



matronas hoy

REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

Agosto - Septiembre, 1985 - N^o. 12



Esta escultura ha sido realizada por el escultor Jose Luis Fernández en exclusiva para la Asociación Nacional de Matronas.



DIRECCION
M^a Angeles R. Rozalén

REDACTOR JEFE
Isabel Casillas

ADMINISTRACION
Y

PUBLICIDAD:
JUNTA EJECUTIVA
C/ Velázquez, 26
MADRID-4
Teléf. 435 63 80

CORRESPONSALES
Rosa Gaspa (Soria)
Antonia Díaz Villaseñor
(Ciudad Real)

Depósito Legal:
M-19000-1983

IMPRIME:
Copiasol. Espoz y Mina, 1

SUMARIO

	Págs.
Editorial	3
Evolución de la atención obstétrica en los últimos 20 años	4 a la 6
Nuevos enfoques del puerperio	7 a la 11
Trastorno psiquiátrico y ciclo menstrual	12
Desde Andalucía	13 y 14
1 ^{er} Congreso Nacional	15
La esponja anticonceptiva en la actualidad	16 a la 26
V Curso Educación Maternal	27
La mujer gestante en atención primaria de salud	28 a la 31
1 ^{er} Certamen Nacional de Enfermería	32
Estado actual de los conocimientos sobre Epidemiología, Etiología y tratamiento Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (S.I.D.A.)	33
La terapia individual de la impotencia	34 a la 36
La Asociación informa	37 a la 40
Humor y Pasatiempos	41 y 42



e. carreras
DIVISION COSMETICA

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



matronas hoy

REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

EDITORIAL

Otra vuelta de vacaciones, un año más, y como si hubiéramos cargado nuestras "pilas", volver a la lucha cotidiana.

Esta vuelta del merecido descanso, no nos ha deparado grandes sorpresas, excepto que no ha subido la gasolina. Todo lo demás, aunque nuevo, era ya conocido en Junio.

La Ley del aborto; la ley de Sanidad; las intrigas políticas, pre-electorales; el Poder Judicial en manos del Gobierno; los políticos socialistas expuestos a un contagio al mezclarse con la "jet-set" en Marbella; el SIDA en España, reserva espiritual, que viene a sembrar el desconcierto, junto al miedo, dentro del mundillo de nuestras "locas"; la delincuencia que aumenta a 64 robos/hora; los autonómicos disgustados con la administración central, por entender que los 383.309.186,9 ptas. aproximadamente que se llevarán de los Presupuestos les parece insuficientes; el Referendum sobre la entrada en la OTAN, que costará unos 4.000 millones, ya está aquí...; en fin, como digo arriba no hay sorpresas pero como dicen los modernos es un "mogollón".

Sin embargo, de cara a las matronas, hay dos temas que viviremos, en su desarrollo, más de cerca; las leyes del aborto y de sanidad; y que por consiguiente nos afectarán, más directamente.

Respecto al primero, **no puedo plasmar en ésta página el sentir o la posición del colectivo en general**, pues como en todo, **habrá diferencias**, pero las matronas hemos comido ayudando a dar a la sociedad nuevas vidas. Por eso creo que a la mayoría les resultará violento pensar que a partir de ahora requieran nuestra colaboración, en vez de para dar vida, para quitarla, y será bien justo y legítimo la negación por parte de muchas profesionales.

De todas formas el tema es tan íntimo que choca de lleno con la frialdad de las conveniencias políticas que lo legalizan o penalizan según convenga.

Se ha venido esgrimiendo, el proabortismo, como postura progresista, pero lo queramos o no, hay valores, como es, el respeto por la vida que son casi inamovibles a lo largo de la historia de la humanidad.

La prueba de progresismo en todo caso, sería el procurar mayor educación y la cobertura precisa en atención y consejo para que toda la población interesada tenga la orientación precisa para evitar un embarazo no deseado.

Sobre la tan traída y llevada Ley de Sanidad, no puedo extenderme ahora, es un tema muy denso, pero si, decir que no parece que vaya a "reformular" sustancialmente, tanto como se esperaba. De sus ciento y pico artículos (113) 66 de éstos se dedican a regular un Sistema Nacional de Salud, la Administración Sanitaria y la Financiación.

Sólo uno trata de personal y uno de la docencia.

Imprecisiones en los plazos para poner en marcha las reformas urgentes, por ejemplo el artículo 18 trata de la enfermedad mental, pero no dice que día, ni siquiera que año estará debidamente atendida por el sistema sanitario.

De otra parte, es una Ley con claros matices de autoritarismo por parte del Gobierno. En el capítulo 4º artículo 44 se contempla la "Alta Inspección" que no es el guardián de dicha Ley, sino la autoridad, que desgraciadamente a veces se mueve más por intereses de partido que sociales. ■

Mª Angeles Rodríguez Rozalén

EVOLUCION DE LA ATENCION OBSTETRICA EN LOS ULTIMOS 20 AÑOS



Hace ya muy cerca de 20 años, que abrió sus puertas por primera vez la Maternidad de la Ciudad Sanitaria La Paz. La apertura de la Maternidad supuso, en principio, la casi desaparición de los partos domiciliarios en Madrid. La Maternidad de La Paz, fue el primero de los grandes hospitales maternos de la Seguridad Social, y conforme fueron creándose Centros Maternos y Materno-Infantiles en el resto de España, se asistió a la práctica desaparición del parto domiciliario en toda la nación.

Este hecho fundamental, creó una nueva estructuración de la asistencia del parto en España. Y modificó en cierto modo las modalidades de actuación de las matronas, no sólo en orden a su dependencia administrativa, sin también en su estructuración jerárquica, introduciendo en su actividad una mayor participación científica en la asistencia a la embarazada y al parto.

Al principio, la dotación material de la Maternidad era, no escasa en cantidad, pero sí escasa en calidad. Se disponía prácticamente, tan sólo de los útiles para la asistencia a los partos espontáneos y operatorios de tipo tra-

dicional. Además, desde el comienzo, hubo que trabajar en la organización funcional de la Maternidad. Hay que tener en cuenta, que el edificio se acabó el 25 de Junio de 1965, el Hospital abrió sus puertas a las 11 de la mañana del 6 de Julio, y a las 14 treinta horas de ese día, terminaba el primer parto, naciendo una niña, hija de CARMEN NUÑEZ FAMILIAR. A continuación como la niña convertida en una joven de casi 20 años.

Las circunstancias del desarrollo obstétrico mundial que se daban en el momento de la inauguración de la Maternidad, eran especialmente importantes:

Estábamos en plena década de los años 60. A finales de 1955 se había comercializado la oxitocina sintética, que permitía la utilización razonable de los goteos endovenosos. Se había avanzado mucho en el tratamiento de la enfermedad por isoinmunización Rh, gracias a que se podía, desde 1956, diagnosticar su gravedad por amniocentesis, y por fin se había llegado en 1965 a descubrir el método para la posible profilaxis de la enfermedad. En 1958 comenzaron en el mundo los primeros trabajos, sobre registros de frecuencia cardíaca fetal. En 1962 se introducía la amnioscopia, y en 1966 SALING, empleaba por primera vez la microtoma de sangre fetal, durante el parto. En fin, durante la década de los años 60, se perfeccionó la ecografía, y empezaron a surgir los primeros ecógrafos.

Para responder a estos auténticos retos, hubo que acomodar la Maternidad, a las nuevas demandas científicas y asistenciales. La Maternidad de La Paz, fue la primera en el país, en que se estableció una sistematización de actuación, ante la incompatibilidad Rh, primero en el aspecto diagnóstico luego en el del tratamiento (con una casuística de las mayores del mundo, en transfusiones intrauterinas), y más tarde adoptando por primera vez en España, la profilaxis sistemática en el postparto; en la actualidad, desde hace un año, extendida a profilaxis, en casos necesarios, durante el embarazo.

Fue la primera Maternidad de España, y una de las primeras del mundo, en que, ya en 1970, se practicaba habitualmente la microtoma fetal.

Fue una de las primeras Maternidades, en implantar de forma rutinaria, la práctica de amnioscopias y amnio-

centesis, para vigilar el estado del feto.

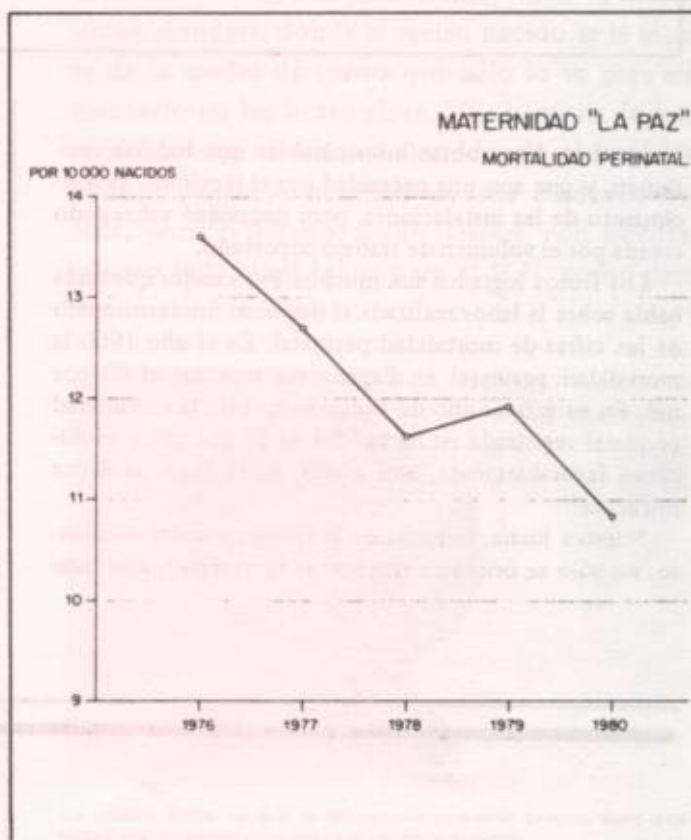
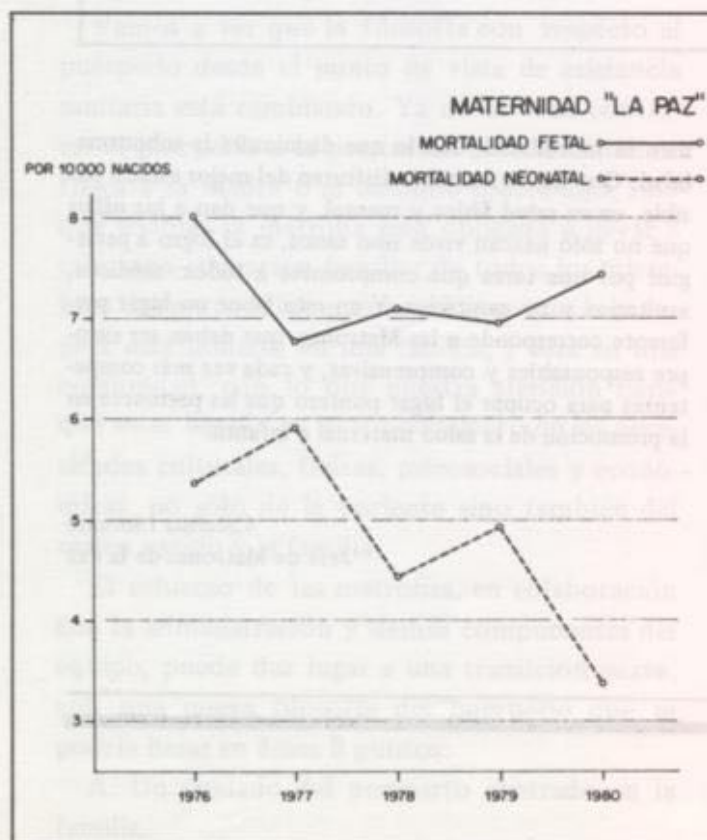
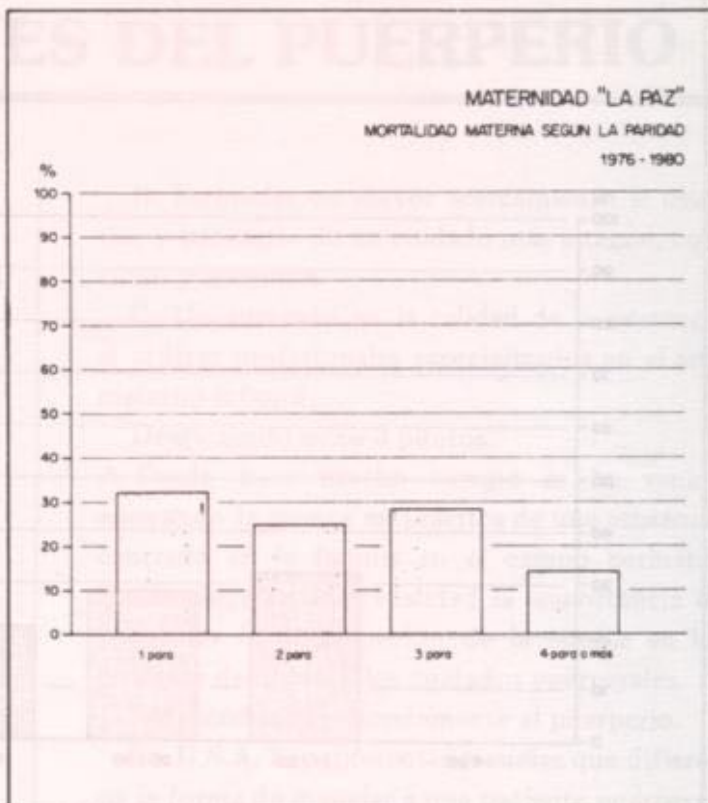
Se estableció un sistema adecuado, para la vigilancia de los casos de embarazo cronológicamente prolongado.

Y un largo etcétera, que resulta imposible enumerar.

Pero para todo ello, desde luego, hubo que vencer dificultades sin cuento. En primer lugar, resultó atosigante, el número de partos, que fue creciendo continuamente, hasta alcanzar la cifra de 29.256 (80 partos diarios de media) en 1976. La Maternidad, asistió durante estas dos décadas, casi la tercera parte de todos los partos, de la Seguridad Social o no, ocurridos en toda la provincia de Madrid. Sólo el descenso de la natalidad y la apertura de la Maternidad de la Ciudad Sanitaria, 1 de Octubre en 1980, supusieron una disminución del número de partos, con el consiguiente alivio.

Aparte del problema, que planteaba la constante ocupación de camas, la presión asistencial, entrañaba múltiples dificultades de organización. Hubo que crear un Servicio de Admisión bien estructurado, una unidad de embarazadas expectantes preparto, un Servicio específico de Fisiopatología Fetal (el primero en España, en sus características y con tal denominación). Y en todos ellos, la participación de las matronas alcanzó significado muy especial.

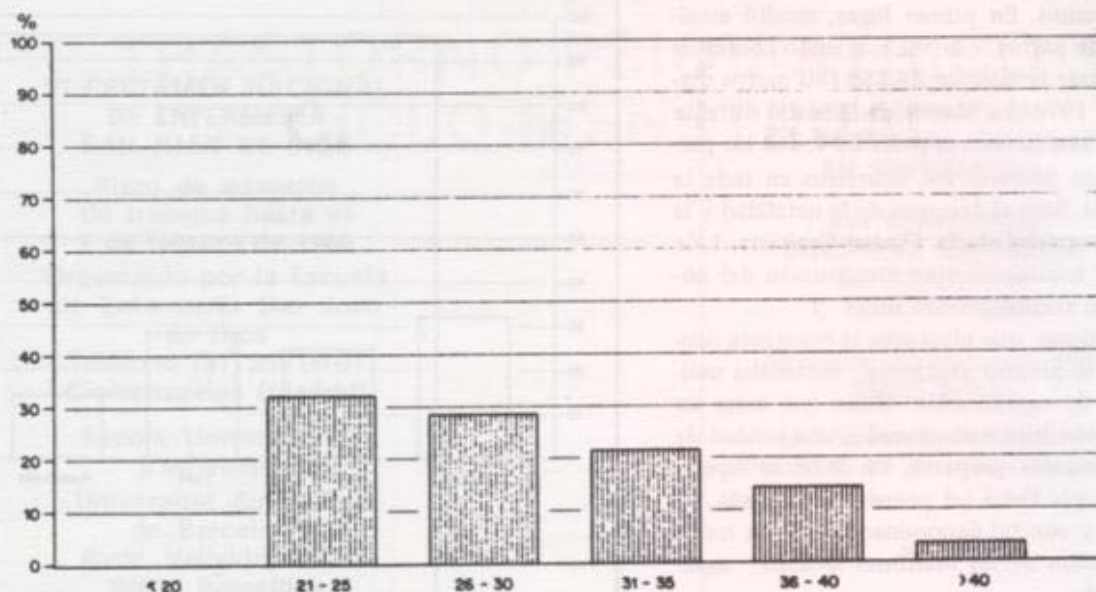
Todo ello llevó a la necesidad de realizar obras, con adecuación más conveniente de Servicios como podeis



MATERNIDAD "LA PAZ"

MORTALIDAD MATERNA SEGUN LA EDAD

1976 - 1980



comprobar. Unas obras interminables que todavía continúan, y que son una necesidad por el inevitable envejecimiento de las instalaciones, pero necesidad sobre todo creada por el volumen de trabajo soportado.

Los frutos logrados son muchos. Pero mejor que nada habla sobre la labor realizada el descenso ininterrumpido de las cifras de mortalidad perinatal. En el año 1960 la mortalidad perinatal en España era superior al 40 por mil. En su primer año de funcionamiento, la mortalidad perinatal registrada en La Paz fue de 27 por mil, y evolucionó favorablemente, año a año, hasta llegar al 8 por mil actual.

Nuestra lucha, la lucha de la Obstetricia del momento, no sólo se orienta a mejorar la mortalidad, sino tam-

bién la morbilidad, con lo que disminuirá la subnormalidad. Que nuestra madres disfruten del mejor estado posible, en su salud física y mental, y que den a luz niños que no sólo nazcan vivos sino sanos, es el logro a perseguir por una tarea que compromete a todos: médicos, sanitarios y no sanitarios. Y en esta labor un lugar preferente corresponde a las Matronas, que deben ser siempre responsables y comprensivas, y cada vez más competentes para ocupar el lugar puntero que les pertenece en la promoción de la salud maternal e infantil.

Catalina Llorente
Jefe de Matronas de la Paz

NUEVOS ENFOQUES DEL PUERPERIO

Cualquier programa de salud pública, debe incluir unos objetivos generales, en el caso que nos ocupa, programa materno-infantil, podrían ser:

- Contribuir a disminuir la morbilidad materna.
- Contribuir a disminuir la morbilidad perinatal.
- Contribuir a mejorar las condiciones de bienestar de la familia, mediante la educación y el otorgamiento de servicios de planificación familiar que permitan ejercer conscientemente el derecho y el deber de la "paternidad responsable".

Sin embargo, el tema que nos ocupa no es la salud pública, puesto que tiene tales dimensiones que nos desbordaría, el tema a tratar es una parcela pequeña dentro de éste mastodóntico y complicado sector que es el "PUERPERIO".

Vamos a ver que la filosofía con respecto al puerperio desde el punto de vista de asistencia sanitaria está cambiando. Ya no se debe concretar el puerperio a la prestación de una asistencia física a la madre o al binomio madre-hijo, sino que además la matrona está obligada a llevar a cabo una educación familiar de todos los miembros del grupo. Hay que considerar que la puerpera está inmersa en una familia, y está en una comunidad, con lo que nuestra atención tiene que estar basada en el conocimiento de las necesidades culturales, físicas, psicosociales y económicas, no sólo de la paciente sino también del recién nacido y la familia.

El esfuerzo de las matronas, en colaboración con la administración y demás componentes del equipo, puede dar lugar a una transición suave, con una nueva filosofía del puerperio que se podría basar en éstos 3 puntos:

A. Un cuidado del postparto centrado en la familia.

B. Estimular un mayor acercamiento al usuario, y proveerle de un cuidado más integral, continuo y accesible.

C. Un aumento en la calidad de la asistencia al utilizar profesionales especializados en el área materno-infantil.

Desglosando estos 3 puntos:

A. Desde hace mucho tiempo se ha venido apoyando la puesta en práctica de una asistencia centrada en la familia en el campo perinatal. Nadie niega en la actualidad la importancia de promover la participación de la familia en los procesos del parto y los cuidados puerperales.

Refiriéndonos concretamente al puerperio.

En U.S.A. hay diferentes escuelas que difieren en la forma de manejar a una paciente puerperal. Desde el sistema en que la madre y el padre asumen el completo cuidado del recién nacido, por supuesto con ayuda profesional, hasta la maternidad standart, donde al recién nacido se le separa de la madre de forma que sólo lo ve para alimentarlo en las horas clave. En el centro de éste espectro está el sistema flexible, en el cuál los nuevos padres participan de los cuidados del R.N. poco o mucho, según deseen, con asesoramiento individual tanto para el R.N. como para



La madre debe recibir la educación sanitaria precisa para que todos sus cuidados sean los que necesite el bebé.

los padres, facilitado por una plantilla de profesionales especializados.

Recientemente hay una moda, en la que, por expreso deseo del padre, se tiene "la hora del padre", durante la cuál, el padre coge al niño, juega con él y, quizá, lo alimenta con la supervisión necesaria.

Esta nueva forma de entender el puerperio, va a llevar implícito el cambio de algunas normativas del Centro que lo vaya a aplicar, como:

- Un sistema flexible de acceso a la unidad de R.N., que permitan un sistema adecuado de convivencia madre-hijo.
- Un sistema abierto de visitas para los miembros más allegados de la familia.
- Normas estrictas para el resto de los hijos, que aseguren la salud de los R.N. en las visitas.
- Instrucciones individuales y de grupo, proporcionadas por profesionales especializados, planificación familiar y relaciones paternas.
- Un programa de altas basado en el estado de salud de la madre y el R.N., basado en el nivel cultural y también en las necesidades económicas de los pacientes.

Para que todo ésto se pueda poner en marcha, cada hospital deberá trazar planes específicos para que las unidades de cuidados puerperales funcione.

El miedo al cambio en el sistema de atención puede ser un obstáculo para el éxito. Alternativas e ideas conjuntamente planeadas, colaborarán a lograr la aceptación de los cambios por parte del personal.

B. El puerperio a menudo ha sido una época subestimada, tanto por la literatura médica de atención sanitaria, como con respecto a la atención que se da a la familia del postparto, aunque ya las maternidades y centros están empezando a cambiar de actitud.

También aunque el proceso de interacción afectiva madre-hijo ha recibido una atención considerable, a la puerpera se la ha considerado en un estado normal, y por ello merecedora de escasa atención.

Las plantas de puerperio se han considerado como una tarea aburrida, pero para un profesional, atento y conocedor de la patología que conlleva el puerperio, nada está más lejos de la realidad.



Hay que dar a las puerperas consejos prácticos para cuando llega a casa.

Para poder prestar una asistencia completa se deben conocer los cambios que la mujer experimenta en el puerperio, que aunque son normales, no por ello dejan de ser estados fisiológicos y psicológicos potencialmente peligrosos.

Los reajustes fisiológicos pueden amenazar la vía, y los reajustes psicológicos y familiares pueden amenazar su salud mental o la estabilidad familiar.

La respuesta de la paciente y la respuesta de sus allegados a lo que está ocurriendo, determinará el éxito de la integración del neonato en la unidad familiar, y el bienestar físico y psicológico de éste R.N. a largo plazo.

Todos los cambios fisiológicos, que tienen lugar a lo largo de 9 meses de embarazo, se invierten en las 6 semanas del postparto, éste proceso es normal, pero dada la rapidez con que se produce, puede tener implicaciones patológicas.

No voy a hablar de la adaptación fisiológica y orgánica que sucede en la puerpera, como es la involución del útero, desarrollo de las mamas, etc., pues es de todos conocida, sino de los otros

dos aspectos que completan la visión del puerperio:

- a) Asistencia.
- b) Adaptación.

a) En cuanto a la asistencia; la provisión adecuada de las atenciones para la seguridad y el confort de la puerpera, es responsabilidad primaria de la matrona.

Una información sobre la evolución del puerperio normal suministrada a la paciente en el postparto, la va a ayudar a contrastar y medir su propio progreso. También la matrona puede proporcionar gran cantidad de información educativa para ayudarla en el cuidado propio y en el del R.N. El contenido de las materias educativas incluye el cuidado y alimentación del niño, cuidado de las mamas y periné, tablas de ejercicios, regímenes de descanso, nutrición, contracepción, pericia paterna y rivalidad con los otros hijos.

Después del alta en el hospital, debe realizarse un seguimiento por parte de la matrona. Se podría hacer, bien a través de una conversación telefónica, o a través de visitas en el domicilio. Tal seguimiento permite una identificación precoz de los problemas y la institución de un tratamiento. Para esto debe existir una colaboración y coordinación entre las instituciones abiertas y cerradas de la S.S., a través de revisiones de informes, notificaciones de altas y nacimientos y cumplimentación de la cartilla maternal e infantil.

b) Adaptación psicosocial; al contrario que en el embarazo, en el que los cambios físicos y emocionales se hacen de una forma paulatina, en el puerperio estos cambios lo hacen de una forma súbita, siendo una fuente de desequilibrio en la mayor parte de las mujeres.

Rubin, un autor americano, ha dividido el puerperio en 3 fases, las cuales van a ayudar a las matronas a comprender los cambios de conducta en las nuevas madres:

- En la 1ª fase, llamada de ADAPTACION, comprende de 2-3 días, y está marcada por la

conducta de la mujer tratando de asimilar su nueva experiencia. Come, duerme y se preocupa por la comida y el sueño del niño. Adopta un papel de dependencia, iniciando muy pocas actividades por sí misma. Uno de los más importantes aspectos de ésta fase es la abrumadora urgencia de muchas madres de hablar acerca de la experiencia del parto, desde el principio hasta el final, en un intento de recordar cualquier trozo perdido, presta mayor atención a aquellos momentos en los que estuvo ansiosa o preocupada, tal como las veces en que gritó. En este proceso de "concienciación materna", la matrona puede ayudarla a montar las piezas del rompecabezas.

- En la 2ª fase, de POSESION, comprende aproximadamente entre el 4º y el 10º día.

La madre ya trata de tomar alguna iniciativa para ella y su hijo. Lo que más necesita en ésta fase es apoyo y cariño. También es útil que se organicen programas de enseñanza.

Puede experimentar altibajos de humor. Es importante que la madre comprenda que éstos cambios de humor son normales, y que están producidos principalmente por la deprivación hormonal que está ocurriendo en su organismo. Son las llamadas "tormentas del postparto".

En ésta fase es cuando suele acaecer la depresión puerperal, que puede ser bastante grave si no se prevé. Se piensa que está cansada por una combinación de factores: descenso de las hormonas del embarazo, debido a la expulsión de la placenta, reajustes fisiológicos para volver al estado normal, enfrentarse con la realidad de la presencia del recién nacido, etc. La depresión no suele durar más de 48 horas.

Si una mujer empieza a estar irritable, ansiosa, con crisis de llanto, insomnio y autoaislamiento, ha entrado en uno de esos grupos de nuevas madres (1:1.000) que son incapaces de soportar estos cambios emocionales y que desarrollarán una psicosis puerperal.

Una mujer que ha tenido desarreglos menta-

les, estando o no embarazada, es el principal candidato a una psicosis, y la matrona deberá estar atenta a los síntomas iniciales.

- Existe una 3ª Fase, EXPANSIVA: Comienza hacia las 2 semanas. La madre siente la necesidad de volver de nuevo a la sociedad. Hay que estimular a la mujer para que dedique espacio y tiempo a sí misma, con lo que se encontrará más relajada y feliz, lo cual conlleva a una relación más perfecta con su hijo y su familia.

C. Me gustaría iniciar éste apartado con la definición de lo que es una matrona y las funciones que la competen:

MATRONA: Es el profesional que habiendo cursado el programa de educación básica en enfermería, y a su vez completado las correspondientes en el campo de la tocoginecología, está capacitado para el ejercicio legal de ésta profesión.

Profesionalmente está capacitado para proporcionar cuidados, atención y consejos necesarios a la mujer embarazada, así como en parto y puerperio. Asumir las responsabilidades del parto, del recién nacido y del niño.

Su labor comprende: Medidas preventivas, diagnosticar las anomalías materno-fetales, realizar un papel de consejera y educadora en el dominio de la salud, no solamente bis a bis de sus parturientas, sino también en el seno de sus familias y comunidades, además de educación prenatal. Llega, en ciertos aspectos a los dominios de la ginecología, de la planificación familiar y la pediatría.

Todo esto que he dicho, que actualmente parece una utopía, son funciones que las matronas han estado ejerciendo desde los anales de la historia, y que debido a múltiples factores, que no voy a analizar, han dejado de hacerlo.

No voy a intentar reivindicar aquí el puesto que la matrona tenía en la sociedad antiguamente. Como anécdota, referir que en el bautizo de Felipe II, la matrona que asistió el parto



Algunas púerperas necesitan nuestra ayuda hasta para cambiar el pañal.

de éste, fue situada a la derecha del Duque de Frías, personaje encargado de llevarle a cristianar, y a la izquierda del Duque de Alba. O el derecho de poner el nombre al niño que habían ayudado a nacer.

Bromas aparte, lo que sí quiero reivindicar es el puesto de la matrona al lado de la púerpera, porque creo que la matrona no está participando a pleno rendimiento, no de esfuerzo, sino de ámbito de funciones, de prestar toda su capacitación al servicio público.

Me quiero referir especialmente a las matronas que trabajan en las instituciones cerradas de la S.S. Estamos siendo testigos del descenso en el número de partos que se está produciendo con respecto a años anteriores, desde una media de aproximadamente 90 partos/día, a los 40 partos/día que actualmente tenemos. Esta situación la podemos aprovechar para intentar aumentar la calidad de la asistencia, prestando unos servicios más completos a las mujeres que ingresan en nuestro centro, lo cuál llevaría implícito:

- Proyectar la presencia de la matrona a las plantas de puerperio, siguiendo un sistema coherente en la utilización de un personal que se ha especializado en éste área, y que por lo tanto, prestaría sus conocimientos para conse-

guir una mejor calidad de asistencia, que se extendería a nivel preventivo, curativo y rehabilitador.

- Una continuidad en la atención prestada, lo que conlleva a la reducción del abanico de las responsabilidades, y que va a redundar también en un aumento de calidad en la asistencia.

Esto se plasma muy bien en el argot que utilizamos las matronas, expresando claramente la discontinuidad que existe. Cuando una señora llega a dilatación y le corresponde a una determinada matrona su asistencia, hablamos de "mi señora", y le seguimos aplicando el mismo apelativo incluso mientras está en el servicio de recuperación que llevan las matronas. Es más, incluso aunque el parto no lo hallamos asistido nosotras, sino el médico. A partir de su envío a la planta ya le retiramos ésta denominación, ya no es "mi señora", sino una señora o bien, una señora que yo asistí. Parece que nuestra responsabilidad frente a esa mujer se ha acabado con su envío a la planta.

- Un sistema de información mediante el cuál podamos saber la evolución y recuperación de la mujer que nos ha ingresado en admisión, y que nosotras hemos asistido. Actualmente el contacto queda roto a partir de las 2 horas posteriores al parto.

Sabemos que se producen deshicencias de episiotomía en un determinado tanto por ciento, pero no sabemos en que % participamos las matronas (creo que se ha hecho un trabajo sobre esto). Y personalizando, ¿qué tanto por ciento me corresponde a mí? ¿Cuántas episiotomías de las que yo he hecho se han ido? ¿cuántos reingresos por metrorragia puerperal eran señoras que yo he asistido?

Creo que todo esto se podría resolver con:

1º. La presencia de la matrona en las plantas de puerperas, o bien, con una supervisión de estas puerperas, llevada a cabo por 2 matronas de cada turno, con lo cual conseguiríamos una elevación de la calidad de asistencia y una baja notable de la patología puerperal, y por tanto también de los reingresos, con la consiguiente mejora económica que esto supone.

2º. Realizando actividades de coordinación y colaboración con otros miembros del equipo a través de reuniones periódicas, seminarios, sesiones clínicas, etc.

Podríamos buscar la fórmula para que dentro de la propia institución cerrada se hiciera un mayor acercamiento, y por consiguiente seguimiento, de la paciente, donde las matronas tomaran un papel activo.

- En primer lugar, desde el punto de vista clínico, prestando mejor atención que el personal menos cualificado en esta especialidad.
- En segundo lugar realizando una labor educativa al respecto, entre nuestras puerperas durante su estancia en la maternidad. Esta labor educativa se podría desarrollar con un programa sencillo: higiene del puerperio, cuidados generales de la mujer y el hijo, nutrición, planificación familiar, educación familiar, etc.

Todo ello sustentado por la puesta en marcha de un programa para la formación postbásica de la matrona, con unos cursos de actualización y educación continuada en su propio centro. ■

Dra. Mercedes Sobrino
Matrona de la Paz

TRASTORNO PSIQUIATRICO Y CICLO MENSTRUAL

Dra. I. Ruiz Ripoll

En la literatura científica y entre los conocimientos de tipo popular existen abundantes referencias a cambios conductuales y del humor en relación a las fases del ciclo menstrual. Pareciendo ser estos cambios más evidentes en los días alrededor de la regla, se han definido como Síndrome premenstrual o perimenstrual.

Algunos trabajos científicos describen para las mujeres una mayor tendencia a realizar un ingreso psiquiátrico en el momento perimenstrual, siendo esta tendencia más acentuada para las mujeres que padecen de un trastorno de tipo afectivo.

En el servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo hemos realizado un estudio para conocer la posible relación del ciclo menstrual con la aparición del trastorno psiquiátrico.

Se ha realizado un seguimiento de todas las mujeres entre 18 y 42 años ingresadas por primera vez en la Unidad Clínica del Servicio.

Valoramos los resultados de un año de segui-

miento. De 45 mujeres se estudiaron 31 que realizaron el ingreso espontáneo a través del Servicio de Urgencias; quedan excluidas 14 por diversos motivos (ingresos programados, embarazadas, en tratamiento hormonal...).

En el grupo de 31 mujeres se observa que el inicio de crisis psiquiátrica e ingreso urgente se sitúa en el período perimenstrual con una frecuencia por encima de la esperada, observándose al mismo tiempo una frecuencia muy por debajo de la esperada para la fase post-ovulatoria inmediata (luteal precoz).

No se observan diferencias en relación a los grupos diagnósticos y a la existencia e intensidad del Síndrome perimenstrual que refieren.

Los resultados orientarían hacia la definición del período perimenstrual como de fragilidad para la aparición de crisis psiquiátrica siendo la fase **luteal** precoz de cierta protección; y esto se cumpliría de una forma inespecífica tanto para los trastornos de tipo afectivo como para los trastornos psicóticos. ■

DESDE ANDALUCIA

Se celebraron el pasado mes de Junio las 1^{as} Jornadas de Matronas Andaluzas. Fue en Sevilla y al decir Sevilla no es preciso ni una palabra más.

Asistió la Presidenta de la Asociación invitada por el Comité Organizador y durante su breve estancia tuvo la oportunidad de mantener conversaciones con miembros de la Consejería de Salud y Consumo, respecto al programa de atención Materno-Infantil. Dicho programa contemplaba la figura del A.T.S., para los cuidados del embarazo y puerperio. Lógicamente esto no tiene sentido práctico mientras haya matronas.

Las Jornadas, en general, resultaron francamente bien. El nivel científico de las conferencias muy alto. Los actos sociales inolvidables.

Felicitaciones para las matronas andaluzas.



Las matronas, en contra de la Reforma Sanitaria de la Junta

Al haberse clausurado las I Jornadas de Matronas Andaluzas, se han venido desarrollando durante los dos últimos días en el Colegio de ATS y Diplomados en Enfermería de Sevilla. Durante estas jornadas, a las que no asistió, entre lo previsto, el consejero de Salud de la Junta, Pablo Recio, las matronas pusieron de relieve su disconformidad con el tratamiento que la propia Consejería de Salud está dando en la prevista reforma sanitaria andaluza a su colectivo, que se considera discriminado al no habersele reconocido, entre otras cosas, su especialización profesional.



A.B.C.

SABADO 15-6-85

Malestar en el colectivo de matronas con la Consejería de Salud

Sevilla. A. S.

Las matronas andaluzas pusieron ayer de relieve el malestar existente en su colectivo contra la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía durante la inauguración de las I Jornadas de Matronas Andaluzas, que se están celebrando en el Colegio de ATS y Diplomados en Enfermería. Según este colectivo, los responsables sanitarios de la Junta no han dado a conocer aún el programa de atención primaria de la reforma sanitaria, por lo que es posible que se generen situaciones de conflictividad en los próximos meses.

En este primer día de las jornadas, las matronas se quejaron de que la Junta está eliminando funciones que competen a su colectivo para dejarlas en manos de personal no especializado, lo que, según ellas, supone un ataque directo, no sólo al colectivo que integran, sino a las propias usuarias.

Las jornadas fueron inauguradas por el director general de Atención Primaria de la Junta de Andalucía, Esteban de Manuel, quien representó al consejero de Salud, Pablo Recio, que había disculpado su no asistencia.

A.B.C. VIERNES 14-6-85

Hoy se inauguran en Sevilla las I Jornadas de Matronas Andaluzas

Sevilla. A. S.

El consejero de Salud y Consumo, Pablo Recio, inaugurará hoy las I Jornadas de Matronas Andaluzas, que se celebrarán en el Colegio de ATS y Diplomados en Enfermería durante los próximos días.

Durante estas jornadas se pretende analizar y debatir el papel a desarrollar por el colectivo de las matronas dentro de la atención primaria. Del mismo modo, las matronas andaluzas quieren llamar la atención en estas jornadas a los responsables sanitarios de la Junta de Andalucía, que, pese a ser el Gobierno autónomo con más transferencias conseguidas en esta materia, no han delimitado todavía el marco de funciones en que debe desarrollar su trabajo este colectivo.

El tema que abrirá las jornadas será el del papel de las matronas en los centros de planificación familiar.

A.B.C. 12-6-85

Preocupación en el colectivo de matronas andaluzas ante la reforma sanitaria

Sevilla. A. S.

Los próximos días 14 y 15 de junio se celebrarán en Sevilla las I Jornadas de Matronas Andaluzas, organizadas por el Colegio Provincial de ATS y Diplomados en Enfermería con la colaboración de la Consejería de Salud y Consumo y la Diputación Provincial, que fueron presentadas ayer a los medios informativos en la sede del Colegio de ATS.

El colectivo de matronas andaluzas, que agrupa en la actualidad a unas dos mil profesionales en nuestra región, ha puesto de relieve en la presentación de las jornadas su deseo de colaboración estrecha con la Consejería de Salud de la Junta para tratar de humanizar sus funciones dentro de la medicina, si bien mostró su oposición al anteproyecto de reforma sanitaria en Andalucía que la propia Consejería ha realizado.

En estas jornadas, mitad científicas y mitad reivindicativas, se analizará la situación del colectivo de matronas en Andalucía ante la reforma sanitaria. La vocal del colectivo de matronas de Sevilla, María del Carmen Fernández Zamudio, mostró su preocupación por el hecho de que aún no se haya aclarado en qué situación van a quedar las profesionales de esta especialidad dentro de la nueva política sanitaria ni cuáles serán sus funciones en los centros sanitarios.

Las matronas se pronunciaron en contra de los proyectos sanitarios de la Junta

Sevilla. A. S.

Unas doscientas matronas andaluzas se pronunciaron ayer en contra de la política sanitaria de la Junta de Andalucía, que en el Programa de Atención Materno-Infantil elaborado por la Consejería de Salud no contempla la debida especialización profesional de este importante colectivo sanitario, según se puso de relieve ayer en el acto de clausura de las I Jornadas de Matronas Andaluzas, que se ha venido desarrollando en el Colegio de ATS y Diplomados en Enfermería de nuestra ciudad durante los últimos días.

A.B.C. 16-6-85

1^{er} CONGRESO NACIONAL de atención de enfermería en SALUD MATERNAL (MATRONAS)

15

VALENCIA 10-11-12 OCTUBRE 1985

PROGRAMA CIENTIFICO PROVISIONAL

JUEVES, 10 DE OCTUBRE

9'30 horas

1.ª PONENCIA:LA MATRONA EN EL SERVICIO SANITARIO PUBLICO:
EXIGENCIAS PROFESIONALES**PARTICIPAN:**Doña Flor Menéndez, Matrona Titular
Doña Aránzazu Azcoaga, Matrona Titular
Doña Teresa Martín, Matrona Titular
D. Javier Soto, Asesor Jurídico del Ilustre Colegio de A.T.S.
D. U. E. de Valencia**COORDINA:**Doña M.ª Josefa Alemany, Subdirectora de Enfermería
del Hospital Maternal «La Fe»11'30 horas
Descanso12 horas
Mesa redonda13'30 horas
Libre16 horas
Comunicaciones libres a la 1.ª Ponencia**COORDINA:**

Doña Encarna Lluch, Matrona

17'30 horas
Descanso17'40 horas
Reanudación de comunicaciones libres18 horas
Ruegos y preguntas

VIERNES, 11 DE OCTUBRE

9'30 horas

2.ª PONENCIA:

PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS EN SALUD MATERNAL

PARTICIPAN:Dr. F. Donat
Dr. L. Alfaro
Dr. V. Salvatierra**COORDINA:**

Doña Isabel Royo, Matrona del Hospital Maternal «La Fe»

11'30 horas
Descanso12 horas
Mesa redonda13'30 horas
Libre16 horas
Comunicaciones libres a la 2.ª Ponencia**COORDINA:**

Doña Ana Martínez, Matrona del Hospital General

SABADO, 12 DE OCTUBRE

9'30 horas

ASAMBLEA DE PARTICIPANTES: LECTURA DE
LAS CONCLUSIONES DEL CONGRESO Y ELECCION
DEL PRESIDENTE DEL PROXIMO CONGRESO11 horas
Descanso11'30 horas
CONFERENCIA:Por el Director General de Salud de la Comunidad
Autónoma de Valencia**CLAUSURA DEL CONGRESO**17'30 horas
Descanso17'40 horas
Reanudación de las comunicaciones libres18 horas
Ruegos y preguntas21'30 horas
Cena de clausura

NORMAS: Las comunicaciones versarán sobre las Ponencias del Congreso en Temáticas Libres. La duración no deberá sobrepasar los 15 minutos. Deben enviarse a la Secretaría del Congreso antes del 15 de julio de 1985.

Con el fin de incluir en una publicación posterior, enviar un resumen con título de la comunicación que no exceda de un folio, escrito a máquina, con margen y a un espacio.

PARTICIPANTES:

Profesor Dr. V. Salvatierra, Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Granada.

Profesor Dr. L. Alfaro, Jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital General de Valencia.

Profesor F. Donat, Profesor de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital Universitario.

LA ESPONJA ANTICONCEPTIVA EN LA ACTUALIDAD



M^a Angeles Rodríguez Rozalén

Poco tiempo después de Adán y Eva, el hombre, empieza a pensar que seguramente no es tan grave, a pesar de que Onán fuese castigado por Dios, ejercer la sexualidad sin que el fin de la misma, fuese la procreación. Así, lógicamente, empieza a pensar en la manera de evitar un embarazo no deseado.

Probablemente, las prostitutas, han sido el elemento social que haya aportado ideas o método más o menos empíricos, que más tarde han sido objeto de estudio científico, en busca del método idóneo. Lo cierto es, que a través de la historia, encontramos precedentes, más o menos rudimentarios de casi todos los anticonceptivos, utilizados hoy.

Es cierto que la anticoncepción surge como problema individual y por intereses igualmente individuales, pero contemplado como fenómeno social de gran alcance, ha sido preciso que los gobiernos se preocupen de arbitrar medidas, en países tercermundistas, para frenar el aumento de población, ya que de seguir el mismo ritmo de crecimiento, la explosión demográfica tendría dramáticas consecuencias para la Humanidad.

Tenemos cifras verdaderamente preocupantes al respecto.

Los índices de natalidad más altos del mundo se estiman en Senegal y Nigeria con 55 nacimientos/1000 habitantes.

El mundo en conjunto tiene un crecimiento

demográfico de un 1,9% lo que supone que la población dobla su número cada 37 años.

Hay además un factor, que si un tiempo atrás sirvió como elemento compensador, hoy, es agravante en el aumento de población, es la esperanza de vida, que oscila, en países desarrollados, alrededor de 75 a.

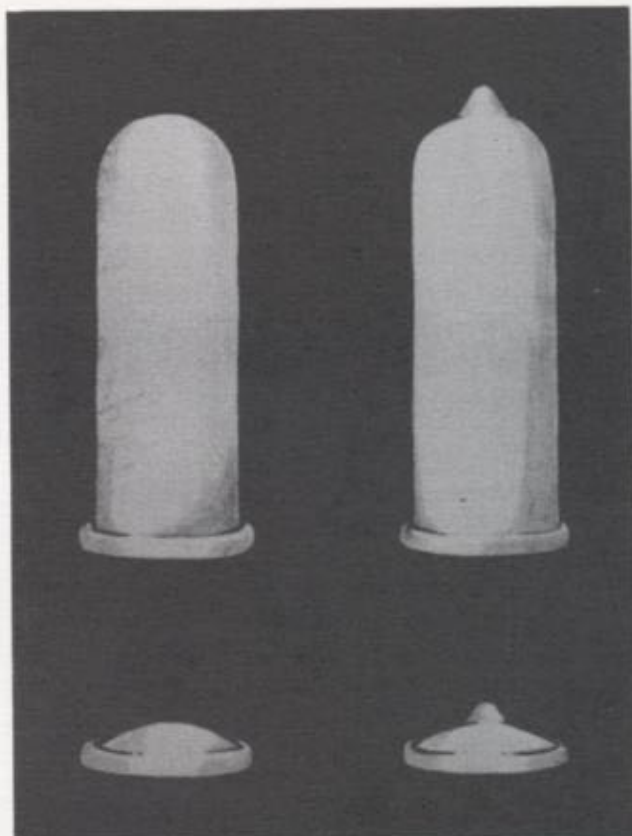
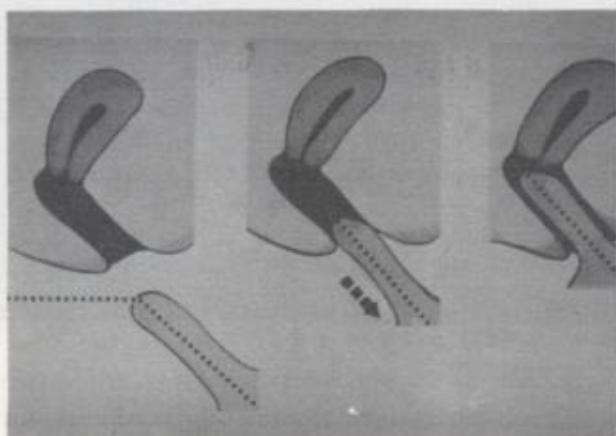
Por último, el problema desde el punto de vista económico.

La mayor injusticia social, se da precisamente en lo económico con la existencia de ricos tan ricos y pobres tan pobres. El Banco Mundial estima que de los 750 millones de pobres que viven en países en desarrollo, el 85% tienen una renta per capita de 50 \$, U.S.A./año.

Como vemos, hay razones y cifras que hablan por si solas. Pero y si pensamos en la parte más implicada?, la mujer. Hay motivos por lo que la mujer debe tener el voto de calidad, en decidir el número de hijos que desea tener. Esos motivos, son tan legítimos y de tanto peso que están en la mete de casi todos.

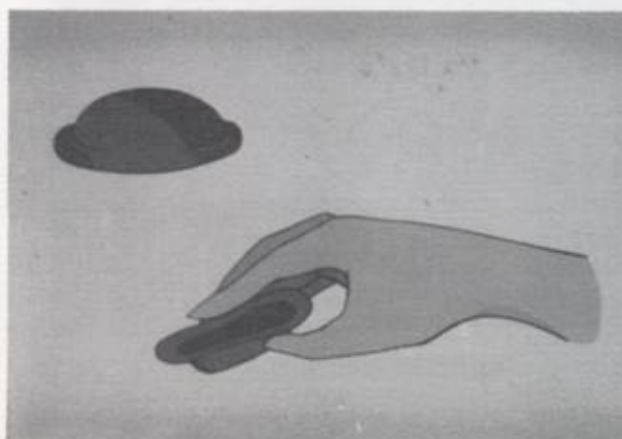
Después de éstos razonamientos, entraremos en el tema del que quería hablar, la esponja anti-conceptiva. Sin embargo, es preciso recordar la utilidad de otros métodos.

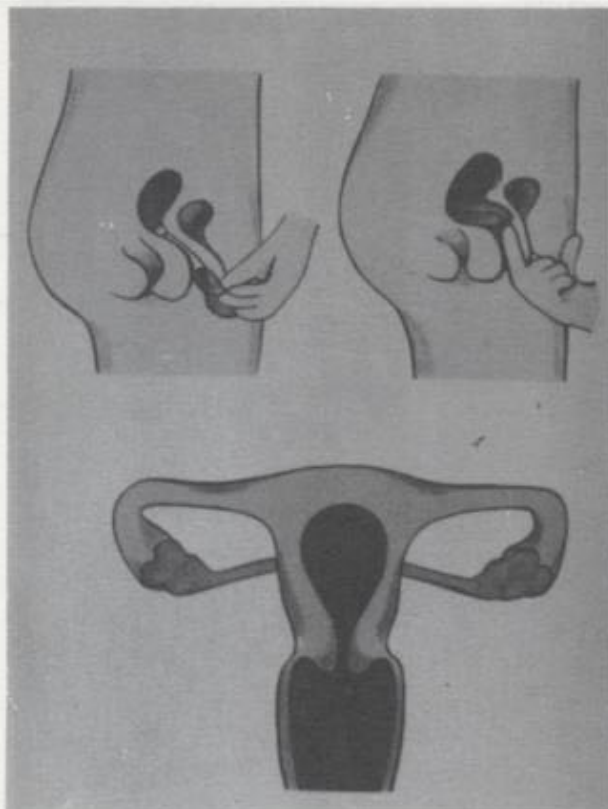
COITO INTERRUPTIDO: Con una cifra de fracasos de más de un 16%, y con una larga lista de problemas para la pareja, hay que catalogarlo, como no recomendable.



PRESERVATIVOS: Con un riesgo de embarazo de un 4-10% y con el inconveniente, de que su uso y aplicación es en el momento más inoportuno. Por consiguiente, su uso será recomendable, más, por motivos de higiene, cuando uno de los dos padece E.T.S. (Enfermedad sexual transmisible).

DIAFRAGMA: Con un índice importante de fracasos, de un 8-30%, y con la necesidad de un



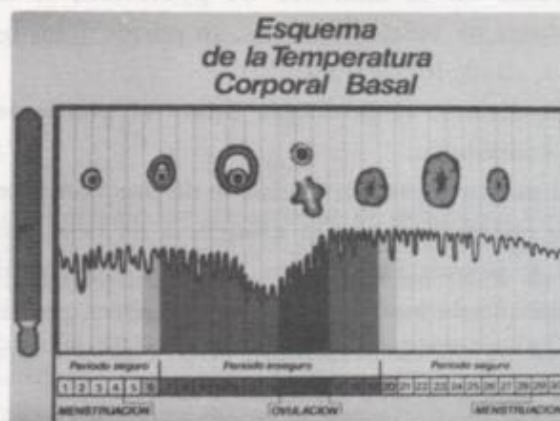


aprendizaje correcto por parte de la mujer, habrá que catalogarlo como un método más que no resuelve el problema.

METODO RITMICO: (OGINO-KNAUS) Con cifras de embarazo, del 7-38%, y conociendo los inconvenientes, de limitar la relación sexual, a los días supuestamente no fértiles, no es preciso aclarar más razones de porqué no es recomendable.

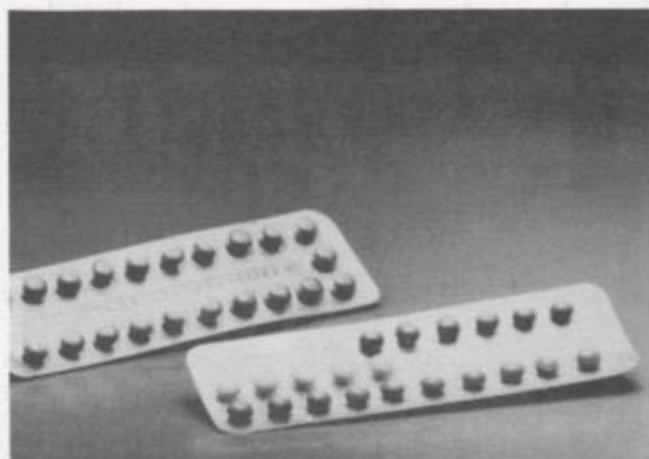


TEMPERATURA BASAL: Parecido al anterior, en incomodidad, con una cifra de 1-7%, es como limitarse, perdonen la broma, a viajar en tren, solo en "días azules". No es recomendable.

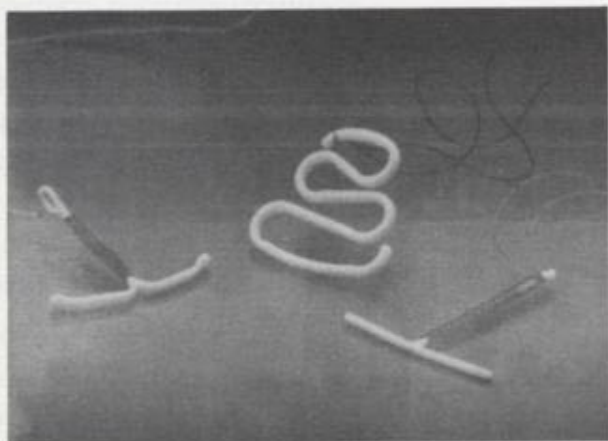
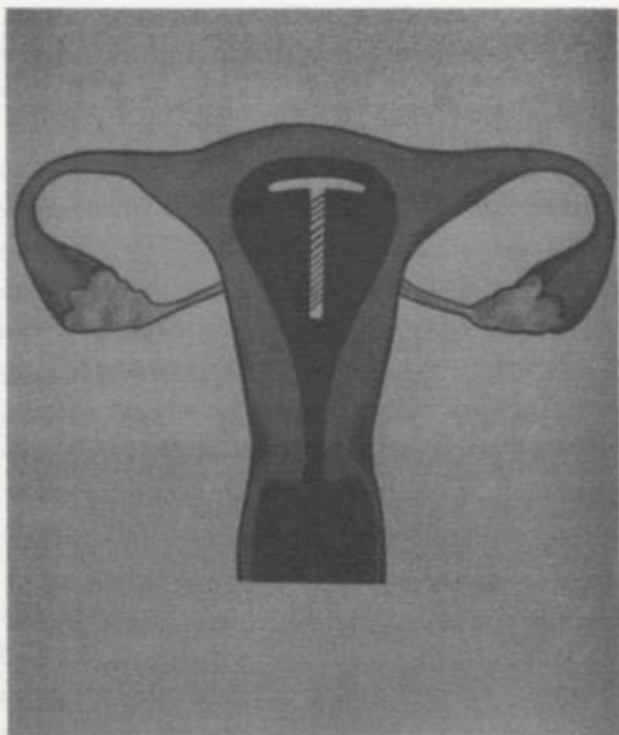


HORMONAS: La famosa píldora, actuando como anovulatorio, resulta un método bastante seguro, y si se combina con otros métodos, de barrera, su eficacia es total, pero en algunas mujeres su utilización está absolutamente contraindicada: más de 40 años, fumadoras, problemas circulatorios, tumores estrogénico-dependiente, hepatitis, etc...

Este método, buscando la comodidad, de la usuaria, tiene variantes en cuanto a dosificación y posología.

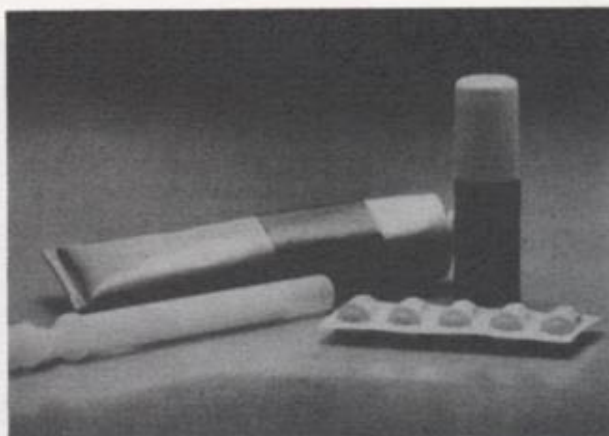


D.I.U.: El dispositivo intrauterino, es un método con un margen discreto de fiabilidad, un 1-5%, no obstante, a veces se plantean complica-



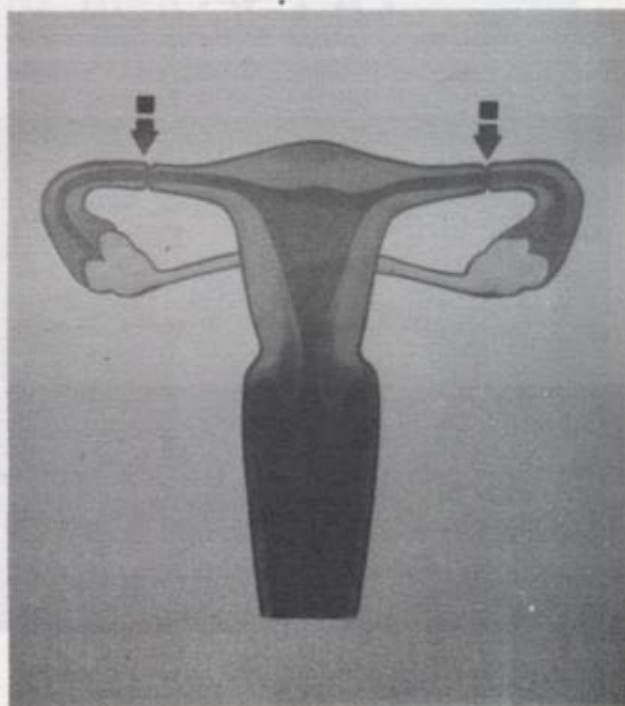
ciones y contraindicaciones importantes: hemorragias, expulsiones, infecciones, etc...

ESPERMICIDAS: La contracepción química vaginal, empieza a partir de una sustancia denominada Nonoxynol-9 en 1970, aunque su capacidad espermicida, la había descubierto Millman en 1952. Posteriormente se incorpora otra sustancia para éste método, el cloruro de Benzalconio que al parecer, los estudios realizados demuestran que es un principio activo eficaz y de acción rapidísima como espermicida y además antiséptico. Su margen de error está en un 5-7%,

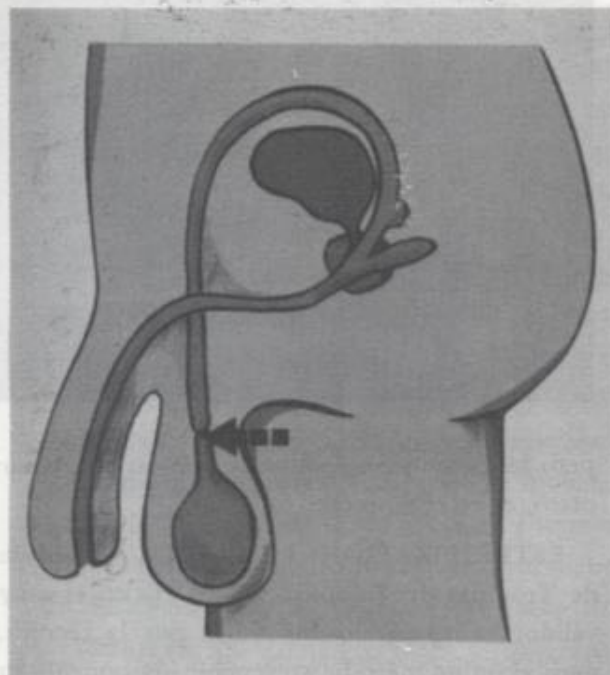


pero la incomodidad surge cuando su uso, como otros, es en el momento del coito.

ESTERILIZACION FEMENINA: (Ligadura de Trompas de Falopio). Como eficaz, es muy válido, exceptuando los fallos por la técnica, pero al ser un método irreversible lógicamente su indicación es bastante limitada.



ESTERILIZACION MASCULINA: (VASECTOMIA) su eficacia no admite dudas, al quedar el semen eyaculado sin espermatozoides, las dudas quedan para los caballeros, que son muy



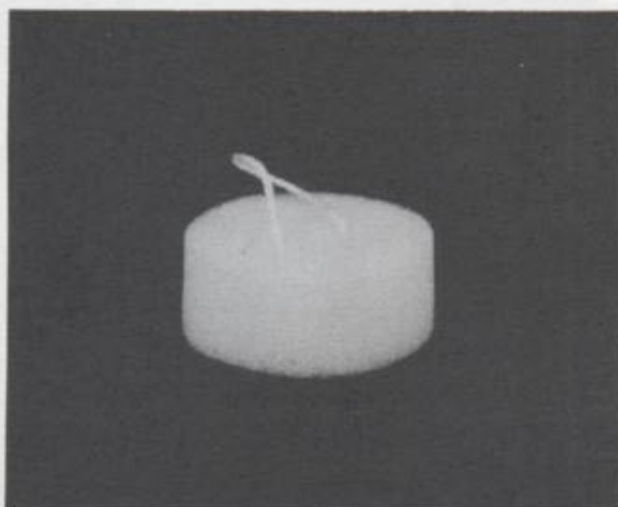
celosos de su sexo, incluidos los de nivel cultural más alto.

El otro gran inconveniente es su irreversibilidad.

TABLA DE FRACASOS DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

Métodos	Embarazos por 100 años-mujer
Cotto interrumpido	20%
Ogino-Knaus	2-30%
Temperatura basal	3-7%
Preservativo	4-22%
Diafragma	8-30%
Espemicidas	5-7%
DIU	1-5%
Píldora combinada	0.5-2%

LA ESPONJA ANTICONCEPTIVA



La esponja anticonceptiva es un método perfeccionado por la moderna tecnología.

A lo largo de la historia aparece el empleo de esponjas que introducidas en vagina servían de anticonceptivo, como así lo describen **papiros egipcios de hace 3.000 años**. En el **siglo XVI** aparece citada en un libro de H. Estienne, que

fue quemado por el Consistorio de Ginebra y en otro muy curioso de **1.665** titulado "**L'Ecole des filles**" que era un primitivo tratado de Higiene y Sexualidad. El método era aplicado no sólo por prostitutas sino también por altas damas.

En el Siglo XX, hasta hace tres años, por su escasa eficacia y la aparición de otros métodos, como el diafragma, espermicidas, condón etc., lo hacen desaparecer.

En **1976**, aparecen las primeras publicaciones de **CHAPVIL** en U.S.A., que actualizan su utilidad, al cambiar el material básico utilizado, (colageno, polímeros, agar-sucrosa etc.) por un tipo especial de poliuretano y formol polivinílico.

Mecanismo de Acción:

Es un método de barrera. La esponja introducida en vagina se emplaza delante del orificio cervical impidiendo el paso del espermatozoide, actuando así:

Absorbe el semen quedando el espermato-

zoide atrapado en el interior de las celdillas porosas, (medio muy hostil para el mismo).

La esponja en cuestión, es un cilindro de formol polivinílico, concebida para obtener las propiedades de **atóxica, no irritante, inerte, inalterable por el contacto de órganos humanos, líquidos y secreciones biológicas, imputrescible, no desprende partículas** y muy elevada **capacidad de absorción**, fácil adaptabilidad a las paredes vaginales, para constituir un **perfecto obstáculo**, resistencia a la tracción, para no fragmentarse al ser retirada, **memoria de forma** y adecuada suavidad para **pasar desapercibida**. Todas estas cualidades además de su resistencia al **envejecimiento, oxidación, contaminación bacteriana y micótica**, pH, no producir olor, etc., etc., explican las dificultades industriales a superar para su obtención. Por ello ha sido un producto poco comercializado.

— El tamaño ideal viene a ser de **50 mm.** de diámetro por **20 mm.** de alto y su capacidad de absorción, para esperma antes de licuación es de **35 a 45 ml.** por gramo de esponja seca.

— Sus celdillas, son de estructura semi abierta, con un diámetro medio de **0,23 mm.** y posee la mejor relación posible entre el número, la resistencia, y el grosor de la pared, lo cual le proporciona una rápida recuperación de la forma. Su resistencia a la compresión es menor del **3%**, lo que unido a una muy calculada elasticidad de pared, dureza limitada y uniformidad de celdillas proporcionan un tacto suave y flexible. Todo ello y la humectación de que va provista, al ser usada le proporciona una perfección similar al de las paredes vaginales, pasando desapercibida tanto para la mujer como para el hombre.

Su eficacia anticonceptiva, no está suficientemente establecida, la F.D. A. Norteamericana ha decidido considerar a la esponja como un método altamente efectivo, al estar sus fallos por debajo de **15**.

Si bien la cifra de fallos que dá el uso de la esponja anticonceptiva, no viene a mejorar a

otros métodos, si parece que esa misma esponja asociada a un espermicida arroja cifras de éxito francamente llamativas, siendo un método tan simple para su uso y en principio absolutamente inócuo.

En America se comercializó la esponja de poliuretano más **Nonoxinol-9** en 1981, y en 1982, se publica un estudio sobre 618 mujeres y 7.416 meses, que arroja un resultado de **1,1%** de fallo habiéndose utilizado correctamente.

En 1982, Edelman y Thompson en U.S.A., reportaron sobre 346 mujeres y 14.076 meses una tasa de fallos de **2,5%** en uso correcto y del **5,1%** cuando se incluyeron errores y olvidos.



Los espermias quedan atrapados entre las celdillas de la esponja.

El multicéntrico de Carolina del Norte, dio en 1982 sobre 1.102 mujeres y 6.612 meses una tasa de fallos del **6%** incluyendo el uso con errores y olvidos.

Sin embargo en Europa ha sido mejorado este método de barrera, al utilizar otro principio activo, la esponja de Formol Polivinílico más cloruro de Benzalkonium. En 1981 Langlois en Francia, en un trabajo sobre 247 mujeres y 2.597 ciclos describe un sólo embarazo por mal uso. Índice a 12 meses **0,46**.

En el primer estudio del profesor Cohen en Francia publicado en 1983, sobre 122 casos 1.210 mcses, registra un sólo embarazo por uso incorrecto.

Un segundo estudio del Prof. Cohen y Serfaty en 1984, sobre 219 casos y 2.009 ciclos no reportó fallo alguno en uso correcto y seis en uso irregular.

Erny, en 1982 publica un trabajo confirmando que este método tiene un método adicional de barrera porque provoca en el moco cervical de los días fértiles una coagulación que transforma el coloide en magma con mallas inferiores a 5 micras y, por tanto, infranqueables para el espermatozoide. Este efecto original, había sido ya descrito por COMMEROT en 1974, confirmado por CHRETIEN en 1984, podría ser una de las causas por las que la eficacia anticonceptiva del método europeo haya sido mayor...

Serfaty en 1982 publica sobre 102 casos y 672 ciclos un embarazo de una mujer que no usaba la esponja por haber agotado las muestras.

RESUMEN:

A la vista de todos estos resultados, habría que estimar este método, como una novedad altamente beneficiosa, de una parte por su bajo índice de fallos por todas las cualidades que le pueden hacer muy aceptable entre las parejas:

Características y uso de este método:

- Barrera mecánica.
- Barrera física.
- Barrera química.
- Un sólo uso, (no debe retirarse antes de 2 horas). Hasta 48 h. puesto. (No riesgo de shock tóxico).

- Teniendo puesta la esponja, no se usará ningún jabón.
- No precisa adaptación a medida. (Como el diafragma.)
- No resta espontaneidad al acto amoroso.
- Proporciona protección desde el momento de su inserción. No es preciso renovar para cada coito. (48 h. de permanencia.) Ninguna contraindicación.

La esponja anticonceptiva, ha sido usada por millón y medio de mujeres americanas, en el año 1984, se prevee, que a muy corto plazo represente el 10%, en su uso, de todos los anticonceptivos.

De cara a las Matronas, éste método podría marcar cambios importantes, en cuanto a una participación directa y operativa en el campo de la Orientación Familiar. Hasta hoy, a pesar de ser el profesional más cercano al problema, y por consiguiente más consultado nos vemos obligadas a transferir a nuestras consultantes a otro profesional médico, ya que del gran arsenal de anticonceptivos de que se dispone, comportan, los más eficaces, técnicas quirúrgicas o prescripción facultativa. Por eso opino, que de seguir demostrando en estudios, más numerosos, su eficacia, en breve tendríamos en nuestras manos la solución de muchos problemas de nuestras mujeres, habremos prestado un buen servicio a nuestra sociedad, que en definitiva es lo que nos motiva y tenemos como meta, en nuestro quehacer cotidiano.

ESTUDIOS CLINICOS MULTICENTRICOS

CONSEJO MUNDIAL DE POBLACION
INTERNATIONAL POPULITY RESEARCH SOCIETY
C.I.P.A.

TAMPON de NONOXINOL-9

	Nº casos	años/ mujer	Índice de Fallos NO CORRECTO DIRECTO		FALLOS % a
1982 I. B. R. R. Tubol. USA	219	1.410	1,1	N.D.	10 100
1982 EDELMAN y col. USA	94	14.000	2,5	5,1	5 +
1982 I. B. R. R. N. Carol. USA	1.105	6.810	N.D.	6,0	5 +
1982 F. D. A. USA	1.810	10.400	N.D.	15,0 *	10 +
	3.064	27.620			

Nº 10 de INFORME
C.I.P.A. 1984

1ª esponja comercializada Poliuretano + Nonoxinol-9.

ESTUDIOS CLINICOS MULTICENTRICOS

CONSEJO MUNDIAL DE POBLACION
INTERNATIONAL POPULITY RESEARCH SOCIETY
C.I.P.A.

TAMPON de CL. BENZALKONIUM

	Nº casos	años/ mujer	Índice de Fallos NO CORRECTO DIRECTO		FALLOS % a
1981 LANGLOIS Francia	347	2.837	0	1,3	0-40 10 100
1982 SERFATI "	106	473	0	2,8	1,70 + +
1982 ERNY "	81	844	0	0,0	0-0 + +
1982 BORON "	38	111	0	0,0	0-0 + +
1982 COHEN "	120	3.198	0	1,9	0-20 10 +
1982 SIBONI "	244	2.316	0	2,4	1,32 10 +
1982 COHEN y SERP. "	218	2.008	0	3,7	3,60 15 +
	1.114	15.607			

La esponja anticonceptiva en la actualidad.

TABLA DE DIFERENCIAS ENTRE LOS 2 ESPONJAS COMERCIALIZADAS

	Esponja A de Poliuretano + Nonoxinol-9	Esponja B de Formol polivinílico + Cl. Benzalconium
FORMA	Cilíndrica. Aristas muy redondeadas. Oquedad en el centro.	Cilíndrica. Aristas planas
Medidas	55 mm de diámetro 15 mm. de alto	50 mm. de diámetro 20 mm. de alto
Espermicida	Ligado a la molécula del polímero (necesita ser liberado)	Libre
Actividad del espermicida (in vitro) peso por peso	1	10
Cantidad de espermicida disponible colocado el tampón insitu	125 mg. al día (después de 24 horas insertado)	90 mg. (desde el mismo momento de la inserción (incluye 30 mg. de pre-impregnación).
Liberación del espermicida	Gradual y lenta	Total e instantánea
Fallo por insuficiente liberación de espermicida	Posible si la humectación previa indispensable no se hace o se hace con poca agua (2)	Imposible (1)
Fallo por agotamiento de la liberación de espermicida	Posible si la humectación previa indispensable es excesiva (2)	Imposible (1)
Paralización del espermatozoide por el espermicida.	Solo después de haber afectado a la cabeza. (Posibilidad teórica de escape hacia útero si el contacto es mínimo)	Instantánea incluso en contacto mínimo (la afectación de la membrana del flagelo precede a la acción sobre la cabeza).

	A	B
Resistencia de la esponja a la comprensión	Media-Alta	Muy pequeña
Adaptabilidad a los repliegues	Escasa	Muy buena
Tamaño de celdilla	Muy pequeño	Medio
Capacidad de absorción de semen en las condiciones de uso (in vivo)	Media (antes de licuación)	Muy elevada (incluso antes de licuación)
Producción de film viscoso recubridor de cérvix (barrera físico-química)	Escasa	Muy buena
Barrera adicional por coagulación del moco cervical	No	Sí
Grado de oclusión cervical	Bueno. (Sólo si está bien colocado y se mantiene en posición correcta)	Bueno. (Incluso si la posición no es la idónea) (3)
Fallo por colocación defectuosa o desplazamiento	Posible	Muy improbable o nulo
Instrucciones a seguir y Maniobras a hacer para una correcta colocación	Necesarias	Innecesarias
Percibido por el varón	A menudo	No
Lubrificación vaginal	Muy escasa o nula	Escasa
Acción antiséptica del espermicida	Nula (coeficiente fenol 0,8)	Muy elevada (coeficiente fenol 600)
Capacidad de prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual	Escasa	Muy buena

BIBLIOGRAFIA

1. HIMES, N.E.: Medical History of Contraception. Baltimore. Williams and Wilkins Company 1963. 521 pág.
2. BOTELLA, J.: La contracepción. CupsaEdit. Madrid 1977. pág. 40.
3. CHAPVIL, M.; DROEGMUELLER, W.; BETTS, K.; HEINE, W.; WIENSTEIN, L.: Preliminary testing of the contraceptive sponge. *Obst. Gynec.* vol. 56. nº 4 Oct. 1980, págs. 503-506.
4. EDELMAN, D.: La esponja vaginal contraceptiva. *Boletín Médico de IPPF*. Vol. 18. Jun. 1984; pág. 1-2.
5. EDELMAN, D.: Monprescription vaginal contraception. *Internat. J. Gynec, Obstet.* 1980. pág. 18-340.
6. I.F.P.R.: 1979. Eficacia de la esponja. En CORTIT, I. *Contracepción y Planificación Familiar. Aspectos Médicos*. Edic. Scriba. Barcelona, 1983, pág. 140.
7. TAYLOR, R.; GOLDSMITH, N.; BEHLILOVIC, B.; STAJNOJLOVIC, B.; McCAHN, M.: Preliminary results of a multiclinic trial of a Polyurethane Spermicide Contraceptive Sponge. in SOBRERO, A.; SPEIDEL, J.; SCIARRA, J. Edic. Harper-Row. Chicago. Illinois, 1979.
8. LIMOUZIN-LAMOTTE, M.: La Contracepción vaginale en 1982. *Eponges. Contraception-Fertilité-Sexualité*, 1982. Vol. 10. nº 11; pág. 759-769.
9. CHAPVIL, M.; DROEGMULLER, W.; HEINE, M.; WEINSTEIN, L.: Collagen sponge as intra-vaginal barrier methods: Two years experience. In: *Vaginal Contraception, New developments*. Ed. Harper-Row. Hager Stow. 1979, págs. 110-118.
10. COLEMAN, S.; PIOTROW, Ph.: Métodos de Barrera. Investigación y desarrollo. Esponjas in *Population Reports. Serie H*, nº 5. Abril 1980, pág. 27.
11. EDELMAN, D.; THOMPSON.: Citado por SMITH, M.; BARWIN, N.: New Developments in Barrier Contraception. *Ontario Medicine*. Feb. 21, 1984, pág. 8.
12. EDELMAN, D.: Vaginal Contraception with the Today T.M. Contraceptive Sponge, *Rev. Ib. Fertil. I* (3). Sep-Oct. 1984, págs. 58-69.
13. SERLIN, R.: International Fertility Research Program in North Caroline. Sponge. Early reports based in multicentre trials. *New Scienc.* July 30, 1981; pág. 281-284.
14. FDA Drug Bulletin. Portavoz. Citado por GASCON, P. La Esponja Anticonceptiva, *Junio* 601. Feb. 1984, págs. 21-22 y ANONIMO: La Esponja Anticonceptiva. Nuevo Método de control de la Natalidad. *El Médico*, 56 (II); 22 Abril 1983, pág. 78.
15. FDA. Drug Bulletin. Vol. 8, nº 3. May-Jul. 1978; pág. 21.
16. LAMBERT, R.: Spermicidal Activity of Minivul and Pharmatex Cream. In vitro study. Report Hospital School of Medicine. Laval. Quebec (Canadá). Nov. 1979, pág. 32.
17. LEFEBVRE, Y.; GAUTHIER, Ph.; GIRARD, M.; Evaluation d'un nouveau contraceptif vaginal. *Communication 53 Congress Méd., Francoph. Quebec (Canadá)*. 6 Sept. 1980.
18. VORKHAUER, Lab.: Intravaginal sponge contraceptive device status. P.2. Vorkhauer, Lab. Newport Beach. California. Citado por CONNEL, E. in *Vaginal Contraception. Advances in Fertility Research*. Ed. D. Mischell. Raven Press. New York. 1982. pág. 34.

Continúa

19. GOLDSMITH, A.; TAYLOR, R.; BEHLILOVIC, B.; STANOGLOVIC, B.; Mc. CAHN, M.: Preliminary results of a multiclinic trial of a poliuretane contraceptive sponge. New developments. in Vaginal contraception, in: Fertility Regulation. Harper-Row. New York 1979, págs. 22-47.
20. LANGLOIS, P.; HAMON, H.; GUELFY, M.: Contraception vaginale et tensioactifs. Contracept-Fert-Sex. Vol. 9, nº 9 Oct. 1981; págs. 551-554.
21. COHEN, J.: Expérimentation d'un tampon synthétique à usage unique imprégné de chlorure de benzalkonium. Contracept-Fert-Sex. Feb. 1983. Vol. 11, nº 2; págs. 131-133.
22. COHEN, J.; SERFATY, D.: Le tampon contraceptif au chlorure de benzalkonium. Contracept-Fert-Sex. Feb. 1984. Vol. 12 nº 4; págs. 569-572.
23. ERNY, R.: Etudes cytotobacteriologiques et sur la glaire cervicale chez les femmes porteuses du Tampon Pharmatex. Entretiens de Bichat. Volume Thérapeutique 1982; págs. 229-228.
24. ERNY, R.; SIBONI, M.C.: Les Tampons au chlorure de benzalkonium. Tolérance locale et effects sur la glaire cervicale. Journal Gynec. Obst. Biol. Reprod. 1983, 12; págs. 767-774.
25. SERFATY, D.: Le Tampon contraceptif. Vol. Thérap. Entretiens de Bichat. 1 Oct. 1982; págs. 225-228.
26. SERFATY, D.; BOIRON, M.: Expertise clinique du Tampon Pharmatex. Rapport Hôpital Saint Louis. Paris 15 Mars 1982. No publicado.



AGENCIA DE VIAJES

VIAJES

CYRASA.,

TITULO 22 GRUPO A

SE COMPLACE EN OFRECER A LAS LECTORAS DE "MATRONAS HOY" SUS
SERVICIOS COMO AGENCIA DE VIAJES EN:

GRAN VIA, 32 - TELEF. 231 57 00 - MADRID-13

TENIENDO A SU DISPOSICION TODA CLASE DE RESERVAS DE
FERROCARRIL-AVION-BARCO Y AUTOCARES-VACACIONES Y

DESPLAZAMIENTOS DE TRABAJO, RESERVAS HOTEL

CONFIE EN NOSOTROS. DESEAMOS SER

SU AGENCIA DE VIAJES AMIGA

Auspiciado por la Asociación Española de
Psicoprofilaxis Obstétrica

Dirección Provincial de Salud
La Coruña

Hospital Materno-Infantil
"Teresa Herrera" - La Coruña

V Curso de EDUCACION MATERNAL para matronas rurales

17, 18 y 19 Octubre 1985

Subvencionado por la Consellería de Sanidad
de la Xunta de Galicia

Información e inscripciones: Laboratorios Lácer.

Apartado n.º 1 - Telf. (981) 22 56 74 - 15080 La Coruña

Inscripción: 10.000 pts. Plazas limitadas.

LA MUJER GESTANTE EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

INTRODUCCION

El programa de atención a la mujer, es uno de los programas básicos de salud que ha de desarrollar el Equipo de Atención Primaria.

Las actividades que lo integran van dirigidas a solucionar los problemas en los que la mujer supone el grupo de riesgo más importante; fundamentalmente en la etapa reproductiva.

El número de mujeres mayores de 14 años en España representa el 42,5% de la población total en 1983, lo que supone un número aproximado de 16.257.452 mujeres, según informe del Proyecto de la población española para el período 1978-1995 del I.N.E.

El término **programa de atención a la mujer** precisa una serie de puntualizaciones, en primer lugar su íntima interconexión con el programa de atención primaria al lactante y pre-escolar hace que en numerosas ocasiones se hable de programa materno-infantil; esto es sólo en el papel, ya que en la práctica necesariamente se han de llevar a cabo de forma integrada.

De igual manera, la salud de la madre y del niño se hallan íntimamente ligadas a la situación de salud del resto de la colectividad, por lo que en definitiva, todas las actividades de salud que el equipo de A.P. realice, habrán de ser y estar conectadas entre sí a través de un gran plan de salud único para la zona en cuestión o servicio encargado de ello.

En segundo lugar es necesario mencionar que no sólo la mujer interviene en este programa. Por ejemplo, más claro es el mayor grupo que se incluye en el subprograma de planificación familiar.

La planificación familiar no es un problema exclusivo de la mujer sino propio de la pareja o el individuo en particular, sin tener en cuenta el sexo. El haberlo incluido dentro del programa de la mujer se debe a que ésta es el mayor grupo en riesgo que se controla en este programa de actuación.

La decisión de desarrollar el programa de la mujer por parte del Equipo de Salud y Atención Primaria, dependerá del estudio de salud de la zona correspondiente, que proporcionará datos sobre los problemas de salud que presente la Comunidad.

La importancia de los mismos
— los recursos disponibles
— la opinión de la comunidad frente a ellos, etc.

Todo ello permitirá elaborar una serie de prioridades y decidir qué tipo de actuación se precisa y en qué momento ha de desarrollarse.

OBJETIVOS

Van de acuerdo a las necesidades y problemas de la población, previamente detectados a través del diagnóstico de la situación de salud.

El programa de atención a la mujer se propone alcanzar los siguientes objetivos:

1. Contribuir a disminuir la morbinatalidad perinatal.
2. Contribuir a disminuir la incidencia de bajo peso al nacer.
3. Promover la lactancia materna.
4. Contribuir a disminuir la morbinatalidad de causa obstétrica.
5. Contribuir a disminuir el número de intervenciones obstétricas.
6. Contribuir a disminuir el número de abortos.
7. Contribuir a disminuir el número de embarazos que suponga alto riesgo para la salud de la madre o del hijo.
8. Contribuir a aumentar el número de embarazos deseados, y a disminuir el de embarazos no deseados.
9. Posibilitar que las parejas y los individuos puedan decidir libre y responsablemente el nº de hijos y el intervalo que desean entre su nacimiento.

10. Contribuir a formentar el disfrute de una sexualidad plena y sin temor a embarazo no deseado.

11. Contribuir a disminuir las infecciones ginecológicas y las enfermedades de transmisión sexual.

12. Contribuir a disminuir la morbilidad por cáncer de mama y cervix.

13. Contribuir a fomentar la participación activa del individuo, pareja y comunidad promoviendo una actitud forzable hacia el embarazo, parto y puerperio, planificación familiar y en general reproducción y sexualidad.

14. Contribuir a que el medio familiar, laboral y social donde se desenvuelve la mujer sea favorable para su salud.

15. Elevar la humanización de la atención sanitaria a la mujer.

Como objetivo complementario, tenemos:

- Contribuir a amar el estado de salud de la población.
- Favorecer el reciclaje y formación continuada del equipo de atención primaria.
- Favorecer la coordinación con el nivel secundario de atención.
- Impulsar la investigación en atención permanente.

DISTRIBUCION DE RESPONSABILIDADES

La participación de los miembros del Equipo de salud de A.P. en cada una de las actividades mencionadas en este subprograma, será el siguiente:

a) Captación previa al embarazo en mujeres de riesgo. Matrona, Médico, Asistente Social.

b) Consejo genético —Médico—.

c) Captación de las mujeres embarazadas del área en una fase precoz de la gestación: Médico, Matrona, Asistente Social, Farmacéutico, Asoc. culturales.

d) Consulta. —Médico, Matrona—.

e) Educación para la salud:

* Previa al embarazo: Médico, Matrona, Asistente Social, Comunidad...

* Durante el embarazo: —Individual— Médico, Matrona.

— En grupo: Asistente Social, Matrona, Médico.

— En el puerperio: Matrona, Asistente Social, Pediatra.

f) Visita a domicilio: exclusiva y fundamentalmente, la Matrona.

g) Visita o consulta en el puerperio: Matrona, Médico.

A la vista de estas actuaciones, el ámbito de trabajo que el Equipo de Salud nos ofrece es un tanto amplio y considerable.

Un informe de la O.M.S. (6º) en cuanto a la salud de la madre y el niño señala la importancia de ciertas tendencias de la asistencia prenatal entre las que cabe citar:

1. Medidas locales para promover la salud, prevenir y tratar las complicaciones del embarazo y determinar en diversas fases del período perinatal los casos de elevado riesgo obstétrico renal y psicológico en el embarazo y parto, a fin de disponer su traslado a un Centro de Maternidad mejor dotado.
2. Asesoramiento para mejorar los hábitos selectivos al embarazo y a la crianza de los hijos, especialmente en cuanto a planificación de la familia y mejora de la salud de la madre y el niño.
3. Establecimiento de unos locales para la asistencia perinatal, incluyendo número de visitas y los tipos de personal.

Estos aspectos pueden ser modificados en función de los recursos humanos y materiales.

VALORACION DE LA SITUACION DE LA POBLACION

Para el desarrollo de este subprograma, es preciso conocer una serie de parámetros, como son:

1. Número de mujeres en edad fértil.
2. La tasa de la natalidad. Permitirá predecir

SUBPROGRAMA DE CONTROL DEL EMBARAZO EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

Este subprograma contempla una de las necesidades de salud básicas y sin cubrir adecuadamente el territorio español. Incluido en el programa de atender a la mujer, es sin duda el más importante porque incide muy directamente del nivel de salud de una población.

Está comprobado que la asistencia prenatal influye en el desarrollo óptimo del feto y evita o reduce al mismo las complicaciones del embarazo, parto y puerperio y período neonatal. aproximadamente el número de embarazos de la zona.

De forma orientativa, la tasa de natalidad en España en 1980 fue del 16,35%, en 1985 fue del 15,91% y en 1986 el 15,81%.

3. La mortalidad y morbilidad materna fetal y neonatal de la zona y relación con ciertos factores de riesgo (edad).

La tasa de mortalidad materna por 1.000 nacidos vivos, se ha reducido de 5,65 en el año 1901, a 0,21 en 1976.

Analizando las causas de muerte, tenemos:

- 46,06% complicaciones del parto.
- 28,36% toxemias gravidicas.
- 17,41% complicaciones del puerperio (tromboflebitis)
- 8,17% a abortos.

La mortalidad materna es mayor conforme aumenta la edad de la madre a partir del grupo de 30-45 años. La menor mortalidad en el grupo 25-29 años.

4. El grado de concienciación de la población con respecto a la importancia del control del embarazo.

OBJETIVOS DEL CONTROL DE EMBARAZO

Objetivo general. Elevar el nivel de salud de la mujer embarazada, puerpera y del R.N.

ACTIVIDADES

Las actividades para conseguir estos objetivos están intimamente relacionados entre sí y tenemos las siguientes:

A. Captación, previa a la concepción, de los grupos de riesgo e importancia patológica.

Para esto es preciso:

- Conocer los grupos de riesgo concepcional del lugar.
- Captar dichos grupos por medio de educación sanitaria teniendo a disminuir el nº de embarazos en edades extremas, recomendar distanciar los embarazos dos años como mínimo, reducir el nº de embarazos en mujeres con antecedentes que conlleven riesgo y, en general, favoreciendo los embarazos deseados.
- Consulta de planificación familiar.

B. CONSEJO GENETICO. Será frecuente que padres de un hijo con minusvalía física o psíquica quieran informarse de la posibilidad que pueda repetirse la anormalidad. En algunos casos será preciso remitirlos a centros donde se realicen estudios genéticos.

C. CAPTACION PRECOZ DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DE LA ZONA. Es preciso favorecer la captación de la embarazada en el momento del diagnóstico positivo de embarazo por medio de la educación sanitaria, dirigida tanto a la comunidad como a los profesionales

que trabajan en la misma.

D. CONSULTA PERIODICA DE ATENCION AL EMBARAZO.

— Diagnóstico de embarazo.

— Normas de atención en consulta.

1. visita, historia clínica, exploración general, talla, peso, T.A., exploración mamaria, exploración obstétrica, educación sanitaria sobre alimentación, higiene y ejercicios, valoración de factores de riesgo, analítica.
2. Visitas a las 12 semanas de gestación, peso T.A., valoración psicológica, educación sanitaria, resultados de la analítica, ecografía si precisa.
3. Visita a las 16 semanas de gestación, P. y T.A., síntomas generales, estado anímico, palpación abdominal, educación sanitaria sobre alimentación, higiene, ejercicios y lactancia, resultados de la analítica anterior, inclusión de la gestante dentro del grupo de asistencia sanitaria.
4. Visita a las 20 semanas de gestación, P. y T.A., síntomas generales, valoración psicológica, palpación abdominal, continuación de la educación sanitaria establecida, resultado de analítica anterior, inclusión de la gestante en la educación grupal, si procede.
- 5 y 6 visita a las 24 y 28 semanas, P. y T.A. Sintomatología general, valoración psicológica, palpación abdominal para conocer s/t presentación fetal, educación sanitaria encaminada a conocer la PPO o preparación al parto.
- 7 Visita a las 32 semanas, P. y T.A., se realiza todo lo citado anteriormente, y además se incluye: ecografía si procede y hay recursos, educación sanitaria encaminada a resolver dudas del comienzo de la PPO, alimentación, modificaciones, síntomas de la consulta, ejercicio, prevención de varices y estrías, valoración del curso de PPO.
- 8 visita a las 36 semanas, P. y T.A., síntomas generales, valoración psicológica, palpación y exploración abdominal, exploración obstétrica, resultados de analítica.
Educación sanitaria:
 - Dudas surgidas en la PPO.
 - Modificaciones en los hábitos de vida.
 - Síntomas de consulta.
 - Preparación para la lactancia materna.
- 9 visita a las 3ª semana de gestación y a los 15 días de la anterior, P. y T.A., Síntomas generales, valoración psicológica, palpación abdominal y exploración bimanual.
Educación sanitaria:
 - Dudas
 - Síntomas de ingreso.
 Dar informe a la señora para el Centro Hos-

pitalario.

10 visita a los 15 días de la anterior, P. y T.A., valoración psicológica, sensaciones - movimientos fetales.

Educación sanitaria:

- Signo de ingreso
- Pautas de ingreso
- Lactancia materna.

E. DETECCION PRECOZ DE LOS EMBARAZOS DE RIESGO.

Se realizará por medio de la consulta, valorando al final de la cada una de ellas los riesgos de cada caso.

F. CONTROL DE LAS ALTERACIONES MAS FRECUENTES DURANTE EL EMBARAZO ANTE:

- Hallazgos en los antecedentes personales y familiares.
- Hallazgos en la exploración general y ginecológica.
- Datos obtenidos en la analítica.
- Síntomas frecuentes del embarazo, que no conlleven en sí aumento del riesgo.
- Signos de alarma tales como dolor abdominal, escalofríos y fiebre, disuria y/o tenesmo, pérdidas de líquido por vagina, vómitos incoercibles, pérdidas hemáticas vaginales del tipo que sean, edemas en cara o dedos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Disminuir el número de embarazos en mujeres de riesgo.
- Disminuir la morbimortalidad materna.
- Reducir la morbimortalidad perinatal.
- Favorecer las condiciones óptimas para que el parto sea natural.
- Reducir la incidencia de bajo peso al nacer.
- Promover la lactancia materna.
- Lograr la participación activa de la pareja y de la comunidad.

EDUCACION PARA LA SALUD

Para hacer una buena educación hay que hacer una división de períodos:

- p. extraembarazo ; p. del embarazo y parto; p. del puerperio.

El objetivo de estos tres períodos es el mismo: disminuir el riesgo tanto para la madre como para el hijo.

El contenido de esta educación son las actividades citadas.

Esta educación se puede hacer a dos niveles:

- A nivel individual: mediante el diálogo abierto y la visita domiciliaria.
- A nivel de grupo: mediante los recursos de difusión y comunicación.

Por último,

CONSULTA POST-PARTO

La atención en consulta de revisión a la madre, comprenderá:

- Exploración general, involución uterina, episiotomía.
- Toma de cte. vitales.
- Examen de loquios.
- Estado de las mamas.
- Datos acerca de las condiciones vividas en el parto y durante la estancia en el hospital.

CONTROL DEL PUERPERIO

El puerperio, generalmente definido como el período de 6 semanas que sigue al parto, produce en el organismo materno importantes cambios y ajustes fisiológicos.

Uno de los más precoces e importantes es el contacto entre padres e hijos; el personal sanitario deberíamos estar sensibilizados para este período promoviendo los cuidados higiénicos

- el mantenimiento de las complicaciones puerperales
- la recuperación física y psíquica de la embarazada ahora ya puérpera, y en general todas aquellas medidas que favorezcan la adaptación armónica a la nueva situación.
- Inscripción de la mujer en las clases de recuperación.
- Información sobre planificación familiar post-parto.

FINAL

Hemos expuesto este tema porque todo lo que en él se dice está en íntima relación con la profesión de **Matrona**.

HEMOS DE SER UN COLECTIVO UNIDO, RESPONSABLE Y FUERTE PARA QUE SE NOS CONTEMPLE EN ESTOS NIVELES, Y LA PROFESION RAYE A LA ALTURA A QUE SE MERECE.

P. Floro
M. Linares

(Alumnas Escuela Oficial de Matronas de Santa Cristina, Madrid. Promoción 84-85)

CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA

«CIUDAD DE SEVILLA»

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE A.T.S. Y D.E. DE SEVILLA

PREMIOS

Primero: 350.000 ptas.

Segundo: 100.000 ptas.

Tercero: 50.000 ptas.



SEVILLA

Certamen Nacional de Enfermería, «Ciudad de Sevilla». Ilustre Colegio Oficial de A.T.S. y D.E. de Sevilla.

Los premios se concederán al autor o autores que mejor contribución aporten a la investigación y trabajos científicos de Enfermería. Tienen cabida todas aquellas líneas de investigación asistenciales, docentes, planificadoras, teóricas, administradoras, especialidades, etc. que cumplan las siguientes:

BASES

1. *Denominación:* Título «Certamen Nacional de Enfermería, Ciudad de Sevilla». (Ilustre Colegio Oficial de A.T.S. y D.E. de Sevilla).

2. *Objeto:* Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, no publicados, que se presenten a este concurso con las bases del mismo.

3. *Dotación: Premios Nacionales:* La dotación económica será de TRESCIENTAS CINCUENTA MIL pesetas (350.000) para el trabajo premiado en primer lugar, y de CIEN MIL pesetas (100.000) para el premiado en segundo lugar.

Habrà un premio especial Provincial de CINCUENTA MIL pesetas (50.000) para los Colegiados de Sevilla. Se otorgará al trabajo que quede mejor clasificado de los presentados por los Colegiados de la Provincia. Si coincidiera éste con el primer premio Nacional, se otorgará el Provincial al segundo clasificado o para el tercero si los dos primeros Nacionales coincidieran ser Colegiados de Sevilla.

No serán divisibles y podrán ser declarados desiertos, en este caso su importe se incrementará al del año próximo.

4. *Presentación:* Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada Convocatoria anual marque, no tendrá limitación de espacio y deberán acompañar si la hubiese; Bibliografía al final del trabajo.

5. *Concursantes:* Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E., y que se encuentren Colegiados; serán admitidos trabajos realizados en equipo. En este caso, se entiende por autor, a los efectos de lo dispuesto en estas bases, el primer firmante de cada trabajo.

6. *Jurado:* Será Presidente el del Ilustre Colegio Oficial de A.T.S. y D.E. de Sevilla, o en quien él delegue. Cinco Vocales, cada uno de los cuales representará al Ilustre Colegio Oficial de A.T.S. y D.E. de Sevilla, Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía, Federación de Colegios Andaluces de A.T.S. y D.E. de Sevilla, y dos por las Escuelas Universitarias de Enfermería de Sevilla.

Actuará como Secretario, el del Ilustre Colegio Oficial de A.T.S. y D.E. de Sevilla, con voz pero sin voto.

El Jurado será nombrado anualmente, teniendo el Presidente voto de calidad.

7. *Decisión del Jurado:* Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del jurado, que será inapelable.

8. *Documentación:* Los trabajos que opten al premio, deberán ser mecanografiados, por duplicado, y remitidos por correo certificado, al Ilustre Colegio Oficial de A.T.S. y D.E., calle Infanta Luisa de Orleans, 10, de Sevilla, 41004. Deberán indicar en el sobre «Para el Certamen Nacional de Enfermería, Ciudad de Sevilla». Obligatoria y figurará en la parte exterior del sobre, nombre y dos apellidos y la ciudad donde se encuentra Colegiado el concursante.

Los trabajos acompañarán sobre cerrado en cuyo interior se incluirán nombre, dirección, lugar de trabajo si lo hubiese, y «Curriculum Vitae» que se abrirán tras las concesiones de los premios.

9. *Propiedad de los Trabajos:* La propiedad de los trabajos corresponde a sus autores, si bien el Ilustre Colegio Oficial de A.T.S. y D.E. se reserva el derecho de proceder a su edición o publicación, para su distribución gratuita, con la única obligación de mencionar el nombre de aquellos. También los autores podrán solicitar autorización por escrito a este Colegio, para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que han sido premiados, si así fuere, en el «Certamen Nacional de Enfermería, Ciudad de Sevilla», (Ilustre Colegio Oficial de A.T.S. y D.E. de Sevilla).

10. *Incidencias:* El hecho de participar en este Concurso supone la aceptación previa de las presentes bases.

11. *Titular del Premio:* Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo.

Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 15 de Septiembre de 1985.

Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante, si se trata de un equipo, por el Secretario del Jurado, mediante correo certificado.

El fallo del Jurado se hará público el 15 de Octubre de 1985.

ESTADO ACTUAL DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE: EPIDEMIOLOGIA, ETIOLOGIA Y TRATAMIENTO SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (S.I.D.A.)

Dra. Caterina MIERAS

El SIDA (o AIDS, en la terminología anglosajona), fue descrito por primera vez en los EE.UU., hace ya cuatro años, y sus principales características han sido ampliamente divulgadas por todos los medios de comunicación de masas, atraídos por una serie de factores y connotaciones que acompañan a esta nueva enfermedad.

El Síndrome consiste en una profunda alteración del Sistema Inmunitario, que predispone al paciente a sufrir infecciones oportunistas graves, y frecuentemente Sarcomas de Kaposi y otras neoplasias (especialmente linfomas).

El primer dato que debemos destacar, es el hecho de que, si bien es posible observar en el SIDA, un "patrón" de alteraciones inmunológicas, que repasaremos brevemente, ninguna de ellas son específicas y características de la enfermedad. Hoy por hoy no es posible establecer un diagnóstico de certeza del SIDA, con el simple estudio inmunológico del paciente.

El segundo elemento a considerar es la evidencia de la implicación de un retrovirus, en concreto el identificado como HTLV-III o L.A.V., entre las causas de la enfermedad, ya que abre grandes posibilidades para el conocimiento de su historia natural. Por ahora la investigación busca sus caminos y por ahora el único diagnóstico posible es el clínico.

Antes de exponer la situación actual en cuanto a conocimientos sobre el SIDA, haremos un repaso del número de casos registrados en Europa y España, y de los principales grupos de riesgo, repaso muy sintético por ser datos muy divulgados y conocidos por la mayoría.

El primer gran paso dado, en el conocimiento de la enfermedad, fue sin duda la demostración de la implicación directa del HTLV-III en el desarrollo del SIDA.

El segundo hito importante, lo constituye la comercialización de "tests" que permiten detectar la presencia en sangre de Ac. anti HTLV-III. Esto facilitará el desarrollo de las investigacio-

nes y el conocimiento a corto plazo, de la historia natural del SIDA. Así pues, la investigación del Síndrome avanza sobre la base de dos factores:

- a) La posibilidad de aislar el virus.
- b) La posibilidad de detectar la presencia de Ac.

Los hechos hasta hoy establecidos como ciertos en relación al SIDA son:

1. Posee un largo período de incubación (de 2 a 5 años). No todos los poseedores del virus han desarrollado el Síndrome, pero no podemos establecer pronósticos a más largo plazo.
2. Se han demostrado hasta ahora, las siguientes formas de transmisión: Uso de jeringuillas empleadas previamente por un portador del virus, contacto sexual, transfusión de sangre o derivados, y contagio madre-hijo, ante y post-parto.
3. No es posible hacer valoraciones concluyentes ante un resultado positivo en el test de anticuerpos anti HTLV-III, debido a que desconocemos el tiempo necesario para la seroconversión (de 4 semanas a 6 meses). Es incorrecto por tanto hacer deducciones respecto a pronósticos, portadores... etc. en los tests de Ac. con resultado positivo.
4. En cambio el test de Ac. es evidentemente útil para el control de la sangre y plasma de donantes y para su uso en los Bancos de Sangre.

Respecto al Tratamiento del SIDA, los progresos han sido menos notorios, como resultado lógico del parcial conocimiento que de la enfermedad se posee. Los tratamientos actualmente aplicados pueden clasificarse en tres grupos:

1. Los que por analogía podríamos llamar "sintomáticos" y que intentan combatir las infecciones oportunistas, el Sarcoma de Kaposi o las otras neoplasias.
2. Los que intentan corregir las graves alteraciones inmunológicas.
3. Los que intentan actuar directamente sobre el virus, impidiendo su replicación. Este último significa la más reciente línea de trabajo, y se posee muy poca experiencia por el momento.

LA TERAPIA INDIVIDUAL DE LA IMPOTENCIA

Carmen Vijár de Brees

Tradicionalmente, a partir de Masters y Jhonson se consideran básicamente dos terapias. Primeramente, con el hombre, la aclaración de sus síntomas en la disfunción, de los pensamientos que la acompañan, y en segundo lugar el estado de su relación con la pareja. Se estima imprescindible el tratamiento conjunto de ambos cónyuges pues, estos deben de practicar unos ejercicios eróticos no genitales que Kaplan denomina PLACER POR TURNOS, durante los cuales debería presentarse la erección, al eliminarse con esta práctica una gran parte de la "ansiedad por el desempeño", ya que, al principio, les está prohibido intentar el coito vaginal. El hombre aprende a sensibilizar y erotizar la totalidad de su cuerpo que antes estaba culturalmente enfocado principal o totalmente en la genitalidad. Todo ello me parece correcto pero insuficiente y la segunda parte, cuando la pareja no existe o no colabora, inoperante. Me aclararé:

A. CORRECTO: Es adecuada una exploración completa de los síntomas y fecha de aparición de las primeras manifestaciones de la disfunción eréctil, siendo muy conveniente una exploración del hombre a nivel urológico y hormonal, puesto que una descompensación diabética acarrea la impotencia en una mayoría de casos. Lo mismo sucede con el etilismo, la toxicomanía, ciertos aspectos de la obesidad o en el tratamiento de la hipertensión por medio de algunos fármacos. Los problemas diádicos, familiares o socioculturales y religiosos, entran en la explora-

ción psicológica, siendo aconsejable una evaluación del nivel de emotividad-neuroticismo que puede responder al cuestionario EPI o a alguno similar.

Adecuada, la técnica del PLEASURING siempre que el hombre tenga una pareja válida con quien practicar. La experiencia demuestra que a veces, una amante resulta más válida que la esposa, al encontrarse ésta más desinhibida y menos traumatizada y/o involucrada en el caso.

Las causas de la impotencia siendo en gran parte psicogénicas no por ello dejan de presentar unas localizaciones somáticas situadas principalmente en la pelvis, (como he manifestado en mi comunicación a la Mesa 1 de este Symposium y parece que muy pocos médicos y sexólogos se preocupan de tratarlas una vez hubieran sido localizadas. Luego me detendré en este punto.

Ahora me referiré a las diferentes técnicas que prescribo para ayudar a deshacer el "escayolado mental" contemporáneamente con el "escayolado fisiológico".

La primera de ellas es mi tan recomendada respiración de la Ola. Para los que no hayan leído mi libro "Eyaculación precoz", aclararé que se trata de una respiración yóguica profunda de 15 segundos de duración, con el pensamiento mantenido en la identificación con una Ola que se hincha (inspiración) y la Ola que se deshace (expiración). El hombre aprende a aflojar sus tensiones fisiológicas al mismo tiempo que deshace las ataduras mentales de pensamien-

to obsesivos sobre su inadecuación y los problemas que ésta conlleva. Considero que resulta contraproducente muchas veces, una larga labor analítica en la que el paciente se "revuelca", a menudo con auténtico masoquismo, en sus traumas auténticos o imaginarios. El apartarlos de la mete para afrontar la eficaz labor de "reconstrucción" resulta, en la práctica, más efectivo. La respiración de la Ola, junto con su labor de limpieza cerebral implica también una oxigenación de las neuronas cerebrales con la consiguiente revitalización de las mismas (Dr. Rouet).

En la tercera sesión, que viene a ser un Training Autógeno facilitado por el masaje simultáneo que efectuó, compruebo el buen aprendizaje de esta respiración.

La segunda Sesión está dividida en dos partes, la segunda de ellas la dedico a la audición del cassette de autosugestión que el paciente se llevará consigo y que le permitirá, con el mínimo esfuerzo por su parte elevar su autoestima y disponerse, en los momentos de abatimiento a la prosecución de los ejercicios terapéuticos que le han sido encomendados. En casos rebeldes, un psicofármaco puede ayudarnos: ansiolítico tipo LORACEPAN, Cloracepato Dipotásico, así como preparados antidepresivos del grupo de los IMIPRAMINICOS. Sabemos que los estados depresivos, ansiosos, irritables y/o hipocondríacos reaccionan favorablemente a la administración de vitamina C y del complejo B.

Me referiré ahora a las terapias para la ruptura del "escayolado fisiológico" en los niveles: cervical, escapular, pélvico, de los miembros superiores e inferiores y de todo el cuerpo en general a nivel de los ejercicios físicos de la Primera Sesión para recuperar la agilidad y elasticidad muscular que son propias de la primera juventud y que deben ser la prerrogativa de un cuerpo en buen estado de mantenimiento. El cansancio físico controlado es necesario, sin llegar a producir un agotamiento. (Baile matutino).

Siguen las hidroterapias de "mantenimiento" y que cualquier persona debería efectuar todos los días de su vida para conservar este bienestar corporal que acarreará la consiguiente sensación placentera espiritual: aludo a la ducha caliente seguida de ducha fría matutina y al baño de pies nocturno seguido del masaje zonal de los mismos.

Ahora enlazaré con las terapias propias del tratamiento para la disolución de los nódulos dolorosos de los diferentes lugares del cuerpo. En el masaje que efectuó en la Tercera Sesión, empiezo sobre las cervicales estando el sujeto extendido boca abajo sobre una colchoneta colocada sobre el piso. Primero exploro manualmente la región hasta localizarlos. Suelen estar presentes invariablemente a la altura de la tercera o quinta vértebras cervicales. Tampoco suelen faltar las tensiones y encogimientos en el longissimus dorsal y en el trapecio. Si son importantes y se manifiesta un dolor considerable, aplicaré las toallas empapadas en agua caliente y luego muy retorcidas que facilitarán el ablandamiento de las texturas con más facilidad y rapidez.

Seguidamente exploro las zonas reflejas de los pies ya que es el ritmo que señala el cassette. Seguidamente si están muy tensos y doloridos haré envolvimientos en paños calientes antes de insistir en el masaje de los mismos. A continuación el paciente se dará la vuelta y al ritmo de la cinta efectuará las respiraciones de la Ola. El que esté casi completamente desvestido me permitirá observar si las efectúa correctamente. Un breve masaje en las piernas y la exploración digital a la presión de los Puntos-Dolor de las ingles (Comunicación Mesa 1), dejando la anotación de las cifras enunciadas para luego, empiezo el tratamiento de dichas algias con masaje ayudado con una pomada analgésica (nopoxaminalicilato dedietilamina) y si estas son considerables aplicaré paños calientes. Casi siempre he

podido comprobar con satisfacción una disminución de 2 ó 3 puntos en la evaluación del dolor al finalizar el masaje. Mencionaré que mi presión es importante y que muchas veces es francamente dolorosa. En algunos casos no la disminuyo sino que indico al paciente la conveniencia de quejarse, de chillar si es preciso (al expirar cuando resiente la presión dolorosa) y de "sacar" en alguna manera la tensión interna emitiendo sonidos vocales, aconsejando el uso de palabras tenidas por soeces, y sacudidas lo más automáticas posible con los miembros superiores e inferiores. Esta exteriorización que acabará siendo cada vez más espontánea favorece la expresión del deseo sexual que es la erección.

Los ejercicios-tarea que el hombre deberá efectuar en su casa son los siguientes. Los ejercicios de Kegel (contradiciones rítmicas del año) que el prescribe con gran éxito a las anorgásmicas y que fortalecen el músculo pubeococígeo y el pubeocavernoso. Deberán practicarse durante 1/2 hora al día, puede aprovechar cualquier circunstancia de la vida diaria, por ejemplo mientras conduce el coche contrayendo el esfínter rítmicamente al son de la música.

— 5 veces al día parar la emisión de orina por 5 veces. Es decir orinar con paraditas como los perros. El esfuerzo efectuado para retener la orina fortalece el músculo uretral.

— Ducha alterna caliente y fría sobre los genitales. Se efectuará por la mañana después de la ducha caliente y antes de la fría. Aconsejo que cada exposición al agua caliente sea de medio minuto seguido de otro medio minuto de agua fría. Serán 5 veces cada una de ellas, terminando con el agua fría.

Aplicación de paños calientes en las zonas donde se sitúan los Puntos-Dolor seguido de masajes de los Puntos para continuar con el tratamiento que he efectuado en la consulta.

Automasaje circulatorio sobre el pene y testículos con pomada circovenil o similar. Recalco que no es una masturbación sino una práctica

encaminadas a potenciar la circulación en los genitales. De sentirse erotizado el hombre deberá interrumpirla momentáneamente con la respiración de la Ola.

Auto-Yuki, técnica japonesa que tiene como finalidad hacer circular el Ki (energía vital que se hallaba estancada) con imposición de las propias manos sobre las partes siguientes: en la cabeza para disminuir las ideas obsesivas obstruccionistas. Sobre el estómago y ombligo para liquidar las tensiones del plexo solar y favorecer la digestión. Sobre los genitales para potenciar su vitalidad y riego sanguíneo. Esta técnica que puede parecer banal o incomprensible a un occidental, siendo muy sencilla en la práctica produce unos efectos sorprendentemente eficaces según la declaración de muchos de mis pacientes más afectados, incluso psíquicamente. La imposición de las manos sobre la propia cabeza les "limpiaba" de las ideas obsesivas, potenciando así la audición de la cinta de autosugestión positiva (Relax-Sentado). La aplicación de paños calientes y helados por la noche sobre los genitales se efectuará con la duración de un minuto por cada temperatura, es un potente estimulante de la circulación.

Siendo adecuada también la técnica de Kaplan de prohibir el coito vaginal. Aconsejo que el varón tenga relaciones sexuales frecuentes 1 ó 2 por semana por lo menos, manteniendo puestos los calzoncillos que le servirán de "precinto".

No soy partidaria de la estimulación oral por parte de la pareja femenina ya que podría condicionar al hombre a la necesidad de estímulos eróticos cada vez más elevados o a aficionarse en demasía al oralismo por su facilidad que a veces no podría conseguir sino en una relación mercenaria, prescindiendo del coito conyugal.

Para terminar diré que en dos viajes de 5 consultas seguidas cada uno, he conseguido la corrección definitiva de más de 70 impotentes totales secundarios de fuera de Barcelona. No tengo experiencia con impotentes primarios. ■

LA ASOCIACION INFORMA

El pasado 14 de Junio se celebró, como cada año, en Madrid la Fiesta de la Patrona. La celebración fue convocada por el Ilustre Colegio de A.T.S. y D.E. de Madrid y la Asociación Nacional de Matronas.

Uno de los actos de programa, fue una conferencia sobre "Fertilización in vitro", a cargo del Dr. Perera de la maternidad de la Paz. Tras la conferencia se inició un debate interesantísimo que mantuvieron el teólogo Rdo. Padre D. Augusto Hortal Alonso, Profesor de Etica, Universidad Pontificia de Comillas, Dr. D. Sixto Perera González, Médico Ginecólogo de la Maternidad de la Paz y Doña Amalia Trabanco, abogado y matrona. Cada uno desde su perspectiva profesional defendió brillantemente su postura respecto a la fertilización "in vitro".

Aparte del contexto social que siempre ha tenido éste encuentro, este año ha tenido un matiz importante para las Matronas.

Como sabéis en el mes de Junio todavía existían algunas secciones de matronas como la de Madrid, sin unificar al Colegio de A.T.S.

Precisamente, el matiz importante al que nos referíamos era que esa fiesta sirviera por una parte como broche de la gestión absolutamente digna y respetable de las secciones no unificadas, y de otra parte como principio de una relación de compañerismo y entendimiento de todos los profesionales que compartimos problemas, trabajos y toda la ilusión porque, cada uno, en sus peculiaridades pongamos nuestro grano de arena para subir a la profesión al nivel que le corresponde.

La Asociación de Matronas hizo entrega de 2 figuras expresamente diseñadas y hechas en bronce para la Asociación, a Doña Carmen García Urías, representante Nacional de los Colegios y Consejo de Matronas no unificadas y a D. Adolfo Casajús, Presidente del Colegio de Madrid.



La mesa Presidencial con los conferenciantes invitados y miembros de las Juntas de Gobierno del Colegio de Madrid y la Asociación Nacional de Matronas.

LA ASOCIACION INFORMA



D. Adolfo Casajín, Presidente del Colegio de Madrid, dió la bienvenida a todas las matronas y manifestó el respeto y afecto que le inspiraba nuestro Colectivo.



Momentos en que le fue entregada la figura conmemorativa a Doña Carmen García Urías.



La asistencia de Matronas de Madrid fue muy numerosa.

LA ASOCIACION INFORMA

* CONVOCATORIAS *

III CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA EN ASISTENCIA PRIMARIA Y SALUD PUBLICA

TORREMOLINOS (MALAGA)
Del 10 al 13 de octubre
de 1985

CURSO DE MEDICINA TRADICIONAL CHINA, ACUPUNTURA PRACTICA

Impartido por el
Dr. Nguyen Van Nghi

Comienzo del Curso:
26 octubre 1985

Duración:

3 años de 9 meses cada año

Información e inscripción:
I.C.A.C. - C/ Zurbano, 74
Tel. 442 26 49 - 28010 Madrid

Otros cursos:

Medicina Tradicional China

Prof.: Dr. B. Méndez Naya
9 horas mensuales

Sábado: de 19 a 21 h.

Domingo:

de 9 a 13 y 15,30 a 18,30 h.

Digitopuntura. Mensaje Energético Chino

2 horas semanales - 9 meses
Lunes: de 19 a 21 h.

Fitoterapia

2 horas semanales - 9 meses
Martes: de 19 a 21 horas

El plazo de inscripción de
los cursos finalizará el día 15
de septiembre.

INSTITUTO HISPANICO DE ACUPUNTURA

Escuela de Medicina
Tradicional China

Curso de acupuntura y moxibustión

- Duración: Nueve meses.
- Precio: Cincuenta mil pesetas, más diez mil de matrícula.
- Clases: Quincenales (de cuatro a cinco horas de duración).
- Se expide Diploma.
- Material docente: Vídeo, películas, proyecciones, etcétera.

Curso de analgesia por acupuntura

- Duración: Dos meses.
- Clases: Quincenales, de dos horas de duración, con vídeo, proyecciones prácticas, etc.
- Precio: Dieciséis mil pesetas, más cinco mil de matrícula.
- Se expide Diploma.

Curso de auriculoterapia

- Duración: Dos meses.
- Clases: Quincenales, de dos horas de duración, con prácticas, vídeo - películas, proyecciones, etc.
- Precio: Igual que el anterior. También se expide Diploma.

Reserva de matrícula en la
sede social del IN-HIS-ACU

Esparteros, 1 - 4.º 7

Teléf. 232 44 24. De 5 a 8,30

Por cada diez colegiados
matriculados, el IHA obsequia
con una beca completamente
gratuita para cursar los estudios
que imparte.

I CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA

«El ejercicio de la Profesión
de Enfermería»

SANTIAGO DE COMPOSTELA
31 de octubre
1 y 2 de noviembre 1985

Patrocina:

Consejo General de Colegios
de A.T.S.-D.E. de España

Organiza:

Colegios de A.T.S.-D.E.
de la Comunidad Autónoma
de Galicia

Información e inscripciones:

Apartado 136 de
Santiago de Compostela
Teléfono (981) 58 58 99

Ciudad Sanitaria de la S.S. «La Paz»

HOSPITAL INFANTIL
Dirección de Enfermería

JORNADAS INTERNACIONALES DE ENFERMERIA

Organizadas con motivo del
XX Aniversario del Hospital
Infantil de la Seguridad Social
«La Paz»

28, 29 y 30 de noviembre
de 1985

Aulas de la Facultad de
Medicina de la Universidad
Autónoma de Madrid

Colabora el Ilustre Colegio
de A.T.S. y D.E. de Madrid

Programa detallado
en próximo número de
TRIBUNA SANITARIA

LA ASOCIACION INFORMA

* CONVOCATORIAS *

VI CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA SAN JUAN DE DIOS

Plazo de admisión
de trabajos hasta el
1 de febrero de 1986

Organizado por la Escuela
de Enfermería San Juan
de Dios

Teléfono (91) 893 00 01
Ciempozuelos (Madrid)

Escola Universitària
d'Infermeria

Universitat Autònoma
de Barcelona

Avda. Vallvidrera, 73
08017 Barcelona

Teléf. (93) 205 13 65

Télex 98163 BCR E

SEMINARIOS DE FORMACION DE PERSONAL DOCENTE EN ENFERMERIA

XVI CONGRESO SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA

Apartado de Correos 5047
48080 Bilbao

Universidad de Deusto
Del 28 al 31 de mayo de 1986

* *

esfinge



galeria de arte y diseño

Todas las obras del autor de la figura de la portada, excepto la figura de este número, que es una obra exclusiva de la Asociación y solo a la venta para matronas, se pueden ver o adquirir en las siguientes tiendas:

Serrano, 88. Multicentro. Tel. 275 50 32. Madrid-6

Orense, 6. Multicentro. Tel. 456 41 75. Madrid-20

C. Comercial La Vaguada, 1.ª Planta, Local A-19. Tel. 730 45 77. Madrid-29

8, Rue Kléberg. Galerie des Bergues. Tel. 32 63 33. 1201 Genève

Taller-Estudio. Tel. 433 05 61

HEMOS LEIDO...

MUNDO CIENTÍFICO N.º 49

		enfermedades	frecuencia (número/1000 nacimientos)	obtención			Nivel de diagnóstico	
			(norte de Europa)	vellosidades del corion (9ª-11ª semana)	líquido amniótico (17ª semana)	sangre fetal (20ª-24ª semana)	diagnóstico clásico por...	a nivel de ADN fetal
enfermedades congénitas	alteración cromosómica	trisomía 21 (S. de Down)	1.2 de media { 0.6 a 20 años 3.2 a 35 años 10 a 40 años	posible	++ (células)		análisis de cromosomas	
	defecto de cierra del tubo neural	anencefalia espina bífida	1.0 (Francia) 6.0 (Escocia)	--	++ líquido	---	examen ecográfico y niveles de α-fetoproteína	
enfermedades hereditarias	herencia autosómica	carácter dominante	corea de Huntington	0.5				en breve plazo
			enfermedad de Tay-Sachs	0.3	++	+(células)	concentración de un enzima	
		carácter recesivo	mucoviscidosis	0.5	--	(líquido)	concentración de ciertas enzimas (diagnóstico indirecto)	en estudio
			fenilcetonuria	0.1		---		posible teoría
			anemia falciforme (o deprimocitosis)	0.15	++	+	estudio de la hemoglobina	efectivo
			talasemias	?	++	+	estudio de la hemoglobina	efectivo
	herencia ligada al sexo (cromosoma X)		hemofilia A	0.1	posible	+	concentración factor VIII de coagulación	posible
			hemofilia B	0.03	posible	+	factor IX de coagulación	efectivo
			síndrome de Lesch-Nyhan	0.1	++	+(células)	concentración de un enzima específico	efectivo
			retraso mental ligado a la fragilidad de cromosoma X	0.5	posible	+(células)	cariotipo a partir de linfocitos	efectivo
			miopatía de Duchenne	0.2				en breve plazo

Esta tabla aporta diversos tipos de información para una quincena de enfermedades metabólicas: su frecuencia en el Norte de Europa, métodos de obtención de células fetales y el nivel en el que se realiza el diagnóstico: cromosomas (cariotipo), a nivel de un producto particular cuyo defecto cualitativo y cuantitativo es responsable de una enfermedad o, en fin, desde hace relativamente poco, a nivel de material hereditario (ADN) del feto. Las cruces señalan los métodos de análisis utilizados para la detección prenatal: (++) método optimizado, (+) método posible, el signo (-) indica que este método de análisis es inadecuado para un diagnóstico prenatal. La tabla presenta dos nuevas orientaciones de diagnóstico prenatal: a) acceso a un diagnóstico muy precoz (desde el primer trimestre) gracias a la biopsia de vellosidades del corion, mientras que para la amniocentesis el aborto va ligado a la 20ª semana de gestación, b) el desarrollo de una nueva técnica que permite hacer un diagnóstico directo sobre el material hereditario (ADN) del feto. Estas dos innovaciones son independientes una de la otra y deberán probarse antes de poder sustituir, si procede, a los métodos actualmente en uso.

B.O.E.

15519 ORDEN de 5 de julio de 1985 por la que se establecen las retribuciones de los órganos unipersonales de Dirección de los hospitales.

15550 RESOLUCION de 3 de julio de 1985, de la Dirección General de la Policía, por la que se modifica la de 12 de enero de 1982, de la Dirección de la Seguridad del Estado, que convocaba oposiciones para cubrir seis plazas de Sargentos Ayudantes Técnicos de Sanidad del Cuerpo de la Policía Nacional, y se reconoce la aplicación supletoria de la Ley 19/1972.

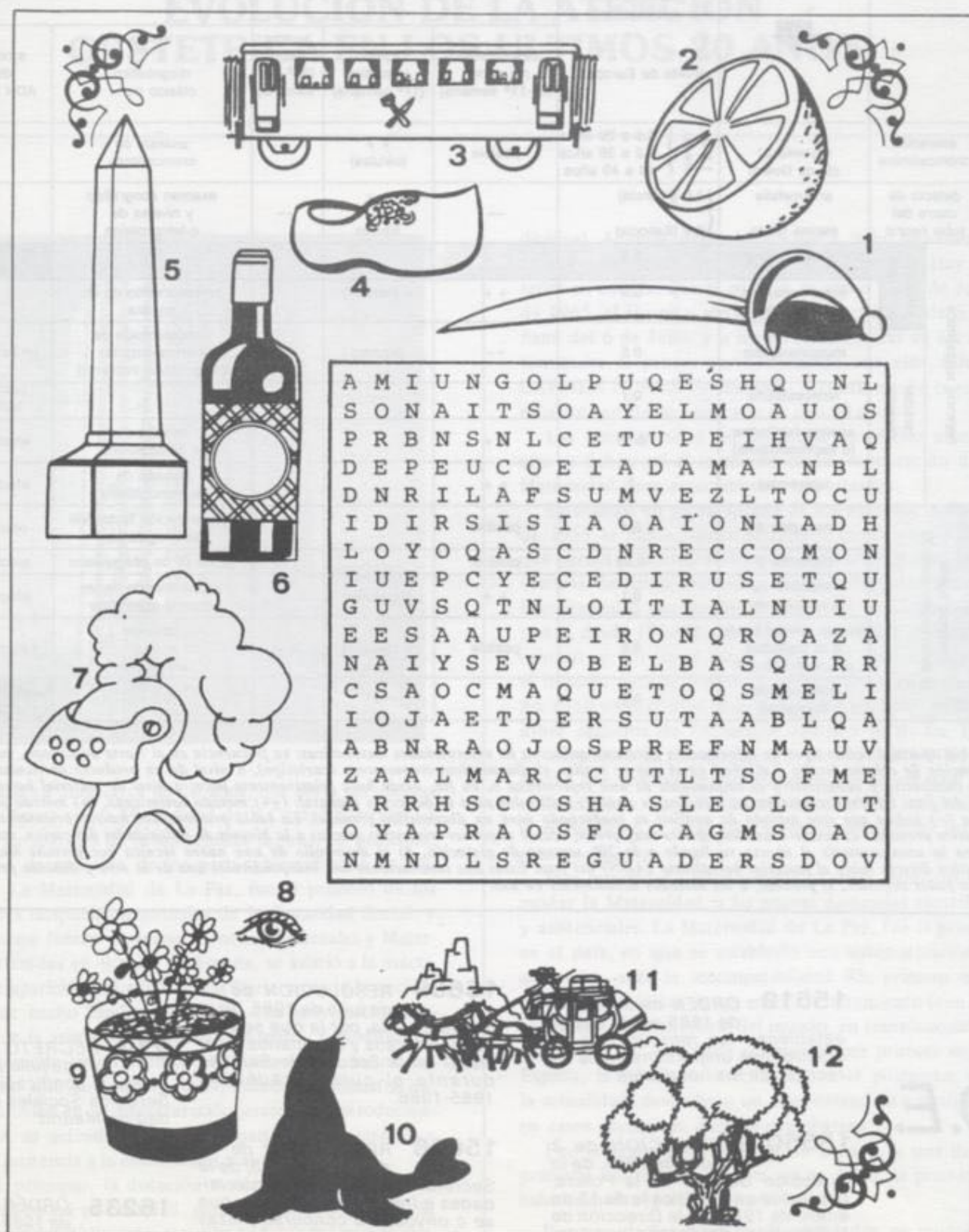
15669 RESOLUCION de 12 de julio de 1985, de la Subsecretaría, por la que se convocan los cursos y seminarios a celebrar en la Escuela de Sanidad durante el curso académico 1985-1986.

15698 RESOLUCION de 17 de julio de 1985, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, por la que se convocan a concurso plazas de Profesores de Escuelas Universitarias de la Universidad Complutense de Madrid.

279 DECRETO 77/1985, de 17 de julio de 1985, aprobando la zonificación de Salud y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

16235 ORDEN de 31 de julio de 1985 sobre la práctica del aborto en Centros o establecimientos sanitarios.

PASATIEMPOS



TRATE DE ENCONTRAR, ENTRE LAS LETRAS DEL RECUADRO, LOS NOMBRES DE LOS ANIMALES Y OBJETOS REPRESENTADOS EN LOS DIBUJOS.