

matronas hoy

NUEVA ETAPA

REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

N.º 2 - 4.º TRIMESTRE, 1992

Cuando tanto, trabajosamente, van buscando su propia identidad profesional, las matronas hace tiempo que la encuentran. Lo único que nos legitima, en tanto que profesionales, es responder a lo que los ciudadanos esperan de nosotros. Por eso vamos de adaptarnos profesionalmente a los cambios sociales. Como en todo proceso participativo, nunca estaremos todos satisfechos ni veremos reflejadas totalmente nuestras propuestas pero, sin duda, trabajaremos más a gusto y nos sentiremos orgullosos de pertenecer al Sistema Nacional de Salud.

José Gutiérrez Morloté

Médico

Director General de Ordenación Profesional
Ministerio de Sanidad y Consumo

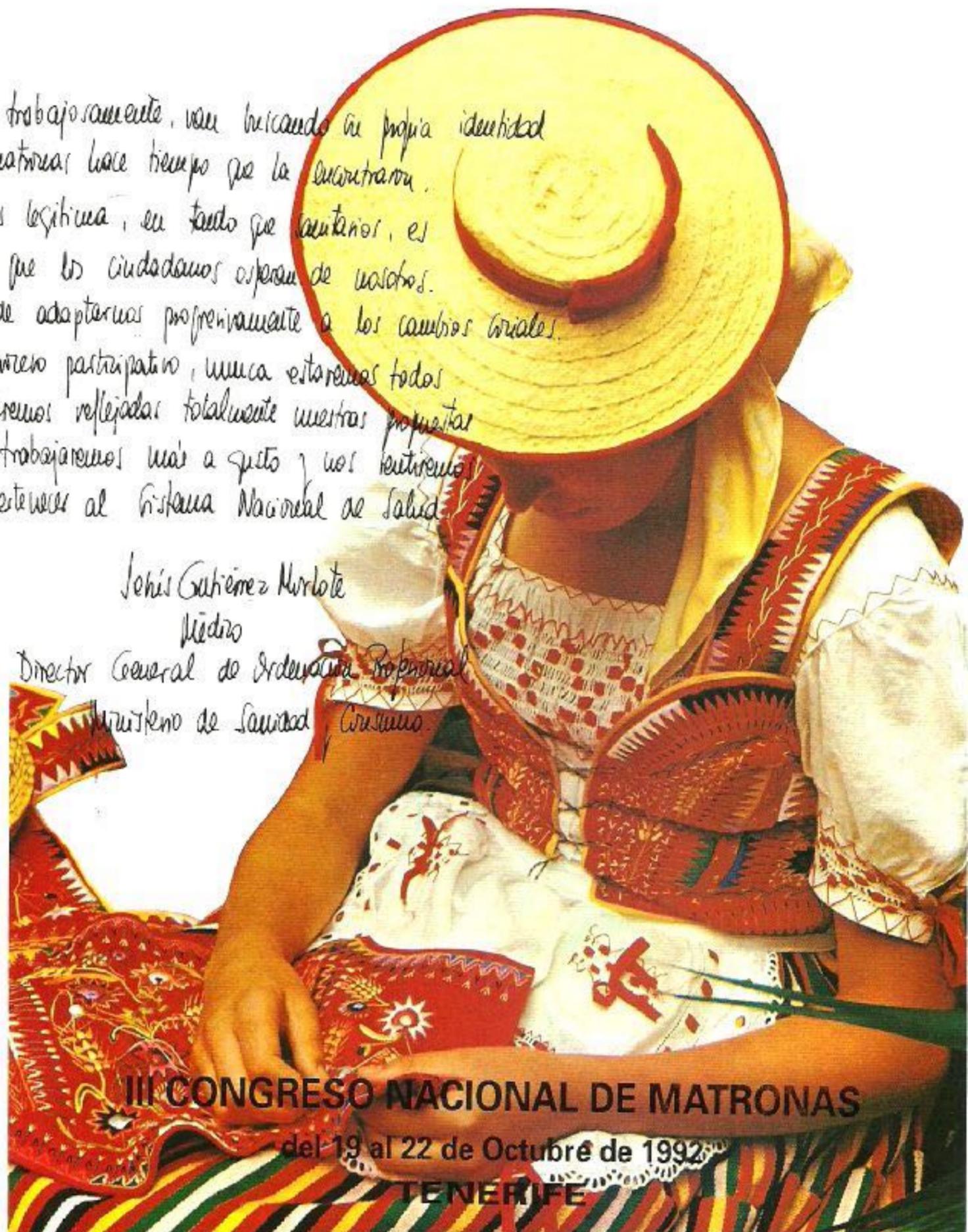


ASOCIACION NACIONAL
DE MATRONAS ESPAÑOLAS

III CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

del 19 al 22 de Octubre de 1992

TENERIFE





STAFF

Presidenta

Consuelo Ruiz Vélez-Frias

Dirección:

M.ª Angeles Rodríguez Rozalén

Directora adjunta:

M.ª Luisa Rodríguez Oscariz

Directora Editorial

M.ª Angeles Rabadán

Asesoras:

Ana Aguilar Gorges • Zaragoza

Teresa Cabrera • Madrid

Lucía Calderón • Madrid

Carmen Hernández • Canarias

Gloria Seguranyes • Cataluña

Adela Sánchez • Castilla-La Mancha

Ana Martínez • Valencia

Encarna Fdez. Zamidio • Andalucía

Carmen Fdez. Zamidio • Andalucía

Consejo Administración:

Junta ejecutiva de la

Asociación Nacional de Matronas

Avda. Menéndez Pelayo, 93

Telf. 501 05 09

Depósito Legal: M-19.000/83

Imprime: Gráficas PUERTOLLANO, S.L.

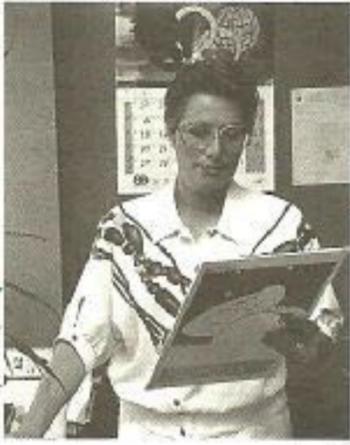
Edición realizada con la colaboración de

LABORATORIOS

BOOTS PHARMACEUTICALS, S.A.

SUMARIO

PUNTO DE VISTA	p. 3
CARTAS A MATRONAS HOY	p. 4
SECCION CIENTIFICA	
• Niños Azules	p. 5
• Como actúan las Prostaglandinas	p. 8
• Recuperación post-parto	p. 10
PRINCIPIOS ACTIVOS	
• Hipoclorito sódico	p. 13
• Paso a paso con analgésicos	p. 14
• Cuando tus ojos se irritan	p. 15
LA ASOCIACION INFORMA	
• Nueva modalidad de Matrona en atención primaria	p. 16
FORMACION CONTINUADA	p. 18
ACTUALIDAD	
• Mujer gestante-sida	p. 20
• Homenaje al Dr. de la Torriente Oria	p. 21
PERFIL	
• Consuelo Ruiz Vélez-Frias	p. 22
SE LEE, SE DICE	
• Pronta y tardía maternidad	p. 25
DE MUJER A MUJER	
• Moda	p. 27
• Belleza	p. 28
• Gastronomía	p. 29
• Arte	p. 30
• Cine	p. 31
• Libro	p. 32
MADRES HOY	
• Depresión post-parto	p. 33
AGENDA	
• 23 Congreso Internacional	p. 34
CURIOSIDADES	
• Documento siglo XVII	p. 37
CONOCE TU MUNDO	
• Al Sol de Tenerife	p. 41
INTERNACIONAL	
• Aun ilegal	p. 42
• Amor, pericia, conocimiento	p. 45
INFORMACION PARA LOS AUTORES	P. 52



El día 2 de Junio de 1992, fecha en la que aparece, en el B.O.E., la Orden Ministerial que regula la creación de las Unidades Docentes para la formación de las futuras matronas, pasará a nuestra larga historia. Pero no sabemos todavía si para bien o para mal.

Es cierto que el día 2 fue grato para las que esperábamos tan impacientes, después de años de trabajo y disgustos, incluso casi nos creemos que aquel BOE podía ser la varita mágica para resolver el problema, después de tantos años sin nuevas promociones de Matronas.

No voy a cuestionar ahora la bondad de la Orden Ministerial, aunque no comparto mucho de su articulado, pero sí tengo que hacer una severa crítica a los "inconvenientes" que se están poniendo para su aplicación.

Por una parte el Ministerio de Sanidad que asumió casi toda la responsabilidad con la polémica Orden, sin prepararse adecuadamente en recursos y naturalmente ahora se le desborda, porque los Consejeros Autonómicos consensuaron, pero no en lo económica.

Por otra, el Ministerio de Educación y Ciencia que aunque la Orden no sea muy ortodoxa al uso académico, dio lugar "salir del paso" favorable. Seguramente lo único que pretén de Luxemburgo, la sanción y condena del Tribunal

Señores ministros, subsecretarios, Directores Generales, etc sean un poco más responsables. Sean decentes, las Leyes, Ordenes o Reglamentos se hacen para ordenación de las cosas, no para que aparezcan en el periódico oficial. Hace años que les explicamos que tenemos un déficit de Matronas, que a corto plazo, puede comprometer la atención correcta de las madres, especialmente. Dispongan de los medios necesarios para que se reanude, con el número necesario de alumnas, la formación de las Matronas, ahora que ya tenemos la Orden.

Por último, para los que por su cargo en las Universidades o en las Escuelas de Enfermería están obstaculizando la tramitación o al menos de decisión, de solicitar las Acreditaciones correspondientes, por el solo hecho de perder protagonismo en la formación de las futuras matronas, por el artículo 1 y 2 de la Orden, quiero recordarles que la profesión de Matrona es ya "madurita" y aunque todavía no tenga departamento propio, si posee los conocimientos y matronas capaces para impartirlos. En cuanto a otras áreas del programa no previstas en dicho Artículo, estaremos encantados de compartir aulas y alumnado con otros profesionales que puedan enseñar.

Por todo esto, la Orden del 2 de Junio para bien o para mal ???

U.º Susana Rodríguez

LA PATOLOGIA FETAL

Es paradójico que el nivel de sofisticación de las preguntas que realizan los padres sobre las muertes fetales y de recién nacidos ha aumentado según ha disminuido la frecuencia de estas muertes. La Medicina moderna ha conseguido reducir drásticamente la mortalidad infantil. En los países desarrollados se ha conseguido llegar a cifras de mortalidad de 10 por cada 1000 nacimientos, o incluso menores, cuando se hace referencia al período de la primera semana de vida (período neonatal). Hace 20-30 años la pérdida de un niño se consideraba un hecho en gran parte impredecible por lo que se recomendaba a los padres "vuelvan a casa e inténtelo otra vez". Los médicos no esperaban preguntas de "por qué y cómo ha muerto mi hijo?". Hoy, en los años 90, los padres planifican una familia pequeña y esperan recibir de cada embarazo un niño sano y perfectamente normal. Si algo desagradable ocurre se reclaman respuestas a los médicos responsables que para responder a esas preguntas tan difíciles deben contar con la ayuda de diversos especialistas, entre los que se encuentran el patólogo fetal. La tendencia actual es llegar a un diagnóstico durante la fase prenatal del bienestar o no del feto. Para ello, se han desarrollado modernos métodos que se puedan usar en fases tempranas del embarazo: la biopsia de la placenta para realizar estudios cromosómicos, los estudios bioquímicos que permitan conocer enfermedades enzimáticas o malformaciones congénitas, o el análisis del ADN mediante técnicas de biología molecular que pueden determinar la existencia de enfermedades genéticas que se hayan transmitido al feto. En fases más avanzadas, la ecografía es un método fiable para detectar muchas anomalías fetales o placentarias. Con todas estas técnicas

se puede indicar a los padres la viabilidad de ese embarazo o la posibilidad de realizar un aborto terapéutico en caso de graves problemas en el feto. El patólogo fetal será requerido para confirmar los diagnósticos realizados prenatalmente y así validar los resultados de las técnicas utilizadas.

La Patología Fetal se encarga del estudio de los productos de la concepción cuando ha ocurrido un aborto en las primeras semanas, de los fetos que mueren antes de nacer, y de los recién nacidos que mueren en la primera semana de vida. El examen de un aborto es importante por que en más del 60% de los casos se deben a anomalías cromosómicas o genéticas, mientras que en períodos más avanzados de la gestación son de esperar otras causas como las infecciones, la rotura de las membranas que rodean al feto, o problemas en la placenta. El conocimiento exacto de cualquiera de estas situaciones es más importante todavía en casos de abortos repetidos, cuando la edad de la madre es mayor de 35 años, o cuando se sospecha una causa que haya podido producir la muerte fetal, como son esos casos en que la madre ha ingerido sustancias tóxicas o ha padecido la rubeola durante el embarazo. El patólogo fetal es requerido para excluir la presencia de cualquiera de estos problemas o para ayudar a encontrar una explicación de la pérdida de un riñón y así poder planear futuras gestaciones. El patólogo fetal puede en muchas ocasiones responder a la pregunta "¿por qué nos ha ocurrido esto a nosotros?", puede ser de ayuda para contestar a "¿nos ocurrirá lo mismo la próxima vez?", y también cuando se trata de saber "¿cómo puede prevenirse?".

JOSE-IGNACIO RODRIGUEZ
Dept. Anatomía Patológica
Hospital La Paz

NUEVOS CONOCIMIENTOS EN EL DESARROLLO CARDIACO SEGUN LAS PAUTAS DE EXPRESION DEL MARCADOR NEUROLOGICO GENETICO

NIÑOS AZULES

CASI UN 1% DE TODOS LOS RECIÉN NACIDOS PRESENTAN UNA MALFORMACIÓN CARDÍACA CONGÉNITA. LA COMPRENSIÓN DE LA GÉNESIS DE ESTAS MALFORMACIONES ES UNA DE LAS PRINCIPALES METAS DE LA EMBRIOLOGÍA CARDÍACA. AUNQUE DISPONEMOS DE DESCRIPCIONES DETALLADAS Y PRECISAS ACERCA DEL DESARROLLO DEL CORAZÓN HUMANO, LOS MECANISMOS FUNDAMENTALES OBSERVADOS EN LA REMODELACIÓN DE LA BOMBA SIMPLE DE UN ÚNICO CANAL EN UNA COMPLEJA BOMBA DE DOS CANALES HAN PERMANECIDO DESCONOCIDOS (O POCO CONOCIDOS) HASTA HACE POCO TIEMPO. EN CONSECUENCIA, SE HAN DESARROLLADO UN GRAN NÚMERO DE HIPÓTESIS INCOMPATIBLES RELATIVAS A MECANISMOS MORFOGENÉTICOS, LO CUAL HA PERMITIDO AMPLIAR EL CAMPO DE INVESTIGACIÓN Y UN PEQUEÑO AVANCE EN NUESTROS CONOCIMIENTOS.

Por **WOUTER H. LAMERS & ANTOON F.M. MOORMAN**
 Dept. of Anatomy Embryology
 Univ. of Amsterdam

La principal razón de esta dificultad en el desarrollo de la investigación cardíaca fue la ausencia de marcadores celulares adecuados para trazar el tejido cardíaco en el momento de su remodelación. Hace aproximadamente 10 años decidimos abordar este problema usando técnicas orientadas molecularmente, aplicando otras de coloración inmunológica y biología molecular en lugar de las clásicas técnicas de coloración (contraste) generalmente usadas hasta entonces. Los clásicos colorantes histológicos (contraste) identifican sólo propiedades físicas de tejidos biológicos, tal como su carga eléctrica, mientras que la aproximación molecular revela, además, las propiedades funcionales de estos tejidos. Usando anticuerpos contra moléculas involucradas en la contracción, metabolismo energético y conducción, desarrollamos un nuevo concepto del desarrollo inicial del corazón.

Inicialmente, el tubo cardíaco desarrolla una estructura homogénea, que se caracteriza por una lenta conducción del impulso depolarizante provocando un modelo de contracción peristáltica y una larga contracción final. Hemos llamado a esta estructura el tubo primario del corazón. Este sencillo y único canal del tubo del corazón funciona sin válvulas unidireccionales, para prevenir el reflujo de la sangre, y sin un sistema de conducción que coordine el modelo de contracción del corazón. A continuación aparecen los ventrículos y, un poco más tarde se desarrollan las aurículas dentro de este tubo primario del corazón. Los ventrículos y las aurículas se diferencian funcionalmente del miocardio primario en que la conducción del impulso es rápida, lo que hace que los compartimentos auricular y ventricular se contraigan instantáneamente.

Como resultado, tanto los ventrículos como las aurículas están rodeadas por el miocardio primario del tubo primario del corazón. Llamamos a estos segmentos del resto del miocardio primario tracto de entrada. (p.e., donde la sangre entra al corazón), el canal atrioventricular (p.e. la conexión entre la aurícula y el ventrículo) y el tracto de salida (p.e. donde la sangre sale del corazón). Todos estos segmentos del resto del miocardio primario se caracterizan todavía por una conducción lenta del impulso. Debido al resultado de la alternancia entre los segmentos de conducción lenta y rápida, la pauta de contracción de estos corazones es coordinada: el impulso se origina en el tracto de entrada, activa las aurículas, pero la activación de los ventrículos se retrasa en el canal atrio ventricular. Por ello, las aurículas se contraen antes que los ventrículos.

El resto del miocardio primario, en particular el tracto de salida y el canal auriculoventricular, también retienen la propiedad de una contracción de larga duración. Como estas estructuras tienen una considerable longitud en el embrión, la velocidad de conducción es lenta y la duración de la contracción de cada célula muscular es larga, estas estructuras pueden, y lo hacen, funcionar como esfínteres para prevenir el reflujo de la sangre en el corazón. Y en realidad, estos segmentos funcionan como las válvulas del corazón embrionario, antes del desarrollo de las válvulas unidireccionales definitivas.

Hemos descubierto que el miocardio primario tiene un tejido nervioso en el que libera distintas proteínas que, fuera del corazón, sólo se encuentra en las células nerviosas. Esta propiedad nos ha permitido seguir la unión entre la aurícula y el ventrículo (p.e. el canal auriculoventricular) y entre el ventrículo izquierdo y derecho primitivos durante el proceso de remodelación de la bomba del corazón de canal unidireccional, en la cual todos los segmentos están alineados en serie, en una bomba de doble canal donde las cámaras están alineadas en paralelo. La secuencia de los segmentos en la bomba unidireccional es tracto de entrada - aurícula derecha - aurícula izquierda - ventrículo izquierdo - ventrículo derecho - tracto de salida, es decir, todos los segmentos están dispuestos en serie. En cada corazón, la aurícula derecha tiene acceso al ventrículo derecho sólo por vía del ventrículo izquierdo y el ventrículo izquierdo tiene acceso al tracto de salida sólo por vía del ventrículo derecho.

El proceso de remodelación que proporciona el acceso de la aurícula derecha al ventrículo derecho y del ventrículo izquierdo al tracto de salida, para que el lado izquierdo y derecho del corazón se sitúen en paralelo se denomina septación o tabicación cardíaca.

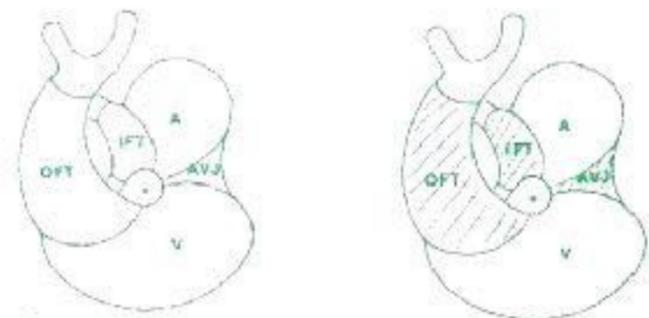
Nuestros estudios usando marcadores de tejido neuronal han mostrado que este proceso tiene lugar durante la 6ª y 7ª semana del embarazo y que principalmente produce un cambio en la configuración de la unión entre los ventrículos embrionarios izquierdo y derecho. La parte superior de esta unión se expande hacia la derecha y, por tanto proporciona acceso desde la aurícula derecha al ventrículo derecho. La parte anterior de esta unión se expande a la izquierda y por tanto une el ventrículo izquierdo con el tracto de salida. La fuerza inductora de estos cambios en la configuración de esta unión es probablemente el crecimiento mismo de los ventrículos.

Las mismas células que forman la unión entre el ventrículo embrionario izquierdo y derecho desarrollan la forma del sistema de conducción del corazón. Esto explica el motivo de que el sistema de conducción sea tan útil en la descripción de malformaciones congénitas que resultan del anormal desarrollo de esta unión. Las expansiones locales observadas en la función entre los ventrículos derecho e izquierdo pueden explicar dos grupos hasta ahora poco conocidos de malformaciones congénitas. El fallo de la unión al expandirse a la derecha causa lo que se conoce con el nombre de "ventrículo de doble entrada" (ambas aurículas se conectan a un mismo ventrículo, que casi siempre es el izquierdo) o una atresia tricúspide (fallo en el desarrollo de la válvula atrioventricular). Un fallo de la unión al expandirse a la izquierda causa en ésta en condiciones extremas lo que llamamos ventrículo "de doble salida" (tanto la aorta como el tronco pulmonar se originan a partir del ventrículo derecho). En condiciones menos extremas la aorta conecta ambos ventrículos, derecho

e izquierdo (se dice entonces que la aorta cabalga sobre el ventricular; esta condición se ve en la tetralogía de Fallot).

Ambos grupos de malformaciones congénitas pueden explicarse a menudo como fallos del desarrollo normal, en lugar de un desarrollo patológico. Estos dos grupos son representativos de un creciente número de malformaciones que pueden ser entendidas desde esta perspectiva. A pesar de estos descubrimientos no proporcionan todavía esperanzas inmediatas para la prevención, contribuyen a la solución de viejas disputas acerca de la clasificación de las malformaciones. A pesar de ello, los descubrimientos más recientes sirven para la formulación de estrategias de investigación que ayuden al entendimiento de los mecanismos responsables del desarrollo del corazón, uno de los primeros órganos funcionales en el embrión y que tiene que desarrollarse y funcionar simultáneamente.

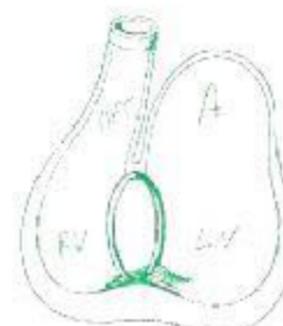
Fig. 1



Arquitectura primaria del corazón embrionario. La sangre entra en el corazón por el tracto de entrada y pasa a través del atrio, el canal atrio ventricular y el ventrículo al tracto de salida, donde sale del corazón. El tracto de entrada, el canal atrio ventricular y tracto de salida están compuestos por miocardio primario (de conducción lenta).

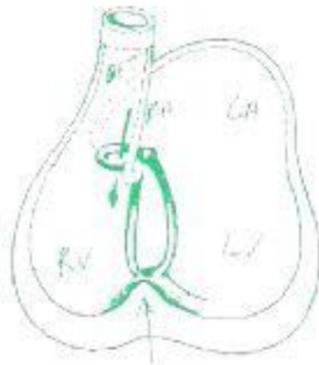
El atrio y el ventrículo están compuestos por miocardios diferenciados, de conducción rápida. Debido a la alternancia de miocardio de conducción lenta y rápida el atrio se contrae antes que el ventrículo. El canal atrio ventricular y el largo tracto de salida están, además, caracterizados por una contracción prolongada y funciona como esfínteres. El miocardio primario, sin embargo, funciona como un "sistema de conducción" y "aparato valvular" del corazón embrionario primario.

Fig. 2A



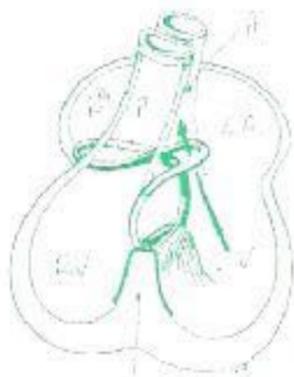
Cuatro semanas de gestación, justo antes de la septación. Se indica la unión entre los ventrículos embrionarios izquierdo y derecho (el anillo).

Fig. 2B



Cinco semanas de gestación. La expansión de la parte superior del anillo a la derecha proporciona la aurícula derecha con acceso al ventrículo derecho.

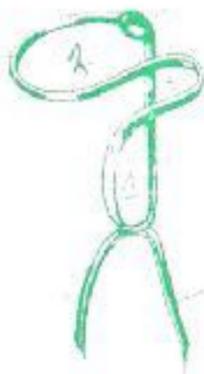
Fig. 2C



Seis semanas de gestación. La expansión de la parte anterior del anillo a la izquierda proporciona el ventrículo izquierdo con acceso a la aorta.

(N. B: el ventrículo derecho siempre tiene acceso al tracto de salida (Fig. 2B). El tracto de salida se ha dividido ahora en un tronco pulmonar y una aorta)

Fig. 2D



Como resultado de septación, el anillo se divide en tres partes.

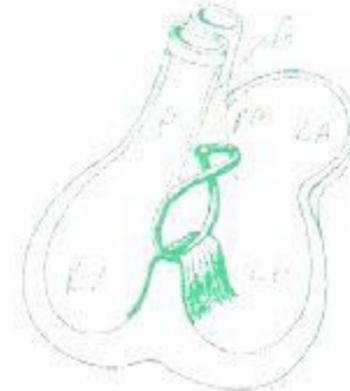
1. La parte original del anillo, bordeando la comunicación entre el ventrículo izquierdo y el ventrículo derecho embrionarios.

2. La unión aurículoventricular derecha.

3. La unión entre el ventrículo izquierdo y la aorta.

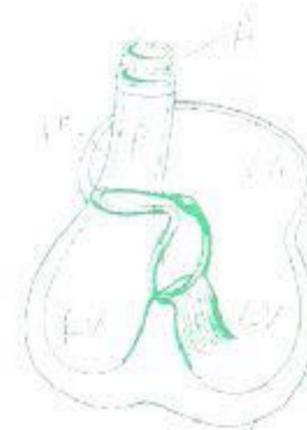
La falta de cierre del proceso 1 causa un efecto en el tabique interventricular. La falta de formación del proceso 2 origina un ventrículo de doble entrada (izquierdo) / fig. 2E. El fallo del 3 causa una doble salida en el ventrículo derecho (Fig. 2F) o una aorta a caballo sobre el septum ventricular.

Fig. 2E



La doble entrada del ventrículo izquierdo surge como resultado de un fallo de la parte superior del anillo al expandirse hacia el derecho. Ambas aurículas, derecha e izquierda desembocan en el ventrículo izquierdo.

Fig. 2F



El ventrículo de doble salida surge como resultado de un fallo de la expansión de la parte anterior del anillo hacia la izquierda. El ventrículo derecho está conectado tanto al tronco pulmonar como a la aorta.

AVJ = Unión atrio ventricular

V = Ventrículo

RA = Aurícula derecha

LA = Aurícula izquierda

RV = Ventrículo derecho

LV = Ventrículo izquierdo

P = Pulmonar

IFT = Tracto de entrada

OFT = Tracto de salida

AVC = Canal atrio ventricular

A = Aurícula

COMO ACTUAN LAS PROSTAGLANDINAS

LAS PROSTAGLANDINAS TIENEN ACCIONES DIVERSAS Y A VECES DIAMETRALMENTE OPUESTAS. ALGUNAS DE ESTAS ACCIONES QUE LA CARACTERIZAN SON: LA MADURACIÓN DEL CUELLO UTERINO ANTES DEL PARTO, LA INDUCCIÓN DEL PARTO, LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, EL TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO, LA DISMINUCIÓN O AUMENTO DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA, LA DILATACIÓN O CONSTRICCIÓN DE LOS BRONQUIOS, LA INHIBICIÓN O AUMENTO DE LA AGREGACIÓN DE PLAQUETAS SANGUÍNEAS, LA ESTIMULACIÓN O RELAJAMIENTO DE LA MUSCULATURA LISA Y ESTRIADA, LA INICIACIÓN O REPRESIÓN DE LA INFLAMACIÓN Y LA ESTIMULACIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE ESTEROIDES. POR TANTO, LOS INVESTIGADORES SE VEN ANTE DESAFÍOS TREMENDOS. TIENEN QUE ELEGIR LA PROSTAGLANDINA ADECUADA PARA UN PROPÓSITO ESPECÍFICO, HACERLA LLEGAR AL SITIO APROPIADO EN EL MOMENTO APROPIADO Y HACER TODO ESTO CON MÍNIMOS EFECTOS SECUNDARIOS.

MARIA ISABEL SANCHEZ PERRUCA
Matrona

El mecanismo que desencadena un parto espontáneo es aún desconocido, aunque se sabe que los factores hormonales son importantes. Estos factores incluyen un desequilibrio entre estrógeno y progesterona y la liberación aumentada de prostaglandinas.

La liberación de oxitocina también aumenta. Sin embargo, a diferencia de la oxitocina, la prostaglandina es sintetizada localmente en los órganos efectores tales como el cérvix y el útero.

En el pasado se consideraba que el cuello del útero era una estructura elástica pasiva. Ahora sabemos que desempeña un papel fisiológico más activo en el proceso del parto. El cuello uterino está constituido de haces firmemente entrelazados de fibras de colágeno separadas por sustancia fundamental y dominadas por moléculas de proteoglican.

Normalmente, durante las últimas semanas del embarazo, el cuello del útero madura gradualmente y se hace blando, elástico, dilatándose. Las fibras de colágeno se separan, son disociadas y ampliamente esparcidas hasta que desaparecen gradualmente. Cambios similares ocurren en el miometrio, lo cual facilita el contacto directo entre las células musculares haciendo posible, por lo tanto, una actividad coordinada. Sin embargo, en ciertas pacientes, estos procesos de maduración no se realizan. El cérvix se mantiene firme y cerrado y el miometrio permanece inactivo. Bajo estas circunstancias, pueda ser difícil la inducción del parto con métodos clásicos.

La prostaglandina E2, administrada por vía intracervical, tiene una influencia favorable sobre el cérvix y también sobre el miometrio".

La PGE2 gel acelera el proceso de maduración mientras que inicia el proceso natural del parto o simplifica la inducción artificial. El mecanismo exacto de acción no se entiende por completo, pero puede estar relacionado con la capacidad de la PGE2 de regular los niveles intracelulares de Adenoxin Monofosfato AMP cíclico e intervenir en el transporte de calcio a través de las membranas celulares.

Las investigaciones clínicas han demostrado que la PGE2 gel inicia los cambios del tejido conjuntivo del cérvix similares a aquellos que se observan en el cérvix madurado espontáneamente. Las fibras colágenas fuertemente entrelazadas por la sustancia fundamental (proteoglicanos) en el cérvix no maduro, se debilitan, separan, se rompen, desaparecen; aumentando la sustancia fundamental, la laxitud del cérvix, en una palabra, madurando el cérvix.

El colágeno es un regulador importante de la firmeza del cérvix. Durante la última parte del embarazo, la actividad de la

colagenasa aumenta, y disminuye la cantidad de colágeno.

Los cuellos de útero de mujeres que dan a luz espontáneamente y de mujeres con cuellos de útero no maduros tratados con PGE2 gel, tienen similar contenido de colágeno y tiempo de dilatación cervical, mientras que las pacientes no tratadas con cuellos de útero inmaduros y parto prolongado, tienen niveles más altos de colágeno y mayor tiempo de dilatación cervical.

El gel de PGE2 también afecta a la hemodinámica. La circulación de la sangre hacia el cérvix aumenta casi de la misma manera que en las primeras etapas del parto natural. La hemoglobina es de 20 veces mayor en el cérvix maduro comparativamente con el cérvix inmaduro. Sin embargo, las investigaciones con el ultrasonido no han demostrado efectos hemodinámicos negativos sobre el feto in útero o en el postparto, después de las aplicaciones locales de prostaglandina.

Algunos investigadores creen que la eficacia del gel de PGE2 deriva de su capacidad de inducir las contracciones uterinas, y por lo tanto producir acortamiento, ablandamiento y dilatación de cérvix, pero la maduración cervical puede ocurrir sin contracciones uterinas.

La aplicación de PGE2 en forma de gel da un resultado semejante al proceso natural, induciendo un parto con un riesgo mínimo de reacciones secundarias.

APLICACION DE LAS PROSTAGLANDINAS

El gel de prostaglandinas se debe aplicar cuando se contempla la necesidad de inducir el parto y el cuello uterino está inmaduro, es decir el test de Bishop ≤ 5 .

Previamente a la aplicación de PGE2 gel, realizaremos una monitorización cardiotocográfica externa de 30 min. y una amnioscopia para asegurarnos del bienestar fetal y de la ausencia de contracciones uterinas.

Para su administración utilizaremos: solución antiséptica, paño estéril, gasas, guantes, espéculo y PGE2 gel previamente caliente a temperatura ambiente durante 30 min. o durante 5 min. en la mano antes de usarlo, ya que su conservación debe ser a 4 °C en frigorífico.

Cada dosis de 3 gr. contiene 0,5 mgr. de dinoprostona en un volumen de 2,5 ml. de gel. Este gel viene introducido en una jeringa diseñada especialmente para este fin y listo para su aplicación.

Con la mujer en posición de litotomía, realizaremos una palpación previa del cérvix para darnos una idea de la profundidad a la que debe introducirse el catéter. A continuación se introduce un espéculo para visualizar el cuello, de esta manera podemos introducir el catéter que va insertado en la jeringa que contiene el gel dentro del orificio cervical, y depositarlo, a medida que el catéter se retira lentamente del canal cervical. Cuando se ha retirado el catéter hasta el punto en que el gel tienda a salir del orificio externo cervical, el extremo del catéter deberá avanzarse nuevamente en el canal cervical. El procedimiento se repite hasta que todo el gel haya sido depositado. Si el canal cervical es corto, algo de gel puede caer dentro de la vagina.

Es importante evitar la aplicación extramniótica del gel puesto que esto puede conducir a la hiperestimulación del miometrio.

Después de la administración del gel, la mujer deberá permanecer en decúbito lateral para minimizar las pérdidas de gel durante 30 min.

Después de la aplicación intracervical de PGE2 gel, por lo general pueden observarse los efectos sobre el cérvix en el término de 5 a 12 horas. El gel de PGE2 madura el cérvix con o sin contracciones uterinas en el término de 6 h. en el 40 ó 50% de los casos. En pacientes con contracciones esperamos un parto espontáneo. Si el cuello del útero está maduro en el término de

6 hr., pero no hay contracciones uterinas, la oxitocina inducirá el trabajo del parto y el alumbramiento en la mayoría de las pacientes. Si el cérvix todavía permanece inmaduro después de 6 hr., observamos a la paciente durante 12 hr. después de la aplicación. Deberá repetirse la palpación del cérvix.

Si el cérvix no ha madurado a las 12 hr. de la aplicación del gel, deberá considerarse proceder a una nueva aplicación. Si con dos aplicaciones, con o sin otras medidas de inducción, no se ha producido el efecto deseado, por lo general no es aconsejable una aplicación adicional. Deberá considerarse realizar una operación cesárea.

CONTRAINDICACIONES

1- Pacientes en quienes generalmente está contraindicados los fármacos oxitócicos o en quienes las contracciones prolongadas del útero se consideren inapropiadas, como en:

-Pacientes con antecedentes de operación cesárea o cirugía uterina mayor.

-Pacientes en quienes puede haber desproporción cefalopélvica.

-Pacientes en quienes hay antecedentes de parto dificultoso o alumbramiento traumático.

-En la gran multipara con seis o más embarazos a término previos.

2- Pacientes con membranas rotas.

3- Pacientes con conocida hipersensibilidad a las prostaglandinas.

4- Pacientes con sangrado vaginal no explicado durante el embarazo.

5- Pacientes con presentación que no sea de vértice.

6- Cuando existen contracciones a pesar de un cérvix inmaduro.

CUIDADOS DE LA MATRONA EN EL PARTO INDUCIDO CON PROSTAGLANDINA E2 GEL

El plan de cuidados que debemos realizar a una mujer que precisa una inducción de parto con PGE2, nos permitirá desarrollar su atención integral, pero para poder obtener de nuestros cuidados la respuesta deseada, hemos de vincular en los mismos a la propia mujer y su pareja.

No podemos olvidar que es la mujer la principal protagonista del proceso, por lo tanto, es fundamental que la gestante sepa lo que es una inducción de parto, el por qué de la inducción y el método que vamos a utilizar, para que participe activamente en él.

El plan de cuidados se elabora con el objetivo de reducir problemas y satisfacer las necesidades que habitualmente tiene la mujer durante todo el tiempo que dura la inducción.

Estos cuidados serán:

1.- Valorar el estado de la gestante y someterla a una serie de procedimientos. Dependiendo de la fase en que se encuentre:

a) Fase de maduración de cuello.

- Valorar el test de Bishop (≥ 5).

- Comprobar si hay alguna contraindicación para llevar a cabo la inducción con prostaglandinas.

- Realizar amnioscopia.

- Tomar y registrar constantes vitales.

- Enemar y rasurar.

- Aprender si hay contracciones uterinas con registro cardiotocográfico externo durante 30 min. antes de la aplicación del gel.

- Aplicar el gel.

- Realizar registro cardiotocográfico externo continuo después de la aplicación del gel.

- Atender a los posibles efectos secundarios (diarrea, vómitos).

- Valorar el test de Bishop a las 6 ó 12 h. de haber aplicado el gel.

- Aplicar de nuevo el gel si el cuello no está maduro.

b) Fase de dilatación.

- Romper bolsa cuando el test de Bishop es ≥ 9 .

- Realizar monitorización interna.

- Administrar goteo de oxitocina si hay alguna alteración de la dinámica por defecto de la misma.

2.- Valorar el estado del feto por medio de registro cardiotocográfico externo continuo durante la fase de maduración de cuello e interno durante la fase de dilatación.

3.- Explicar todas las técnicas que se le van a realizar y por qué:

- Rasurado.

- Enemado.

- Monitorización externa o interna.

- Amnioscopia.

- Aplicación del gel.

- Explicar la necesidad de permanecer en D.L.I.

4.- Explicar técnicas de alivio para disminuir el dolor y favorecer el curso del parto.

- Relajación.

- Respiración.

- Masaje.

5.- Aumentar sus conocimientos respecto a:

- El proceso del parto.

- Ventajas de la lactancia materna.

- Ventajas del contacto precoz madre-hijo.

- Cuidados de la episiotomía.

- Cuidados de las mamas, etc...

RECUPERACION POST-PARTO

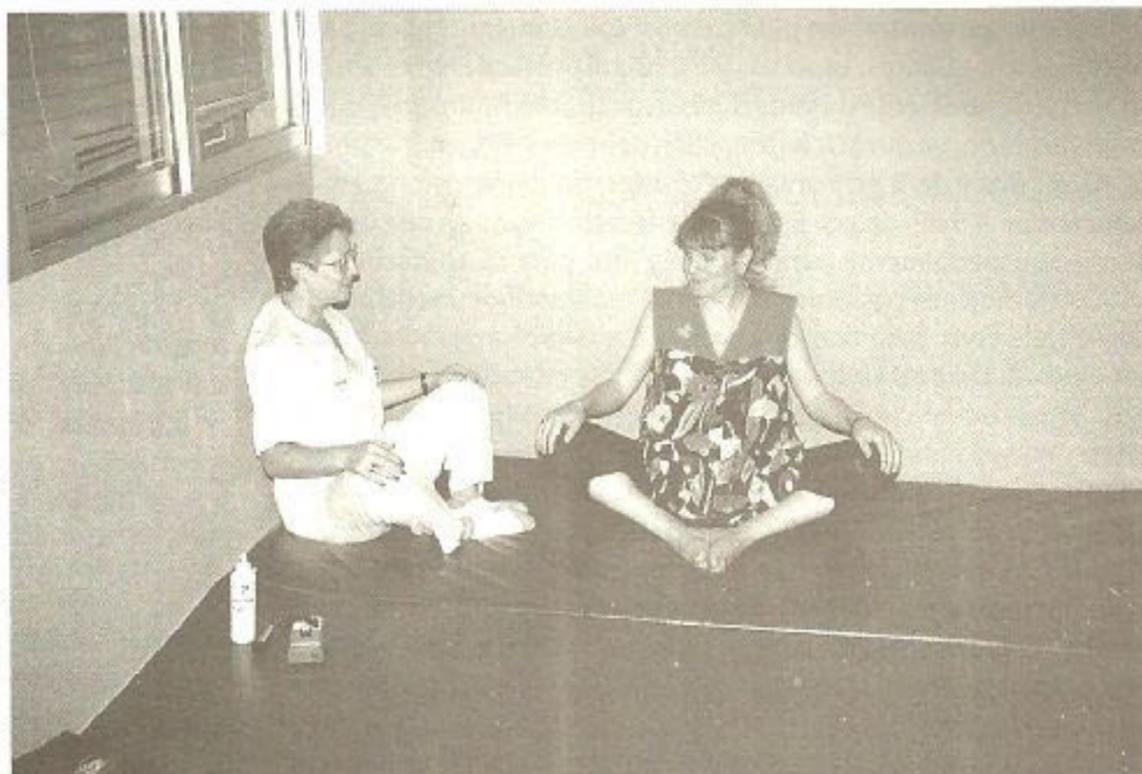
NUEVAS PERSPECTIVAS
EN LA REEDUCACION URO-GINECOLOGICA

GLORIA SEBASTIA GRACIA

A lo largo de estos últimos años gran parte de mi actividad profesional ha estado dedicada a la formación post-grado de la Matrona en el campo del pre y post-parto basada en mi experiencia profesional diaria en este campo/diversos trabajos de investigación realizados en el departamento de preparación a la maternidad del Hospital Clínico de Barcelona han demostrado la necesidad de ir modificando diferentes técnicas de entrenamiento, principalmente respiratorias y de relajación las cuales han sido expuestas en los diferentes cursos de preparación sofrológica que se han ido realizando, bien en la actualidad hemos tomado contacto con diferentes escuelas francesas de reeducación uroginecológicas que nos han hecho replantear nuevos conceptos sobre la Reeducación Post-Parto.

La exposición está dividida en dos partes, la dedicada a las modificaciones de la ESTETICA CORPORAL durante el embarazo, el correcto mantenimiento y corrección en general en pre y post-parto para centrar y profundizar en la segunda parte dedicada a la REEDUCACION DEL SUELO PELVIANO.

Situamos la Recuperación Post-Parto como parte integrante de la preparación a la maternidad que conjuntamente con el control obstétrico determinan un adecuado programa de atención materno-infantil. En la actualidad podemos contar con un amplio abanico de posibilidades terapéuticas en la reeducación:



- Técnicas de relajación
- Gimnasia
- Electroterapia
- Masoterapia
- Mesoterapia
- Laserterapia

La gimnasia y la electroterapia vaginal es lo que vamos a desarrollar más ampliamente.

El DESEQUILIBRIO ESTÁTICO que se produce en la gestante y puerpera debido a los cambios morfológicos propios de la gestación:

Hipotonía muscular en zona dorsal, cintura escapular, abdominal, perineal y bóveda plantar dando lugar a una cifosis por acortamiento de pectorales, acortamiento de la zona lumbar, diastasis de los rectos, hundimiento de las bóvedas plantares condicionando un desequilibrio vertebral pudiéndose mantener este desequilibrio en el puerperio y que deberemos corregir para que no dejen secuelas posteriores.

¿De qué forma pondrias prevenir estas alteraciones de la E.C.? En la gestación: Prestando una especial atención en la información de la mujer sobre determinadas posturas lo que llamamos: higiene postural, posturas de protección en cambios de

decúbito y sobre todo en decúbito supino con almohadas o cuñas especiales.

Merece especial atención el entrenamiento de una CORRECTA GIMNASIA

Pues de lo contrario no solo puede resultar ineficaz sino totalmente perjudicial potenciando desequilibrio estático.

Según O. Cotelle, Fisioterapeuta Ginecóloga del Hospital de St. Etienne de Paris en el parto por vía vaginal se produce una pérdida del 50% de la fuerza de la musculatura de los elevadores del ano, si durante la gestación lo ha entrenado tendrán una buena musculatura y sobre todo habrán tomado consciencia, lo que hará que sea más fácil reencontrarlos en el post-parto y se podrán trabajar más rápidamente, con una musculatura de partida mediocre y sin toma de consciencia de ellos, el punto de partida en el post-parto será peor y el tratamiento como consecuencia más largo, trabajar estos músculos activados intrasofrónicamente como propone la Escuela Sofrológica acortara sensiblemente la duración del entrenamiento permitiendo la potenciación de la memoria corporal útil para el reencuentro en el post-parto.

Durante el parto deberemos prestar atención en la valoración de los desgarros, episiotomía, posturas forzadas mantenidas

durante la dilatación así como la duración del expulsivo en postura de flexoabducción excesivamente forzada.

Un tratamiento precoz y adecuado en el post-parto permitirá una rápida recuperación.

Los objetivos de la recuperación post-parto van a ir dirigidos hacia la Recuperación de las modificaciones de la estática y estética corporal producidas por la gestación parto y post-parto para prevenir:

ALTERACIONES

- articulares
- del tono muscular
- en la columna vertebral
- Problemas uro-genitales susceptibles de producir incontinencias urinarias prolapsos y alteraciones sexuales.
- Nos centraremos en esta segunda parte en la problemática uro-genital.

Veamos con que TRATAMIENTO URO-GENITALES podemos contar:

GIMNASIA

Con ejercicios del suelo pelviano como los específicos de Kegel o con asociación de "conos" vaginales. Ejercicios perineales conjuntamente con otros grupos musculares.

ELECTROESTIMULACION VAGINAL Y/O ANAL

Aparatos eléctricos provistos de una sonda vaginal y rectal capaces de aumentar la motricidad de la zona

BIOFEEDBACK

Para facilitar la toma de consciencia del grupo muscular concreto, anulando la intervención de abdominales y abductores.

TECNICAS COMPORTAMENTALES

Que facilitan el entrenamiento asociándolo a hechos cotidianos: Contraer cada vez que se ve un semáforo en rojo. Parada del chorro urinario durante la micción (Pipi-Stop).

¿Todas las mujeres después del parto necesariamente deben utilizar estas técnicas más o menos sofisticadas?

Veamos los FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO que la Escuela Francesa propone como susceptibles de iniciar un programa reeducacional.

- R.N. con peso superior a 3.700 kg.
- Perímetro craneal superior a 35 cm.
- Incontinencia urinaria en el 1 y 2 mes de gestación.
- Desgarros y episiotomía (no profiláctica).
- Factor hereditario.
- Distancia ano-vulvar inferior a 20 mm.

Mala calidad de la musculatura urogenital.

Lo más importante una vez valorada la necesidad de la reeducación es la **PROGRESION** de la misma:

1.- Toma de consciencia de la zona concreta, no podemos iniciar ningún tratamiento activo si la mujer no tiene consciencia de su musculatura perineal, podremos utilizar láminas explicativas, diapositivas, T.V., Relajación, Biofeedback.

2.- Aumentar la fuerza muscular, por medio de la gimnasia activa, conos y electroestimulación.

Una vez adquirido un cierto tono y fuerza muscular enseñaremos a realizar.

3.- Contracciones incluso durante el esfuerzo para contrarrestar la presión ejercida por los abdominales.

VALORACION esta se debe realizar como mínimo antes y después del tratamiento elegido:

URODINAMIA. Centros específicos que diagnostican la causa de la incontinencia si es anatómica o bien funcional susceptible de un tratamiento fisioterapéutico aislado o como refuerzo antes y después de la cirugía.

PERINOMETRO. Manómetro con sonda rígida hinchable cubierta por una goma preservativa de un solo uso, el perinometro puede utilizarse como un método de valoración y como verdadero tratamiento ya que al hinchar la sonda dentro de la vagina al hacer los ejercicios de contracción hacemos trabajar los músculos contra una resistencia, en este caso la sonda hinchada y graduable.

TESTING. Es una valoración manual a través de un T.V. poniendo los dedos ligeramente separados con falanges ligeramente flex-flexionadas a dos, tres cm. de la entrada de la vagina en donde podremos apreciar los músculos elevadores del ano indicativos de la capacidad de sostenimiento y fuerza muscular ejercida por el suelo pelviano.

El testing clásico solo valora la percepción subjetiva por parte del rehabilitador de la contracción de los elevadores, la valoración se realiza del 0 al 5.

Sin embargo el Prf. Pigné toma en cuenta en su testing además de la fuerza muscular la fatigabilidad muscular y el mantenimiento o persistencia de la fuerza muscular.

En líneas generales pretendemos reseñar que **OBJETIVOS** tiene esta reeducación sea el que sea el método que tengamos que emplear, una vez que ya se tenga consciencia de la zona:

REFORZAR LA ACCION DE SOPORTE VISCERAL como prevención de prolapsos.

AUMENTAR LA MOTRICIDAD VOLUNTARIA ESFINTERIANA para favorecer la continencia.

DESENCADENAR EL REFLEJO DE CIERRE PERINEAL AL ESFUERZO, fase final de la reeducación.

Vamos a exponer un programa concreto de entrenamiento basado en la gimnasia realizada de forma activa por la propia mujer, aunque en algunos casos debamos recurrir a la utilización del biofeedback para una correcta toma de consciencia de la acción selectiva de la musculatura pelviana.

Siempre empezaremos la gimnasia activa cuando la mujer haya adquirido la toma de consciencia de la zona concreta.

Una característica muy importante tener en cuenta es que la musculatura perineal trabaja con más fuerza cuando lo hace aisladamente, es decir anulando la acción de los músculos antagonistas e incluso los sinérgicos, por ello en una primera fase empezaremos con **contracciones específicas perineales**, como los ejercicios de Kegel descritos anteriormente.

Progresivamente cuando hayamos podido valorar que existe una fuerza determinada de la zona se irán elaborando nuevos ejercicios con la participación de los sinérgicos como glúteos y abductores, hasta llegar a trabajar conjuntamente **PERINEALES SINERGICOS Y ANTAGONISTAS** como los abdominales. **Pero teniendo siempre en cuenta que cuando la mujer empiece con abdominales no distienda a su vez los perineales ya que obtendríamos un efecto contrario al deseado.**

Un periné flojo como ocurre en un post-parto inmediato en clínica puede sufrir una gran distensión, sin embargo pasadas 6 u 8 semanas después del parto y tras una valoración a través de un examen clínico puede resultar muy conveniente siempre y cuando se contraigan a la vez abdominales y perineales en espiración para anular la fuerza suplementaria del diafragma.

Veamos el programa reeducacional realizado por la escuela francesa y que actualmente estamos llevando a cabo en el Hospital Clínico de Barcelona:

Programa en clínica/hospital o Programa domiciliario y a las 6/8 semanas post-parto valoración en centro especializado dirigiendo la reeducación según las diferentes posibilidades de tratamientos;

GIMNASIA ACTIVA PROGRESIVA - CONOS Y/O PERINOMETRO - ELECTROESTIMULACION.

¿Qué criterios de valoración podemos utilizar indicativos de una reeducación específica:

HIPOCLORITO SODICO

COMO AGENTE DESINFECTANTE

ESTHER LOACES

A LO LARGO DE LA HISTORIA EL HOMBRE HA IDO GANANDO CONCIENCIA EN LA NECESIDAD DE LIMPIEZA, ASEPSIA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN, AUNQUE DE FORMA INTUITIVA EN MUCHOS CASOS. LA CONSERVACIÓN DE LOS ALIMENTOS Y LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS HAN SIDO LOS DOS MOTORES EN EL DESARROLLO Y APLICACIÓN DE AGENTES DESINFECTANTES Y ESTERILIZANTES.

A grandes rasgos podemos distinguir 2 tipos de agentes o métodos esterilizantes:

a) Físicos

- calor
- concentración salina
- congelación

b) Químicos

El calor se reveló pronto como un buen método esterilizante, aunque pronto se descubrieron también sus limitaciones (necesidad de tiempos prolongados de ebullición, formas termorresistentes, peligro de quemaduras en su manejo, imposibilidad de aplicarlo a tejidos vivos...). El resto de agentes físicos se consideran actualmente más como conservantes que como esterilizantes.

Si bien los agentes químicos no tienen una tradición tan amplia como los primeros, ya se utilizan desde hace más de 200 años, y han demostrado ser los más eficaces y seguros a muy diferentes niveles, baste para ello recordar la revolución que supuso la antibioterapia en la lucha contra las enfermedades infecciosas.

Nos centraremos ahora en las **Soluciones de Hipoclorito (HOCl)**, uno de los agentes químicos esterilizantes de alta eficacia y amplias posibilidades de uso en el ámbito que nos interesa: la Higiene Infantil.

El Hipoclorito se conoce y se ha utilizado desde hace 200 años, aunque en principio su principal aplicación fue como decolorante y sólo a partir de 1820 aparecen las primeras referen-

cias como desinfectante. Como en otras muchas ocasiones fue el ámbito sanitario donde se desarrollaron nuevas aplicaciones: el Dr. Semmelwaiss instó a los médicos y personal sanitario a lavar sus manos en una solución de Hipoclorito después de atender fallecimientos, antes de examinar a pacientes así como en partos y operaciones quirúrgicas, logrando una espectacular disminución en las tasas de infecciones y muertes.

Actualmente se conoce ya la forma de actuación del Hipoclorito, las bases de su acción bactericida y los pares concentración/tiempo de exposición para las diferentes especies bacterianas y tipos de microorganismos. **La capacidad bactericida del Hipoclorito se basa en su poder oxidante y en la alta reactividad de los iones hipoclorito frente a las proteínas de la membrana y pared bacteriana y vírica: estos iones, se fijan a los grupos amino, modificando la molécula proteica estructural y funcionalmente, inactivándola, de forma que se impide el crecimiento del microorganismo y provocando en último término la lisis de la célula.**

El hipoclorito se ha demostrado **activo frente a todo tipo de microorganismo** incluso frente a las esporas termorresistentes:

- **Bacterias**

- Formas vegetativas: Escherichia spp., estreptococos fecales, pseudomonas, estafilococos, salmonella spp, shigella, helicobacter.

- Formas esporuladas: Bacillus spp.,

Clostridium...

- **Virus:** cabe destacar entre ellos a los rotavirus, causantes de la mayoría de las gastroenteritis infantiles, y los virus de la polio, hepatitis, encefalomielitosis...

- **Levaduras y hongos:** tales como Candida albicans responsable de algunas de las infecciones perinatales de elevada frecuencia.

- **Organismos pluricelulares:** Amebas, huevos de Ascaris...

Todo ellos responsables de numerosas infecciones en los lactantes, fundamentalmente de carácter gastroentérico.

Actualmente la tecnología desarrollada en la fabricación de soluciones de Hipoclorito permite obtener concentrados estables en forma ionizada que al mezclarse con agua provocan la liberación en una cantidad fija y continua de ácido hipocloroso, a diferencia de las disoluciones clásicas como el Agua de Dakin, licor de Labarraque, Agua de Javel... que no podían asegurar su estabilidad a lo largo del tiempo. La adecuada alimentación y cuidado infantil requiere una absoluta esterilización de todos los elementos que entren en contacto con el bebé.

Muchos métodos de esterilización son efectivos, pero su eficacia se debe de como se lleven a cabo, y las soluciones de Hipoclorito se han demostrado como una de las más seguras, por su elevada potencia bactericida y facilidad de empleo en el ámbito de maternidades y hogares.

PASO A PASO CON ANALGESICOS

MARIA RUBIO
Médico

Según demuestran numerosos ensayos clínicos en una comparación de la eficacia analgésica de IBUPROFEN (400 mg. equivalente a 2 grageas de NUROFEN y ácido acetilsalicílico 650 mg.) en 33 mujeres con dismenorrea a lo largo de 3 ciclos mensuales consecutivos. Los autores llegaron a la conclusión de que el IBUPROFEN había sido considerablemente más eficaz que el ácido acetilsalicílico y el placebo en cuanto al alivio general del dolor y a la preferencia de las pacientes. Estudios posteriores han demostrado la superioridad de NUROFEN sobre el ácido acetilsalicílico y sobre propoxifeno".

Desde el comienzo de la historia, las mujeres han luchado por comprender y aliviar sus dolores. Para la mujer de nuestros días, con el primer avance real fue el ac. acetilsalicílico, fármaco aislado de un extracto de la corteza de sauce. Durante el siglo XX se han identificado muchas sustancias más potentes. La aparición del Paracetamol como analgésico de venta sin receta representó un avance útil para aquellas personas sensible al ac. acetilsalicílico, aunque su limitada acción y eficacia restringida ha hecho que disminuya su grado de aplicación.

En los años 50, los farmacéuticos que trabajan en The Boots Company en Gran Bretaña, comenzaron un programa de investigación en el estudio del dolor con el fin de producir un nuevo analgésico que tuviera pocos efectos secundarios, fuera bien tolerado y a la vez potente. El programa de investigación duró más de 16 años y tuvo como resultado el descubrimiento de una nueva sustancia, se llamó IBUPROFEN.

El IBUPROFEN es el ácido 2- (4 -Isobutilfenil) propiónico. Es sólido blanco, no higroscópico con sabor y olor suaves.

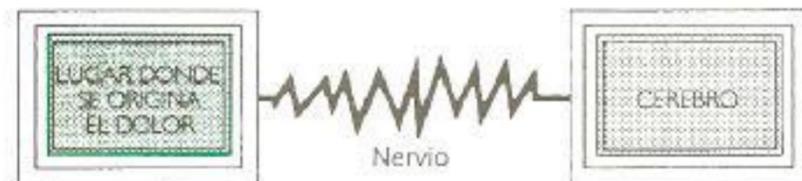
Hoy en día la inocuidad y eficacia del IBUPROFEN como analgésico de uso sin receta y bajo el nombre de NUROFEN, están actualmente reconocidas en numerosos mercados mundiales.

Propiedades biológicas:

Existen tres acciones diferentes asociadas con los analgésicos.

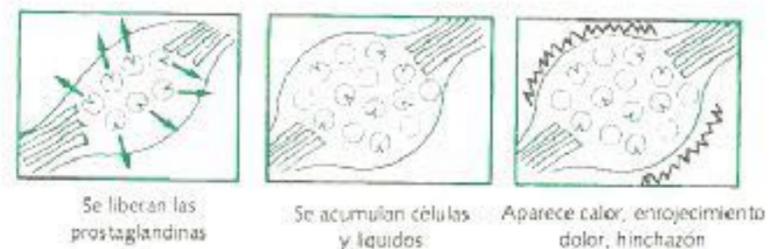
La primera acción es analgésica, de alivio del dolor.

Cuando alguna parte del cuerpo sufre una lesión o presión, se trasmite al cerebro mensajes que dan como resultado la sensación que denominamos dolor.



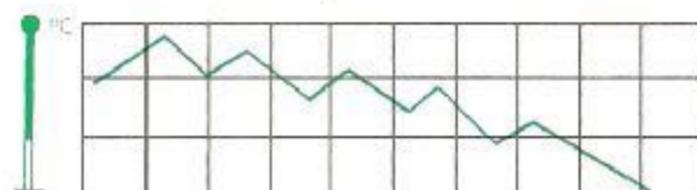
NUROFEN actúa interrumpiendo esta cadena de sucesos y evita que en el lugar de la lesión se produzcan las sustancias causantes del dolor (prostaglandinas).

La segunda acción es la antiinflamatoria.



NUROFEN y el ácido acetilsalicílico tienen un buen efecto antiinflamatorio que alivia estos síntomas.

La tercera acción es la antipirética.



NUROFEN reduce los riesgos derivados de la elevación de la temperatura y alivia el dolor en miembros y articulaciones.

Dolor menstrual

El valor especial del IBUPROFEN en el dolor menstrual está también relacionado con su capacidad de inhibir la síntesis de prostaglandinas, ya que éstas son responsables de las contracciones excesivas que se dan en el proceso. Por lo tanto en el dolor menstrual el IBUPROFEN no actúa solo como un analgésico, sino también como reductor del espasmo uterino. ■

CUANDO TUS OJOS SE IRRITAN

LOS OJOS COMO EL RESTO DE NUESTRO CUERPO NECESITAN CUIDADO Y ATENCION

Dra. R. URQUIJO

El ojo es una compleja cámara que recibe imágenes del exterior y la envía rápidamente al cerebro para que la interprete. La córnea es la ventana del ojo, el iris y la pupila controlan la cantidad de luz que entra en ella. La pupila modifica su tamaño para permitir la entrada de la cantidad de luz correcta para que veamos. El cristalino es la lente que enfoca esta luz, asegurando que se forma una imagen clara en la retina, membrana sensible a la luz que recubre el fondo del ojo. Esta imagen se convierte en impulsos que son enviados al cerebro por el nervio óptico.

EXAMEN Y DESCANSO

Es muy conveniente realizar un examen ocular al menos una vez al año con el fin de determinar si tenemos una visión normal, comprobar si nuestros ojos están sanos y poder detectar a tiempo cualquier posible defecto.

El examen debe realizarlo un oftalmólogo cualificado que inspeccionará el interior y exterior de los

ojos. La visión puede ser perfecta o necesitar corrección, en cuyo caso podemos elegir entre gafas graduadas y lentes de contacto.

Las personas que en su trabajo se ven obligadas a pasar mucho tiempo leyendo, escribiendo, estudiando, etc. tienen que:

Asegurarse de que la iluminación de la estancia sea la adecuada. También el nivel de humedad es un factor importante, ya que una atmósfera seca, unida a la probable reducción del pestañeo debida a la concentración mental, puede producir irritación. Unos minutos de aire fresco y pequeñas pausas para relajar la concentración y la presión pueden dar un agradecido reposo a los ojos.

Es fácil que un cuerpo extraño (mota de polvo, una pestaña, etc.) se introduzca bajo los párpados o sobre el globo ocular, originando molestias y lesiones por lo que:

- No frotarse los ojos
- Pestañear rápidamente para intentar desalojar el polvo o partículas.
- Si la mota es visible y se encuentra sobre la parte blanca del ojo, puede sacarse fácilmente con la esquina de un pañuelo humedecido.
- En caso de que la mota no se vea, es mejor tapar el ojo con una compresa de algodón suave y acudir al médico.

ALIMENTOS PARA VER MEJOR

Hay alimentos naturales muy beneficiosos para la salud en general y para la vista en particular.

La vitamina A es esencial para unos ojos sanos, al tiempo que es beneficiosa para la piel, el pelo, las uñas y los dientes. Incluyendo una sola zanahoria en la dieta cotidiana se puede obtener la dosis diaria recomendada.

También la vitamina B₂ (riboflavina) es importante para una buena visión, encontrándose sobre todo en el hígado y en la levadura de la cerveza.

LOCIONES Y GOTAS OCULARES

La contaminación, el polvo, el cloro del agua, el humo del tabaco, la tensión, el stress atacan cada día a los ojos ocasionando irritaciones menores que se pueden combatir con determinadas lociones y gotas oculares.

El agua de Hamamelis con beneficiosas propiedades terapéuticas investigada por Boots Pharmaceuticals, S.A., está especialmente formulada para aliviar los ojos doloridos, cansados o irritados. Optrex por ello, carece de contraindicaciones y puede aplicarse cuantas veces sea necesario.

La consulta con el médico oftalmólogo es siempre la mejor forma de encontrar solución a los problemas oculares. Como profesional de la vista, el es quien mejor puede informar sobre Optrex.



"Unos minutos de aire fresco y pequeñas pausas relajan y dan reposo a los ojos"

NUEVA MODALIDAD DE MATRONA EN ATENCION PRIMARIA

ROSARIO MUÑOZ GONZALEZ

Matrona. Asesora Dirección General de Atención Primaria

La nueva modalidad de matrona en Atención Primaria es el resultado de un proceso de reforma, en el que se inicia, tanto la reordenación general del Sistema Sanitario, como el desarrollo conceptual de una nueva filosofía, que fundamenta la Atención Sanitaria en el fomento de la Salud, y en la mejora de la calidad de vida, y no sólo en la asistencia en caso de enfermedad, y que en 1984 se concreta tras la publicación del Real Decreto 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud.

La Matrona del primer nivel asistencial trabajaba tradicionalmente adscrita a Equipos Tocológicos médicos en Ambulatorios de la Seguridad Social, o en Municipios dependientes de las Comunidades Autónomas, con una distribución que no parecía responder a ningún criterio poblacional, geográfico o de situación sanitaria concreto.

En cuanto a las funciones que venían desempeñando, existía una gran disparidad de cometidos.

Las Matronas de Seguridad Social se regían por el Estatuto de Personal Auxiliar Sanitario Titulado del año 1973 y las Matronas de Asistencia Pública Domiciliaria (A.P.D.), por el Reglamento de Personal de los Servicios Sanitarios Locales de 1953.

En líneas generales las funciones eran:

- Auxiliar al médico tocólogo o en su defecto, al médico titular, en todo cuanto se refiere a la asistencia Obstétrico-Ginecológica de las mujeres incluidas en los cupos de población o en el padrón de beneficencia municipal.

- Intervenir con carácter auxiliar en la labor de higiene prenatal y educación maternal.

- Asistencia a partos normales en Maternidades y Centros Hospitalarios o en caso de urgencia, a domicilio.

Partiendo de esta legislación la situación era la siguiente:

Por lo general, en el medio rural la Matrona, apenas realizaba función alguna dado que casi el 100 % de los partos eran atendidos en las maternidades y que carecían tanto de medios materiales adecuados y de recursos de apoyo, como de oportuni-

dades de reciclaje y formación.

En el medio urbano, las Matronas de zona de INSALUD pasaban consulta prenatal con el tocólogo, donde en muchas ocasiones su función se reducía a escribir recetas y pesar a la gestante. La dedicación horaria de las Matronas de zona era de dos horas diez minutos de consulta diaria y 12 horas semanales de guardia hospitalaria y de atención permanente para las Matronas de A.P.D.

Sobre esta generalidad, también hay que decir que, a partir de la transferencia de los sanitarios locales del Estado a las Comunidades Autónomas, y la puesta en marcha de los Centros de promoción de la salud municipales, dedicados a la atención de la mujer, algunas Matronas ampliaron su campo de actuación tradicional. Por último, y en ocasiones no excepcionales, la Matrona debido a su doble titulación, actuaba como una enfermera más.

A su vez, la Atención Primaria de Salud en España, estaba estructurada tradicionalmente alrededor de la prestación de servicios médicos a las personas enfermas, sin tener en consideración los aspectos preventivos y de promoción de la Salud.

En este contexto, el papel de la Matrona se desarrollaba como el de auxiliar del médico. La atención directa a las gestantes, prácticamente no existía y su papel independiente o propio estaba simplemente ausente.

Con el objetivo de reestructurar el Sistema Sanitario para poder dar respuesta a las necesidades de salud de la población, se inicia la Reforma de la Atención Primaria, con dos áreas de acción:

- 1.-Establecer un nuevo modelo de Atención Primaria basado en la implantación gradual de Equipos de Atención Primaria en Centros de salud.

- 2.-Desarrollar actividades en el ámbito de la Atención Primaria, mediante fórmulas de trabajo en equipo, a fin de atender al individuo, la familia y la comunidad, desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación.

La reforma planteaba que, de forma gradual, el modelo tradicional se transformase en el nuevo hasta su completa desaparición.

Como consecuencia de este cambio, se

inicia la reforma de la atención de enfermería, empezando por las Matronas, ya que en esos momentos era el profesional de enfermería que contaba con unas actividades más perfiladas de atención directa a los usuarios.

En 1984, se elabora un proyecto específico de reforma de la Matrona en Atención Primaria.

El proyecto parte de la Dirección General del INSALUD, a través de la Subdirección General de Atención Primaria.

El proyecto se centraba fundamentalmente en implantar actividades de atención directa de Matrona para la atención de la mujer en edad fértil, definiéndose dos actividades importantes a desarrollar por las Matronas que antes no se habían realizado en Atención Primaria:

- Educación para la salud a grupos.
- Y lo que denominamos Consultas de Matrona.

Posteriormente, en el último trimestre de 1985, se elaboró el documento de atención directa de enfermería, en cuidados generales. El desarrollo de actividades de atención directa, contribuiría a prevenir, a informar a la población y a promover su salud, algo que no estaba presente en el modelo tradicional de Atención Primaria. Por lo tanto, esta aportación de la enfermería en general, significaría una aportación al sistema, algo que contribuiría a que en éste se prestara una atención integral.

La primera fase de esta reforma fue la puesta en marcha de la circular dirigida a Matronas en el año 1984, y que tenía como objetivo fundamental:

Integrar a la Matrona en los Servicios de atención a la mujer, para la atención integral de la gestante o no gestante y del recién nacido, facilitándole el desarrollo de las actividades propias e independientes de su profesión, reguladas mediante directiva, para el ámbito de la Comunidad Económica Europea en el año 1980.

Además y paralelamente se inicia el reciclaje y formación de las Matronas en áreas de Atención Primaria y salud materno-infantil, y la dotación de la infraestructura necesaria para la puesta en marcha de Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica.

La segunda fase de la reforma era la reconversión de los recursos en una nueva modalidad de Matrona en Atención Primaria.

Posibilidad que se concretó mediante una Resolución del Ministerio de Sanidad y Consumo el 19 de febrero de 1990.

El nuevo perfil profesional de Matrona en Atención Primaria, responde a unas características laborales y profesionales consonantes con las necesidades del Sistema Sanitario actual e integra el concepto de Sector Sanitario, definido en la Ley General de Sanidad como la estructura fundamental del sistema, responsable de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar en su demarcación geográfica.

Las características más importantes de esta nueva modalidad son:

- Se establece como profesional de apoyo a los Equipos de Atención Primaria (E.A.P.), para el desarrollo del programa de la Mujer, dentro del marco de los Sectores Sanitarios.
- La dotación de plazas de Matrona para cada sector estará en función de la estructura poblacional existente, de las tasas específicas de fecundidad y de la dispersión geográfica del área.

Las Matronas en Atención Primaria, están destinadas a un Sector Sanitario, teniendo adscritas funcionalmente una o varias

zonas básicas de salud, las cuales deberán ser geográficamente próximas y con buena accesibilidad entre ellas.

Dependen del Gerente de Atención Primaria a través de la Dirección de Enfermería de Atención Primaria del Sector, que será la responsable de la planificación de su trabajo en base al protocolo establecido en dicho ámbito territorial. Funcionalmente dependen de los Coordinadores de los E.A.P., para las actividades que desarrollen en cada zona básica de salud.

A esta nueva modalidad de Matrona en Atención Primaria, se le aplica el sistema retributivo del Real Decreto Ley 31/87, del Personal Estatutario del Instituto Nacional de la Salud, y sus retribuciones serán las que se establecen anualmente en las correspondientes Ordenes Ministeriales.

La dedicación horaria de las Matronas en Atención Primaria es de 40 horas semanales, además de las 6 horas mensuales fuera del horario de su jornada laboral que conlleva la percepción del complemento de atención continuada modalidad A.

El trabajo de la Matrona en Atención Primaria tiene como objetivo fundamental proporcionar cuidados integrales a la mujer.

Las actividades a desarrollar van encaminadas a:

- a) Detectar precozmente los factores de riesgo así como cualquier alteración en la salud de la mujer en su ciclo reproductivo.
- b) Proporcionar atención directa, en el ámbito de su especialidad, a la mujer y al recién nacido, tanto en el Centro de salud u otras Instituciones Sanitarias como en el domicilio.
- c) Ofrecer una adecuada educación sanitaria a la mujer y a la comunidad en su campo de conocimientos, así como contribuir a la formación de otros profesionales de la salud.

Con el objetivo de establecer un marco funcional homogéneo, se han señalado desde la Dirección General del INSALUD para la Matrona en Atención Primaria, actividades dentro del Programa de Atención Integral a la Mujer, que surgen del desarrollo de las funciones que tienen establecidas en el Estatuto de Personal Sanitario Titulado y de la transposición de la Directiva Comunitaria 80/155/CEE, que regula el acceso a las actividades de la Matrona. Circular del Instituto Nacional de la Salud, núm. 5/91 fecha (25-2). ■

DIFERENCIAS GENERALES ENTRE EL MODELO TRADICIONAL Y EL MODELO REFORMADO DE MATRONA EN ATENCION PRIMARIA	
MODELO TRADICIONAL	MODELO REFORMADO
1.-Retribuciones en base a titulares del derecho a la asistencia (cartillas).	1.-Retribuciones básicas homogéneas y retribuciones complementarias que contemplan características de la prestación del servicio.
2.-Realización de actividades de forma individual.	2.-Actividades sistemáticas y planificadas.
3.-Escasa interrelación entre los diferentes profesionales implicados en la atención a la mujer.	3.-Trabajo en equipo multidisciplinar.
4.-Papel de ayuda a otros profesionales.	4.-Corresponsabilidad en la atención a las mujeres en edad fértil del Sector.
5.-Trabajo mayoritariamente burocrático.	5.-Atención directa de Matrona (en el Centro y en el domicilio).
6.-Falta de metodología de trabajo.	6.-Condiciones favorables para trabajos con metodología (P.A.E., Historia Clínica).
7.-Escaso desarrollo de actividades de educación para la salud.	7.-Énfasis en la inclusión de contenidos de educación sanitaria en todas las actividades.
8.-Ausencia de actividades de investigación, docencia y administración de servicios de Matrona.	8.-Inclusión de la investigación, docencia y administración en el trabajo de la Matrona.
9.-Inexistencia de actividades para el mantenimiento e incremento de la cualificación profesional.	9.-Integración en los programas de formación continuada tanto de Atención Primaria como del Área Materno-Infantil del Hospital de referencia.

FORMACION CONTINUADA

área materno infantil / tema 1

El objetivo de este apartado busca servir de recordatorio y actualización de conocimientos del área materno-infantil tanto en el ámbito obstétrico y ginecológico como del recién nacido.

Queda abierta la colaboración a todos los profesionales que deseen aportar temas a este apartado.

area materno-infantil

tema técnicas en obstetricia (tema 1)

autoría Marisa Rodríguez Oscáriz

Los diagnósticos obstétricos, se complementan y ratifican mediante técnicas obstétricas.



1

Amnioscopia: observación a través de las membranas íntegras, polo inferior del huevo, de las características del líquido amniótico. Material utilizado:

- a Amnioscopio.
- b Amnioscopio con mandril, porta torundas, microtorundas estériles
- c Amnioscopios de varias tallas, fuente de luz fría, porta torundas, microtorundas estériles, guantes estériles

2

Cuándo debe realizarse amnioscopia:

- a A toda gestante que refiera dinámica uterina
- b En toda gestante a partir de 35 semanas
- c Al ingreso en hospital en supuesto trabajo de parto, si no hay contraindicación: placenta previa, bolsa rota... etc., y en gestantes de más de 41 semanas.

3 Amniorexis artificial: rotura membranas ovulares mediante instrumento adecuado (lanceta).

Objetivo principal de la amniorexis:

- a Poder practicar microtoma
- b Inducir, estimular o hacer progresar el parto.
- c Observar coloración del líquido amniótico

4 Realizada la amniorexis, ante líquido amniótico teñido:

- a Avisar obstetra/médico
- b Valorar equilibrio ácido - base
- c Monitorización interna
- d Todas son correctas

5 El prolapso de cordón es una complicación posible en la práctica de la amniorexis

- a No
- b Si

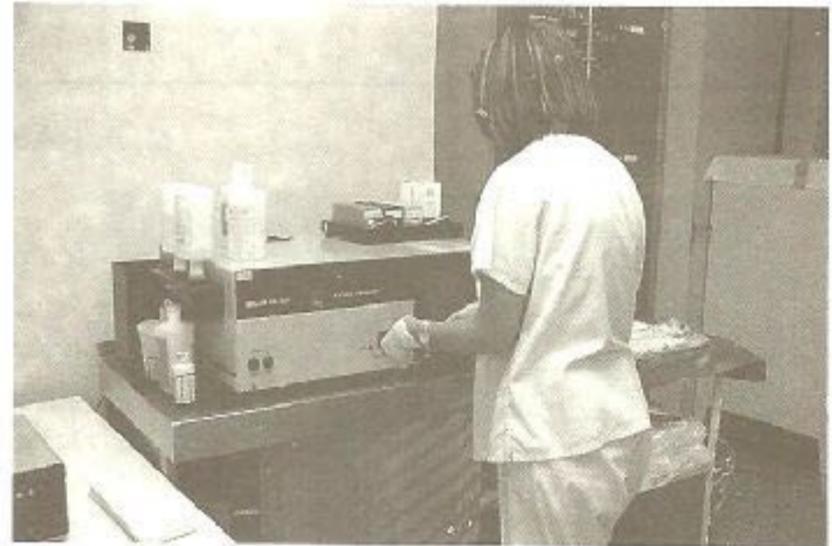
6 Amniocentesis precoz / genética: Indicación:

- a Progenitor con translocación cromosómica
- b Hijo anterior con alteración cromosómica
- c Alfafetoproteína baja, sospecha Síndrome Down
- d En los tres casos está indicada.

7 Ecografía obstétrica: permite visualización y seguimiento de estructuras ovulares desde la 5.ª semana hasta el parto.

¿Qué evaluamos en el III trimestre?

- a Madurez fetal. Crecimiento retardado (C.I.R.) Sufrimiento fetal crónico, patología placentaria tipo II - III y patología funicular.
- b C.I.R. tipo I, ubicación placentaria, edad gestacional con exactitud.
- c Patología del huevo, aborto, ectópico, mola.



8 Diagnóstico edad gestacional, objetivamente contamos con tres órdenes de recursos. ¿Cuál sería el orden lógico?

- a Anamnésticos, ecográficos, amnioscópicos.
- b Amnioscópicos, anamnésticos y ecográficos.

9 Monitorización biofísica prenatal.

- a Registro simultáneo de actividad cardíaca fetal y actividad uterina.
- b Registro de alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal.
- c Registro de la dinámica uterina en las amenazas de parto prematuro (A.P.P.)

10 Monitorización biofísica prenatal (Método basal)

Consiste en:

- a Registro cardíaco cardiotocográfico (RCGT) simple; sin mediar factor alguno de sobrecarga excepto contracciones espontáneas (Braxton - Hicks) y/o movimientos fetales.
- b RCGT prueba oxitocina.
- c RCGT prueba a compresión.

RESPUESTAS CORRECTAS	
10. a	5. b
9. a	4. d
8. a	3. b
7. a	2. c
6. d	1. c

MUJER GESTANTE-SIDA

M. A. RABADAN - Periodista

ESPAÑA, PAIS DE EUROPA CON MAS NUEVOS CASOS

El número de casos acumulados del síndrome de inmunodeficiencia adquirida declarados en España, en el primer trimestre del año, han ascendido a 14.533, según datos del Instituto Carlos III. La tasa del sida ha pasado de 226 a 370 casos por millón de habitantes. Los menores de 13 años afectados por el virus ascienden a 418. Con estos datos se puede decir que España es el país de Europa que presenta más nuevos casos de sida.

La población más afectada por el sida corresponde a drogadictos que, asciende al 64,2 por ciento, es decir a 9.331 personas. El 15,7 por ciento se produjo en varones homosexuales, 2.275 y el 2,6 por ciento pertenece a ambos grupos simultáneamente. El sida transmitido por heterosexuales creció del 4,5 al 5,6 por ciento.

El número de casos de sida contagiados por transfusiones ha pasado de 113 a 160, y por hemoderivados de 294 a 416. El de hijos de madre perteneciente a grupo de riesgo creció de 221 a 353.

LA MATRONA IMPRESCINDIBLE EN LA PREVENCION

Todavía no se reconocen como sida, muchos problemas que están afectando a las mujeres.

El cáncer de cuello de útero, la candidiasis vaginal y la enfermedad pélvica inflamatoria no están consideradas en mujeres seropositivas como sida. Es poco frecuente que se las incluya en ensayos clínicos como se hace con los hombres.

La Dra. Estébanez, del Hospital Carlos III de Madrid, señala que "en España hay más de 3.000 mujeres con sida. Los estudios realizados apuntan que las mujeres positivas pueden tener partos prematuros, desprendimiento de placenta, niños con poco peso...

El Doctor Gatell Artigas del Hospital Clínico de Barcelona dice que "la incidencia de infección puede ser inferior al 0'5 % en la población general con escaso riesgo o sobrepasan el 25'50% las mujeres que han sido o siguen siendo

La VIII Conferencia Mundial contra el sida celebrada en Amsterdam, sólo ha servido para confirmar la enorme complejidad de la pandemia y de que no sólo es la comunidad científica sino toda la humanidad la que tiene que encargarse de combatirla. Los científicos han mostrado su pesimismo sobre la vacuna del sida. La enorme capacidad de mutación del virus, su variabilidad y habilidad para crear resistencias en todos los fármacos que pretenden destruirlos, convierten al virus en un enemigo imbatible.

El virus, al introducirse en el cuerpo humano pone en marcha una serie de complejos mecanismos inmunológicos llevando a la autodestrucción de lo mejor del sistema inmunológico. Es entonces con la inmunidad perdida, cuando las infecciones acaban con la vida del organismo entero.

adictas a drogas por vía parenteral. La tasa de transmisión materno-fetal suele ser del 15-20%, oscilando entre 5-30%. El pronóstico de los niños infectados por vía materna hay que considerarlo malo a corto-medio plazo, si bien se dispone de menos información que para el caso de los adultos".

Con relación a las matronas, La Dra. Estébanez puntualizó "Estas profesionales tienen una importante función en el cuidado de las mujeres portadoras, por lo que deberían conocer todas las condiciones para poder tratarlo de la forma más oportuna. Hay muchas mujeres que se infectan en el postparto que, es cuando el virus tiene mayor poder infectivo. La matrona debe aconsejar la utiliza-

ción del preservativo, único remedio eficaz, hoy por hoy. En Europa se utilizan más que en España donde sólo un 30 por ciento lo usa adecuadamente. Faltan métodos de prevención, como el condón femenino o cremas vaginales antivirales que pueda utilizar la mujer con libertad."

La Dra. Estébanez está trabajando en Londres en el proyecto de investigación con la CE sobre sida -mujer y asegura que se está avanzando aunque existen dudas sobre el síndrome, por ejemplo: "En un principio se pensaba que se podía transmitir con la lactancia, pero no se sabe ciertamente".

ALTO COSTE DE LOS MEDICAMENTOS

Según el Doctor Gatell en los países occidentales aproximadamente el 5-15% de los casos de sida se presentan en mujeres. Por ello la repercusión socio-económica del sida en la mujer representaría aproximadamente el 5-15% de la repercusión socio-económica en general. El hecho de que sea uno de los subgrupos que experimentan una mayor tasa de aumento, la posibilidad de transmisión materno-fetal le añade una dimensión y repercusión adicional más difícil de cuantificar.

El tratamiento de los enfermos de sida es cada vez mas caro a causa del aumento continuo de los precios de los medicamentos.

"Entre el 15 y el 22 por ciento de mujeres con VIH positivos lo transmiten a sus hijos"

"El coste del tratamiento de un paciente de Sida en Norteamérica sobrepasa los 10 millones de pesetas, desde los primeros diagnósticos hasta la muerte del paciente."

Homenaje al Dr. de la Torriente Oria

MARISA RODRIGUEZ OSCARIZ

Desde nuestra revista "Matronas Hoy" queremos rendir un sincero homenaje al Dr. de la Torriente.

El día 29 de mayo de 1992 fallece, de forma inesperada e impresionante, Fernando de la Torriente Oria. La noticia nos dejó dolorosamente sorprendidas, sin palabras, no dábamos crédito a lo sucedido, pero sí, era terriblemente cierto.

El 2 de Junio del 92, se publica en el BOE, n.º 132. Orden 1 de Junio de 1992, por la que se inician los pasos para la reapertura de las Escuelas de Matronas. Fue, en este largo maratón, el Dr. Fernando de la Torriente, una de las personas que más interés y empeño pusieron en su logro. ¡Gracias Dr. de la Torriente!... ¡Muchas gracias amigo Fernando!

El día 4 de Junio del 92, en el tradicional encuentro de Matronas celebrando la festividad de nuestra Patrona, se comunicó la noticia de la orden publicada. Tu, querido Subdirector General Fernando de la Torriente no estabas entre nosotras, pero doy fe que estuviste en el pensamiento y en el corazón de numerosas matronas. Hubo palabras, silencios y... algunas discretas lágrimas.

Es harto conocido el "Curriculum" del Dr. de la Torriente, queremos hacer hincapié en aquellas etapas de su vida profesional en que se relaciona con profesionales de enfermería, y puntualmente, los últimos años de su ejercicio cuya relación con las Matronas, fue continuada e intensa.

Desde la consulta de Cirugía en el Ambulatorio y en el Hospital Clínico en el servicio del Dr. Durán Sacristán, también como profesor de la escuela de dicho centro y, posteriormente, como Director de la misma, supo ganarse el afecto y respeto de las profesionales de enfermería dándoles ese espacio que él entendió muy bien debían de tener.

A partir de su nombramiento como Director de Santa Cristina, posteriormente Subdirector General de Especialidades Médicas y Relaciones con las Instituciones Sanitarias en el Ministerio de Educación y Ciencia y, finalmente, como Subdirector General de Planificación y Recursos Humanos en el Ministerio de Sanidad y Consumo, su relación con las Matronas tuvo un carácter continuado hasta conseguir la deseada Orden de Reapertura de Escuelas. ¡Apostaste fuerte por nuestra especialidad! Creías firmemente que la "Materno infantil" lo merecía.

Nos dirigimos especialmente en este homenaje a sus seres más queridos, estamos con todos vosotros, sentimos vuestra pena un poco nuestra, queremos haceros saber que estamos aquí y que contáis con nosotras.

El Dr. Fernando de la Torriente será sustituido como Cirujano y en los demás cargos administrativos por él ocupados, pero su espacio entre nosotras no se podrá sustituir. Ha dejado "un vacío".

Dr. Fernando de la Torriente, en gratitud al trabajo realizado para nuestra profesión, has pasado a ser Miembro de Honor de la Asociación Nacional de Matronas Españolas.



"Fue una de las personas que más interés y empeño han puesto para lograr la creación de las unidades docentes para matronas".

CONSUELO RUIZ VELEZ-FRIAS

1 DOCENA DE CASUALIDADES

No es frecuente la forma en que presentamos esta sección.

Normalmente, el perfil de una persona lo escribe otra, pero en esta ocasión, lo hacemos de forma atípica porque la persona es especial, poco común, además escritora.

Nos interesó su perfil tanto como su autobiografía. Por eso le pedimos que ella misma lo escribiera, en la seguridad de acertar con su estilo de escritora consumada.

Dña. Consuelo Ruiz Velez-Frias es una mujer absolutamente excepcional. Luchadora incansable por la Profesión, inteligente, humana, brillante..., parece imposible que la Naturaleza sea, a veces, tan generosa con una persona.

En el año 1955 publicó su primer libro "Preparación psicoprofiláctica del parto", que tendría más tarde una 2.ª edición, algunos libros de poesía, muy notorios, numerosas ponencias y comunicaciones, y en los últimos años un libro donde relata la historia de las Matronas con una gracia que obliga a leerlo "de un tirón".

A sus 78 años tiene la ilusión, por hacer cosas, que normalmente solo dan los 30.

¡Ojalá tengamos la suerte de que el privilegio de contarte entre las matronas, dure muchísimos años!

M.A.R.R.

CONSUELO RUIZ VELEZ-FRIAS

No he encontrado título mejor para un breve resumen de mi vida, pero como no creo en el azar, sino en que el Universo es una maquinaria formidable en la que todo está programado y yo una microscópica parte de él, pondré casualidad entre comillas.

1.ª "CASUALIDAD"

La de nacer en Noviembre de 1914. Quizá antes de entrar en mi cuerpo, mi alma vio las trincheras, las ciudades destrozadas, la angustia y el dolor de las gentes y por eso nació hipersensible para el sufrimiento ajeno, con el decidido e instintivo propósito de aliviarlo en la medida que me fuera posible.

2.ª "CASUALIDAD"

En la primavera de la vida, apenas conocido el amor conyugal, la guerra civil me sorprendió con una niña de meses en los brazos. Cuando acabó, estaba sola en la parte de los vencidos, con mi hija de tres años, sin marido, sin casa, sin familia, sin más ayuda que la del Cielo. Con ella y no por "casualidad", pude salir adelante, pero como no podía por menos de ocurrir, ante las innumerables privaciones, mi hija cayó enferma.

En el Instituto Antituberculoso me dieron un mal pronóstico y un montón de muestras de calcio y vitaminas para que se las inyectase.

3.ª "CASUALIDAD"

No solamente la niña se curó, sino que tuve ocasión de ayudar a otras vecinitas que estaban en el mismo caso. Mi clientela crecía como la espuma porque el barrio era muy pobre y yo les había hecho creer a los niños que ponía las inyecciones sin aguja y por eso no les hacía daño. En realidad había estudiado la manera de relajar sus músculos y hacerles perder el miedo. El practicante del barrio me amenazó con denunciarme por intrusismo y reconociendo que tenía razón, decidí hacerme practicante para poder seguir mi humanitaria tarea pues, aunque no ganaba dinero con ella, conseguía algo que vale más: el aprecio y el cariño de la gente y la íntima satisfacción de haber obrado bien.

4.ª "CASUALIDAD"

Obtener el título de practicante era para mí como poner una pica en Flandes. No tenía los años de Bachillerato requeridos pues desde la muerte de mi madre ni siquiera había ido al colegio. Lo único que me enseñaron mis tías fue a coser, bordar y hacer calados para que las ayudase en su trabajo. Cosiendo, bordando y haciendo punto me ganaba por entonces la vida y acudir al Instituto o a la Facultad estaba descartado. Lo único que podía hacer era presentarme a examen por libre. Fue lo que hice. Como no tenía dinero para comprar libros, estudiaba con los de la Biblioteca Nacional y logré el título en nueve meses, de Octubre a Junio.

5.ª "CASUALIDAD"

El Hospital Provincial estaba atestado de alumnos haciendo prácticas y se me preguntó si tenía inconveniente en realizarlas en la Maternidad Provincial, un vetusto caserón en la calle Mesón de Paredes, cuyo certificado tenía idéntico valor que el del Hospital para el examen. ¡Nunca se me borrará de la memoria el recuerdo de aquella Maternidad! Tenía un olor peculiar, nauseabundo, apestoso, rancio, que te atufaba subiendo la escalera, pero que desaparecía como por encanto, al llegar a las salas o al paritorio, al tomar contacto con las mujeres. Siempre he sentido amor por las parturientas, no lástima, no, auténtico amor a seres como yo que estaban pasando un mal rato y para las que, a veces, tener un hijo no era una alegría, como lo fue para mí, sino un dolor.



6.ª "CASUALIDAD"

En una ocasión, una pobre mujeruca estaba dando a luz, verdaderamente enloquecida. La matrona que la asistía, además de ser muy competente, tenía mucha paciencia, pero al final la perdió y yo le dije: ¡Mujer, no la trates así! ¿No ves que no es dueña de sí? La matrona exclamó airada: ¿Sabes lo que te digo?, que te hagas tú matrona a ver si lo haces mejor. Y yo la contesté: Gracias, me has dado una idea.

7.ª "CASUALIDAD"

Efectivamente, me hice matrona y continué yendo a Mesón de Paredes para observar, con más ojos que un queso de Gruyere, los partos. No contenta con eso, buscaba la ocasión de ver parir a gatas, perras, ovejas, vacas y cerdas, lo que era difícil, pero no imposible y comparaba sus partos con los humanos de lo que saqué buenas consecuencias.

Empecé a trabajar poco a poco en el barrio. Algunas matronas no querían desplazarse tan lejos ni a viviendas tan incómodas, sin agua, sin retrete, algunas hasta sin electricidad y hasta chabolas. Si asistía yo el parto, unas me daban el importe del volante, otras, la mitad y alguna, nada más que las gracias. Pero a mi me gustaba mucho asistir partos, aunque al principio, las mujeres desconfiaban de mí que siempre he sido físicamente insignificante, parecía más joven de lo que era y, sobre todo, vivía en el barrio. Me las encontraba en la fuente o en la cola del carbón y esto me restaba categoría. Criticaban que no sabía asistir partos, que no hacía más que escuchar muchas veces al corazón del niño y tocarles la tripa, que no daba masajes "por dentro" con la mano untada en aceite para dilatar la matriz, que había partos en los que sólo hacía un tacto ¡y por detrás!

En realidad, yo había leído que la dilatación del cérvix coincide normalmente con los movimientos de flexión, rotación y descenso del feto y trataba de comprobarlo, siguiendo el desplazamiento del foco cardíaco para calcular la dilatación, evitando a las mujeres peligros y molestias. Al final fui ganando el aprecio y la amistad de las mujeres que seguían pensando que yo no

sabía una jota, pero que tenía muy buena suerte pues las mujeres asistidas por mí parían fácilmente, sin episiotomías, sin puntos, sin fiebre, grietas ni mastitis. Pronto adquirí fama de persona alegre, de buen humor y que no se apuraba por nada. ¡Claro! ¡Cómo que estaba segura de que todo iría bien dejándolo a cargo de quien dispuso que las mujeres parieran y que los niños no se sacaran de la tierra, como las patatas o los nabos.

8.ª "CASUALIDAD"

En Mesón de Paredes me enteré de la convocatoria de oposiciones para matronas de la Beneficencia Municipal, pero en el



Colegio me dijeron que me habían informado mal, que no había tales oposiciones. Fui al Ayuntamiento donde me aseguraron que sí e incluso me vendieron el programa que tenía la cubierta naranja y costaba dos reales. Volví al Colegio y dije a D.ª Pilar Montes que era la Presidenta: Este es el programa de las oposiciones por las que yo le pregunté el otro día. Ella se echó a reír y me contestó: En esas oposiciones yo tengo plaza segura porque son para dámoslas en propiedad a las que las desempeñamos como interinas. Va usted a perder, si se presenta, el tiempo y el dinero.

En Mesón de Paredes conocí a un tal doctor Villar que había organizado clases

para opositoras. Hice un esfuerzo económico para pagarlas, pero no pude acudir más que a una porque el doctor Villar me rogó que no volviera, ya que las alumnas le habían amenazado con cambiar de profesor, alegando que las plazas estaban justas y que no se podía consentir una competidora. Tampoco conseguí ningún tipo de contestaciones preparadas para el caso, pero como siempre fui mujer de recursos volví a subir animosamente los escalones de la Biblioteca Nacional y me preparé mis propias contestaciones con arreglo al programa.

9.ª "CASUALIDAD"

Me habían recomendado que leyera el "Jascke", un tratado de obstetricia traducido del alemán que siempre prestado y el ordenanza que me acarrea diariamente un montón de librotos, me aconsejó que lo solicitara en secretaría, donde me lo reservarían. Así lo hice y mientras esperaba a que me atendieran, observé sobre la mesa un pequeño libro encuadrado en tela verde oscuro. No pude por menos de leer el título que era: "gestosis renales. Prof. Gil y Vernet, de la Universidad de Barcelona. ¿No podría llevarme este libro, hasta que devuelvan el otro? No puede ser, me contestó amablemente la bibliotecaria, porque lo acabamos de recibir y aun no he hecho la ficha. Pues hágala, le rogué, yo puedo esperar. Me llevé el libro a casa, lo leí atentamente, saqué notas de él y gracias a este hecho fortuito saqué una de las plazas "que estaban ya dadas" ya que uno de los temas que me tocó en suerte en el examen fue el del

riñón. El otro fue el de la lactancia materna, tema en el que estaba empolladísima, gracias a una mastitis horrorosa que tuve a los 20 días de nacer mi hija y que me indujo a estudiar concienzudamente lo relativo a la mama para evitar en lo posible que a una de mis clientes les ocurriera lo que a mí. ¡Hasta pude citar la frase de un eminente ginecólogo alemán que era uno de mis autores favoritos.

10.ª "CASUALIDAD"

"Un día, mientras esperaba el autobús junto aun kiosco de periódicos, me llamó la atención una revista francesa en cuya por-

tada sonreía un niño..." Así empieza el prólogo del primer libro publicado en español sobre la preparación psicoprofiláctica del parto que tuve la osadía de publicar en 1955. En la revista que compré y leí había un reportaje, con fotos, nombres y direcciones sobre los resultados de un método muy interesante para mejorar la asistencia al parto. Me decidí inmediatamente a ir a París y aprender ese sistema y fui la primera persona que hizo la preparación psicoprofiláctica en la Escuela de Matronas de Santa Cristina por autorización del doctor Harguindey, única Maternidad en que pude hacerlo, gratuitamente y sin costo alguno, a pesar de que se lo había ofrecido a varias.

11. "CASUALIDAD"

Volví de París con la premeditada intención de que se enterasen hasta los gatos de lo que yo acababa de aprender y lo primero que se me ocurrió fue escribir un libro sobre el tema. Lo traía más o menos, perfeñado en el magín y escribirlo fue muy fácil. Pero publicarlo ya era harina de otro costal porque siempre he sido pobre y ni siquiera he intentado nunca dejar de serlo. Conseguí la dirección de un editor y me presenté a él con mi original en el bolso. Me dijo que se lo dejara y que en un par de semanas me daría la contestación, pero a las 24 horas me

llamó por teléfono para decirme que pasara por su oficina para firmar el contrato. Todos los gastos corrieron por cuenta de la editorial que me abonó los derechos de autor que no llegaron a cubrir los gastos de mi viaje y estancia en París. Yo estaba más contenta que unas Pascuas de que hubiera sido una matrona la pionera de la preparación en España. No calculé entonces que los pioneros solían tropezarse a menudo con los Sioux pero si lo hubiera previsto, de todas formas hubiera aceptado el riesgo. Con las peripecias que me ocurrieron después se podrían llenar muchas páginas y si las cosas se pudieran hacer dos veces, de nuevo volvería a escribir ese libro, a dar conferencias, a publicar artículos y hasta puede que volver a intentar dar un cursillo gratuito para matronas, cosa que, a pesar de mis muchos no logré hacer. Y luego, naturalmente, pechar con las consecuencias que tuve que sufrir porque creo que yo he nacido para eso, para ser matrona y "hacerlo mejor", al precio que fuere.

12. "CASUALIDAD"

Un fuerte ataque cerebral, del que los médicos no esperaban que saliera me dejó parálitica y sin habla a raíz de mi jubilación. Ya estaba resignada a morir, contenta por lo que había hecho y apenada por lo que no me habían dejado hacer, pero escapé viva

sin más percances que una pierna patitiosa y una mano hecha un pingajo, decidida a aprovechar el tiempo que me quede. Después del ataque publiqué, a expensas de la Asociación de Matros, a quien cedí todos los derechos, "Cómo se hace la preparación psicoprofiláctica" y "LAS MATRONAS", una profesión ancestral basada en el amor" que es, que yo sepa, el único libro que trata el tema "Matronas" desde el punto de vista histórico y que me costó años de estudio y de recopilación de datos fiables. Sigo viajando, acudiendo a Congreso y participando en cuantas actividades se me invita a hacerlo. Pertenezco al Grupo "Génesis", una asociación de profesionales que asisten partos a domicilio, gentes encantadoras con verdadera vocación y amor a una profesión especial e idiosincrática. Yo ya no puedo asistir partos, pero me siguen gustando, es como si disfrutara de una segunda vida, como si se me hubiera dado otra oportunidad, pero no creo que esté aún viva por "casualidad", sino que debo tener que hacer algo aquí todavía, acaso no he terminado mi tarea en este mundo.



PRONTA Y TARDIA MATERNIDAD

BEGOÑA TORMO



MADRE A LOS 13 AÑOS

La niña de raza gitana María Consuelo Jiménez Montoya pensó que el "estómago se le había hinchado un poco". María Consuelo se embarazó posiblemente por una violación de su hermano de 16 años, o por la relación sentimental que mantiene con Manolo, su novio y primo, con quien su abuela quiere casarla. María Consuelo hija del matrimonio Jiménez-Montoya, tiene diez hermanos. Vivió junto a su familia en una fábrica abandonada de Pontevedra, hasta ahora, que en Octubre de 1991 el Ayuntamiento les instó a abandonarla. Después vivieron en una caravana situada en un vertedero en Amoedo, hasta que ha pasado a vivir con su abuela paterna para ser sometida a exámenes médicos.

MADRE A LOS 61 AÑOS

Gracias a los progresos de la ciencia la matrona italiana Liliana Cantadori, consiguió quedarse embarazada. Se casó cuando tenía 44 años con Orlando, diez años más joven que ella "con su cariño y dulzura siempre me hizo comprender que la edad no cuenta para nada". La constancia, el entusiasmo y su espíritu positivo han hecho que nunca se rindiese "desde hacia tiempo bajo estrecho control médico tomé hormonas para impedir entrar en la menopausia".

"La inflamación de trompas impidió que me quedase embarazada. Cuando en Italia se comenzaron a realizar operaciones de microcirugía de trompas, me armé de valor y me operé, pero las cosas no funcionaron. Apenas me enteré del método de fecundación "in vitro" me fui a Milán y lo probé y... el milagro se produjo".



MODA: PASARELA CIBELES, 92

ARMONIA EN LAS PROPORCIONES

M. A. RABADAN
Periodista

UNA APUESTA

No se llega a la belleza sino por la perfección de los principios. Por la estricta vía de la calidad desde el mismo punto de partida, por el respeto a los conceptos originales y por la evolución racional dentro de una trayectoria coherente.

Evolución que Pasarela Cibeles certifica cada temporada y que surge para el otoño-invierno 92-93 como la afirmación de una nueva silueta femenina.

EL DÍA La ciudad

Es la falda larga quien marca la innovación. Recta, con el límite establecido a media pierna, clásica y fiel a la silueta femenina.

La falda más corta continúa la nota vivaz mediante la aplicación de flecos, en el bajo o en los laterales.

El chaleco es pieza indispensable, pegado al talle y con abotonado alto, es compañero de chaquetas y pantalones. Estos de pinzas, rectos, en suaves espiguillas o pequeños cuadros.

Los abrigos son anchos, cálidos y envolventes, con singulares puños y cuello de terciopelo o con la nobleza del visón o el zorro.

Chaquetas abrigo, tres cuartos, generosas y amplias, conviven con abrigos cortos realizados en doble cashemere que acompañan a vestidos breves y rectos en el mismo tono.

En cuanto a los motivos predomina el rombo. El cuadro escocés tienen una discreta presencia, así como las espiguillas y cuadros ingleses.

Los tonos empleados en la ciudad son suaves y naturales, Cremas, beiges, camel, vainillas. La gama de los grises, marrones, castaños, burdeos, granates y cereza.

LA NOCHE

El negro, color de y para la noche tiene una fuerte presencia en los vestidos entallados, de terciopelo y en los espléndidos juegos de chaquetas bordadas y pantalón smoking.

La espectacularidad de un talle que se despega en tablas a partir de la cintura, creando menos volúmenes abiertos sobre la falda recta, alterna con la serenidad del vestido pegado al cuerpo.

La noche también encuentra una acertada respuesta en la falda larga, negra, con el fajín y el foulard del smoking, en la camisa blanca y en las casacas con aplicaciones de strass en las solapas.



BELLEZA:

CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO Y LACTANCIA SOBRE LOS SENOS.

COMO COMBATIRLOS Y PREVENIRLAS

ELENA FERNANDEZ MARTIN
MEDICINA ESTETICA

El problema más frecuente después de la lactancia es la Ptosis mamaria atrófica, es decir, la caída del pecho por debajo del surco submamario y disminución del volumen y las estrias, hecho más frecuente en multiparas que han dado el pecho a sus hijos.

Las razones principales son los cambios bruscos de volumen y peso de las glándulas mamarias durante el embarazo, y después de éste con la subida de la leche y lactancia.

En el embarazo hay cambios hormonales y metabólicos, a parte de la distensión de los tejidos, que son también responsable, como son un aumento de corticoides y progesterona. Contribuyendo a la aparición de flacidez cutánea y estrias.

La flacidez cutánea es la pérdida de elasticidad de la piel debido a una degeneración de la piel y del tejido conjuntivo. Generalmente va asociado a una pérdida del tono muscular y relajación de los ligamentos de soporte.

Las estrias son un fallo en el espesor de la dermis, la tensión en la dermis produce ruptura de la malla de libros conjuntivos. Estas estrias aparecen con más frecuencia en abdomen, muslo, manos, nalgas y brazos.

No todas las mujeres sufren estos trastornos después del embarazo y lactancia, y no todas en la misma magnitud, y ello se debe a varios factores. La susceptibilidad individual, factores etiológicos añadidos, (carencia proteica calórica y vitamínica, desequilibrios endocrinos, celulitis, etc.), aumento y descenso del peso corporal y por ultimo también dependerá de si se realizaron cuidados estéticos y cosméticos, antes y después del embarazo.

La Ptosis mamaria se debe fundamentalmente a la pérdida de tono de la piel que lo sostiene, este hecho ocurre fisiológicamente con la edad, pero se acentúa con los embarazos y lactancia, siendo también más rápido en las mujeres que tienen senos voluminosos, por lo que deben adoptar mayores cuidados y precauciones.

¿ Como prevenirlo?

Con el uso de cosméticos y la realización de ejercicios prácticos diarios, desde juventud.

- Se debe utilizar un sosten adecuado.
- No abusar del sol, pues los rayos ultravioletas reducen el contenido de colágeno dérmico y la elasticidad de la piel. Hay que tener en cuenta que la piel que recubre los senos es más frágil y delicada que la de otras partes del cuerpo.

- No se deben hacer deportes violentos y por el contrario practicar remo o natación que desarrollan los músculos pectorales o practicar ejercicios en casa durante 10-15 minutos al día.

- Hay que mantener y aumentar la tonicidad de la piel del seno utilizando cosmética eficaz frecuentemente, incluso a diario en determinadas situaciones. Con cremas ricas en frutas, pulpas, glucosa, colágeno y elastina, que aporten aminoácidos nutriendo e hidratando la piel.

El mejor tratamiento es el preventivo manteniendo la piel que sostiene los senos elástica y firme. La pérdida de elasticidad de la piel con el paso del tiempo es inevitable, pero hay que prevenir la ruptura de esas fibras elásticas, que no se reemplazan con cuidados higiénicos dietéticos y cosméticos. Hay que tener en cuenta que la mama es un órgano prácticamente sin sujeción, lo sostiene la piel del escote, de ahí la importancia de cuidarla manteniéndola firme y tersa.

¿ Como combatirlo?

Los tratamientos paliativos dentro de la medicina estética funcionan como correctores del problema y como preventivos más que curativos, en cuyo campo dejaríamos la cirugía.

Muchos tratamientos se deberían hacer antes del embarazo y otros durante y otros después de la lactancia. Hay muchos que se deben evitar durante el embarazo y lactancia:

-Masajes con productos cosméticos reafirmantes nutritivos e hidratantes, de forma circular, salvando la aureola y siempre ascendentes hacia el cuello y escote.

- Máscara modelante que eleva la temperatura en la zona, facilitando la penetración de los principios activos de las cremas a través de la piel.

- Láser He-Ne con acción bioestimulante contribuye a la regeneración celular, favorece la formación de colágeno. Es un buen coadyuvante terapéutico

(para cualquier consulta pueden llamar al teléfono: 308.04.53)



Los senos no contienen ningún músculo

GASTRONOMIA: EL ACEITE DE OLIVA

CRISTINA CIVANTOS SIMON

Escuela Técnica Superior de Ingenieros Agrónomos. Córdoba

El aceite de oliva es de antiguo origen, obteniéndose probablemente por primera vez en el Asia Menor, aunque muy pronto se difundió por toda el área mediterránea. El olivo es símbolo de la paz, de la fecundidad, de la fuerza y de la purificación y ha sido considerado sagrado por las religiones. El zumo obtenido de su fruto ha servido de alimento, materia prima para alumbrado, ungüento medicinal y líquido "revitalizador" del organismo humano.

El consumidor de aceite de oliva encuentra en el mercado, fundamentalmente dos clases:

El ACEITE DE OLIVA VIRGEN es el obtenido únicamente por presión o centrifugación en condiciones térmicas que no produzcan alteraciones. Es un zumo de fruta natural que conserva el sabor, aromas y vitaminas de las aceitunas de las que procede. Es el único aceite que se extrae de una forma natural. El mejor de los aceites de oliva vírgenes es el EXTRA, con baja acidez (menos de un grado) y con toda la fragancia de la aceituna, sin que el proceso de extracción lo haya alterado lo más mínimo.

La otra clase es la denominada ACEITE DE OLIVA, sin más adjetivos, y está formada por una parte de aceite de oliva que ha sido refinado para corregir algún defecto inicial, proceso en el que pierde algunas de sus características originales, al que se añade una determinada proporción de un buen Aceite de Oliva Virgen. Los más frecuentes en el mercado son los de acidez 0'4 y 0'8, generalmente los primeros con mayor proporción de refinado y los segundos con mayor proporción de virgen.

El aceite de oliva se diferencia de otros aceites vegetales por su composición equilibrada. Por una parte, en los ácidos grasos que lo constituyen predomina el oléico, que es monoinsaturado completándose con una menor cantidad de saturados y de poliinsaturado, si bien estos son importantes porque no pueden ser sintetizados por el organismo. En el aceite de oliva aparecen el ácido linoléico y linolénico en una proporción similar a la existente en la leche materna. Además contiene una serie de elementos de un gran valor biológico, tales como los carotenos, factor de provitamina A y que junto a la clorofila dan la tonalidad verde-amarillenta. El tocoferol es la vitamina E que, junto a los polifenoles, constituyen los elementos antioxidantes que garantizan la estabilidad del aceite de oliva. Numerosos componentes volátiles son responsables de los aromas especiales de este aceite.

El interés por consumir aceite de oliva puede estar basado en razones de tipo culinario o gastronómico. El aceite de oliva sobresale en todos los alimentos preparados en crudo, tales como



Mejora la digestibilidad de la mujer gestante

ensaladas, en vinagretas, untado sobre pan, en el aderezo de platos fríos o calientes después de elaborados, en la preparación de salsas finas, en especial las del tipo mayonesa a las que comunica su sabor y aroma, existiendo la posibilidad de utilizar aceites más o menos frutados según se desee un sabor intenso o suave. En la preparación de alimentos que requieren temperaturas altas, el aceite de oliva es el más indicado a causa de su gran estabilidad ante estas condiciones adversas, destacando su uso en las frituras. Las grasas animales se oxidan pronto por carecer de antioxidantes y los aceites de semillas ricos en poliinsaturados les sucede algo similar por el mayor grado de insaturación de sus componentes.

Otra importante razón para consumir aceite de oliva, es la consideración de los efectos beneficiosos que tiene sobre la salud a causa de esa composición que hemos referido. Con la ingestión de este aceite se mejora el funcionamiento del aparato digestivo, resultando favorable para casos de gastritis, úlceras duodenales y estreñimientos crónicos.

La incidencia de los problemas cardiovasculares, en especial la arteroesclerosis, está estrechamente relacionada con los hábitos alimenticios de las poblaciones y se ha convertido en los países industrializados en la principal causa de mortalidad. La alimentación rica en grasas animales favorece el aumento de la tasa de colesterol plasmático. Por el contrario los aceites vegetales, ricos en ácidos mono y poliinsaturados ejercen una acción aterogénica y protectora ante el colesterol. Una dieta en la que las ingestas de grasas saturadas se sustituyan por aceite de oliva disminuye el colesterol sérico y además eleva la fracción unida a las lipoproteínas de alta densidad (HDL) que aumenta la esperanza de vida por su efecto protector.

Para la mujer gestante el aceite de oliva mejora la digestibilidad y el poder de absorción de las sustancias nutritivas, en especial vitaminas y sales minerales, con una suave acción laxante. Consumido cocido, frito y, mejor aún, crudo para aprovechar el contenido vitamínico y antioxidante, contribuye a hacer apetitosa la comida y a una correcta digestibilidad.

La alimentación lipídica es importante, tanto en el recién nacido como en el niño destetado y aún lo es más la aportación de ácidos grasos esenciales. El niño amamantado recibe un 4% a 5% de las calorías en forma de ácidos poliinsaturados. Los aceites de semillas, ricos en poliinsaturados no es conveniente suministrarlos en cantidades elevadas porque no tiene interés bajar el colesterol y porque favorecen los fenómenos peroxidativos sobre todo en inmaduros con pocas reservas de vitamina E. El aceite de oliva proporciona la cantidad adecuada de ácidos grasos esenciales con la relación adecuada entre linoléico y linolénico, similar a la existente en la leche materna.

Un alimento de calidad, beneficioso para la salud

ARTE:

JOSE LUIS
FERNANDEZ

ES EL AUTOR DE LA ESCULTURA A LA
MATRONA ESPAÑOLA

M. A. RABADAN

Interpretar la realidad desde la mirada y no desde la simple repetición, parece ser el objetivo que persigue el escultor José Luis Fernández. Con su obra consigue categorizar cuánto mira desde la verdad más directa.

"No soy un escultor que trabaje a la moda. Soy muy sincero y veo claramente los temas desde un principio. Cualquier tema es bueno para trabajar. Ahora lo hago con péndulos basándome en la ley de gravedad de Newton, viendo como cae la manzana del árbol."

Fiel a su entendimiento del dibujo y de la composición, José Luis Fernández, da testimonio del mismo en las muchas exposiciones que desde 1.964 se muestran en España y ya, con importantes premios en su haber.

José Luis Fernández, autor de la escultura a la Matrona y del logotipo de la Asociación Española de Matronas, es un artista sensible que lleva a la nueva figuración un lenguaje propio al que la belleza no le es ajena.

"La escultura a la Matrona española está pensada y hecha exclusivamente para ellas. A través de un bronce fundido a la cera perdida, en un tamaño de unos 15 centímetros, simbolizó el comienzo de la vida que, sale del útero y recogen unas manos."

Con las formas precisas, José Luis ha dado una figuración que tiene que ver con la realidad, una realidad que nace de una interpretación que conoce, "Soy el segundo de diez hermanos y he vivido muy de cerca la maternidad, razón por la que siempre he mimado de forma especial esta maternidad dedicada a nuestras Matronas."

Se afianza día a día como una de las figuras más auténticas y rigurosas de nuestro panorama actual, "Mi evolución ha sido natural, hago las cosas sin preocuparme de las tendencias del momento."

Variedad de sugerencias, formas y volúmenes protagonizan su amplia obra en la que la vitalidad, el arte y la fantasía se conjugan y llaman nuestra atención futura.



**"Con este trabajo
simbolizó el comienzo
de la vida"**

CINE:

"MUJER BLANCA SOLTERA BUSCA..."

M. A. RABADAN
Periodista

El acuerdo está pactado con una cálida sonrisa y la pregunta: ¿cuándo te trasladarás? Un contrato entre dos jóvenes mujeres para compartir residencia no plantea ninguna duda; el apartamento es de renta controlada y sólo un nombre puede aparecer en el contrato: Allison Jones. Hedra Carlson acepta el necesario anonimato pero establece unas condiciones propias.

"MUJER BLANCA SOLTERA BUSCA..." está protagonizada por Bridget Fonda como la experta informática de veintitantos años Allie Jones, y Jennifer Jason Leigh es Hedy Carlson, quien se mete no sólo en el apartamento, sino también en la mayoría de los aspectos personales de la vida de Allie. La película es un thriller psicológico sobre dos mujeres que viven un silencioso pacto destinado a ayudarse ambas a sobrevivir en los vastos y frecuentemente amenazantes cañones de New York City, un pacto que se convierte rápida y terroríficamente en un fracaso.

Dirigida y producida por Barbet Schroeder, "MUJER BLANCA SOLTERA BUSCA..." está escrita por Don Roos a partir de la misteriosa novela "SWF Seeks Same" de John Lutz. Un estreno de Columbia Pictures también protagonizado por Steven Weber, Peter Friedman y Stephen Tobolowsky. El productor ejecutivo es Jack Baran. Susan Hoffman es el productor asociado.

Hedy Carlson aparece en el apartamento de Allie cuando ésta está más deprimida -su infiel novio, Sam (Steven Weber), le ha estado mintiendo, e incluso después de haberle echado está a punto de llamarle de nuevo-. Allie teme quedarse sola y Hedy parece entenderla perfectamente. Su primer encuentro marca el tono: Allie necesita ser consolada y Hedy necesita ser necesitada. ■



LIBRO:

PARA "DOÑA SOFIA" APRENDERSE A LA REINA

M. A. RABADAN

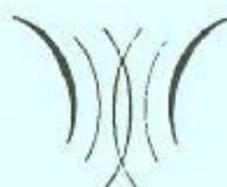


DOÑA SOFIA", aunque no es de reciente aparición, es un libro que merece la pena tenerlo en nuestra biblioteca. Un documento de conocimiento y revelación de los hechos, los sentimientos, las claves que han realizado una personalidad tan real como verdadera.

Este libro de José-Luis Herrera, editado por la Fundación Institucional Española no es un texto de historia, ni una biografía seca y simple. Sino una aproximación a la figura histórica y humana de S.M. la reina Sofía, buscada en los testimonios de quien la tuvieron cerca.



*Primer Congreso Nacional
de
Matronas Españolas*



Madrid

20-29 octubre de 1955

PROGRAMA

DE LOS

ACTOS QUE SE CELEBRARAN EN EL PRIMER CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS ESPAÑOLAS ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD (CIUDAD UNIVERSITARIA)

MIERCOLES día 26

A las 10 h.—MISA SOLEMNE en la Capilla del Instituto de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo, por su Eminencia el Reverendísimo señor Arzobispo de Sión, Dr. M^o SORIANO.
Visita a dicho Instituto.

A las 12 h.—SESION DE APERTURA en el aula salón de la Escuela Nacional de Sanidad.
Salutación de la Presidenta del Congreso, Srta. María García Martín.

Discurso inaugural, a cargo del Dr. G. OROVOS, Catedrático de Obstetricia y Ginecología y Decano de la Facultad de Medicina de Madrid.

A las 13 h.—VINO DE HONOR ofrecido por la Excma. Diputación Provincial en sus salones.

A las 4 h.—SESION PLENARIA. Primera ponencia: *Moral profesional*, por la Srta. Rosamo Rodríguez Encinas, Presidenta del Colegio de Matronas de Salamanca.

A las 4,30 h.—SUGERENCIAS.

A las 5 h.—CONFERENCIA, por el Dr. SÁNCHEZ LÓPEZ, Catedrático de la Facultad de Medicina de Valladolid, sobre *Anomalías de la presentación de parto de parto*.

A las 5,30 h.—COMUNICACIONES libres.

A las 7 h.—CONFERENCIA, por el Dr. COMU, Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Barcelona, sobre *Abitudinario en obstetricia*.

JUEVES día 27

A las 9 h.—SESION PLENARIA. Segunda ponencia: *La matrona en el medio rural*, por la Srta. Carmen Díaz, Tesorera del Colegio de Matronas de Vizcaya, y D^a Mariana Gómez Morillas, Secretaria del Colegio de Matronas de Jaén.

A las 13 h.—SUGERENCIAS.

A las 16,30 h.—CONFERENCIA, por el Dr. BOSILLA, Catedrático de la Facultad de Medicina de Valencia, sobre *La matrona ante los problemas deontológicos*.

A las 11 h.—COMUNICACIONES libres.

A las 12 h.—CONFERENCIA, por el Dr. BERRIA, Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Madrid, sobre *Hemorragias en el alumbramiento*.

A las 13 h.—VINO DE HONOR, ofrecido por el Excmo. Ayuntamiento de Madrid en sus salones.

A las 4 h.—TERCEPA PLENARIA: *Tomar social de la matrona*, por D^a Aracelia Hernández, Presidenta del Colegio de Matronas de Madrid.
Documental cinematográfico.

A las 4,30 h.—SUGERENCIAS.

A las 5 h.—CONFERENCIA, por el Dr. AGUIRRE, Catedrático de la Facultad de Medicina y Profesor de la Escuela de Puericultura de Madrid, sobre *Apunt en el recién nacido*.

A las 5,30 h.—COMUNICACIONES libres.

A las 6,30 h.—CONFERENCIA, por el Dr. LEGER, Director del Hospital de la Cruz Roja, sobre *Eritroblastosis fetal y factor Rh*.

A las 10,45 h.—Invitación para una sesión de cine en la Gran Vía.

VIERNES día 28

A las 9 h.—SESION PLENARIA. Cuarta ponencia: *La matrona ante los Seguros Sociales*, por D^a Juliana Irujo, Presidenta del Colegio de Matronas de Barcelona, y D^a Julia Soler, Presidenta del Colegio de Matronas de Valencia.

A las 10 h.—SUGERENCIAS.

A las 10,30 h.—Disertará el Dr. PARACHE, Jefe de Servicios de la Maternidad Provincial, sobre *La matrona en la asistencia obstétrica actual*.

A las 11 h.—COMUNICACIONES libres.

A las 12 h.—CONFERENCIA, por el Dr. OROVOS, de la Maternidad de Santa Cristina, sobre *Eclogías*.

A las 4 h.—VISITA Y RECEPCION en el Instituto Florentino.

A las 7 h.—CONFERENCIA, por el Dr. BOSCH MANS, Jefe Nacional de los Servicios de Puericultura de la Dirección General de Sanidad y de la Real Academia de Medicina, sobre *La matrona y su actividad puericultora*.
Documental cinematográfico: *Cuidados del niño*.

SABADO día 29

A las 9 h.—RESUMEN Y CONCLUSIONES.

A las 10,30 h.—CONFERENCIA, por el Dr. USANDIZAGA, Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Barcelona.

A las 11 h.—El Dr. MACAY, Director de la Maternidad Municipal, disertará sobre *Pasado, presente y futuro de la matrona*.

A las 11,30 h.—Unas palabras del Dr. BEPOVA, Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Granada.

A las 12 h.—SESION DE CRATISURA, por el Excmo. Sr. D. J. PALANCA, Director General de Sanidad.

A las 4 h.—VISITA A LA MATERNIDAD DE SANTA CRISTINA. El Dr. HARTNEY, Director de la Escuela de Matronas, dirigirá unas palabras.
Vino Español.

NOCHE

A las 10 h.—CENA DE GAR.A. en el Hotel Nacional, ofrecida por Antibióticos Schenley.

DOMINGO

VISITA A LOS LABORATORIOS C. E. P. A., de Aranjuez.

Las Sras. congresistas deberán estar a las 9,30 h. en la calle de Alcalá, n.º 25, lugar de la salida de los coches.

SERVICIO DE AUTOBUSES

Para facilitar la asistencia se dispondrá de un servicio de autobuses desde la Plaza de España a la Ciudad Universitaria, durante las horas que coincidan con las reuniones.

El fenómeno más extraordinario en la vida de una mujer es el nacimiento de un hijo, pero, también es el más propicio para el desarrollo de desajustes psicológicos.

DEPRESION POSTPARTO

GRUPO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDIOS SOCIALES Y ANTROPOLOGICOS

La tasa de depresión varía entre el 15 y el 80 % de las mujeres parturientas. Esta amplia oscilación se debe a las diferencias en la definición del síndrome, y a la escasez de estudios objetivos, así como retrospectivos.

A nuestro entender, la definición más acertada es la que desde un enfoque conductual ha aportado Hamilton (1962), "se trata de un síndrome caracterizado por un estado depresivo moderado cuya duración puede ir desde unas pocas horas hasta varios días. Suele producirse entre los primeros diez días del postparto, fundamentalmente, en el tercer, cuarto o décimo día".

CAUSAS

Las principales causas que determinan la depresión puerperal son:

–Cambios fisiológicos (involución del útero y el abdomen, reducción de hormonas, expulsión de loquios, desplazamiento de órganos internos a su posición normal, y en determinados casos, estreñimiento, agotamiento, hemorroides, hemorragias, entre otros).

–Cambios en las relaciones familiares (especialmente por la no obtención de refuerzos positivos que recibirán el padre, la madre y los posibles hermanos, procedentes de la nueva interacción con el bebé. Entendiendo por refuerzo positivo la consecuencia que aumenta la probabilidad de que una conducta se vuelva a repetir en el futuro.

–Entorno de la mujer (reajustes del tiempo libre, relaciones sociales, trabajo doméstico, aspectos laborales y económicos).

TIPOLOGIA

Atendiendo a la duración y gravedad, la depresión postparto puede ser **suave**, es más frecuente en mujeres primíparas, con una duración que va desde unas horas hasta varios días, apareciendo en el 50% de los casos. También puede ser **moderadamente suave**, con una duración aproximada de 8 semanas y comparable a una depresión no puerperal, aparece en un 20% de los casos; y por último **psicosis postparto**, con incidencia relativamente escasa y cuyos síntomas son irritabilidad, hostilidad, sentimientos de culpa hacia el niño o el padre, ideas delirantes, sentimientos de incapacidad de atención hacia el bebé, e incluso atentados contra su vida.

LA MATRONA ANTE LA PREVENCIÓN

Los elementos básicos para la prevención de la depresión puerperal, en la que la matrona des-

empeña un papel esencial, son: Incluir en la preparación al parto información sobre los factores que inciden en la mujer durante el puerperio; entrenamiento en habilidades necesarias para superar los traumas que puedan presentarse tras el parto; modificación de creencias erróneas sobre el cuidado del niño y de la propia madre; y por supuesto prácticas de reestructuración del entorno personal.

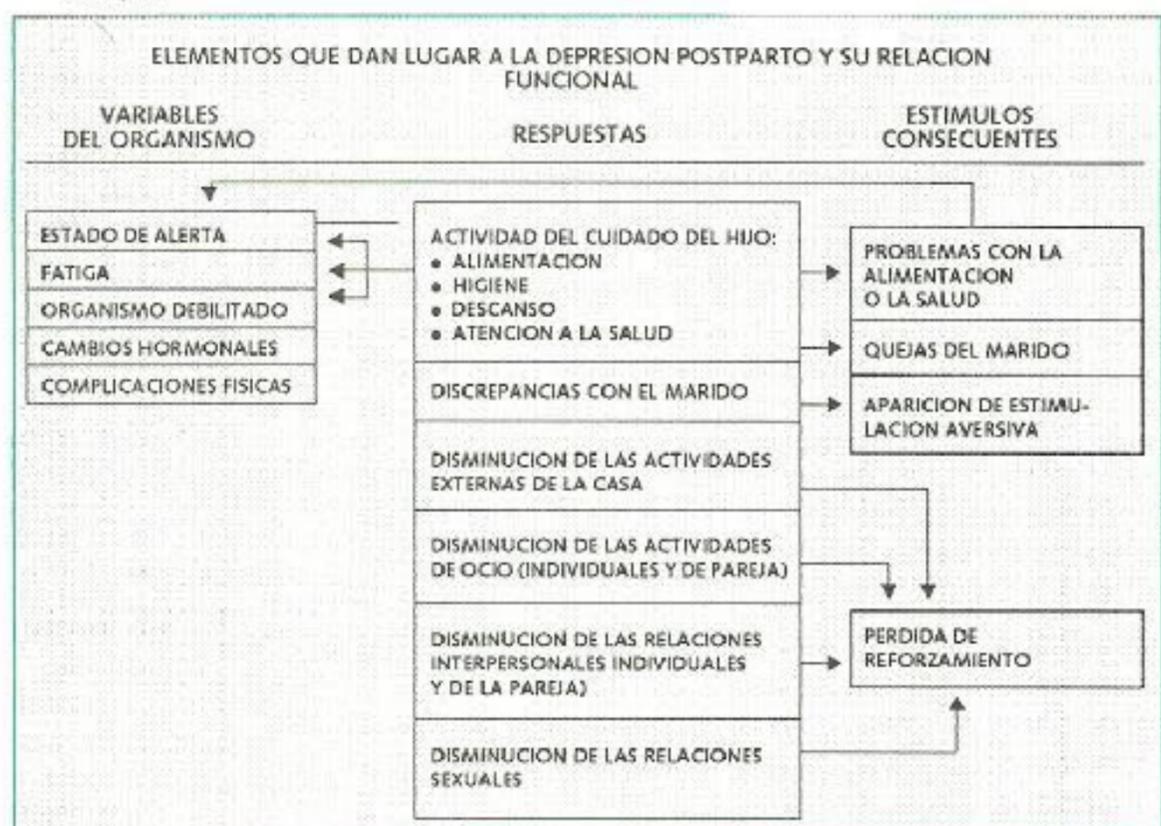
TRATAMIENTO

Es muy difícil de determinar, pero debe dirigirse hacia la realización de un análisis funcional del síndrome, que permita establecer hipótesis sobre qué variables están causando la depresión. Para identificar qué variables están causando la depresión. Para identificarlas se recurre al modelo de Lewinsohn, para quien la depresión viene producida por la disminución de refuerzos positivos, tales como, actividades fuera de la casa o de ocio, relaciones sexuales e interpersonales. Por tanto, el tratamiento debe ir encaminado a la potenciación de dichos refuerzos.

El propósito de ésta exposición no es otro que potenciar la labor de las matronas, para que consigamos con su ayuda una maternidad moderna y responsable, donde no haya lugar para los desequilibrios psicológicos. ■



Ocio, 92



PROGRAMA CIENTIFICO

MAYO 1993

CEREMONIA DE APERTURA

Domingo 9 de Mayo

09.00 - 17.00 hrs. - Registro

14.30 - 17.00 hrs. - Ceremonia de Apertura:

- Palabras de Bienvenida.

- Discurso del Presidente.

- Celebración de Apertura.

Se solicita a todos los participantes a la celebración de apertura vayan vestidos con el traje nacional típico de su país.

18.30 - 21.30 hrs. - Recepción de apertura

PROGRAMA CIENTIFICO - Día 1.º

Lunes 10 de Mayo

09.00 - 10.00 hrs. - Ponencia:

Salvar la maternidad. La primera década.

Barbara Kwast.

Asesor de la Salud de la Mujer.

Cuidados de la Madre, John Snow Inc.

10.00 - 10.30 hrs. - Pausa de mañana.

10.30 - 12.00 hrs. - Debate y preguntas.

12.00 - 13.30 hrs. - Pausa para el Almuerzo.

13.30 - 15.00 hrs. - Sesiones de trabajo:

Temas:

- Planificación familiar.

- Infección H. I. V. y mujeres.

- Proyectos para salvar la maternidad.

- Lactancia y Nutrición Infantil.

- Cruces de prácticas culturales

- Rituales de Nacimientos.

- Status de la Mujer.

- Asistencia tradicional en los nacimientos

15.00 - 15.30 hrs. - Pausa de tarde

15.30 - 17.00 hrs. - Sesiones de trabajo (continuación).

17.00 - 18.00 hrs. - Reuniones Regionales.

20.00 - 23.00 hrs. - Noche Internacional en el Acuarium de Vancouver (Opcional).

PROGRAMA CIENTIFICO - Día 2.º

Martes 11 de Mayo

09.00 - 10.00 hrs. - Ponencia:

Salud para todos en el año 2.000: El desafío de la obstetricia.

10.00 - 10.30 hrs. - Pausa de mañana.

10.30 - 12.00 hrs. - Debate y preguntas.

12.00 - 13.30 hrs. - Sesiones de trabajo:

13.30 - 15.00 hrs. - Pausa Almuerzo.

Temas:

- Partos de alto riesgo.

- Pérdida perinatal.

- Obstetricia y ley.

- Educación en la obstetricia.

- Matrona y tecnología

- Obstetricia y la economía del cuidado de la salud.

- Investigación en la obstetricia.

- Investigación integrada y práctica de la obstetricia.

15.00 - 15.30 hrs. - Pausa de tarde.

15.30 - 17.00 hrs. - Sesiones de trabajo (continuación).

PROGRAMA CIENTIFICO - Día 3.º

Miércoles 12 de Mayo

09.00 - 10.00 hrs. - Ponencia:

Resultados reproductivos: Perspectivas internacionales.

Faye Wattleton.

(Presidente anterior)

Paternidad Planificada.

10.00 - 10.30 hrs. - Pausa de mañana

10.30 - 12.00 hrs. - Debate y preguntas.

12.00 - 13.30 hrs. - Pausa para el almuerzo.

13.30 - 15.00 hrs. - Sesiones de trabajo:

Temas:

- El lugar de nacimiento.

- Ética de la Obstetricia.

- Resultados en adolescentes embarazadas.

- La política de reproducción.

- Prácticas clínicas.

- Obstetricia en culturas indígenas.

- Obstetricia y ciencia.

- El desafío de ser padres.

15.00 - 15.30 hrs. - Pausa de tarde.

15.30 - 17.00 hrs. - Sesiones de trabajo (continuación).

19.00 - 22.00 hrs. - Crucero nocturno (Opcional).

PROGRAMA CIENTIFICO - Día 4.º

Jueves, 13 de Mayo

09.00 - 10.00 hrs. - Ponencia:

El espíritu de la Obstetricia.

Administrador, Obstetricia de Ontario.

Programa de Pre-registro.

10.00 - 10.30 hrs. Pausa de mañana.

10.30 - 12.00 hrs. - Debate y preguntas.

12.00 - 13.30 hrs. - Pausa para el almuerzo.

13.30 - 15.00 hrs. - Sesiones de trabajo:

Temas:

- Matronas y el cambio familiar.

- La matrona en la historia.

- La salud de las mujeres cruzando el ciclo de la vida.

- Crecimiento de los nacimientos normales.

- Preparación para el parto.

- Obstetricia y las artes de curación.

- El futuro de la obstetricia.

- Formación de formadores.

15.00 - 15.30 hrs. - Pausa de tarde.

15.30 - 17.00 hrs. - Sesiones de trabajo (continuación).

18.30 - 22.00 hrs. - Noche Canadiense.

CEREMONIA DE CLAUSURA - Día 5.º

Viernes, 14 de Mayo

09.00 - 10.00 hrs. - Ponencia:

Matronas: Escuchad el latido del futuro.

10.00 - 10.30 hrs. - Pausa de mañana.

10.30 - 12.30 hrs. - Ceremonia de clausura:

- Crónica de la I.C.M. 1990 - 1993

Margaret Peters

- Despedida del presidente saliente.

Carol Hird.

- Investidura del nuevo presidente de la I.C.M.

Sonja Sjoli.

- Investidura de los delegados electos de la Junta directiva de la I.C.M.

- Invitación a Noruega en 1996.

Lema del 23 Congreso Trienal de la I.C.M.

"MATRONAS: ESCUCHAD EL LATIDO DEL FUTURO"

PROGRAMA DE VIAJE

8 Mayo - Sábado

ESPAÑA -VANCOUVER

Salida en vuelo de línea regular destino Vancouver, vía Londres. A la llegada, asistencia en el aeropuerto y traslado al hotel. Alojamiento.

9/13 Mayo

VANCOUVER

Estancia en el hotel en régimen de alojamiento y desayuno. Días libres destinados a participar en los actos y sesiones organizadas por la Secretaría del 23 CONGRESO INTERNACIONAL DE LA CONFEDERACION DE MATRONAS. Posibilidad de visitar por su cuenta la ciudad en la que destaca el parque municipal más grande del mundo, Stanley Park, sus totems, el acuario y las playas, el barrio típico de Gastown, donde nació la ciudad, el pintoresco barrio chino y los Jardines de la Reina Isabel.

14 Mayo

VANCOUVER - ESPAÑA

Desayuno en el hotel. Día libre hasta la hora del traslado al aeropuerto para salir en vuelo de regreso, vía Londres.

15 Mayo

ESPAÑA

Llegada y fin del viaje.

**SAN FRANCISCO/
LOS ANGELES/
NUEVA YORK**

14 Mayo - Viernes

**VANCOUVER-
SAN FRANCISCO**

Desayuno en el hotel. Traslado al aeropuerto para salir en vuelo destino San Francisco. A la llegada, asistencia en el aeropuerto y traslado al hotel. Alojamiento.

15 Mayo

SAN FRANCISCO

Alojamiento en el hotel. Por la mañana visita de esta bella ciudad: Chinatown, el Muelle de Pescadores, la Plaza de la Unión, el Puente Golden Gate y sus famosas calles empinadas con sus típicos tranvías. Tarde Libre.

16 Mayo

**SAN FRANCISCO-
LOS ANGELES**

Traslado al aeropuerto para salir en vuelo destino Los Angeles. A la llegada asistencia en el aeropuerto, traslado al hotel y alojamiento.

17 Mayo

LOS ANGELES

Alojamiento en el hotel. Por la mañana visita de la gran ciudad de Los Angeles con recorrido por Hollywood, con su famoso Sunset Boulevard y Beverly Hills, donde se hallan las más lujosas mansiones de los magnates del cine y los clubs nocturnos de moda, el City Hall y el Boulevard Wilshire que nace en el centro de la ciudad y termina a 50 Km. en la playa de Santa Mónica. Tarde libre

19 Mayo

**LOS ANGELES -
NUEVA YORK**

Traslado al aeropuerto para salir en vuelo destino Nueva York. A la llegada, asistencia en el aeropuerto y traslado al hotel. Alojamiento.

20 Mayo

NUEVA YORK

Alojamiento en el hotel. Por la mañana, se realizará una visita panorámica del Alto y Bajo Manhattan, que incluye: el área de Broadway, el Barrio Chino, Centro de Finanzas del Wall Street, el Battery Park con vista panorámica de la Estatua de la Libertad, el Edificio de la ONU, las Torres Gemelas, el Lincoln Center, la Universidad de Columbia, el Puente de George Washington y la Catedral de San Patricio. Tarde libre.

21 Mayo

NUEVA YORK

Alojamiento en el hotel. Día a su disposición. Posibilidad de asistir facultativamente a algún espectáculo musical de Broadway.

22 Mayo

NUEVA YORK - ESPAÑA

Día libre hasta la hora del traslado al aeropuerto para salir en vuelo de regreso a España.

23 Mayo

ESPAÑA

Llegada y fin de viaje.

**TORONTO /
MONTREAL**

14 Mayo - Viernes

**VANCOUVER -
TORONTO**

Desayuno en el hotel. Traslado al aeropuerto para salir en vuelo destino Toronto. A la llegada, asistencia en el aeropuerto y traslado al hotel. Alojamiento.

15 Mayo

TORONTO

Alojamiento en el hotel. Por la mañana visita de esta moderna ciudad con rascacielos de cristal y el puerto restaurado, finalizando en el Centro Eaton, famoso paraíso de compras. Tarde libre.

16 Mayo

TORONTO

Alojamiento en el hotel. Excursión facultativa de día entero a las estruendosas y fascinantes Cataratas del Niágara.

17 Mayo

TORONTO - MONTREAL

Traslado al aeropuerto para salir en vuelo destino Montreal. A la llegada, asistencia en el aeropuerto y traslado al hotel. Alojamiento.

18 Mayo

MONTREAL

Alojamiento en el hotel. Por la mañana visita de la ciudad incluyendo la Iglesia de Notre Dame, el Viejo Montreal, el barrio francés y una vista panorámica del Estadio Olímpico. Tarde Libre.

19/20 Mayo

MONTREAL

Alojamiento en el hotel. Días libres. Posibilidad de efectuar excursiones facultativas a Quebec y Ottawa, o visitar por su cuenta la ciudad subterránea.

21 Mayo

MONTREAL - ESPAÑA

Día libre hasta la hora del traslado al aeropuerto para salir en vuelo de regreso a España.

22 Mayo

ESPAÑA

Llegada y fin del viaje. ■

IV JORNADAS NACIONALES Y II INTERNACIONALES PARA MATRONAS

Actualización Profesional y Situación de la Matrona en España

Torreveja - La Mata (Alicante)
12, 13 y 14 de Noviembre de 1992



Organizadora:
Iltre. Colegio Oficial de Enfermería de Alicante
Avda. Eusebio Sempere, 11-2º asc. 1º-1º
03003 Alicante
Tel. (96) 512 13 72 • Fax (96) 522 84 07

Colabora:
Excmo. Ayuntamiento de Torreveja

Declaradas de Interés Sanitario por el Ministerio de Sanidad y Consumo y por la Consejería de Sanidad y Consumo de la Generalitat Valenciana.

ESTUDIO DE UN DOCUMENTO DEL SIGLO XVII REFERENTE A LA SOLICITUD DE UNA CARTA DE EXAMEN PARA EL EJERCICIO DEL OFICIO DE MATRONA

AUTORES:

Manuel Jesús García Martínez

Juan Ignacio Valle Racero

Especialistas en Asistencia Obstétrica.

H.U. "Virgen del Rocío" Sevilla.



RESUMEN

Existe multitud de documentos que recogen datos sobre las matronas a lo largo de la Historia. En todas las culturas podemos encontrar pruebas de ello: dibujos y grabados rupestres, referencias escritas en textos de diversas materias (religiosa, médica, histórica), reproducciones en esculturas y cuadros...

Con el presente trabajo se expone un documento de hace más de tres siglos, fechado en 1664, en el que se recoge una instancia de una mujer solicitando al Cabildo municipal de Sevilla le sea concedida **Carta de Examen** para Ejercer legalmente el oficio de matrona. La solicitante llevaba varios años practicando junto a una "matrona de parir examinada", requisito necesario para presentarse al citado examen.

"...y preguntada = dixo que esta declarante a visto y exsaminado a mariana de la fuente para el oficio de matrona de parir y aviendo hecho diferentes preguntas y satisfecho a ellas, por lo qual aviendo practicado con esta declarante de muchos años a esta parte, la sussodicha esta avil y suficiente para ussar el dicho oficio..."

I. INTRODUCCION

Se analiza en este trabajo un documento, una instancia de una mujer que quería dedicarse al oficio de matrona, Mariana de la Fuente, de treinta y dos años de edad, dirigida al señor Teniente Mayor del Cabildo Municipal hispalense, en la que se solicitaba se le diera Carta de Examen para poder ejercer el citado oficio. Era este un requisito legal exigido por entonces a estas profesionales. Esta Carta de Examen equivaldría en la actualidad al título académico correspondiente.

Dicho escrito está fechado el 7 de Septiembre de 1664, y, junto a otros dos hallados en el mismo lugar, el Archivo Municipal de Sevilla, de otras dos matronas, Marta Rodríguez y Juana de la Chica, fechados en los años 1653 y 1663, respectivamente, pueden aportarnos algunos datos sobre los pasos legales que debían seguir aquellas mujeres que quisieran dedicarse a esta profesión.

Como hecho anecdótico diremos que de estas tres matronas, sólo una sabía escribir, y, por lo tanto, firmar la instancia reglamentaria. Este dato puede darnos una idea sobre el nivel cultural y la formación docente, orientada básicamente a la práctica, de las matronas de esa época.

Nuestro objetivo es, pues, dar a conocer este documento, analizarlo, y, en definitiva, intentar arrojar un poco de luz sobre algunos aspectos de este oficio tan antiguo, en un momento histórico concreto, mediados del siglo XVII, en Sevilla.

Como se verá a lo largo de este trabajo, la obtención de este documento, la Carta de Examen, facultaba a la matrona para poder ejercer su profesión en todos los lugares del Reino, sin limitación alguna.

II. MATERIAL Y METODO

El documento que analizamos en el presente trabajo, se ha hallado en el Archivo Municipal de Sevilla, en los libros correspondientes a la Escribanía de Cabildo.

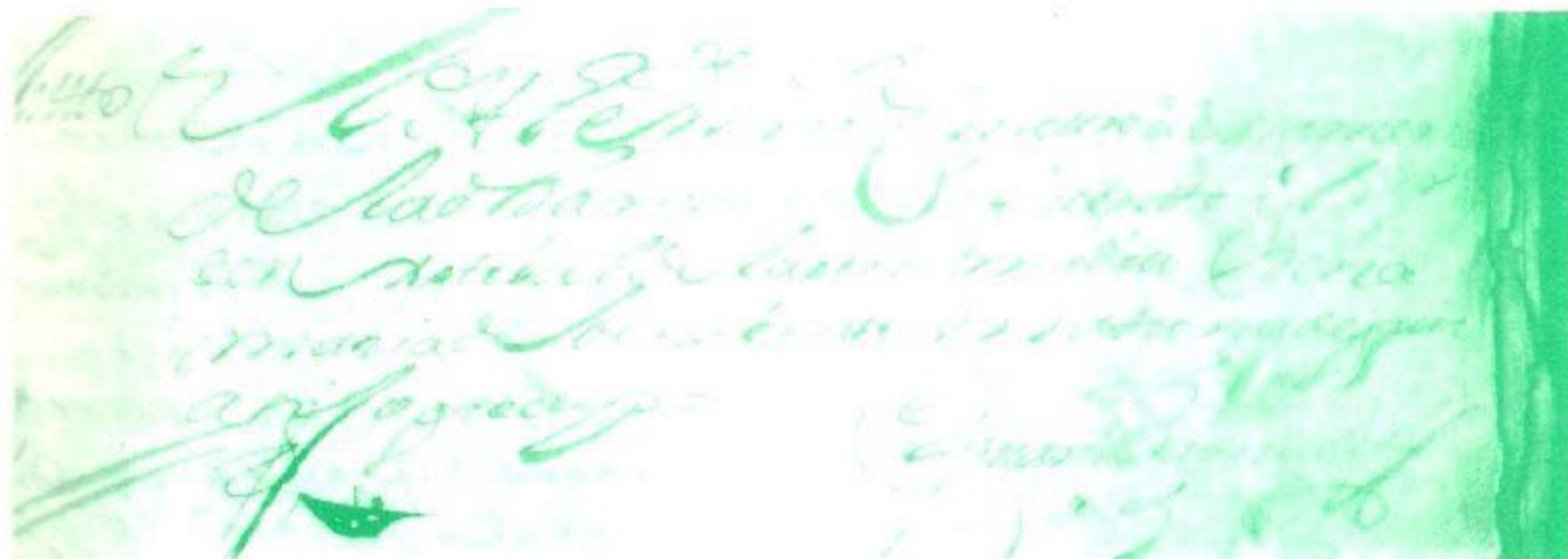
De los tres documentos encontrados, vamos a centrar nuestra atención en uno de ellos, concretamente el identificado con el número 39 (año 1664), pues los tres responden a una misma estructura formal y de contenido.

Este documento consta de varias partes, como se irá viendo en el análisis que a continuación realizaremos.

La metodología seguida ha consistido en la reproducción íntegra de la instancia, su división en cinco partes, el comentario a cada una de éstas, finalizando con una serie de puntos a modo de conclusión. Se acompaña fotografías realizadas de la documentación original.

Desde estas líneas deseamos agradecer al personal del citado Archivo Municipal de Sevilla las facilidades dadas para ello.

El estado de conservación del manuscrito consultado es aceptable, pudiendo transcribirse casi en su totalidad; no obstante, algunas de las letras se han borrado o son ilegibles debido a las manchas de humedad que presenta. Ello queda indicado en el texto con paréntesis y puntos suspensivos.



III ANALISIS DEL DOCUMENTO

A continuación vamos a reproducir la instancia en su totalidad, dada la importancia documental e histórica que, a nuestro juicio, posee para nuestra profesión. La hemos dividido en cinco apartados para su mejor análisis.

Desde que la matrona solicita la Carta de Examen, parte primera, hasta que le es concedida la misma, parte quinta, podremos ir conociendo los distintos trámites burocráticos que debía seguir la misma.

PARTE PRIMERA.—

*En la ciudad de Sevilla en siete dias del mes de Sep(bre) de mil seiscientos y sesenta y quatro, don Juan Ignacio Truxillo, teniente Mayor, por la presente (...)
Mariana de la Fuente, muger legítima de Fco. Lopez de Ganon, vezina de esta ciudad en la collación de Santiago el Viejo, de hedad de treinta y dos años (...) y dixo que de tiempo de doze años a esta parte a estado aprendiendo dicho oficio de matrona de parir y a mas de dos años que lo (hizo) en esta ciudad y para poderlo hacerlo libremente necessito de carta de exsamen para lo qual Supplico a V. m. mande cometerlo al médico y matrona que fuere servido para que me exsaminen y allandome avil se me despache la dicha carta de exsamen que pido.*

PARTE SEGUNDA.—

AUTTO

*El señor Teniente Mayor, comettio el exsamen de la dicha Mariana de la Fuente, al señor don Cristobal de la Peña, médico, y doña María de Benabente, matrona de parir.
Así lo proveyo=
Fdo. Juan Bermudez.*

PARTE TERCERA

En la ciudad de Sevilla, a veinte y dos de Septiembre de mill y seis(tos) y sesenta y quatro, que en el dicho autto de esta otra parte, yo, el escribano, recivi juramento en forma de derecho de don Cristobal de la Peña, médico, y prometio desir berdad, y preguntado, dixo que este declarante a visto y exsaminado a Mariana de la Fuente para dicho oficio de matrona de parir, y aviendole hecho diferentes preguntas, a satisfecho a ellas, para lo qual la halló avil y suficiente para ussar dicho oficio, para lo qual se le deve despachar carta de examen en forma,

y esta es la verdad so cargo del juramento hecho y que es de verdad, y que es de quarenta y siete años y lo firmo.

Fdo.: Don Cristobal de la Peña Juan Bermudez

PARTE CUARTA.-

En la ciudad de Sevilla, en veinte y dos de Septiembre de mill y seiscientos y sesenta y quatro años, en (virtud) del auto desta otra parte, yo, el presente escrivano, recevi juramento en forma de derecho de doña Maria de Benabente, matrona de parir examinada y bezina de esta ciudad, y prometio de desir verdad, y preguntada = dixo que esta declarante a visto y examinado a Mariana de la Fuente para el oficio de matrona de parir, y aviendo hecho diferentes preguntas y satisfecho a ellas, por lo qual aviendo practicado con esta declarante de muchos años a esta parte, la sussodicha esta avil y suficiente para ussar el dicho oficio y para esto se le deve despachar carta de examen en forma, y esto es la verdad so cargo del juramento hecho, y que es de verdad de sinuenta y seis años.

Fdo.: Juan Bermudez

PARTE QUINTA.-

En la ciudad de Sevilla, en veinte y dos de Septiembre de mill y seiscientos y sesenta y quatro años, el señor Teniente Mayor Don Juan Ignacio de Truxillo, aviendo bisto estos autos y las declaraciones del medico y matrona de parir dixo que avia y ubo por matrona de parir examinada a la dicha Mariana de la Fuente y como tal le dava y dio licencia y facultad para que lo pueda usar y exercer assi en esta ciudad de Sevilla, sus tierras y jurisdiccion, como en todas las demas ciudades, villas y lugares de los Reynos y señorios de su magestad, y pueda hazer y haga lo mismo que pueden y deven hazer las matronas de parir examinadas, sin incurrir por ello en pena alguna, para lo qual su merzed le mando despachar carta de examen en forma, en todo lo qual dijo que interponia e interpuso su autoridad y judicial derecho quanto a lugar de derecho, y en este día la dicha Mariana de la Fuente juro a Dios y a la Cruz en forma de derecho de ussar bien y fielmente el dicho oficio guardando el servicio de Dios nuestro Señor y en todo lo que esta obligada, y a la conclusion del juramento, dijo si juro = Amen y lo firmo su merzed =

Fdo.: J. Ignacio de Truxillo y Juan Bermudez.

Una vez transcrito el documento completo, vamos a proceder, aunque sea de forma breve, a su análisis, incluyendo algunos comentarios.

El orden secuencial es el siguiente:

PARTE PRIMERA.

Constituye la instancia propiamente dicha, es decir la solicitud de la matrona Mariana de la Fuente dirigida, como era preceptivo a la autoridad correspondiente, en este caso, al Teniente Mayor de Cabildo don Juan Ignacio de Truxillo

En ella se incluyen los datos personales de la solicitante: edad, estado civil, nombre del cónyuge y domicilio.

En el aspecto profesional, se recogen los años que llevaba aprendiendo el oficio -doce- y los que llevaba practicando el mismo -dos-.

Concluye ésta primera parte solicitando a esta autoridad municipal que designe al tribunal calificador, constituido por un médico y una matrona, para que la examinen.

PARTE SEGUNDA

En ésta se designan las personas cualificadas encargadas de llevar a cabo dicho examen: el médico don Cristóbal de la Peña, y la "matrona de parir examinada" doña María de Benavente.

PARTE TERCERA.

Quince días más tarde, se procede a la toma de juramento por parte del Escribano Mayor, don Juan Bermúdez, al médico examinador. Este informa sobre la aptitud de la aspirante para que pueda ejercer el oficio de matrona, recomendando que se le despache la correspondiente Carta de Examen.

Se recoge, como dato curioso, la edad del médico: cuarenta y siete años. Por último avala con su firma lo expuesto anteriormente.

PARTE CUARTA.

El mismo día, 22 de Septiembre de 1664, se le toma juramento a la matrona examinadora, al igual que al médico, corroborando ésta la suficiencia de la aspirante.

También declara que la aspirante a matrona ha practicado el oficio junto a ella durante algunos

años, aprobando, en consecuencia, la recomendación anteriormente citada.

En este documento no aparece la firma de la matrona. (En los otros dos citados en la Introducción de este trabajo, se hace mención expresa a que no firmaban por no saber escribir).

La edad de la matrona examinadora era de cincuenta y seis años.

PARTE QUINTA.

Con la misma fecha en que se tomó juramento al médico y a la matrona examinadores, el señor Teniente Mayor concede la Carta de Examen a la aspirante.

Esta le facultaba, como se dijo al principio, para ejercer en todo el Reino, y no sólo en esta capital, Sevilla.

Queda claro en el documento que este requisito, la citada carta, era necesario para ejercer profesionalmente, y sin la cual se incurriría en ilegalidad.

Finalmente, la aspirante jura por Dios y la Cruz, "*ussar bien y fielmente el dicho oficio*".

Una vez concluido el presente análisis, quisiéramos reseñar algunos puntos curiosos que nos han llamado la atención.

En uno de éstos, el que hace referencia al estado civil de la aspirante, se dice textualmente: "*...muger legitima de Francisco Lopez de Ganon...*" Vemos como era necesario hacer constar dicho estado (casada o viuda), y cómo en el caso que nos ocupa, se hace hincapié en la legitimidad del matrimonio.

Este punto junto con otros (fe de Bautismo, limpieza de sangre, etc) permanecerán vigentes hasta varios siglos después.

Otro hecho a destacar es el tiempo tan prolongado de aprendizaje de esta aspirante, doce años. Desconocemos el motivo del mismo.

IV. CONCLUSIONES.

Del análisis del documento podemos extraer los siguientes puntos:

1.-La citada carta era expedida por una autoridad municipal, la cual nombraba al tribunal calificador, formado por un médico y una matrona. La matrona examinadora debía estar debidamente acreditada, condición "*sine qua non*" para poder realizar la peritación de suficiencia.

2.-Por lo que se deduce de la lectura del documento, uno de los requisitos exigidos a la aspirante a matrona era el de haber practicado una serie de años con una matrona examinada.

3.-El exigir la Carta de Examen a estas futuras matronas no dejaba de tener una doble finalidad: por una parte, ser un control fiscal de las mismas (de hecho, y gracias a ello, han llegado hasta nosotros estas instancias, registradas en los libros municipales) y, por otra, suponía una regulación del ejercicio profesional.

4.-Una visión global del documento, suplementado con el estudio de otros de la misma época, sugiere que la formación de las matronas tuviera un contenido más práctico que teórico.

V. DOCUMENTACION CONSULTADA.

Los documentos analizados en el presente trabajo se han localizado en el archivo Municipal de Sevilla. Los datos de identificación de los mismos son los siguientes:

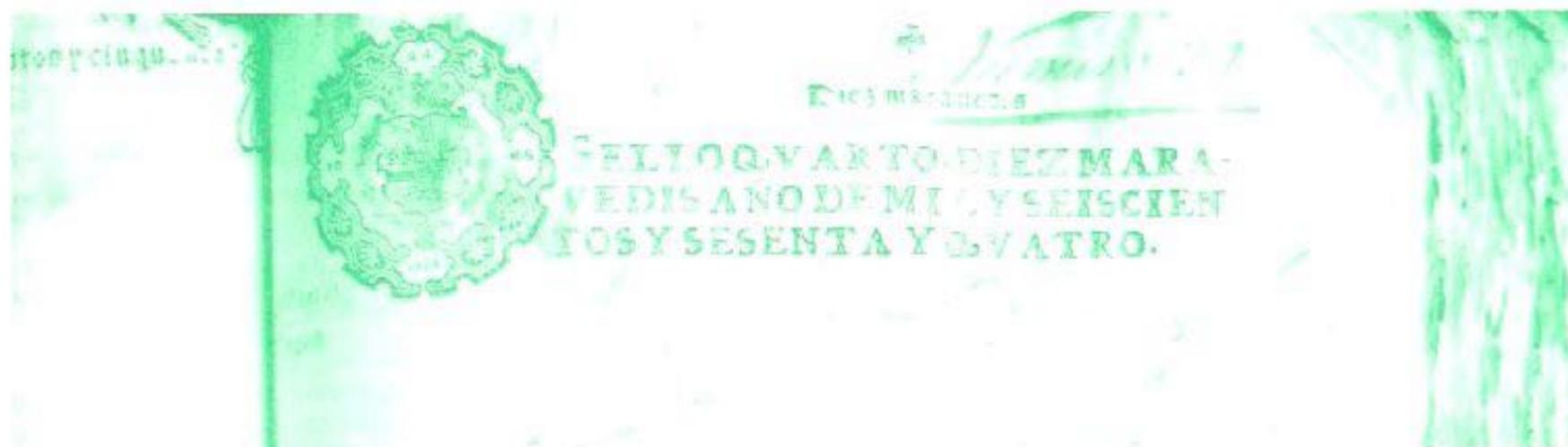
Libro de Escribanía de Cabildo Número 22. Siglo XVII. Letra M. Sección IV.

Apartado número 37 (año 1663).

Apartado número 38 (año 1653).

Apartado número 39 (año 1664).

Para poder ejercer el oficio de matrona en esta época, siglo XVII, era requisito legal poseer la carta de examen.



AL SOL DE TENERIFE

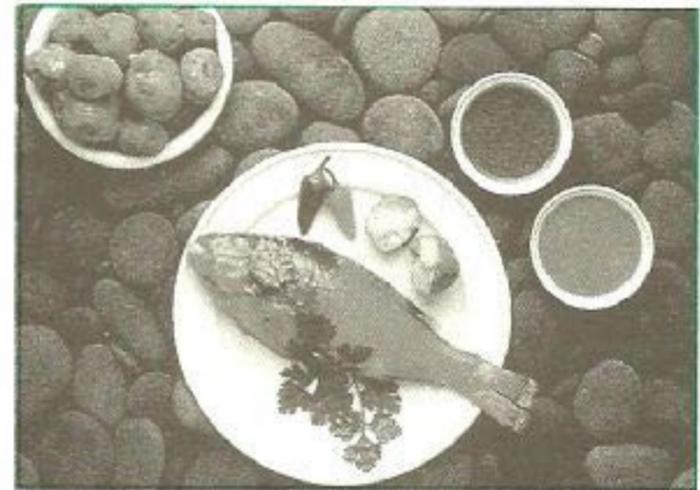
MARIA NIEVES MOLINA

Bautizadas una y otra vez como "Islas Afortunadas", "Archipiélago Purpurino" o "Tierra de Antilla", situadas en el bravo Atlántico, próximas a los arenales del Sáhara, africanas pero hispanas, tropicales por estar rayando con el trópico de Cáncer y con un clima dulce como en pocas partes del globo terráqueo existe.

La isla de Tenerife es la mayor de las siete islas que componen el archipiélago canario. Su forma es triangular y sus tres vértices se acusan en las partes de Teno, Rasca y Anaya. Está situada en el centro del archipiélago, entre Gran Canaria y la Gomera, a unos 300 km. del continente africano y a unos 1.500 km. de la península ibérica.

Tenerife es una isla de origen volcánico, cuyo nacimiento puede situarse en el terciario. En su conjunto parece árida y pedregosa, hasta penetrar en los valles que la surcan, muchos de los cuales llegan hasta el mar. Su costa es escarpada y batida por un mar bravo y tempestuoso. En sus 2.352 km de superficie tiene una compleja orografía. Una gran cordillera constituye el eje de todos los macizos de la isla, presentando en su centro el gigantesco Circo de las Cañadas, con el cónico volcánico del TEIDE, uno de los grandes volcanes de la tierra, aletargado, con un casquete de nieve. Esta cumbre divina es el punto más elevado de todo el territorio del Estado Español.

La conquista de la isla de Tenerife se debe a Diego García de Herrera, no sin hostilidad por parte de los guanches naturales del país. Su más notable episodio histórico es el desembarco que en la capital hizo Nelson el 25 de Julio de 1.797 al frente de 4.000 hombres, siendo rechazado.



Gastronomía:

La Cocina Canaria es de gran sencillez, y puede proporcionar sabrosas sorpresas. Los pescados más apreciados son la vieja, sardina, chicharro que da nombre también a los tinerfeños, a quienes se les conoce por "chicharreros". Las papas isleñas son de una calidad incomparable.



Folklore:

Tiene claras influencias españolas, portuguesas y también de América del Sur. Los aires más característicos son la jota, la malagueña, la folia y el tarajaste. El instrumento canario por excelencia es el timple.



Ocio:

Hay diversión para todos los gustos, desde la curiosidad científica como puede ser el Jardín Botánico hasta la participación en un festival acuático o un safari fotográfico, salas de arte y museos. Un festejo de incierto origen es el de San Andrés la noche del 29 de Noviembre. El Carnaval declarado de interés turístico nacional da rienda suelta a la imaginación, humor, alegría, música y color.

AUN ILEGAL

JOYCE RELYEA (Canadá)
Matrona

ANTECEDENTES

Antes de que Canadá se convirtiera en una nación, la profesión de matrona existía entre los pueblos indígenas y entre los primeros colonos europeos.

Pero, como todos sabemos, una larga existencia histórica no garantiza por sí misma que tal profesión sea reconocida. La legislación actual, apoyando el monopolio de los médicos en el cuidado de las parturientas, ha restringido la práctica de la obstetricia en Canadá hasta tal punto que a veces es difícil discernir el "status" legal exacto de la obstetricia (Birch, 1988).

Es claramente evidente que, excepto en áreas aisladas donde no haya un médico disponible la matrona practica su profesión en una atmósfera menos que tolerada y en algunas provincias es decididamente ilegal. A pesar de ello, las matronas han continuado atendiendo a las mujeres de parto y buscar vías para prepararse a la práctica segura de su profesión.

Con la actual legislación propuesta proyectada para fortalecer y sostener las prácticas obstétricas, las matronas tienen la oportunidad de examinar su filosofía y opiniones y desarrollar vías de educación y práctica conservando la visión de una práctica autónoma de la matrona.

Presentaré un breve resumen de la historia y discusión de desarrollo recientes en la educación de las matronas.

HISTORIA TEMPRANA (Hasta 1930)

Los primeros pioneros de Canadá hallaron su forma de vida en el país escasamente poblado, frecuentemente a muchas millas de distancia del vecino más próximo y de asistencia médica.

Las mujeres tuvieron que encomendarse a sus maridos y a sus vecinos para la asistencia al parto. Algunos de los vecinos pudieron haber tenido alguna preparación obstétrica en sus países de origen, otros seguirían algún estudio por sí mismos o, simplemente, aprendieron de sus propias experiencias personales. Explicitos manuales de obstetricia eran disponibles y ellos, así como manuales médicos, formaban parte del ajuar de cada familia de pioneros. En 1927, se obtuvo del Gobierno la publicación de un libro de bolsillo sobre obstetricia conteniendo instrucciones sobre cómo asistir un parto, respondiendo a la petición hecha por un grupo de mujeres, de buena fe. (Mason, 1987).

En aquellos años no había una preparación formal para matronas en Canadá. Sin embargo, en 1923, la preparación de matronas fue defendida por Charlotte Hanington, Superintendente de la Orden Victoriana de Enfermeras.

La señora Hanington proporcionó aprendizaje de obstetricia a aquellas mujeres que ya se dedicaban a esta actividad, mujeres que eran respetadas en sus comunidades. La idea no fue bien recibida y la señora Hanington fracasó en su intento de adiestrar a las matronas indígenas (Mason, 1987).

Las enfermeras empleadas en la Cruz Roja y en la Orden Victoriana de Enfermeras prestaban sus cuidados a las embarazadas de la comunidad, a pesar de que raramente tenían un entrenamiento especializado en cuidados maternos. Fuertemente influenciadas por el modelo médico, frecuentemente abogaban por el médico y el parto en el hospital (Mason, 1987).

LOS AÑOS MEDIOS DEL SIGLO XX (1930/1970)

Durante la II Guerra Mundial las matronas fueron empleadas para atender los servicios maternos en las áreas rurales, a causa de la disminución de médicos disponibles. Este factor, junto con el descenso de la inmigración de matronas en Canadá, resultó de renovado interés en la preparación de las matronas en Canadá. En 1943, la Universidad de Alberta presentó el primer programa de educación para matronas: el Programa Avanzado de Obstetricia práctica. Era un curso de tres meses, más tarde ampliado a nueve, proyectado para proporcionar a las enfermeras una buena preparación obstétrica que las capacitara para prestar servicio como matronas en áreas aisladas del país.

En el decenio de 1950, hubo una creciente demanda de matronas porque el Gobierno Federal extendió los cuidados sanitarios a los indígenas. Así, en 1967, la Universidad de Dalhousie y más tarde, en 1978 la Memorial de Universidad, instituyeron cursos avanzados de enfermería en los cuales se incluía el estudio de la obstetricia, proporcionando sendos diplomas.

LOS AÑOS 1970 Y LOS PRIMEROS DE 1980

En los dos años siguientes al del Congreso Internacional de Matronas que se celebró en Washington en 1974, se formaron en Canadá, tres Asociaciones Provinciales de Matronas. Estas asociaciones proporcionaban circulares con noticias de interés para las matronas, material de puesta al día profesional y algo de educación continua a sus asociadas.

En los primeros 1980, las mujeres pidieron la libre elección de los profesionales que las asistieran al parto, resultando de ello el crecimiento del número de matronas. Estas enfermeras/matronas unieron sus fuerzas con las de la comunidad de matronas empíricas, formando nuevas organizaciones de matronas. La misión de estas organizaciones era como una antecámara hacia una legislación obstétrica en apoyo de la autonomía de las matronas.

En aquel tiempo, las opciones para la educación eran:

- 1) Aprendizaje práctico con una matrona de la comunidad.
- 2) Ir al extranjero a estudiar.
- 3) Estudiar por correspondencia o como autodidacta.
- 4) Hacerse enfermera y conseguir luego un Certificado/Diploma en cursos avanzados universitarios de obstetricia.
- 5) Hacer un breve curso de educación continua para enfermeras.

Todas estas opciones han proporcionado, en la práctica, una preparación menos que óptima a las matronas. La calidad de la preparación ha estado influenciada por restricciones y falta de apoyo práctico a la matrona.

Por ejemplo: la experiencia de una estudiante de matrona se limitaba al hospital o a la comunidad y, generalmente, no incluía ambos. Experiencia relacionada con los cuidados de la embarazada y de la familia, eran de difícil acceso. Por otra parte, la utilización del modelo de aprendizaje era frecuentemente difícil, debido al escaso número de partos en la comunidad y las novatas perdían un tiempo excesivo en adquirir la experiencia requerida.

Las limitaciones para practicar y la variedad de modelos educativos, dieron como resultado la falta de un modelo común para empezar las prácticas. Era evidente que ambos, un modelo común para la práctica de la obstetricia y para la educación solamente podrían ocurrir cuando la profesión de matrona fuera reconocida universal y legalmente.

DE 1984 AL PRESENTE

En 1984, se estableció en Canadá el primer programa de educación directamente para matronas, la "British Columbia" Escuela de Obstetricia, patrocinada y acreditada por el Consejo de Obstetricia del Estado de Washington (Estados Unidos). No recibía ayuda financiera del Gobierno y se sostenía con las cuotas de los miembros, la enseñanza y donativos. Las prácticas clínicas se conseguían en varios países que reconocían el libre acceso a los estudios de matrona.

Después de graduar un curso con un programa de tres años, la Escuela cerró en 1987, debido a las amenazas de una acción legal por parte de los médicos (Tobin, 1988). Es lo que ocurre cuando llega el momento de llevar a cabo nuevas iniciativas en educación obstétrica desarrollada en el País. En 1984, el Centro de Ciencias Sanitarias "Chedoke-McMaster, en unión con la MacMaster Universidad, inició un "part-time" programa de educación para enfermeras empleadas en el hospital y que trabajaban en salas de anteparto y puerperio.

En Povungnituk, en 1986, tres "Inuit" estudiantes de matrona fueron nombradas por sus comunidades y seleccionadas por un comité para entrenamiento.

En 1987, un certificado de matrona se ofrecía en conexión con el diploma de enfermera en la Universidad de Alberta.

Hasta ahora ha habido cinco tituladas.

Como resultado de los cabildos de los clientes, el Gobierno de la provincia de Ontario estableció, en 1986, una comisión de obstetricia para examinar las prácticas de las matronas, incluyendo su enseñanza. Sus recomendaciones se basaban en la experiencia obstétrica en Canadá, así como en Dinamarca, Holanda, Inglaterra, Escocia, Gales y Estados Unidos, cuyas filosofías apoyan la autonomía de las matronas, cuyo papel está claramente definido en sus sistemas de cuidados sanitarios. La Comisión de Ontario llegó a la conclusión de que el público estaría mejor atendido por una matrona independiente preparada a través de un directo/múltiple acceso a la profesión: bachillerato y programa de enseñanza. Comisión para el equipamiento de la obstetricia, 1987.

El acceso directo/múltiple a la carrera de matrona se recomendaba porque sería:

- 1) Reducir el coste al no requerir post-secundaria enseñanza para la admisión.
- 2) Aumento de la accesibilidad para las aspirantes con varios grados de preparación. Las aspirantes que tuvieran una educación previa a una preparación profesional, ello les permitiría obtener un puesto más avanzado.
- 3) Evitaría la creación de dos profesiones de matronas: enfermeras/matronas reglamentadas y matronas "subterráneas" no reglamentadas, por no ser enfermeras. (James, 1990).
- 4) Proveer equitativamente de matronas el sistema sanitario, encareciendo su habilidad para colaborar con otros profesionales educados, por lo menos, a nivel de bachillerato (James, 1990).
- 5) Proveer a la oportunidad de desarrollar un modelo de enseñanza obstétrica que enfocase la promoción de la salud (James, 1990).

Para completar los requerimientos del programa, se ha sugerido que las candidatas escriban una especie de examen provincial o nacional. Un programa alternativo requeriría solamente la graduación de un acreditado programa de obstetricia como suficiente calificación para el aprobado.

El próximo paso para la educación de las matronas en Canadá es proponer un curriculum que permitiera a las graduadas alcanzar cotas de práctica obstétrica segura, dentro del ambiente político, social, cultural y geográfico de Canadá.

Antes que la profesión de matrona pueda ser reconocida por completo legalmente, deberá ser realizada esta tarea.

Mi predicción es que para cuando se celebre en Vancouver la reunión internacional de matronas, al menos tres de nuestras provincias tengan una legislación obstétrica que sirva de apoyo al fin total de la obstetricia práctica, tal como se define por la Confederación Internacional de Matronas. ■

UN DON DE LAS MATRONAS

DISCURSO DE LA PRESIDENTA DEL I.C.M. EN LA APERTURA DEL
XXII CONGRESO INTERNACIONAL DE MATRONAS

KOBE - JAPON 1990

AMOR
PERICIA
CONOCIMIENTO

Hace nueve años, en el decimonono Congreso de la C.I.M., tuve ocasión de conocer a la señora Miles, autora de un famoso libro de obstetricia. Todavía me acuerdo de lo que ella dijo en aquella ocasión: "Una matrona necesita las tres haches" y nos explicó que la buena obstetricia requiere cabeza, manos y corazón (head, hands and heart). Las palabras de esta señora fueron la inspiración de este Congreso: LOS DONES DE LA MATRONA, AMOR, PERICIA Y CONOCIMIENTO. Tales normas, cabeza, manos y corazón, como las tres eses, ciencia, destreza y espíritu (science, skill and spirit) han sido ampliamente empleadas por las matronas y pueden ser vistas como las más básicas e importantes cualidades en obstetricia.

Me gustaría discutir aquí esas cualidades, examinando como cada una de ellas contribuye a la práctica de la obstetricia, considerando y subrayando sus conceptos.

Por comodidad, me gustaría empezar por conocimiento. Cuando tuve una nueva visión de esta palabra ("skill") hallé que no es fácil llegar a una única definición de lo que es conocimiento. En la sociedad moderna está ampliamente asociado con conocimiento técnico, una tecnología que tiende a ser explicada en términos de habilidad humana para manipular la Naturaleza y conseguir con ello ciertos fines, como por ejemplo, en frases como "tecnología científica" o "producción tecnológica". Como las modernas tecnologías científicas se han desarrollado en respuesta a los requerimientos de la época, tenemos también que ver el crecimiento de tecnologías polémicas, como la tecnología de las armas nucleares o tecnologías que difunden polución o biotecnologías con todas sus implicaciones éticas.

Por otra parte, el vocablo griego original "techne", del cual se deriva la palabra inglesa "technology" tenía originariamente un amplio uso que abarcaba áreas tan diversas como arte, medicina, cocina y dialéctica.

Igualmente, la palabra "waza" que escojo como equivalente de "skill", tiene también un significado mucho más amplio que tecnología científica y se puede considerar similar al vocablo griego "techne".

En judo, un deporte representativo del Japón, hay un ejemplo del significado de "waza" en el caso en que "waza" denota una técnica, un cierto modelo de movimientos usado para derrotar al oponente. Aprender judo quiere decir aprender tales técnicas.

De ese modo, una sola y absoluta definición no se ha efectuado jamás. Quizá se podría conformar una sola definición amplia con mayor esfuerzo, pero yo sospecho que la raíz del problema está en la diversa naturaleza del conocimiento en sí.

El concepto se amplía y se mezcla con una diversidad de otros conceptos si se tienen en cuenta campos, edades y sociedades diferentes. Por esta razón es necesario proporcionar una definición clara del conocimiento como concepto aplicado a la obstetricia.

Considerando juntos puntos comunes de explicaciones del conocimiento y de la tecnología que se encuentran en diferentes libros, podemos decir que conocimiento es el método por cuya acción, que es premeditada y al mismo tiempo incluye vigilancia de objetivos apremiantes, llevado a cabo en una situación práctica para llegar a un fin deseado.

Mientras los animales actúan instintivamente, las acciones humanas tienden a tener un fin determinado y el comportamiento encaminado a ello se dice que es inteligente. El conocimiento origina y desarrolla acciones prácticas y tiene, de modo absoluto, su fundamento en principios científicos, como discutiremos más tarde.

La pericia, al contrario, se desarrolla cuando un ser humano inicia un cierto método, entre muchos en potencia, para llevar a cabo un fin particular y, así pues, la pericia existe en más de una forma.

La obstetricia se practica en varias etapas del cuidado materno (que son, en otras palabras, las varias etapas de los cuidados). Durante la primera etapa los conocimientos que se requieren son aquellos que permitan a la matrona recoger información relativa a la salud de la mujer, así como información sobre las medidas a tener en cuenta en caso de posibles problemas de salud. Esta información se reúne sistemáticamente, se analiza y se usa para el diagnóstico. Lo que entonces se necesita es habilidad para trazar y utilizar una conducta específica de acción para resolver los problemas del cuidado materno. Las habilidades usadas en obstetricia son diferentes de las usadas en diagnósticos y tratamientos médicos. La me-



INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES 22nd INTERNATIONAL CONGRESS

October 7-12, 1990
KOBE, JAPAN

dicina trata de combatir la enfermedad del paciente, mientras la obstetricia trata no a una enfermedad, sino al cliente como una persona sana, como a un individuo y, en consecuencia, está basada en una interacción dinámica entre la matrona y la cliente de la que se trata, una relación de persona a persona. La matrona necesita sensibilidad y percepción para poder observar claramente a la cliente y así intuir sus reacciones y deseos. Al mismo tiempo, una interacción dinámica no puede desarrollarse a menos que la matrona comprenda e, incluso, conozca a la cliente.

Para ayudar a la mujer en el parto, la matrona necesita no solamente conocimientos para evaluar el proceso del parto, sino también la capacidad de evaluar a la propia mujer como tal. Este es un conocimiento que tiene una profundidad extrema, nacida de la experiencia de la relación recíproca entre las personas. Si el conocimiento se aplica de persona a persona, indudablemente comprende un lado objetivo, así como otro subjetivo. No obstante, si es científicamente aplicable tiene que ser regulado de tal manera que sea lo más posible objetivo, sistemático y socialmente transmisible.

La fórmula de conocimiento de alto nivel, adaptable a una amplia variedad de situaciones debe ser el primer paso que lleve al establecimiento de la obstetricia como una ciencia.

Se ha mencionado antes que el concepto de conocimiento es polifacético, cambiante de acuerdo con los cambios históricos y sociales. El aspecto de "conocimiento" precedente hoy en nuestras mentes es probablemente el de tecnología científica. El modo en que la tecnología científica se ha ligado rápidamente con los tratamientos médicos ha influido también grandemente en el campo de la obstetricia. Originalmente, la muestra es una actividad personal, no una ciencia, pero el desarrollo y la introducción de técnicas médicas basadas en principios científicos, se ha reflejado en la obstetricia y gracias a esta técnica se han salvado, en efecto, las vidas de muchas madres y niños.

AMOR
PERICIA
CONOCIMIENTO

Por otra parte, algunos han censurado que el énfasis de la tecnología ha sido la causa de que se menosprecie la habilidad y la destreza humanas.

Antiguamente, incluso en épocas medias, ciencia y tecnología práctica existían separadamente. Sin embargo, en los tiempos modernos el hombre mostró más tendencia a crear una civilización humana, manipulando y sojuzgando la Naturaleza. Este hecho forma el telón de fondo de la unión entre la ciencia y la tecnología y el rápido desarrollo de la tecnología científica que siguió dio lugar al auge de la revolución industrial.

El subsiguiente desarrollo de la tecnología combinada con la ciencia ha cambiado fundamentalmente la forma de vivir y ha dado lugar a numerosos tópicos, lo cual da motivo de reflexión invitando al hombre a considerar de nuevo la verdadera naturaleza de la tecnología y de la vida humana.

El desarrollo histórico de la tecnología en general, se ha reflejado en la medicina y en la obstetricia. La pregunta que necesita ahora respuesta es: ¿Cómo deben ser aplicados en la práctica obstétrica los avances de la tecnología científica?

Ha habido un número creciente de gente que rechazan incondicionalmente más introducción de tecnologías médicas avanzadas en el parto y un movimiento a favor del parto natural está creciendo. Sin embargo, yo pienso que lo que es necesario para conciliar la práctica de la obstetricia con la tecnología científica es el poder creativo de las matronas.

Mirando hacia atrás en la historia de la tecnología, ¿se puede decir que la tecnología ha avanzado siempre en oposición a los intereses de la gente que vivía en determinadas circunstancias sociales y culturales de su época?

Yo sugeriría que la tecnología se ha adaptado frecuentemente a la sociedad y ha sido asimilada por la cultura común y en tal caso, no ha sido causa de que las facultades humanas hayan sido miradas de arriba a abajo, sino que de hecho ha ayudado a enriquecer la vida humana.

La actividad creadora abarca multitud de ensayos, tanto en el trabajo creativo artístico, como inventos o descubrimientos en el campo de la tecnología científica o en la planificación de soluciones para los problemas sociales, sean sus medios escribir una obra maestra, descubrir una ley nueva, desarrollar un nuevo sistema y así sucesivamente.

Un proceso creativo impone darse cuenta de las posibilidades de realización de las nuevas normas, después de que las existentes hayan sido descartadas. Esto es algo que siempre se les ha pedido a las matronas a través de los tiempos.

Para desechar las viejas normas y establecer las nuevas se debe ser sensible a aquellos puntos en los que existan problemas o negligencias en potencia, conocimiento insuficiente o posibles desacuerdos. Por otra parte, es importante tener fuerza para buscar soluciones.

En todas las áreas de la obstetricia: práctica, enseñanza e investigación se necesita la creatividad. Dependiendo del modo en que se utilice la tecnología aplicada a la obstetricia, puede enriquecer su lado humano o hacerla más impersonal.

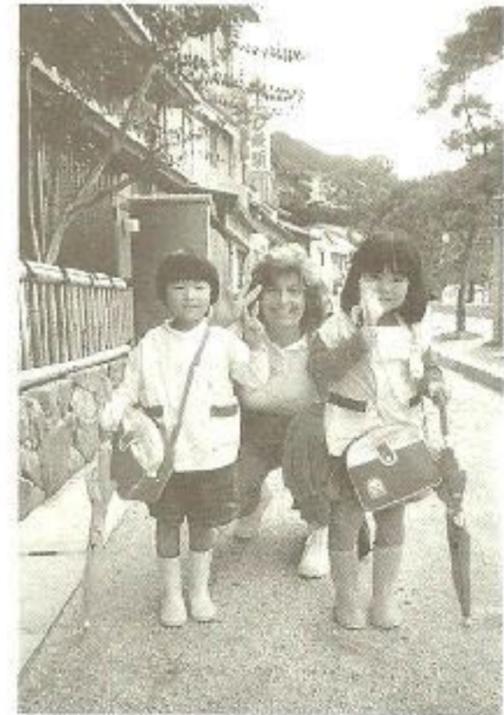
Las tecnologías científicas avanzadas, correctamente aplicadas, verdaderamente pueden hacer la vida menos inhumana. Este es un hecho que se puede definir como "habilidad" o "tecnología" en obstetricia. Pero la habilidad o la tecnología empleada en obstetricia es otra cosa que la usada en la práctica de la medicina.

¿Qué acarrearán los cambios que la tecnología está constantemente experimentando?

Sociedad, ciencia e instituciones ya han sido aludidas. Sin embargo, el factor básico de tal cambio es el conocimiento del cual volveré a hablar.

El conocimiento procede idealmente de verdades conocidas e inmutables y es, por lo tanto diferente de la simple creencia o conjetura.

Según Platón, la experiencia de los sentidos conduce únicamente a la formación de una opinión, mientras el conocimiento esencial tiene un origen diferente usando la experiencia de los sentidos, sólo como soporte material. Kant dijo también que a pesar de que el conocimiento empieza por la experiencia, no surge de ella. Trató así de establecer la objetividad, universalidad y validez del conocimiento.



**AMOR
PERICIA
CONOCIMIENTO**

La acumulación de amplia experiencia y, por lo tanto, de un gran acopio de información, es importante. Aunque la información no es siempre un hecho indiscutible, incluye datos basados en la imaginación, suposiciones y demás. El conocimiento se limita, por el contrario a un objetivo y es un hecho válido universalmente.

Cierto conocimiento nace de la información que ha sido sometida a varios métodos de corroboración, tanto inductivos como deductivos y otros para la verificación de hipótesis. La validez y autenticidad de lo que era originariamente una presunción se comprueba a través de resultados verificables. Entonces el conocimiento así comprobado se comunica, oralmente, por señas, por ilustraciones, etc. y se acumula como propiedad común. El contenido del conocimiento se sistematiza en forma lógica hasta llegar a ser una ciencia.

No hay nada equivocado en la posesión de cuantos conocimientos sea posible. En realidad hay personas que adquieren tantos conocimientos que son como diccionarios ambulantes, pero es cuestionable si los muchos conocimientos servirían simplemente para atiborrar la memoria. No importa los conocimientos que se tengan, muchos o pocos, si nada más que se han acumulado, si no son conocimientos vivos. Solamente cuando los conocimientos han sido puesto en práctica en la vida cotidiana, llegan a ser conocimientos vivos.

Cuando la gente se encuentra con los problemas diarios tratan de resolverlos aplicando sus conocimientos. Si les falta el conocimiento preciso, necesario, para resolver un problema particular, tienen que recurrir a unos conocimientos de segunda mano, rebuscados entre amigos o gente de más edad.

Resolviendo los problemas de esta manera, ellos sacan enseñanzas de la vida, las aprenden y las almacenan como un instrumento para resolver problemas similares en el futuro.

Esto ocurre también con los conocimientos de las matronas. Cuando una matrona intenta resolver un problema, es entonces cuando está practicando la obstetricia, cuando está aplicando sus conocimientos. Si tales conocimientos están vigentes aun o se han quedado ya obsoletos depende de si se han utilizado o no correctamente y ello afectará al resultado final de la propia operación obstétrica.

Una persona falta de conocimientos se apoyará prácticamente por completo en la experiencia. En cualquier caso, la experiencia individual es diferente, firme evidencia de que la conveniencia de una práctica no puede establecerse basándose solamente en la experiencia.

El conocimiento permite consideraciones meditadas y proporciona terreno para la confianza, pero ello no es óbice para la necesidad de la experiencia en la práctica obstétrica. Tener una rica experiencia es poseer un bien. Una experiencia abundante es útil cuando hay que decidir qué clase de conocimiento se necesita para resolver cierto problema. Copiosos conocimientos y nutrida experiencia en conjunción con un proceso de indagación son factores importantes para evaluar la práctica efectiva.

Ni que decir tiene que hablamos aquí de los conocimientos y de la práctica profesionales y especializados.

La primera vez que se pone en práctica un conocimiento nuevo, se tiene que apoyar una en hipótesis. Su eficacia, en términos de resultados obtenidos con la aplicación del nuevo conocimiento tiene que ser probada en la práctica.

El conocimiento se usa para que un plan de cuidados maternos tenga éxito y poder ponerle en práctica. Durante este proceso, la eficacia del procedimiento se verifica por medio de habilidades técnicas discutidas previamente. Así es como se relacionan el conocimiento y habilidad.

En otras palabras, el conocimiento es el precursor de la habilidad, pero la habilidad tiene ser aplicada en presencia de un conocimiento que obtenga universalidad y validez.

La matrona tiene que poseer un alto nivel de conocimientos de su especialidad y ser capaz de aplicarlos. Cuando se domina la aplicación de estos conocimientos, su lógica racionalización convierte a la obstetricia en una ciencia.

**AMOR
PERICIA
CONOCIMIENTO**

Como dicho anteriormente, la obstetricia es una ciencia que trata con la gente, pues implica la tentativa de comprenderla, facilitando los contactos persona a persona y para ello se requiere un conocimiento interdisciplinario.

La matrona necesita conocer no solamente las ciencias naturales, sino también las ciencias sociales. La ciencia obstétrica, apoyándose en los métodos de investigación de buen número de terrenos científicos, debe establecerse por sí misma como una nueva disciplina científica, originándose en puntos donde coincida con otras ciencias.

Ha habido varios ejemplos de algunas ramas de la ciencia que han llegado a juntarse dando origen al nacimiento de otra ciencia nueva. La química medicinal, la biología molecular, las ciencias biológicas, etc. son otros tantos ejemplos.

Los avances interdisciplinarios llevaron al nacimiento de nuevos conocimientos y nuevas disciplinas científicas que, a su vez, contribuyen al mayor adelanto del saber.

La matrona, para salvaguardar la salud del hijo y de la madre hace un uso amplio de conocimientos médicos, al ser la medicina un área cercana a la obstetricia. Al mismo tiempo, para comprender a la gente, se inspira en conocimientos pertenecientes al terreno de la psicología y para comprender a la familia y a la sociedad se apoya asimismo en conocimientos pertenecientes a la sociología.

Asi, al consolidar su posición como una rama de la ciencia, la obstetricia debe aproximarse a conocimientos y métodos de investigación pertenecientes a otras ramas afines de la ciencia.

Una perspectiva amplia puede hacer los problemas más fáciles de resolver, pero en cuanto a la aplicación de los conocimientos obstétricos hay que recordar la importancia de definir claramente el marco conceptual y los fines de la profesión de matrona. Ello conducirá a la definición del alcance de aquellas prácticas exclusivas de las matronas.

Se siente que ya es hora de que las matronas se muevan confiadamente hacia adelante para establecer su saber y habilidad particulares como suyos propios. Esto se indica en todas las comunicaciones enviadas a esta Convención, lo cual es muy alentador.

Medicina, Derecho y Teología han formado tradicionalmente la espina dorsal de los estudios universitarios y, en consecuencia, médicos, abogados y sacerdotes han sido reconocidos siempre como "profesionales". Sin embargo, gentes pertenecientes a otras áreas culturales llegaron también, gradualmente, a ser reconocidas como profesionales y la controversia sobre qué es un profesional, echó raíces. Muchos eruditos han tratado de definir el término uniendo algunos puntos en común:

- 1) Poseer inteligencia y conocimientos avanzados.
- 2) Independencia y responsabilidad.
- 3) Autonomía ocupacional y existencia de una corporación.

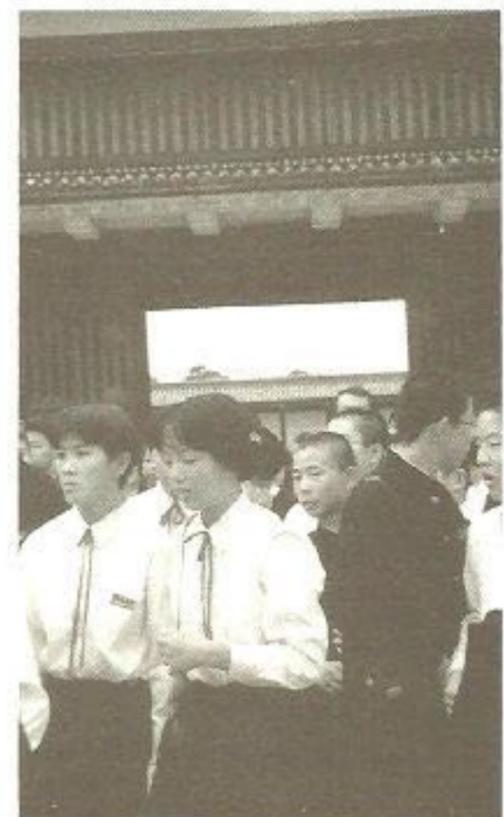
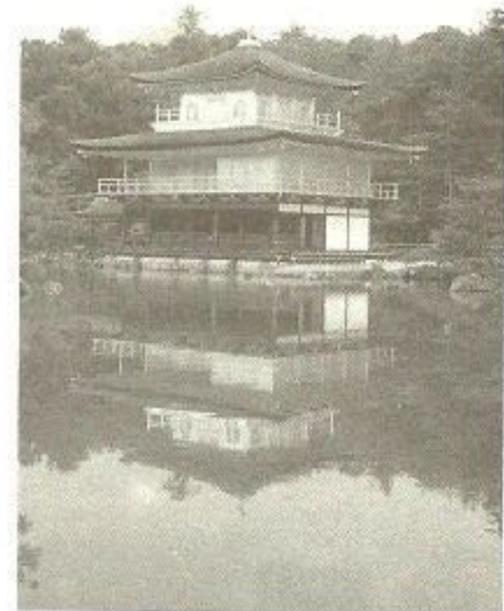
Las matronas, para establecerse como Corporación profesional, tienen que ser capaces de presentar sus conocimientos y habilidades como dones propios de la matrona.

En este Congreso podemos mirar hacia adelante discutiendo, desde mañana mismo, la clase de enseñanza, de investigación y de métodos prácticos que deseamos a este propósito. Incluidas en la práctica diaria de la obstetricia, hay muchas formas de conocimiento y destreza, todas ellas nacidas de la experiencia que han sido transmitidas a través de la larga historia de las matronas. Estas prácticas tendrán que ser reafirmadas certificada su validez y cualquier imperfección que se encuentre debe ser corregida, haciendo así la práctica más valiosa aún.

Actividades como la asistencia al parto y la guía sanitaria de la embarazada y de la puerpera han recorrido un largo camino en la historia de la práctica de las matronas. Pero los métodos prácticos deben estar basados no sólo en la experiencia. Hay que establecerlos como "ciencia práctica de asistencia" dentro del ámbito de la obstetricia como ciencia. Habilidades o tecnología deben estar sostenidas por teorías específicas, poniendo de relieve las actividades de la matrona.

Tales tecnologías asistenciales cubrirían, por ejemplo, la recogida de información, la valoración de las pacientes, la formulación de planes, las prácticas efectivas y la valoración.

El avance y la creciente información orientativa de la ciencia médica han hecho progresar a los tocólogos modernos los que, en unión a los rápidos cambios del ambiente social, la introducción de la medicina en el terreno del parto y otros factores, ha traído consigo grandes cambios en la naturaleza de los conocimientos y habilidades requeridos de las matronas.



**AMOR
PERICIA
CONOCIMIENTO**

Conforme la ciencia y la tecnología avanza y se producen transformaciones en el ambiente natural, social, cultural y económico, es natural que las ciencias prácticas sufran cambios. La obstetricia no es la excepción de esta regla. Hemos llegado a un punto donde no se pueden hallar medidas apropiadas sólo con la base de experiencias pasadas. Hay que descubrir y establecer nuevos métodos en respuesta a los cambios ambientales y la investigación obstétrica promete jugar un buen papel en las innovaciones.

Finalmente, debemos discutir sobre el amor, quizá el más grande e insondable de los dones de la matrona.

En años recientes, con la publicación de la obra de Bowlby, adhiriéndose a la de Keller, sobre el vínculo madre-hijo se enfatiza la importancia que tiene para el desarrollo de la salud del niño, la relación madre-hijo.

El amor de la madre por su hijo y el apego del niño a la madre desde su nacimiento, debe ser un fenómeno natural en la raza humana. Sin embargo, cuando ocurren circunstancias sociales complicadas (la separación del niño de la madre, la erosión del papel materno y así sucesivamente) ha traído consigo una vigilancia renovada respecto a la importancia del amor y a la influencia recíproca entre madre e hijo.

Hemos investigado también las relaciones entre madres e hijos y hemos llegado a la conclusión de que el cariño maternal tiene que educarse. Hay muchos factores que influyen en el desarrollo del cariño materno en la madre, pero creo que el más importante es la experiencia de ser amada. Un ser humano para vivir y crecer necesita intrínsecamente varias formas de asistencia. La descendencia del ser humano nace en una etapa de su desarrollo relativamente temprana, incapaz de hacer nada por sí mismo y dependiendo de otros para su nutrición, higiene e, incluso, para su seguridad. Para que el cuerpo y la mente crezcan se necesita, verdaderamente, un sistema humano de asistencia por parte de otros.

A esta asistencia se le llama "crianza" y "educación"

La capacidad de entender qué es el amor y de darlo es, quizá, la mayor de las virtudes humanas. Que uno tiene que ser amado para comprender y dar amor a los demás, ha sido dilucidado por teorías recientes sobre la relación entre madre e hijo.

El amor es el principio central de la filosofía de Platón que dice: "El más excelso género de amor es el deseo de conseguir la verdad, el saber y la moral y llegar a ser uno con la divinidad y la belleza".

En otras palabras, dijo que el amor ayuda a cultivar un carácter superior y que es la fuerza que motiva el avance de la civilización.

Como es evidente, en la relación madre-hijo, el hombre tiene que ser amado primero, antes de que él pueda dar amor. Cuanto más amor recibe una persona, más amor puede dar.

Cuando el apego del niño conduce al amor de la madre, éste es un amor unilateral, un amor en el que uno se entrega por sí mismo al otro. Es el amor al que se refiere la Biblia como "ágape".

Para ser capaz de entregarse al otro, uno tiene que comprender y aceptar a la otra persona. Cuando se accede a los deseos del otro, esto no es solamente una aceptación pasiva, sino que da origen a un deseo activo de hacer lo mejor para el otro.

El amor no debe surgir ciegamente de la emoción, sino que debe reflejar ideales y comprensión de lo que es idóneo y verdaderamente necesario.

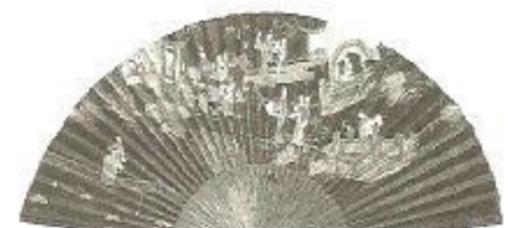
El gran novelista japonés Kurata Hyakuzo dice: "El amor puro es el deseo de mejorar la vida de los demás".

El saber y la destreza que la matrona tiene que poseer, son del género que mejora la vida de los demás y comprender cómo realizar esa mejora, es imposible sin amor.

Los dones de la matrona de amor, pericia y conocimiento son para la felicidad de la Humanidad.

El siguiente poema del poeta inglés G.K. Chesterton dice: "Somos afortunados de ser capaces de expresar nuestra gratitud por el don de la vida, ayudando a traer nueva vida a este mundo". Así pues, son los dones de la matrona: Amor, pericia y conocimiento. Me gustaría acabar mi discurso con estas palabras en la mente.

Muchas gracias. ■



**AMOR
PERICIA
CONOCIMIENTO**

INFORMACION PARA LOS AUTORES

1. Artículos originales: Aquellos trabajos de tipo clínico o experimental en los que se trata alguna nueva aportación original dentro de los campos referidos o de las Ciencias que de alguna forma se encuentran relacionadas con aquéllas. No se aceptarán aquellos trabajos que traten de temas especulativos o filosóficos. En principio no hay límite de extensión para este tipo de trabajos. Aunque se recomienda no supere el texto los 12 folios de extensión.

2. Revisiones de conjunto: Deberá tratarse de revisiones exhaustivas de aspectos concretos y novedosos dentro del campo del ámbito que nos ocupa. La extensión de la revisión de conjunto no deberá superar los 20 folios, sin contar la bibliografía, que deberá limitarse a la revisión de los 10 últimos años, excepción hecha de aquellas citas que se consideren históricas.

3. Notas prácticas: Puestas al día de aspectos muy concretos de aquellos campos de la Obstetricia y la Ginecología que hayan sufrido modificaciones y avances importantes. Su extensión no deberá superar las 6 páginas, sin contar la bibliografía que deberá estar referida tan sólo al tema de la actualización.

4. Casos clínicos: Descripción de aquellos casos clínicos de observación excepcional y que supongan una aportación importante en el campo de nuestra Especialidad. Su extensión se limitará a 4 folios y la bibliografía a 10 citas salvo casos que se consideren muy excepcionales.

5. Cartas a Matronas hoy: Se publicarán críticas o comentarios relativos a observaciones publicadas en números previos de la Revista. La extensión máxima será de 30 líneas, a doble espacio, aceptándose una reseña bibliográfica que no supere 5 citas. Se admitirá una tabla pero ninguna figura.

PRESENTACION DE MANUSCRITOS

Deberán estar mecanografiados en Din-A4 a doble espacio, con márgenes laterales de 4 cm. y superior e inferior con márgenes laterales de 4 cm. y superior e inferior a 5 cm. Se enviarán copias por triplicado en las que figuren, asimismo, copias de iconografía, figuras y tablas.

Se titularán como Figuras los esquemas, dibujos y fotografías. Las tablas de datos se citarán como Tablas en el texto. En ambos casos la numeración de figuras y tablas será correlativo e independiente y se representarán con caracteres arábigos. No se aceptarán figuras o tablas que no lleven referencia en el texto.

El lenguaje utilizado deberá ser preciso y breve. Se evitarán las reiteraciones y los textos excesivamente minuciosos.

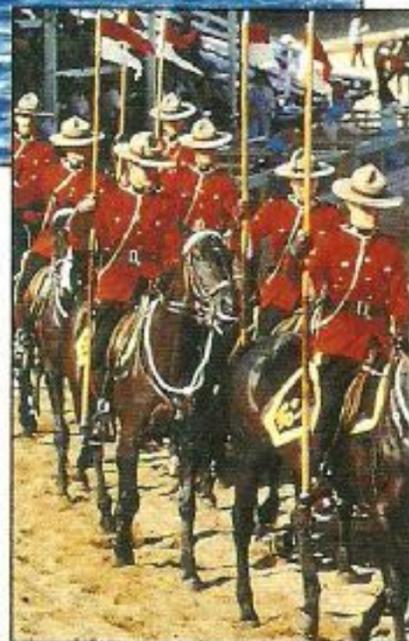
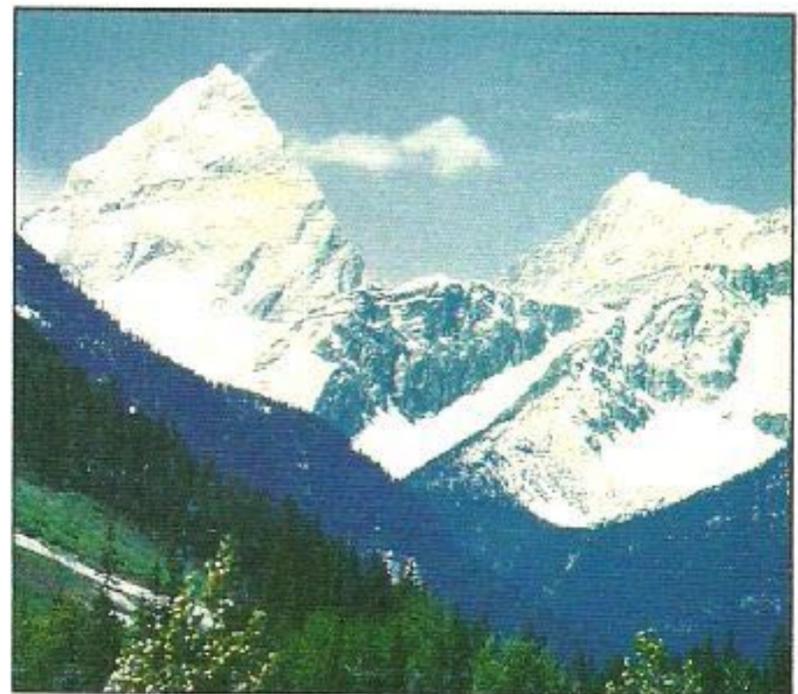
Autores y título: Se pondrán en hoja aparte, encabezando el manuscrito. Deberán figurar: Nombres de los autores, título del trabajo, un título abreviado en caso de que el primero sea muy extenso, las palabras clave, la denominación del centro o centros en los que se ha realizado el trabajo y la dirección del autor principal a quien se habrá de dirigir la correspondencia.

Se recomienda que los autores utilicen solamente su primer apellido, o aquel por el que sean más conocidos en su medio, con el fin de poder adecuar nuestros índices a las normas internacionales.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES 23rd INTERNATIONAL CONGRESS

Vancouver, B.C. Canada

"PARTERAS – AQUI EL PALPITAR DEL FUTURO"



VANCOUVER,
BRITISH COLUMBIA
CANADA

May 9 – 14, 1993

VANCOUVER TRADE AND
CONVENTION CENTER

INFORMACION E
INSCRIPCIONES
ULTRAMAR CONGRESS

C/GOYA, 54 - 28001 MADRID
Tel. (91) 435 72 70
Fax. (91) 431 61 75



CONGRESO INTERNACIONAL
DE MATRONAS



