



matronas hoy

REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

Enero-Febrero – N.º 7 1984



Escultura de Henry Moore

**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
Crónica Jornadas	4, 5, 6, 7 y 8
Madurez fetal	9, 10, 11 y 12
Deambulacion durante el trabajo de parto	13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 21
La acupuntura: nuevo método en las cesáreas abdominales.	22
Anticonceptivos perorales e hipertension	24, 25, 26, 27, 28 29, 30; 31 y 32
Pintura	34
Cine	35
La psique de la embarazada desde el momento de su concepción, al parto	36 y 37
Confederación Internacional de Matronas	38
La Asociación informa	39



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 cetilsteárilico emulsificante	10 %
Lanolina	2 %
Aceite vegetal hidrogenado	5 %
Fenonip	0'30 %
Sorbitol	5 %
Agua destilada, c. s. p.	100 g.

EDITORIAL

DE JUSTICIA

El grado de fiabilidad que los ciudadanos tienen de la Justicia en nuestro país, en lugar de aumentar como resultado de la nueva imagen que los distintos Gobiernos han pretendido para ella desde el cambio político, ha disminuído progresivamente como resultado de importantes errores.

Por ejemplo, y en cuanto a la eficacia de este Ministerio, la desafortunada reforma parcial del Código Penal no ha conseguido sino aumentar el número de delincuentes en la calle. Por otra parte, el fallo sobre la expropiación de Rumasa, que por supuesto fué el fallo judicial más importante que se produjo en este país durante los últimos años, se filtró a la Prensa de forma incomprensible cuando el veredicto no era aún oficial y permanecía bajo el secreto del sumario. Así, a la imagen de ineficacia que la Justicia se está ganando a pulso en estos últimos años, habrá que añadir también ciertas dudas sobre la seriedad de su comportamiento. Por nuestra parte, el Auto que acaba de dictar el Tribunal Supremo respecto al Contencioso-Administrativo que mantenemos desde hace varios años en defensa de nuestra profesión, es una prueba más de ineficacia, de contradicción y, por supuesto, de injusticia por parte de los tribunales que, a pesar de su posición de responsabilidad y ejemplo, no han dudado en utilizar alegremente aquello de "donde dije digo, digo Diego".

Aunque la mayoría conoceis la historia de este contencioso, vamos a hacer un breve resumen del mismo. Todo empezó en Abril del 77, cuando Martín Villa, entonces Ministro del Gobierno de Suárez, decidió emitir una Orden Ministerial que debía unificar los distintos colegios profesionales de Auxiliares Técnicos Sanitarios. De hecho, esta unificación ya existía desde que se había producido la unificación académica pero, con arreglo a la Ley de Colegios Profesionales del 74, mantenía en su funcionamiento ciertas irregularidades que precisaban adecuación (precisamente se estaba tramitando ésta a la normativa de dicha Ley por parte de los profesionales).

Martín Villa, sin embargo, no contó, en el momento de emitir la orden de unificación, con las personas interesadas en el tema, y por tanto conscientes de su problemática, se excedió en sus atribuciones y no meditó en las consecuencias. El remedio, o sea su Orden Ministerial, resultó peor que la enfermedad ya que a raíz de aquella se desencadenaron una serie de situaciones violentas entre los distintos profesionales de este colectivo. Por una parte, los ATS femeninos y Enfermeras (las últimas ganaron con todo esto ya que se les regaló el título de ATS). Por otra parte, los Practicantes y ATS masculinos (entre ATS femeninos y ATS masculinos no es ni siquiera discutible que estén totalmente unificados en su Colegio). Y por último las Matronas: unas con titulación específica y otras ATS con Diploma en Obstetricia, quienes entendemos, de forma absolutamente mayoritaria, que esta Orden Ministerial perjudicaba nuestros intereses, al igual que perjudica a otros especialistas como los Fisioterapeutas y los Podólogos.

En un colectivo de más de 120.000 profesionales, una cantidad como la de 8.000, que es el número de matronas en toda España, supone menos del 8% del total y, así, como es lógico, tras unas elecciones nuestras compañeras pueden obtener en las mismas, como máximo, una vocalía que tendrá que enfrentarse con toda una Junta de Gobierno que, a veces, defienden intereses que suponen, en cambio, perjuicios claros para nosotras. Existe algo peor que no estar representado y es estar mal representado. Por supuesto que existen con los ATS intereses profesionales en común, pero hay otros específicos, como la propia identidad de la matrona, que pueden quedar maltrechos, sobre todo en el aspecto de las funciones a desarrollar. Por este motivo se hicieron, en su día, las oportunas reclamaciones ante la Administración, hasta que finalmente se llegó al Contencioso-Administrativo que hoy comentamos, y que en sus distintas etapas, primero ante la Audiencia Nacional y luego ante el Tribunal Supremo, han ido minando, como es lógico, nuestra moral, máxime cuando en un principio se nos dió incluso la razón por parte de los Tribunales.

No es el egoísmo de intereses corporativistas lo que nos mueve a protestar contra esta Auto, es, simplemente, el propio sentido, la misma esencia de lo que es y de lo que debería ser la Justicia, lo que provoca nuestro rechazo. Porque cuando la Justicia, venga del Gobierno que venga, a favor del más fuerte o del más numeroso, pierde toda capacidad ética para ser aceptado por el ciudadano.



CRONICA JORNADAS

Los días 5, 6 y 7 de Diciembre se han celebrado en Madrid las III Jornadas Nacionales de Matronas. Dichas Jornadas han sido la continuación del ciclo que se inició en 1981 en Alicante (I) y que continuó en La Coruña (II).

Su organización estuvo a cargo de la Asociación Nacional de Matronas, en esa búsqueda constante de la misma, como norte de su programa de trabajo, de aunar esfuerzos en lo científico y en lo social para conseguir que esta querida profesión nuestra se sitúe en el nivel que la corresponde.

Los tres días de trabajo han resultado muy interesantes y altamente positivos. Todas las conferencias, ponencias y comunicaciones versaron sobre la Planificación Familiar y Sexología, temas éstos que, por su vigencia e importancia social, era necesario abordar.

La Planificación familiar se ha estatalizado y la Administración prepara sus programas a nivel nacional para que cada ciudadano pueda recibir la asistencia necesaria. Las matronas no podemos permanecer ajenas en este punto. Es fundamental que en los equipos que presten esa atención pública, al igual que ocurre en el resto de los países, no falte

la figura de la matrona ya que ésta tiene importantes funciones que desempeñar. Y para ello, es necesario prepararse y formarse. Por supuesto que tres días de trabajo no son suficientes pero sirven, al menos, para crear la inquietud de seguir profundizando en el tema.

Del importante número de asistentes hay que destacar tres aspectos: primero, que se inscribieron un gran número de matronas que, por su edad, han enseñado el arte de partear a compañeras y a médicos (son aquellas que, a través de generaciones de profesionales, han sabido conservar los secretos del bien hacer en Obstetricia y que, fuera de lo común, mantienen un corazón joven que las motiva a seguir formándose para ese maravilloso ejercicio de nuestra profesión y donde ellas conjugan ciencia, arte y buenas dosis de amor).

Segundo, que también hubo un número importante de gente muy joven que, a pesar de la inquietud propia de su edad, por lo general venían "pasando" de todo este tipo de actos, quizás por su origen oficial. Pues bien, el caso es que en esta ocasión han participado de manera activa con trabajos que no han desmerecido en absoluto de las magníficas conferencias magistrales que pronunciaban los maestros de la Obstetricia.

Y tercero, que, en cuanto a la participación médica, cuya selección se hizo pensando en lo mejores para cada tema, ha resultado absolutamente brillante por parte de todos los conferenciantes y, como siempre, hemos tomado buena nota de la enseñanza impartida.

Desde nuestra revista felicitamos a todas las matronas que, con su presencia, han hecho posible las Jornadas y que, con su participación activa, han demostrado su capacitación para la investigación y docencia. A los profesores nuestro agradecimiento por mostrarse siempre dispuestos a aceptar nuestra invitación; el aporte de su prestigio profesional nos sirve de gran ayuda. Y es necesario también que hagamos pública la lista de las empresas colaboradoras que, de alguna manera, facilitan en lo económico, el montaje de estos actos: ANDROMACO, AUSONIA, CARRERAS, FEDERICO BONET, LANZAS, MUSTELA, NESTLE, SANITEX y WANDER.

De nuevo, gracias a todos.

CONCLUSIONES DE LAS III JORNADAS NACIONALES DE MATRONAS

Las conclusiones a las que se llegaron después de los tres días de trabajo, considerando que actualmente las matronas españolas estaban desaprovechadas, fueron:

- I. *Que la figura de la matrona forme parte de todo Centro de Salud Pública en todas las funciones de su competencia (orientación familiar, educación sexual, educación maternal, diagnóstico precoz de cáncer, etc.).*
- II. *Que la Administración cuente con la participación de las matronas en todos los programas sanitarios de su competencia con la presencia de las Comisiones necesarias en el Ministerio correspondiente. (Dichas Comisiones deben ser suficientemente representativas, como lo es la Asociación Nacional de Matronas).*
- III. *Que las matronas formen parte, como un miembro más, con los equipos de investigación y docencia.*
- IV. *Que la Administración adopte las medidas ne-*



cesarias para garantizar que en los propios centros de trabajo se realicen cursos de actualización o de formación continuada para matronas.

- V. *Que la sede de las IV Jornadas Nacionales de la Asociación Nacional de Matronas sea en Barcelona.*



Acto de apertura de las III Jornadas Nacionales de Matronas. Mesa Presidencial. de izq. a dcha.:

- Profesor Alcántara, Jefe de Servicio de Maternidad de LA PAZ.
- M^a del Carmen Herradon, Vicepresidenta de la Asociación Nacional de Matronas.
- Profesor Usandizaga, Director de la Maternidad LA PAZ.
- Dra. Mateu-Sanchis representante del Ministerio de Sanidad.
- M^a Angeles R. Rozalén, Presidenta del Comité Organizador de las Jornadas.
- M^a Teresa Muñoz, Secretaria Ejecutiva de la Asociación Nacional de Matronas.
- Lina Celada, Presidenta de la Asociación Provincial de Matronas de La Coruña.
- Carmen García Urías, Presidenta Nac. del Consejo Nac. de Matronas.



Momentos en que el Profesor D. Enrique Tierno, Alcalde de Madrid, dirigía unas palabras a las matronas participantes en las Jornadas, durante la Recepción que tuvo lugar en el Ayuntamiento.



D. Enrique Tierno saluda a las matronas a través de la Presidenta Nacional de la Asociación de Matronas.



Instantánea durante un descanso de la sesión de trabajo, con D. Camilo José Cela que se encontraba en esos momentos en el Hotel Palace, sede de las III Jornadas Nacionales.



Instantánea durante la Cena de Clausura en uno de los salones del Hotel Palace.

D. Enrique Tena se dirige a las tribunas a través de la Tribuna Nacional de la Asociación de Escritores.

Madurez fetal

Proceso por el cual el feto alcanza un desarrollo suficiente de sus aparatos y sistemas y capacidad potencial de adaptación inmediata a la vida extrauterina.

La maduración fetal y edad gestacional a veces no van paralelas, debido a datos erróneos o inciertos, o patológicos (iso inmunización, diabetes, etc.)

Por ultrasonografía y radiografía se puede evaluar con bastante aproximación la edad, peso, pero un dato mucho más importante es la maduración fetal. Por la investigación del líquido amniótico obtenido por **amniocentesis** se precisa la maduración de diversos tejidos y órganos fetales. (Pulmonar, renal, dérmica y digestiva del feto).

Se carece de métodos para valorar la madurez fetal del S. Nervioso Central, Sistema cardiovascular o del feto en su totalidad.

En la actualidad se sabe que es necesaria la presencia de fosfolípidos en el tejido pulmonar fetal (llamados surfactantes) para reducir la tensión superficial en las paredes alveolares después del parto, que permitan la expansión pulmonar y permita la **HEMATOSIS**.

Cuando el pulmón no está maduro hay un déficit de estos surfactantes, en el momento del parto hay sufrimiento respiratorio, llamado **DISTRES** respiratorio.

Los Fosfolípidos contenidos en Líquido amniótico (lecitina, esfingomielina, cefalina, etc.). El más importante de todos en la práctica es la lecitina.

A medida que maduran los pulmones fetales, aumenta también la lecitina en el líquido amniótico, principal componente de la capa de revestimiento alveolar surfactante. La concentración de esfingomielina permanece constante.

Los fosfolípidos se expresan en miligramos por lípidos totales; Cuando alcanza o rebasa lo 4, el feto es mayor de 38 semanas en el 91% de los casos.

La lecitina (L/S, el cociente Lecitina/esfingomielina) inferior a 1,5 va acompañada de sufrimiento respiratorio.

El ácido palmítico a medida que el pulmón fetal va madurando cambia la composición de los ácidos grasos que saturan la lecitina y el ácido palmítico es el que sufre un incremento ostensible al lograrse la madurez. La determinación del ácido palmítico/estearico (P/S) es mejor que la simple determinación del ácido palmítico.

La fosfatidilglicerol se puede identificar en el líquido amniótico mediante cromatografía. Forma parte del complejo surfactante y es el fosfolípido de más tardía aparición, de tal manera que ésta

asegura que el recién nacido no presentará sufrimiento fetal. Cuando la relación L/E alcanza un valor superior a 3, las muestras poseen fosfatidilglicerol en el 90% de los casos. También está el fosfatidilglicerol que desaparece a las 36-37 semanas. Si no se detecta será maduro.

La prueba de Clements (1972) es muy simple para evaluar los surfactantes en el líquido amniótico, basada en la capacidad de los surfactantes pulmonares de producir espuma estable (prueba de la burbuja). El resultado se obtiene a los quince minutos. Se puede realizar con 3 tubos (aunque originalmente este autor utilizaba 5). Se hace una dilución del L. Amniótico.

Procedimiento: con 5 tubos de 8-12 x 100 mm. El líquido amniótico utilizado será recién extraído y no contaminado por sangre, meconio, antisépticos o secreciones diversas. Se hacen diluciones en los diversos tubos y se enumeran.

Se tapan herméticamente y se agitan fuertemente durante 15 segundos. Se dejan en reposo absoluto 15 minutos. Se examina la interfase aire-líquido, colocando el tubo contra un fondo uniforme y oscuro. Se considera positivo cuando éste no existe o es incompleto.

Hay modificaciones fisiopatológicas en los surfactantes, independientemente del grado de madurez pulmonar fetal, algunas circunstancias fisiológicas y patológicas pueden modificar los valores de fosfolípidos en el líquido amniótico. Harding y Cols (1973). La obstrucción de la laringe impidiendo la llegada de éstos al líquido amniótico.

Excesiva deglución de la secreción que se acumula en la faringe del feto.

Su destrucción excesiva al llegar a la cisterna amniótica.

Enfermedades maternas (diabetes, hipertensión, etc.) y algunas situaciones obstétricas (trabajo de parto, rotura prematura de membranas, crecimiento fetal retardado, sufrimiento fetal crónico, etc.) pueden modificar el sentido ascensional los valores de fosfolípidos en el líquido amniótico.

Otros fármacos son capaces de incrementar su concentración, algunos de ellos se utilizan para forzar la maduración pulmonar fetal. Así ocurre con los corticoides, los betamiméticos, el metabolismo VIII de la bromoexina e incluso la heroína.

La evaluación de la madurez renal fetal puede intentarse mediante la determinación en el líquido amniótico de sustancias como la creatinina, urea o ácido úrico que están relacionados con la producción fetal.

Al comienzo del embarazo, la presencia de creatinina en el líquido amniótico se explicaría por simple difusión a través del corioamnios y cordón umbilical.

Los valores situados alrededor de 1mg/100ml. son comparables con el plasma materno. Aumentan a partir de la 32-34 semanas y se distancian progresivamente a las cifras plasmáticas maternas. A partir de las semanas 35-36 superan habitualmente 1,6 mg./100 ml. Creen que este aumento es debido a la maduración del riñón fetal que comporta mayor volumen minuto del filtrado glomerular sin un aumento paralelo de la capacidad de resorción tubular que aún es inmadura. Este hecho conlleva un incremento de la creatinina en el líquido amniótico.

Cifras de creatinina superiores a 2 mg. indican que la gestación es de 36 semanas y que el riñón fetal es maduro.

Es importante conocer los valores de creatinina en el suero materno para que las cifras de creatinina en el líquido amniótico tengan importancia pronóstica. El uso de esta relación se adapta a la variación de los valores maternos. Los errores disminuyen al emplear como índice de maduración fetal el valor que resulta de restar del valor de la creatinina en el líquido amniótico la cantidad de creatinina en la sangre materna.

Es útil la determinación de creatinina para valorar la maduración fetal entre la 36-40 semanas, especialmente si se efectúa conjuntamente con la determinación de surfactasas, su valor decrece antes de aquellas fechas.

En la gestación posttermino los valores de creatinina pueden disminuir debido a un descenso de la filtración a un flujo placentario disminuido.

Los niveles de creatinina son más altos en las toxemias, en pacientes con patología renal debido a que hay una correlación lineal entre la creatinina materna y fetal es aconsejable determinar simultáneamente la creatina materna. Este recurso impide los errores por cambios en el volumen de líquido amniótico.

Las concentraciones son algo más bajas en los retardos de crecimiento. (Morre 1971).

Finalmente hay que contar con la masa muscular. Aumenta en casos de hijos macrosómicos de madres diabéticas que tienen buena funcionalidad renal. La urea, sustancia cuyo índice nos habla tanto de la capacidad de concentración del riñón como de su proporción en el plasma fetal.

Debido a la creciente maduración funcional renal para excretar sustancias de eliminación urinaria obligada, el nivel de urea en el líquido amniótico aumenta rápidamente, hasta superar incluso el del plasma materno.

Presenta el inconveniente de su amplio margen

de variaciones, entre los valores propios del feto maduro e inmaduro.

Si consideramos como es habitual, maduro aquel feto cuyo líquido amniótico tenga por lo menos 20 mg. % de urea, sólo obtendremos un 54% de aciertos.

En cuanto al ácido úrico cifras superiores en el líquido amniótico de 5 mg./100ml. son indicativos de maduración fetal renal.

Madurez dérmica, las glándulas holocrinas destruyen los elementos celulares en el momento de la secreción, por tanto la gran mayoría de las células que se observan en el líquido amniótico proceden de la piel fetal. Tanto si se originan en las glándulas sebáceas, en la piel o en mucosa bucal, el epitelio vesical el vaginal o el pulmonar, todos son de origen fetal y por tanto de origen práctico potencial como indicadores de la madurez fetal.

La madurez fetal se puede predecir por el estudio citológico del líquido amniótico mediante la tinción del sulfato de azul de Nilo, rojo oleoso, Papanicolau, etc. Cuando la cifra de células lípidicas que se tiñen de color naranja (células orangófilas) excede del 20% el feto es maduro y se halla cerca de la 40 semana. Cuando es del 10% aproximadamente es la 36 o más. Por debajo del 10% es teóricamente inmaduro.

Al término de la gestación a veces el líquido amniótico carece de células lípidicas por tanto se replantea el valor de esta prueba, especialmente en el retardo de crecimiento fetal.

En el caso de hipermadurez fetal hay más de un 20% de células naranja, y no están presentes todas las otras características de madurez.

Las características de los tres tipos celulares fundamentales son: células basales, pequeñas y redondas, de núcleo grande, con citoplasma que se colorea intensamente. Hasta la semana 32 la mitad de las escasas células observables son de este tipo, el resto, células intermedias precornificadas. Células intermedias, mayores que las basales con núcleo más pequeño y de aspecto granular. El citoplasma se colorea menos intensamente. Entre las semanas 33-36 constituye la población celular dominante.

Células superficiales, igual tamaño que las intermedias con núcleo picnótico, bordes aplanados o incurvados. A partir de la semana 38 son predominantes. En el embarazo a término aparecen células escamosas anucleadas.

Este diagnóstico de maduración fetal, mediante citología del líquido amniótico tiene la ventaja de que se puede utilizar aunque esté contaminado de sangre o meconio.

Maduración digestiva. La bilirrubina es un ingrediente normal del líquido amniótico que no indica necesariamente una eritroblastosis fetal. De ahí el color entre pajizo y amarillo intenso antes de la semana 20. A partir de la mitad del embarazo, la

concentración disminuye, tiende a ser o a las 38 semanas. Por todo eso a partir de la semana 36 es prácticamente incoloro.

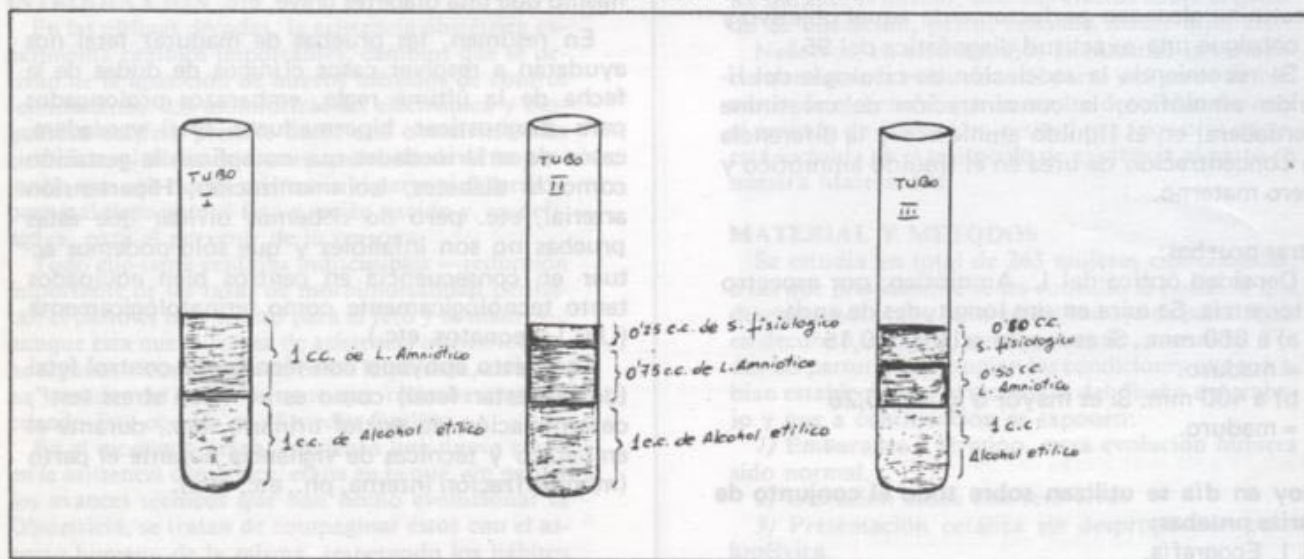
Esta progresiva desaparición del pigmento se explica el desarrollo y maduración del aparato digestivo fetal y glándulas anexas. Al aumentar la capacidad hepática de conjugación de la bilirrubina, por maduración de sus sistemas enzimáticos, llega menos cantidad de dicho pigmento al líquido amniótico. Por otra parte existe una mayor capacidad de barrido de tales pigmentos por una mayor deglución del líquido amniótico por parte del feto.

Por espectrofotometría del líquido amniótico se hace la determinación de estos pigmentos, siguiendo una técnica semejante a la empleada en los casos de Isoinmunización Rh. Cuando el indicador alcanza cifras iguales o menores de 0,01 se puede afirmar que el feto está maduro.

La contaminación del líquido amniótico con meconio o sangre altera el análisis espectrofotométrico y dan lugar a lecturas altas.

La osmolaridad y la determinación de aminoácidos en el líquido amniótico son otros parámetros de intereses para evaluar la maduración fetal.

PRUEBA DE CLEMENTS (1972)



TUBOS	I	II	III	RESULTADOS:
	+	+	+	→ MADURO (más de 36 s.)
	+	+	-	→ MADUREZ INTERMEDIA (35-36 SEMANAS)
	+	-	-	
	-	-	-	→ INMADURO (menos de 35 s.)
	-	-	-	

La osmolaridad hasta la mitad de la gestación es similar al suero materno a partir de este momento disminuye progresivamente hasta término, debido a las reducciones de sodio y potasio.

A medida que el embarazo avanza decrece la concentración de los aminoácidos en el líquido amniótico especialmente en el tercer trimestre. Especialmente para el ácido glutamínico, lanilina, cistidina, et.

En gestaciones a término aumentan la prolina, glicina, cistina, proxinas, metiodina, por encima de los valores plasmáticos maternos. Guadix lo interpreta como signo de hipermadurez.

Se usan en la práctica diversos parámetros para evaluar la madurez fetal.

Asociación de índice L/S, células naranjas y creatinina alcanzan perfectamente aquel objetivo y se consigue una exactitud diagnóstica del 95%.

Se recomienda la asociación de citología del líquido amniótico, la concentración de creatinina (verdadera) en el líquido amniótico y la diferencia de concentración de urea en el líquido amniótico y suero materno.

Otras pruebas:

Densidad óptica del L. Amniótico, por espectro fotometría. Se mira en dos longitudes de onda:

a) a 650 mm.. Si es mayor o igual a 0,15

= maduro.

b) a 400 mm. Si es mayor o igual a 0,28

= maduro.

Hoy en día se utilizan sobre todo el conjunto de varias pruebas:

1. Ecografía.
2. Test de Clements.
3. L/S, Fasfatidil glicerol y Fasfatidil inositol.
4. Creatinina.
5. Densidad óptica.
6. Células naranja.

Aisladas ninguna es infalible (todas tienen un tanto por ciento de error), pero en su conjunto son de un inestimable valor.

Hay que tener en cuenta que ante un caso de estudio de madurez tenemos que saber de qué medios disponemos para sacar adelante al recién nacido; o sea que cuando nos diga el estudio que aquel feto tiene una madurez reciente, quiere decir que sólo un tanto por ciento nos darán problemas de distrés respiratorio y por tanto sólo podremos inducir al parto en un centro con un servicio de Pediatría (Neonmatología) dotado de UCI de neonatos, etc., etc.. Si es un isoimmunizado y sabemos que es prácticamente inmaduro tenemos que valorar las dos cosas: la isoimmunización y la inmadurez; lo mismo que una diabetes grave, etc.

En resumen, las pruebas de madurez fetal nos ayudarán a resolver casos clínicos de dudas de la fecha de la última regla, embarazos prolongados para diagnosticar hipermadurez fetal verdadera, casos de enfermedades que complican la gestación como la diabetes, Isoimmunización, Hipertensión arterial, etc. pero no debemos olvidar que estas pruebas no son infalibles y que sólo podemos actuar en consecuencia en centros bien equipados tanto tecnológicamente como ferinatólogicamente (U.C.I. neonatos, etc.).

Todo ésto apoyado con técnicas de control fetal (de bienestar fetal) como es el "Non stress test", determinación de estriol urinario, etc., durante el embarazo y técnicas de vigilancia durante el parto (monitorización interna, ph., etc., etc.).

Pilar Hernández
matrona



Deambulaci3n durante el trabajo de parto: su influencia sobre la evoluci3n del parto y sobre el bienestar fetal

J. M. Hern3ndez-García, M. Rey, V. Mart3nez, J. M. Castillo, B. Sancho,
C. Garrido, J. Grande, A. M. Fern3ndez Mu3oz* y P. de la Fuente

Departamento de Obstetricia y Ginecolog3a.
Ciudad Sanitaria 1.º de Octubre. Madrid. Espa3a.

*Servicio de Inform3tica de la Ciudad Sanitaria. 1.º de Octubre.
Madrid. Espa3a.

INTRODUCCION

En las 3ltimas d3cadas, la asistencia obst3trica experimenta cambios importantes, cambios que se derivan de la aparici3n de nuevos m3todos de control fetomaternos. La monitorizaci3n electr3nica y bioqu3mica del feto permite hacer una obstetricia m3s cient3fica; el obstetra toma conciencia de la importancia que una buena asistencia al parto y al per3odo posnatal tiene para el feto y reci3n nacido y, en definitiva, para el porvenir de la persona.

Todo ello tiene ventajas indiscutibles —reducci3n importante de las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal, el parto es m3s seguro para el feto y la madre—, aunque esta nueva forma de asistencia obst3trica tiene algunos inconvenientes, como la p3rdida, en alguna medida, del calor humano que rodeaba al parto cuando 3ste ocurr3a en el medio familiar.

En el momento actual comienza una nueva etapa en la asistencia obst3trica, etapa en la que, sin perder los avances t3cnicos que han hecho evolucionar la Obstetricia, se tratan de compaginar 3stos con el aspecto humano de la misma, respetando los h3bitos que de una forma intuitiva la mujer ha ido adquiriendo a lo largo de la historia durante la fase de dilataci3n y expulsivo.

En los pueblos primitivos, sin influencias externas, la mujer adopta una posici3n erecta tanto en el per3odo de dilataci3n como en el per3odo expulsivo y, de hecho, en nuestro medio, cuando una madre llega a la cl3nica en trabajo de parto, previamente, en la mayor3a de los casos, ha realizado todas las tareas dom3sticas en referida posici3n y es al llegar a la Maternidad cuando se le obliga a acostarse en la cama.

Como es bien sabido, fue el franc3s Mauriceau quien a mediados del siglo XVIII introdujo la posici3n horizontal en el parto ya que as3 se facilitaba al toc3logo los procedimientos diagn3sticos y la aplicaci3n de las diversas maniobras terap3uticas, sin tenerse en cuenta, quiz3, las posibles desventajas que dicha posici3n proporcionaría a la evoluci3n del parto. Desde entonces y hasta nuestros d3as 3sta ha sido la posici3n preconizada. En fechas recientes diversos autores, entre los que se debe destacar a M3ndez-Bauer et al.^{1,2} y Mitre³ y el grupo de Uruguay donde Gonz3lo D3az et al.⁴ y Schwarcz et al.⁵ se plantean en sus estudios no s3lo la influencia de la posici3n de la madre en el parto sobre el grado de bienestar de la mu-

jer durante el mismo, sino sus efectos sobre el per3odo de dilataci3n, parto, binomio madre-hijo, etc.

Nosotros, en este trabajo, analizamos la influencia que sobre la evoluci3n del parto y el grado de bienestar fetal tiene el que la madre deambule durante el per3odo de dilataci3n, actitud que, por otra parte, est3 incluida en el protocolo de asistencia al parto en nuestra Maternidad.

MATERIAL Y METODOS

Se estudia un total de 263 mujeres embarazadas, a las que previamente se les consult3 la posici3n que deseaban adoptar a lo largo del trabajo de parto, bien en dec3bito lateral o, por el contrario, paseando. Todas las parturientas reun3an las condiciones que se hab3an establecido en el momento del dise3o del trabajo y que a continuaci3n se exponen:

- 1) Embarazos a t3rmino, cuya evoluci3n hubiera sido normal.
- 2) Gestaci3n 3nica con feto vivo.
- 3) Presentaci3n cef3lica sin desproporci3n cefalop3lvica.
- 4) Dilataci3n cervical, antes de iniciarse la monitorizaci3n, inferior a 4 cm.
- 5) Monitorizaci3n interna de la frecuencia card3aca fetal y de la din3mica uterina durante todo el per3odo de dilataci3n y todo el per3odo expulsivo.

De forma aleatoria, se elaboraron dos grupos, uno en el que la posici3n adoptada por la madre fue, desde el principio al fin del parto, en dec3bito, grupo que incluye un total de 157 parturientas, y otro en el que la mujer estuvo durante todo el per3odo de dilataci3n deambulando para, llegado el per3odo expulsivo, colocarse en posici3n ginecol3gica al igual que el grupo anterior; a este segundo grupo pertenecen un total de 106 mujeres.

Se ha de se3alar que cuando aquellas parturientas que hab3an sido incluidas en uno de los grupos deseaban cambiar de posici3n eran excluidas del estudio y no est3n, por consiguiente, incluidas en este trabajo.

De las 106 mujeres que pertenec3an al grupo de estudio, gestantes que durante todo el per3odo de dilataci3n estuvieron paseando, 54 (50,9 %) estaban en su primer embarazo y parto, y el resto (49,1 %) hab3an tenido uno o m3s partos previos. En el grupo control, la incidencia de prim3paras estudiadas fue del



39,5 % y de multiparas del 60,5 %.

Cuando llegaba la mujer a la unidad de asistencia al parto y se comprobaba que reunía las condiciones expuestas anteriormente, era incluida en uno u otro grupo y de forma sistemática se rompía la bolsa de las aguas para inmediatamente después introducir en la cavidad amniótica, por vía transcervical, un catéter abierto en su extremo, para así poder registrar continuamente la dinámica uterina; a continuación, se colocaba en el cuero cabelludo del feto un electrodo en espiral de Hon para registrar de forma continua la frecuencia cardíaca fetal.

En el estudio se utilizó un cardiotocógrafo de Hewlett-Packard, modelo 8030 A, dotado de sistema de telemetría, modelo 80210 A. La monitorización con telemetría permite que la parturienta no sólo se levante de la cama, sino que pueda abandonar su habitación y deambular libremente por el pasillo, a ser posible acompañada del marido (fig. 1).

Asimismo, se usó el analizador automático de gases AVL modelo 940, ya que, sistemáticamente, una vez nacido el niño y antes de que éste realizase su primera inspiración, se pinchaba el cordón umbilical para, ulteriormente, determinar el valor del pH de la sangre de la vena y de las arterias umbilicales.

En los casos que fue necesaria la infusión de oxitocina, siempre por la presencia de anomalías en la dinámica uterina, se hizo a través de una bomba de perfusión Holter modelo 908.

Método estadístico

Se considera como nivel de significación estadística el 5 %.

Se aplicaron los tests estadísticos siguientes:

— Relación entre dos caracteres cualitativos: pruebas basadas en la ley de χ^2 (Pearson). La corrección de Yates se utilizó en las tablas de contingencia de 2×2 , cuando alguno de los efectivos calculados era inferior a 5.

— Test de homogeneidad de las muestras, mediante la comparación de sus respectivas medias (aplicación del test de la «t» de Student).

RESULTADOS

Duración del periodo de dilatación

Al estudiar la duración de dicho periodo, en cada uno de los grupos que forman el trabajo, se comprueba que en el grupo de madres que hicieron la dilatación deambulando, a la primera hora ninguna de ellas había llegado aún al periodo expulsivo; por el contrario, una de las madres (0,6 %) del grupo control había concluido el periodo de dilatación en esta primera hora; entre la 1ª y 2ª horas después de iniciada la monitorización, habían finalizado dicho periodo del parto el 13,2 % (14/106) del total del grupo de estudio y el 4,4 % (7/157) de las del grupo control; el 33 % (35/106) del grupo de parturientas que permanecían paseando habían terminado entre la 2ª y 3ª horas, porcentaje que disminuyó al 11,4 % (18/157) en el grupo control; entre la 3ª y 4ª horas llegaron al periodo expulsivo el 27,3 % (29/106) de las mujeres del grupo de estudio y el 14 % (22/157) de las del grupo control; entre la 4ª y 5ª horas, 5ª y 6ª horas, 6ª y 7ª horas y 7ª y 8ª horas, llegaron a dilatación completa, en el grupo control, 30 (19 %), 24 (15 %), 13 (8 %) y 12 (7,6 %) mujeres, respectivamente, mientras que, para los mismos intervalos de tiempo, en el grupo de estudio fueron 11 (10 %), 6 (5,6 %), 4 (3,7 %) y 2 (1,8 %), respectivamente. La duración del periodo de dilatación fue superior a 8 horas en 30 parturientas (19,1 %) en el grupo de decúbito, y en el grupo de estudio en 5 casos (4,7 %) (fig. 2).

La duración media en las 157 mujeres que realizaron el periodo de dilatación en decúbito fue de 335,4 min, con un error estándar de 14,32, mientras que, en las 106 que deambularon, esta duración descendió significativamente a 224,6 ± 13,22 min ($p < 0,001$) (fig. 2).

Al analizar las frecuencias acumuladas, se observa una desviación hacia la izquierda en la curva de las mujeres que deambularon, de tal forma que el 75 % de éstas terminaron su periodo de dilatación a las 4 horas; por el contrario, en las mujeres del grupo control fueron necesarias siete horas para que el 75 % de ellas llegaran a la dilatación completa (fig. 2).

Al estudiar por separado la duración del periodo de dilatación en cada uno de los grupos en función de la paridad, se observa que en las primíparas del grupo control y del grupo de estudio, la distribución de frecuencias fue en la primera hora de cero mujeres en ambos grupos; entre la primera y la segunda hora, se halló 1 caso en cada grupo (1,6 %, 1,8 %); entre la 2ª y 3ª horas, 5 (8 %) y 13 (24 %); entre la

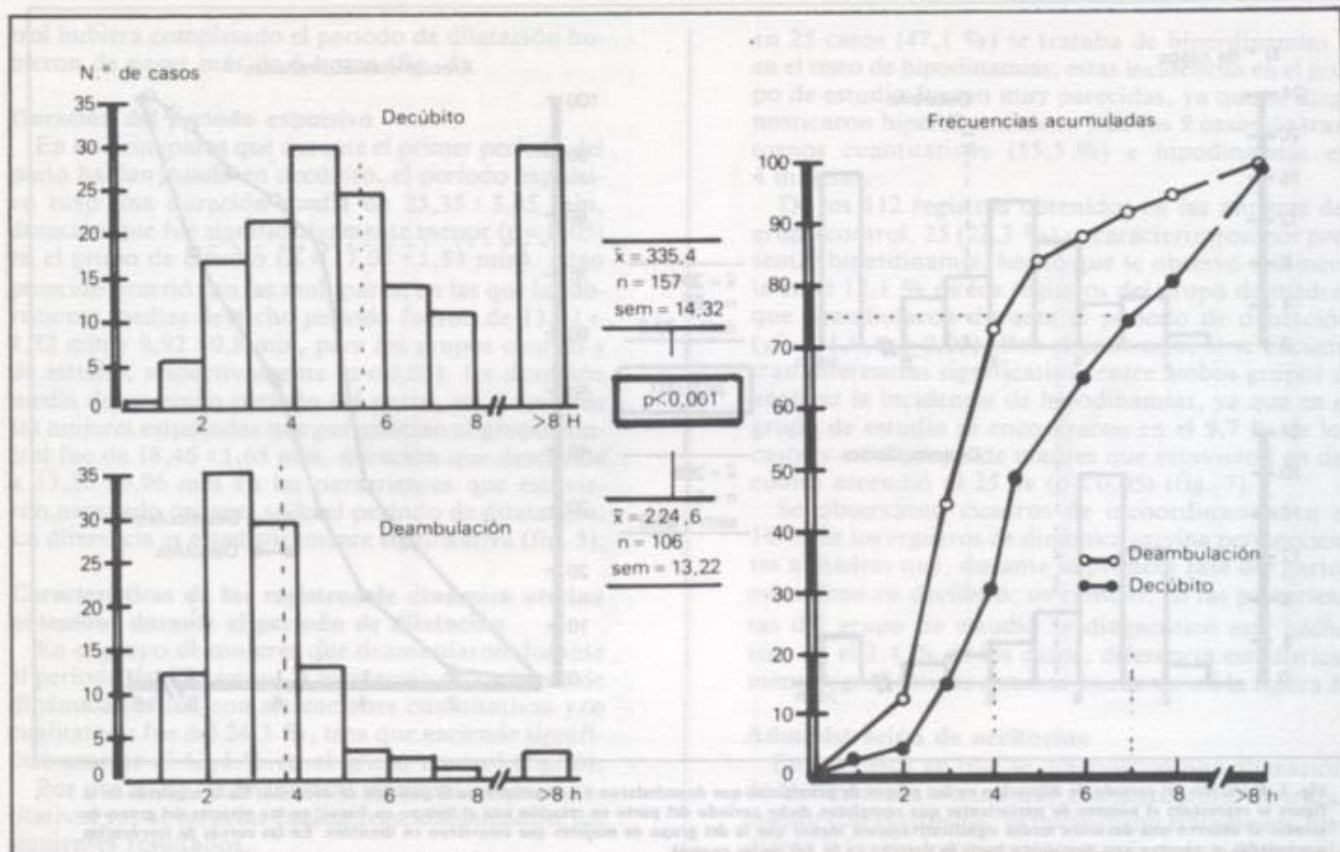


Fig. 2. En la parte izquierda se puede observar el número de madres que habían terminado el periodo de dilatación en las diversas fracciones de tiempo; el grupo de parturientas que adoptan la posición de decúbito tuvo una duración media significativamente mayor que las del grupo de estudio. En la parte derecha se muestran las curvas de frecuencias acumuladas de uno y otro grupo; destaca la desviación a la izquierda hallada en las mujeres que deambularon durante el periodo de dilatación.

3ª y 4ª horas, 4 (6,4 %) y 20 (37 %); entre la 4ª y 5ª horas, 9 (14,5 %) y 7 (12,9 %); entre la 5ª y 6ª horas, 14 (22,5 %) y 4 (7,4 %); entre la 6ª y la 7ª 7 (11,2 %) y 3 (5,7 %); entre la 7ª y 8ª 5 (8 %) y 2 (3,7 %) y más de 8 horas, 17 (27,4 %) y 4 (7,4 %), respectivamente (fig. 3).

El periodo de dilatación, en el grupo de primíparas que estuvieron en decúbito durante dicho periodo, tuvo una duración media de $394 \pm 23,9$ min, duración que disminuyó a $269 \pm 20,9$ min en las primíparas que hicieron la dilatación paseando, lo que arroja una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) (fig. 3).

El 75 % de las primíparas del grupo de estudio habían terminado el periodo de dilatación a las 5 horas; las del grupo control, en cambio, necesitaron 8 horas para que el mismo tanto por ciento de ellas llegaran a la dilatación completa; por tanto, hay una desviación hacia la derecha en la curva de frecuencias acumuladas de las primíparas del grupo control respecto a lo que ocurre en el grupo de primíparas que deambulan durante el primer periodo del parto (fig. 3).

Los resultados obtenidos al estudiar los mismos parámetros en las multiparas son los que a continuación se exponen.

En el grupo control, en la primera hora ya había concluido el periodo de dilatación una mujer (1 %),

mientras que en el grupo de estudio ninguna parturienta había llegado a dilatación completa en este intervalo de tiempo; entre la 1ª y 2ª horas, 6 gestantes (6,3 %) del grupo de decúbito y 13 del grupo de estudio (25 %) habían terminado su periodo de dilatación; entre la 2ª y 3ª horas, 13 (13,6 %) y 22 (42,3 %) mujeres de los grupos control y estudio, respectivamente, habían llegado ya al periodo expulsivo. Entre la 3ª y 4ª horas, la 4ª y 5ª, la 5ª y 6ª, la 6ª y 7ª y la 7ª y 8ª, habían completado el periodo de dilatación 18 (18,9 %) y 9 (17,3 %); 21 (23,1 %) y 4 (7,6 %); 10 (10,5 %) y 2 (3,8 %); 6 (6,3 %) y 7 (7,3 %), y ninguna multipara del grupo control y del grupo de estudio respectivamente (fig. 4).

La duración media, como puede verse en la citada figura, fue significativamente mayor en el grupo de multiparas que realizaron el periodo de dilatación en decúbito que en el grupo de las que lo hicieron deambulando, ya que en aquél la duración fue de $299 \pm 17,15$ min y en éste de $178 \pm 13,3$ min.

Con las curvas de frecuencia acumuladas ocurre un hecho similar a lo mencionado anteriormente; en efecto, se observa una desviación a la izquierda de la curva de mujeres que han estado paseando durante todo el periodo de dilatación, de forma que el 75 % de estas mujeres necesitaron menos de 4 horas para llegar al periodo expulsivo, mientras que para que el mismo porcentaje de mujeres pertenecientes al grupo con-

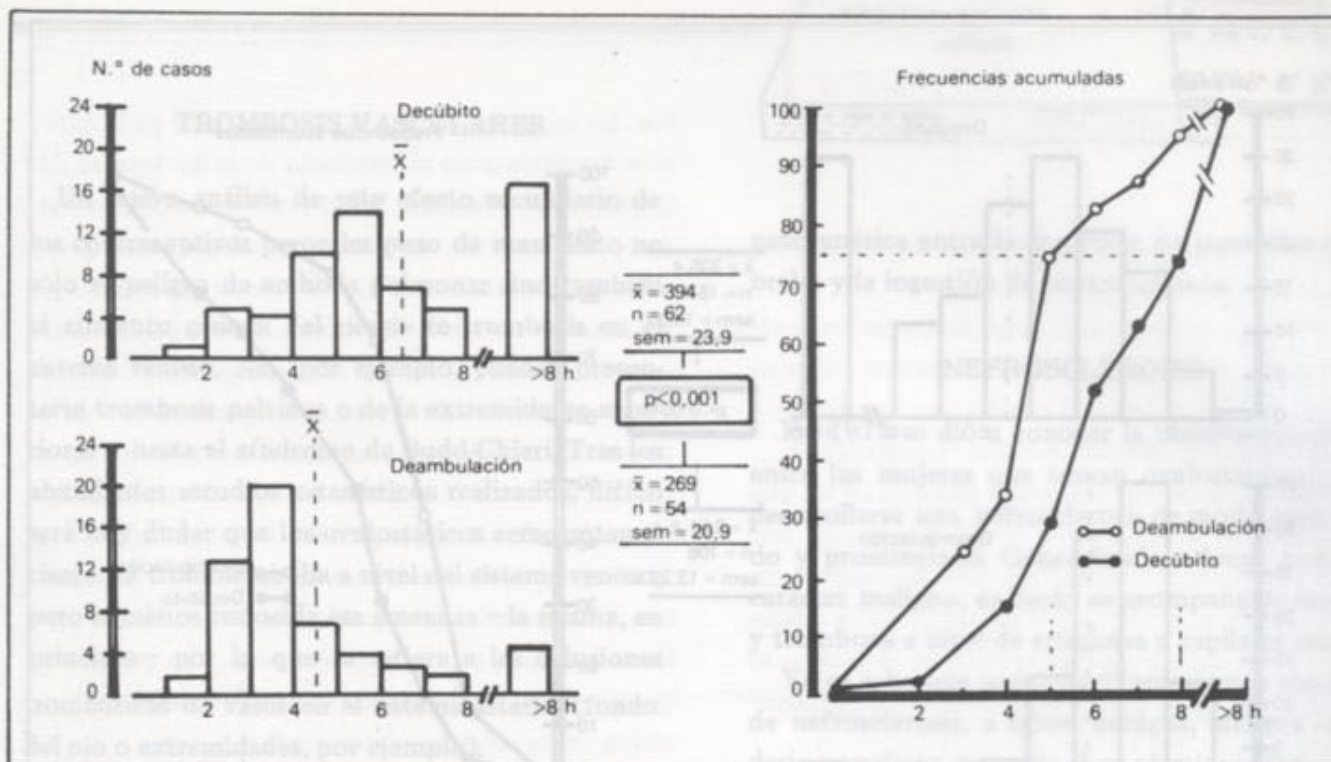


Fig. 3. Duraci3n del periodo de dilataci3n en los grupos de primiparas que deambularon y que adoptaron la posici3n de decúbito. En la izquierda de la figura se representa el nÚmero de parturientas que completan dicho periodo del parto en relaci3n con el tiempo en horas; en las mujeres del grupo de estudio se observ3 una duraci3n media significativamente menor que la del grupo de mujeres que estuvieron en decúbito. En las curvas de frecuencias acumuladas se observa una desviaci3n hacia la derecha en la del grupo control.

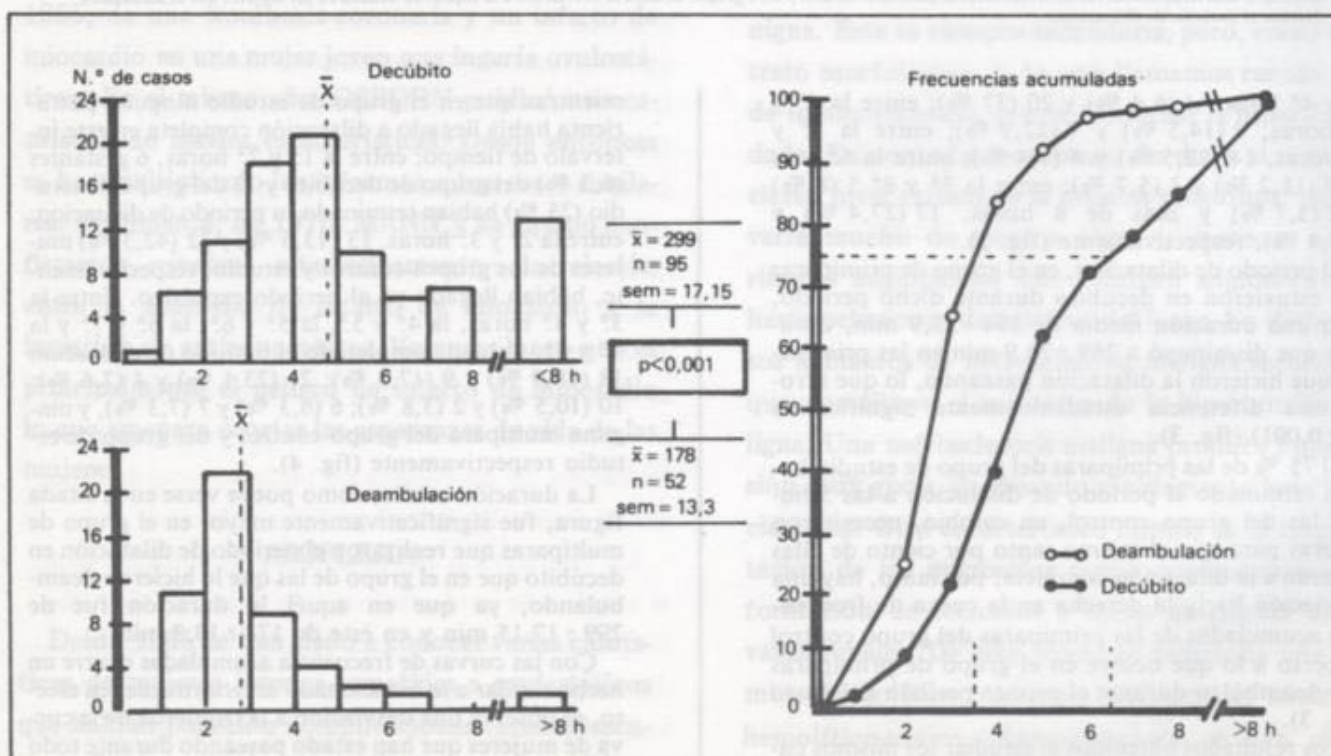


Fig. 4. Duraci3n del periodo de dilataci3n en las multiparas de los grupos control y de estudio. La duraci3n media hallada en el grupo de mujeres que deambularon durante el trabajo de parto fue significativamente menor que la del grupo de mujeres que adoptaron la posici3n de decúbito. En las curvas de frecuencias acumuladas se aprecia que el 75 % de las mujeres del grupo de estudio completaron el periodo de dilataci3n en menos de 4 horas, para lo que las mujeres del grupo control consumieron m3s de 6 horas.

trol hubiera completado el período de dilatación hubieron de pasar más de 6 horas (fig. 4).

Duración del período expulsivo

En las primíparas que durante el primer período del parto habían estado en decúbito, el período expulsivo tuvo una duración media de $25,35 \pm 3,45$ min, duración que fue significativamente menor ($p < 0,05$) en el grupo de estudio ($\bar{X} = 17,05 \pm 1,55$ min). Algo parecido ocurrió con las multiparas, en las que las duraciones medias de dicho período fueron de $13,52 \pm 1,32$ min y $9,92 \pm 0,8$ min, para los grupos control y de estudio, respectivamente ($p < 0,05$). La duración media del segundo período del parto, en el total de las mujeres estudiadas que pertenecían al grupo control fue de $18,46 \pm 1,65$ min, duración que desciende a $13,55 \pm 0,96$ min en las parturientas que estuvieron paseando durante todo el período de dilatación. La diferencia es estadísticamente significativa (fig. 5).

Características de los registros de dinámica uterina obtenidos durante el período de dilatación

En el grupo de mujeres que deambularon durante el período de dilatación, la incidencia de registros de dinámica uterina con alteraciones cuantitativas y/o cualitativas fue del 24,3 %, tasa que asciende significativamente al 63,4 % en el grupo control (fig. 6).

Por una parte, se analizaron las alteraciones cuantitativas y, por otra, las cualitativas, obteniéndose los siguientes resultados.

Es significativamente más frecuente encontrar alteraciones cuantitativas (hiper o hipodinamias) en los registros de dinámica uterina obtenidos en el grupo de mujeres que estuvieron en decúbito (47,3 %) que en las del grupo de estudio (22 %) ($p < 0,001$) (fig. 7). De las 53 mujeres del grupo control en las que se diagnosticó, en su registro, una alteración cuantitativa,

en 25 casos (47,1 %) se trataba de hiperdinamias y en el resto de hipodinamias; estas incidencias en el grupo de estudio fueron muy parecidas, ya que se diagnosticaron hiperdinamias en 5 de los 9 casos de trastornos cuantitativos (55,5 %) e hipodinamias en 4 mujeres.

De los 112 registros obtenidos en las mujeres del grupo control, 25 (22,3 %) se caracterizaron por presentar hiperdinamia, hecho que se observó solamente en el 12,1 % de los registros del grupo de madres que deambularon durante el período de dilatación ($\chi^2 = 1,9$, $p > 0,05$). Por el contrario, si se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos al analizar la incidencia de hipodinamias, ya que en el grupo de estudio se encontraron en el 9,7 % de los casos y en el grupo de madres que estuvieron en decúbito ascendió al 25 % ($p < 0,05$) (fig. 7).

Se observaron cuadros de incoordinación en el 16 % de los registros de dinámica uterina pertenecientes a madres que, durante la primera fase del parto, estuvieron en decúbito; en cambio, en las parturientas del grupo de estudio se diagnosticó este hecho sólo en el 2,4 % de los casos, diferencia estadísticamente significativa, como se puede ver en la figura 8.

Administración de occitocina

En los casos en que se diagnosticó una alteración de la dinámica uterina que era susceptible de tratamiento con occitocina, se inició dicho tratamiento mediante infusión intravenosa a través de una bomba de perfusión.

El 53,5 % de las parturientas del grupo control necesitaron tratamiento con occitocina, tasa que descendió significativamente al 22,6 % en el grupo de madres que deambularon durante todo el período de dilatación ($p < 0,001$). De igual forma, la dosis media de occitocina administrada en las 24 madres del

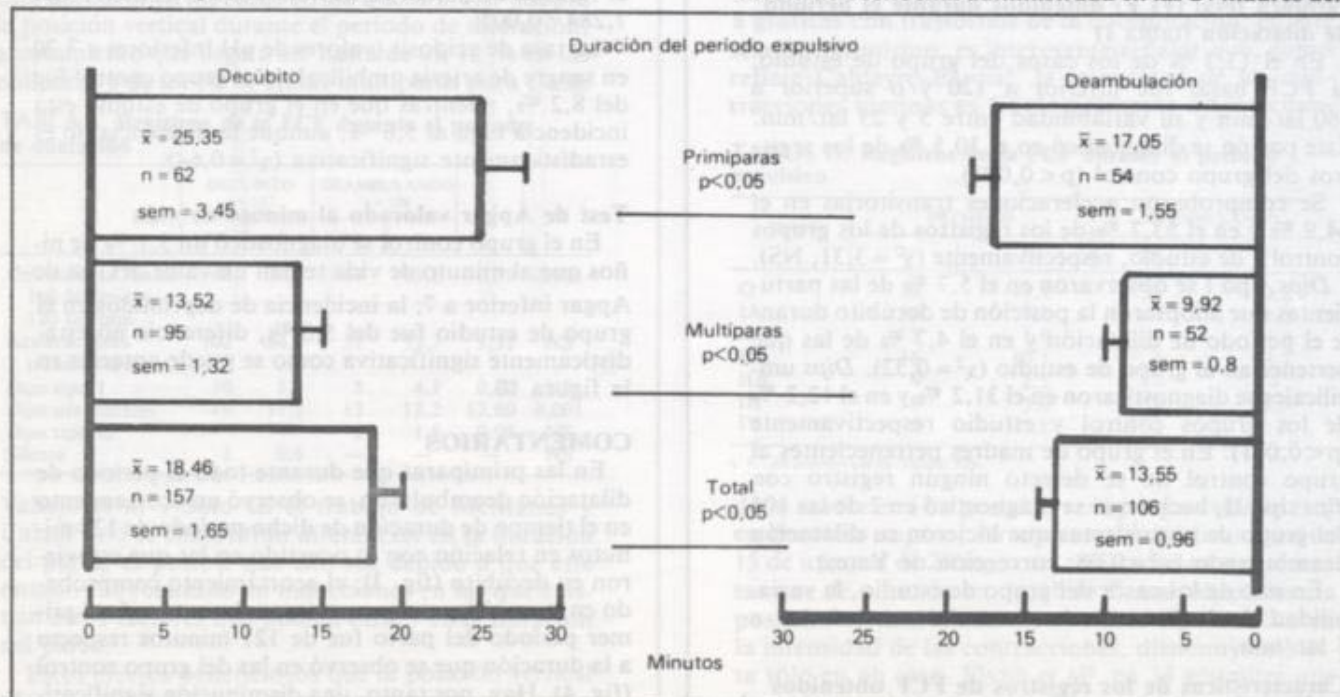


Fig. 5. Duración del período expulsivo en los grupos de parturientas que deambularon y que estuvieron en decúbito durante todo el trabajo de parto. La duración media de dicho período fue significativamente menor en las mujeres del grupo de estudio, tanto primíparas como multiparas.

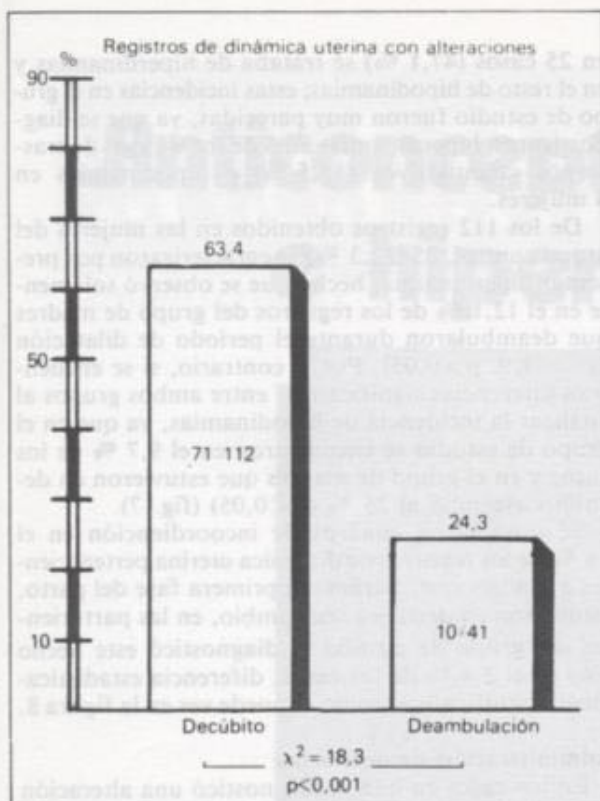


Fig. 6. Registros de dinámica uterina con alteraciones. En el grupo de parturientas en decúbito, la incidencia de registros con anomalías de la dinámica uterina fue mayor ($p < 0,001$) que en los de las mujeres que hicieron el periodo de dilatación paseando.

grupo de estudio que necesitaron dicha hormona, fue menor (642 ± 88 mU) que la infundida en las gestantes que estuvieron en decúbito durante todo el parto (1.046 ± 84 mU) (fig. 9).

Características de los registros de frecuencia cardíaca fetal (FCF) obtenidos durante el periodo de dilatación (tabla I)

En el 13,3 % de los casos del grupo de estudio, la FCF basal fue inferior a 120 y/o superior a 160 lat/min y su variabilidad entre 5 y 25 lat/min. Este patrón se diagnosticó en el 30,5 % de los registros del grupo control ($p < 0,001$).

Se comprobaron aceleraciones transitorias en el 64,9 % y en el 53,7 % de los registros de los grupos control y de estudio, respectivamente ($\chi^2 = 3,31$, NS).

Dips, tipo I se observaron en el 5,7 % de las parturientas que adoptaron la posición de decúbito durante el periodo de dilatación y en el 4,7 % de las que pertenecían al grupo de estudio ($\chi^2 = 0,32$). *Dips* umbilicales se diagnosticaron en el 31,2 % y en el 12,2 % de los grupos control y estudio respectivamente ($p < 0,001$). En el grupo de madres pertenecientes al grupo control no se detectó ningún registro con *dips* tipo II, hecho que se diagnosticó en 2 de las 106 del grupo de parturientas que hicieron su dilatación deambulando ($\chi^2 = 0,08$, corrección de Yates).

En uno de los casos del grupo de estudio, la variabilidad de la línea de base resultó ser inferior a 5 lat/min.

Características de los registros de FCF obtenidos durante el periodo expulsivo (tabla II)

Al estudiar los registros de FCF durante el periodo

expulsivo se sigue la clasificación de nuestra Maternidad⁶, que es una variante de la publicada por Melchior et al⁷ en 1976. Se distinguen 7 tipos de registros según las características de los mismos.

El tipo 0 se encontró en el 19,1 % y en el 29,2 % de las madres de los grupos control y de estudio, respectivamente. El tipo I A se diagnosticó en el 57,3 % de los casos del grupo control y en el 60,3 % de los del grupo experimental. Una variante del anterior es el tipo I B, y se observó en el 1,9 % y en el 1,8 % de los registros de los grupos control y estudio, respectivamente. El tipo II A se halló en el 10,1 % de los fetos cuyas madres estuvieron acostadas en la cama durante todo el parto y en el 3,7 % de los del grupo de estudio. El tipo II B se dio en el 2,5 % de las madres del grupo control y en ninguna de las del grupo experimental. El tipo III apareció en el 5 % y 2,8 %, grupos control y estudio, respectivamente; por último, el tipo IV presentó una incidencia en el grupo control del 3,8 % y en el grupo de madres que pasearon durante el primer periodo del parto del 1,8 %.

Partos vaginales operatorios

Como se puede ver en la parte superior de la figura 10, la incidencia de partos en los que fue necesario aplicar fórceps o espátulas, para ayudar al nacimiento del niño, fue significativamente mayor ($p < 0,05$) en el grupo control; de los 157 partos estudiados en el grupo control, 14 (8,9 %) terminaron instrumentalmente, tasa que desciende al 2,8 % en el grupo de madres que estuvieron paseando.

Valores de pH en sangre de arteria umbilical

La media de los valores de pH hallados en la sangre de la arteria umbilical de los niños que fueron incluidos en el grupo control fue de 7,280, con un error estándar de 0,006, media similar a la encontrada en los niños cuyas madres estuvieron paseando durante el trabajo de parto, ya que en éstos la media fue de $7,284 \pm 0,005$.

La tasa de acidosis (valores de pH inferiores a 7,20 en sangre de arteria umbilical) en el grupo control fue del 8,2 %, mientras que en el grupo de estudio esta incidencia baja al 5,6 %, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa ($\chi^2 = 0,64$).

Test de Apgar valorado al minuto de vida

En el grupo control se diagnosticó un 5,1 % de niños que al minuto de vida tenían un valor del test de Apgar inferior a 7; la incidencia de deprimidos en el grupo de estudio fue del 5,6 %, diferencia no estadísticamente significativa como se puede apreciar en la figura 10.

COMENTARIOS

En las primíparas que durante todo el periodo de dilatación deambulaban, se observó un acortamiento en el tiempo de duración de dicho periodo de 125 minutos en relación con lo ocurrido en las que estuvieron en decúbito (fig. 3); el acortamiento comprobado en las multiparas que pasearon durante todo el primer periodo del parto fue de 121 minutos respecto a la duración que se observó en las del grupo control (fig. 4). Hay, por tanto, una disminución significativa del tiempo que dura el periodo de dilatación cuando la mujer deambula. Así, en el total de mujeres es-

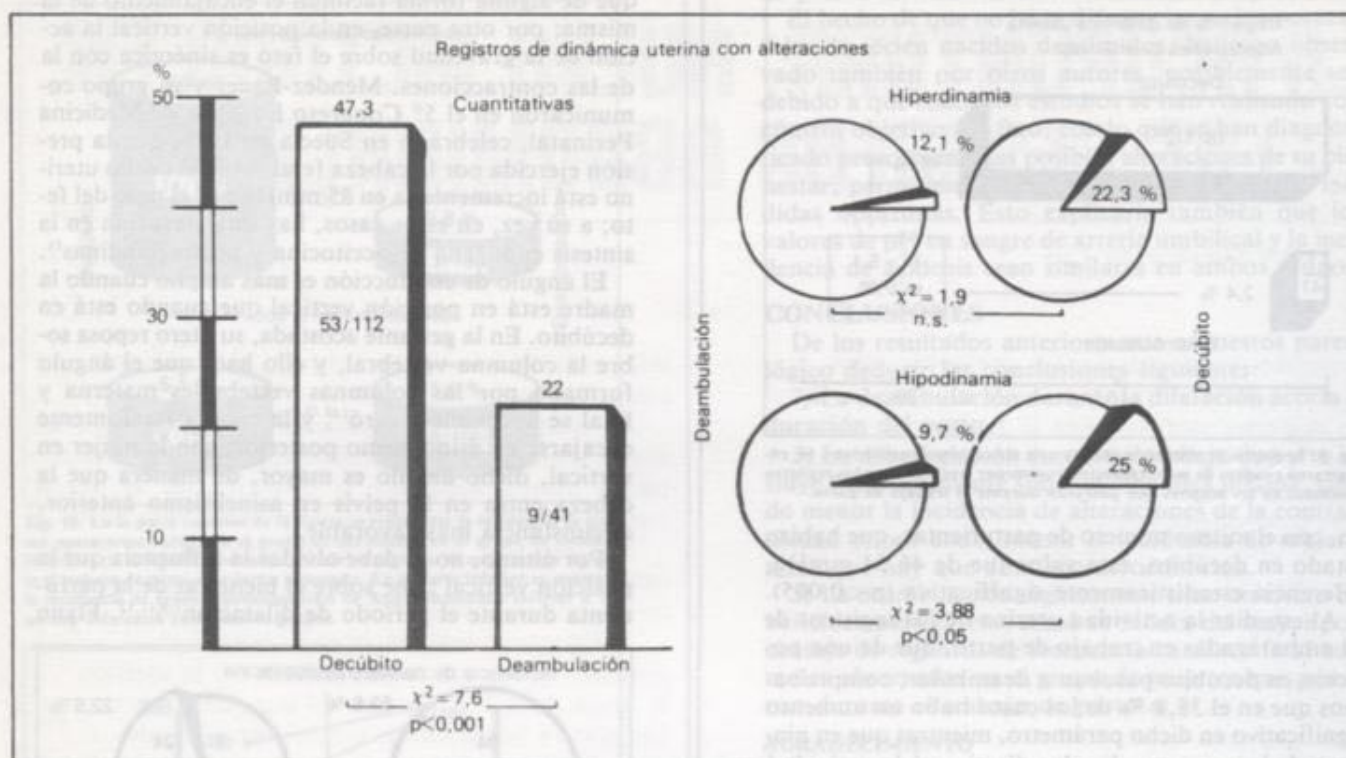


Fig. 7. Registros de dinámica uterina con alteraciones cuantitativas. En los registros del grupo control se observa una incidencia mayor ($p < 0.001$) de estas anomalías, sobre todo en forma de hipodinamías.

tudiadas por nosotros pertenecientes a este grupo, la duraci3n media de dicho periodo fue un 32,9 % inferior a la encontrada en las parturientas que adoptaron la posici3n de decúbito durante esta fase del parto (fig. 2).

Autores como Gonzalo Díaz et al.⁴, Flynn et al.⁸, Caldeyro-Barcia⁹, Schwarcz et al.⁵ y Gallo Vallejo et al.¹⁰ entre otros, refieren encontrar una menor duraci3n del parto en los casos en los que la mujer adopta la posici3n vertical durante el periodo de dilataci3n, acortamiento que llega a ser hasta de un 42 % en las nulíparas y de un 59 % en las multiparas para Gallo

TABLA I. Registros de la FCF durante el periodo de dilataci3n

	DECUBITO n = 157		DEAMBULANDO n = 106		χ^2	p
	Nº	%	Nº	%		
Ondulatoria, basal 160 lat/min y/o 120 lat/min	48	30,5	14	13,2	10,59	0,001
Aceleraciones transitorias	102	64,9	57	53,7	3,31	NS
Dips tipo I	10	5,7	5	4,7	0,32	NS
Dips umbilicales	49	31,2	13	12,2	12,60	0,001
Dips tipo II	—	—	2	1,8	0,08	NS
Silente	1	0,6	—	—	—	NS

Vallejo et al.¹⁰. Sólo en el trabajo de McManus y Calder¹¹ no se encuentran diferencias en la duraci3n del parto; es posible que ello sea debido a que este estudio fue realizado en inducciones en las que existían otros factores que podían influir en la duraci3n del parto.

Estos efectos beneficiosos que la posici3n vertical (deambulaci3n) tiene sobre la progresi3n del parto pueden explicarse, en primer lugar, por la repercusi3n que la posici3n tiene sobre la dinámica uterina:

como hemos señalado en el capítulo de resultados, en los registros intraamnióticos del grupo de madres que deambulan es poco frecuente encontrar anomalías de la dinámica uterina, tanto cuantitativas como cualitativas, mientras que en las parturientas que pasan el parto en decúbito, se halla hasta un 63,4 % de registros con trazados patológicos de dinámica uterina (fig. 7), correspondiendo el 74,7 % de ellos a registros con anomalías cuantitativas y el 25,3 % restante a gráficas con trastornos de la coordinaci3n; en este sentido, asimismo, es interesante señalar que, como refiere Caldeyro-Barcia⁹, la intensidad de las contracciones uterinas es fisiológicamente mayor cuan-

TABLA II. Registros de la FCF durante el periodo expulsivo

TIPOS	DECUBITO		DEAMBULANDO	
	Nº	%	Nº	%
O	30	19,1	31	29,2
IA	90	57,3	64	60,3
IB	3	1,9	2	1,8
IIA	16	10,1	4	3,7
IIB	4	2,5	—	—
III	8	5,0	3	2,8
IV	6	3,8	2	1,8

$\chi^2 = 7,88$ (correcci3n de Yates); NS.

do la madre está en posici3n vertical que cuando está en decúbito supino; Arroyo et al.¹² publican que en 15 de un total de 20 registros realizados en parturientas que de posici3n en decúbito dorsal adoptaban la posici3n vertical había un aumento significativo en la intensidad de las contracciones, disminuyendo ésta sólo en un caso. Flynn et al.⁸, en 34 gestantes que durante el trabajo de parto estuvieron deambulando, hallan para la intensidad de las contracciones un valor medio de 55,53 mmHg, mientras que en otro gru-

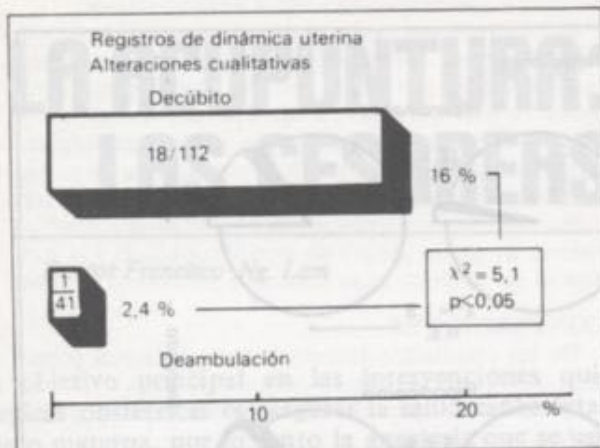


Fig. 8. Registros de dinámica uterina con alteraciones cualitativas. Se encontraron cuadros de incoordinación con menor frecuencia en los registros obtenidos en las mujeres que pasearon durante el trabajo de parto.

po, con el mismo número de parturientas, que habían estado en decúbito, este valor fue de 46,54 mmHg, diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,005$).

Al estudiar la actividad uterina de los registros de 21 embarazadas en trabajo de parto, que de una posición en decúbito pasaban a deambular, comprobamos que en el 38,1 % de los casos hubo un aumento significativo en dicho parámetro, mientras que en ninguno de los casos analizados disminuyó la actividad del útero y en 13 casos no se modificó (fig. 11). Arroyo et al¹² encuentran que en el 50 % de las mujeres por ellos estudiadas se produce un aumento de la actividad uterina cuando de la posición horizontal pasan a la posición de pie.

No se hallan modificaciones en el tono de base^{1,8}.

Respecto a la frecuencia de las contracciones, Flynn et al⁸ encuentran una disminución significativa en el número de contracciones en 30 minutos en el grupo de parturientas que deambulan en relación con el grupo que está en decúbito. Dicha frecuencia es de 8,53 concentraciones en las primeras y de 10,13 en las segundas ($p < 0,05$). Arroyo et al¹², a su vez, no hallan diferencias significativas entre el número de contracciones habidas en 10 minutos en los dos grupos de parturientas estudiadas.

Se debe mencionar un hecho constatado por varios autores^{12,13} y es que en la posición de pie las contracciones presentan menos irregularidades en su forma y ritmo; nosotros hemos observado en algunos casos que con la deambulación desaparece la incoordinación uterina que se registra cuando la parturienta se encuentra en decúbito; una mayor irrigación del útero en la posición vertical de la gestante puede ser una de las causas que justifique esta observación clínica. En definitiva, y por todo lo dicho más arriba, la posición vertical durante el trabajo de parto repercute de forma favorable sobre las contracciones del parto, obteniéndose así una dinámica uterina de mejor calidad y, como consecuencia de ello, un acortamiento en la duración del mismo; se justifica así que sea menos frecuente la necesidad de administrar occitocina durante el parto de estas mujeres (fig. 9).

Asimismo, hay otros factores que actúan favorablemente sobre la evolución del parto de la mujer que deambula durante el mismo; entre ellos, se debe destacar los movimientos de vaivén de la presentación

que de alguna forma facilitan el encajamiento de la misma; por otra parte, en la posición vertical la acción de la gravedad sobre el feto es sinérgica con la de las contracciones. Méndez-Bauer y su grupo comunicaron en el 5º Congreso Europeo de Medicina Perinatal, celebrado en Suecia en 1976, que la presión ejercida por la cabeza fetal sobre el cuello uterino está incrementada en 35 mmHg por el peso del feto; a su vez, en estos casos, hay una elevación en la síntesis endógena de occitocina y prostaglandinas¹¹.

El ángulo de conducción es más amplio cuando la madre está en posición vertical que cuando está en decúbito. En la gestante acostada, su útero reposa sobre la columna vertebral, y ello hace que el ángulo formado por las columnas vertebrales materna y fetal se aproxime a cero¹⁴, y la cabeza fetal intente encajarse en asinclitismo posterior; con la mujer en vertical, dicho ángulo es mayor, de manera que la cabeza entra en la pelvis en asinclitismo anterior, circunstancia más favorable.

Por último, no se debe olvidar la influencia que la posición vertical tiene sobre el bienestar de la parturienta durante el periodo de dilatación^{1,9,11,12}. Flynn

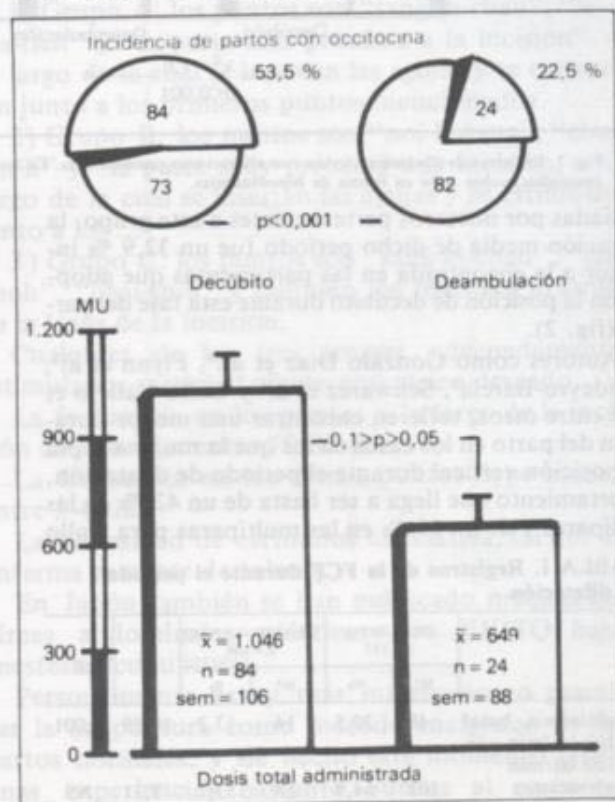


Fig. 9. Incidencia de partos con occitocina. En el grupo de decúbito fue necesario infundir occitocina en el 53,5 % de los casos, incidencia significativamente mayor que la del grupo de estudio. En la parte inferior de la figura se representan las dosis medias administradas en uno y otro grupo.

et al⁸ publican que la necesidad de analgesia en el parto es significativamente menor en el grupo de madres que deambulan que en las parturientas que adoptan la posición de decúbito.

La disminución del tiempo del periodo expulsivo, hecho comprobado asimismo, por otros autores^{9,10}, es difícil de explicar, ya que la posición adoptada por la mujer durante este periodo fue la misma en ambos grupos. Es posible que la menor duración del periodo de dilatación conlleve el que la parturienta afron-



Fig. 10. En la parte superior de la figura se representa la incidencia de partos operatorios habida en el grupo de decúbito y en el grupo de estudio; la incidencia es significativamente menor en el grupo de mujeres que durante el trabajo de parto estuvieron paseando. En la parte inferior se constata la incidencia de niños deprimidos (test de Apgar inmediato inferior a 7); no hay diferencia entre ambos grupos.

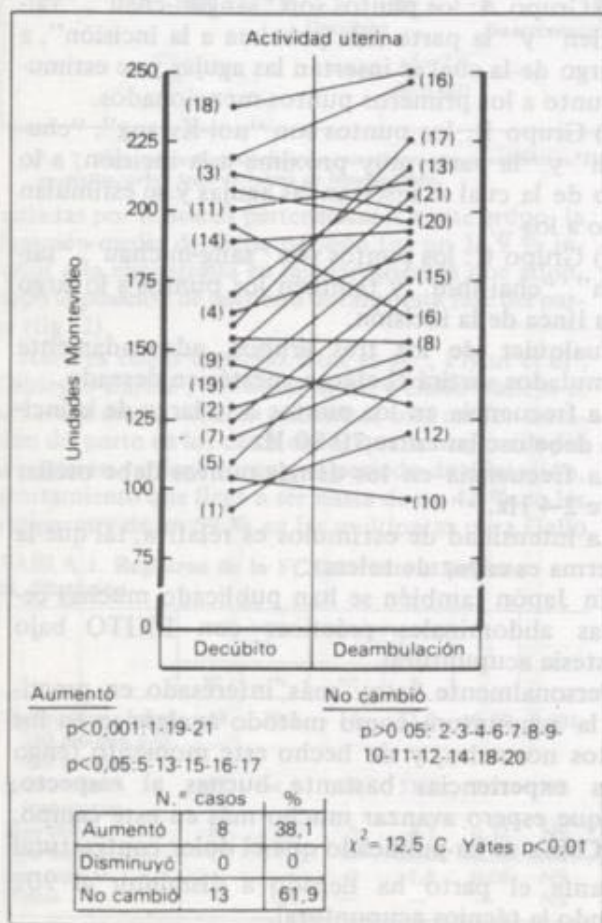


Fig. 11. Actividad uterina y posición de la mujer durante el trabajo de parto. Véase cómo en el 38,1 % de los casos estudiados la actividad uterina aumentó al pasar de una posición de decúbito a deambular. En ninguno de los casos disminuyó este parámetro.

te el expulsivo en mejores condiciones físicas; de igual forma, la mejor calidad de la dinámica uterina y la disposición más favorable del eje de conducción, favorecerían la rotación de la cabeza fetal y su descenso a lo largo del canal del parto. Los mismos argumentos se podrían utilizar para explicar la diferencia

de partos instrumentales entre ambos grupos.

El hecho de que no haya diferencias en los porcentajes de recién nacidos deprimidos, hallazgo observado también por otros autores, posiblemente sea debido a que todos los estudios se han realizado con control objetivo del feto, con lo que se han diagnosticado precozmente las posibles alteraciones de su bienestar, permitiendo así aplicar en cada caso las medidas oportunas. Esto explicaría también que los valores de pH en sangre de arteria umbilical y la incidencia de acidosis sean similares en ambos grupos.

CONCLUSIONES

De los resultados anteriormente expuestos parece lógico deducir las conclusiones siguientes:

1) La deambulación durante la dilatación acorta la duración del parto.

2) La deambulación durante el trabajo de parto influye favorablemente sobre la dinámica uterina, siendo menor la incidencia de alteraciones de la contractilidad y, por ende, menor la incidencia de mujeres a las que hay que administrar occitocina.

3) La deambulación seguramente tiene un efecto beneficioso para el feto, como se deduce del mayor porcentaje de registros de frecuencia cardíaca fetal normales observadas en el grupo de mujeres que pasearon durante el trabajo de parto.

AGRADECIMIENTO

Este trabajo ha sido realizado con la ayuda inestimable del grupo de Matronas de nuestro Departamento.

BIBLIOGRAFÍA

- Méndez-Bauer C, Arroyo J, García-Ramos C et al. Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor. *J Perinat Med* 1975; 3: 89.
- Méndez-Bauer C, Arroyo J, Menéndez A et al. Effects of different maternal positions during labour. En: *Sth European Congress of Perinatal Medicine*, Uppsala, Sweden, 9-12 June 1976 Stockholm, Almqvist & Wiksell, 1976; 233-237.
- Mittre I. The influence of maternal position on duration of the active phase of labor. *Int J Gynaecol Obstet* 1974; 12: 181.
- Gonzalo Díaz A, Schwarcz R, Fescina R, Caldeyro-Barcia R. Efectos de la posición vertical materna sobre la evolución del parto. *Clin Invest Ginecol Obstet* 1978; 5: 101.
- Schwarcz R, Gonzalo Díaz A, Fescina RH, Belizan JM, Caldeyro-Barcia R. Conducción del trabajo de parto. Ventajas de las membranas ovulares íntegras y de la posición vertical materna. *Clin Invest Ginecol Obstet* 1980; 7: 135.
- Hernández-García JM, Martínez V, Castillo JM et al. Repercusión del período expulsivo sobre el feto. *Clin Invest Ginecol Obstet* 1982; 9: 80-85.
- Melchior J, Bernard N, Cavagna JL. Le rythme cardioaigue foetal au cours de l'expulsion. *Symposium sur la Surveillance foetale*. Paris, 1976. Kontron International Medical Division, 1976; 179-190.
- Flynn AM, Kelly J, Hollins G, Lynch PF. Ambulation in labour. *Br Med J* 1978; 2: 591.
- Caldeyro-Barcia R. Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal. Conferencia dictada en el Simposio sobre «Recientes adelantos en Medicina Perinatal». Tokio, Octubre 21 y 22, 1979. Publicación Científica n° 858 del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Montevideo/Uruguay. OMS.
- Gallo Vallejo M, Solano F, Llamas C, Arbús J. Estudio comparativo entre la posición vertical y horizontal materna durante el período de dilatación. *Clin Invest Ginecol Obstet* 1981; 8: 141.
- McManus TJ, Calder AA. Upright posture and the efficiency on labour. *Lancet* 1978; 14: 72.
- Arroyo J, Menéndez A, García-Ramos C et al. La posición de pie durante el trabajo de parto espontáneo. I. Efectos sobre contractilidad uterina, dolor y duración del parto. *Clin Invest Ginecol Obstet* 1974; 1: 221.
- De la Fuente P, Hernández-García JM, Castillo JM et al. Parto humanizado en el medio hospitalario. *Acta Obstet Ginecol Hisp Lus* 1981; 29: 439.
- Gold, E. Pelvic drive in obstetrics. An X ray study of 100 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1950; 59: 890.

LA ACUPUNTURA: NUEVO METODO EN LAS CESAREAS ABDOMINALES

Doctor Francisco Ng. Lam

El objetivo principal en las intervenciones quirúrgicas obstétricas es asegurar la salud tanto fetal como materna, por lo tanto la anestesia que se usa durante estas intervenciones quirúrgicas debería ser del tipo que conlleva las menos complicaciones o afectos secundarios posibles.

La "Acupuntura" es un antiguo método terapéutico chino, que se basa en la estimulación de determinados puntos de la piel con agujas, o con fuego, o a través de las agujas se infiltran fármacos, o se estimulan estos puntos eléctricamente mediante la conexión de las agujas con los electrodos usando ciertos aparatos específicamente diseñados, para curar o aliviar el dolor. Este método terapéutico era desconocido en los países occidentales y fue mencionado por primera vez en el siglo XII. Pero no llamó la suficiente y espectacular atención hasta el año 1971 cuando China anunció el éxito del uso de la Acupuntura para la anestesia quirúrgica. Desde entonces peregrinos científicos occidentales en masas han invadido China, unos para curiosear, y otros para aprender esta nueva y antigua técnica terapéutica.

La anestesia farmacológica clásica que se usa actualmente en las cesáreas abdominales, aunque es prácticamente dominada, no lo es, sin embargo, exenta del todo de los inconvenientes operatorios o postoperatorios para la madre o para el feto; razón por la cual los especialistas en Japón y China desde hace una década han venido estudiando la técnica nueva: o sea, la anestesia acupuntural en sustitución de la anestesia clásica farmacológica. El resultado, después de tantos años de estudios en colaboración entre los tocólogos y acupuntores, este momento es muy satisfactorio, aunque, lógicamente, debido a pocas experiencias sobre el tema, quedan aún un punto no dominado por completo; o sea, el dolor no llega a ser abolido por completo en algunos casos.

Hasta el Octubre de 1983, oficialmente se han publicado en China 664 cesáreas abdominales practicadas bajo anestesia acupuntural. Por supuesto, las enfermas mencionadas, que han sido practicadas las cesáreas abdominales bajo la anestesia acupuntural, han sido previamente seleccionadas; las embarazadas, o candidatas a las cesáreas abdominales bajo la anestesia acupuntural, que padecen de ane-

mia, eclampsia o preeclampsia, de cardiopatía o placenta previa, son excluidas.

La técnica para la anestesia acupuntural en las cesáreas abdominales consiste en estimular determinados puntos mediante la conexión de las agujas con los electros usando unos aparatos específicos.

Existen tres grupos de puntos donde pueden estimularse eléctricamente para conseguir el efecto anestésico deseado.

1) Grupo A: los puntos son "sang-in-chau", "vai-ma-tien" y "la parte más próxima a la incisión", a lo largo de la cual se insertan las agujas y se estimulan junto a los primeros puntos mencionados.

2) Grupo B: los puntos son "noi-Kwang", "chusan-li" y "la parte muy próxima a la incisión, a lo largo de la cual se insertan las agujas y se estimulan junto a los ...

3) Grupo C: los puntos son "sang-in-chau", "tai-choh", "chai-shiu" y también los puntos a lo largo de la línea de la incisión.

Cualquier de los tres grupos, adecuadamente estimulados surtirá el efecto anestésico deseado.

La frecuencia en los puntos a lo largo de la incisión debe oscilar entre 70-80 Hz.

La frecuencia en los demás puntos debe oscilar entre 2-4 Hz.

La intensidad de estímulos es relativa, tal que la enferma es capaz de tolerar.

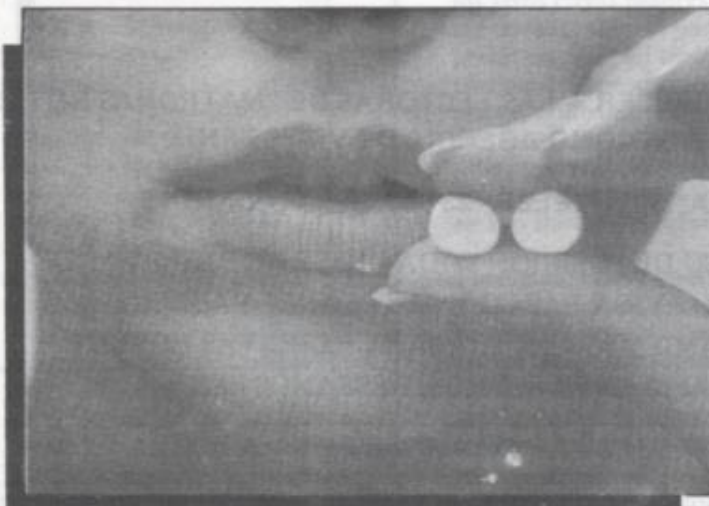
En Japón también se han publicado muchas cesáreas abdominales prácticas con EXITO bajo anestesia acupuntural.

Personalmente estoy más interesado en practicar la acupuntura como método analgésico en los partos normales, y de hecho este momento tengo unas experiencias bastante buenas al respecto, aunque espero avanzar mucho más en este campo. En China se ha publicado que el dolor contractural durante el parto ha llegado a disminuir al 90% usando la técnica acupuntural.

Espero poder contar en breve mi experiencia en este tema.

También espero poder escribir otro artículo sobre las "comparaciones entre la anestesia acupuntural y la anestesia epidural" y "Las comparaciones entre la anestesia acupuntural y la anestesia local", sus ventajas y sus desventajas, etc. etc.

Anticonceptivos perorales e hipertensión



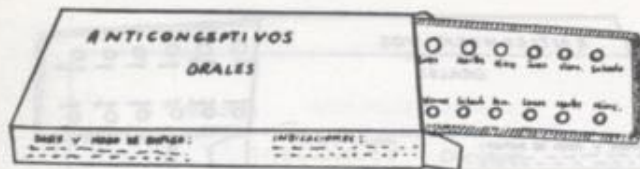
La puesta en circulación de los contraceptivos perorales ha abierto por primera vez la posibilidad de un control de la natalidad efectivo y universal. Parece que nos hemos acercado más a los objetivos de la limitación de nacimientos: evitación de los aprietos personales, de la elevada mortalidad materna e infantil y del agobio de la nutrición deficiente e insuficiente, sobre todo en los países subdesarrollados.

Administrar ovulostáticos plantea problemas radicalmente diversos de los que comporta cualquier farmacoterapia. El tratamiento farmacoterapéutico usual combate una enfermedad existente. Ello implica tener que asentar a ciertos efectos colaterales y riesgos propios del tratamiento. Estos efectos secundarios son, empero, aceptables, ya que la enfermedad existente representa un peligro mucho mayor. Por el contrario, los contraceptivos perorales se administran por lo general a mujeres somáticamente sanas. Los efectos secundarios, en tanto signifiquen enfermedad, supondrán, por lo tanto, menoscabo de un organismo primariamente sano por obra de una medida que no es ineludiblemente

necesaria en cada caso. Con frecuencia se objeta que el embarazo representa para la mujer un peligro mucho mayor que la ingestión de ovulostáticos. Aparte de que, como veremos más adelante, este argumento es falso, al menos por lo que hace a Europa central, dicha objeción nos parece también errónea porque la alternativa a la toma de ovulostáticos no tiene que ser necesariamente el embarazo.

Así pues, si se quiere aprovechar la ventaja de los ovulostáticos para controlar y limitar los nacimientos, lógicamente habrá que administrar los contraceptivos perorales de modo tan seguro y exento de efectos colaterales que en cualquier caso sean nulos o mínimos los riesgos para la salud. Ello sólo es posible, sin embargo, si se estudia y esclarece el por qué de la aparición de fenómenos colaterales. El examen de éstos tienen entonces por objetivo afianzar la inocuidad de los contraceptivos perorales. Sería craso error suponer que estamos tratando de prevenir en términos generales contra el unos de ovulostáticos.

De cara al empleo de contraceptivos perorales,



es posible lograr una disminución de los efectos nocivos para la salud:

- bien poniendo de relieve los mecanismos patógenos que desencadenan tales fenómenos colaterales, con lo cual se traza el camino para un desarrollo de preparados exentos de tales características.

- Bien excluyendo a aquellas mujeres en las que el empleo de ovulostáticos se ha de esperar una incidencia particularmente elevada de efectos secundarios. La administración de antibióticos a tales pacientes de alto riesgo se evitará, si el peligro lo requiere, o se hará tan sólo bajo estrecha vigilancia médica.

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS CONTRACEPTIVOS PERORALES

Los ovulostáticos pueden determinar innumerables alteraciones funcionales en una serie de órganos; ahora bien, sólo una parte nimia de esos efectos secundarios tienen relieve patológico. Algunos son de interés puramente teórico, por cuanto afectan a parámetros de laboratorio, de modo que se han de tener en cuenta nuevos valores formales (por ejemplo: en el diagnóstico endocrinológico). En el marco de este artículo no cabe hablar de detalles específicos. Mencionemos el incremento de la síntesis de ceruloplasmina en el hígado, que comporta elevación de nivel de cobre en la sangre. También se acrecienta la formación de globulina fijadora de tirosina, apareciendo en el plasma en concentraciones superiores. Esto acarrea un incremento del yodo fijado a proteínas y de la tirosina total. En la concentración total, la proporción de hormona tiroidea no fijada a proteínas y biológicamente activa decrecen en tanto que la cantidad absoluta de hormona activa permanece igual. La función y el comportamiento de la glándula tiroidea en su sistema de regulación permanecen, pues, inaltera-

dos. La repercusión de los ovulostáticos en la función hepática o en el resultado de la docimasia de la misma es diferente. Estos fenómenos colaterales tampoco tendrán, sin embargo, relieve patológico, siempre y cuando una icteria colestática sobrevenga durante un embarazo previo se considere como contraindicación para los contraceptivos perorales. Mayor atención merecerán el empeoramiento de la tolerancia a la glucosa y el efecto desfavorable en el metabolismo de los lípidos ocurridos bajo la administración de estos preparados hormonales. Por lo común, estos efectos concomitantes rara vez alcanzan, por ejemplo, la importancia de la diabetes mellitus inducida por tales preparados, aún cuando si que se eleva, como luego veremos, el riesgo de que surjan otros efectos colaterales más serios.

EMBOLIA PULMONAR

En 1961, JORDAN refirió el caso de una paciente de 40 años de edad a la que durante cuatro semanas se le había tratado una endometriosis con un ovulostático, lo que acarreo embolia pulmonar bilateral con desenlace nefasto. Si bien la deshidratación debida a los vómitos debió jugar un importante papel patogénico, por primera vez se llamó la atención aquí sobre el riesgo de embolia pulmonar que encierran las hormonas sexuales femeninas. Desde entonces se han publicado otras muchas observaciones idénticas o parecidas. Una y otra vez se ha señalado la relación temporal existente entre la ingestión de anticonceptivos perorales o la administración de estrógenos en régimen monoterápico con el desarrollo de una embolia pulmonar.

La verificación del paralelismo patológico entre el empleo de ovulostáticos y la aparición de embolia pulmonar se consiguió relativamente tarde, mediante grandes estudios retrospectivos o prospectivos, sobre todo en el área anglosajona. Se constató que las mujeres tomaban ovulostáticos corrían riesgo de embolia pulmonar tres o cuatro veces superior al de las que no las tomaban.

TROMBOSIS VASCULARES

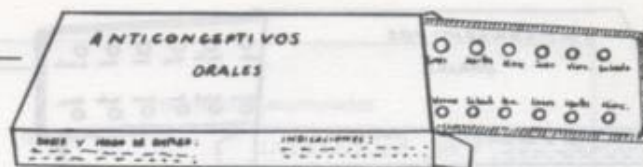
Un nuevo análisis de este efecto secundario de los contraceptivos perorales puso de manifiesto no sólo el peligro de embolia pulmonar sino también el aumento general del riesgo de trombosis en el sistema venoso. Así, por ejemplo, pueden presentarse trombosis pelviana o de la extremidades superiores y hasta el síndrome de Budd-Chiari. Tras los abundantes estudios estadísticos realizados, difícil será hoy dudar que los ovulostáticos acrecientan el riesgo de trombiembolia a nivel del sistema venoso, pero es menos conocida esa amenaza —la misma, en principio— por lo que se refiere a las oclusiones trombóticas de vasos en el sistema arterial (fondo del ojo o extremidades, por ejemplo).

INFARTO DE MIOCARDIO

Por primera vez dió cuenta NAYSMITH, en 1965, de una trombosis coronaria y un infarto de miocardio en una mujer joven que ingería ovulostáticos. En el mismo año, OSBORN publicó una casuística de iguales características. Desde entonces se han multiplicado los informes sobre casos similares. Finalmente, en 1975, MANN y su equipo confirmaron —incluso estadísticamente— la relación entre la aparición de infarto de miocardio y la ingestión de anticonceptivos. Veremos luego que es principalmente el peligro de infarto de miocardio lo que amenaza acortar las esperanzas de vida de las mujeres.

APOPLEJIA

Desde 1965 se han dado a conocer varias casuísticas de mujeres jóvenes sometidas a ovulostáticos que habían padecido complicaciones cerebrovasculares. Por lo general, se trata de ataques apopléticos debidos a trombosis cerebrales. En Gran Bretaña se constató estadísticamente en 1975 una relación

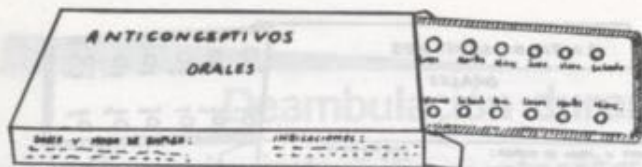


patogenética entre la aparición de isquemias cerebrales y la ingestión de contraceptivos.

NEFROSCLEROSIS

En 1974 se dió a conocer la observación de que entre las mujeres que toman ovulostáticos puede desarrollarse una nefrosclerosis de modo muy rápido y pronunciado. Generalizada o focal, posee un carácter maligno, es decir: se acompaña de necrosis y trombosis a nivel de arteriolas y capilares renales.

Ya se sabe que nosotros diferenciamos tres tipos de nefrosclerosis, a saber: benigna, maligna secundaria y maligna primaria. Los términos "primaria" y "secundaria" dependen de si la nefrosclerosis no se presenta precedida de hipertensión o es consecuencia de ésta. Todo tipo de hipertensión puede dar lugar al cabo de unos años a nefrosclerosis benigna. Esta es siempre secundaria, pero, como substrato morfológico de lo que llamamos renalización de la hipertensión, puede exacerbar la hipertensión dada. En contadas ocasiones, sin duda al rebasarse cierto nivel crítico de la presión sanguínea —el cual varía mucho de unos a otros—, aparecen en los riñones angiopatías, sino también angionecrosis y hasta oclusiones definitivas del lugar. En dichos casos hablamos de nefrosclerosis maligna secundaria, que constituye el substrato de la hipertensión maligna. Una nefrosclerosis maligna produce hipertensión muy grave, acarreando rápidamente insuficiencia renal. Otra característica clínica es la fragmentación de los eritrocitos como consecuencia de la formación de retículos y haces de fibrina en los vasos renales. De este modo se desarrolla una anemia hemolítica; nosotras hablamos de síndrome hemolítico-urémico. Repetidamente se han observado nefrosclerosis malignas acompañadas del síndrome hemolítico-urémico en pacientes que no había tenido hipertensión con anterioridad (Fig. 1).



Durante el subsiguiente curso de la enfermedad, sin embargo, sobrevino con gran rapidez una elevación maligna de la presión sanguínea. Por lo tanto, la nefrosclerosis maligna primaria no es el efecto de la hipertensión, sino su causa. Un análisis de algunos casos de nefrosclerosis maligna primaria —observados en nuestra clínica o sacados de la literatura— puso de manifiesto que las mujeres son con mucho las más afectadas y entre ellas en especial las que se hallan en situación de posparto, postaborto o ingestión de ovulostáticos. Lo común a las tres es una superior coagulabilidad. Ciertamente, la nefrosclerosis maligna primaria es, por fortuna, rara; de cualquier manera, no cabe duda que surge entre mujeres primeramente normotensas y por influencia de una hipercoagulabilidad causada por hormonas sexuales femeninas. La consecuencia de alteraciones vasculares en el riñón es, por lo tanto, la hipertensión.

El grado de nefrosclerosis hallado por nosotras en mujeres que tomaban contraceptivos perorales no era en la mayoría de los casos tan grave como en los previamente descritos. Por lo general, se trataba de nefrosclerosis benignas, con trastornos vasculares malignos sólo locales. Las alteraciones vasculares malignas entre jóvenes con hipertensión de duración breve difícilmente se podrán explicar por el aumento de la presión sanguínea nada más. Hay que suponer entonces que tal nefrosclerosis es afección vascular en la que los ovulostáticos desempeñan un papel patogénico. Con la genuina nefrosclerosis maligna primaria no tiene en común ni la envergadura ni la evolución, pero acaso exista una relación con la hipercoagulabilidad causada por los preparados hormonales.

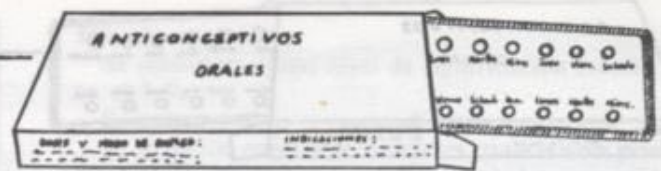
HIPERTENSION

En 1962 BROWNRIGG describió por primera

vez la evolución de la hipertensión producida por la toma de ovulostáticos. Se trataba de una paciente de 37 años, tratada contra la endometriosis con dosis elevadas de un prostágeno, que acusó aumento de peso, además, cefalalgias e hipertensión. Desde entonces se han referido otros muchos casos en los que sobrevino hipertensión o se agravó la ya existente al administrar hormonas sexuales femeninas. De estos informes se desprende que al final de la primera fase de la terapia se constata ya en algunas mujeres un aumento de la presión sanguínea; por lo común, sin embargo esto ocurre tras muchos años de tratamiento. Muchas veces se observa jaqueca como síntoma temprano de la hipertensión incipiente. En la llamada hipertensión por anovulatorios hallamos a menudo una predisposición familiar al exceso tensional. Además, es relativamente común la indicación de que en anteriores embarazos ya hubo alguna vez una transitoria elevación de la presión sanguínea. Otros factores predisponentes son las diabetes mellitus y el sobrepeso. La hipertensión por anovulatorios puede desaparecer una vez retirados los anticonceptivos perorales, pero ello no siempre es el caso. A menudo, la presión sanguínea sólo baja temporalmente tras el abandono de los preparados. Entre mujeres que en años anteriores habían tomado ovulostáticos, abandonándolos entretanto, hallamos todavía una superior incidencia de la hipertensión.

PATOGENESIS DE LA HIPERTENSION POR OVULOSTATICOS

Durante muchos años se ha buscado la patogénesis de la hipertensión por ovulostáticos en los trastornos del sistema renina-angiotensina. El componente estrógeno determina una estimulación de la síntesis del sustrato renínico angiotensinógeno en el hígado, de la misma manera que se incrementa la ceruloplasmina y la globulina fijadora de tirosina. Un aumento del angiotensinógeno originará



una mayor formación de angiotensina II y estimulará la secreción de aldosterona, aún cuando la excreción de renina por parte del riñón permanezca constante. Por lo tanto, sino se suprime la formación de renina en el riñón, la administración de ovulostáticos supondrá un incremento de la actividad de la renina plasmática. Se ha llegado a afirmar que en las mujeres en que se desarrolla una hipertensión por ovulostáticos no es posible cortar la excreción renal de renina, acaso porque exista una lesión primaria de los riñones, oculta en un principio. Se tiene una opinión muy distinta sobre las patogénesis de la hipertensión por ovulostáticos. Esta hay que entenderla en relación con los otros efectos secundarios de los ovulostáticos que hemos tratado de exponer, a saber: la formación de lesiones vasculares. La causa común de todos estos efectos colaterales radica en que los anticonceptivos perorales desencadenan hipercoagulabilidad. Se ha llevado a cabo un elevado número de estudios sobre los efectos de las hormonas sexuales femeninas en la coagulación sanguínea. A pesar de las contradicciones de que adolecen estos trabajos y hallazgos, no hay duda de que los ovulostáticos fomentan la coagulación. Obviamente, esta propiedad se puede atribuir al componente estrógeno en primer lugar. El test de formación de trombina demuestra la hipercoagulación por obra de ovulostáticos. Con él se perciben cambios en la activación de la trombina tras recalcificación de la sangre, dependiendo del tiempo de incubación. Con la prueba de la formación de trombina se pueden medir en, hiper e hipocoagulabilidad, como consecuencia de reducción o incremento de los factores de coagulación plasmáticos o trombocitos (Fig. 2). Los valores que se hallan por encima del ámbito normal —en verde— denotan hipocoagulabilidad y los que están por debajo, hipercoagulabilidad. Entre mujeres que ingieren anticonceptivos llega a comprobarse hipercoagulabilidad, sobre todo cuando se ha desarrollado una hi-

pertensión por ovulostáticos.

En ratas con hipertensión de Goldblatt logramos un aumento de la presión conjuntamente (Fig. 3). Por separado, ni el estrógeno ni el progestágeno determinaban un aumento significativo de aquélla. Bloqueando la fibrinólisis con ácido e-aminocaproico (EACA), se pudo reemplazar en la asociación hormonal el efecto hipertensor ejercido por el estrógeno. Administrando simultáneamente EACA y progestágeno, la presión sanguínea aumentaba de igual manera que empleando estrógeno y progestágeno (figura 4). En nuestra opinión, también este hallazgo denota que el rol patogénico del componente estrógeno de los contraceptivos perorales en la hipertensión por ovulostáticos se cumple en el sistema de la coagulación sanguínea. Significa, a la vez, la negación de la supuesta importancia del sistema renina-angiotensina. A diferencia del estrógeno, EACA no altera la actividad de la renina plasmática, si bien incrementa junto con el progestágeno la presión sanguínea. El papel patogénico del progestágeno lo vemos aquí en la retención del sodio y el agua. Al contrario de la progesterona natural, muchos progestágenos carecen de efecto natriurético; en cambio retienen el sodio. Por consiguiente, cabrá entender la patogénesis de la hipertensión por ovulostáticos como coincidencia de una retención de volumen determinada por el progestágeno con una hipercoagulabilidad inducida por el estrógeno. Esta última favorece el desarrollo de una nefrosclerosis que, aún en los casos de hipertensión leve y de corta duración, puede ya tener carácter maligno focal, tornando rápidamente en grave e irreversible una hipertensión que fuera reversible en un principio. Por fortuna, esto sólo ocurre en contadas ocasiones. Requisitos son cierta predisposición y lesiones vasculares preexistentes

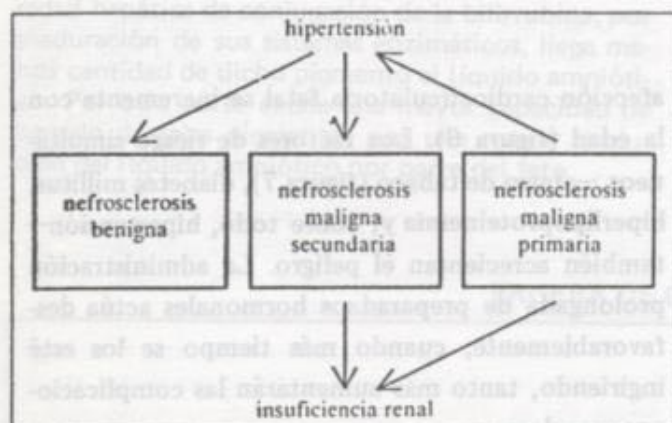
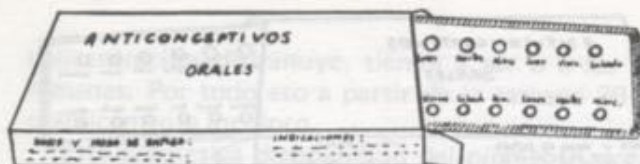


Figura 1. Todo tipo de hipertensión puede dar lugar a una nefrosclerosis benigna. Rebasándose cierto nivel crítico de la presión sanguínea, se produce en ocasiones una nefrosclerosis maligna secundaria, substrato de la hipertensión maligna. La nefrosclerosis maligna primaria no precedida de alta tensión desemboca en hipertensión grave. Insuficiencia renal es la secuela de la nefrosclerosis maligna.

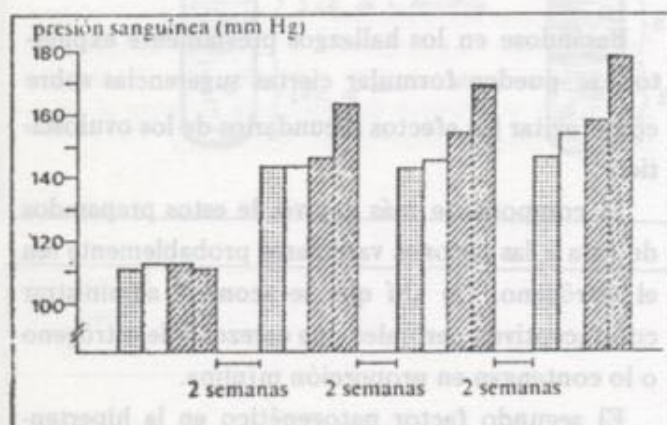


Figura 3. Aumento significativo de la presión sanguínea administrando estrógeno más progestágeno en la experimentación animal. Las ratas con hipertensión de Goldblatt reaccionaron ante la asociación en grado considerablemente superior y de manera más inequívoca que ante los componentes singulares.

■ controles ■ progestágeno
 □ estrógeno ■ estrógeno + progestágeno

■ EACA + estrógeno ■ controles
 ■ EACA ■ EACA + progestágeno

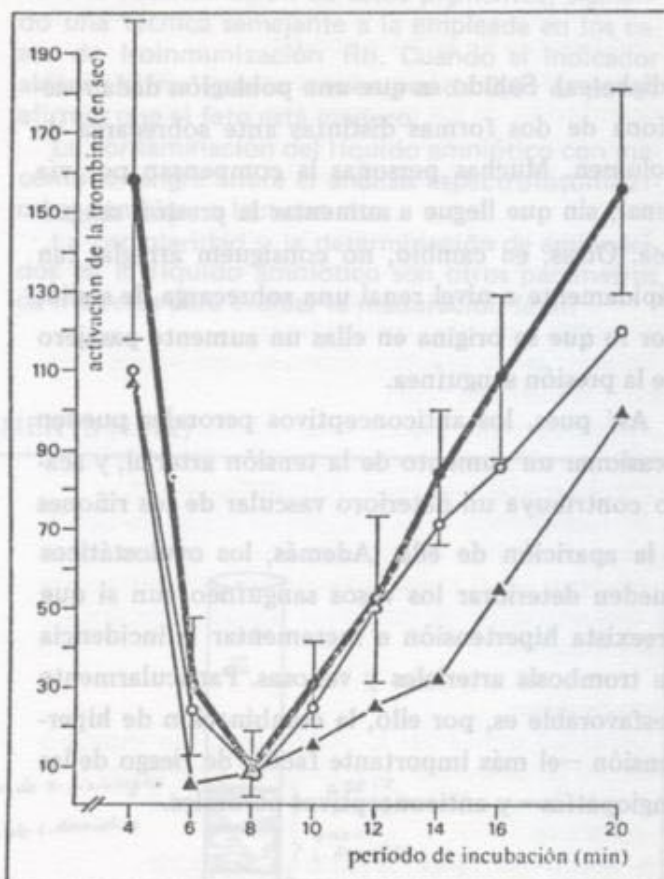


Figura 2. Efecto de los ovulostáticos en la coagulación. La curva correspondiente a las mujeres que hacen uso de contraceptivos perorales se halla por debajo del ámbito normal (en verde) —indicio de hipercoagulabilidad—, sobre todo cuando se da hipertensión por ovulostáticos.

●—● controles (n = 35)
 ○—○ mujeres que ingieren ovulostáticos (n = 20)
 ▲—▲ mujeres con hipertensión por ovulostáticos (n = 9)

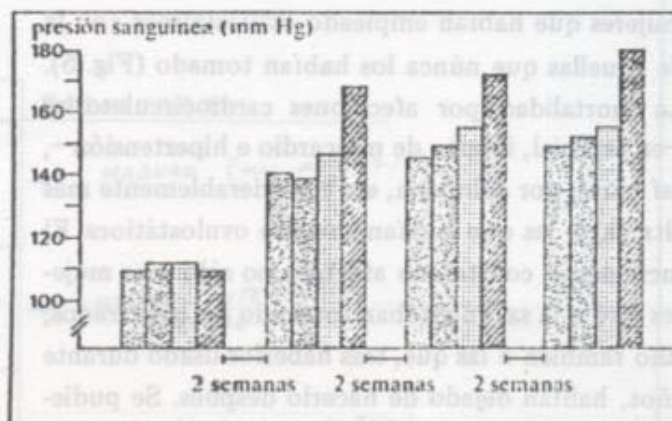
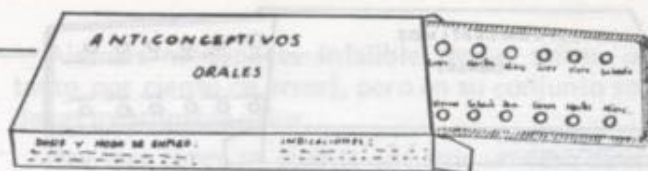


Figura 4. La asociación de ácido ϵ -aminocaproico (EACA) más progestágeno eleva la presión sanguínea igual que estrógeno más progestágeno (figura 3). En cambio, no se puede decir lo mismo del EACA solo ni de la combinación EACA más estrógeno.



(diabetes). Sabido es que una población dada reacciona de dos formas distintas ante sobrecarga de volumen. Muchas personas la compensan por vía renal, sin que llegue a aumentar la presión sanguínea. Otras, en cambio, no consiguen arreglar tan rápidamente a nivel renal una sobrecarga de sodio, por lo que se origina en ellas un aumento pasajero de la presión sanguínea.

Así pues, los anticonceptivos perorales pueden ocasionar un aumento de la tensión arterial, y acaso contribuya un deterioro vascular de los riñones a la aparición de ella. Además, los ovulostáticos pueden deteriorar los vasos sanguíneos aun si que preexista hipertensión e incrementar la incidencia de trombosis arteriales y venosas. Particularmente desfavorable es, por ello, la combinación de hipertensión —el más importante factor de riesgo de las angiopatías— y anticonceptivos perorales.

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CARDIOCIRCULATORIAS

En Inglaterra, 1400 médicos generales registraron entre 1968 y 1977 la evolución de 46.000 pacientes. Se comparó la tasa de mortalidad de las mujeres que habían empleado ovulostáticos con la de aquellas que nunca los habían tomado (Fig. 5). La mortalidad por afecciones cardiocirculatorias —en especial, infarto de miocardio e hipertensión—, así como por aplopejía, era considerablemente más alta entre las que habían tomado ovulostáticos. El incremento constatado afectaba no sólo a las mujeres que a la sazón estaban tomando los preparados, sino también a las que, tras haberlos usado durante años, habían dejado de hacerlo después. Se pudieron determinar una serie de constelaciones que, dado el caso de ingestión de ovulostáticos, favorecen el desarrollo de angiopatías. Así, el peligro de

afección cardiocirculatoria fatal se incrementa con la edad (figura 6). Los factores de riesgo simultáneos —abuso de tabaco (figura 7), diabetes mellitus, hiperlipoproteinemia y, sobre todo, hipertensión— también acrecientan el peligro. La administración prolongada de preparadaos hormonales actúa desfavorablemente, cuando más tiempo se los esté ingiriendo, tanto más aumentarán las complicaciones vasculares.

RECOMENDACIONES PARA EL USO DE OVULOSTATICOS

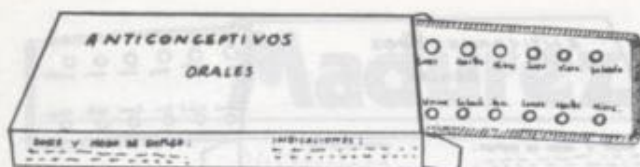
Basándose en los hallazgos previamente expuestos, se pueden formular ciertas sugerencias sobre cómo evitar los efectos secundarios de los ovulostáticos.

El componente más nocivo de estos preparados de cara a las lesiones vasculares probablemente sea el estrógeno. De ahí que se aconseje administrar contraceptivos perorales que carezcan de estrógeno o lo contengan en proporción mínima.

El segundo factor patogenético en la hipertensión por ovulostáticos es la retención de sodio y agua. Consecuentemente, los anticonceptivos que se prescriban deberán contener tan sólo progestágenos que retengan poco o nada el sodio.

Los anovulatorios deberán incluirse en la lista de los factores de riesgo cardiopático o vasculopático ya conocidos.

De este tercer punto se derivan ciertas consecuencias para el médico que receta anticonceptivos. Se puede ofrecer una serie de pautas sobre el empleo de anticonceptivos perorales, cosa que haremos



más adelante. Resulta obvio, sin embargo que no habrá que entenderlas como infalibles en cada caso. Sólo pretendemos poner de relieve que no atenerse a estas directrices cuando se administran hormonas implica aumentar el riesgo. En todo momento se cuidará de evitar otros peligros, realizando exámenes a fin de detectar complicaciones incipientes...

No se puede demostrar que los anovulatorios supongan un peligro para las mujeres menores de 30 años, a no ser que la hipertensión exista y o se desarrolle por obra de los ovulostáticos. Ello representa

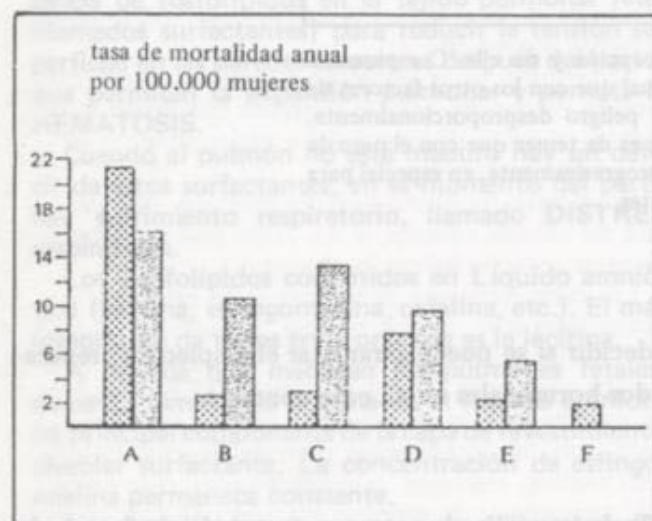


Figura 5. Mortalidad femenina con contracepción peroral y sin ella. La diferencia más neta se observa en el ámbito de las causas de muerte de índole cardiovascular.

- A=carcinomas
 B=infarto de miocardio e hipertensión
 C=enfermedades cerebrovasculares
 D=accidentes
 E=suicidios
 F=complicaciones en embarazo, parto y puerperio

▨ mujeres que nunca habían tomado ovulostáticos

■ mujeres que habían tomado ovulostáticos

una acumulación de factores de riesgo muy desfavorable; en determinadas circunstancias acaso desemboque en una afección progresiva de los vasos renales. La hipertensión significa que los anticonceptivos perorales están contraindicados. De darse una hipertensión por ovulostáticos, inmediatamente se suspenderá la administración de tales hormonas. Tratándose de mujeres entre los 30 y 35 años de edad, habrá que cerciorarse de la ausencia de factores que, sumándose a los anticonceptivos, pudiesen menoscabar el sistema vascular. Ya se ha mencionado la hipertensión. Mas existen otros factores de riesgo, cual la diabetes mellitus, que no se pueden eliminar y que exigen precaución al prescri-

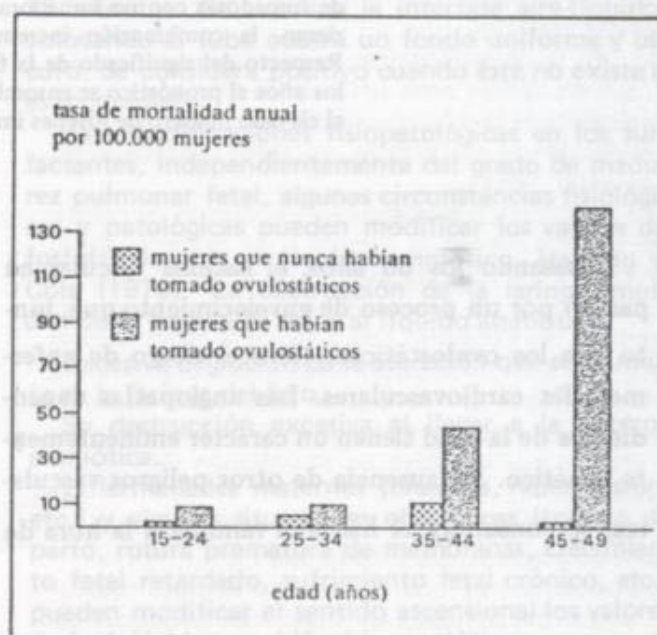


Figura 6. Mortalidad femenina con contracepción peroral y sin ella, dependiendo de la edad. Claro incremento en el cuarto decenio de vida y más todavía en el quinto.

bir ovulostáticos a este grupo de edad. El concurso de cigarrillos habrá que suspenderlo. La ingestión de los preparados hormonales mencionados nunca deberán durar más de cinco años en total.

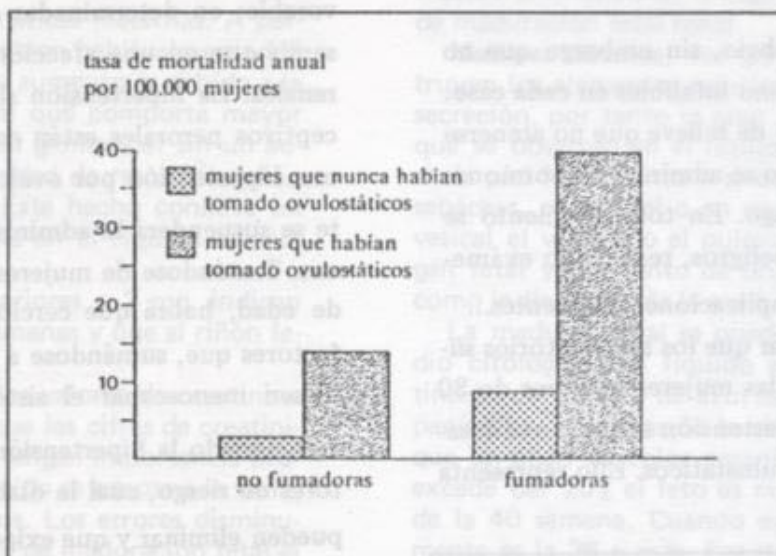
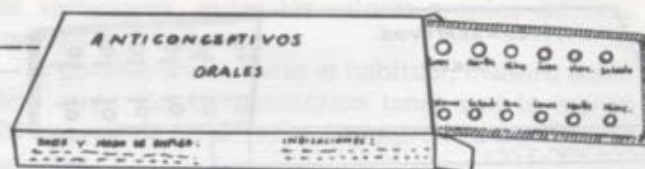


Figura 7. Mortalidad femenina con tracepción y sin ella. Comparación de fumadoras con no fumadoras. Al igual que con los otros factores de riesgo, la combinación incrementa el peligro desproporcionalmente. Respecto del significado de la figura 6, es de temer que con el paso de los años el pronóstico se ensombrezca progresivamente, en especial para el elevado número de jóvenes impenitentes.

Rebasando los 35 años, el sistema vascular ha pasado por un proceso de envejecimiento que, junto con los ovulostáticos, eleva el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Las angiopatías dependientes de la edad tienen un carácter eminentemente genético. En ausencia de otros peligros vasculares, se consultará el historial familiar a la hora de

decidir si se puede garantizar el empleo de preparados hormonales en un caso concreto.

Trabajo realizado por un grupo de matronas de Baleares, miembros de la Asociación Nacional de Matronas.



CRUCIGRAMA

HORIZONTALES

1. Uno de los cuatro evangelistas. Preposición. Olfateabas. 2. Matrícula de Avila. Entristece. Puesta de un astro. 3. Jugador que frecuenta garitos. Ser. Campeón o carta de baraja. 4. Símbolo del oxígeno. Acometido. De mí posesión, en femenino. 5. Abundancia de una cosa. Gran cordillera americana. 6. Juego infantil. Libre de toda carga. Ciento. 7. Silbato. Epoca. Chato, sin punta. 8. Llamara a los espíritus. Lugar poblado de pinos. 9. Divinidad egipcia. Famoso ex-jugador del Real Madrid C.F. Símbolo del sodio. 10. Formase eras. Nota musical. Licor alcohólico. 11. Cierta forma de vendaje. Tela muy gruesa. Germanos. 12. Anillo metálico. Agorase. Símbolo de fósforo. 13. Tocasen un instrumento musical. Venerado en los altares.

VERTICALES

1. En León, becerro. Operas musicales cortas. 2. Fruto de la vid. Prohibir o vedar. Letra griega. 3. Símbolo del área. Aliento que sale por la boca de un animal. Ala de ave desplumada. 4. Marinero. Puesta de un astro. Primera vocal. 5. Capital de Checoslovaquia. Distráidos. 6. Conceda. La que vende cal. Quiera. 7. Arbol cuya madera es muy apreciada. Ciudad de Argelia. Preposición inseparable. 8. Pasajera, frecuentada. Palabra escocesa que significa familia. 9. Abreviatura de punto cardinal. Nombre familiar de varón. Manadas de cerdos. 10. Alabe. Rubén..., famoso escritor nicaragüense. Canción canaria. 11. Acudir. Fruta ovoidal. Desmenuzan con los dientes. 12. Amarráis. Extremidades del cuerpo. Matrícula de Tarragona. 13. Desalabrada. Libro que contiene la ley de los mahometanos. Río de Italia.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													

(Contiene 27 cuadros negros)

SOLUCION

VERTICALES
1. Jato. Operetas. 2. Uva. Privar. Ro. 3. A. Hallito. Alón. 4. Nauta. Ocaso. A. 5. Praga. Aménos. 6. De. Calera. Arne. 7. Enca. Oran. In. 8. Andada. Cian. 9. O. Tonl. Piaras. 10. Loc. Dario. Isa. 11. Ir. Melón. Roen. 12. Atais. Manos. T. 13. Sosa. Corán. Po.
HORIZONTALES
1. Juan. De. Ollas. 2. Av. Apena. Otto. 3. Tahur. Ente. As. 4. O. Atacando. Mia. 5. Plaga. Andes. 6. Or. Alodial. C. 7. Pto. Era. Romo. 8. Evocara. Pinat. 9. Ra. Amancio. Na. 10. Erase. La. Ron. 11. T. Lona. Arlos. 12. Aro. Ominase. P. 13. Sonasen. Santo.

SOPA DE LETRAS

Localice doce mamíferos.

R	X	S	P	M	H	A	R	B	A	C	D
V	R	M	W	Z	J	G	D	J	E	L	F
P	U	T	O	R	O	J	E	L	J	P	V
V	Q	N	I	N	J	V	X	T	E	D	C
P	S	V	P	O	O	L	K	H	L	O	T
N	O	R	R	E	P	V	Z	U	S	L	N
K	J	G	L	E	D	A	D	H	Q	L	K
P	E	L	M	R	N	T	Z	O	T	A	G
G	N	U	Y	T	E	O	T	O	H	B	A
P	O	T	S	I	P	N	S	H	E	A	M
T	C	I	E	R	V	O	H	N	T	C	D
Z	V	T	S	Q	K	H	E	L	D	B	M



En este año que acaba de terminar, dos figuras españolas, mundialmente famosas en el mundo del Arte, han desaparecido: Luis Buñuel y Joan Miró. El 24 de Diciembre, con la misma serenidad con que discurrió toda su vida, murió en Mallorca el pintor español que, junto a Dalí y Picasso, formaba el trío más internacional de nuestros pintores modernos. Había nacido en Barcelona en 1893.

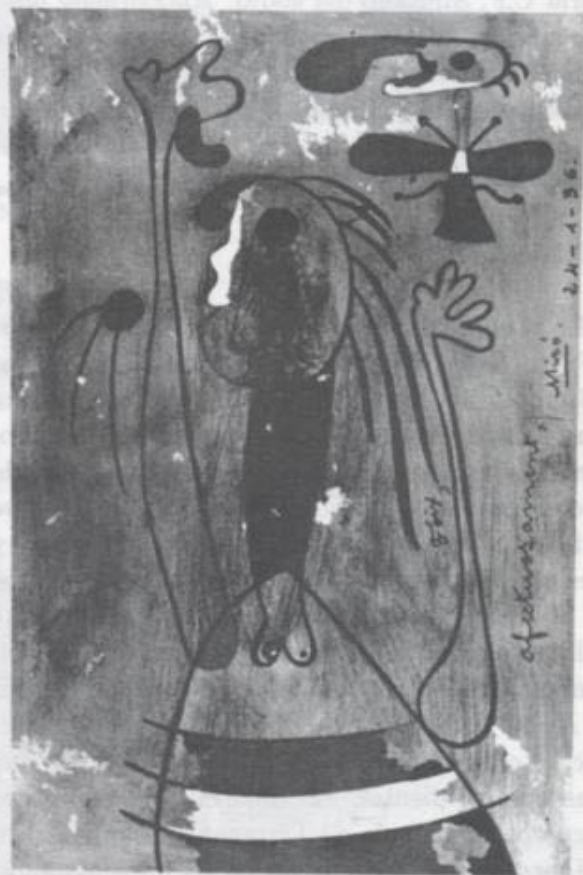
Su obra, inicialmente recibió numerosas influencias de algunos de los movimientos estéticos que aparecieron en el período de entreguerras (impresionismo, expresionismo, cubismo, futurismo) pero pronto su lenguaje se fué haciendo cada vez más personal y único, uno de los más originales del arte moderno.

Miró, desde un principio, y, especialmente, desde su famoso cuadro "La masía" (1921-1922) ya dió muestras de un notable sentido del color. Posteriormente, fué transformando las figuras y los elementos de sus paisajes en signos: signos que sirvieron a su fantasía e ingenio para desarrollar todo un universo pictórico tan personal como intransferible.

Su poética personal, profundamente intuitiva, le acercó al superrealismo, movimiento artístico e intelectual que rechaza la actividad premeditada del espíritu y que, por tanto, repudia la realidad, las construcciones lógicas y los cánones estéticos, pero en su obra, como él mismo admitió alguna vez, hay sobre todo una preocupación plástica.

Su estilo, fuerte y vigoroso, sensible y poético, evolucionó a lo largo del tiempo, pero siempre dentro de un mismo estilo. La ironía, el gusto por el juego, la alegría de las formas y los colores están relacionados, sin duda, con su origen mediterráneo. Su gusto por la libertad quedó expresado en una creatividad que, como la suya, rompió esquemas y tuvo la fuerza de lo espontáneo.

En el conjunto de su obra, tomando a ésta como expresión de su propia personalidad, pueden encontrar las nuevas generaciones de artistas, como dice el pintor Rafols Casamada, una triple lección: una lección de constancia, de trabajo incansable; una lección de modestia, de paciencia, de humildad frente al misterio de la creación y, finalmente, una lección de verdad de la verdad que cada uno lleva dentro y que ha de hacer aflorar mediante la reflexión, el estu-



dio de sí mismo y del mundo que le rodea. Aunque, con su sencillez habitual, el propio Miró, ese "hombre de enormes silencios", como le definió el escritor Juan Bonet, sólo deseaba que su obra llegara a ser "como un poema puesto en música por un pintor".

I. Casillas

«Las bicicletas son para el verano»

Director: Jaime Chávarri. Guión: Salvador Maldonado, según la obra teatral de Fernando Fernán-Gómez. Fotografía: Miguel A. Trujillo. Música: Francisco Guerrero. Interpretes: Agustín González, Victoria Abril, Amparo Soler Leal, Marisa Paredes, Carlos Tristano, Alicia Hermida, Patricia Adriani, Gabino Diego. Española, 1983. Comedia dramática.



Estamos asistiendo, desde hace unos años, a una profusión de realizaciones cinematográficas, unas veces para ser exhibidas en salas comerciales y otras a través de televisión, sobre el acontecimiento más importante de nuestra historia en este siglo: la guerra civil española. Así, resulta bastante lógico que al cine no le pasara inadvertida la obra de Fernando Fernán Gómez sobre este tema, «Las bicicletas son para el verano», con la que consiguió un éxito resonante en el teatro y el Premio Lope de Vega en 1978.

El tema se centra en la vida cotidiana de una familia madrileña de clase media, durante el período comprendido entre Julio del 36 y Abril del 39, es decir, desde el estallido de la guerra hasta la victoria de uno de los bandos. De la mano de esta familia y a través de su angustia, de su miedo, de su impotencia para controlar una situación que no terminan de comprender pero que deben de soportar, el espectador asiste de lleno a unos momentos de nuestra historia que, por su edad, no los llegaron a vivir, resultan, aún hoy, profundamente trágicos.

La narración, contada en clave de comedia costumbrista, discurre en un contínuo vaivén de tristeza y humor, alternándose las situaciones dramáticas con las cotidianas pero sin abusar de ninguna de ellas, ni siquiera de la más lograda. Este es uno de los muchos aciertos de esta película, propiciado, sin duda, por la calidad literaria del texto.

Pero, sin duda, el mayor logro de esta obra radica en el tratamiento, absolutamente objetivo y respetuoso, para con los episodios que se narran y los personajes que los protagonizan. No pasa desapercibido, en todo momento, la búsqueda premeditada de un equilibrio en la valoración política de una situación que, a la postre, más que vencedores y vencidos tuvo, sobre todo, víctimas, víctimas calladas, anónimas, tristes víctimas de una guerra fratricida. Las vivencias de estos personajes son las que ocupan, en la obra, el lugar de las ideologías.

Esta película, que no narra un hecho bélico sino sus trágicas consecuencias, donde no hay buenos y malos sino hombres que no quieren entenderse, es un buen ejemplo de lo que sí debe hacerse si alguien hurga en la historia, con fines positivos, terapéuticos, exactamente lo contrario de lo que hacen muchos realizadores actuales, sobre todo algunos de televisión española, dedicados casi en exclusividad, durante los últimos meses, a contarnos y recontarnos su particular, y a menudo tendenciosa, visión de unos hechos que no pueden, que no deben volver a repetirse.

Por esto no se entiende que, en la actualidad, personas de este país que se autodominan de izquierdas y pacifistas, critiquen al director de «Las bicicletas son para el verano», Jaime Chávarri, precisamente su falta de compromiso hacia los hechos que narra, como si la falta de partidismo y de sectarismo fueran un defecto en lugar de una virtud.

La ambientación de la película y la fotografía son excelentes, incluso las canciones que, a veces, acompañan algunas escenas están perfectamente elegidas. La película ha conservado lo mejor de su origen teatral aportando, por otra parte, los recursos de que dispone el cine.

En cuanto a la interpretación, es difícil destacar a alguno de los actores, pues todos en general están magníficos, aunque sería injusto no mencionar la labor de Agustín González —que ya interpretara con igual acierto su personaje en el teatro— y de Amparo Soler Leal; ambos impregnan de tal hondura, de tal humanidad a sus personajes, que logran, sin dificultades, una fácil e inmediata comunicación entre ellos y el público. Un público que, pocas veces, tiene ocasión de gozar de una película española de tal categoría.

I. Casillas

La psique de la embarazada desde el momento de su concepción, al parto

Todos conocemos la importancia de que una embarazada a término, en la fase final de la dilatación y durante el período de expulsivo llegue a la sala de partos psíquicamente equilibrada o emocionalmente tranquila.

Cumplir con este cometido creo sinceramente que no sólo es tarea de la matrona, sino también de un buen número de personas que desde tiempo antes a dicha fase se ven estrechamente vinculadas al mismo.

El episodio de expulsivo es un proceso psíquico para la gestante, de larga duración, pues no sólo se reduce a un tiempo límite de 10, 15, 30 minutos ó incluso una hora que puede durar el mismo, siendo que para ella se inicia tal proceso, haciendo mella en su subconsciente, cuando conoce su estado de gestación con el resultado de la consiguiente prueba de test.

Y es que desde este instante que su mente empieza a almacenar una serie de ideas todas ellas relacionadas al parto logrando determinarle una condición negativa ó una conducta incontrolada a la hora de la expulsión del feto.

Esta conducta es bien conocida por todos los profesionales que trabajamos en este sector médico, además de los efectos nocivos que puede ocasionar motivando a veces la abolición de la conciencia de la gestante, fijándose en su mente, primordialmente la idea obsesiva del miedo al parto, lo que marcará en su ánimo una situación deformante para la realización de tal fin.

Todo ello, puede variar de grado según la influencia particular y la naturaleza que acompaña al fenómeno psíquico.

La mente de la embarazada es esencialmente lábil y abierta a toda clase de sugerencias, incluyendo las más nefastas, tales como consejos familiares erróneos que pueden distorsionar su estado de ideas aún poco formadas de su realidad concreta.

Al mismo tiempo, se convierte muchas veces en el centro de las miradas y en el chivo expiatorio en quien se ensañan determinadas mentes maquiavélicas lanzando improperios que hacen mención con malos partos habidos o no, difamando además la labor correcta de algún profesional competente.

Para terminar de agravarlo, no falta más que el cuidado médico-profiláctico no se haya podido aplicar en la medida adecuada por una irregular asistencia de la gestante a la consulta, demostrando su total falta de interés en el desarrollo de su estado.

Lo anteriormente mencionado, dicho sea de paso, va mermando las posibilidades de conseguir un parto consciente o controlado, del cual la madre en su significativo instante sea capaz de elaborar sentimientos de emoción profunda.

Por otra parte, se polarizará hacia el lado adverso por lo que saldrá su carga emocional a flote, creándole una situación de estrés.

Esta situación anómala la envargará en un sentimiento de contrariedad debido a la idea fija del miedo al dolor en el parto, o bien por la incógnita de cómo pueda ser su hijo, normal o no, pregunta que todas las madres en mayor o menor escala se han formulado alguna vez.

Diría pues modestamente, la embarazada vive su día del parto desde mucho antes que éste llegue, lo que en cantidad de veces la atemoriza, tensando su organismo y haciéndose protagonista de nueve largos meses de espera inquieta.

¿Cómo podemos subsanar semejante situación?

Quizás, con la responsable colaboración de todos y cada uno de los que trabajamos en este sector médico-humanitario, desde el profesional de mayor al de menor grado.

Cada palabra, gesto o conducta aplicada debe ser tenida en cuenta al referirla a la embarazada o parturienta con la consiguiente observación psicológica.

ca y en razón a su circunstancia privada.

Una mujer psicológicamente afectada no podrá parir normalmente, sin embargo, al conocer su historia personal de forma completa con la cooperación, si ello es posible, de la Asistente Social y el Psicólogo, cabe la probabilidad que nuestra atención sea la adecuada para contribuir a una concienciación más auténtica de su bella misión.

Lograr ésto, que no parece en modo alguno fácil, sería factible si la divulgación informativa se intensificara cumpliendo el cometido de sensibilizar a las gestantes de la zona, dirigiéndolas a tal efecto al equipo especialista.

Además, se requeriría por nuestra parte un esfuerzo constante así como la unificación de criterios a la hora de trabajar en conjunto con la participación solidaria de todos los que nos dedicamos a esta labor, cualquiera que sea el estamento a que cada uno pertenezca.

Pensemos en lo importante que es para una madre la llegada de su hijo al mundo, a ella no le inte-

resan las problemáticas que puedan derivarse de una mala organización en el servicio sanitario o algunas opiniones contrarias o disputas de las cuales pueda ser testigo presencial.

La partera no es un número con el que se pueda jugar a la suerte o un simple objeto de trabajo, es un ser humano con un definido objetivo, el de dar a luz a una vida siendo para ella mucho más importante que algunas situaciones contrarias a su interés y que en ocasiones pueden presentarse determinando un clima de tensión en la sala de partos con la viva expresión de: gritos, ruidos, prisas, lo que será captado por la susceptible parturienta siempre alerta manteniéndola en una actitud de angustia.

Todos nosotros podemos aportar nuestro granito de arena para que el expulsivo de la mujer sea vivido con identidad total.

Un abrazo para todos.

Ma Rosa Gaspá.
Matrona. Soria.





El día 18 de Enero en Madrid, las Matronas de la Ciudad Sanitaria "LA PAZ" celebraron con una cena la despedida-jubilación de una de sus más queridas colegas: M^a Asunción Rodríguez Martínez.

Después de tantos años de intachable servicio y de bienhacer en su ejercicio, es justo que tenga merecido descanso.

Querida M^a Asun ¡gracias! por haber sido compañera nuestra.

¡Hasta siempre!



¡VEN! TE ESPERAMOS EN AUSTRALIA, MI BEBE Y YO CON CIENTOS DE COLEGAS TUYAS DE TODO EL MUNDO.

CONFEDERACION INTERNACIONAL
DE MATRONAS

Del 2 al 7 de Septiembre de 1984.

EN EL PROXIMO NUMERO DE MATRONAS
DOY AMPLIA INFORMACION

LA ASOCIACION INFORMA

QUERIDA AFILIADA, TE RECORDAMOS QUE SI NO LO HAS HECHO TODAVIA, DEBES ENVIARNOS 2 FOTOGRAFIAS TAMAÑO CARNET, PARA COMPLETAR TU DOCUMENTACION.

TRABAJO

OS RECORDAMOS QUE LA ASOCIACION NACIONAL DE MATRONAS DISPONE DE INFORMACION SOBRE LAS VACANTES DE APD EN MADRID-PROVINCIA.

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

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| - CENICIENTOS | - LOS MOLINOS |
| - CIENPOZUELOS | - MORATA DE TAJUNA |
| - COLMENAR DE OREJA | - SAN LORENZO DEL ESCORIAL |
| - CHINCHON | - SAN MARTIN DE VALDEIGLESIAS |
| - EL ESCORIAL | - TIELMES |
| - GALAPAGAR | - TORREJON DE VELASCO |
| - GRIÑON | - TORRELAGUNA |
| - GUADALIX DE LA SIERRA | - TORRES DE LA ALAMEDA |
| - GUADARRAMA | - VALDEMORILLO |
| - LOECHES | - VALDEMORO |
| - LOZOYUELA | - VELILLA 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.

ANUNCIOS GRATUITOS

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

SE VENDE PISO EN
BARRIO DEL PILAR
"MUY REFORMADO"
Aire acondicionado
Calefacción
Cocina totalmente equipada
puerta blindada
2.500 ptas. Comunidad
Teléfs. 472 82 99 - 473 86 57

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