



matronas hoy

REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

Marzo-Abril – N.º 8



DIRECCION
M^a Angeles R. Rozalén

REDACTOR JEFE
Isabel Casillas

**AYUDANTE
DE REDACCION**
M^a Jesús Roldán

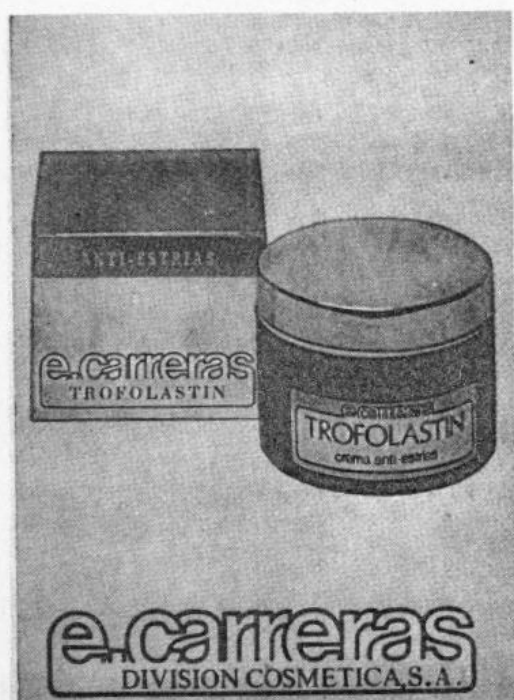
**ADMINISTRACION
PUBLICIDAD
Y**

**SUSCRIPCIONES
JUNTA EJECUTIVA**
Asociación Nacional de
Matronas
Velázquez, 26
MADRID-1
Teléf. 435 63 80

Depósito Legal:
M-19000 1983

SUMARIO

	Págs.
Editorial	3
La hepatitis como enfermedad profesional	4, 5, 6
Complicaciones médicas de la gestación: hipertensión, diabetes e infecciones urinarias	7, 8, 9, 10
Anestesia peridural. Introducción. Descripción anatómica técnica anestésica. Complicaciones. Consideraciones obstétricas	11, 12, 13, 14
Enfoque social de la morbilidad y mortalidad perinatal	15, 16, 17
I Symposium nacional sobre avances en la asistencia obstétrica .	18, 19
Importancia del binomio afectivo, madre-hijo	20
Influencia del embarazo en la conducta sexual de la mujer	22, 23, 24
Oferta especial del manual de la enfermería práctica	25
"Carmen" la crítica ha dicho... ..	26
Cine	27
Sugerencias para las noches... largas	28
Pasatiempos	29
Hemos leído... ..	30 y 31
I.C.M. 20 Congreso Internacional	32 y 33
Sydney	34
La Asociación informa	35



TROFOLASTIN

Composición:

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

EDITORIAL

El último tren

Dejar pasar en la vida algún que otro tren no tiene demasiada importancia, máxime si tenemos la certeza de que, tarde o temprano, llegará hasta nosotros otro; pero dejar pasar el último es algo muy distinto: es mucho más grave. Y para nuestra profesión parece ser que, efectivamente, ese último tren, esa última oportunidad, va a llegar de un momento a otro.

En la reforma sanitaria que se está haciendo, los expertos en la materia han llegado a la conclusión de que la figura de la matrona es poco rentable en los Equipos Tocológicos ya que, por menos dinero, la labor que ellas realizan actualmente puede ser asumida por un auxiliar de clínica. Afortunadamente, la tentación de eliminar a la matrona de este campo ha sido finalmente anulada gracias a la lucha que, por sus derechos profesionales, siguen manteniendo algunas representantes de este gran colectivo. (Lo contrario hubiera sido no sólo una grave equivocación por parte de la Administración sino, incluso, un hecho de juzgado de guardia). Pero, naturalmente, el Ministerio va a imponer sus condiciones —sus duras condiciones— para que la matrona pueda continuar en los Equipos Tocológicos.

Podría ser que la oferta del Ministerio fuera la siguiente: la matrona, además de pasar consultar (prácticamente lo único que hacía hasta ahora), tendrá que desarrollar las funciones que requiere una educación sexual, una planificación familiar, una educación maternal, una medicina preventiva, las funciones que, en definitiva, requieren un Centro de Salud Primaria. Y, ello, sin contrapartidas gratificantes, es decir, sin que posiblemente aumenten sus ingresos y sí, en cambio, su horario laboral, al requerir todas estas funciones, como es lógico, una mayor dedicación profesional. (Eso sí, el número de horas siempre en el marco de lo legislado desde el año 1973).

En 1953, en lugar de crear la proyectada "Carrera Universitaria para Matronas", la Administración se inclinó, sin embargo, por la "Especialidad" profesional: fue una equivocación de la que en absoluto fuimos responsables ya que la decisión no fue nuestra. Ahora, en cambio, rechazar las nuevas condiciones de trabajo que las Matronas de Equipo han de recibir sí sería de nuestra entera responsabilidad. En este momento, las Matronas de Equipo deben demostrar que, ante todo, son imprescindibles, que no son reemplazables por ningún otro profesional y que, una vez más, y como a cualquier otra matrona, no les asusta el trabajo.

La hepatitis como enfermedad profesional

por Marianne Hirschberger

del Instituto bávaro de Medicina de Trabajo (Dirección: Dr. med. M. Acker) Resumen de una conferencia pronunciada en 18.3.1976 en la Academia bávara de Medicina del Trabajo y Medicina Social

Resumen: El reconocimiento de la hepatitis como enfermedad profesional depende de diversas condiciones. En los casos en que el diagnóstico sea seguro, si se considera que el peligro de infección sobrepasa al término

medio, puede suponerse la existencia de una enfermedad profesional. Tal peligro se considera real cuando se trata de una actividad profesional relacionada con la Sanidad, pero la comprobación del origen de la infec-

ción es a menudo difícil. Fuera de este grupo de enfermedades peligrosas sólo es posible admitir, en casos excepcionales, la hepatitis como enfermedad profesional.

El Profesor Martini (Marburg) escribió, en 1974: «Actualmente somos testigos de un excitante desarrollo en la investigación de la hepatitis, parecida a las circunstancias que experimentamos en la investigación de la poliomielitis desde los años 1948 hasta 1954 (inmediatamente antes del descubri-

miento de la vacuna). La epidemiología, la investigación básica y la virología, la clínica y la inmunoserología toman parte, asimismo, en este desarrollo». De todo lo antedicho se puede deducir que cuando se quiere enjuiciar el problema de la hepatitis suelen producirse numerosas dificultades.

J. D. Almeida y A. P. Waterson han definido la hepatitis del modo siguiente: «La expresión hepatitis vírica se emplea para describir una inflamación aguda del hígado que se supone originada por un virus».

Clínica

El período prodrómico dura 1-3 semanas o más. En el 85 % de los casos de hepatitis manifiesta se presentan, durante este período, signos poco característicos, como cansancio, temperatura, mialgias, artralgias, urticaria y otros síntomas cutáneos, dolores en la parte superior del abdomen, tinte

oscuro de la orina, deposiciones acólicas, hepatosplenomegalia. No existen diferencias seguras en los síntomas prodrómicos entre las diversas formas de hepatitis; en la forma B, estos síntomas suelen ser algo más graves.

Desde hace mucho tiempo se dis-

tinguen dos formas de hepatitis, A y B. Ambas enfermedades pueden presentarse acompañadas de ictericia o sin ella.

Además existen portadores de virus sin síntomas clínicos (la denominada forma inaparente) (tabla I).

Epidemiología

La hepatitis A presenta su máxima frecuencia en otoño/invierno y en ciclos de 6-7 años; la hepatitis B está uniformemente repartida durante todo el año, las epidemias no dependen de la estación.

C. P. Sodomann y G. A. Martini consideran como factor esencial del aumento de frecuencia de la hepatitis

B la dependencia de drogas de muchos pacientes, precisamente jóvenes, que se inyectan las drogas sin esterilizar el material empleado. Sin embargo, la hepatitis puede extenderse también por contacto no parenteral. Existe, además, el peligro de extensión de la enfermedad por la hemodiálisis.

La frecuencia de la antigenemia en la hepatitis B es muy distinta en los diferentes países y corre paralela con el nivel higiénico del país. También depende de determinados factores hereditarios y de trastornos adquiridos de la situación inmunológica de defensa.

Vías de infección

Para ambas formas de hepatitis, las principales vías de infección son:

- la infección por contagio fecal u oral y
- el contagio parenteral, que para

la hepatitis A se produce con preferencia por el mecanismo a, para la hepatitis B por el mecanismo b.

Repetidas veces se ha admitido la

posibilidad de un contagio catarral de la hepatitis por medio de gotitas, y se han realizado investigaciones, pero sus resultados nunca han sido definitivos.

La vía de contagio fecal-oral es importante cuando se trata de contactos estrechos; el contagio tiene lugar por productos de excreción, ropa, baño, contacto sexual o por la saliva, por ejemplo en el dentista.

El contagio parenteral se produce en las transfusiones, punciones y mecanismos análogos, por inyección de medicamentos y drogas; en ocasiones con ciertos ritos y en la práctica del tatuaje.

Todavía no se ha demostrado con seguridad el contagio a través de la placenta, pero es frecuente una infección de las vías genitales durante el parto.

En la hepatitis A existen importantes posibilidades de contagio: agua y alimentos; en casos aislados se han dado a conocer los monos como focos intermedios.

La hepatitis B quizá puede contagiarse también por artrópodos en las regiones tropicales y subtropicales. Como fuentes de infección hay que considerar sobre todo los portadores humanos del antígeno de la hepatitis B, y no sólo enfermos manifiestos sino los que han sufrido anteriormente infecciones anictéricas o abortivas, así como los portadores de virus sanos (en Alemania, el 0,1 - 0,5 % de la población normal es portadora de antígeno).

Mientras el virus no pueda representarse exactamente (lo que no se ha logrado, por desgracia, hasta hoy), no se puede determinar con exactitud la duración de la infecciosidad.

Tabla 1: Diferencias entre las hepatitis A y B según Deinhardt y Sodomann, Martini

Hepatitis vírica	A	B
Sinónimos	<i>Hepatitis epidémica</i>	<i>Hepatitis sérica o por inoculación</i>
Aparición	<i>Epidémica</i>	<i>Casos aislados, después transfusiones de sangre, inyecciones de productos sanguíneos, uso de instrumentos no esterilizados suficientemente, estrecho contacto corporal con portadores de virus</i>
Contagio:		
<i>parenteral</i>	+	+
<i>oral</i>	+	+
Período de incubación:		
<i>(días)</i>		
<i>Promedio</i>	20-30 (14-50)	50-90 (30-240)
	(= mín. / máx.)	
<i>Antígeno Australia</i>	Negativo	Positivo
<i>Contagio a monos</i>	Monos con garras y chimpancés	Chimpancés
<i>Estación del año</i>	Otoño / Invierno	Todo el año
<i>Edad</i>	Niños y jóvenes	Todas las edades
<i>Gamma-globulina (profilaxis)</i>	buena	mala

En general, para evitar las infecciones por contacto se considera que es suficiente un aislamiento de 4 semanas de los enfermos agudos. La infecciosidad presenta igual intensi-

dad en la hepatitis icterica que en la anictérica, pero el riesgo de infección aumenta con frecuencia de los contactos y el número de personas contactadas.

Reconocimiento de la hepatitis como enfermedad profesional

El diagnóstico debe hacerse constar siempre al principio del informe.

1. *Determinación de las actividades enzimáticas* en el suero. Las pruebas consideradas como óptimas tienen un valor normativo distinto de los métodos convencionales. Es característica de una lesión difusa de la célula parenquimatosa en la hepatitis aguda la elevación de las dos transaminasas SGPT y SGOT, aunque la actividad de SGPT suele ser más intensa que la SGOT. Según Kreutz (Marburgo), puede considerarse como probable una

hepatitis aguda cuando los aumentos de la actividad enzimática oscilan entre 150-500 mU/ml; en las actividades por encima de 500 mU/ml, puede considerarse la hepatitis como segura. La gamma-GT es una reacción demasiado sensible y sólo desempeña cierto papel en la observación del curso de la hepatitis y no vale para establecer el diagnóstico.

La determinación de las inmunoglobulinas no puede sustituir a la de las transaminasas, ya que son demasiado inespecíficas.

2. La *punción hepática ciega* no presenta riesgos, y en la actualidad se realiza con tanta frecuencia que siempre se solicita en los casos poco claros, exceptuándose en aquellos en que existen algunas contraindicaciones, en las cuales no podemos entrar aquí con detalle. En los casos de hepatitis de curso prolongado, es igualmente necesaria la punción.
3. Sería posible el establecimiento más exacto del diagnóstico por medio de la *laparoscopia*, pero sólo en ocasiones es indis-

pensable para el diagnóstico de la hepatitis.

4. La comprobación del antígeno Australia (sinónimos Au-Ag, HAA-Ag, HB-Ag) permite establecer actualmente el diagnóstico diferencial entre las hepatitis A y B. Se trata del componente exterior (cubierta) de la llamada partícula Dane, que probablemente representa el virus B completo de la hepatitis. Aparece en el suero en el período prodrómico de la hepatitis B aguda, antes de la elevación de las transaminasas y unas 3 semanas antes de la aparición de la ictericia. La persistencia del antígeno HB durante más de 3-4 meses hace sospechar la existencia de una hepatitis crónica, es decir, de una
 - a) hepatitis crónica-persistente,
 - b) hepatitis crónica agresiva o
 - c) hepatitis crónica necrotizante (muy rara).

¿Qué puede considerarse como enfermedad profesional? Según el párrafo 1 del artículo 7 de la Seguridad Social, son enfermedades profesionales exclusivamente aquellas que se designan como tales en el decreto de enfermedades profesionales. Según el párrafo 551 del nuevo Reglamento de Accidentes, el Gobierno Federal está autorizado a considerar como enfermedades profesionales, según los conocimientos de la Ciencia Médica, las originadas por acciones especiales a que están expuestas por su trabajo grupos de personas en mucho mayor grado que el resto de la población, es decir, que no es enfermedad profesional cualquier enfermedad que sobreviene (como cree la gente) en el marco de la actividad profesional, ni tampoco es enfermedad profesional la que designa el Seguro de Enfermedad como adquirida durante la actividad profesional. La enfermedad debe adquirirse a causa de la actividad profesional, es decir, por la singularidad y las características de dicha ocupación.

Según el párrafo 37 del artículo 7 de las Cajas de Enfermedad, pueden reconocerse como enfermedades profesionales las enfermedades infecciosas (entre ellas también la hepati-

tis) según el contenido del decreto «... si el asegurado trabajaba en Servicios Sanitarios, en la Beneficiencia o en un laboratorio, o cuando por cualquier otra actividad estuviera especialmente expuesto al peligro de infección».

Este es el caso, según las normas del Ministerio Federal de Trabajo alemán, principalmente en las actividades profesionales realizadas en clínicas, establecimientos de curación y tratamiento, hospitales ticológicos u otras Instituciones que acogen personas para cura y tratamiento, así como en las Instituciones de Beneficiencia pública y privada, tanto en los Servicios Sanitarios como en laboratorios. En casos aislados puede referirse a personas que trabajan en zonas clínicas especialmente peligrosas de hospitales por el peligro de infección y que no pertenecen al servicio sanitario, por ejemplo el personal de oficina. Lo mismo puede decirse de ciertos trabajos realizados para la evacuación de aguas residuales o de servicio del transporte de cadáveres.

En principio, nadie duda de que el personal médico está generalmente más expuesto a un elevado riesgo de infección que el promedio de la población. Es difícil comprobar, naturalmente, el grado de dicho riesgo, así como los datos numéricos sobre el particular. En los últimos tiempos se ha abogado en favor de la idea de que el riesgo de infección para la hepatitis del personal médico es 4 ó 5 veces mayor que el término medio de la población, mientras que las cifras anteriores indicaban un porcentaje mucho más elevado.

En el anexo II de la hoja informativa para reconocimientos médicos se dice, en su párrafo 37:

«En caso de no poderse comprobar el origen de la infección, para juzgar la relación entre los orígenes de la enfermedad, es importante saber si el enfermo ha estado expuesto por su ocupación y en grado extraordinario al peligro de infección».

Aquí radica la dificultad. ¿Cuándo está alguien expuesto en grado extraordinario al peligro de infección?

Esto afecta, según las hojas informativas, en especial a los médicos y personal sanitario que trabajan en las secciones de enfermedades infec-

ciosas, enfermedades internas o enfermedades de los niños, así como a los médicos y personal de los laboratorios médicos. En cada caso hay que esforzarse en comprobar el origen de la infección, lo que a menudo es imposible.

Un detallado trabajo científico de la Clínica Universitaria de Heidelberg, del año 1974, confirmó la mayor frecuencia de anticuerpos de Australia en el personal de clínica que, aunque trabajaba en diferentes zonas funcionales de la clínica, dicha frecuencia de anticuerpos es significativamente distinta. Así pues, puede considerarse probado el elevado riesgo de infección para el virus de la hepatitis B de estos grupos de personas. Algo parecido comprobaron, en el año 1973, Lewis y cols. La mayor frecuencia de anticuerpos se encontró en la sección de diálisis de la Clínica de Heidelberg. Este círculo de personas enferma con especial frecuencia en todo el mundo de la hepatitis B.

Frente al personal de clínica, los médicos con ejercicio libre enferman relativamente raras veces de hepatitis B y pueden indicar más fácilmente las personas con que han tenido contacto. En cambio, el personal de laboratorio (también en la práctica) se ve afectado a menudo por la enfermedad. En cuanto a las enfermedades del personal médico, es más importante, según W. Lang, el número de contacto (número de pacientes o intimidad del contacto en los reconocimientos y tratamiento) que la composición del material de enfermos.

Especialmente difícil es contestar al problema de la etiología profesional de una hepatitis, si la infección ha tenido lugar con ocasión de una estancia profesional en el extranjero.

El reconocimiento de la hepatitis como enfermedad profesional sólo puede admitirse teniendo en cuenta todos los factores individuales. Acerca de estos problemas se han pronunciado también algunas sentencias por las Magistraturas de Trabajo (en Alemania).

Complicaciones médicas de la gestación: hipertensión, diabetes e infecciones urinarias

V. Cararach Ramoneda*

Este título engloba un sinnúmero de enfermedades que durante la gestación sufren cambios en su evolución o tratamiento. Debido a la limitación de espacio nos veremos obligados a ceñirnos a las que adquieren características más específicas con mayor frecuencia o cuyo correcto tratamiento tenga mayor trascendencia en sus posibles efectos sobre la morbilidad o mortalidad materna o perinatal.

Hipertensión

Una de las enfermedades de tipo general que con mayor frecuencia afectan al normal desarrollo de la gestación y a los resultados de la misma tanto para la madre como para el feto es la hipertensión.

Se considera que una gestante es hipertensa cuando en dos tomas separadas 6 horas presenta tensiones iguales o superiores a 140/90.

Básicamente distinguimos dos grandes grupos: la hipertensión crónica con valores elevados de tensión arterial conocidas de antes de la gestación o antes de la vigésima semana de la misma, e hipertensión inducida por el embarazo (HIPE) que, excepto en los casos de enfermedad trofoblástica en que puede manifestarse antes, aparece después de esa semana. Este último grupo, a su vez se divide en preeclampsia (HIPE sin crisis convulsivas) y eclampsia (HIPE con crisis convulsivas, tabla I), y a su vez la primera se divide en grave o leve según que las cifras tensionales alcancen o superen los valores de 160/110 o no, o aún con tensiones inferiores si hubiera oliguria, o proteinuria superior a 5 g, o alteraciones visuales premonitorias de crisis eclámpicas (como son visión borrosa o escotomas) o finalmente signos de edema agudo de pulmón. La HIPE se manifiesta sobre un fondo hipertensivo previo o bien como la enfermedad hipertensiva propia del embarazo que suele desaparecer tras el mismo y que suele acompañarse en mayor o menor grado de proteinuria y edemas, constituyendo la tríada sintomática clásica, con dos de cuyos componentes recibía la denominación de gestosis, toxemia o EPH.

Esta enfermedad hipertensiva, propia del embarazo, es típica de la primera gestación, hasta el punto de que, según algunos autores², su aparición en una multigesta sin síntomas en embarazos anteriores sería muy su-

gestiva de una hipertensión crónica actual o bien de que ha habido un cambio de paternidad. Otra característica es que su recuperación es, en general, *ad integrum* rápidamente después de la gestación actual.

Mecanismo fisiológico

En la gestación se producen los siguientes cambios: a) aumento del lecho vascular; b) aumento del volumen plasmático; c) efectos funcionales de fístula arteriovenosa; d) hemoconcentración, y e) en caso de HIPE, disminución de la refractariedad del embarazo, a la perfusión de angiotensina II (quizás por efectos de las prostaglandinas)³. Hasta cierto punto la hipertensión sería un mecanismo protector del feto a través de un intento de mejorar la perfusión uteroplacentaria. De ahí que su tratamiento debe hacerse con precaución para evitar producir una hipoperfusión y favorecer un posible sufrimiento fetal.

Etiología

Los factores etiológicos más aceptados son la isquemia uterina (por el polihidramnios, las gestaciones múltiples y las molas vesiculares), alteraciones vasculares previas, como hipertensión o diabetes graves y factores inmunológicos como ocurre a las primigestas, los embarazos gemelares (gran aumento de masa) y quizás en las gestantes con un trasplante renal en que se utilizan inmunodepresores.

En cuanto a la patogenia de la HIPE, se expone en la figura 1.

Diagnóstico

El diagnóstico de la HIPE se realiza mediante dos tomas de la tensión arterial separadas 6 horas y según su nivel o la aparición de signos de gravedad recibirá el calificativo de leve o grave, como ya hemos expuesto anteriormente.

Sin embargo, la consulta a mitad de embarazo por parte de una gestante en la que hallamos hipertensión sin que anteriormente se supiera que era hipertensa, nos obliga a poner en marcha mecanismos de diagnóstico de la hipertensión crónica como son un fondo de ojo y un EEG así como descartar una alteración renal previa.

Por todo ello, es preciso solicitar una analítica que incluya hemograma, glucemia, urea, BUN, creatinina, ácido úrico, ionograma, aclaramiento de creatinina, proteinuria de 24 horas, glucosuria y sedimento de orina.

Evolución

La evolución del cuadro puede ser la de mantenerse en unos valores estables o la de empeoramiento progresivo, pasando a la calificación de grave y con la posibilidad de que se acompañe de eclampsia, de hemorragias cerebrales durante las crisis hipertensivas, y de edema agudo de pulmón, cuadros que pueden poner en peligro la vida de la madre y la del feto. En cualquiera de estos cuadros complicados o incluso en la de la hipertensión inducida por el embarazo o sobreadañada a hipertensión crónica, que alcance la calificación de grave, el feto que con frecuencia presenta un retraso de crecimiento, puede morir a consecuencia de insuficiencia placentaria, que se agravará si nos empeñamos en un excesivo control de la tensión arterial hasta la normalidad total.

Pronóstico

Desde el punto de vista pronóstico se distinguen:

Cuadros considerados leves: con buen pronóstico materno. Posible retraso de crecimiento fetal con sus riesgos y en algunos casos posibilidad de muerte o lesión fetal ante, intra o posparto que, sin embargo, son poco frecuentes y no suelen producirse en este nivel de la enfermedad.

Casos considerados graves: riesgo de aparición de crisis hipertensivas y de crisis convulsivas.

En las crisis hipertensivas existe la posibilidad de hemorragia cerebral e insuficiencia cardíaca que pueden conducir a un edema agudo de pulmón.

En las crisis convulsivas pueden presentarse manifestaciones de irritación cerebral por edema o hipoxia; no suelen producirse secuelas posteriores en caso de recuperación, y el mayor riesgo para la vida lo constituyen su repetición y la grave posibilidad de vómito y aspiración del mismo. En cambio, la mortalidad perinatal puede llegar a estar multiplicada por diez en casos de eclampsia, alcanzando cifras de 15-30 %.

Tratamiento

Los criterios básicos que deben orientar el tratamiento son:

1. El cuadro desaparece con rapidez una vez finalizada la gestación.

2. El reposo corrige muchos de los casos de HIPE calificados de leves, quizás a través de un aumento de flujo uteroplacentario y renal. En cualquier caso, mejora la evolución así como el pronóstico fetal.

* Profesor ayudante y jefe de Sección del Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínic i Provincial. Facultad de Medicina. Barcelona.

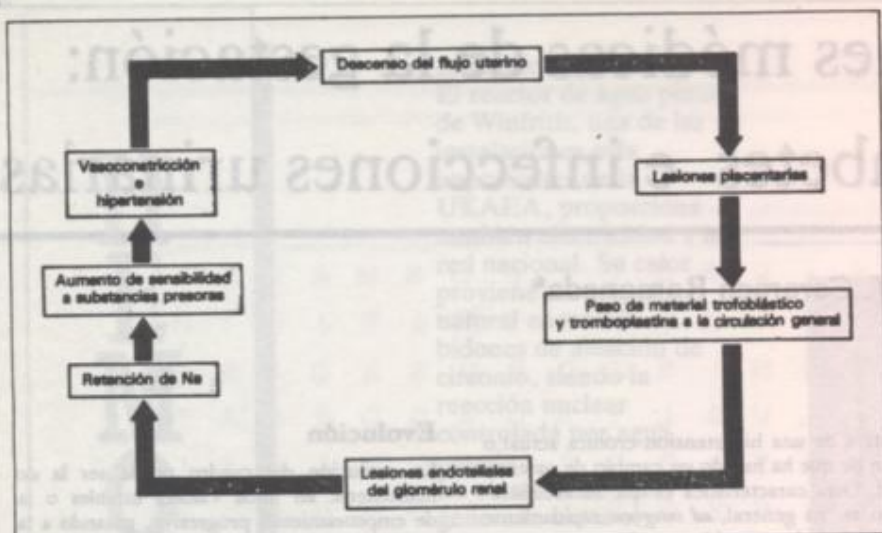


Figura 1

3. La hipertensión moderada podría interpretarse como un fenómeno compensatorio de la relativa insuficiencia uteroplacentaria. Por tanto, solamente si se superan las cifras de 170/110 estará indicada la utilización de hipotensores.

4. La utilización de sedantes del SNC no es con intención de disminuir la tensión arterial (aunque en algunos casos la sedación la pueda favorecer) sino para prevenir las crisis convulsivas.

5. Los medicamentos a utilizar serán distintos de los que se usan en casos parecidos en las pacientes hipertensas no gestantes debido a la posible repercusión fetal.

6. Hay acuerdo general de que en la HIPE hay hemoconcentración y de ahí que la utilización de diuréticos no mejora el cuadro y solamente estarán justificados en casos de oliguria y en casos de insuficiencia cardíaca aguda como en el caso del edema agudo de pulmón.

Una vez establecidas estas premisas podemos proponer el siguiente esquema de tratamiento¹:

HIPE leve:

1. Ingreso, decúbito lateral y estudio: analítica indicada anteriormente, ECG y fondo de ojo, diuresis y peso diarios, control de la tensión arterial cada 6 horas.

2. Dacepam a razón de 10 mg/12 h por vía oral. Suspender la medicación cuando las cifras de tensión arterial sean normales durante 3 días.

3. No utilizar diuréticos ni hipotensores.

4. Se procurará dar fin al embarazo en cuanto la gestación esté a término en función de los valores de tensión arterial y de las condiciones locales (cuello uterino).

Realizar controles estrictos fetales con NST y test de oxitocina, si es necesario, y E.

HIPE grave:

1. Ingreso, decúbito lateral y estudio.

2. Sedación: administrar dacepam o sulfato de magnesio, respectivamente según se prevea que el parto tendrá lugar antes o después de las próximas 48 horas.

3. Dar por finalizado el embarazo si el feto está maduro o es viable.

4. Antihipertensores si la tensión arterial es superior a 170/110. En este caso se aconseja la administración de 5-10 mg de hidralacina por vía intramuscular o intravenosa; si con ello no se consigue controlar la hipertensión repetir la dosis a los 15 minutos. Proseguir el tratamiento con hidralacina oral (20 mg/8 h o cada 6 h) y si aparecen efectos secundarios de la misma o no se controla bien la tensión arterial se asociará a metildopa (250-500 mg/8 h).

Si la tensión arterial no se controla con estas medidas y aparecen otros signos de empeoramiento y gravedad (oliguria, proteinuria superior a los 5 g, alteraciones visuales o signos de irritación cerebral) deberán procurarse finalizar la gestación, aunque sea antes de término. En general, la maduración pulmonar—principal peligro de extracción fetal antes de las 35 semanas—está acelerada en esta pacientes pero puede comprobarse con las pruebas correspondientes.

5. Controles estrictos maternos y fetales.

La pauta terapéutica a seguir en la eclampsia es la siguiente:

1. Comprobar la permeabilidad de las vías aéreas y prevenir su obstrucción.

2. Sedación con sulfato de magnesio, 4 g por vía intravenosa, en 5 minutos y dejar goteo a razón de 1 g/hora. Exige controles especiales (frecuencia respiratoria, reflejo rotuliano, control diuresis), ya que si se acumula produce apnea⁴.

En lugar del sulfato de magnesio puede utilizarse 20-30 mg de dacepam intravenoso.

zarse 20-30 mg de dacepam intravenoso.

3. Controlar tensión arterial.

4. Una vez cedido el cuadro, terminar el embarazo de la forma más adecuada, acabando en parto vaginal o con cesárea.

5. Si el cuadro repite a pesar de las medidas anteriores, aplicar anestesia con barbitúricos y acabar la gestación o el parto con rapidez. En caso de hipertensión crónica mantener la medicación si no es perjudicial (se desaconsejan los bloqueadores betaadrenérgicos o pasar al régimen hidralacina + metildopa si es preciso. Si aparece HIPE sobreañadida aplicar el esquema de ésta.

Los diuréticos sólo se administran en caso de oliguria o insuficiencia cardíaca aguda (furosemida 20-40 mg). Recurrir a los digitálicos en caso de insuficiencia cardíaca aguda.

Diabetes y embarazo

Hace años, las posibilidades de tener que concebir pero sobre todo de dar a luz un feto viable para una mujer diabética eran muy bajas.

Actualmente, las posibilidades han mejorado mucho, pero aún presentan cifras de morbilidad, de malformación y de mortalidad muy por encima de lo normal.

Hay una forma de conseguir que estas cifras se acerquen a las normales: conseguir que ya en la concepción y durante todo el embarazo las cifras de glucemia sean similares a las de las gestantes no diabéticas⁵.

Este objetivo, mucho más estricto que el control al que habitualmente se someten los diabéticos, es fundamental, pero difícil de comprender para los endocrinólogos que no tengan experiencia en el tratamiento de gestantes diabéticas. Si no basta con el régimen se establecerá tratamiento con insulina. Una última consideración general es la de que en los casos bien controlados la gestación podrá alcanzar las fechas de término sin macrosomía ni riesgo fetal, pero en los casos con control insuficiente y especialmente en las diabetes de mayor gravedad, puede haber una muerte súbita del feto (sin aviso previo), por lo que convendrá extraerlo en cuanto esté maduro. Sin embargo, en la diabetes suele haber un retraso en la maduración pulmonar que puede provocar síndromes de distrés respiratorio aun en las semanas 35 o 36 en las que habitualmente aquél no se produce.

Cambios fisiológicos de la gestación en la esfera del control de los hidratos de carbono

La gestación dificulta el control de los niveles sanguíneos de los hidratos de carbono por: el aumento de los niveles de cortisol, tiroxina, estrógenos, progesterona y GH con efecto contrainsular, y la existencia de enzimas placentarias capaces de destruir la insulina.

La gestante no diabética es capaz de compensar estos cambios segregando mayor cantidad de insulina, pero la diabética está en inferioridad de condiciones y se producen en ella alteraciones en el control de los valores de glucemia en sangre. La diabética insuli-

TABLA I Hipertensión y embarazo

Hipertensión inducida por el embarazo (HIPE)	Preeclampsia (HIPE sin convulsiones) Eclampsia (HIPE + convulsiones)	Leve TA $\geq$ 140/90 Grave TA $\geq$ 160/110 o signos de gravedad
Hipertensión crónica TA $>$ 140/90 antes del embarazo o antes de la semana 20	Sin HIPE o preeclampsia sobreañadida Con HIPE o preeclampsia sobreañadida	

no-dependiente deberá incrementar progresivamente los requerimientos de insulina.

Como resultado de estos cambios, las gestaciones de las diabéticas presentan:

1. Mayor riesgo de aborto y malformaciones ($\times 3$ Pedersen)⁶.

2. Aparición de fetos macrosómicos si las glucemias están mal controladas (por efecto de la insulina y GH fetales ante las glucemias altas de feto por transmisión materna).

3. Retraso en la maduración pulmonar.

4. Aumento de los valores de hemoglobina glucosilada con el consiguiente menor transporte de O_2 .

5. Mayor riesgo de muertes fetales tardías, sobre todo en las elevaciones o descensos bruscos de glucosa, en casos en que ha existido descontrol de las glucemias y se produce un engrosamiento de la membrana vasculocinética que mantiene dinteles materno-fetales superiores a los normales.

6. Mayor riesgo de presentar HIPE.

7. Riesgo de empeoramiento de la retinopatía diabética en las gestantes con diabetes clínicas.

8. Mayor frecuencia de infecciones urinarias.

En cuanto al parto, en los fetos macrosómicos pueden existir problemas en desproporción que lleven a un mayor índice de sufrimiento fetal y de intervencionismo obstétrico, especialmente en los casos más graves en que frecuentemente se acompañan de alteraciones vasculares y de retraso de crecimiento, que es otra posibilidad que se produce con cierta frecuencia. El empeoramiento del intercambio fetomaterno puede ser responsable por sí mismo de una mayor frecuencia de sufrimiento fetal.

El recién nacido de una madre diabética tendrá un hiperinsulinismo tanto más grave cuanto más descontrolada haya estado la glucemia materna; su exagerada respuesta puede conducirle a una grave hipoglucemia. Tiene también tendencia a la hipocalcemia y al distrés respiratorio si nace antes de término. Ello obedece al retraso de la maduración pulmonar no predecible con el índice habitual de la relación L/S por la producción de mayor cantidad de fosfatidilinositol que puede dar falsos positivos al no separarse cromatográficamente de la lecitina (fosfatidilcolina).

Por ello, actualmente se ha visto la utilidad de medir el fosfatidilglicerol que no se superpone a los anteriores y predice con exactitud el riesgo de distrés respiratorio^{7,8}.

Ya hemos citado el mayor riesgo de malformaciones fetales sobre todo cardíacas y óseas, que a veces no se descubrían en la revisión posnatal.

Hay que controlar también que la madre, en los casos de diabetes avanzadas, no tenga o empeore una retinopatía diabética que habrá que tratar en la forma que el oftalmólogo crea más adecuada, y hacer el despistaje de la infección urinaria y de la aparición de HIPE que también suelen ser más frecuentes en estos casos.

Diagnóstico

El diagnóstico correcto hay que establecerlo por curva de glucemia (siempre que no fuera una paciente diabética conocida). Las indicaciones de la curva que se debe realizar con profusión y con 100 g y hasta 3 horas son

las que vienen expuestas en la tabla II.

Los valores límite de la normalidad de la glucemia en plasma que utilizamos en el HCP están tomados de O'Sullivan and Mahan, 95-190 - 165-145⁹.

La clasificación modificada⁴ sobre la de la Dra. Pricilla White, y que utilizamos para la distribución de las gestaciones diabéticas a efectos de un pronóstico ordenado y un mejor control y orientación terapéutica, es la que se expresa en la tabla III.

Pronóstico

El pronóstico es tanto mejor cuanto más estricto sea el control de la diabetes materna, a ser posible ya desde antes de la gestación (con lo que sería posible evitar el incremento de malformaciones fetales), y sobre todo durante la gestación. Además, hay que someter a estrecha vigilancia al feto (con E, y NST) en las últimas semanas. Los riesgos aproximados serían:

1. La muerte *in utero* (2,4 %), cifra a la que si le añadimos las malformaciones congénitas y muertes neonatales podría ser el doble.

2. La mortalidad materna, hoy día casi nula si la mujer no realiza transgresiones o abandono del control y tratamiento.

En 1972, Karlsson y Kjellmer¹⁰ publicaron un análisis retrospectivo sobre la mortalidad perinatal relacionada con la concentración media de insulina. Así, era del 24 % si la media de glucosa era de 150 mg/dl, de 3,8 % si la concentración media de glucosa era inferior a 100 mg/dl y de 12 % entre 100 y 150 mg/dl de concentración media de glucosa.

En un trabajo de Levene et al¹¹ se intentó un control rígido de la glucemia, lo que se logró en el 14 % de los casos. Los resultados perinatales de estas mujeres fueron de 0 en mortalidad, de 2,5 % en el grupo en que osciló entre 115-172 y de 12,5 % en el grupo de cifras superiores al 172 ml (las cifras no fueron significativas por lo escaso de la muestra pero son ilustrativas).

TABLA II Casos o situaciones en las que está indicado practicar una curva de glucemia

Fetos anteriores, con peso superior a 4.000 g
Fetos muertos anteriores
Antecedentes familiares de diabetes
Glucosurias positivas durante la gestación
Glucemias basales por encima de 105 mg/dl
Obesidad o aumento excesivo de peso
Polihidramnios

TABLA III Clasificación de la diabetes

Diabetes química (glucemia basal normal pero curva patológica)
Diabetes de menos de 10 años de evolución y aparición en mujeres de edad superior a 20 años
Diabetes de 10-19 años de evolución o cuya aparición fue antes de los 20 años
Diabetes de aparición antes de los 10 años o de más de 20 años de evolución
Diabetes más nefropatía o retinopatía

Tratamiento

El objetivo sería controlar las glucemias para que fueran similares a las de la gestante no

diabética. Para ello hay que ajustar la dieta en las diabetes tipo A, y la dieta más insulina en la tipo B o superior, a fin de que las glucemias basales nunca sobrepasen 100 mg/dl de plasma y las posprandiales, 120 mg/dl.

Para lograrlo hay que realizar controles de glucemia por lo menos tres veces al día cada 15 días hasta la semana 28 y semanalmente a partir de esta fecha, además de los controles tres veces al día de glucosuria y acetoniuria durante todo el embarazo.

Conviene ingresar a la paciente unos días al principio del embarazo para enseñarle a controlarse durante el mismo y una vez bien estabilizada se le permite controlarse en casa, ingresando cada vez que no esté bien controlada según lo que hemos expuesto anteriormente.

Nos parece menos importante detallar aquí algunos ejemplos de dietas que los criterios generales que hemos anunciado antes aunque vamos a dar unas normas generales para la confección de dietas y distribución de la insulina.

Lo más importante es su constancia, sin transgresiones y comiendo a ser posible a las mismas horas.

En general se elige una dieta rica en proteínas (125 g/día = 500 cal); el aporte calórico será de 30-35 kcal/kg de peso, oscilando en total entre 1.800 y 2.600 kcal/día para permitir el ligero aumento de peso corporal propio del embarazo y evitar el consumo de grasas que elevaría la acetoniuria.

La cantidad de hidratos de carbono de cada comida no deberían pasar de 40-50 g en las tres comidas básicas ni de 20-30 g en las dos accesorias, con un máximo de unos 20 g/día.

La insulina debe también repartirse a lo largo del día para lograr el control adecuado sin que la glucemia supere o baje de los límites normales. En general utilizamos insulina simple en cuatro tomas, o en tres mezclando en la última simple e intermedia para evitar la inyección nocturna, aunque esto sólo es aconsejable en casos de fácil manejo.

El recién nacido necesitará asimismo observación¹² para control adecuado y tratamiento en su caso de la hipoglucemia e hipocalcemia, tanto más frecuentes cuanto peor haya sido la estabilización de las glucemias en los límites adecuados.

Deberán controlarse con tiras de reactivo sobre papel que nos indiquen si hay hipoglucemia en las primeras horas y en caso necesario hacer determinaciones de glucemia en sangre y el aporte de glucosa que sea necesario. Los antidiabéticos orales están contraindicados ya que pasan la barrera placentaria y provocan hiperinsulinismo fetal.

No queremos terminar este breve resumen sin indicar la posibilidad actual de que las pacientes puedan controlarse en sus propias casas con tiras de papel reactiva para ser valoradas por aparatos de lectura (reflectómetros) o con tiras de lectura directa en sangre periférica. Esto hace que la mujer pueda controlarse con más frecuencia, siempre que tenga dudas o aparezcan signos de hipoglucemia que pudieran ser falsos, y que participe mucho en su autocontrol.

Finalmente, en los casos más graves y difíciles siempre cabe la posibilidad de ingresar a la paciente y tratarla con insulina en bomba

de infusión y finalmente en los últimos días antes del parto con el páncreas artificial que parece que mejora mucho los resultados neonatales.

Infecciones urinarias durante la gestación

Si entendemos por infección urinaria la presencia de gérmenes en las vías urinarias (bacteriuria) hay que hacer la distinción clínica de si dichas infecciones son sintomáticas o asintomáticas. La detección y el tratamiento de estas últimas es importante puesto que en un 30 % de ellas se producirá una pielonefritis aguda frente a un 1 % de los casos sin bacteriuria. La bacteriuria asintomática se da entre un 5-15 % de gestantes.

Etiología

Los gérmenes que con mayor frecuencia causan infecciones urinarias son *Escherichia coli* y con menor frecuencia *Klebsiella* o *Proteus*.

La razón de la mayor frecuencia de la infección urinaria durante el embarazo habría que buscarla en la gran frecuencia de un cierto grado de hidronefrosis en la gestación, debida al efecto hormonal (especialmente de la progesterona) sobre el uréter, así como a la compresión del útero. Dichas alteraciones van regresando después del parto pero aún se observan indicios durante algunos meses.

Clínica

La bacteriuria asintomática por definición no da síntomas hasta que alrededor de un 30 % de casos manifiesta clínica de infección urinaria.

La clínica puede aparecer como un cuadro cistítico (poliquiuria con disuria y tenesmo vesical) raramente acompañada de hematuria, o lo que es más importante como un cuadro típico de pielonefritis aguda, con dolor lumbar, fiebre elevada en general acompañada de escalofríos, con o sin síntomas urinarios bajos y con puñopercusión lumbar positiva, en el lado afecto, que con mayor frecuencia es el derecho.

El estado general de estas gestantes con fiebre elevada se afecta con rapidez, deshidratándose y acompañándose de estado tóxico general.

Aunque Kass¹³, hace ya muchos años postuló la gran importancia del tratamiento de la bacteriuria asintomática para disminuir la prematuridad y mortalidad perinatal, otros autores han hallado resultados mucho menos brillantes, aunque no es imposible la muerte fetal, en los casos graves o más frecuentemente el inicio de una amenaza de parto prematuro.

La mortalidad materna es baja pero posible a consecuencia de un shock séptico. De ahí la importancia del tratamiento adecuado.

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza por medio del urocultivo que se considerará positivo si la cifra de colonias que crecen es superior a 100.000/ml. Un urocultivo negativo no excluye totalmente una pielonefritis cuyo foco haya quedado interrumpido en su comunicación con el resto de las vías urinarias. En condiciones normales no debe utilizarse el cateterismo para obtener la orina por el riesgo de provocar el mismo una infección posterior. Por el contrario, un sedimento con leucocitos y células cuya orina no se haya obtenido con todas las precauciones puede ser causa de un diagnóstico erróneo por arrastre de flujo del introito vaginal.

Dada la importancia del diagnóstico precoz en la época asintomática de las bacteriurias, y dado que los cultivos son caros para ser realizados de rutina, la mayoría de servicios proponen realizar el despistaje por medio del sedimento o de los tests rápidos con tira reactiva sobre papel y en casos de leucocituria o positividad del test, o con síntomas urinarios realizar el urocultivo y antibiograma.

Tratamiento

En la bacteriuria asintomática administrar durante una semana amoxicilina, cefalosporinas, sulfamidas (estas no deben usarse en el último mes por el posible empeoramiento de las ictericias neonatales) o furantoínas.

Las bacteriurias recurrentes precisarán tandas sucesivas o uso en tandas más extensas, pero habrá que buscar después del embarazo si hay una causa urológica que las favorezca. Las cistitis bajas se tratarán como las asintomáticas después de obtener muestras para el urocultivo que permitirá después reajustar el tratamiento. Conviene hacer un urocultivo posterior de control.

En los casos de pielonefritis aguda el tratamiento tiene que ser intenso. Después de obtener las muestras para cultivo, si la fiebre es verdaderamente elevada se darán antitérmicos y tratamiento antibiótico con ampicilina (4 g/día por vía intravenosa) y un aminoglucósido como la gentamicina a razón de 80 mg cada 8 horas. Se aconseja hidratación parenteral 24-48 horas en los cuadros agudos. Una vez se obtenga el resultado del urocultivo se reorientará el tratamiento antibiótico si es preciso, y se mantendrá suficientes días para evitar recidivas.

Si la infección es por pseudomonas, con frecuencia será necesario utilizar carbenicilina, y si el cuadro no cede con antibióticos ha-

bría que pensar en poder resolver la obstrucción ureteral en algún punto. Estos casos, sin embargo, son excepcionales.

Para terminar, quisieramos exponer que la incidencia de bacteriurias posparto es del 4,7 % sin cateterización, con una cateterización del 9 % y si ésta ha sido durante el parto la incidencia alcanza al 23 %. Muchas curarán espontáneamente pero otras pueden evolucionar hacia formas crónicas por lo que habría que evitar en lo posible las cateterizaciones innecesarias.

BIBLIOGRAFIA

1. Iglesias Guio J, González-Merlo J. Toxemias: concepto, clasificación y fisiopatología. Diagnóstico. Pronóstico y tratamiento. En: González-Merlo J, del Sol JR. Obstetricia Barcelona. Salvat, 1982; 324-343.
2. Feeney JG. Pre-eclampsia and changed paternity in Pregnancy Hypertension. En: Bonnar, Mac Gilliray and Symonds MTP, ed. Lancaster, Press limited, 1980.
3. Everett RG, Worley RJ, MacDonald PC, Chand S, Gant NF. Reactividad vascular a la angiotensina II en el embarazo humano. En: Embarazo e hipertensión. Seminarios de Perinatología. Buenos Aires, Ed. Medica Panamericana, 1980; 10-26.
4. Pritchard JA, Pritchard SA. Standardized treatment of 154 consecutive cases of eclampsia. Am J Obstet Gynecol 1975; 123:543-552.
5. Constan Donald R. Progresos recientes en la atención de la diabética embarazada. En "Clínicas de Perinatología". Ed. Interamericana 1980; 303-318.
6. Pedersen J. La diabética gestante y su recién nacido. Problemas y tratamiento. Barcelona, Ed. Salvat, 1981.
7. Cunningham MD, Desai NS, Thompson SA, Greene JM. Amniotic fluid phosphatidylglycerol in diabetic pregnancies. Am J Obstet Gynecol 1978; 131:719-724.
8. Plauche WC, Faro S, Letellier R. Phosphatidylglycerol and fetal lung maturity. Am J Obstet Gynecol 1982; 144:167-172.
9. O'Sullivan JB, Mahan CM. Criteria for the oral glucose tolerance test in pregnancy. Diabetes 1964; 13:279-285.
10. Karlsson K, Kjellmer I. The outcome of diabetic pregnancies in relation to the mother's sugar level. Am J Obstet Gynecol 1972; 112:213-220.
11. Leveno KS, Hanth JC, Gilstrap LC, Whalley PJ. Appraisal of "rigid" blood glucose control during pregnancy in the overtly diabetic women. Am J Obstet Gynecol 1979; 135:853-859.
12. Lemons JA, Vargas P, Delaney JJ. Infant of the diabetic mother. Review of 214 cases. Obstet Gynecol 1981; 57:187-192.
13. Kass EH. Bacteriuria and pyelonephritis of pregnancy. Arch Intern Med 1980; 105:194-198.

ANESTESIA PERIDURAL. INTRODUCCION DESCRIPCION ANATOMICA TECNICA ANESTESICA. COMPLICACIONES. CONSIDERACIONES OBSTETRICAS.

Al iniciar este tema y previamente a cualquier otra consideración, hemos de tener siempre presente, que al no existir ninguna técnica anestésica ideal, con la cual se logre suprimir el dolor, sin ocasionar efectos secundarios, es por lo que se va a derivar de su uso un "RIESGO", riesgo, que si prescindimos de las condiciones del paciente y exigencias de las maniobras quirúrgicas, estará siempre en relación inversa a la formación científico-técnica y a los medios con que cuente quien la administra.

Anestesia, etimológicamente, significa privación de la percepción, y analgesia es la privación de la percepción dolorosa.

En su más simple esquema, la conducción dolorosa se establece en la siguiente forma: receptores específicos, distribuidos por el organismo, captan el estímulo doloroso y los nervios sensitivos (PRIMERA NEURONA) los conducen a la raíz posterior de la médula. En la médula contactan con la SEGUNDA NEURONA y desde aquí y previo cruzamiento, llegan al tálamo, por el haz espinotalámico lateral, para allí, contactar con la TERCERA NEURONA. Posteriormente, atravesando la cápsula interna, se proyectan a las diferentes áreas del cortex; haciéndose consciente el dolor como algo complejo, que, a la vez que duele, llena de preocupación, angustia, desesperación y desencadena diferentes respuestas psicomotrices y vegetativas.

Los analgésicos son fármacos, que inhiben o bloquean la transmisión del estímulo doloroso. Todos tienen acciones colaterales, que limitan su utilización.

Los fármacos denominados "anestésicos locales", van a inhibir la transmisión dolorosa provocando un bloqueo de la conducción nerviosa a un nivel determinado; la intensidad de este bloqueo estará en función de la concentración del anestésico utilizado, respondiendo siempre a un orden selectivo, que es función del grosor de las fibras nerviosas contactadas; de tal manera, que la abolición de la conducción afectará primero a las fibras vegetativas, y posteriormente a las sensitivas por

este orden: sensibilidad térmica, dolorosa, táctil, propioceptiva y, por último, a las fibras motoras (bloqueo motor).

Todos ellos tienen acciones secundarias debidas a acciones tóxicas y alérgicas del propio agente.

DESCRIPCION ANATOMICA.— La anestesia peridural incluye las diferentes técnicas de anestesia local, que introducen el anestésico en el espacio peridural, comprendido entre el sistema ligamentario del canal vertebral y la duramadre.

El espacio peridural es:

- un espacio virtual
- de 50-100 ml. de capacidad
- **grosor variable:**
 - médula cervical 1-1,5 mm.
 - " dorsal: prácticamente virtual
 - " lumbar: 1 mm.
- **limitado por:**
 - a) parte posterior: ligamento amarillo
 - b) parte anterior: cuerpos vertebrales y discos intervertebrales
 - c) lateralmente: pedículos vertebrales y agujeros de conjunción
 - d) superior: agujero occipital o la tienda del cerebelo
 - e) inferior: hiato sacro.
- **Ocupado por:**
 - Tejido conjuntivo celulo-adiposo
 - Red venosa, muy rica. Anastomosis entre la vena cava superior y la inferior.
 - Red arterial, muy fina.
 - Nervios.

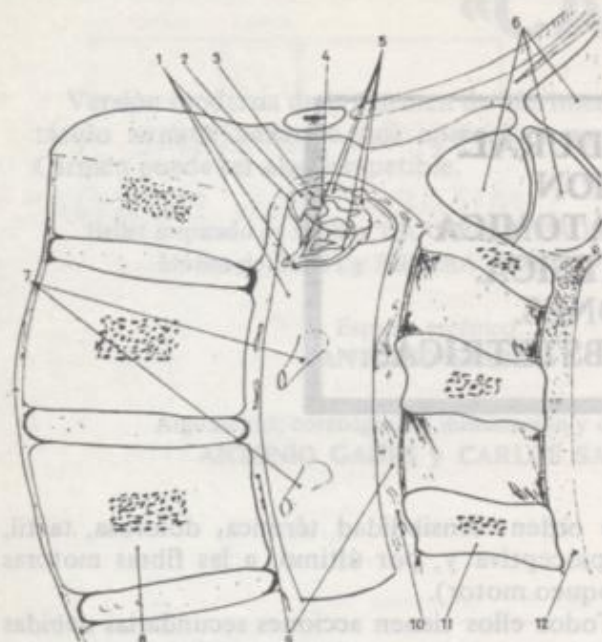
TECNICA ANESTESICA: Incluirá:

1. Estudio y preparación del paciente:

Teniendo en cuenta sus condiciones generales, psíquicas y orgánicas (operación previa, patología asociada o no) y locales (obesidad, escoliosis...)

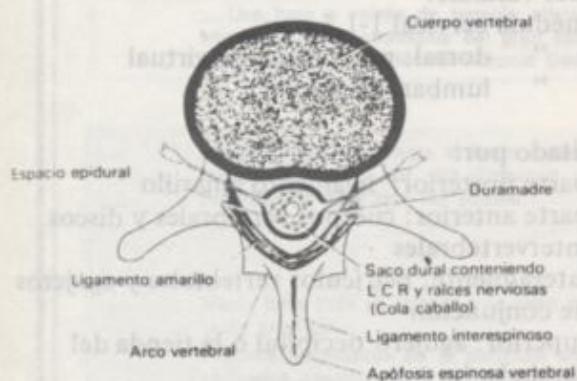
Pueden existir contraindicaciones:

a) **ABSOLUTAS** (shock hipovolémico, coagulopatías, sepsis locales, hipersensibilidad al agente).



Doble corte sagital y horizontal que muestra el espacio peridural y sus relaciones con el canal raquídeo: 1) Duramadre. 2) Aracnoides. 3) Espacio subaracnoideo. 4) Medula. 5) Raíces raquídeas. 6) Músculos paravertebrales. 7) Nervios raquídeos. 8) Cuerpo vertebral. 9) Espacio peridural. 10) Venas peridurales. 11) Apófisis espinosa. 12) Piel y tejido subcutáneo.

Analgesia para el trabajo y el parto vaginal



Vista transversal del espacio epidural y de la región lumbar reproducido del *The Journal of Maternal and Child Health* 1, 2, 1976, con el amable permiso del autor y editores.

- b) **RELATIVAS** (el músculo esquelético, E. crónica S.N.C., enf. cardíaca congénita, falta de colaboración).

2. SELECCION DE LA TECNICA.

En función de las condiciones del paciente, las exigencias del campo quirúrgico y las circunstancias de la operación (urgencia y duración previsible), se decidirá:

- a) Lugar de la punción. Selección de agujas, jeringas, cateteres (epidural continua) que se consideren más apropiados.

- b) El agente anestésico, teniendo en cuenta sus acciones, período de latencia y duración de la acción. De la misma manera, se decidirá la concentración y el volumen a administrar.

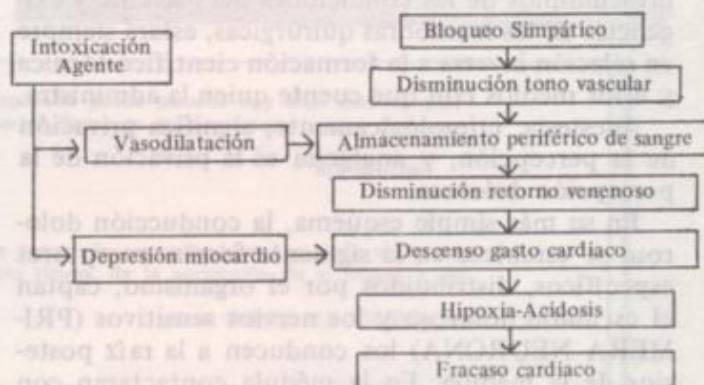
3. PRACTICA DE LA ANESTESIA.

- Preparación previa de todo el material, y solución a administrar con la más rigurosa asepsia.
- Tener a punto, para su uso inmediato, todo el material necesario, para asistir emergencias cardio-respiratorias.
- Estar preparados para practicar anestesia general si fuera preciso.
- Proceder a la punción y posterior administración de la solución anestésica con todas las exigencias de la asepsia.

COMPLICACIONES.— Las principales son consecuencia del bloqueo simpático que se ocasiona, con esta técnica.

De una manera esquemática consisten en:

a) EFECTOS CARDIOVASCULARES



Como muestra el esquema el acontecimiento primario es la hipotensión, que según la intensidad y la duración podrá inducir una parada cardíaca con mayor o menor afectación del tronco encefalo-medular, por isquemia.

b) RESPIRATORIOS.

- El bloqueo de los nervios motores correspondientes a los músculos respiratorios es mínimo si no se sobrepasa el límite de TVI.
- El diafragma compensa generalmente, el bloqueo de los últimos músculos intercostales, aunque en ocasiones habrá que prestar asistencia respiratoria.

c) OTRAS COMPLICACIONES.

— Asociadas, generalmente, con defectos de técnica, uso de vasoconstrictores, o situaciones especiales:

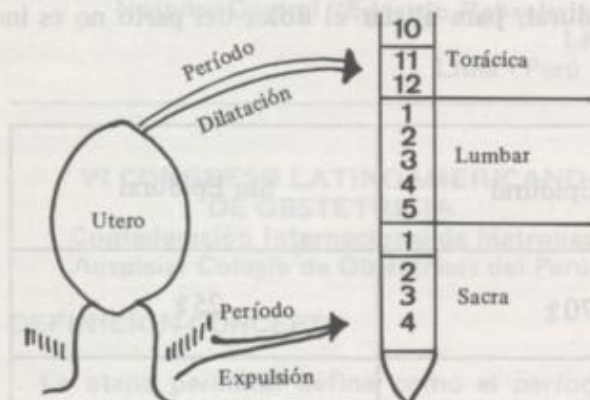
- Reacciones de hipersensibilidad
- Meningitis aséptica (pirógenos)
- Meningitis séptica.
- Parálisis frénico
- Secuelas neurológicas (punción traumática...)
- Cefaleas. Escalofríos. Temblores. Raquialgias. Retención urinaria.

d) FRACASOS.—

- Anestesia insuficiente
- Fracaso por dificultad punción.
- Fracaso por dificultad colocación cateter...

OBSTETRICIA.—

I. Vías de conducción del dolor.



Las terminaciones nerviosas del cuerpo y cuello uterinos recogen estímulos, conduciéndolos a través de las fibras nerviosas hasta los plexos, situados en la base del ligamento ancho, inmediatamente, por delante de los ligamentos utero-sacos, y a ambos lados del cuello uterino, éste plexo se denomina de Lee-Fran-Kenhuber, o ganglio para-cervical. Desde aquí, a través, del plexo hipogástrico y del lumbo-aórtico, los estímulos dolorosos, entran en el sistema nervioso central a través de la región torácica inferior y segmentos superiores lumbares; estas fibras continúan su trayecto ascendente para proyectarse sobre estructuras superiores (cortes). Como señalábamos en el esquema general.

Para algunos autores (MOIR) existe una segunda vía sensorial, que siguiendo el trayecto de los vasos ovaricos, alcanzaría la médula, a nivel de los segmentos torácicos inferiores o lumbares superiores.

Los estímulos dolorosos procedentes del periné, a través del nervio pudendo interno y ramas hemorroidales, alcanza el plexo sacro a la altura de SII, III y IV.

II. CONSIDERACIONES ESPECIALES.—

a) ANATOMICAS:

- El espacio epidural esta disminuido por la com-

presión abdominal consecutiva al aumento de tamaño del útero, entrañando mayores dificultades para la realización de la técnica.

- El volumen de la solución anestésica es alrededor de 2/3 del requerido, para producir la misma extensión del bloqueo en una paciente, no gestante, de aproximadamente la misma edad y altura.

b) FISIOPATOLOGICAS: Durante la última fase del embarazo y parto concurren una serie de factores que favorecen la hipotensión:

- Aumento del tamaño y vascularización del útero, que puede alcanzar el 20% de la volemia.
- Tono vascular neurogénico aumentado, con respuestas exageradas al bloque o a drogas vasodilatadoras.
- Propensión al denominado **SINDROME DE HIPOTENSION SUPINA**. El útero cuando la gestante tiene esta posición puede comprimir la vena cava inferior, impidiendo parcialmente el retorno venoso de las extremidades inferiores. Si a ello unimos la posibilidad de un bloqueo simpático de los plexos lumbo-aórtico e hipogástrico, se comprenderá la facilidad, con que en todo el territorio de la pelvis menor y extremidades inferiores, puede acumularse gran cantidad de sangre, provocando lo que se conoce como síndrome de hipotensión supina.
- El encajamiento de la cabeza, en el período expulsivo, dificulta también el retorno venoso.

Sin entrar en más detalles, podemos concluir que la "**HIPOTENSION**", es el principal riesgo del bloqueo epidural en la anestesia obstétrica. La trascendencia de la misma, es muy discutida y, desde luego, distinta para madre y feto. El flujo uterino desciende paralelamente a ella, y cuando la TA sistólica materna, desciende a 100-90 mmHg, aparecen en muchos casos signos de sufrimiento fetal (MOYA-SMITH).

Así pues, estaremos preparados siempre para tratar la hipotensión materna, adoptando las medidas necesarias, que nos permitan evitar o resolver un episodio hipotensivo.

III. INDICACIONES OBSTETRICAS.

En anestesia obstétrica se ha desechado prácticamente el bloqueo intradural, debido al peligro de hipotensiones frecuentes y graves, con desastrosa repercusión sobre el feto.

De las anestesiases epidurales prevalece el bloqueo alto, habiéndose abandonado la anestesia caudal continua, que conlleva asociado un gran número de infecciones, por la dificultad de aislar el cateter, situado en las proximidades del ano, cuyo esfínter se encuentra relajado.

Puede seleccionarse, entre otras técnicas, para llevar a cabo una operación quirúrgica. La selección de la técnica a utilizar se hará en función de

las circunstancias operatorias, condiciones de la paciente y experiencia de quien la administra, para correr el mínimo riesgo.

Un factor tiene capital importancia en obstetricia, el "factor tiempo" que limitará su utilización, ya que, a veces ese período de tiempo es empleado en realizar la técnica, y esperar el efecto deseado, puede ser vital, en situaciones obstétricas concretas.

En otras situaciones, con urgencia relativa, en pacientes con estómago lleno o patología respiratoria aguda asociada, puede ser técnica de elección.

También puede ser utilizada para aliviar el dolor del parto. En este caso, a no ser que el dolor sea

Como inconvenientes podemos reseñar:

- Dificultades técnicas con un mínimo de fracasos (10%).
- Complicaciones generales (hipotensión, infección...)
- Período expulsivo prolongado:
 - 50% del normal:
 - Ausencia del reflejo de expulsión.

- Bloqueo motor parcial de la prensa abdominal.
- Índice elevado de falta de rotación de la cabeza.
- Mayor índice de partos instrumentales.

Como otras técnicas de anestesia, la anestesia epidural, para aliviar el dolor del parto no es ino-

	Con Epidural	Sin Epidural
PRIMIPARAS-FORCEPS	70%	25%
MULTIPARAS-FORCEPS	30%	5%

causante de patología o distocia obstétrica la anestesia será electiva, y, por tanto, deben darse las máximas garantías.

Entre las ventajas del parto bajo anestesia epidural tenemos:

- Analgesia completa en el 80% de los casos.
- No afectación fetal, si no hay hipotensión.
- Paciente despierta, pudiendo colaborar.
- No alarga o acorta (oxitocicos) el primer período del parto (buena dinámica y relajación del cuello).

cua, pudiendo contribuir al mayor confort de la parturienta, y asistencia al parto, con un riesgo mínimo, siempre que la anestesia sea practicada, por una persona experta y con monitorización continua de la madre, feto y dinámica uterina, a fin de evitar o corregir los riesgos. Puede estar, especialmente indicada, en aquellos casos en que la paciente ha creado una distocia, como respuesta al propio dolor.

Dr. Bermejo
Anestesiólogo de
Maternidad LA PAZ

ENFOQUE SOCIAL DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD PERINATAL

por: Obstetrix
Alicia Etchepare
Hospital Central "Edgardo Rebagliatti M."
I.P.S.S.
Lima - Perú 1983

VI CONGRESO LATINOAMERICANO DE OBSTETRICIA

Confederación Internacional de Matronas
Auspicio: Colegio de Obstetrices del Perú

DEFINICION-CONCEPTO

La etapa perinatal define como el período de vida comprendido entre la 20a. semana de gestación y el 28º día de vida extrauterino. Dentro de este lapso (período Perinatal I), se ha delimitado otro que se conoce como el Período Perinatal II, comprendido entre la 27ª. semana de gestación, en la que se considera la iniciación de la viabilidad del ser humano y el 7º día de vida extrauterino.

El estudio de los fenómenos que ocurren al ser humano durante este tiempo de su vida es lo que ha dado en llamarse Perinatología.

La importancia del estudio de lo sucedido en la etapa perinatal se basa en que en ella se registran las cifras más altas de mortalidad del ciclo de vida humano, y es por eso que queremos entender a la Perinatología como un reajuste, una reintegración de la actividad médica, que amplía su campo de acción a especialidades como la Gineco-Obstetricia y la Pediatría, pero que involucra también áreas básicas como la genética y la embriología, la biología molecular, y la bio-química y campos como la medicina social y salud pública.

Podemos decir entonces con entera justicia, que esta etapa que hemos delimitado cronológicamente con el nombre de Perinatología abarca o es consecuencia en realidad de un período mucho más amplio, y que estudiamos como:

Etapa Pre-Concepcional

Etapa Concepcional

Períodos Pre-Natal

Intra-Natal

Post-Natal

Inter-Natal

En resumen, la Perinatología abarca áreas biológicas, médicas y sociales (económicas y polí-

ticas), que tienen repercusión INMEDIATA sobre el producto de la concepción, y en la morbilidad y mortalidad, y repercusiones MEDIATAS, que son también fundamentales sobre el crecimiento y el futuro desarrollo del niño hacia la edad adulta y hacia su meta de convertirse en un individuo mejor.

Para fines didácticos (porque están estrechamente vinculados entre sí) podríamos dividir a la Perinatología en dos aspectos: a) Biológico, y b) Socio-económico.

ASPECTO BIOLOGICO

Nacer, deriva del latín "nascere", que significa venir al mundo, brotar, originarse, tomar principio.

De tal manera, nacer representaría la vida que se origina con el nacimiento, pero no debe olvidarse que sólo es la culminación de una vida iniciada semanas atrás. En 280 días $\pm$ de vida intrauterina que requiere un ser humano para su completa integración, el cigoto debe crecer y desarrollarse siguiendo un impulso genético, pero modelado por los factores ambientales que influyen en él constantemente.

Por eso podemos hablar de:

"Ambiente biológico" (micro y matro ambiente)

"Ambiente ecológico" (macro ambiente)

Micro-ambiente: material genético (en las primeras semanas el trofoblasto deberá ser apto en su capacidad de implantación, y a su vez deberá encontrar en el aparato reproductor las condiciones máximas para anidar, proteger y nutrir al huevo.

Matro ambiente: la madre ofrece su propia estructura para la integración del producto.

El ideal de madre sería una mujer que:

- No tiene estigmas heredados
- Presenta buenas condiciones de salud
- Edad reproductiva óptima
- Estado anímico adecuado

Son también condiciones biológicas: edad, paridad, intervalo entre embarazos, estado nutricional previo y durante el embarazo, etc., así como la profilaxia al R.N. por medio de la lactancia materna.

e) Atención pre-natal: las primeras 12 semanas son trascendentales y justamente durante ellas, susceptibles de alterar el producto, cuando por diversas circunstancias ignorar la gestación, tratar de comprobarla, rechazarla, eliminarla,

etc., se emplean diversos fármacos o maniobras traumáticas.

Ocurren además en este período trastornos como la hiperemesis o inestabilidad emotiva, que inducen a la paciente y al profesional al uso de fármacos cuyo efecto ofrece siempre un riesgo, ignorar esto, ocasiona graves daños y se tendrá extremo cuidado al someter a la embarazada a estudios o riesgos potencial, para el embrión (estrógenos, sedantes, RX).

ASPECTO SOCIO-ECONOMICO

Actitud de los padres frente a la gestación de sus hijos.

Evidentemente la gestación de un hijo se refleja con matices distintos a la pareja constituida, madre soltera. El problema de la madre soltera durante la etapa Perinatal se acentúa generalmente por el déficit de atención y valor que presta a su gestación, en los hermanos y medio familiar.

Pero en todos deja huellas más o menos que constituye un hecho de importancia, cuyo punto de vista debe ser considerado por el equipo de salud, la sociedad y el estado.

En el nivel cultural de la pareja (instrucción recibida, capacidad económica, religión), el grupo social a que pertenecen, determinan las bases de los grupos humanos.

Nosotros sabemos por ejemplo: la íntima relación entre la multiparidad con el desarrollo cultural de los pueblos (en Checoslovaquia y Yugoslavia el 90% de las familias integran sus hogares con 1 a 2 hijos) y en cambio en nuestro país el 33% tienen más de 6 hijos.

Y esta es la resultante no del deseo de tener familias numerosas, sino la de no conocer la forma de evitarlos.

Así, la **pobreza económica** que siempre acompaña a las familias de nivel social y cultural bajo, se agudiza cuando mayor número de personas depende del ingreso familiar.

Lógicamente, esto acarrea que cada nuevo embarazo sea visto como una carga económica, cuya resultante es un desajuste cada vez mayor de la pareja matrimonial, y que representa para cada miembro de la familia, restricciones mayores de sus posibilidades en todos sus aspectos (nutricionales, educacionales, de vestido, habitación, recreo, etc.).

Esta agudización progresiva de las condiciones morbidas del feto; problema determinado por la actitud de los padres, distinta en la aceptación de los primeros hijos, que constituyen una fuente de estímulos afectivos deseables que llevan a la felicidad mientras que los últimos se ven como una carga que habitualmente no se desea.

De esto deriva que la gestante reciba los primeros embarazos con alegría y se prepare para un parto y nacimiento óptimos, pero que para los últimos su condición anímica sea frustrante y fluctúe entre intentos de aborto; de aceptación forzada o indiferente.

En resumen entendamos el "nacer" como el nacer sin desventajas, como el primero de los Derechos Humanos, respetémoslo y defendámoslo.

Para esto se requiere:

- Buenas raíces genéticas
- Condiciones ambientales adecuadas
- Condiciones adecuadas del aparato reproductor (micro-ambiente)
- Condiciones adecuadas del organismo materno (matro-ambiente)
- Condiciones adecuadas ecológicas (macro-ambiente).

La generación no debe supeditarse tampoco solamente a la bonanza económica, sino también a la época en que los padres se encuentran en estado óptimo de procreación.

A la pregunta de ¿cuántos? hijos tener, debe agregarse la de ¿cuándo?, ¿cómo?

Salta a la vista el problema que constituye la gestación y el nacimiento sin ningún control ni atención.

CONCLUSIONES

1. En los países sub-desarrollados como el nuestro, es evidente que las dificultades socio-económicas-culturales, implican carencias, deficiencias y limitaciones que en sí mismas representan la morbilidad y mortalidad perinatal de los seres humanos.
2. Estas situaciones de ignorancia y pobreza originan desconocimiento de la fisiología de la reproducción, no dan margen a la superación individual ni colectiva, a la reflexión sobre planificación familiar, y es un factor limitante de sus necesidades orgánicas, psicológicas y sociales y aún de sus esperanzas e ilusiones futuras.
3. La necesidad de control pre-natal y de atención hospitalaria es imprecisa y se refleja en la notoria disminución de complicaciones en estas circunstancias de atención.
4. Las estadísticas de morbilidad perinatal mide la situación sanitaria de cada país.

NUESTRA REALIDAD

En tal sentido, diremos que el Perú, económica, política y sociológicamente hablando, es un país en vías de desarrollo y como tal, presenta una serie de agudos y complejos problemas, fundamentalmente en el campo de Salud, y dentro de él, del binomio madre-niño.

Esta realidad específica de situación en vías de desarrollo, encuentra así mismo al país en una profunda preocupación de solucionar el elevado índice de mortalidad y morbilidad peri-natal.

Con este fin, y para su contención se cuenta recientemente con una científica acción de orientación en lo que a bienestar familiar respecta; tales consideraciones están comprendidas en la Política de Población de Gobierno.

Junto a los anteriores problemas, encontramos que el profesional sólo no puede dar soluciones a tan compleja situación y se encuentra impotente ante un cuadro desolador, que presenta un alto

volumen de madres gestantes sin atención a nivel nacional, principalmente en las áreas rurales y los pueblos marginados.

Es necesario pensar en esta oportunidad, que si los porcentajes registrados son alarmantes, cual será la verdadera realidad teniendo en cuenta el gran número de madres y niños que escapan a las estadísticas y se pierden en todo el censo de nuestro país por no tener mayor contacto con los organismos de atención profesional.

Por ello la obstetriz de nuestro medio, responsable de su función profesional social y humana, viene realizando programas que incluyen acciones de orientación y educación, dirigidos a la prevención de estos problemas.

Dichas acciones tienden a influir en forma positiva en las diferentes etapas del ciclo reproductivo. La Medicina Curativa a la Preventiva y de Recuperación para lograr un nivel de salud satisfactorio, condición indispensable para reducir la morbilidad y mortalidad peri-natal.

En tanto se obtienen los avances sociales, económicos y culturales que son el común denominador de este tipo de problemas, es imperativo aplicar mejor nuestros recursos limitados re-distribuyéndolos para que, ante la imposibilidad de atender a la mayoría, cuando menos no carezcan de ayuda aquellos que lo requieran. Y es aquí donde la Obstetriz con información y experiencia sobre la educación pre-natal, la fisiología y mecánica del embarazo, parto y puerperio de las alteraciones

fisio-patológicas más frecuentes, podrá ejercer su función, aplicando su criterio diagnóstico y terapéutico, que le permita discriminar los embarazos de alto riesgo en general, durante la atención domiciliaria o su derivación a instituciones con los recursos humanos y materiales que requiere el caso.

Si nosotras nos identificamos con los problemas de salud, si seguimos desarrollando nuestro espíritu de solidaridad social, esta entrega y dedicación nos hará sentir que realizamos cabalmente la tarea que nos corresponde.

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

1. Psicología, el niño recibe una carga afectiva que influye en su proceso de desarrollo. La madre también logra beneficio psicológico. Se ha comprobado que estas madres tienen mayor seguridad y estabilidad emocional.
2. Fisiológico, la leche materna es el elemento natural por excelencia en los prematuros. La leche materna es diferente a la de los términos.
3. Desarrollo óptimo (más adecuado que con leche artificial).
4. Es de bajo costo.
5. Protege de las enfermedades (sólo infecciones endocrinológico-tiroides) (efecto protector).
6. Facilidad de administración, etc. ■



I SYMPOSIUM NACIONAL sobre AVANCES EN LA ASISTENCIA OBSTETRICA

Madrid, 4 de mayo 1984

Organizado por el Equipo de Matronas del Departamento de Obstetricia y Ginecología (Prof. P. de la Fuente) del Hospital Materno-Infantil de la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social "1º de Octubre" de Madrid.



Salón de actos del Hospital Materno-Infantil
de la Ciudad Sanitaria de la S.S.
"1º de Octubre". Madrid

AFECTIVO, MADRE-HIJO

VIERNES DIA 4

09.00 h. Apertura. Prof. P. de la Fuente. (Madrid)

ASISTENCIA DURANTE EL PERIODO DE DILATACION

Presidente: Dr. J.M. Hernández-García (Madrid).
Secretaria: P. Salamanca (Madrid)

09.30 h. Métodos de control materno fetal durante el período de dilatación.

09.45 h. Influencia de la monitorización intraparto sobre la morbilidad perinatal. A. Rosa (Matrona "1º de Octubre").

10.00 h. Significado pronóstico de los distintos trazados de la F.C.F. obtenidos durante el período de dilatación. C. Martínez (Matrona "1º de Octubre").

10.15 h. Influencia de la posición obstétrica de la parturienta durante el período de dilatación, sobre la evolución del parto y el estado del recién nacido. P. Soler (Matrona "1º de Octubre").

10.30 h. Importancia del estudio bioquímico materno-fetal durante el período de dilatación. C. Llorente (Matrona "La Paz").

10.45 h. Anestesia epidural durante el período de dilatación. Ventajas e inconvenientes. Dr. J. Sahagun ("1º de Octubre").

11.00 h. Repercusión de las distintas drogas administradas durante el trabajo de parto, sobre la evolución del mismo y el estado del feto y el neonato. M. Zamora (Matrona "1º de Octubre").

11.45 h. Psicoprofilaxis en el parto. Dr. R. Fernández-Dopico ("1º de Octubre").

11.30 h. Psicoprofilaxis en piscina. Natación prenatal. Y. Goyanes (Matrona La Coruña).

11.45 h. Descanso.

12.45 h. Discusión.

ASISTENCIA DURANTE EL PERIODO EXCLUSIVO

Presidente: Dr. V. Martínez (Madrid)

Secretaria: S. Larrea (Madrid)

16.00 h. Repercusión del período expulsivo sobre la madre y el recién nacido. R. Muñoz (Matrona "1º de Octubre").

16.15 h. Importancia de los registros de F.C.F. durante el período expulsivo. M. Martínez (Matrona "1º de Octubre").

16.30 h. Influencia del tipo de pujo sobre los trazados de F.C.F. M.I. Sánchez (Matrona "1º de Octubre").

16.45 h. Influencia del tipo de pujo sobre el estado materno y fetal. A. García (Matrona "1º de Octubre").

17.00 h. El período expulsivo del feto en presentación de nalgas. Dr. J.M. Hernández García ("1º de Octubre").

17.15 h. Parto instrumental y su pronóstico perinatal. Dr. C. Garrido ("1º de Octubre").

17.30 h. Vínculos afectivos entre madre y recién nacido. A. Fernández (Matrona "1º de Octubre").

17.45 h. Asistencia al recién nacido. Dr. P. Puyol ("1º de Octubre").

18.00 h. Educación sanitaria post-parto. Dr. J.M. Escalante ("1º de Octubre").

18.15 h. El ordenador y su relación con la asistencia obstétrica. T. Cabrera (Matrona "1º de Octubre").

18.30 h. Discusión.
Mesa redonda.

SUSCRIPCION: 4.000 Ptas.

INCLUYE: Almuerzo de trabajo y documentación.

IMPORTANCIA DEL BINOMIO AFECTIVO, MADRE - HIJO

Llamamos binomio afectivo a esta maravillosa relación afectiva que se establece entre madre e hijo, ya antes de nacer, en toda mujer que asume plenamente su maternidad. Y que va aumentando simultáneamente el desarrollo del hijo con el afecto-querer materno.

Me gusta traer aquí la frase tan gráfica que pronunció el Dr. Aguirre de Cárcer en una conferencia en París "...ser madre, pero ser madre auténtica es mucho más que parir". Esta madre consecuente que espera que llegue el parto para ver a su hijo abrazarle —aunque ya se conocían íntimamente—, se han ido compenetrando ya se quieren.

No sale de la normalidad el que tema ese gran acontecimiento de su parto: ante lo desconocido sí es primeriza, o que tenga miedo a complicaciones si ha tenido otros hijos. "El miedo es libre" y tanto en unas como en otras hay un cierto temor a que su hijo pueda nacer con alguna "tara". Toda matrona hemos vivido el momento —si tienen la suerte de estar despiertas, sin anestesia— ¿Está bien, no le falta nada: pies, manos, etc? Con más interés de sí es niña o niño. No hablemos de nuestra satisfacción, cuando se les puede contestar afirmativamente.

Y es que en el subconsciente albergan ese temor quizás desde los primeros momentos de su gestación unas, otras sensibilizadas por alguna campaña de que si tienen de 35 a 40 años van a dar a luz a hijos malformados etc. (quiero hacer aquí un paréntesis: de que todos los que hemos nacido de madres cuarentonas, estaríamos malformados o mongólicos).

Estoy convencida de que muchas matronas coinciden conmigo: que nos dan más miedo las gestantes jóvenes que durante el embarazo fuman y beben alcohol excesivamente —ya no digamos si "se pinchan"—, a las cuarentonas sanas, para el riesgo del hijo que va a nacer.

También nos encontramos ante el caso de una mujer que no deseaba otro embarazo, y al principio lo rechaza, pero a medida que éste va avanzando, y aunque no se lo note —sí que por las nuevas técnicas de ultrasonidos, ecografía, etc. —sabe seguro que ahí está su hijo, empieza ya a quererle.

Favorece mucho al Binomio-afectivo: la lactancia materna.

Como dice un proverbio ruso "el corazón y la leche de una madre, son irremplazables".

Nos consta la importancia de la leche materna, no solamente por el alimento y las defensas inmunológicas que proporciona al R.N. y no nos asombró hace ya unos años tuvimos noticia de que en

México funcionaba un Banco de leche materna, con resultados óptimos, también posteriormente en Francia y seguramente en otros países. (Nuestras anteriores generaciones nos han hablado de hermanos de leche, de la importante función de las nodrizas, sobresaliendo especialmente las gallegas) etc.

Se vuelve a la lactancia materna debido a su importancia fisiológica y psicológica. Hay además una corriente a valorar lo que durante algunos años se había infravalorado: se vuelve al parto natural a la acupuntura, a las hierbas medicinales, a la alimentación macrobiótica, y a la lactancia materna.

También es cierto, que cuando una mujer por causas justificadas —sin referirnos a las laborales, ya que tiene el período de tiempo que le corresponde— sino por otros motivos (enfermedad, agalactia, pezones umbilicales etc.), por los cuales no puede amamantar a su hijo de forma natural, y no simplemente porque no le "apetece", pero cuando le da el biberón, vuelca en su hijo todo su cariño e instinto maternal, este se sentirá seguro, cobijado por su madre.

No sucederá lo mismo con la madre que se lo administra de forma mecánica e incluso un día que dispone de más tiempo, y que podría "compensar" lo deja al cuidado de otras personas. Es cierto que la mujer-madre está en pleno derecho de descansar, airearse y divertirse, pero tampoco es menos cierto que el Segundo Derecho del R.N. es el de recibir una alimentación adecuada.

Sabemos que el primer instinto del R.N. es satisfacer su hambre, pero a la vez siente una gran seguridad y cobijo pegado a su madre, que por su esfuerzo y estímulo traducido en: succión va tragando la leche materna. Y es que también está familiarizado al "tic tac" o ciclo cardíaco de su madre desde que vivía intrauterinamente.

Si en toda comunicación humana (aunque sea sin palabras) existe una interacción que nos influye, positiva o negativamente, ¿Cómo no influirá esta correlación (o corriente afectiva) traducida en amor que toda mujer puede transmitir a su hijo?

Este Binomio afectivo al que se ha hecho alusión al principio, le influirá positivamente en su desarrollo físico pero sobre todo PSÍQUICO para toda su vida.

Vale la pena que las matronas trabajemos en este campo tan nuestro como es la EDUCACION MATERNAL.

P.D.P.

Influencia del embarazo en la conducta sexual de la mujer

Pilar Serrano*

Gloria Sebastia**

Esther Rebull**

Lluís Garcia***

* Psicóloga Clínica. Centro Municipal de Orientación de la Salud. Sant Cugat del Vallès (Barcelona).

** Comadronas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico Provincial de Barcelona.

*** Coordinador del Departamento de Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Es un hecho observado en nuestra práctica clínica diaria, que las mujeres embarazadas disminuyen en general la frecuencia y la intensidad de su conducta sexual, pero ¿en qué medida lo hacen?, ¿podemos decir que se trata de una disminución significativa?, ¿todas las mujeres reducen por un igual su conducta sexual durante el embarazo?

La bibliografía existente sobre la sexualidad de la mujer, muestra un gran vacío en cuanto a qué es lo que sucede en su conducta sexual durante el embarazo. Este es un período de gran importancia en la vida de la mujer y, sin embargo, es uno de los menos estudiados por los investigadores de la conducta sexual en general y de la mujer en concreto. Alfred C. Kinsey en su libro "Conducta sexual de la mujer", obra de consulta obligada a la hora de realizar cualquier trabajo sobre la sexualidad de la mujer, aporta datos de gran valor sobre este aspecto, pero obvia las diferencias que existen en su conducta sexual entre antes y durante el embarazo. El doctor Pierre Simon en su libro "Rapport sur le comportement sexuel des français" ya nos dice algo más al resto, pero sólo hace referencia a porcentajes de mujeres que, por edades y por meses de gestación, dejan de tener relaciones sexuales completas durante este período de tiempo.

Así pues, ante la necesidad de obtener datos objetivos y fiables en este aspecto, pensamos en elaborar un trabajo que basado en la observación sistemática, mediante instrumentos psicométricos

adecuados, nos llevara a la respuesta de las preguntas formuladas anteriormente.

En primer lugar, nuestro trabajo de investigación se propuso medir la diferencia entre la conducta sexual habitual de una muestra de mujeres y la conducta sexual de estas mismas mujeres durante el embarazo. En caso de que se confirmara la existencia de una disminución significativa, se trataría de ver qué variables de tipo psico-culturales son las que pueden influir en esta disminución. Para ello elaboramos un cuestionario formado por dos apartados fundamentales:

a) Inventario de medida de conducta heterosexual de Bentler, adaptado a la población catalana por el Departamento de Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona. Este Inventario adaptado, consta de 28 ítems y abarca todos los aspectos relacionados con la conducta heterosexual. Los ítems siguen la secuencia de la conducta amorosa descrita por los cinco estadios de Schofield.

Este Inventario fue contestado tres veces por la muestra. La primera vez se le pedía que contestara según la conducta sexual habitual. La segunda vez, se le pedía que contestara según la conducta sexual durante los 6 primeros meses. La tercera vez, se le pedía que lo contestaran haciendo referencia a los 3 últimos meses de embarazo.

b) Cuestionario elaborado por nosotros para obtener información sobre las variables psico-culturales que, a nuestro juicio, podían influir en la disminución de la conducta sexual durante el embarazo:

- Nivel cultural
- Religión
- Grado de motivación sexual
- Grado de satisfacción sexual
- Multiparidad
- Miedo al parto

La Muestra

La muestra, formada por 97 mujeres, de 8 a 9 meses de gestación, procedía de un curso de Psico-

profilaxis llevado a cabo en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico Provincial de Barcelona. Todas afirmaron previamente no padecer trastornos de importancia en este período.

A continuación se detallan las características generales de la muestra escogida al azar:

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA (n = 97)

	X	SD
Edad	27'14	3'65
Edad primera menstruación	12'64	1'25
Edad primera rel. sex. comp.	20'14	3'14
Grado Motivación (0-10)	6'76	1'23
Grado Satisfacción (0-10)	7'77	1'73

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA (n = 97)

	%
Estudios primarios	15'5
Estudios secundarios	42'3
Estudios superiores	42'3
Práctica religiosa SI	39'9
Práctica religiosa NO	59'8
Miedo al parto SI	41'2
Miedo al parto NO	55'7
Partos anteriores SI	15'5
Partos anteriores NO	84'6
Abortos anteriores SI	10'3
Abortos anteriores NO	89'7
Relaciones sexuales completas hasta los 3 últimos meses	78'4

Según el procedimiento estadístico al que fueron sometidos todos los datos obtenidos a través de los cuestionarios, los resultados de nuestro trabajo son los siguientes:

CORRELACIONES ENTRE LAS NOTAS OBTENIDAS EN CONDUCTA SEXUAL ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO

	Cond. sexual 6 prim. meses	Cond. sexual 3 últ. meses
Conducta sexual habitual	0'72***	0'54***
Conducta sexual 6 prim. meses	—	0'63***

***P < 0'001

CORRELACIONES ENTRE MOTIVACION/SATISFACCION Y LA CONDUCTA SEXUAL ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO

	Conducta sexual habitual	6 prim. meses embarazo	3 últ. meses embarazo
Motivación	0'262*	0'3395***	0'2217*
Satisfacción	0'1315	0'2418*	0'2170*

*P < 0'05

***P < 0'001

DIFERENCIA EN LA CONDUCTA SEXUAL BAJO EL EFECTO DEL EMBARAZO

	X	SD	t	P
Conducta sexual habitual	20'91	3'91		
Conducta sexual 6 prim. meses	18'15	4'46	8'73	0'001
Conducta sexual 3 últ. meses	15'04	4'89	7'81	0'001

EFFECTO DEL VARIABLE NIVEL DE ESTUDIOS SOBRE LA CONDUCTA SEXUAL ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO

		X	SD	F	P
Cond. sex. habitual	Estudios primarios	20'3	4'13	1'13	NS
	Estudios secundar.	20'5	3'16		
	Estudios superior.	21'6	4'41		
6 primeros m. embarazo	Estudios primarios	16'3	4'32	1'49	NS
	Estudios secundar.	18'3	4'11		
	Estudios superior.	18'5	4'8		
3 últimos m. embarazo	Estudios primarios	14'8	4'57	0'98	NS
	Estudios secundar.	14'5	5'23		
	Estudios superior.	16	5'7		

DIFERENCIAS EN EL DESCENSO DE LA CONDUCTA SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO, ATENDIENDO A LA VARIABLE 'MIEDO AL PARTO'

6 primeros meses.

	X	SD	F	P
Miedo al parto si	3'31	3'74	0'05	NS
Miedo al parto no	3'55	5'87		

3 últimos meses

Miedo al parto si	4'95	3'92	2'63	NS
Miedo al parto no	6'64	5'82		

CORRELACIONES ENTRE VARIABLES NO INFLUIDAS POR EL EFECTO DEL EMBARAZO

- Edad/Grado satisfacción: 0'0743
- Edad 1ª. menstruación/Grado motivación: -0'9234***
- Edad 1ª. relación sexual completa/Grado motivación: -0'2432*

- Grado motivación/Grado satisfacción: 0'3521***

*P < 0'05

***P < 0'001

EFECTO DE LA VARIABLE RELIGION SOBRE LA CONDUCTA SEXUAL HABITUAL

	X	SD	F	P
- NO	21'9	3'35	10'74	0'01
- SI	19'4	4'12		

CONCLUSIONES

Atendiendo a la muestra como población embarazada:

- Descenso significativo de la conducta sexual durante el embarazo.

— Las mujeres que puntúan más alto en motivación sexual, muestran un aumento significativo moderado en cuanto a la conducta sexual antes y durante los tres últimos meses de embarazo, con respecto a las mujeres que puntúan más bajo, haciéndose mucho más significativo la diferencia en los seis primeros meses.

— Las mujeres que puntúan más alto en satisfacción, muestran mayor conducta sexual durante el embarazo, sin diferencias significativas entre los seis primeros meses de embarazo y los tres últimos.

— La religión supone un factor significativo en la diferencia de conducta sexual habitual (las mujeres que afirman práctica religiosa, puntúan más bajo que las mujeres que no practican religión, aunque esta diferencia no se acentúa significativamente durante el embarazo).

— No son factores de diferenciación significativa en la disminución de la conducta sexual durante el embarazo:

- Religión
- Miedo al parto
- Existencia o no de partos anteriores
- Abortos naturales anteriores

Atendiendo a la muestra como población general:

— La conducta sexual es menor en mujeres que practican alguna religión.

— La motivación es mayor en mujeres que tuvieron antes su monarquía y sus primeras relaciones sexuales completas.

— La satisfacción es mayor cuanto mayor es la motivación.

DICREL, S.A.

Maria Magdalena, 14 - Tel. 460 25 49-260 17 26

MADRID - 19

N.º

Código Clave

OFERTA ESPECIAL**LIMITADA para ESPAÑA****2.000 primeras colecciones**

N.º pedido

D.

☐

Domicilio particular

Teléf.

Localidad

Dto. Provincia

☐

Empresa

Categoría profesional

Domicilio Empresa

Teléf.

☐

Otro domicilio

Banco

C/c

Caja Ahorros

Libreta

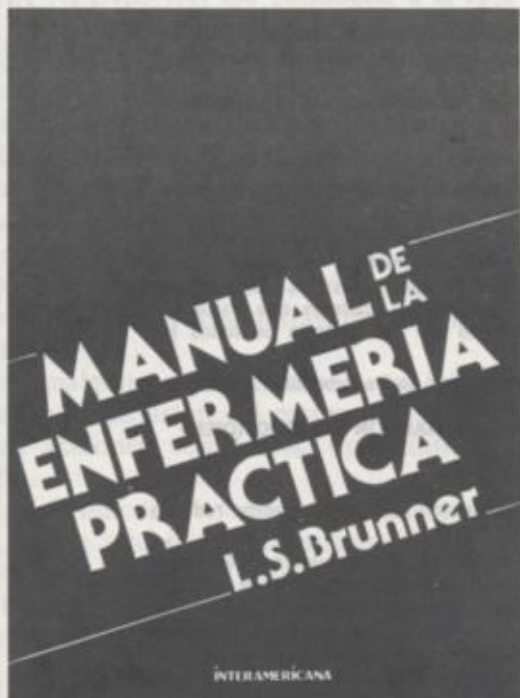
Sucursal de

Ciudad

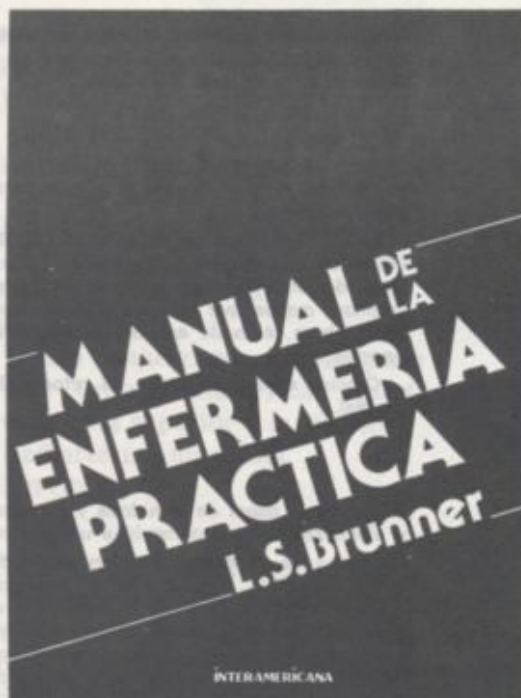
Provincia

enterado de sus condiciones de venta, solicita de **DICREL, S. A.** siguientes libros:

N.º TOMOS	TITULO DE LA OBRA	IMPORTE
2	<i>Manual de la Enfermería Practica</i> autor: L.S. Brunner <i>1ª cuota de 2.500 pts y dos de 2.000 pts</i>	6.500
(No es válido ningún pacto verbal)		TOTAL PESETAS



TOMO I



TOMO II

«CARMEN»

Versión moderna de la Carmen de Merimeé absolutamente genial. Gades ha conseguido un gran espectáculo aunque bailando nos apareció muy rígido; por el contrario, Cristina Hoyos en su papel de Carmen puede ser algo irrepetible.

Ballet inspirado en la obra 'CARMEN' de PROSPER MERIMEE

Música de BIZET y SOLERA - GADES - FREIRE

Espacio escénico:
ANTONIO SAURA

Argumento, coreografía, iluminación y dirección
ANTONIO GADES y CARLOS SAURA



La Crítica ha dicho . . .

Que Carmen rematase su destino confirmando su españolía puede parecer hoy algo muy natural. Sin embargo, fue necesario que Antonio Gades y Carlos Saura se juntasen para prestar esa evidente sangre española a la obra de Merimeé...

«LE MATIN»

... Una hora y veinte de tensión aliviada en algunos temas de exquisito humor, y todo el tiempo presentes los testimonios del gran talento de Cristina Hoyos, de la perfección de la troupe y del inmenso genio creador de Antonio Gades...

René SIRVIN «LE FIGARO»

Antonio Gades regenera el baile español, transfigura y ennoblece sus ritmos y las líneas del flamenco todas, sin por ello disminuir en absoluto el fascinante poder y la arrogante sensualidad primitiva de este arte del pueblo...

Gilbert CURNAND «LE PARISIEN»

Hacia falta todo el talento y la gran personalidad de Antonio Gades para salir victorioso de semejante empresa...

Algunos fragmentos de la partitura de Bizet, mucha música del pueblo y silencios soberbiamente utilizados constituyen y determinan la trama sonora sobre la que va tejiéndose un drama áspero, duro, deslumbrante, cuyos raros instantes de alegría derivan en carcajada goyesca. Talones que crepitan, manos que repican, miradas que desafían, brazos que serpentean, caderas que ondulan o se quiebran, el baile español adquiere un rango universal contando así una historia de todos los tiempos.

... Gracias a Antonio Gades, el retorno de Carmen a su país de origen se ha producido de manera triunfal...

Gerard MANNON «LE QUOTIDIEN»

Gades en el papel de Don José y Cristina Hoyos como Carmen, lograron una interpretación redonda y electrizante, que conmovió a un público abierto y entusiasta...

... Hemos de rendir un aplauso admirado al profesionalismo de Gades y sus huestes. No es él quien más baila, aunque siempre destaque su planta recia, viril y precisa. Cristina Hoyos es magnífica bailarina flamenca, protagonista de rango. Juan Antonio Jiménez, «Marido» y Juan Alba «Torero», completan el estupendo cuarteto. Pero no sólo son ellos dos juntos, es el resto de los bailarines, cantaores y guitarristas. Formados los veintidós elementos en fila, figuras y conjunto pudieron recibir el justo premio —especial para Hoyos y Gades— de un trabajo sin mácula, fruto de muchas horas de esfuerzo, desvelo y paciente depuración.

Antonio FERNANDEZ-CID «ABC»

«LA FUERZA DEL CARIÑO»



Dirección: James L. Brooks.

Guión: J.L. Brooks, según la novela de Larry McMurtry.

Fotografía: Andrzej Bartkowiak.

Música: Michel Gore

Intérpretes: Shirley MacLaine, Debra Winger, Jack Nicholson, Jeff Daniels.

Los antecedentes más inmediatos de esta película norteamericana hay que buscarlos en títulos como "Kramer contra Kramer", "Gente corriente" y "En el estanque dorado". El común denominador de las mismas es el de tratar el tema de la familia y sus problemas, haciendo girar el relato, predominantemente dramático pero contado en forma de comedia, casi exclusivamente alrededor de las relaciones sentimentales que mantienen los componentes de ésta entre sí. De la capacidad de una película de este tipo para expresar de forma sensible y realista esas relaciones dependerá, en buena medida, el propio logro del film y, consecuentemente, su éxito.

El primer largometraje de este director, James L. Brooks (bastante experimentado sin embargo en la rea-

lización de trabajos para la televisión) posee los recursos melodramáticos necesarios para lograr una perfecta comunicación con el espectador. Ternura y humor se alternan de continuo salvando así la lógica rutina de un relato donde, como en la propia vida, parece que no pasa nada, es decir, nada extraordinario salvo esa ruptura, tan dramática como natural, que es la muerte, el fin de la propia existencia.

Todos los personajes que aparecen en "La fuerza del cariño" son perfectamente creíbles, incluso su figura más excéntrica: la de ese ex-astronauta alcohólico, cínico y ligón, que, de forma impecable, perfecta, interpreta Jack Nicholson. Pero hay dos personajes, el de la madre, Aurora (Shirley Mac Laine) y el de la hija, Emma (Debra Winger), interpretados ambos de forma soberbia, en los que sin duda descansa todo el peso de la película.

La relación afectiva entre madre e hija, su grandeza y al mismo tiempo su servidumbre, la unión que siguen manteniendo según pasan los años a pesar del alejamiento físico y de las diferencias de edad y carácter, incluso la coincidencia en el tiempo de sus propios escarceos amorosos, en definitiva, su capacidad de comunicación, resulta, sin lugar a dudas, envidiable y maravilloso, y justifica, por supuesto, la propia película. Una película en la que no se narran unos hechos llamativos o de extraordinario interés, sino de una emoción íntima, contenida, que la impregnan de principio a fin logrando mantener la atención del público.

Perfectamente dirigida y magistralmente interpretada por todos sus protagonistas, es bastante probable que "La fuerza del cariño" logre alguno de los numerosos "Oscar" para los que está nominada.

I. Casillas

SUGERENCIAS PARA LAS NOCHES... LARGAS



«¡ROTA HA ENTRADO EN GUERRA!» Luis Solana. Edit. Argos Vergara. Barcelona, 1984. 175 páginas. Obra a medio camino entre la ficción y la ciencia-ficción del actual presidente de la Compañía Telefónica Nacional de España. A partir del supuesto de un ataque nuclear a Rota, se desarrolla este texto interesante y bien escrito.



«EL ÚLTIMO DIARIO DEL DOCTOR LIVINGSTONE». David Livingstone. Edit. Anjana. Madrid, 1984. 452 páginas. 3.900 pesetas.

Décimo volumen de esta hermosa colección de libros de viajes. Con 52 grabados de época, se publican aquí las últimas anotaciones de Livingstone mientras buscaba las fuentes del Nilo, donde halló la muerte.



«CRIMENES BESTIALES». Patricia Highsmith. Edit. Planeta. Barcelona, 1984. 201 páginas. 600 pesetas.

Otro libro de esta escritora nacida en Texas en 1941, creadora del personaje Ripley, y que en este volumen reúne diversos relatos de intriga y violencia protagonizados por animales. Cerdos, gatos y cucarachas.



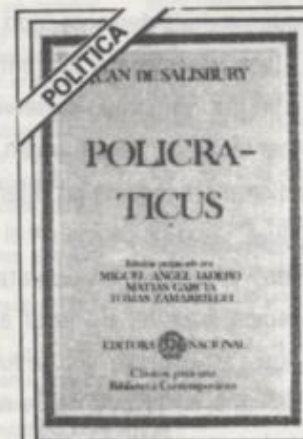
«EL HIJO ADOPTIVO». Alvaro Pombo. Edit. Anagrama. Barcelona, 1984. 140 páginas.

Esta novela quedó finalista del I Premio Herralde de Novela. Su autor, curiosamente, era quien también había ganado en el mismo concurso el primer premio con otra obra, «El héroe de las mansardas de Mansard».



«EL FEUDALISMO. UN HORIZONTE TEÓRICO». Alian Guerreau. Edit. Grijalbo. Barcelona, 1984. 262 páginas.

Se replantean cuatro aspectos fundamentales del feudalismo: las relaciones de dominio, las relaciones de parentesco, la estructuración del sistema feudal como ecosistema y las relaciones con la Iglesia.



«POLICRÁTICUS». Juan de Salisbury. Edit. Nacional. Madrid, 1984. 779 páginas. 2.000 pesetas.

Inglés y eclesiástico del siglo XII, sirvió a Tomás Becket, de cuyo asesinato fue testigo. A él le había dedicado este libro, que es el primer tratado de filosofía política que se escribió en Europa.



«POEMAS». Czesław Miłosz. Edit. Tusquets. Barcelona, 1984. 148 páginas.

Selección, en colaboración con el autor, de poemas del premio Nobel de Literatura 1980. Sus dos únicas novelas y algunos de sus ensayos ya estaban publicados, ahora en traducción de Bárbara Stawicka, su poesía.



«NOCHEBUENA POLACA». Tadeusz Konwicki. Edit. Selx Barral. Barcelona, 1984. 200 páginas. 650 pesetas.

Nacido en Polonia en 1926, combatiente en la resistencia polaca durante la guerra, sus novelas han visto la luz en circuitos de edición paralelos, pues propician una recapitulación sobre el colectivismo.

PASATIEMPOS

Sopa de Letras

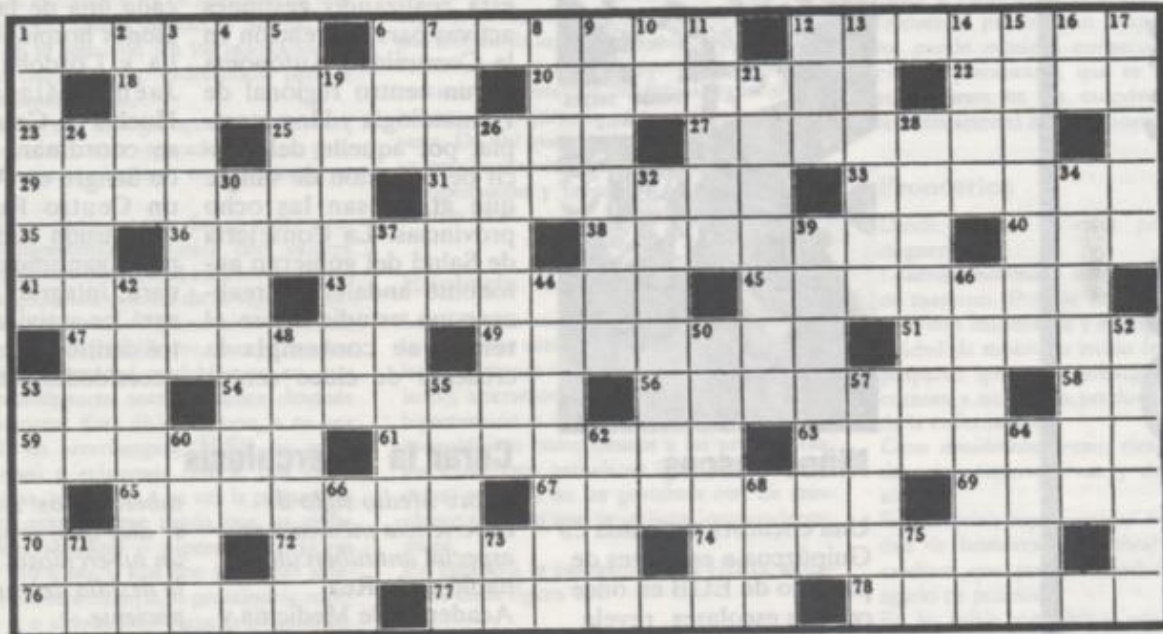
Localice entre las letras del recuadro los siguientes bailes:

JOTA
VALS
CONGA
MAMBO
POLCA
RASPA
RUMBA
SAMBA

TANGO
BOLERO
CANCAN
CHOTIS
ZAMBRA
SARDANA
FANDANGO



Crucigrama



HORIZONTALES

1: Infundir ánimo o valor. 6: Dique. 12: País del Indostán. 18: Fabricados en casa. 20: Prosperad. 22: Cerca hecho de varas entrelazadas. 23: Sentimiento afectivo. 25: Pequeñas manchas naturales de la piel. 27: Hicéis desaparecer lo escrito. 29: Molusco gasterópodo. 31: Relativos a la guerra. 33: Provincia de la antigua Macedonia. 35: Contracción. 36: Instrumento cortante. 38: Asignando. 40: Río europeo, que desagua en el Danubio por Passau. 41: Nombre de varón. 43: Curtidor. 45: Figuradamente, gobierno o dirección de una cosa. 47: Hicieran ruido. 49: Hurtáis o quitáis con astucia. 51: (Las), localidad de la provincia de Tarragona. 53: Lengua que se hablaba al norte del Loira. 54: Moraba. 56: Que profesa la alopatía. 58: Símbolo del neón. 59: Veloces, rápidas. 61: Nacida en Lyon. 63: Asnos silvestres. 65: Movimiento de contracción del corazón y de las arterias. 67: En música, sucesión rápida de muchas notas iguales, de la misma duración. 69: Antiguo nombre de la ciudad de Vich. 70: Yegua. 72: Dice o hace algo de modo que exceda de lo natural o verdadero. 74: Arañazo que se hace con las uñas. 76: Fastidiase. 77: Ojosa. 78: Apropiado.

VERTICALES

1: Agredir. 2: En los poemas homéricos, la sangre de los dioses. 3: En atletismo, carrera de fondo en carretera de más de 40 kms. 4: Campeón. 5: Aparato para medir el tiempo. 6: Medida de peso del Canadá. 7: Emparillaban. 8: Gobernador de un distrito árabe. 9: Mes del calendario republicano francés. 10: Achaque. 11: Autómata. 12: Océano. 13: De propósito. 14: Continente. 15: Brutal. 16: Símbolo del astatinio. 17: Tocan ligeramente la superficie. 19: Ruedas de casino. 21: Rezo mariano. 24: Estado federal asiático. 26: Sabor desagradable que deja una cosa. 28: Concha fósil de forma espiral. 30: Alcachofas. 32: Barnizase de oro. 34: Locos. 37: Parte blanda del casco de las caballerías. 39: Fruto del nispero. 42: Dicese del animal invertebrado, de cuerpo blando, protegido por una concha. 44: Diablo. 46: Limpieza de los puertos, mares y ríos. 48: Sustraigas. 50: Pasador para cerrar puertas y ventanas. 52: Ajonjolí. 53: Pabellón auditivo. 55: Nombre de varón. 57: Municipio de Colombia, en el departamento de Antioquia. 60: Disco marcador de un teléfono automático. 62: Vacuno entre uno y dos años. 64: Pavo real. 66: Interjección para espantar las aves domésticas. 68: Villa de la provincia de Burgos. 71: Símbolo del americio. 73: Abreviatura de "era cristiana". 75: Preposición inseparable.

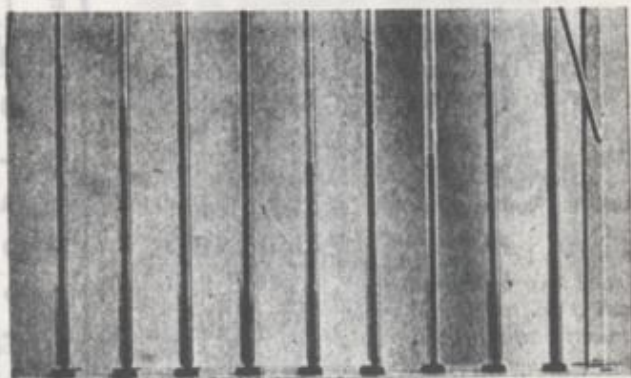
HEMOS LEIDO...

generadores de energía. El reactor de agua pesada de Winfrith, una de las instalaciones más importantes de la UKAEA, proporciona también electricidad a la red nacional. Su calor proviene de uranio natural encerrado en bidones de aleación de circonio, siendo la reacción nuclear controlada por agua pesada. La electricidad total generada hasta el momento por el reactor de Winfrith equivale al suministro de una ciudad de 150.000 habitantes durante más de ocho años.



Niños vascos

Una encuesta realizada en Guipúzcoa a escolares de primero de EGB en once centros escolares, revela que el 20 por 100 de los niños tienen problemas psicológicos. Los porcentajes más altos corresponden a problemas de aprendizaje (36 %), afectividad (26 %), conducta (25 %) y lenguaje (20 %). Estos datos se desprenden de una ponencia presentada por Agustín Ozamiz bajo el título *Psicopatología en Euskal Herria*, en el transcurso de la segunda jornada de la III Semana de Psicología.



Sangre andaluza

La Junta de Andalucía está realizando gestiones activas para la creación en la Comunidad Autónoma de un centro regional de Hematología y Hemoterapia, por aquello del déficit de donación de sangre que atraviesan las ocho provincias. La Consejería de Salud del gobierno autónomo andaluz ha realizado un estudio sobre el tema que contempla la creación de cinco centro

regionales, ubicados en cada una de las cinco regiones hospitalarias (Sevilla y Córdoba, Almería-Jaén, Málaga, Cádiz-Huelva y Granada). Así se coordinará un Banco de Sangre en Andalucía y un Centro Regional de transfusión sanguínea como organismo que coordinará, integrará y centralizará las actividades de estos centros atendiendo las necesidades actuales.

Curar la tuberculosis

Sobre *Medio siglo de experiencia médica y en especial antituberculosa* habló en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia el doctor **Enrique Hervada Iglesias**. «Por fortuna —dijo el doctor Hervada—, hoy la tuberculosis ha descendido notablemente, aún cuando no existe esa desaparición que algunos pretenden. La medicación actual es activa y eficaz y, cuando se aplica bien, curan el 98 por 100 de los

tuberculosos. Actualmente se dice que, si no se cura un tuberculoso, se debe a la desidia del médico o del paciente.»





Trasplante doble

Un equipo médico en el Hospital Harfield, al oeste de Londres, realizó un trasplante de pulmón y corazón a una mujer de 48 años después de quince horas en el quirófano. Fuentes del Hospital señalaron que la

recuperación de la paciente es satisfactoria y, tanto el nuevo corazón como el pulmón, funcionan bien, aunque tendrá que permanecer durante algún tiempo con un respirador. Esta es la segunda operación de este tipo que se realiza en Gran Bretaña y se trata de la primera enferma británica en someterse a esta clase de trasplante.

Calor atómico

El reactor atómico de Winfrith, en el sur de Inglaterra, perteneciente a la Junta de Energía Atómica del Reino Unido (UKAEA), ha producido, desde que entró en

servicio hace 16 años, ocho millones de megavatios/hora. Tal cifra fue alcanzada al finalizar 1983 cuando el reactor había funcionado con un factor de utilización de 73,5 por 100, la mayor de su historia, lo que lo sitúa entre los mayores



De Madrid al gripazo

Madrid fue la provincia española que más casos de infección respiratoria aguda y gripe tuvo durante 1983, según datos del Boletín Epidemiológico Semanal de la Dirección General de Salud Pública. Como se sabe, estas dos enfermedades fueron las dos primeras en casos de declaración obligatoria, con 5.049.240 y 3.465.215 respectivamente. En cuanto a la gripe, tras los casos de Madrid, se sitúan las siguientes provincias: Valencia con 350.565; Zaragoza, 200.078; Vizcaya, 193.133; Barcelona, 146.243; Córdoba, 144.858 y Málaga, 127.033.



Riesgo de aborto

La administración de vitaminas y minerales en la fase inicial del embarazo hace disminuir el riesgo de aborto, según un estudio divulgado en Alemania Federal. La observación de 7.870 mujeres gestantes permitió comprobar el efecto beneficioso de estas sustancias. Entre las futuras madres a las que se administraron vitaminas y sales minerales, el porcentaje de abortos fue del 7,8 por 100, mientras que un grupo paralelo fue del 23,5 por 100.



Embarazo cerebral

Con un reforzamiento de las hormonas hipotálamicas, el cerebro podrá controlar en el futuro la ovulación y, consiguientemente, el embarazo. Este ha sido uno de los temas discutidos hasta ahora en el V Seminario Internacional sobre Control de la Fecundidad, que se cele-

bró en la ciudad de Génova. Según los expertos, en el futuro no hará falta controlar los embarazos con fármacos a base de hormonas sexuales, sino con píldoras que contengan hormonas hipotálamicas, que son las hormonas cerebrales que regulan, a su vez, las sexuales.



I.C.M. 20 CONGRESO INTERNACIONAL

PROGRAMA

	SABADO - 1 SET.	DOMINGO-2 SET.	LUNES - 3 SET.	MARTES - 4 SET.	MIERC. - 5 SET.	JUEVES - 6 SET.	VIERNES - 7 SET.
SESIONES Y EVENTOS	ICM - Reunión de Ejecutivos	Hilton 1100-1800 Registro Entrega de Documentaciones	Sydney Town Hall- "La Matrona en el Pacífico Oeste" 09'30 Bienvenida del Presidente 10'00 Audio/visual "Nacimiento en la Tierra desde sus 11'00 Panel: Región de Pacífico Oeste	Sydney Town Hall "Educación de la Matrona a nivel 09'00 Resumen programa Lunes 09'20 "Acercamiento de Australia" 10'30 Panel Internacional	Sydney Town Hall "Elección de prácticas" 09'00 Resumen programa Martes 09'30 "Problemática de la Matrona" 10'30 Panel Internacional	Sydney Town Hall "Investigación para el conocimiento" 09'00 Resumen programa Miércoles 09'30 "Investigación: la experiencia australiana" 10'30 Panel Internacional Hilton. Continua. Reunión Consejo ICM	Sydney Town Hall "Hacia el año 2000" 09'00 "Conseguir la Salud para todos" 10'30 Panel Internacional
			12'00 - Almuerzo	12'00 - Almuerzo	12'00 - Almuerzo	12'00 - Almuerzo	12'00 - Almuerzo
		Sydney Opera House 14'00 Servicio ecuménico 16'00 Ceremonia de apertura	14'00 Town Hall Sesión A Hilton Sesión B	14'00 Town Hall Sesión A Hilton Sesión B ICM Consejo Reunión	14'00 Town Hall Sesión A Hilton Sesión B Reuniones Regionales	14'00 Visitas profesionales Hilton Continua reunión Consejo ICM	14'00 Town Hall Sesión de clausura
TOURS		18'00 Recepción (incluida en cuota) 09'00-12'30 Visita ciudad (opcional)	20'00 Recepción del Presidente (invitación) 09'00-12'30 Playas del norte y Zoo (incluido en cuota de acompañantes)	19'30 Cena (mariscada) (opcional) 08'00-18'30 Valle de los Cazadores. Viñedos	18'00 Town Hall Demostración danzas típicas 09'00-12'00 Casas históricas (opcional)	19'00 Cena en el puerto crucero (opcional) 14'00-17'00 Paseo por Padinton (opcional)	09'00-17'30 Día australiano (opcional)
	CUALQUIER DÍA: CRUCERO POR EL PUERTO (incluido en cuota acompañantes).						



**PRECIO APROXIMADO POR PERSONA
EN HABITACION DOBLE CON BAÑO**

255.600 Ptas.

**INCLUYENDO TARIFA AEREA MADRID-LON-
DRES-SYDNEY-LONDRES-MADRID.**

**ESTANCIA EN HOTEL DE PRIMERA CATE-
GORIA 8 NOCHES EN REGIMEN DE ALOJA-
MIENTO Y DESAYUNO, TRASLADO DE LLE-
GADA Y ASISTENCIA.**

REGISTRO AL CONGRESO 33.350 Ptas.

ACOMPAÑANTES 11.600 Ptas.

(Antes del 15 de Mayo)

ACOMPAÑANTES 14.500 Ptas.

(Después del 15 de Mayo)

EXTENSION 2 NOCHES A SINGAPUR

Hotel de primera - alojamiento y

Desayuno 14.950 Ptas.

EXTENSION 5 NOCHES:

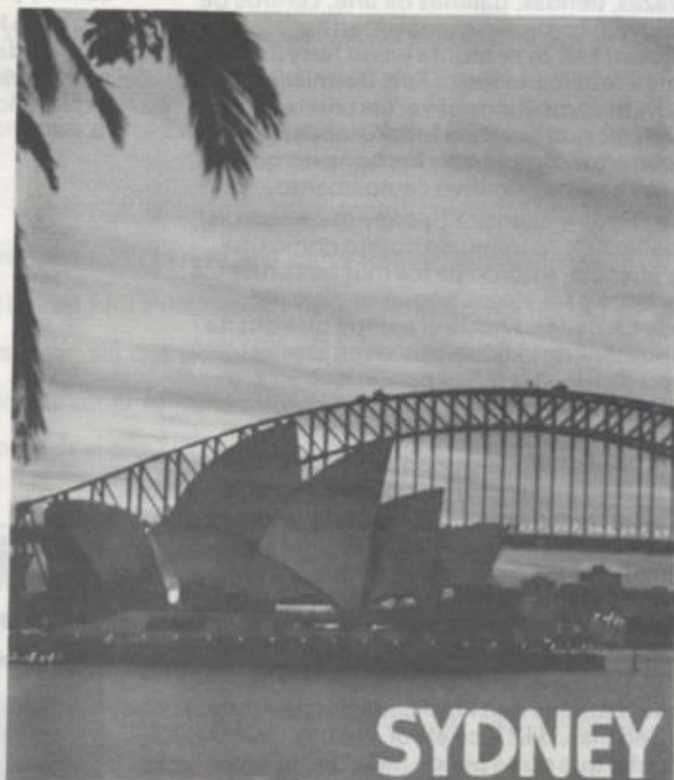
2 EN BARGKOK

3 EN PATTAYA 73.900 Ptas.

Hoteles de primera y tarifa aérea.

**PRECIOS DE ACUERDO CON LAS TARIFAS
VIGENTES Y LOS CAMBIOS DE DIVISA AL 5
DE ABRIL 1984.**

**ESTOS PRECIOS SON APROXIMADOS,
EN EL Nº SIGUIENTE TENDREMOS
LOS PRECIOS DEFINITIVOS.**



—SYDNEY—

Esta es la ciudad que con el estilo de vida moderno más cosmopolita, pone en contraste los más antiguos edificios con la más reciente historia del hombre blanco en Australia.

Estamos ante una hermosa ciudad levantada sobre una resplandeciente bahía cuya orilla — en su mayor parte aún conservada — tiene un recorrido total de 240 Km. de circunferencia.

Desde el centro de la ciudad, miles y miles de hogares de tejados rojos se extienden por calas y playas arenosas sobre 4,075 Km², haciendo cierta la tradicional creencia australiana de que cada uno debe tener casa propia.

Desde el puerto, la ciudad toma el aspecto de un masivo reflejo solar, con sus rascacielos de cristal rodeando las blancas velas de la famosísima Opera de Sydney.

Buques de carga, remolcadores, blancos transatlánticos repletos de turistas, ferrys, overcrafts y yates de todo tipo de esloras y diseños, rivalizan por abrirse camino en la concurrida bahía, cerca del gran puente de acero que comunica la ciudad con los arrabales del norte, justo a la salida de esta bahía increíble.

La ciudad está llena de recuerdos de sus comienzos. Por algo el capitán Arthur Phillip y sus leales la escogieron como el campamento idóneo a la semana de llegar a Australia.

El barrio llamado Rocks, junto a la Opera y al pie del puente de la bahía es donde aquél campamento original se estableció y hubo un tiempo en que proliferaron tabernas, burdeles y garitos que frecuentaban marineros y criminales.

Hoy es un fascinante complejo de terrazas, tiendas, galerías de arte, centros de artesanía, comercio especializado y restaurantes. Si se monta en un ferry desde el muelle cercano hasta Fort Dennison — una isla fortificada donde al ver las crueles bolas y grilletes que llevaban los prisioneros empezará a comprender los horrores que se dieron en este primitivo campamento.

Cada visitante a Sydney debe apreciar la belleza de su inmenso puerto como una experiencia, a bordo de los muchos cruceros que tiene para elegir. Según se aleje del ruido ciudadano hacia el campo que queda a unos cuantos kilómetros en cualquier dirección, le será difícil pensar que en ese apacible lugar habitan 3½ millones de personas.

Rodeando la ciudad de Norte a Sur hay miles de doradas playas, por donde chicas en bikini aprovechan cada minuto de sol al tiempo que jóvenes tostados se deslizan sobre las olas en sus tablas de surf. Si le encanta un moreno integral, también existen playas donde sobran hasta los trajes de baño. Como prefiera.

La vida al aire libre encaja perfectamente con la soleada Sydney donde de 365 días, 342 luce el sol. No hay deporte popular que no se pueda hacer junto a sus aguas, como el tenis, la hípica, cricket, fútbol, golf, en los millares de clubs privados y públicos de la ciudad y sus alrededores.

Por la noche se encienden las luces. Entonces es a "King's Cross" a donde se va,

métase en sus night clubs y restaurantes o dedíquese simplemente a darse una vuelta por "The Cross" donde verá a las chicas de la noche, la centelleante Alamein Fountain... donde podrá contemplar cómo el mundo gira a su alrededor.

Si viene en Enero, coincidirá con el Festival de Sydney que se celebra con fiestas, bailes, conciertos pop y de jazz, exposiciones artísticas y de artesanía, carnavales de surf, tómbolas callejeras, circos, desfiles y todo ello a la luz del sol por calles y parques.

Da lo mismo qué época del año sea en esta ciudad. Será maravilloso. Tan maravilloso que le costará dejar de explorarlo un poco más a fondo.



LA ASOCIACION INFORMA

Queridas afiliadas, para las que estéis interesadas en el tema colegial que desde 1977 ha permanecido en constante litigio, que los Tribunales a pesar de sus sentencias no ha aclarado, os mandamos esta pequeña nota para información:

La UNIFICACION COLEGIAL se ha producido ya, sin más vías de apelación, puesto que la única vía que quedaba era el Tribunal Constitucional. Este máximo tribunal ha desestimado el tema por considerar que no era asunto de interés.

Creemos que un Contencioso-Administrativo de la envergadura que ha tenido éste si es de interés para el Tribunal Constitucional si se tiene en cuenta que los otros Tribunales de alguna manera no han sido consecuentes con sus sentencias, pero es posible que el Tribunal Constitucional se haya creado solo para resolver problemas más bien de índole "política".

Os recomendamos que normaliceis vuestra situación colegial, la que sólo esté en la Sección de Matronas del antiguo colegio, con el colegio unificado.

Si tenéis algún problema os podéis dirigir a la Asesoría Jurídica de la Asociación.

ANUNCIOS GRATUITOS

SE ALQUILA O VENDE
APARTAMENTO PANTANO
DE SAN JUAN
PRECIO CONVENIR:
TELEF (91) 216 58 31

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

ALQUILO APARTAMENTO
MES DE JULIO PRIMERA
LINEA EN LA PLAYA DE
BENICASIN.
TRES DORMITORIOS SEIS
CAMAS, DOS BAÑOS Y TERRAZA
CON VISTA AL MAR
TELEF. (91) 474 20 42

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

