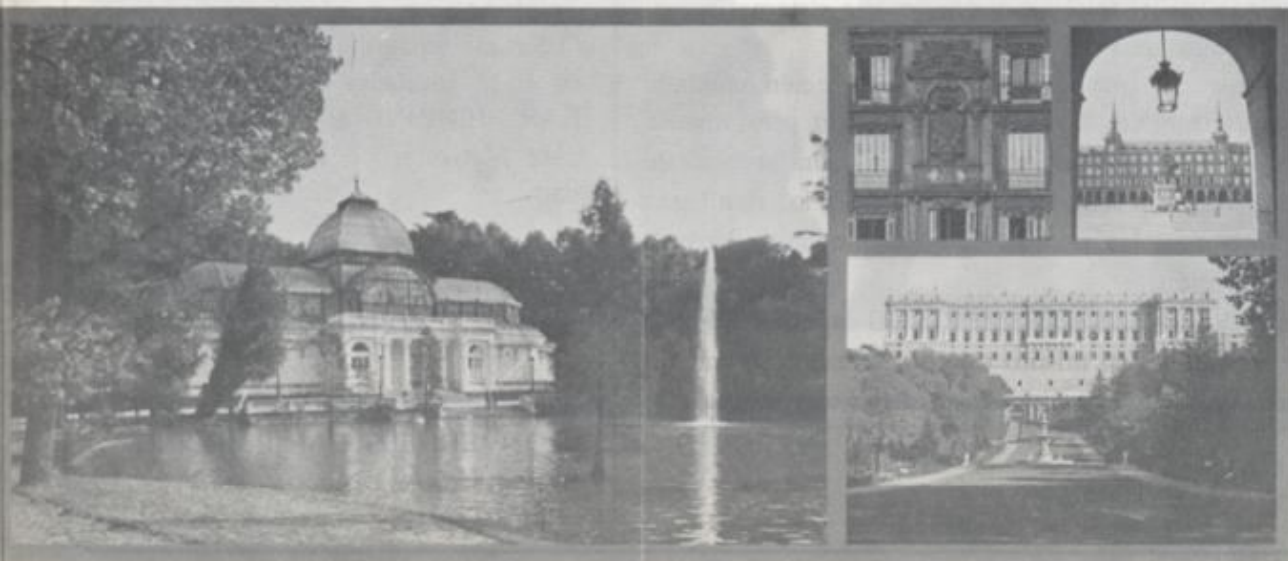
9,30 h. Conferencia: Sexualidad en el embarazo y puerperio. Dr. E. Baca, Prof. de Psicología Médica y Psiquiatría. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid.

11,30. h Pausa.

12,00 h. Conferencia: Anticoncepción hormonal. Prof. Caballero, Jefe de Servicio de la Provincial de Madrid.

13,00 h. Clausura por una Autoridad competente. Tarde libre.

21,30 h. Cena de Clausura: Hotel Palace.



Una de las nuevas enfermedades de los '80

LA "PERVERSION" DE UN MICROBIO INOFENSIVO CAUSO VARIAS MUERTES EN MUJERES QUE UTILIZABAN TAMPONES DURANTE LA MENSTRUACION

A partir de 1977, una singular enfermedad empezó a acechar a las jóvenes norteamericanas. Según la descripción dada por J. Todd en 1978, una joven que gozaba hasta entonces de buena salud y que utilizaba tampones superabsorbentes durante sus menstruaciones sufrió súbitamente una fiebre elevada, vómitos considerables y caída de la tensión arterial, signos que fueron seguidos de una erupción cutánea, parecida a la escarlatina, que conducía rápidamente a una descamación de la piel. En un elevado porcentaje de los casos, la enfermedad evoluciona con desenlace fatal. Esta relación entre la aparición de los síntomas, conocidos con el nombre de choque tóxico y la utilización de ciertos tampones superabsorbentes, llevó a retirar del mercado algunas marcas, sin que en aquel momento se pudiera comprender su implicación. En 1978 se informó de que el posible responsable directo era un microbio considerado hasta entonces prácticamente inofensivo: el estafilococo dorado. Aparte de su aspecto puramente médico, el problema planteado por el choque tóxico es importante: ¿cómo una especie bacteriana poco perjudicial puede de pronto resultar tan agresiva? la respuesta del grupo de J. Zabriskie, de la universidad Rockefeller de Nueva York, es bastante inquietante: este microbio puede volverse peligroso porque ha integrado los genes de un virus en su material genético.

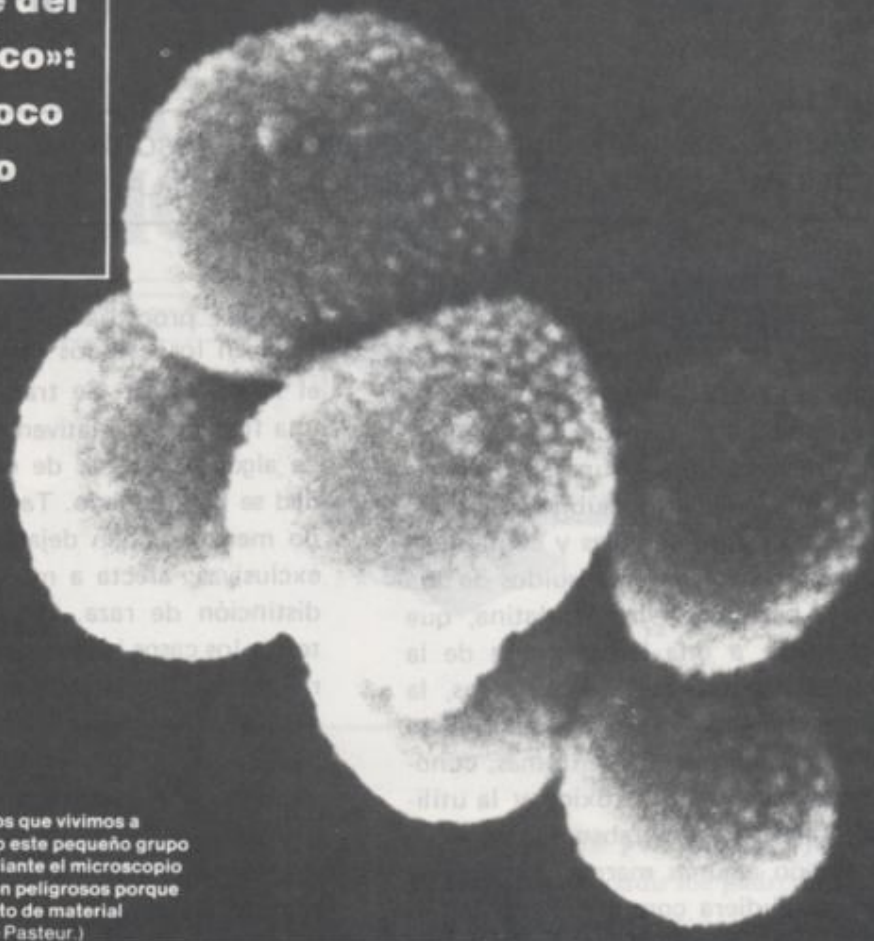
La perversión de un microbio inofensivo

La sintomatología del choque tóxico no era del todo desconocida en 1978. Entre 1970 y 1982, los "Centers for disease control" (CDC) de Estados Unidos habían registrado unos dos mil casos: las tres cuartas partes de ellos a partir de 1979, y la

mayoría procedían de una zona geográfica concreta en los Estados Unidos, situada entre Utah y el Middle West. Se trataba de una epidemia, con una frecuencia relativamente baja, hoy estabilizada en algunas decenas de casos por mes, cuya gravedad se ha atenuado. También las jóvenes en período menstrual han dejado de ser sus víctimas casi exclusivas: afecta a mujeres, hombres y niños, sin distinción de raza. El denominador común es en todos los casos la presencia de una infección primaria de estafilococos dorados. Según A. Reingold, del CDC de Atlanta, que ha publicado a principios de 1982 el primer estudio exhaustivo de los choques tóxicos aparecidos fuera de los períodos de menstruación, la enfermedad se adquiere mediante sobreinfección de heridas, quemaduras, abscesos superficiales o profundos, en particular de pulmón, dermatosis, en infecciones que siguen al parto, etc. Toda una patología primaria en la que el estafilococo dorado está comúnmente implicado. Este microbio se asocia fácilmente a la piel humana sin causar, en general, ningún perjuicio. Huésped comensal, es también una bacteria oportunista: hay que darle ocasión, para que comience a proliferar en un forúnculo o en una herida. Puede provocar patologías graves, pero no es por esto por lo que se la hace responsable del choque tóxico mortal. ¿Qué ocurre, pues, además?

Nos podríamos preguntar si es realmente este microbio el culpable. Pero no hay ninguna duda de que los estafilococos dorados, aislados de pacientes afectados de un choque tóxico, constituyen el origen del síntoma. A priori no hay nada que los diferencia de los estafilococos dorados comunes. Por ejemplo, son capaces de producir toxinas ya conocidas, las enterotoxinas responsables, por ejemplo, del efecto espectacular, pero fugaz y be-

Responsable del «choque tóxico»: un estafilococo pervertido



¿Qué ocurrirá si microbios con los que vivimos a menudo en buena armonía, como este pequeño grupo de estafilococos observado mediante el microscopio electrónico de barrido, se vuelven peligrosos porque albergan un virus u otro fragmento de material genético extraño? (Foto Instituto Pasteur.)

nigno de una infección estafilocócica del tubo digestivo. Sin embargo, entre 1979 y 1981, los grupos de M. Bergdoll de Madison (Wisconsin) y de P. Schlievert de la universidad de Minnesota demostraron que del 90 al 95% de los estafilococos dorados aislados de enfermos que habían sufrido un choque tóxico segregaban nuevas toxinas: una responsable de la fiebre, y otra posiblemente del choque tóxico, la enterotoxina F. Esta última toxina, que no es producida por las cepas habituales de estafilococos dorados, reproduce los síntomas del choque tóxico en animales de experimentación. Probablemente es la responsable de las particularidades de esta enfermedad. Como no todos los estafilococos la segregan, en particular los que no producen choques tóxicos, es esencial comprender cómo un estafilococo dorado comensal

se convierte en productor de una nueva toxina particularmente agresiva.

Los estafilococos "tóxicos" han integrado un virus

La situación de estos "nuevos" estafilococos puede que no sea tan original: desde hace unos veinte años se sabe que al menos dos bacterias patógenas segregan toxinas porque albergan virus bacterianos, los bacteriófagos, en su patrimonio hereditario. Así ocurre, por ejemplo, con el bacilo de la difteria, *Corynebacterium diphtheriae*, y con el responsable de la escarlatina, *Streptococcus pyogenes*, y el caso es que algunos síntomas del choque tóxico son muy parecidos a los de la escar-

latina. Además, J. Zabriskie fue uno de los primeros en demostrar, en 1964, que la toxina del agente de la escarlatina era controlada por un virus integrado en el patrimonio genético de la bacteria. La relación entre ambas situaciones es evidente: ¿por qué no intentar explicar las propiedades "nuevas" del estafilococo dorado mediante un mecanismo similar al observado en el caso de la escarlatina? Estas cepas "tóxicas" ¿no habrán integrado algún virus que confiera al microbio esta nueva propiedad? Esto explicaría la aparición de la epidemia y su forma de expansión.

Los métodos para poner de manifiesto bacteriófagos integrados apenas han variado desde los años 1950, cuando F. Jacob, E. Woolman y A. Lwoff estudiaban en el Instituto Pasteur los bacteriófagos atenuados del colibacilo. Algunos virus bacterianos tienen en efecto dos formas de proliferación y propagación. O bien infectan a las bacterias y proliferan matando a su huésped: la bacteria se lisa y centenares de virus infecciosos quedan libres. Bien el material genético del virus se integra en el cromosoma de la bacteria sin matarla. Los genes del virus se comportan entonces como genes bacterianos. Las bacterias que albergan virus de este tipo (llamadas lisogénicas) pueden, por ejemplo si son irradiadas con rayos ultravioletas, liberar el virus integrado en su cromosoma. En estas condiciones el virus prolifera a expensas de su huésped acabando por matarlo. Los bacteriófagos así liberados pueden detectarse fácilmente por la lisis de las bacterias sensibles a ellos. El protocolo de detección de virus integrados así descrito es el que se utilizó en 1962 para *S. pyogenes* y el que J. Zabriskie y sus colaboradores han aplicado a doce cepas de estafilococo dorado aisladas de enfermos y en dieciocho extraídas de individuos no afectados por el choque tóxico. Once de las doce cepas "tóxicas" liberaron bacteriófagos. Por el contrario, tan sólo una de las dieciocho cepas control hizo otro tanto. Una característica de las bacterias implicadas en los choques tóxicos, es, pues, la de poseer un bacteriófago integrado. Los virus liberados casi exclusivamente por las bacterias patógenas pueden infectar a otros estafilococos y eventualmente integrarse en su cromosoma. Hay pues una gran correlación

entre presencia de un virus integrado y toxicidad de una cepa de estafilococo.

¿Es este virus el responsable?

Las analogías entre el sistema del estafilococo "modificado" y el de los responsables de la difteria y de la escarlatina son tales que es tentador pensar que el virus ha aportado una toxina a la bacteria, y que integrándose, proporciona de alguna manera un nuevo gen a la bacteria, el de la endotoxina F. Queda por demostrar, no obstante, lo que en principio parece simple: hay que verificar el efecto tóxico de un estafilococo preparado en el laboratorio mediante la integración del virus en el cromosoma de un estafilococo común. Según la revista *Science*, ensayos preliminares realizados en animales se manifiestan en este sentido. De manera que el choque tóxico se debería a la adquisición de nuevas propiedades por una bacteria comensal común, a través de una especie de manipulación genética espontánea. Hay que tener presente que aunque haya un gran número de cepas de estafilococos, el número de las aisladas a partir de enfermos es aún muy reducido. Ya se conocen muchos bacteriófagos de estafilococos, y por lo menos uno de ellos transporta el gen de una hemolisina. Queda aún mucho por hacer antes de dar una conclusión definitiva. Si esta hipótesis es buena, será fascinante determinar de qué organismo el virus ha tomado la toxina o cómo ha podido modificar una proteína anteriormente inofensiva... Mientras tanto, no hay ninguna razón por la que no pueda producirse este fenómeno en otros microorganismos. Se trata, en efecto, de verificar la existencia a nivel de la patología humana de acontecimientos genéticos muy corrientes en las poblaciones de bacterias y que constituyen la base de una buena parte de nuestros conocimientos de genética bacteriana. ¿No habría que examinar con esta perspectiva una patología también aparentemente "original" como es la neumonía de los homosexuales (*La Recherche*, n.º 131, p. 392, Marzo 1982)?

Sin embargo, aunque esta hipótesis sobre la aparición de una bacteria tóxica sea muy atractiva, no explica del todo por qué la enfermedad aparece en una gran mayoría de casos en jóvenes durante el período menstrual y especialmente cuando utilizan ciertos tampones... ■

IV FESTIVAL DE JAZZ EN MADRID

El jazz ha dejado de ser una expresión sonora "genuinamente americana", al traspasar las limitaciones geográficas y convertirse en un lenguaje universal. Se habla incluso del jazz africano, del europeo y hasta del asiático.

El jazz perdió en color y ganó en inmortalidad.

El jazz en España se ha convertido en algo más que una moda. Lo interpretan igual manos blancas que manos negras. La gente se dió cuenta de que a través del jazz se varían nuevas fronteras a la creatividad y formas desconocidas de expresión en medio de una sociedad invadida de ritmos modernos. Y es a finales de los sesenta cuando el jazz convoca en nuestro país a miles de espectadores.

El festival de Madrid ha coincidido con otros diez celebrados en distintas ciudades españolas, y ha convocado a las figuras más legendarias de esta especialidad, desde "Count Basie's Men" hasta Chick Corea; desde Tete Montoliú a Miles Davis. Es decir, figuras ya legendarias dentro del panorama nacional.

Estuvieron los componentes del llamado "Tributo a Louis Armstrong", colaboradores muy cercanos del que

fuera rey del jazz, que realizan con un repertorio clásico un recorrido por el inconfundible estilo musical que crearon en el primer tercio del sig. XX los grandes maestros del swing. Chick Corea hizo suya una vieja pretensión de tocar en cuarteto de cuerda. Max Roach, el más grande percusionista del sig. XX, según Leonard Bernstein, abrió nuevas vías de expresión musical. Dexter Gordon demostró por qué en 1982 fue elegido el músico más importante del año.

El público español que asistió a estos festivales estuvo integrado fundamentalmente por universitarios, profesionales liberales y algunos snobs. Es decir, un público por lo general bastante culto. Los más jóvenes, más proclives a tendencias más o menos mixtificadoras del jazz puro, se han dado cuenta de que no existen antagonismo entre el jazz y el rock, que, con diferentes matices, ambos pertenecen a un mismo patrimonio musical y que, en definitiva, son en este terreno lo más representativo de los últimos cien años. Aunque, como dijera Johnny Hodges, "el jazz no tiene explicación, hay que escucharlo".

A.R.R.



Miles Davis.

CINE

"ZELIG"

Guión y Dirección: Woody Allen.

Fotografía: Gordon Willis.

Montaje: Susan E. Morse.

Intérpretes: Woody Allen y Mia Farrow.

Comedia. Norteamericana, 1983.

Es bastante probable que esta película suponga un fracaso, desde una óptica comercial, dentro de la filmografía de Woody Allen, el más grande los humoristas norteamericanos. Y, sin embargo, es su mejor película, la más creativa y la más madura, la más lograda. Woody Allen, jugando con el cine, mintiendo como él, entrelaza realidad y ficción de forma magistral.

El problema, desde el punto de vista del espectador medio, es que es una película insólita. En primer lugar porque ha sido filmada como un documental que revisa la bio-

grafía de un personaje inexistente, célebre al final de los años veinte. Y para ello, y en aras de una mayor "autenticidad", este gran humorista no se ha contentado con utilizar una escenografía acorde con la época, sino que ha ido más lejos, ha hecho uso de la cámara con idéntica técnica, con iguales posibilidades a las de hace 50 ó 60 años, consiguiendo, así, imágenes exactamente iguales a las de aquellos tiempos. A estas filmaciones "de época" se les intercalan noticiarios del ayer, convenientemente falseados y montados, trozos de la película que Hollywood "hizo" años después y, por último, opiniones de una serie de personajes —reales unos, inventados otros— que, desde la actualidad, juzgan al protagonista. Estas son las únicas escenas rodadas en color.

La segunda dificultad para una aceptación masiva de la película es que, y como resultado de ser un documental, no existe realmente la interpretación. Desde luego que tanto Woody Allen como Mia Farrow hacen un trabajo perfecto con sus personajes, pero no es un trabajo interpretativo en el sentido clásico puesto que ellos se limitan simplemente a "estar" ante la cámara, no a actuar.

Por supuesto que para los espectadores que gustan del buen cine estos "inconvenientes" no son tales; incluso se valora el que un director en la cumbre, como Woody Allen, se haya arriesgado a un trabajo que, a estas alturas de la técnica, resulta casi experimental. Pero, hay que ser realista. Pese a ese lúcido talento que impregna toda la película, pese a ese humor que a veces alcanza cotas de genialidad, pese a esas sutiles observaciones sobre el absurdo cotidiano —no ya de un país, América, ni de una raza, la judía, sino del ser humano en general— la aceptación popular de esta película, por lo poco usual de su realización, puede resultar mínima en comparación con sus méritos. Porque no siempre se logra una obra maestra. Y ésta lo es.

I. Casillas



Woody Allen, en "Zelig"

DEJAR DE FUMAR



Decía Oscar Wilde que lo mejor para vencer una tentación era caer en ella. El ingenioso escritor no se refería, evidentemente, a uno de los vicios más extendidos y más aceptados socialmente, al vicio de fumar. Porque lo mejor para vencer el tabaco, no es desde luego caer en él, soportar su dependencia, si no, por el contrario, no haber sido nunca fumador. Y mucho menos fumador empedernido.

La aspiración máxima de todo fumador, desde el mismo momento en que comienza a comprobar en su propia carne los efectos nocivos de la droga más universal y más legalizada, es poder dejar de fumar en cuanto se lo proponga. ¿Qué fumador no lo ha intentado alguna vez, varias veces, innumerables veces? Y ¿cuántos lo han conseguido de forma definitiva? En estudios realizados los resultados son un tanto pesimistas: sólo un 15% de los que deciden dejar de fumar definitivamente lo consiguen.

Vamos a ofrecer aquí una serie de consejos prácticos, a base de elementos naturales que ayuden a superar, con éxito, esta dependencia, que puede ser de origen psicológico, de adicción química o, simplemente por la fuerza del hábito, pero dependencia en cualquier caso.

Lo primero que debe saber un fumador es que el cigarrillo no es un relajante, si no que, por el contrario, es un importante estimulante, y que el humo de ese cigarrillo que fuma está compuesto por nicotina, alquitrán y monóxido de carbono, entre otros elementos altamente dañinos. Este últi-

mo, por ejemplo, es un gas letal que impide que llegue el oxígeno, de manera suficiente, a los tejidos del cerebro. Otro componente, no menos dañino, es el cianuro de hidrógeno, utilizado en las cámaras de gas, por ejemplo.

Otro dato interesante es saber que está estadísticamente comprobado como, de la misma manera que ha aumentado el número de mujeres fumadoras, de igual forma se ha hecho cada vez más frecuente la aparición en la mujer de enfermedades relacionadas con el tabaco, como por ejemplo el cáncer de pulmón, enfisemas, bronquitis crónicas, enfermedades cardiovasculares, etc., hasta hace unos años típicamente masculinas.

Veamos ahora algunos elementos que pueden ayudar a un fumador a que decida abandonar el tabaco. Durante las primeras semanas aconseja beber, al menos, ocho vasos de agua al día, uno de ellos preferentemente en ayunas. Con ello se intenta "limpiar" en alguna forma nuestro organismo de los posibles residuos del tabaco y, al mismo tiempo, sustituir esa adicción, muchas veces de origen mecánico, como es el de encender un cigarrillo, por otra bastante más inofensiva: la de beber un trago de agua.

Uno de los temas más generalizados a la hora de dejar el tabaco es el miedo a engordar. Efectivamente, resulta bastante corriente durante los primeros días la aparición de un hambre suplementaria. Para ese hambre un poco "obsesiva" de la primera etapa sería bueno cambiar nuestra dieta buscando alimentos que, por sus propiedades, composición o contenido calórico, pueden ayudar más que otros a mitigar el ansia de fumar.

Entre ellos, los más importantes son las verduras, frutas y, especialmente, las hortalizas crudas, sin cocinar. También los productos depurativos son recomendables en esos casos, así como los prepa-

rados naturales a base de hierbas que se consumen en forma de infusión, como perejil, zarzaparrilla, achicoria, abedul, caledonia, flor de brezo, cola de caballo, estigma de maíz y hojas de olivo. Así, consumir más frutas, verduras y ensaladas que de cosmética y tomar en vez de café —que siempre se asocia con el cigarrillo— una infusión de hierbas depurativas, puede ayudar durante los primeros días. En un par de semanas el síndrome de abstinencia

habrá pasado y se podrá volver a una dieta normal.

Hay distintos métodos para dejar de fumar, desde reducir progresivamente el número de pitillos hasta cambiar a marcas con menor contenido de nicotina, pero, según resultados de estudios efectuados sobre este tema, el dejar de fumar bruscamente suele ser el medio más efectivo para librarse definitivamente de la dependencia. En el caso de que el fumador se sienta incapaz de esto último, lo más aconsejable no es ya rebajar los cigarrillos sino las horas en que empiezan a consumirse: ir retrasando cada día una hora nuestra primera ración de nicotina hasta que hayamos dejado, materialmente, de fumar. Ahora bien, si el plazo para dejarlo definitivamente sobrepasa las dos semanas, habrá que dudar de si queremos realmente o no dejar de fumar. O, mejor, de si podemos.

En cualquier caso, ningún consejo tendrá validez, ningún método dará resultado, si no va unido a una auténtica fuerza de voluntad para lograr la victoria. Sin un serio compromiso con nosotros mismos, con nuestra salud, lo más normal será volver a encender el cigarrillo después de una corta abstinencia.

I. C.



HUMOR



LA ASOCIACION INFORMA

Queridas afiliadas, en las páginas centrales de la revista, mandamos un avance del programa de las III Jornadas Nacionales de Matronas. A pesar de que es un avance, en la participación de conferenciantes es prácticamente definitiva. Lo que se modificará son los espacios de participación de Matronas, que por cierto os estáis retrasando en el envío de vuestros trabajos y casi no habrá tiempo de reseñarlos en el programa.

Reiteramos la invitación a participar en éstas Jornadas y contamos con todas.

¡Ah!, se me olvidaba, hace por lo menos dos números de la revista que no os vuelvo a llamar la atención respecto a que la revista "Matronas hoy" espera unas redactoras matronas que estoy segura tienen cantidad de material para mandar y publicarlo posteriormente.

ESPERAMOS VUESTRA COLABORACION

Relación de vacantes de Matrona de A.P.D. con acumulación del Seguro en la provincia de Madrid.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| - CENICIENTOS | - LOS MOLINOS |
| - CIENPOZUELOS | - MORATA DE TAJUÑA |
| - COLMENAR DE OREJA | - SAN LORENZO DEL ESCORIAL |
| - CHINCHÓN | - SAN MARTIN DE VALDEIGLESIAS |
| - EL ESCORIAL | - TIELMES |
| - GALAPAGAR | - TORREJON DE VELASCO |
| - GRIÑÓN | - TORRELAGUNA |
| - GUADALIX DE LA SIERRA | - TORRES DE LA ALAMEDA |
| - GUADARRAMA | - VALDEMORILLO |
| - LOECHES | - VALDEMORO |
| - LOZOYUELA | - VELLILLA DE SAN ANTONIO |
| - MEJORADA DEL CAMPO | - VILLACONEJOS |
| - MIRAFLORES | - VILLA DEL PRADO |

Para mayor información respecto a estas vacantes te puedes dirigir a la Asociación de Matronas todas las tardes de 5 a 8.

—Cartas al Director—

Cáceres 26 de Octubre 1983

Queridas compañeras:

Aprovecho para felicitaros por vuestra colaboración y entusiasmo, ya sé que éstas cosas no son reconocidas por todas nosotras, y en algunos casos desvanecemos, pero nuestra profesión requiere personas como vosotras, así que ánimo y adelante, que lo estáis haciendo muy bien.

Os hago saber que tenemos escuela de matronas, es filial de Santa Cristina de Madrid, aquí las preparamos práctica y teóricamente.

Hemos clausurado la II promoción el día 23 de septiembre en Madrid. Con resultados excelentes, el curso se compone de diez alumnos, y de ellos todos con muy buenas notas, dos matrículas de honor y un n.º 1 como es costumbre en este centro. El Dr. Zamarriego Crespo los llenó de elogios y nos dijo que le habíamos mojado las orejas, eso lo dijo públicamente.

Para todos los efectos son alumnos oficiales de dicha escuela, aquí los formamos, traen los exá-

menes parciales orales; van una semana a Madrid como a mediados de curso para familiarizarse un poco con el profesorado y demás. Los exámenes finales por supuesto son allí. Han salido cada alumno con unos 100 partos. El director de esta escuela el Dr. Allón, jefe de servicio Dr. Mahano, jefe de sección profesor y Dr. De Julián, que es un hombre con grandes dotes docentes, también profesor y yo como encargada de escuela. A primeros de octubre ha comenzado la III promoción. Espero que resulten buenos como los anteriores. Todo el equipo trabajamos con el mayor desinterés y entusiasmo por nuestros alumnos y nuestra "EXTREMADURA".

Un abrazo a todas,

M^a Rosa

Matrona Coordinadora del servicio de partos de la Residencia Sanitaria de Cáceres

ANUNCIOS GRATUITOS

VENDO SEAT 127
COMO NUEVO, 44.000 km.
PRECIO CONVENIR.
TELEFONO (911) 42 04 84

VENDO PISO ATICO
2 dormitorios - salón - terraza.
Comunicadísimo
TELEFONO (91) 416 22 67

SE VENDE PISO ZONA ALVARADO
3 DORMITORIOS, SALON
Y TERRAZA - 5 MILLONES.
TELEFONO (91) 254 34 43

EN LA COSTA DEL SOL ENTRE
FUENGIROLA Y MARBELLA,
VENDO UN APARTAMENTO DE UN
DORMITORIO, AMUEBLADO. AL
LADO DEL MAR Y CON PINOS
INTERESADAS: LLAMAR AL
TELEFONO (91) 270 57 82
TARDES O NOCHES