

matronas hoy

NUEVA ETAPA

REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

Nº3 - 2º TRIMESTRE, 1993

CÁNCER DE MAMA

IDENTIFICACIÓN
CORRECTA
DEL RECIÉN NACIDO

HISTORIA DE LA
CONTRACEPCIÓN
HACE MILES DE AÑOS,
HOY Y MAÑANA



ASOCIACION NACIONAL
DE MATRONAS ESPAÑOLAS



**23 CONGRESO INTERNACIONAL
DE LA C.I.M.**

Confederación Internacional de Matronas
9-14 Mayo, 1993 Vancouver (Canada)



REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

Nº3 - 2º TRIMESTRE, 1993

STAFF

Presidenta

Consuelo Ruiz Vélez-Frias

Dirección

M.ª Angeles Rodriguez-Rozalén

Subdirectora

M.ª Luisa Rodriguez Oscariz

Directora Editorial

M.ª Angeles Rabadán González

Asesoras

Ana Aguilá Gorges • Zaragoza

Teresa Cabrera • Madrid

Lucía Calderón • Madrid

Carmen Hernández • Canarias

Gloria Seguranyes • Cataluña

Adela Sánchez • Castilla-La Mancha

Ana Martínez • Valencia

Encarna Fdez. Zamudio • Andalucía

Carmen Fdez. Zamudio • 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

**Diseño, composición,
maquetación y fotomecánica:**

Enrique Nieto & Asociados, S.A.

Imprime: Gráficas Nieto, S.A.

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	
• Cancer de mama	p.5
• Isoinmunización RH	p.8
• Identificación del recién nacido	p.11
• Aprendiendo en el utero	p.15
• Actividades preventivas y planificación familiar	p.17
• El control de la monitorización biofísica del parto	p.18
• Alternativas al dolor	p.20
• Las Primiparas y Nurofen	p.21
FORMACION CONTINUADA	
• Caso clínico	p.23
LA ASOCIACION INFORMA	
• 3º Congreso nacional de matronas	p.24
• Discurso de apertura	p.25
• En campaña de imagen	p.27
ACTUALIDAD	p.28
ENTREVISTA	
• Nacimiento en libertad (Genesis)	p.29
• Francisco Jesús Santillana	p.31
PERFIL	
• Catalina Llorente Miguel	p.32
SE LEE, SE DICE	
• 5 hijos simultáneos	p.33
DE MUJER A MUJER	
• Moda: Agata Ruiz de la Prada	p.34
• Belleza: El laser en el tratamiento de síndromes varicosos - El aroma , nuestro secreto	p.35
• Gastronomía: El Azucar, una historia muy dulce	p.36
• Cine: Chaplin - Por encima de todo	p.37
• Libro: La prueba del laberinto - Guia práctica del embarazo - El catecismo de la iglesia católica	p.38
• Arte: Centro de arte Reina Sofia - Compaginar la profesión con la pintura	p.39
CURSOS	
• Curso de neurolingüística	p.40
AGENDA	
• Curso de Haptonomía	p.41
COLECCIONABLE	
• Una sede abierta: La Asociación Nacional de Matronas	p.43
• Historia de la matrona	p.44
MADRES HOY	
• Madres solteras	p.45
CURIOSIDADES	
• Contracepción, hace miles de años, hoy y mañana	p.46
CONOCE TU MUNDO	
• Vancouver: ¡vive la diferencia!	p.51
INTERNACIONAL	
• La mujer Peruana	p.52
INFORMACION PARA LOS AUTORES	p.56



Cuando llegue "Matronas hoy", a cada una, algunos de los problemas que venimos padeciendo estarán resueltos. Por ejemplo: las retribuciones de Atención Primaria, el Concurso de traslados en el Insalud, ¡hasta la Convocatoria de plazas para la formación de las futuras Matronas!...

Pero tanto se hacen esperar, que cuando llegan nos dejan casi frías. Es como si tuvieran especial empeño en que el colectivo de Matronas "sufrá". Y no es que sólo vea nuestro ombligo, es que nuestras sucesivas reivindicaciones son tan justas y legítimas que, aunque tarde, no les queda más remedio que atenderlas.

Lo que pasa en medio, es lo peor, que nos "quemar" gratuitamente, sin provecho para nadie.

No obstante queda un tema que no se va a resolver, al menos a corto plazo: la reducción de plantillas.

Desde que se inició el descenso de natalidad sólo piensan en amortizar plazas de Matronas.

¿De verdad piensan, cuando toman estas decisiones?

Desconocen absolutamente la dinámica de atención a las parturientas que en la actualidad se sigue.

Cuantitativamente podrían tener razón si no existiera el factor cualitativo en la atención de cada parto.

Decididamente: mientras que las Matronas no participemos en la gestión y políticas de salud, de una manera activa, otros seguirán decidiendo con ignorancia temeraria, tan mal, como hasta hoy.

Anabela Rodríguez

CARTAS A **matronas hoy**

HORMIGUEOS Y DOLOR NOCTURNO EN LAS MANOS: UN PROBLEMA COMUN A ALGUNAS EDADES

Una de las quejas de que las mujeres que se encuentran cercanas a la menopausia (y a veces las embarazadas) nos cuentan a los reumatólogos con frecuencia es la de padecer dolor u hormigueos -o ambos síntomas simultáneamente - en las manos y a veces también en los brazos. La naturaleza de estos síntomas es peculiar ya que habitualmente son mucho más intensos durante la noche o de madrugada, y suelen despertar a aquellas que los sufren. Una vez despiertas, y con la intención de aliviar las molestias, quiénes las sufren refieren que frota las manos, las agitan, y hay quién encuentra de más ayuda ponerlas contra una superficie fría. No es raro que al despertarse por la mañana las manos estén algo entumecidas, como gruesas, y que al hacer labores manuales durante el día vuelvan los hormigueos. Solo raras veces puede llegar a perderse fuerza en las manos por este problema.

La causa de estas molestias es lo que técnicamente se llama un síndrome del túnel carpiano: uno de los nervios que llegan a la mano - el nervio mediano - atraviesa la muñeca junto con la mayoría de los tendones flexores, por una especie de túnel formado por ligamentos y hueso - el túnel carpiano -. El túnel es bastante rígido, y el aumento de volumen de cualquiera de las estructuras que lo atraviesan resulta en un aumento de la presión en su interior. Los nervios son muy sensibles a la presión, y este aumento de presión actúa sobre el nervio mediano a su paso por el túnel carpiano y produce estos síntomas. Las manifestaciones clínicas suelen ser suficiente para establecer el diagnóstico, y en casos menos claros, un estudio de velocidad de conducción nerviosa saca de dudas. No se conoce a ciencia cierta la razón de que las molestias sean más intensas por la noche.

Aunque a veces el síndrome del túnel carpiano aparece en el curso de algunas enfermedades articulares, en la mayoría de las ocasiones aparece sin ninguna causa aparente. La inmensa mayoría de los que lo sufren son mujeres (probablemente por tener un túnel carpiano más estrecho), sobre todo durante el periodo que precede o sigue a la menopausia. En un estudio que se realizó en la Sección de Reumatología del Hospital de Alicante, se pudo apreciar que este problema parece particularmente frecuente en aquellas mujeres que al ser sometidas a una extirpación quirúrgica de ovarios, sufren una menopausia brusca. Las embarazadas son también susceptibles a padecer el mismo problema, que en todo caso desaparecen tras el parto.

Afortunadamente el síndrome del túnel carpiano no reviste gravedad, y su tratamiento es eficaz; a veces la administración de antiinflamatorios o aplicación de férulas para mantener las manos en posición adecuada por la noche son suficientes. Las infiltraciones en el túnel del carpo suelen ser resolutivas, aunque las molestias pueden volver. En los casos más recalcitrantes, una intervención quirúrgica descomprime definitivamente al nervio mediano a su paso por el canal del carpo y resuelve el problema de manera definitiva.

ELISEO PASCUAL GOMEZ
Presidente, Sociedad
Española de Reumatología

CANCER DE MAMA

UN PROBLEMA QUE A TODOS NOS PREOCUPA

CARLOS GAMALLO AMAT - Doctor en Medicina y Especialista en Anatomía Patológica

Jefe de Sección de Anatomía Patológica del Hospital de la Paz y Profesor Asociado en la Facultad de Medicina U.A.M.

JOSE PALACIOS CALVO - Doctor en Medicina y Especialista en Anatomía Patológica

Médico Adjunto de Anatomía Patológica del Hospital de la Paz.

En España mueren cada año por cáncer alrededor de 20.000 mujeres mayores de 35 años. Aproximadamente el 25% de estas muertes se deben al cáncer de mama. Se estima que la incidencia del cáncer de mama en España es ligeramente superior a la de Estados Unidos y a la de otros miembros de la Comunidad Europea. Por Comunidades Autónomas, La Rioja y Asturias presentan la mayor incidencia, mientras que Extremadura posee las cifras más bajas. Una de cada nueve mujeres en Estados Unidos tienen riesgo de desarrollar un cáncer de mama a lo largo de su vida. La incidencia de esta enfermedad se ha incrementado de un 2% a un 4% por año durante la última década y es la primera causa de muerte en la etapa fértil de la mujer. Estos datos generales nos dan idea de la importancia de esta enfermedad y del problema sanitario planteado, más aún cuando se desconocen las causas de este continuo incremento. Solo en un 30% de mujeres se identifica algún factor de riesgo y de ahí la dificultad de identificar grupos de mujeres de alto riesgo para estudios y campañas de actuación sanitaria.

La magnitud del problema es tal que son muchos los investigadores que, desde diferentes aspectos, se dedican a estudiar el cáncer de mama con un objetivo común: averiguar los factores que causan esta enfermedad y actuar en su prevención o conseguir la curación una vez que se ha manifestado.

El objetivo de la prevención primaria es evitar la aparición del cáncer de mama o de un segundo tumor en pacientes que han sido tratadas de un cáncer de mama inicial. Los estudios epidemiológicos tratan de seleccionar grupos de población de alto riesgo que son candidatos para ensayos de quimioprevención. ¿Cuáles son estos factores de riesgo?, una historia familiar de cáncer de mama en primer grado, enfermedades proliferativas benignas de la mama y la obesidad. Sin embargo la mayoría de los estudios indican que el riesgo de padecer un cáncer de mama es directamente proporcional al peso relativo; una mujer obesa tiene un riesgo cuatro veces mayor.

Otros factores también relacionados son: una menarquia precoz, menopausia tardía y nuliparidad.

Aunque se conozcan algunos de los factores que participan en el cáncer de mama todavía es necesario investigar más sobre todo en indicadores de riesgo que discriminen mejor las mujeres susceptibles a una quimioprevención más selectiva. En este sentido, la investiga-



ción actual se centra en el estudio de biomarcadores potenciales que incluyen oncogenes o sus productos, cambios en la proliferación de las células epiteliales de la mama y valoración cualitativa y cuantitativa de marcadores de diferenciación en la fase de progresión del tumor. Esto ha sido analizado extensamente en otros tumores pero en el cáncer de mama todavía no ha sido suficientemente explorado.

La prevención es un objetivo prioritario pero aún difícil de alcanzar. El problema actual se centra en el estudio de protocolos terapéuticos idóneos para conseguir curar esta enfermedad y al menor costo posible. Es indudable que estas decisiones tienen que estar basadas en aquellos factores que condicionen el pronóstico del cáncer de mama.

FACTORES PRONOSTICOS ESTABLECIDOS

Tamaño del tumor.

De todos los factores pronósticos, el tamaño del tumor es el más fácil de cuantificar y es un buen marcador del estadio de la enfermedad, de manera que se utiliza como un dato fundamental en la clasificación clínica (TNM). El tamaño se relaciona con la probabilidad de aparición de metástasis en ganglios linfáticos axilares, que es el factor pronóstico más importante, así como con el riesgo de recidiva. Pacientes con tumores menores de 1 centímetro sin metástasis en ganglios linfáticos, presentan una tasa de recidiva del 12% a los 20

años, mientras que en pacientes con tumores entre 1.7 y 2 centímetros, la tasa de recurrencia es alrededor del 40% en el mismo periodo de tiempo. En líneas generales se utiliza este dato como un índice del potencial metastásico del tumor pero su relación es imperfecta. Tumores muy pequeños (<1.0 cm) tienen metástasis en ganglios linfáticos con una frecuencia clínicamente significativa (22%). Es obvio que existen otros factores que contribuyen en la capacidad de un tumor en producir metástasis. No obstante, puede afirmarse que mujeres con un tumor menor de un centímetro y ganglios linfáticos negativos tienen un excelente pronóstico a largo plazo.

Receptores hormonales.

Los cambios funcionales de la glándula mamaria están sujetos a la acción hormonal, de los estrógenos y progesterona. Esta acción tiene lugar porque en las células del epitelio mamario existen receptores específicos para estas hormonas. El cáncer de mama, que se origina en el epitelio mamario, puede expresar también receptores para estas hormonas de forma que su crecimiento estaría influenciado por ellas. En esta línea, desde 1977, se estableció que la presencia de receptores de estrógenos era un factor de buen pronóstico. Otros trabajos demostraron que el receptor de progesterona constituía un factor más importante. Los resultados son discordantes, quizá los mejores resultados se alcanzan cuando se utilizan en combinación con otras características del tumor. El mayor valor del estado hormonal es el predecir el beneficio máximo de la terapia adyuvante con tamoxifen (antiestrógeno no esteroideo).

Histopatología.

Cuando se habla de cáncer de mama hay que entender que se está utilizando un término genérico que engloba un conjunto de tumores posiblemente causados por factores distintos y por lo tanto con un comportamiento biológico diferente. El estudio microscópico de estos tumores, siempre realizado por un patólogo experto, pondrá de manifiesto las características propias de cada uno de ellos, es decir, permitirá hacer un diagnóstico correcto, esencial para aplicar el tratamiento adecuado.

La histopatología además de clasificar los tipos de tumores, permite valorar el grado de agresividad así como la existencia de metástasis en los ganglios linfáticos. Este conjunto de datos, hoy por hoy, es el sistema más importante para establecer el pronóstico y es el soporte, la estructura, para valorar la utilidad de nuevos factores pronósticos.

La agresividad de un tumor se valora en función de una serie de características de las células tumorales como son el grado de forma-

ción de conductos, que recuerdan a los conductos mamarios normales, la forma y tamaño del núcleo y el número de mitosis, es decir la capacidad de proliferación. Utilizando este sistema, el carcinoma de mama se divide en bien diferenciados (grado I), moderadamente diferenciados (grado II) y pobremente diferenciados (grado III). Se ha comprobado que cuando existen metástasis en ganglios linfáticos la supervivencia a los 5 años es del 86%, 70% y 57% para los grados I, II y III respectivamente.

Día a día se estudian nuevos datos que discriminarán mejor la evolución de cada tumor. Así, recientemente se ha puesto de manifiesto que el número y densidad de microvasos del carcinoma corre en paralelo con la probabilidad de metastatizar en ganglios linfáticos o en otros órganos.

Cinética celular y ploidía.

La capacidad de división de las células tumorales, y por lo tanto el grado de crecimiento de un tumor determinado, es uno de los factores de su comportamiento. De hecho, se ha demostrado que es útil para predecir el curso del cáncer de mama en pacientes con ganglios linfáticos sin metástasis. Estas características se objetivan mediante la determinación de la cantidad relativa de ADN (ploidía) y del número de células en fase S del ciclo celular (síntesis activa de ADN). Estos parámetros, utilizados aislada o conjuntamente o en combinación con otros factores pronósticos, ayudan a identificar pacientes con bajo riesgo que pueden prescindir de terapia adyuvante. Es decir, permiten aplicar tratamientos selectivos para cada mujer en función de las características de su tumor.

NUEVOS FACTORES PRONOSTICOS

Hasta aquí hemos revisado aquellos factores pronósticos avalados en la práctica clínica y que son empleados para diseñar los protocolos terapéuticos. Si bien es cierto que son útiles y aportan una importante información predictiva, no es menos cierto que existen casos, significativamente frecuentes, que no se comportan según lo establecido y no responden al tratamiento. Es evidente que hay otros factores que regulan el curso del cáncer y que todavía no conocemos. De ahí la necesidad de seguir investigando y descubrir qué ocurre en la célula tumoral que hace que se comporte de determinada manera.

Hoy día se conocen otros factores que podrían tener carácter pronóstico, pero que no son aplicados clínicamente porque todavía los resultados no son concluyentes.

HER-2/neu.

El neu es un oncogen, un gen capaz de producir la transformación neoplásica de una célula normal, que se identificó en primer lugar como causante del neuroblastoma inducido químicamente en ratas. El neu, también conocido como HER-2 o erbB₂, codifica una proteína que se localiza en la membrana de la célula, que actúa como un receptor parecido al receptor del factor de crecimiento epidérmico. Esta proteína posee actividad tirosina quinasa, que es lo que confiere actividad proliferativa a la célula normal. Este oncogén se demostró que estaba amplificado en el 30% de las pacientes y que la amplificación se relacionaba con un acortamiento del tiempo de supervivencia en mujeres con ganglios linfáticos positivos, pero no en caso de ganglios negativos. Los resultados han sido contradictorios, muy posiblemente por diferencias metodológicas. En el momento actual, el papel del HER-2 en el control del cáncer de mama no está claro. Posiblemente podría ser utilizado, junto con el



estado de los ganglios linfáticos, para identificar pacientes de alto riesgo tributarias de quimioterapia a altas dosis y trasplante autólogo de médula ósea.

Catepsina D.

Las Catepsinas son un grupo de enzimas que rompen enlaces internos de varias proteínas. La Catepsina D es un miembro de la familia y parece estar relacionada con el cáncer de mama. El tejido mamario contiene muy poca cantidad de esta enzima, pero su secreción en el cáncer de mama es muy alta. Actuaría digiriendo la membrana basal y la matriz extracelular que forman la barrera natural a la diseminación de las células tumorales.

Los resultados obtenidos en diferentes ensayos clínicos han puesto en evidencia la relación de la Catepsina D y el pronóstico del cáncer de mama. La concentración de esta enzima se correlaciona con la supervivencia libre de metástasis y los niveles más altos se obtienen en mujeres con ganglios linfáticos positivos. En un estudio multivariante que incluía otros parámetros como la ploidía, receptores de estrógeno y progesterona y tamaño del tumor, la catepsina D fue el factor pronóstico más importante en mujeres con ganglios linfáticos negativos. El problema aún pendiente de resolver es determinar que método de evaluación es el óptimo.

Receptor del factor de crecimiento epidérmico.

El factor de crecimiento epidérmico es una proteína que estimula el crecimiento de una amplia variedad de células normales y en concreto de las células en cultivo de cáncer de mama. La expresión de

su receptor de membrana por un tumor reflejaría el potencial de crecimiento y por lo tanto su agresividad clínica. Con esta hipótesis se han realizado varios estudios que han demostrado que la presencia del receptor de crecimiento epidérmico ocurre en tumores con mayor agresividad histológica y más probablemente con negatividad para el receptor estrogénico. De esta manera se ha demostrado útil para predecir la respuesta a la terapia hormonal, el 8% de las pacientes respondieron al tamoxifen cuando el receptor de crecimiento epidérmico era positivo frente al 30% cuando era negativo.

Otros factores son objeto de estudio, aún en fase preliminar. Seguramente en futuro no muy lejano el tratamiento del cáncer de mama vendrá determinado por nuevos marcadores que permitirán establecer un tratamiento individualizado y por lo tanto mucho más específico, con un objetivo primordial, curar el cáncer.

Estos marcadores tienen su mayor interés en las pacientes con ganglios linfáticos negativos, es decir con un buen pronóstico. Se podrán identificar dentro de este grupo, aquellas pacientes con un bajo riesgo de recidiva en las que la terapia adyuvante no será necesaria. En mujeres con ganglios linfáticos positivos, la presencia de marcadores que indiquen un alto riesgo, establecerán la indicación de tratamientos más agresivos.

El camino es largo y lento pero son tantos los esfuerzos y el trabajo empleado por conocer y combatir esta enfermedad, que los resultados son alentadores y hacen preveer un final no muy lejano.

Quien llega a la meta encuentra el punto de partida hacia otra nueva meta.

ISOINMUNIZACION RH

Se entiende por isoinmunización Rh aquel proceso de producción de anticuerpos por parte materna en respuesta a una acción antigénica iniciada por el paso endovenoso, intramuscular o transplacentario de eritrocitos fetales Rh positivos al torrente sanguíneo de la mujer gestante.

**A. GONZALEZ GONZALEZ, M. CORTES & E. CABRILLO
MARIA MARCOS - Matrona**

Hospital Maternal "La Paz". Departamento de Obstetricia y Ginecología. Universidad Autónoma de Madrid

INCOMPATIBILIDAD RH

La incidencia de incompatibilidad Rh entre madre y feto incide aproximadamente en el 10% de todos los embarazos. El sistema Rh está constituido por los siguientes antígenos presentes en la superficie del hematíe: D, E, C, c, e y Du principalmente.

A las personas que tienen el antígeno D (aproximadamente el 85% de la población), se les denomina Rh positivas (Rh +) y Rh (-) a las que carecen de él. El problema teórico se presenta en la mujer Rh (-) gestante de un feto Rh (+). En estos casos, la incompatibilidad Rh materno-fetal posibilitaría el desarrollo de la enfermedad. En el caso de que el padre tenga un genotipo (D,D) (Homocigótico) todos sus hijos serán Rh (+) y sólo el 50% si el genotipo es (D,d) (Heterocigótico). Aproximadamente el 40% de los individuos Rh (+), son heterocigóticos.

ISOINMUNIZACION RH

Este término implica un proceso inmunológico caracterizado por la formación de anticuerpos en el organismo materno, como respuesta al contacto con el antígeno Rh. En el 90% de los casos, el responsable va a ser el antígeno D. El problema afecta tan sólo al 5% de los embarazos Rh incompatibles. Aproximadamente en el 0,8% de todas las embarazadas, se detecta la presencia de anticuerpos anti-Rh.

Actualmente se puede decir que es una enfermedad residual puesto que con la introducción rutinaria de la profilaxis, su frecuencia ha descendido espectacularmente. No obstante, el hecho de que todavía se realizan incomprensiblemente transfusiones Rh incompatibles y de que no se realice debidamente la profilaxis, justifican plenamente la protocolización de una terapéutica adecuada.

La isoinmunización al factor Rh de la sangre humana puede producir en la embarazada, una forma de enfermedad hemolítica que afecta tanto al feto como al recién nacido (R.N.), que se denomina Eritroblastosis Fetal o Enfermedad Hemolítica Perinatal (EHP).

PATOGENIA

La EHP es muy rara en el primer embarazo (0,4 a 2% de todos los casos) ya que lo habitual es que durante el mismo (20-30%) y sobre todo en el momento del parto (70-80%), se produzca, el paso transplacentario del antígeno (0,5-1,5 ml) y la consiguiente sensibilización materna. Este proceso se denomina "respuesta primaria" y está caracterizada por la formación, de una escasa cantidad de anticuerpos del tipo IgM (19-S), macroglobulinas que no atraviesan la placenta. Lo más frecuente es que aparezcan a los seis meses del parto principalmente en aquellos casos en que el RN es ABO compatible con la madre.

Si la madre está sensibilizada previamente por transfusiones (el 33% de todos los casos de EHP), ya en el primer embarazo puede desencadenarse la enfermedad. De no ser así, en un segundo embarazo y tras una nueva exposición al mismo antígeno, se produce la denominada "respuesta secundaria". Ahora los anticuerpos son del tipo IgG (7-S, de bajo peso molecular), atraviesan con facilidad la barrera placentaria y son los responsables de la destrucción de los hematíes fetales.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico prenatal de la isoinmunización Rh debe abarcar tanto la situación hematológica como el estado de salud o compromiso fetal derivado de aquella. En este sentido, recomendamos que se base fundamentalmente en los siguientes puntos:

1. Anamnesis (minuciosa en cuanto a historia obstétrica y antecedentes de transfusiones y hemoterapia principalmente).
2. Estudio hematológico de la pareja: Grupo, Rh, Du y genotipo de ambos conyuges. Serología para título de anticuerpos (Coombs indirecto) y ELAT (Enzyme-Like Antiglobulin Technique) para cuantificación en mcg/ml o en u.i. (u.i.=mcg x 5). Con este último control, al que hay que concederle un gran valor diagnóstico, mucho mayor que el título Coombs, es con el que hacemos la primera valoración del caso. Si ELAT inferior a 0,5-0,8 mcg/ml, se trata de una isoinmunización leve o moderada y por encima de esa cifra, grave. Por encima de los 4 mcg/ml hablamos la afectación fetal suele ser muy severa.
3. Exploración ecográfica. Para establecimiento de la edad gestacional, biometría, movimientos fetales y búsqueda de signos ecográficos de afectación fetal. Se consideran como signos directos: El doble halo cefálico, cardiomegalia y/o efusión pericárdica, hepato-esplenomegalia, ascitis, hidrocele, anasarca generalizado... etc) y como indirectos: La existencia de hidramnios y el aumento de grosor de la placenta y del cordón umbilical. El número y secuencia de esta exploración se acoplarán a las necesidades de cada caso. (Benacerraf y cols y Frigoletto y cols). La exploración con Doppler pulsado también puede aportar datos de interés. (Bars y cols).
4. Determinación complementaria del estado de salud fetal mediante registros cardiotocográficos (RCTG) con una periodicidad acorde con el grado de afectación fetal.
5. Amniocentesis para la determinación espectrofotométrica de la bilirubina indirecta en líquido amniótico.

6. Funiculocentesis. En los casos en que se decide hacer una transfusión intrauterina, en las muestras sanguíneas se puede determinar con precisión la situación hematológica fetal. (Hobbins y cols).

La aplicación de estos puntos se concreta en la práctica en estas dos situaciones clínicas.

Pacientes Rh negativas no sensibilizadas.

Pacientes Rh negativas sensibilizadas.

Paciente NO sensibilizadas

Visita inicial.- Realizar fases 1) y 2) del diagnóstico.

Visitas posteriores.- Repetir screening de anticuerpos en las semanas: 20, 24, 28, 32 y 36. Si se hace profilaxis en la semana 28, no repetir determinación de anticuerpos en las semanas 32 y 36.

En el momento del parto.- Nuevo screening de anticuerpos en la madre. En sangre de cordón determinar: Grupo ABO, factor Rh, factor Du y Coombs directo.

Pacientes Rh negativas sensibilizadas

Visita inicial.- Puntos 1), 2) y 3) del diagnóstico prenatal.

Visitas posteriores.- Determinaciones periódicas de la concentración de Anti-D empezando lo más pronto posible (10-12 semanas) y repitiéndolas cada cuatro semanas.

Se debe procurar así con las exploraciones ecográficas y cardiocográficas pertinentes (Punto 3 y 4), hacer una valoración diagnóstica del grado de afectación fetal, evitando la amniocentesis (Punto 5), siempre que ello sea posible, porque suponen un nuevo estímulo antigénico y por consiguiente, suele ir seguida de un brusco incremento en la concentración de anticuerpos.

TRATAMIENTO

En los casos leves y moderados, con títulos de ELAT por debajo de los 0,5-0,8 mcm/ml, la vigilancia periódica con amniocentesis, determinaciones hematológicas senadas y demás métodos de vigilancia fetal a los que se une muchas veces el adelantamiento del parto, suelen ser suficientes para resolver el problema.

En los casos graves va a ser necesario tomar otras medidas como son:

Altas dosis de inmunoglobulina endovenosa y Plasmaféresis.

En el Hospital "La Paz", De la Cámara y colaboradores comenzaron a utilizar este tratamiento en 1987, con resultados tan alentadores que en los últimos casos lo hemos generalizado a la mayor parte de los casos de isoimmunización grave. Cada ciclo de tratamiento consta de dos plasmaféresis de 2000 ml realizadas en un intervalo de 48 h (días 1 y 3) seguidas de la administración durante dos días consecutivos (días 3 y 4) de Inmunoglobulina intravenosa a la dosis de (0,8g/Kg) + 20g cada día. Los ciclos se repiten cada tres semanas.

Su aplicación es sistemática siempre que la concentración de Anti-D sea superior a 0,8 mcg/ml ó 4 u.i. En estos casos se determinan previamente en la madre: Hematocrito, Hb, fórmula, transaminasas, bilirrubina, LDH, albúmina, IgG, IgA e IgM. En orina: densidad, sedimento y proteinuria.

En el comienzo del tratamiento se establece en base a la concentración de Anti-D y a la gravedad de la historia obstétrica.

- Comienzo a las 12-14 semanas.- Cuando existen antecedentes de: Muerte fetal, feto hidrops o bien ha habido necesidad de adelantar el parto anterior antes de la 32 semana de gestación.

- Comienzo a las 20-22 semanas.- Si existen antecedentes de: Muerte fetal, feto hidrops, transfusión intrauterina o parto entre la 32 y 37 semana de gestación.

- Comienzo a las 26-28 semanas.- Antecedentes RN a término que requirió transfusión intrauterina o exanguinotransfusión.

Este tratamiento con Inmunoglobulina, se continúa posteriormente con el RN a la dosis de Ig/Kg en el primer día de vida y de 0,5/Kg en los días 2,3 y 4 de vida. En los casos en que la cifra de Hb sea inferior a 12 g/ml y/o una bilirrubina en sangre de cordón superior a 6 mg/ml, antes de comenzar con la Inmunoglobulina se procederá a una exanguinotransfusión con una sola unidad con un hematocrito de 60-65%.

Transfusión intrauterina (TIU)

En los casos de severa isoimmunización, antes de la 34 semana de gestación, cuando la densidad óptica a las 450 milimicras se sitúa en la zona III de Liley y/o ecográficamente se trata de un feto hidrópico, el tratamiento se concreta en la realización de una exanguinotransfusión, o una simple transfusión intrauterina. En la actualidad, se han abandonado definitivamente las transfusiones intraperitoneales y las realizadas mediante fetoscopia que divulgaran Rodeck y cols. Con la técnica percutánea transabdominal y a través del cordón umbilical, se logran actualmente excelentes resultados.

Con la ayuda de la exploración ecográfica y utilizando una aguja de 20 G, se punciona la vena umbilical administrándose entre 20 y 60 ml de sangre grupo O Rh negativa con un hematocrito del 80%.

Realizamos esta técnica entre las semanas 26 y 34 en aquellos casos de grave afectación fetal, cuando las pacientes no se han beneficiado del tratamiento con inmunoglobulina y plasmaféresis o no han podido ser incluidas a su debido tiempo en este protocolo. No solemos realizar más de tres transfusiones aunque naturalmente, su número y frecuencia dependerá de cada caso en particular. La eficacia de este proceder en manos expertas, ha contribuido enormemente a paliar las altas cifras de Mortalidad Perinatal derivadas de este enfermedad.

CONDUCTA OBSTÉTRICA

En los casos tratados con Inmunoglobulina y plasmaféresis se debe procurar, siempre que la situación fetal lo permita, que el embarazo alcance a la 37 semana de gestación aunque naturalmente la decisión de finalizarla y la vía más adecuada al respecto, debe ser individualizada.

Si el tratamiento ha sido con transfusiones intrauterinas, la decisión de terminar el embarazo debe situarse alrededor de la 34, sobre todo si ya se han realizado más de dos o tres transfusiones.

En uno y otro caso, se deben administrar corticoides para acelerar la madurez pulmonar fetal siempre que se considere oportuno en las dosis y pautas habituales.



Queremos resaltar la enorme utilidad de la exploración ecográfica de repetición buscando signos directos e indirectos de descompensación fetal, (Frigoletto y cols) del perfil biofísico fetal y de los registros cardiotocográficos a la hora de señalar la conducta obstétrica.

Igualmente recomendamos que un mismo equipo perinatal integrado por obstetras, hematólogos y neonatólogos de reconocida experiencia se responsabilice siempre de la dirección y seguimiento de estos embarazos.

Los centros que cuenten con estos recursos deben ser considerados como hospitales de referencia y a ellos deben dirigirse todas las pacientes afectadas de esta enfermedad.

Profilaxis de la isoimmunización Rh

Recomendamos la utilización sistemática de la Inmunoglobulina Anti-D en las siguientes situaciones clínicas:

1. En todas las pacientes primigestas Rh negativas, Du negativas, con Coombs indirecto negativo, en la 28 semana de gestación. Vía intramuscular y dosis de 300 mcg.
2. A todas las parturientas Rh negativas no sensibilizadas con un hijo Rh positivo. Se administra por vía intramuscular, en las 72 horas siguientes al parto, una dosis standard de 250 mcg. En caso de gran hemorragia feto-materna se aumentará la dosis según resultado de Kleihauer-Betke.
3. A todas las pacientes Rh negativas no sensibilizadas, tras aborto, gestación extrauterina o embarazo molar.
4. Siempre que se realice cualquier proceder quirúrgico sobre útero gestante en paciente Rh negativa no sensibilizada (Amniocentesis, biopsia corial, cerclaje... etc.).



BIBLIOGRAFIA

1. Borss V.A.A., Daubilet P.M., St. John-Sutton M., Cartier M.S. y Frigoletto F.D.: «Cardiac output in a fetus with erythroblastosis fetalis: Assessment using pulsed doppler». *Obstet. Gynecol.*, 1987; 70: 442-444.
2. Benacerraf B.R. y Frigoletto F.D.: «Sonographic sign for the detection of early fetal ascites in the management of severe isoimmune disease without intrauterine transfusion». *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1985; 152: 1039-1041.
3. Berkowitz RL, Chitkara U, Goldberg J.D., Wilkins I. y Chevenak F.A.: «Intravascular transfusion in utero: the percutaneous approach». *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1986; 154: 622-623.
4. De la Cámara C, Amieta R, González A, Iglesias E. y Omeñaca F.: «High-dose intravenous immunoglobulin as the sole prenatal treatment for severe Rh immunization». *N. Engl. J. Med.*, 1988; 318: 519-520.
5. Frigoletto F.D., Greene M.F., Benacerraf B.R., Borss V.A. y Saltzman D.H.: «Ultrasonographic fetal surveillance in the management of the isoimmunized pregnancy». *N. Engl. J. Med.*, 1986; 315: 430-432.
6. Granum P.A., Copel J.A., Plaxe S.C., Scioscia A.L. y Hobbins J.C.: «In utero exchange transfusion by direct intravascular injection in severe erythroblastosis fetalis». *N. Engl. J. Med.*, 1986; 314: 1431-1449.
7. Hobbins J.A., Granum P.A., Romero R, Reece E.A. y Mahoney M.J.: «Percutaneous umbilical blood sampling». *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1985; 152: 1-6.
8. Rodeck C.H., Nicolaides K.H., Warsaw S.L. et al.: «The management of severe rhesus isoimmunization by fetoscopic intravascular transfusions». *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1984; 150: 769.
9. Vintzileos A.M., Campbell W.A., Ingardia C.J. y Nachimson D.J.: «The fetal biophysical profile and its predictive value». *Obstet. Gynecol.*, 1983; 62: 271-278.

IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO

MEDIANTE LAS HUELLAS PALMARES Y PLANTARES

M. J. ISLA**, M. J. MARLASCA**, P. FERREIRO**, E. RODRIGUEZ**, C. I. PATRON**, R. GRANDE*, J. F. ROMERO*, E. GUTIÉRREZ*

*Sección de Antropología, Dpto. de Biología Animal, Facultad de Ciencias Biológicas, Universidad de Alcalá de Henares, 28871 Madrid

**Unidad de Partorio, Hospital de la S.S. Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid

RESUMEN

Los objetivos que motivaron este trabajo fueron fundamentalmente dos: comprobar si la huella que habitualmente se toma en los partorios es utilizable para la identificación y proponer una técnica que mejorara la impresión de las líneas dermopapilares de los recién nacidos.

Para conseguir estos objetivos, se han estudiado las impresiones palmares y plantares de 539 recién nacidos en el Hospital de la S.S. Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, Madrid.

Del estudio realizado podemos deducir en primer lugar, que la técnica habitual del Tampón de imprenta no sirve para la identificación. Y en segundo, que el método propuesto por nosotros con polvo de Grafito y papel adhesivo, es el idóneo para la obtención de impresiones dermopapilares en neonatos.

Por otra parte, hemos hecho el seguimiento de estas impresiones hasta los tres meses después del nacimiento a fin de comprobar las modificaciones que se suceden con el crecimiento.

INTRODUCCION

Una de las preocupaciones que surgen en los Hospitales Materno-Infantiles, es la posibilidad de identificación de los recién nacidos en caso de extravío, reclamaciones, etc...

Sin duda, en la actualidad existen varios y muy exactos métodos de identificación, desde los estudios cromosómicos, de grupos sanguíneos, de proteínas plasmáticas hasta el que nos ocupa, entre otros. De todos, el más rápido y menos costoso es el estudio de las impresiones dermopapilares.

En efecto, los sistemas de crestas de los dedos, palmas y plantas, presentan dibujos y particularidades conocidas como "Minutiae" fáciles de detectar y que son propias de cada persona, pues ni los gemelos monocigóticos comparten los mismos tipos y número de minutiae. Ya Galton calculó que la probabilidad de que coincidan entre sí todas las minutiae de una huella digital entre dos personas, es aproximadamente de $6'4 \times 10^{-10}$.

Por otra parte, los métodos normalmente empleados para tomar las huellas en los recién nacidos proporcionan unas impresiones muy defectuosas, por lo que presentamos un método más adecuado para tomar estas difíciles huellas y que constituye la base de este trabajo.

MATERIAL Y METODOS

Se han recogido las huellas palmares, plantares y dactilares de 539 niños al nacimiento y a los tres días de vida. Y se hizo un seguimiento de la evolución de las huellas de una niña desde el nacimiento hasta los tres meses de edad.

El método de impresión de las huellas que hemos utilizado es el ya descrito por Grande 1977 y 1980. Este método consiste en:

1. Limpiar cuidadosamente la palma de la mano y/o planta del pie, procurando que no queden restos de vernix. Es conveniente frotar la epidermis con alcohol para desengrasar, secar y endurecer la piel.

CUADRO I

Semanas de Gestación	N	Huellas Analizadas		Huellas no Utilizadas	
		Fr. Ab.	Fr. %	Fr. Ab.	Fr. %
35	10	3	30	7	70
36	10	6	60	4	40
37	31	9	29,03	22	70,96
38	75	36	48	39	52
39	150	85	5,66	65	43,33
40	146	75	51,36	71	48,63
41	76	35	46,05	41	53,94
42	20	13	65	7	35
43	2	1	50	1	50
??	18	5	26,31	14	73,69

CUADRO 2

	N	Niños		Niñas		?(sin determinar)	
		Fr. Ab	Fr. %	Fr. Ab	Fr. %	Fra. Ab	Fr. %
Huellas Analizadas	268	132	49,25	132	48,78	4	10,0
Huellas No Utilizadas	271	132	49,25	120	44,28	19	7,01

2. Se frota cuidadosamente la palma de la mano y/o planta del pie con un papel previamente recubierto de grafito, procurando dejar la superficie palmar o plantar uniformemente manchada.

3. Con papel adhesivo cortado en dimensiones adecuadas para cubrir estas superficies, estamos en condiciones de obtener las huellas dermopapilares. Para ello habrá que proceder de la siguiente manera:

IMPRESION PALMAR

Para conseguir que el niño extienda los dedos, el examinador golpeará suavemente el dorso de la mano del niño, y cuando éste la abra le sujetará los dedos con una mano mientras con la otra coloca el papel adhesivo, presionando suavemente. Una vez hecho esto, se retira el papel y se coloca sobre su soporte.

IMPRESION PLANTAR

El examinador sujetará el pie con una mano y con la otra estimulará el reflejo de Babinski rozando con un dedo el lateral de la planta del pie, desde los dedos al talón. En esta posición se colocará el papel adhesivo sobre la planta y presionará suavemente, para proceder igual que en el caso anterior.

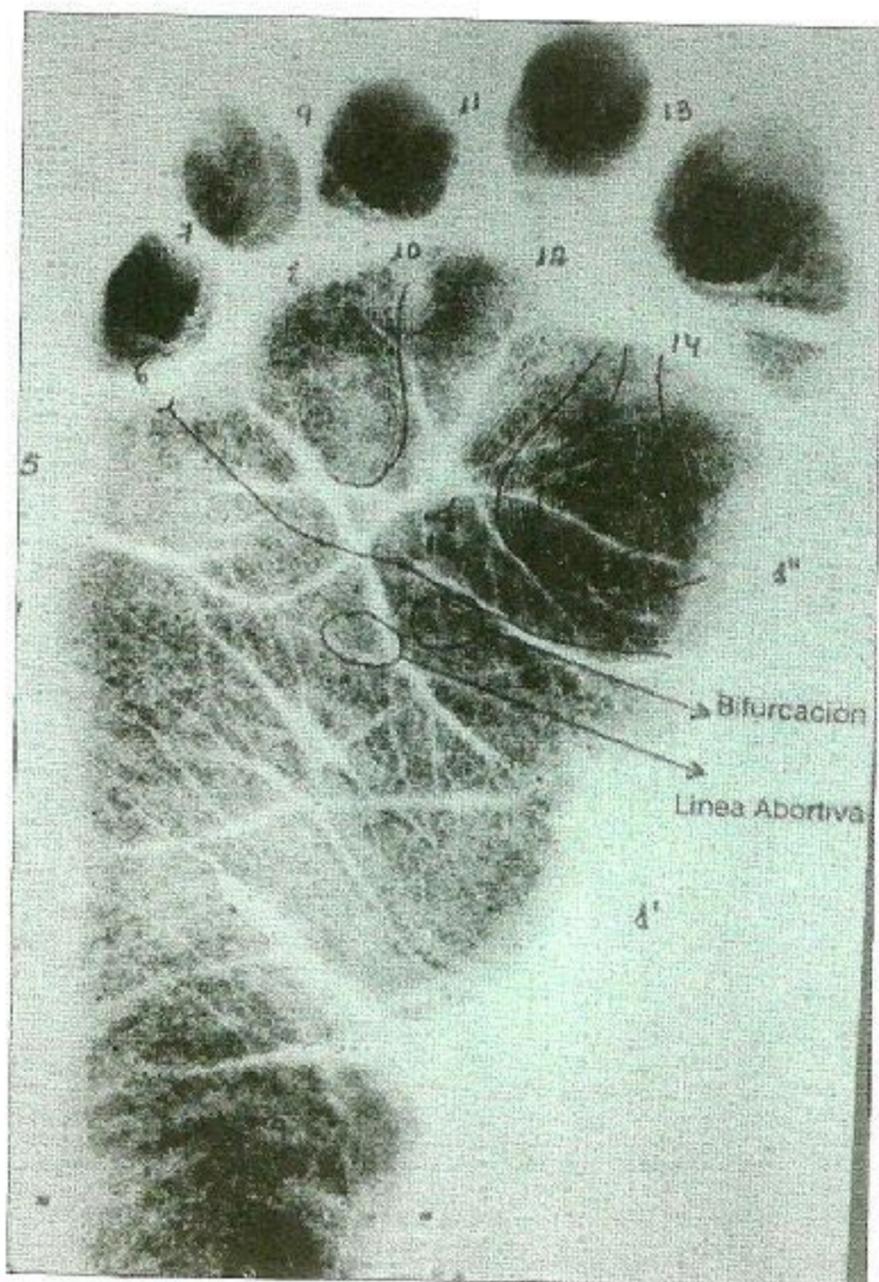
Tanto en la palma como en la planta, al presionar sobre esta superficie se estimulará el reflejo de prensión, por lo que será necesario extremar la precaución o de lo contrario el recién nacido cerrará su mano o su pie y arrugará el papel echando a perder la impresión de sus huellas.

RESULTADOS

De las 539 huellas, 351 correspondían a las impresiones tomadas solamente al nacimiento y a 188 se les repitió unos días después (entre 3 días y una semana). En el primer caso sólo el 65,12% de ellas resultaron de una calidad aceptable para el estudio y en el segundo lo fueron en un 34,87%, es decir, en ambos casos alrededor del 50% de las huellas pudieron ser analizadas.

Se observó si la duración de la gestación influía en la obtención de las huellas. Los resultados figuran en el cuadro nº 1.

También se analizó si pudiera existir alguna influencia en la obtención de las huellas según el sexo, para lo que obtuvimos los resultados expresados en el cuadro nº 2.



IDENTIFICACION

HUELLA DIGITAL.

Se puede identificar, atendiendo al tipo de figura, a la particularidad del trirradio y a las peculiaridades de las crestas o "Minutiae".

HUELLA PALMAR.

La huella palmar al presentar una amplia variabilidad de figuras, trirradios y direcciones de líneas principales nos permitirá una más fácil identificación, ya que si bien las líneas blancas y los surcos secundarios, muy abundantes al nacimiento, enmascaran la huella, no resulta difícil intuir determinadas características que se confirman, como ha sido el caso en la siguiente toma, unos días después. Por otra parte sería muy raro que todas las áreas configuracionales fuesen defectuosas, y siempre tendríamos alguna clara que nos permitiera la identificación. Además se puede recurrir a la minutiae si hubiese una dualidad en todas las áreas configuracionales y en todos los campos terminales.

HUELLA PLANTAR.

Al existir un retraso en la formación de las crestas, de aproximadamente quince días, con respecto a las palmares (Loeffler 1972); siempre están más defectuosas. Por otra parte los surcos secundarios son mucho más abundantes en la planta, lo que dificulta la interpretación de la huella.

TARJETA DE ARCHIVO.

Proponemos una tarjeta donde figuren, en una cara la huella o huellas del niño junto con la huella materna, y en el dorso el resultado del análisis de la huella del niño.

Esta tarjeta se archivaría independiente de la historia clínica materna inmediatamente después de ser tomada, evitando así un posible extravío. Además podría ser informatizada.

MODIFICACIONES DURANTE EL CRECIMIENTO.

Del seguimiento que realizamos con una niña se puede apreciar la disminución de los surcos secundarios, y una mejor calidad de la impresión con las crestas más definidas.

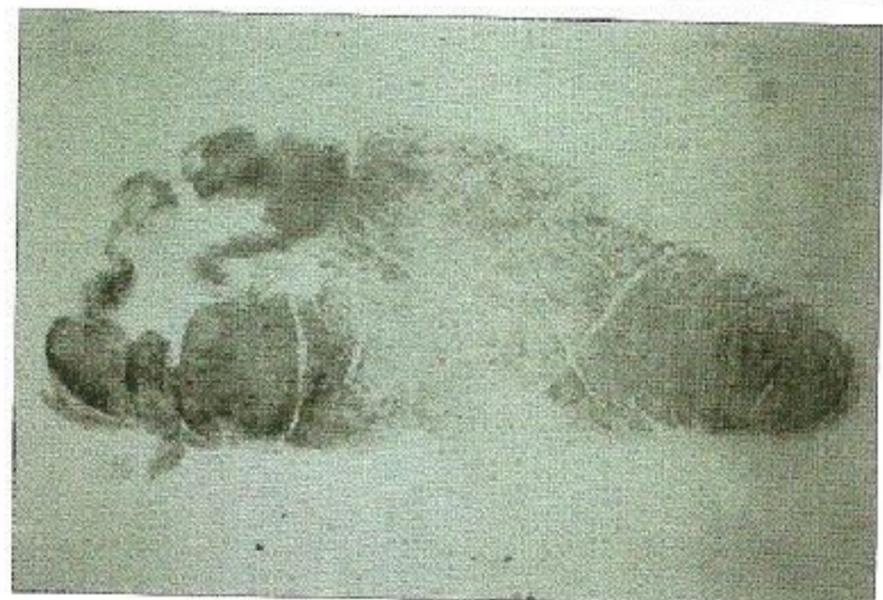
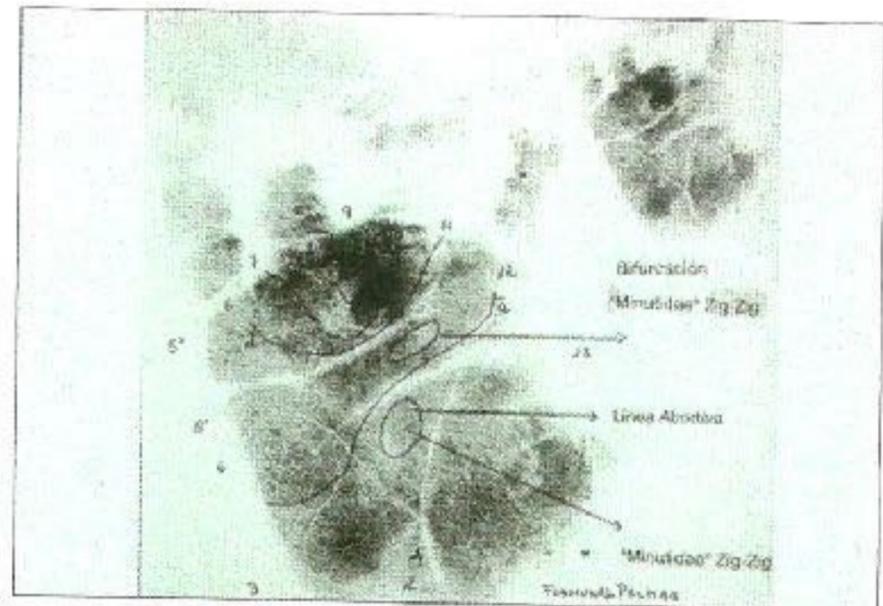
La minutiae pudo seguirse en varias tomas, fundamentalmente en la mano, aunque en algunos casos da la impresión que se modifica un poco. No obstante la mano, como ya hemos visto, posee otras más amplias posibilidades para la identificación, (figuras en las áreas configuracionales, trirradios, terminaciones de las líneas principales como la fórmula palmar).

DIFERENCIAS ENTRE PALMA Y PLANTA.

En este sentido comprobamos que de todas las huellas palmares tomadas, la mayoría pudieron ser identificadas, mientras que sólo lo fueron el 65,12% de las plantares.

DISCUSION

Como es de todos conocido las crestas dermopapilares se configuran siguiendo un plan estructural que está determinado genéticamente (Holt 1957, Pons...) y empiezan a formarse muy precozmente durante el desarrollo embrionario (Loeffler 1972). Por otra parte cada cresta individual presenta una morfología particular que la diferencia de los otros: estas peculiaridades son las denominadas por Galton "Minutiae", también conocidos por puntos caracterís-



ticos que es el término empleado por la policía científica (Vela 1982). Todo lo cual hace de las impresiones dermopapilares un método idóneo para la identificación personal.

El método habitualmente utilizado en las maternidades no es aplicable porque al presionar la planta del niño sobre el tampón y luego fuertemente sobre la historia del parto, se aplastan las crestas borrándose la huella.

Por otra parte si queremos realizar estudios genético-antropológicos este método es rápido y cómodo, se pueden tomar las huellas en niños muy pequeños o malformados en incubadora cerrada, se limpia fácilmente y no es tóxico en caso de que el niño se lleve la mano a la boca.

En cuanto a los resultados globales, el que sólo se identificaran en un 65,12% no indica que el procedimiento no funcione, sino que es la consecuencia de variadas circunstancias, entre otras:

- el elevado número de personas que colaboraron en la toma de las huellas (de 25 a 30 personas diferentes).
- de la premura con que tienen que tomarse la huella en el paritorio. Para este trabajo a cada recién nacido se le toman las huellas palmar, plantar y digital por el procedimiento que proponemos, más la huella plantar habitual que se incluye en la historia.
- de la mayor o menor experiencia (las primeras huellas que se tomaron salieron peor que las últimas).
- la fatiga propia de un trabajo en tensión como es el desarrollado en el paritorio.
- la rapidez con que el pediatra quiere hacerse cargo del mismo, etc...

Por otra parte la repetición de la huella no fue posible en todo los casos, fundamentalmente por la falta de colaboración de las madres, que abandonan el hospital sin pasar a repetirse la huella.

Respecto a la duración de la gestación, aunque teníamos experiencia personal de que es posible tomar las huellas en fetos menores de 28 semanas (Grande 1977-1980), queríamos comprobar si se podía tomar en recién nacidos más pequeños. En efecto las huella que personalmente tomamos en fetos no resultaron difíciles, ya que estaban conservados en nevera y podíamos limpiarlos con detenimiento, sin prisas y frotarlos fuertemente con alcohol. En caso de los recién nacidos no se observaron diferencias apreciables con las semanas de gestación.

Respecto al sexo se comprobó que no existen diferencias a nacimiento, como si sucede en los adultos, que los hombres presentan las crestas más marcadas que las mujeres, y con menos surcos secundarios.

CONCLUSIONES

1ª.- La huella tomada habitualmente, no sirve para identificar a recién nacido.

2ª.- Es preferible tomar la palma de la mano, pues se obtienen mejor las impresiones y son más útiles.

3ª.- Con el método propuesto se pueden obtener muy buenas huellas a partir de las cuales es posible la identificación.

BIBLIOGRAFIA

Holt, S.B.: «Genetics of dermal ridges: Sib pair correlations for total finger ridge-count». *Ann. Hum. Genet.*, 21, 1957, 352.

Pons, J.: «Quantitative genetics of palmar dermatoglyphics». *Amer. J. Hum. Genet.*, 11, 1959a, 252.

Loeffler, L.: «Sistema de crestas papilares y surcos cutáneos». En libro: «Genética Humana». Autor: Becker, P. y col. Ediciones Toray, S.A., 1972.

Grande, R.: «Development of the dermopapillary patterns from the 16th to the 28th week of gestation». 295-296. *Poor Intrauterine Fetal Growth*. Editores: B. Salvadón & A. Bacchi Madena. Roma, 1977.

Vela, M.: «Dactiloscopia». Dirección General de la Policía Científica. Madrid, 1982.

APRENDIENDO EN EL UTERO

ALEJANDRA CALVANESSE - Matrona

Durante los últimos 30 años la vida y los recuerdos de los niños en su etapa prenatal se han explorado bastante empleando la tecnología médica de investigación más avanzada. Se sabe que el feto a partir de la quinta semana ya desarrolla un repertorio sorprendentemente complejo de actos reflejos.

En la quinta semana no solo mueve fácilmente la cabeza, los brazos, el tronco, sino que, además, ya ha labrado un primitivo lenguaje corporal: expresa sus gustos y aversiones con sacudidas y patadas.

Al cuarto mes es capaz de fruncir el ceño, bizquear, hacer muecas, es cuando adquieren los reflejos básicos. Basta acariciar sus párpados para que bizquee en lugar de sacudir todo el cuerpo como hacía antes.

Del quinto al sexto mes es tan sensible al tacto como un niño de un año. Si se le cosquillea accidentalmente el pericráneo durante un examen médico, mueve la cabeza de prisa. El agua fría le desagradaba muchísimo. También es sorprendente su gusto selectivo, basta añadir sacarina al líquido amniótico para que su ingesta aumente o agregar un aceite de mal sabor parecido al yodo llamado lipidol, para que no solo disminuya la ingesta bruscamente, sino que además, el feto haga una mueca.

A partir de la semana 24, el niño oye en todo momento, son muchos los ruidos que llegan a su oído (ruidos estomacales, voz de la madre, y las palabras del padre), pero el que domina su mundo es el latido cardíaco de su madre.

Mientras mantiene su ritmo regular, el niño sabe que todo está bien, se siente seguro y esa sensación de seguridad persiste en él.

A partir de la semana 16 es muy sensible a la luz, sabe en que momentos su madre toma baños de sol, a causa de los rayos que lo alcanzan, que normalmente no le perturba, pero una luz apuntada directamente al vientre de su madre le molesta. Se han efectuado fetoscopias iluminando al feto con fibra óptica y una mano del niño se apartaba decididamente de la fuente de luz. Un investigador provocó espectaculares fluctuaciones del latido cardíaco de un feto apuntando una luz intermitente al vientre de la madre. ¿Se asustó el bebé?

A los fetos se les ha pinchado accidentalmente con agujas de amniocentesis y la reacción fue de apartarse rápidamente cuando recibieron el pinchazo.

¿Quizá sintieron algún dolor?

Se les ha gritado y expuesto a sonidos bruscos y dieron furiosas patadas de descontento.

¿Quizá no les gustó lo que oyeron?

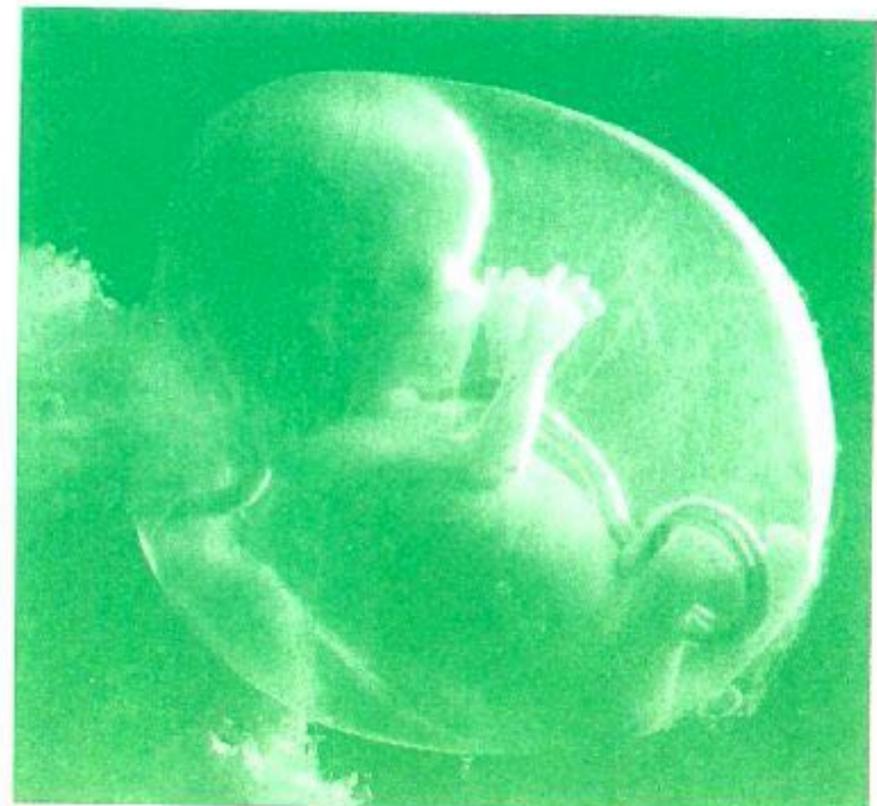
Todas las pruebas van demostrando que el feto en gestación es capaz de oír, ver, sentir reacciones y otras muchas cosas más.

¿Significa esto que el ser humano no nacido posee conciencia propia? que, ¿podemos ser conscientes de nosotros mismos y del entorno que nos rodea antes del nacimiento?

Un estudio realizado por el Dr. Michael Lieberman demostró que un feto se agita emocionalmente (medido por la aceleración de la frecuencia cardíaca) cada vez que su madre piensa en fumar un cigarrillo. No necesita encenderlo ni llevarlo a la boca, la sola idea de fumar es suficiente para alterar al feto. Este intelectivamente es tan perspicaz como para asociar la experiencia de fumar de su madre con la desagradable sensación que provocan los venenos y toxinas del tabaco en él.

Este tipo de situación predispone a un tipo de ansiedad arraigada y acondicionada que marcará la conducta y la personalidad del niño en su infancia. Este estudio demuestra el vínculo psicológico que existe entre las mentes de la madre y el feto, y es tan fuerte, íntimo y simbiótico que se podría asegurar que todo aquello que piense o sienta la madre es automáticamente registrado por la psiquis del niño.

Jung fue el primer psicólogo que se atrevió a hablar de experiencias embrionarias al anunciar a sus colegas que tenía la certeza de que "acumulamos conocimientos desde la vida intrauterina".



De hecho está demostrado que el feto tiene habilidades para reaccionar ante su entorno a través de los sentidos, muestra que está en posesión de los requisitos básicos del aprendizaje. Sin embargo la formación de la personalidad exige algo más. Como mínimo requiere la "conciencia". Para que sean significativos los pensamientos y los sentimientos de la madre no pueden registrarse en el vacío.

Su hijo ha de ser agudamente consciente de lo que ella piensa y experimenta. Igualmente es indispensable que el feto pueda interpretar sus pensamientos y sentimientos con toda sutileza y complejidad.

La ciencia todavía rechaza enérgicamente que la idea de que la personalidad pueda comenzar a formarse en el útero. Sostienen que las capacidades emocionales intelectuales o neurológicas que supone este complejo proceso estén fuera del alcance del bebé. La concepción neurológica y biológica tradicional sostiene que un niño no es lo bastante maduro para sentir o experimentar significativamente hasta el segundo o tercer año de vida, motivo por el cual Sigmund Freud también pensaba que la personalidad no empezaba a desarrollarse hasta ese momento.

Sin embargo lo que se ha aprendido de manera experimental y los recientes estudios neurológicos no solo demuestran que la conciencia existe en el útero, sino que, indican con toda precisión el momento en que comienza.

El Dr. Dominique Purpura, director de la revista *Braim Research* y profesor del Albert Einstein Medical College de New York, sitúa el comienzo de la conciencia entre la semana 28 y 32. Señala que en ese momento, los circuitos neuronales del cerebro están tan desarrollados como en un Recién Nacido.

En la misma época, la corteza cerebral madura lo suficiente como para que el niño adquiera la cualidad de la conciencia. La corteza es la parte más compleja del cerebro, la parte más distintivamente humana y la que utilizamos para pensar, sentir y recordar.

Pocas semanas después, las ondas cerebrales se encuentran definidas lo que permite distinguir con facilidad entre los estados de sueño y de vigilia del niño. Ahora está mentalmente activo incluso mientras duerme. A partir de la semana 32 las pruebas sobre ondas cerebrales comienzan a registrar periodos de sueño REM.

El Dr. Thomas Vemy, pionero psiquiatra de Toronto, escritor y profesor, cree que los primeros y delgados fragmentos de huellas de la memoria comienzan a atravesar el cerebro fetal alrededor del tercer trimestre de gestación. Algunos investigadores sostienen que el niño puede recordar a partir del sexto mes y otros aseguran que el cerebro no adquiere los poderes de evocación hasta por lo menos el octavo mes.

Por lo visto son cada vez más numerosos los expertos que consideran que algunos aspectos de la vida pre-natal y las circunstancias que rodean nuestro nacimiento influirán poderosamente en nuestra vida futura.

El Dr. Vemy insiste en su libro "La Vida Secreta del Niño Antes de Nacer" en que no cabe duda de que el feto al nacer recuerda o

retiene sus recuerdos, señalando que estos recuerdos "perdidos" permanecen vivos en el subconsciente a veces arrojando largas secuelas de conflictos psicológicos; otros estableciendo preferencias que pueden tener un gran impacto en la vida posterior.

La clase del aprendizaje prenatal está en el oído del feto, a través de lo que oye el niño aprende, se siente amado y protegido; amenazado y traumatizado.

Algunos investigadores están intentando desarrollar y estimular las habilidades potenciales de los niños, mejorando la comunicación de los padres con sus hijos cuando éstos están todavía desarrollándose en el vientre materno. René Van de Carr médico Gineco-Obstetra es presidente de un centro situado en Hayward California, con el nombre de Universidad Prenatal. Dos veces al día los padres hablan con sus hijos antes del nacimiento, mientras dan palmaditas en el abdomen (su hábitat). Según opina el Dr. Van de Carr, los recién nacidos que han pasado por su clínica son niños más fuertes en el momento de nacer, sonríen, se sientan, caminan, y hablan antes y se relacionan muy bien.

¿Pero qué asignaturas, materias o temas se pueden enseñar a un niño que aún no ha nacido?

En líneas generales cualquier cosa que el feto pueda oír, música, idiomas, historias, etc. Algunas madres colocan auriculares sobre su vientre y a continuación se conectan una cassette con la lección del día...

Otros investigadores opinan que más que inculcar conocimientos teóricos en la mente del feto es mucho más efectivo para el posterior equilibrio físico y psicológico del niño tanto en su infancia como en su juventud, el fortalecer el vínculo afectivo entre la madre y el niño. Realizando además todo un trabajo consciente de impregnación de pensamientos, sentimientos y actitudes de carácter sublime y moral que determinarán las líneas directrices sobre las cuales se desarrollará el carácter de ese niño. Aparte existe otra técnica realizada por el Dr. Wilson, que consiste en entablar un diálogo entre la mente consciente de la madre y el ser en su formación. Una de las condiciones básicas es que la madre se encuentre satisfecha del embarazo. La madre ha de transmitir al hijo sentimientos positivos. Sugerirle que le diga a su hijo que es una persona capaz y dispuesta y que hará todo lo que esté en su mano para que al nacer no se sienta desamparado.

Claro está que no se establece un diálogo textual de palabras, sino que cuando la madre dice tales cosas con convicción, su actitud, sus emociones y sus disposiciones psíquicas son positivas.

Después de saber que los filodendros se alegran o se entristecen según los sentimientos de sus dueños, no nos sorprende en absoluto que con una técnica bien estudiada se pueda entablar una relación emocional entre la madre y el hijo que se desarrolla en su vientre.

PREMIO NUROFEN Tenerife, Octubre 1992

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES DE 15-30 AÑOS

ASUNCION GONZALEZ RAMOS, C. CELIDA GONZALEZ GONZALEZ, MIGUEL A. BENITEZ ROSARIO - *Matronas*

Se presentan los resultados preliminares del análisis de las actividades preventivas realizadas, por un equipo de atención primaria, en mujeres de 15-30 años. Este sector de edad se caracteriza por ser idóneo para el inicio de actividades de promoción de la salud, por ser una población que demanda poca asistencia sanitaria y por carecer de patología crónica que posibilite un seguimiento longitudinal. En relación con ello, cada contacto de estos sujetos con los servicios sanitarios se constituye en una situación de "case-finding", es decir, debe ser aprovechado para la realización de actividades de despistaje de patología o factores de riesgo.

Nuestro EAP lleva a cabo desde 1989 el programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS) propuesto por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, consistente en el despistaje de factores de riesgo cardiovasculares y patología oncológica en la mujer. Por otro lado, en nuestro centro, está en funcionamiento desde hace tres años programas de atención al embarazo, de planificación familiar y de despistaje oncológico en ginecología. Dichos programas se sustentan en actividades coordinadas de los médicos de familia, de las matronas y ginecología, y son ofertados a toda la población de la zona básica de salud que solicitan prestaciones sanitarias.

Se ha realizado un trabajo observacional de corte transversal consistente en la revisión de las historias clínicas de mujeres entre 15-30 años, registradas en nuestro centro de salud. De un total de 827 historias, se seleccionó por muestreo sistemático el 30% de las historias que fueron sometidas a extracción de datos según un protocolo preestablecido.

De los datos destaca:

- La x de consultas por historia/paciente fue de $5,32 \pm 0,7$. La apertura de historias se realizó por actividades de enfermería en el 9,6% de los casos, actividades de la matrona en el 36,8% de los casos y actividades médicas en el 53,8%.

- El 48,8% de las historias presentaron datos incompletos respecto al PAPPS con porcentajes bajos de actividades de vacunación (58%) y adecuados en el despistaje de alcoholismo y tabaquismo (83 y 82% respectivamente) así como de la toma de tensión arterial (78% de los casos).

- En el área de prevención del embarazo, hasta en un 40% de los casos no constaban datos sobre el tipo de anticoncepción y su necesidad.

- De las técnicas de anticoncepción registradas, el 56,8% de las mujeres utilizaban anticoncepción hormonal, el 23% preservativos, DIU en un 9,8%, coitus interruptus un 5% y un 0,8% presentaron ligadura de trompas. El 51% de las mujeres no habían sido incluidas en el

programa de planificación familiar ni se les había recomendado actividades de prevención del embarazo no deseado. Por otro lado, en ninguna historia constaba datos sobre despistaje de patología sexual o grado de satisfacción de la paciente con la misma.

- En el análisis pormenorizado de la adolescencia ($n = 52$ historias) se observa que en el 61% de los casos no constan datos sobre anticoncepción con incumplimiento de las actividades del PAPPS en el 53% de los casos. El porcentaje de derivación a planificación familiar o educación sobre embarazos no deseados es muy bajo, solo en el 25% de los casos, observándose cumplimientos, significativamente más altos, para actividades de despistaje de tabaquismo y alcoholismo (78% de los casos). De los métodos de anticoncepción registrados, el 52% de los casos correspondió al preservativo y en un 10% al coitus interruptus.

- En el análisis de todos los embarazos atendidos por el EAP en los últimos 3 años ($n = 227$), se observa que el 78,8% de los mismos se produjo en mujeres de 15-30 años con un porcentaje del 53% de los casos como embarazos no deseados. En el análisis pormenorizado de la adolescencia, se observó que el 10% de los embarazos de la zona se produjo en mujeres entre 15-19 años, siendo en el 95% de los casos embarazos no deseados.

Los datos presentados reflejan porcentajes bajos-moderados del cumplimiento de las actividades preventivas y de promoción de la salud. Ello afecta, de forma especial al área sexual de las pacientes y en la prevención de los embarazos no deseados. Reflejo de esta situación puede ser el alto porcentaje de embarazos no deseados. Al respecto señalar, que nuestros resultados presentan un sesgo de observación al no disponerse de datos sobre embarazos-abortos no atendidos por el servicio nacional de salud.

Las actividades en atención primaria no deben ser exclusivamente asistenciales, las actividades preventivas y de promoción de la salud, deben ocupar un espacio importante. En este sentido, debe fomentarse la integración y coordinación de actividades entre los médicos de familia, matronas y enfermería de forma que todos participen en dichas actividades. Es así, que la presencia de las matronas en los EAP debe ser un revulsivo para que el sector sanitario amplie sus actuaciones en el campo sexual tanto de forma preventiva como educativa. Por otro lado, la actividad de la matrona también debe incluir actividades preventivas sobre otros factores de riesgo, especialmente en las edades objeto de estudio dado los escasos contactos de esta población con los servicios sanitarios y la dificultad para captarlos.

EL CONTROL DE LA MONITORIZACION BIOFISICA DEL PARTO MEDIANTE



"Sistema de Información Obstétrica"

ADELA SANCHEZ PEDROSA - Autora

CASTILLA-LA MANCHA - Corresponsal

INTRODUCCION

Considerando la gran difusión que tiene en España la monitorización biofísica del parto, y respetando en todo momento, otras alternativas asistenciales, creo que puede ser interesante para las Matronas españolas, conocer nuestra experiencia sobre la Información Obstétrica Centralizada. Según mis noticias, solamente en Basurto disponen de un Sistema semejante.

MATERIAL

En la Unidad de Partos del Hospital General de Albacete, disponemos de cuatro Salas de Dilatación, dos de las cuales son dobles, y dos individuales. En ellas tenemos seis monitores cardiotocográficos Hewlett Packard 8440A, conestados mediante cableado a un Sistema de Información Obstétrica, H. P. M1370A, el cual se encuentra instalado en el Control de la Unidad, que es un espacio amplio y diáfano, que sirve de comunicación entre las Salas de Dilatación y las de Partos.

EL SISTEMA consta de:

El terminal central, que es un ordenador y representa el núcleo del Sistema, y que a su vez está compuesto por los elementos:

- Unidad de proceso.
- Teclado.
- Pantalla interactiva.

El citado *terminal*, controla las funciones del Sistema y responde a lo que se le introduce mediante el *teclado*.

La *pantalla interactiva*, se utiliza para gestionar y mostrar, aquella información de la parturienta, que puntualmente se precise, tanto de identificación de la misma, como de la progresión del parto, mediante las gráficas de Friedman o Westin, que podemos presentar en *pizarra*.

Esta pantalla *interactiva* no muestra los trazados cardiotocográficos.

El módulo de recogida de datos de los trazados cardiotocográficos, de cada uno de los seis monitores de cabecera que en cada momento estén en funcionamiento, los cuales simultáneamente, son transferidos a la *pantalla colectiva*.

La pantalla colectiva, en la cual se pueden mostrar simultáneamente los seis trazados de F.C.F. y actividad uterina, además de otras informaciones:

- Etiqueta de cada cama.
- Estado de alarma de cada cama, Sí o No.
- Fecha y hora actuales.
- Velocidad de trazado: 1, 2 ó 3 cm/min.

Pantalla individual, que muestra a tamaño natural, los trazados de uno solo de los monitores de seleccionado cuando se desea

un examen más detallado, y que por tanto se reserva para el parto de mayor riesgo en cada momento.

También aparecen en la *pantalla individual*:

- Hora y fecha actualizada cada diez minutos.
- Modo y funcionamiento del monitor fetal (E.C.G.D., E.C.G.A., US, o desconocido).
- Límites de alarma visuales y acústicos que nos avisan de las posibles alteraciones de la F.C.F.
- Velocidad del trazado.
- Identificación de la cama.
- Revisión, mediante el teclado del terminal central, de los trazados de las últimas doce horas, de la cama que en cada momento seleccionemos.

Todos los datos se pueden imprimir si se dispone de la correspondiente impresora. Nosotras en general no solemos utilizarla, porque según las Normas, cumplimentamos siempre los registros de Partograma y Hoja de Matrona, con los cuales queda suficiente constancia escrita de la evolución del parto.

MÉTODO DE TRABAJO

- Monitorización biofísica de todos los partos.
 - E.C.G.D. siempre que no exista contraindicación médica.
 - Control intraamniótico de actividad uterina, siempre que no exista contraindicación médica.
 - Invitación al marido de la parturienta, para que la acompañe durante el periodo de dilatación, siempre que ambos lo deseen.
 - Explicación a la pareja de nuestro método de control del parto, y sus ventajas, aclarando que no es necesario que se preocupe para nada del monitor, puesto que las Matronas lo controlamos desde la Central por medio de ordenador. Igualmente se les anticipa que pasaremos periódicamente por su Sala para comprobar estado general o necesidades de la parturienta, pero que ellos pueden requerir nuestra presencia cuando la consideren necesaria.
- Cumplidas las normas habituales, se deja sola a la pareja, si que es posible, con el fin de que ambos vivan en la mayor intimidad la experiencia del parto, y se ayuden mutuamente.
- El marido puede asistir al expulsivo cuando ambos lo deseen y no se trate de un parto instrumental.

CONCLUSIONES

El Sistema de Información Obstétrica, se instaló en el Hospital General de Albacete, en julio de 1990. Lógicamente todas las Matronas teníamos amplia experiencia en monitorización biofísica del parto, y considerábamos necesaria nuestra presencia al lado de la mujer en trabajo de parto, puesto que hasta entonces la Dirección del Servicio no había admitido que los maridos acompañasen a sus mujeres.

Por lo tanto, recibimos la innovación con cierto rechazo, considerando que al aumentar la tecnificación de la asistencia obstétrica, ésta se deshumanizaría proporcionalmente.

Pero afortunadamente, nuestros temores se disiparon muy pronto:

- En muy poco tiempo se vencieron las resistencias que impedían la presencia de los hombres junto a sus mujeres, y actualmente lo extraordinario es que no las acompañen.

- Las mujeres están más cómodas sin la presencia constante de la Matrona, acompañadas por el padre de su hijo, y con la puerta cerrada, pero sabiendo que su parto está perfectamente vigilado o dirigido.

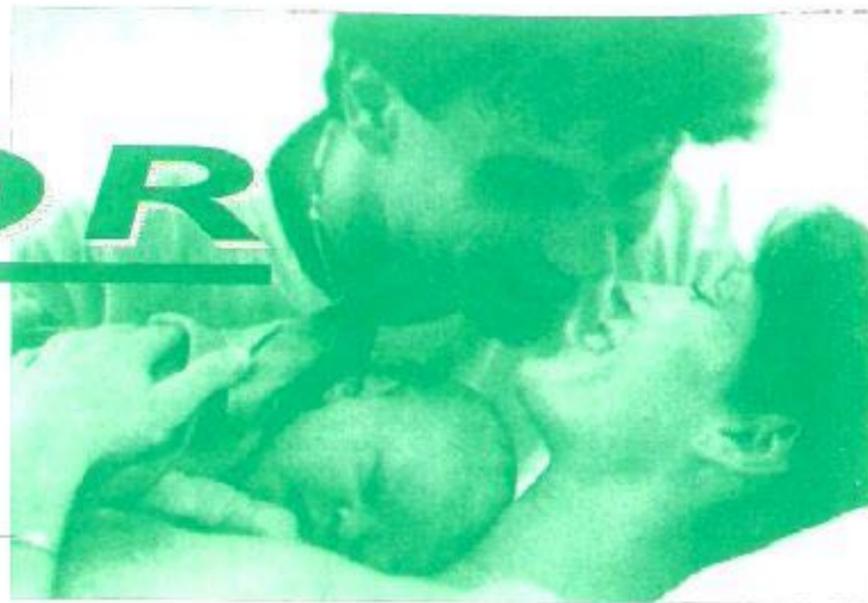
- Próximamente mejorará más, tanto el confort como la calidad aparente de nuestra asistencia, pues parece que pronto se dotará a la Unidad de sistemas telemétricos.

El Sistema descrito nos parece además muy apropiado en el momento actual de escasez de Matronas por todos conocido, ya que una sola, puede vigilar perfectamente varios partos a la vez, evitando así la angustiada experiencia de todas conocida, de no poder efectuar un seguimiento correcto de todos los partos, por muy monitorizados que estuvieran.

- Las Matronas del H.G. de Albacete, después de nuestra jornada de trabajo, nos vamos a casa un poco más tranquilas gracias al método de trabajo descrito.

Alternativas al **DOLORES**

LUCIA ROMERO ABELLAN - Matrona



Para el hombre actual, el dolor en cualquiera de sus formas ha supuesto una de las lacras más importantes, sabemos además que es una de las causas más frecuentes de absentismo laboral y que nos cuesta muchos millones cada año, en fármacos y otras terapias.

El dolor es, fundamentalmente un síntoma, un signo de alarma de nuestro organismo que nos avisa para que sepamos que algo anormal y nocivo le está ocurriendo, sucede al igual que con la fiebre, que al ser tan importante e incapacitante, debemos tratarlo por sí mismo y en ocasiones conjuntamente con la alteración o enfermedad que lo produce. Múltiples factores o alteraciones pueden producir dolor y/o inflamación, lo cual puede llegar a invalidar las capacidades para el desarrollo de nuestras actividades cotidianas.

Desde la antigüedad el hombre se ha preguntado cual era el mecanismo de producción del dolor, sus formas de transmisión y posibles tratamientos, ya los sirios, creían que el dolor dental era producido por unos gusanos que se encontraban en el propio diente. Los egipcios pensaron que el dolor se podía transmitir a través de la oreja izquierda o los orificios nasales.

Muchos también, han sido los hallazgos en el tratamiento o paliación de dicho problema, así por ejemplo, en la Edad Media se hacían pócimas y conjuros para ahuyentar el dolor. Han existido diversas hierbas y preparados, como el extracto de la corteza de sauce que aliviaron el dolor de nuestros antepasados desde hace siglos. Dicha corteza de sauce contiene "salicida", precursor del ácido acetil salicílico. Otra droga, el láudano, alcaloide del opio, convirtió durante el siglo XVII en Europa a cientos de adictos, conocidos como comedores de opio. Esta droga y sus derivados actúan a nivel del S.N.C. pro-

duciendo, no sólo el tan deseado efecto analgésico, sino también, otros menos deseables como la adicción, que no se justifica en el tratamiento de la mayoría de los dolores.

Han existido por supuesto, otras formas de aliviar el dolor en todos los pueblos y civilizaciones, por ejemplo, la medicina oriental nos ofrece la Acupuntura, en centro Europa aparece la Relajación y la Hipnosis y en España nace la Sofrología, de la mano del Dr. Caycedo. Todas estas opciones, siendo como son muy valiosas, tienen un ámbito de aplicación no siempre al alcance de cualquier individuo.

Según la Asociación Internacional Para el Estudio del Dolor, éste es "... una desagradable experiencia sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos... se trata de una sensación en una o más partes del cuerpo... y por consiguiente, supone una experiencia emocional.", para paliar este padecimiento se han encontrado en el último siglo diferentes productos entre los cuales podemos destacar:

El ácido acetil salicílico, en 1899, cuyo poder analgésico y antipirético es de todos conocido, pero que como ya sabemos tiene también algunos efectos adversos que contraindican su aplicación en algunos pacientes.

El paracetamol, en 1955, de similares características, aunque con mejor tolerancia gástrica.

El IBUPROFENO, en 1969, que actúa sobre la síntesis de las prostaglandinas, coartando así la transmisión de los impulsos eléctricos desde el lugar de la lesión hasta el S.N.C., siendo por lo tanto el más novedoso analgésico no esteroideo de acción periférica.

En la práctica diaria, los síndromes dolorosos más frecuentes con los que nos

encontramos los profesionales sanitarios son:

- Cefaleas, jaquecas y migrañas.
- Dolor muscular y/o reumático.
- Dolor dental.
- Congestión (gripes y resfriados).
- Dismenoreas.
- Heridas de tejidos blandos y traumatismos.

Desde el punto de vista de Matrona, en nuestra práctica profesional, los más usuales serán: dismenoreas, con mujeres en consultas de ginecología, planificación familiar o urgencias; dolores musculares o reumáticos con mujeres perimenopáusicas; traumatismos de tejidos blandos, como episiotomias o heridas quirúrgicas obstétricas o ginecológicas. Debemos reseñar no obstante, la contraindicación del uso de este analgésico durante la gestación, para los problemas lumbares etc. de la embarazada, como también en el postparto con lactancia materna.

Entre las acciones del IBUPROFENO (comercialmente NUROFEN), están la analgésica, la antipirética y antiinflamatoria, entre sus ventajas sobre otros productos analgésicos destaca su baja toxicidad, buena tolerancia gastrointestinal, corto período de vida media (2 horas), la eliminación rápida de sus metabolitos, mínimas interacciones, y no se modifica el modelo farmacocinético entre las personas de mayor edad.

En diferentes experiencias clínicas iniciadas actualmente en nuestro país, el IBUPROFENO, está demostrando ser uno de los productos más avanzados en el tratamiento de los problemas inflamatorios y dolorosos como lo había hecho ya en los distintos estudios realizados en EE.UU. y Reino Unido que ya fueron publicados en el American Journal of Medicine 1984.

LAS PRIMIPARAS Y NUROFEN

ELIA RODRIGUEZ, ISABEL BAYON Y ALEJANDRA CALVANESSE. - Matronas

En un seguimiento de postparto en primíparas que presentan dolores de contracciones para la evolución uterina después del parto y molestias ocasionadas por la episiotomía, se intentó valorar el efecto de Nurofen.

Para ello se diseñó un protocolo de estudio en el que se comparaban, de forma cruzada, los cambios inducidos en las pacientes.

MATERIAL

Fueron estudiadas 50 mujeres, seleccionadas de forma aleatoria en cuatro hospitales de Madrid. Todas ellas tuvieron un parto normal, sin hemorragias y sin patología previa, presentando dolores leves en la pelvis y periné con el consiguiente deterioro de su estado de ánimo.

METODO

Las mujeres seleccionadas recibieron como tratamiento, a partir de las 3 horas del parto, una dosis de Nurofen cada 6 horas y coincidiendo con la ingesta de líquidos.

RESULTADOS

Comparados los controles de estudio, Nurofen se muestra eficaz haciendo que la paciente experimente un gran alivio ante el dolor y pueda desempeñar su papel de madre con normalidad.

Terminado el puerperio estas mujeres han seguido tomando Nurofen en sus tres primeros ciclos menstruales, obteniéndose excelentes resultados.

Con la incorporación a la vida cotidiana: campo laboral, relaciones sexuales, etc. de este grupo de mujeres, se ha demostrado que ha sido en un periodo de tiempo corto y con más dinamismo.

NUROFEN

I PREMIO DE INVESTIGACION

SI TE GUSTA INVESTIGAR

Para ti, **Matrona** que te gusta la investigación.



Para tí y por tí,
Laboratorios Boots Pharmaceuticals
ha convocado
el I Premio de Investigación "NUROFEN"
dotado con **100.000 pesetas.**

Por primera vez, queremos contar con tu apoyo y también darte la oportunidad de **conocer y opinar.**



- Podrán concurrir todas las Matronas Españolas que lo deseen.
- Los trabajos que deberán ser inéditos, versarán sobre la analgesia.
- Para poder concursar se enviarán por correo certificado a la Asociación Nacional de Matronas, c/ Menéndez Pelayo, nº 93, de Madrid, un original y cuatro copias (los gráficos y esquemas deberán ser originales para su posterior publicación) mecanografiados a doble espacio por una sola cara. La extensión de trabajo será libre.
- Los originales del trabajo irán firmados por su autor, haciendo constar: nombre, apellidos, puesto de trabajo, domicilio y teléfono.
- El plazo de admisión de originales finalizarán improrrogablemente el día 30 de Agosto de 1993, a las 12 de la noche.
- Las decisiones del jurado serán inapelables, pudiendo declararlo desierto si estimase que el trabajo o trabajos presentados no reúnen el nivel profesional técnico y científico adecuado.
- Los trabajos no premiados formarán parte del archivo de investigación de Laboratorios Boots Pharmaceuticals, S.A. a disposición de la Asociación Nacional de Matronas.
- Cualquier incidente relacionado con el premio y no previsto en las presentes bases será resuelto por el jurado calificador, según su buen criterio y sin lugar a reclamación alguna.
- La participación en el Primer Premio de Investigación "NUROFEN", implica la total aceptación de las presentes bases.
- La entrega de los premios se hará en el IV Congreso de la Asociación Nacional de Matronas, finales de 1993



CASO CLINICO

COMISION DE FORMACION CONTINUADA

Paciente de 38 años de edad que cursa un embarazo de 31 semanas, con tres partos por vía vaginal, que acude al servicio de maternidad por metrorragia de cantidad similar a la de un segundo día de regla, con sangre de color rojo rutilante, que se presentó espontáneamente mientras la mujer se hallaba sentada viendo la televisión. La paciente, al notar la pérdida de líquido por los genitales, pensó que había roto prematuramente las membranas, ya que no tuvo dolor alguno, al comprobarlo observó que se trataba de sangre. El episodio hemorrágico se presentó hace dos horas y no ha vuelto a repetirse.

EXPLORACION

Paciente con buen estado general, buena coloración de la piel y mucosas, pulso 86 latidos por minuto, tensión arterial 120/65, temperatura 36,8° C a la palpación abdominal, el útero se aprecia blando y depresible, y el feto se halla en situación oblicua, con el polo cefálico en la fosa ilíaca derecha de la madre. La altura uterina es de 27 cm. y la frecuencia cardíaca fetal 132 latidos/minuto.

A la exploración, cuidadosa, con espéculo, se aprecia la existencia de restos hemáticos en vagina, y un cuello uterino formado, de múltipara por cuyo orificio cervical externo fluye una mínima cantidad de sangre roja.

PREGUNTAS

1. ¿Cuál es el diagnóstico más probable en esta paciente según la historia clínica?

- a) Metrorragia del III Trimestre.
- b) Placenta Previa.
- c) Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta.
- d) a y b.
- e) a y c.

2. ¿Cuál de los signos y síntomas de esta paciente fueron decisivos para el diagnóstico?

- a) Metrorragia (sangre roja rutilante).
- b) ausencia de dolor
- c) Útero blando y depresible.
- d) Feto en posición oblicua.
- e) Todas las anteriores.

3. ¿Con qué otro proceso debe realizarse el diagnóstico diferencial?

- a) Abruption placentae.
- b) Varices vulvovaginales rampantes.
- c) Lesiones cervicales.
- d) Todas las anteriores.

4. El método de diagnosticar más seguro y exacto es...

- a) Registro basal.
- b) Tacto vaginal.
- c) Analítica de sangre y orina.
- d) Ecografía.
- e) Radiografía.

5. Favorecen este tipo de patología:

- a) Multiparidad.
- b) Edad avanzada de la madre.
- c) Lesiones uterinas previas (cesáreas, legrados)
- d) Antecedente de placenta previa.
- e) Todas las anteriores.

6. La conducta a seguir con esta paciente es...

- a) Inducción del parto mediante goteo occitócico.
- b) Reposo en cama, administración de utero-inhibidores (prepar) y corticoides, y monitorización fetal.
- c) Cesárea urgente.
- d) Ingreso de la paciente y conducta expectante.
- e) b y d.

Respuestas correctas: 1.- D 2.- E 3.- D 4.- D 5.- E 6.- E

ALTA CALIDAD EN PONENCIAS Y COMUNICACIONES

3er

CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS (Tenerife, Octubre 1992)

El Subdirector General de Planificación y Ordenación de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad y Consumo, Ignacio Gómez-Escolar Mazuela, inauguró, en nombre del Ministro de Sanidad, el III Congreso Nacional de Matronas celebrado en Tenerife durante los días 19 al 21 de octubre pasado. Cuatro ponencias y once comunicaciones, conferencias, mesas redondas... conformaron el programa de las sesiones de trabajo que, se iniciaron con la conferencia del profesor Pedro de la Fuente, de la Universidad Complutense de Madrid, sobre "Avances en la ingeniería genética".

Formación de Matronas

Según el Director General de Planificación y Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad, "Es fundamental la formación de matronas. Llevamos seis años sin poder formar matronas en las condiciones que nos exigía la Comunidad Europea y ahora ya tenemos la Orden ministerial del 2 de junio de 1992 que regula la creación y puesta en marcha de las unidades docentes".

Probablemente lo más positivo y que pudo despertar más expectativas para los congresistas fue el debate que siguió a la ponencia "La puesta en marcha de las nuevas unidades docentes" por Gloria Seguranyes. La mesa redonda, estuvo compuesta por un representante del Ministerio de Educación, un representante del ministerio de Sanidad, la Vocal Matrona del Consejo General de



Enfermería, la presidenta de la Asociación Nacional de Matronas y la ponente. El objetivo de la mesa era que la administración de los Ministerios de Educación y Sanidad explicase la Orden y clasificase en definitiva el **como**, el **cuando** y el **dónde** de la formación para matronas. El objetivo se alcanzó cumplidamente. Hubo alguna intervención de una asistente "no matrona" cuestionando el sistema de formación, advirtiendo la casi exclusiva participación de las matronas como profesoras. A esta pregunta la presidenta de la Asociación Nacional de Matronas contestó con cierta ironía: "Las matronas agradecemos el interés de las enfermeras y médicos por nuestra formación pero creemos que la profesión y profesionales ya somos "maduritas" para decidir, gestionar y diseñar nuestro futuro. Desde luego, creemos absolutamente legítimo el deseo de que la formación de las matronas esté en manos de las mismas".

Las conclusiones del Tercer Congreso Nacional de Matronas fueron:

- 1.. Exigir de los ministerios competentes la inmediata puesta en marcha de las unidades docentes.
- 2.. Exigir también de los mismos la creación de la Comisión Nacional de la Especialidad.

Con esta última conclusión se pretende garantizar la participación legítima de las matronas en todos aquellos trámites que quedan para la puesta en marcha de dichas unidades.



DISCURSO DE APERTURA

CARMEN HERNANDEZ - Matrona - Pta. del Congreso

Profesora Titular de la Escuela de Enfermería de Santa Cruz

En el momento actual, en el que estamos asistiendo o mejor, vamos a asistir a la inminente puesta en marcha de las nuevas Unidades Docentes para matronas, de las que se hablará detenidamente en una interesante Mesa Redonda, he querido inaugurar este III Congreso con un pequeño resumen del papel que ha representado la figura de la Matrona a través de los tiempos.

La historia de nuestra profesión es la historia de la civilización misma. El Profesor Pinard de la Sorbona de París escribía: «...Hasta ahora el acto procreador ha sido sólo un acto instintivo tal como existía en la edad de las cavernas. Es el único de nuestros instintos que no ha sido civilizado... El acto más importante, más elevado, del que depende la conservación y mejora de nuestra especie, se lleva a cabo en nuestro siglo con la misma irresponsabilidad que en la Edad de Piedra...».

El hecho de que el interés sanitario por la gestante y el niño se haya planteado de forma científica, relativamente reciente, no nos puede hacer olvidar que la asistencia al parto es connatural con la Historia del Hombre, por ello, la asistencia, colaboradora y en algunos casos la parturienta solitaria, englobarían a todos los personajes que de una forma u otra se ocuparon y se ocupan, con distintos nombres según la época y la historia, del hecho del nacimiento.

El que no estuviesen institucionalizadas, ni estuviesen recogidas en tratados científicos no quita en momento alguno el hecho de su existencia, ya que como veremos a través de la historia, eran las propias mujeres experimentadas en la práctica del parto, las que contribuían a la ayuda practicada por la madre.

En los días bíblicos, el parto y la atención al recién nacido eran habitualmente vigilados por las matronas. Estas especialistas autodidactas del arte obstétrico, sin ninguna preparación, ni educación, ejercieron virtualmente el monopolio gracias a su habilidad, hasta el siglo XVI e, incluso, más tarde. El Antiguo Testamento registra el papel de la matrona en el segundo parto de Rachel, la mujer de Jacob (Génesis 35:15-16), y en el parto de los gemelos de Tamar y Rebeca (Génesis 38: 27-30). En 1552, Werth, un médico de Hamburgo, fue quemado vivo bajo la acusación de haberse disfrazado de mujer para poder asistir a una paciente de parto. Cien años más tarde, el Dr. Willghry, tuvo que entrar a cuatro patas y en la oscuridad, en la habitación de su hija, que tenía un parto

distócico y solo era atendida por la comadrona.

Queda igualmente patente el reconocido papel de la matrona en la sociedad egipcia de la época en el hecho de que el faraón, durante el periodo de esclavitud de los hebreos en Egipto, cuando su alto índice de natalidad comenzó a constituir una amenaza para su seguridad, ordena a estas que mataran a todos los varones en el momento de nacer. No todas obedecieron, así tenemos los ejemplos de Siphra y Phua que fueron detenidas por incumplir la orden. (Exodo I, 15-16).



Sin embargo, no siempre fueron bien consideradas, y así por ejemplo, a la caída del Imperio

Romano, Eusebia, la mujer del emperador Constantino, celosa de la fecundidad de su cuñada Helena, la esposa de Juliano el Apóstata, indujo a la comadrona para que asesinara al hijo de Helena, dejando que sangrara su cordón umbilical.

En épocas tan avanzadas como finales del siglo XVIII, el cuidado de la mujer embarazada y su hijo generalmente se consideraba inferior a la dignidad del médico, y unas falsas normas de moral impedían la participación de éste en el parto, sólo era llamado en los casos difíciles y sin solución, consecuencia de ello, eran las mutilaciones, tanto de la madre como las del hijo.

Las primeras prácticas formales para matronas, fueron llevadas a cabo por Hipócrates, en el siglo V antes de Jesucristo, pero durante los siglos siguientes, los esfuerzos hacia su educación fueron vacilantes e ineficaces. La mayor parte de las matronas eran autodidactas o eran instruidas por matronas más viejas, muchas de las cuales ignoraban los principios más simples de la Obstetricia y Pediatría. Sorano de Efeso (Año 98-138), la primera autoridad griega en Obstetricia y Ginecología durante el reinado de los emperadores Trajano y Adriano, hizo un intento muy notable para elevar el nivel de las matronas con su famoso libro de texto, Arte Obstétrico, pero a partir de este momento, no se consiguió ningún adelanto a lo largo de 400 años. Nació una época con la publicación del Rossengarten de Rösslin, en el año 1513, que tuvo gran mérito al estar publicado en el alemán de la época, por lo que las matronas de su país pudieron leerlo. Scipio Mercurio introdujo en Italia una guía para matronas titulada "La Commare o raccogliatrice" (1595-1596), que se recuerda todavía por la descripción de la operación Cesárea, y por la primera mención de la estrechez pélvica como indicación para la operación. La obstetricia adquirió rápidamente la dignidad de una ciencia clínica con la publicación de más tratados escolares, entre los cuales merecen destacar, el libro de Mauriceau –*Traité des maladies des femmes grosses* (1668)–, y el libro de Smélie –*Treatise on the theory and practise of midwifery* (1752-1764)–.

Con una asistencia obstétrica en su mayor parte ejercida por matronas, algunas consiguieron amplio renombre por su habilidad, por sus escritos y por su devoción, Louise Bourgeois fue nombrada por Enrique IV de Medicis, en el año 1601, para atender al parto de su esposa, María de Medicis, del que nació su hijo Luis XIII. La estela de su fama entre las matronas francesas, no obstante, fue rápidamente borrada cuando, en el año 1627, otra de sus clientas de moda, Madame Montpensier, Duquesa de Orleans, empañó su brillante record de asistencia al morir de una infección puerperal.

En 1546 se publica lo que podríamos llamar el primer libro en castellano sobre la Asistencia al parto y al recién nacido: "Libro del arte de las Comadres o Madrinas y del regimiento de las preñadas y de los niños" de Damián Carbón. El Hospital de Dios de París, famosa escuela de comadronas, es el primer centro autorizado para asistir a partos normales, lo que hasta el momento estuvo vedado. Por fin, la parturienta ocupa lugar y dispone de cama en las Instituciones médico-científicas.

Con todo lo expuesto deducimos que la asistencia al parto venía siendo desarrollada sólo por la figura de la matrona, quien no sólo se encargaba de la parturienta sino del infante; y es por lo que consideramos importante su papel a través de la historia, en su doble vertiente técnica y humana de la que fue pieza clave en la Asistencia a la madre y al hijo.

Hoy, la Asistencia Materno-infantil tiene como fin principal conservar la salud de la madre y de su hijo. La atención que debe prestarse a las mujeres gestantes, basada en un control periódico, bien ordenado y sistemático, se considera en la actualidad como uno de los componentes más importantes de los cuidados materno-infantiles. Es difícil imaginar que esta orientación date de sólo 20-30 años. Fue Ballentyne, en 1901, quien gracias a las observaciones efectuadas en madres solteras que permanecían ingresadas en el hospital durante los últimos meses de embarazo, llamó la atención sobre la importancia que tenía el control prenatal durante los últimos periodos de la gestación y los mejores resultados neonatales que obtenía en tales casos.

La actuación de la matrona comienza con la concepción, e incluso antes, al recomendar y orientar a la pareja a que reciba un adecuado consejo genético y su labor no finaliza con la Educación Maternal y los cuidados en el puerperio. Las parejas deben tener la posibilidad de realizar una planificación familiar para lo cual se dispone actualmente de diversas posibilidades que ofrecer.

De lo expuesto hasta aquí, se deduce la amplia concepción de la Asistencia Materno-infantil de nuestros días. Muy distinta a la clásica orientación de antaño. La gran cantidad de conocimientos anatómicos, fisiológicos, bioquímicos, genéticos, etc, adquiridos con la nueva reestructuración de la enfermería, así como, los progresos técnicos de los que se ha podido beneficiar nuestra especialidad, han permitido remozar completamente las bases fundamentales en las que se debe apoyar la práctica clínica de la asistencia al proceso reproductor humano. Todo ello ha contribuido a que la matrona deje de trabajar individualmente, para incorporarse a la corriente de colaboración multidisciplinaria y de trabajo en equipo que preside toda la sanidad de nuestros días.

Unicamente de esta forma se puede convertir en realidad, para toda la población, el derecho de que exista una igualdad de oportunidad en el primer hito transcendental de la vida: **EL NACIMIENTO**.

Un trabajo en equipo, una estrecha colaboración interdisciplinaria y una estructura sanitaria adecuada, permitirán a la matrona realizar con éxito su tarea primordial: **"PRESERVAR LA SALUD DE LA MUJER Y LA DE SU DESCENDENCIA"**.

EN CAMPAÑA DE IMAGEN



*Las Matronas,
Elio Rodríguez y
Alejandra Calvanesse
en el programa de
Ketfy Kaufman
(Radio España).*



*M^a Angeles Rodríguez,
haciendo declaraciones
a Radio Nacional de
España sobre el
futuro de la profesión
de Matronas.*



Rosa San Martín pronunciando una conferencia sobre "prevención del cáncer de mama".

“ESPAÑA ES DE LOS POCOS PAISES QUE PERMITE INSEMINAR A UNA MUJER QUE NO TENGA PAREJA”

EL JURISTA JOSÉ SERRANO RECHAZA LA LEY ESPAÑOLA DE FECUNDACION ASISTIDA
Carlos Mateos

El experto en bioética y profesor de Derecho José Miguel Serrano Ruiz-Calderón destaca que España es uno de los pocos países que permite inseminar a una mujer que no tenga pareja.

Serrano, que ha participado en una mesa redonda titulada Límites éticos a la investigación médica en el Colegio Mayor Montalbán, en Madrid, rechaza la ley española sobre técnicas de reproducción asistida por considerarla perjudicial para el niño que nace como resultado de una fecundación asistida y con un padre anónimo.

“Es frecuente olvidar una perspectiva importante: podemos llegar a crear personas a las que se niega el derecho a conocer a su propio padre”, según José Miguel Serrano.

Persona-objeto

Para este jurista, la legislación contempla al hijo como un objeto de satisfacción para el padre o la madre. “Se le considera como algo que calma su deseo de paternidad o maternidad, sin pensar en el bien del ser que va a nacer”.

Esto supone, a su juicio, “cosificar” a una persona, lo que considera indigno y contrario al Derecho. “Es un grave atentado contra la institución familiar y en España se está cometiendo el error de consentirlo”, añade.

José Miguel Serrano destaca que el derecho de un niño a crecer en el seno de una familia está amparado en la Constitución.

Serrano no asimila el caso de los niños que nacen después de un embarazo con el de los nacidos de una fecundación asistida, aunque los dos puedan desconocer quien es su padre, pues mientras el primero nace sin padre como resultado de un problema, en el segundo la madre crea el problema consciente de él.

Aunque reconoce que la fecundación asistida es una más de las cuestiones que ha hecho posible la ciencia, afirma que el problema que se plantea no es debido a que el Derecho no sepa adaptarse a los cambios de la ciencia, sino de valores morales, que se mantienen en el tiempo.

GURSERAN TALWAR

DESCUBRE LA PRIMERA VACUNA ANTICONCEPTIVA

Gurseran Talwar como investigador del Instituto de Inmunología de la Universidad de Nueva Delhi, ha descubierto la primera vacuna anticonceptiva de larga duración “La principal ventaja de esta vacuna es que no es agresiva para la mujer dado que no interfiere en su ciclo natural, y ella emplea sus propios mecanismos. Su fundamento es la administración de hormonas sintéticas del embarazo para que el organismo de la mujer produzca anticuerpos contra esta sustancia, lo que impide la producción de hormonas naturales. Adecuadamente administrada, la vacuna debe proteger a la mujer de quedar embarazada durante un año. Los estudios realizados han rebasado ya la fase toxicológica y también las fases clínicas, que han concluido recientemente y que permiten tras numerosos ensayos afirmar que es segura. Habrá que esperar algún tiempo hasta que puedan dictaminarse las dosis determinadas que garanticen la eficacia del producto”.

El investigador Talwar, trabaja también en el desarrollo de un espermicida que, además de contribuir a solucionar el problema de la explosión demográfica en el mundo, pueda frenar el avance de las enfermedades transmitidas por contagio sexual “La elaboración de esta crema anticonceptiva polihierbal, está elaborada con muchas plantas autóctonas de la India. Es por un lado espermicida, lo que la hace anticonceptiva, y por otro antibacteriana y antiviral. En breve empezarán a hacerse ensayos clínicos con el espermicida con seres humanos. Podrá comercializarse dentro de 10 años.

PROTESTAS EN GRAN BRETAÑA

Ya se puede elegir el sexo

En una clínica de Londres, por la módica cantidad de 100.000 pesetas, se ofrece a los futuros padres la posibilidad de elegir el sexo de sus hijos.

Este servicio médico no necesita una licencia de la autoridad de fertilización humana y embriología, instituida por el Parlamento Británico para regular las técnicas de los niños probeta; porque no almacena los espermatozoides en el proceso de elección.

Sin embargo los parlamentarios de Westminster, médicos y expertos en ética han pedido que se regulen estos servicios tan especiales pues muchos creen que pueden usarse para “encargar niños de marca”, que podrían conducir al aborto de manera irrevocable cuando no se consiguiese el objetivo deseado en la elección de sexo.

NACIMIENTO EN LIBERTAD

Desde 1984 existe en España un grupo de matronas que luchan por la educación sanitaria de la pareja fuera del hospital. Forman el grupo Génesis. Entre sus objetivos está despertar en la mujer la sabiduría natural que posee, trabajar para establecer una relación de armonía con el hijo desde el embarazo y tratar de lograr una mayor autonomía y protagonismo en todo un proceso del nacimiento en libertad.

M.A.RABADAN

MATRONAS HOY:

¿Cómo surgió la idea de organizar el grupo Génesis?

¿Qué problemas esenciales se plantearon para ponerlo en marcha?

¿Actualmente cuántas matronas componen el grupo?

¿Qué razones os llevaron a participar en el grupo Génesis?

GENESIS:

Hay parejas muy puntuales que quieren recibir a su hijo en casa. Todo empezó cuando algunos matrimonios fueron al hospital buscando matronas que estuviesen dispuestas a efectuar el parto en sus casas. Dos matronas, Alicia Leralta y Anabel García se decidieron. Todo resultó con éxito. Esta acción se comentó, y así comenzó a funcionar el grupo Génesis.

Empezamos a trabajar en 1984 sin infraestructura y a tomar contacto con las parejas en nuestras casas. En el sexto año de trabajo teníamos tantos partos que tuvimos que buscar un local y matronas para poderlos llevar a cabo. Tarea nada fácil ya que las matronas, unas por comodidad y otras porque se encontraban indefensas, nos decían que no les interesaba. Atender un parto fuera del hospital es difícil, la mujer te pide más y prefieren controlar el parto.

Cuatro: Alicia Leralta, Anabel García, Teresa Muñoz y Pepa Calderón.

Devolver a la mujer su protagonismo de su proceso biológico que es el embarazo y el parto. Fomentar la autoestima y responsabilidad personal. Ayudar a incorporar al padre y al futuro niño en la dinámica del proceso embarazo + parto + postparto.

"Hace menos de 50 años, la mayoría de las mujeres daban a luz en su propia casa y solamente las embarazadas que querían ocultar el nacimiento de su hijo o las mujeres en situación precaria acudían al hospital"



“Desde hace unos años, las parejas jóvenes buscan un ambiente con más calor humano para el nacimiento de sus hijos”



¿En qué basáis vuestra formación?

Vamos con frecuencia a Congresos por Europa. Estamos en contacto con matronas en Estados Unidos; Canadá; Sudamérica. Seguimos los protocolos de la Clínica que hay en el Paso (Texas). Los manuales del cirujano francés Michel Odent y de la matrona inglesa Sheila Kitzinger, entre otros. Nos ayudan mucho en nuestras dudas de formación.

¿Qué nivel de seguimiento hacéis de los partos?

Las mujeres acuden en su cuarto mes de embarazo. Cada semana asisten a clase de preparación maternal y cada mes se hace una revisión del embarazo. A las 36 semanas participan en un seminario intensivo donde se les habla de miedos y expectativas. Entre la 37 y 42 semanas estamos de guardia permanente, hacemos visitas continuas, conocemos a las personas que van a estar presentes en el parto... Asistimos el parto y postparto en casa con cuatro visitas a lo largo de la semana.

¿Se os plantean muchos problemas serios en estos partos?

Hasta ahora no hemos tenido problemas serios. De todas formas lo tenemos todo pensado y dispuesto por si ello sucediera.

¿Qué tipo de gente quiere dar a luz en su casa?

En un principio la mayoría eran artesanos; ahora acuden psicólogas, médicas, maestras, actrices...

¿En qué centrais vuestras actividades?

Como ya hemos dicho hacemos el seguimiento del embarazo, masajes, corrección de posturas y concienciación corporal; fomento y apoyo de la lactancia materna. Conocimiento de la respiración y relajación desde cada uno. Charlas culturales sobre madre e hijo por otros profesionales.

¿Resulta caro dar a luz en casa?

Unas 150.000 pesetas más o menos.

¿Cómo veis vuestro futuro?

De momento muy bien. Nuestra actividad ha crecido considerablemente; un cien por cien. Y es por lo que queremos hacer un Centro Integral de Salud Familiar.

EL COMIENZO DE LA EXPRESION

Francisco Jesús Santillana.

Actor.

Licenciado en la Escuela Superior de Arte Dramático de Madrid. Profesor de Mímica. Nos da a conocer mediante su expresión las diferentes facetas del trabajo de parto atendido por la matrona.

"Para mí matrona equivale a fuerza y delicadeza, responsabilidad, dominio de manos, y saber que se las puedes descubrir por sus gestos y expresiones".



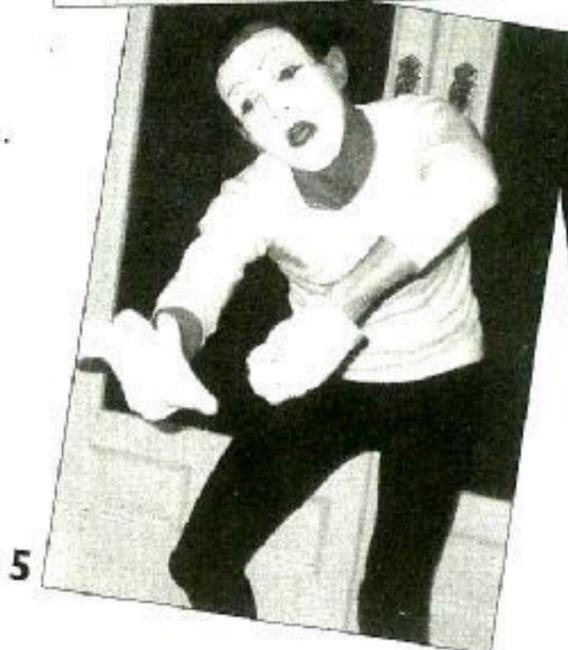
2



3



4



5



6



7

CATALINA LLORENTE MIGUEL

"UNA SRA. CIGUEÑA EN MOTO"

Lina, como la conocemos todas, es un pedazo de matrona que ha sabido disfrutar de la profesión. Defensora del trabajo en equipo y con un objetivo: apoyar a la matrona. Dos premios en su haber ratifican su buena gestión en el Hospital de La Paz de Madrid. Matrona y madre de primera fila hoy, se sienta en nuestra butaca preferente para contarnos su trayectoria profesional y humana.

ALEJANDRA CALVANESSE - Matrona

Fue en el último parto de su madre cuando conoció al tocólogo Dr. Carlos Mestre quién la animó a estudiar la especialidad de matrona aunque, en su casa no veían bien que se dedicase a este oficio.

En el año 1950 terminó sus estudios de ATS y seguidamente se matriculó por libre en los de matrona con el fin de terminarlos cuanto antes "tuve que pedir dispensa de escolaridad al faltarme unos meses para cumplir la edad requerida y poder trabajar".

Empieza a ejercer la profesión en Maternidad del Hospital de San Carlos de El Escorial. Por las tardes estudiaba y en noches alternas hacía guardias "recuerdo mis guardias en el Hospital Meson de Paredes con la matrona María Serrano. Ella fue quién me enseñó el arte de partear".

Realizó sus exámenes en Valladolid que aprobó con "Notable". Al poco tiempo consiguió, en propiedad, una plaza de la Seguridad Social en El Escorial donde trabajó durante 16 años como matrona rural.

En aquellos años las mujeres tenían a sus hijos en casa y Lina con ese espíritu alegre y tranquilo que le caracteriza, acudía cada vez que sus servicios eran requeridos ya fuesen de día o de noche "cuantas noches los serenos han ido a buscarme a casa para acompañarme hasta el domicilio de las parturientas". No disponía de días libres durante todo el año al tener que estar localizada las 24 horas del día. No tuvo vacaciones ni baja maternal "mi visita al domicilio de la parturienta se prolongaba hasta el puerperio, durante 6-8 días dependiendo de la evolución de la madre y el hijo". En muchas ocasiones tuvo que hacer

frente a situaciones sola al no haber tocólogos en la zona "cuando el parto era eutóxico bastaba con mi propia experiencia pero si surgía alguna distocia las desviaba a Madrid".

En aquella época, Lina no disponía de medios de transporte alguno y tenía que ir caminando a los domicilios de sus pacientes "atendía a mucha gente y me faltaba tiempo. A veces, me llevaban en taxi, pero eran las menos". Dada su enorme actividad unas familias de El Escorial quisieron abrir una suscripción para comprarle una moto y antes de que esto ocurriese fue ella y se la compró "fui la primera mujer que iba en moto por la zona, los niños cuando me veían le decían a sus madres ¡mamá, mamá que viene la cigüeña en moto!". Un día me llamaron para asistir a una primípara añosa (42 años), el feto venía en presentación de nalgas y decidió llevarla a La Paz para que fuese atendida "entonces no existía la maternidad actual, estaba todo en el Hospital General". Lina contacta con sus compañeras y observa que allí se hacían guardias de 24 horas y además disponían de días libres "me quedé maravillada y solicité una plaza que gané por concurso. Comencé a trabajar en el Hospital La Paz coincidiendo con la inauguración de la actual Maternidad. Comencé haciendo guardias de 12 horas alternando 15 de día y 15 de noche. Teníamos un promedio de 50 partos por guardia y nos distribuíamos por los diferentes servicios: admisión, dilatación, partos, recuperación...".

En 1974 es nombrada Matrona-Jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital de La Paz hasta que en 1987 decide dejarlo "por politización del servicio". Este año coincidió también



con la pérdida de su marido "todo esto me dejó en un estado anímico muy deprimente".

Durante su periodo en la jefatura "que me concedieron sin yo pedirlo" es cuando la matrona pasa a formar parte, por primera vez, de las Juntas Facultativas y de los Consejos de Administración del Hospital La Paz. Se empezaron a realizar cursos de formación, simposiums... Lina alternó este trabajo con la clínica "siempre que faltaba una matrona yo la cubría en el servicio". El sentido de compañerismo siempre lo tuvo muy acusado "recuerdo una vez (11-8-85) que el turno completo de matronas tuvo que ser ingresado por salmonella. Yo me quedé en el Hospital sin salir preocupada y solucionando los problemas que surgieron". Con nostalgia se refiere a "aquellos tiempos que se vivían allí tan diferentes. Se trabajaba en equipo, existía una convivencia casi familiar. Nos contábamos los problemas y entre todos intentábamos solucionarlos".

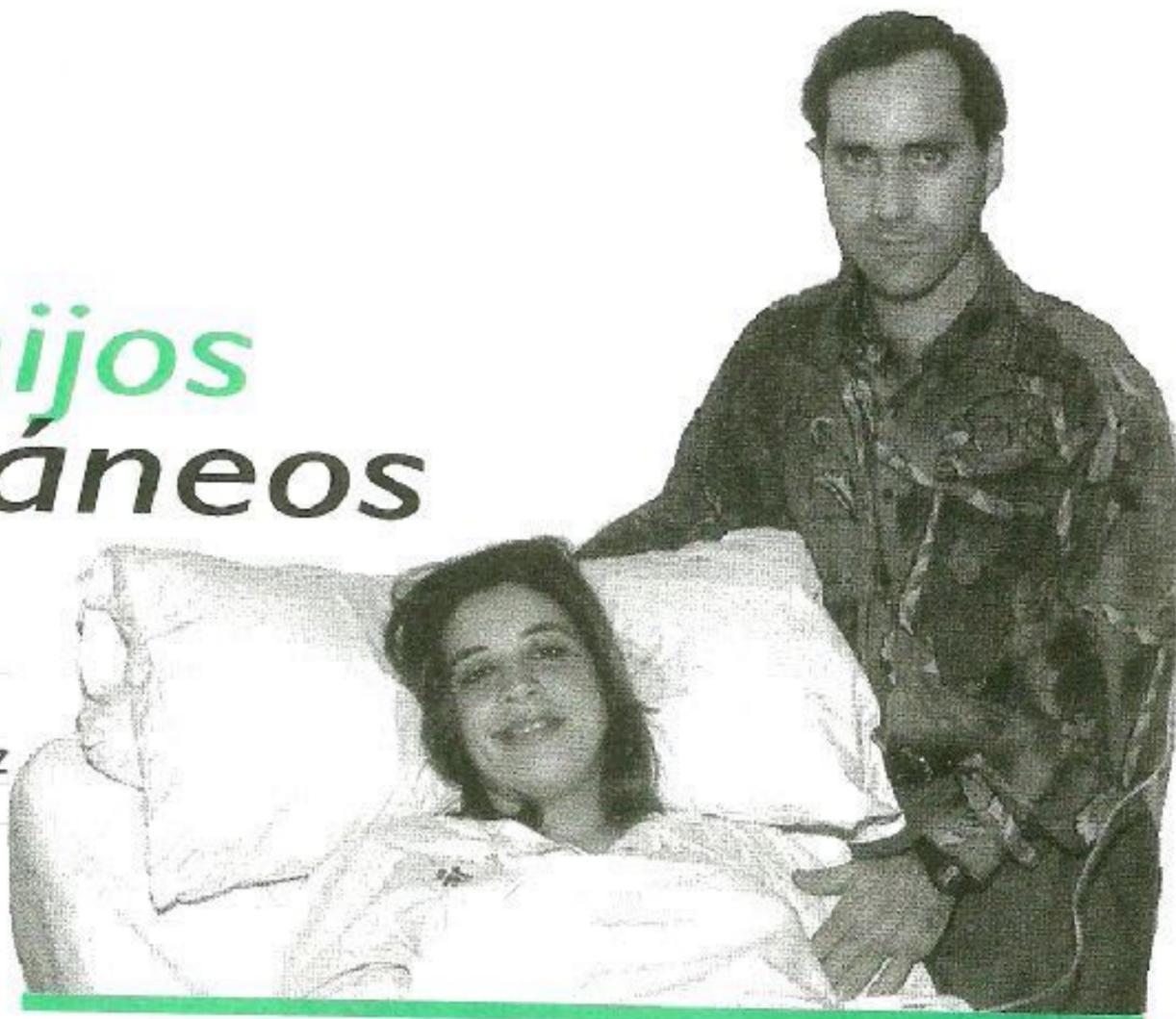
Al renunciar al cargo de Jefe de Matronas los directivos de La Paz le ofrecieron el puesto que ella desease "escogí ecografías pues pensé que era un servicio donde debía estar la matrona".

En diciembre de 1990 se jubiló. Las tareas de su hogar con su madre y un hijo soltero la absorben. Tiene cuatro nietos "a todos los he traído yo al mundo". Sigue viviendo en El Escorial "es un sitio privilegiado donde el sol parece que brilla más. Aquí tengo tantas alegrías compartidas...".

5 hijos simultáneos

ANA MARIA G^{ra}. PARRA - Matrona
Hosp. Materno Infantil de Málaga.

SEBASTIAN D. LUPION GONZALEZ
Matrón.
Hospital Materno Infantil de Málaga.



El día 19 de Enero de 1993, a la semana 32 de gestación, María Fernanda Mangas González dió a luz, tras serle practicada una cesárea electiva, a cinco hijos, tres niñas y dos niños. La intervención se llevó a cabo en el Hospital Materno Infantil de Málaga. Se encontraba ingresada, para su exhaustivo control y seguimiento, en la unidad de Alto Riesgo Obstétrico, desde la semana 20 de embarazo.

La actitud del padre durante la intervención fue de una gran tensión. Una vez informado de que todo había salido bien, declaró con gran emoción que sólo le faltaba llorar, manifestando a la vez preocupación por su futuro profesional con vistas a sacar adelante a sus recién nacidos cinco hijos.

Los pequeños evolucionan con normalidad. Actualmente, a los 28 días de su nacimiento, continúan ingresados en la unidad de Neonatología de dicho Hospital. El equipo de neonatología espera que sus pesos alcancen los valores necesarios para permitir su subsistencia fuera de la incubadora, ya que oscilaron en el momento del parto entre los 1.340 gr y los 1.610 gr. En ningún momento desde su nacimiento han necesitado respiración asistida, y su evolución es satisfactoria.



María Fernanda, de 29 años de edad, quedó embarazada a los dos meses de ser sometida a un tratamiento para conseguir la fertilidad, y se da el caso de ser el primer parto de quintillizos que nacen vivos en este Centro Hospitalario malagueño.

Durante los 3 meses que duró su hospitalización mantuvo en todo momento una actitud muy positiva y confiaba en que todo saldría bien. De hecho, el equipo de ginecólogos que la atendían destacaron que la colaboración prestada por María Fernanda contribuyó a que todo evolucionara tal como estaba planificado.

Los cuidados y tratamiento que recibió durante su estancia en el hospital, fueron dirigidos hacia la estricta vigilancia del embarazo y la prevención de posibles complicaciones. Se le mantuvo en reposo absoluto, con tratamiento uterolítico, antianémicos y ansiolíticos, realizando periódicamente registros cardiotocográficos y controles ecográficos seriales, en los cuales se observaba un crecimiento fetal adecuado y ausencia de malformaciones. En la semana 28 se administró pauta de maduración fetal y tras la cesárea se llevó a cabo inhibición de la lactancia.

AGATA RUIZ de la PRADA

FRANCISCA MONTERO - Matrona

"Me gustaría hacer algo mágico del uniforme de la matrona"

Nacida en Madrid en 1960, Agata Ruiz de la Prada se reveló como una de las principales diseñadoras de moda en los primeros años de la década de los 80, sus primeros trabajos llaman la atención por su colorido, naturalidad y formas exageradas, "Nunca me divertí estudiando y sí dibujando trajes mientras estaba en clase".

Su vida, que comparte con Pedro J. Ramirez, director del Diario El Mundo, está llena de amor y humor: "Soy pro-no matrimonio. Nunca pensé poder montar una vida de pareja, a pesar de que me encantaban los niños".

"Me gusta que me digan que mi diseño es infantil, en la mente de los niños están las cosas esenciales."

Actualmente tiene dos hijos que nacieron en partos atípicos "el recuerdo que tengo de mis partos es como si me hubiera atropellado un camión Pegaso, menos mal que nada más ver y sentir a tu bebé todo se olvida. En ellos perdí casi el 70% de mi cabeza, inteligencia, rapidez de respuesta... aunque luego lo recuperé. En cambio entre mis sensaciones agradables recuerdo el tacto de la bata de la matrona. Veía a estas mujeres muy felices, contentas por la labor de ayudar".

Agata Ruiz de la Prada hace de la diversión, la sorpresa y la responsabilidad, su vida. "A mi familia nos encanta tener lenguajes comunes, es difícil pero muy útil. Pedro J. y yo, compartimos con nuestros hijos las clases de Inglés y violín. Me levanto a las 7 de la mañana para jugar con ellos antes de ir al colegio".



Un carácter positivo, extrovertido y atrevido llevan a Agata a enfrentarse con los convencionalismos "me gustaría cambiar el uniforme de la matrona. Yo la vestiría de modo diferente siempre basándose en la comodidad, con colores suaves y alegres que transmitan buenas vibraciones. Me gustaría hacer algo mágico".

"La moda tiene que mirar hacia el futuro."

Agata Ruiz de la Prada es una mujer muy activa, con miles de proyectos llenos de estilo propio y diferentes, "ahora tengo como objetivo hacer arquitectura. Llevo dos años estudiando matemáticas", dedicada a actividades relacionadas con el arte, la música, la moda... piensa que la matrona es importante por su cercanía. A todas desde "Matronas Hoy, os envío la sensación alegre, refrescante y natural de mi perfume que acaba de salir a la calle".

"No hay que tener miedo de diferenciarse."

BELLEZA



EL LASER EN EL TRATAMIENTO DE SINDROMES VARICOSOS

El láser mejora la clínica varicosa, aliviando los síntomas, como sensación de piernas cansadas, calambres, hémigüeo y dolor; al tener un efecto antiinflamatorio, antiedematoso y aumenta el tono de las fibras de la pared venosa, mejorando los síntomas al disminuir el trofismo de la zona y aumentar el retorno venoso. También es importante su uso, como

coadyuvante, después del tratamiento quirúrgico de las varices; porque acorta el proceso de cicatrización, al mismo tiempo que disminuye el dolor y el edema. Es muy útil en el tratamiento de las posibles complicaciones varicosas, como úlceras varicosas y postflebiticas, pues el láser actúa como cicatrizante y reepitelizador.

EL AROMA, NUESTRO SECRETO



Jaqueline Bisset

Para Jacqueline Bisset el secreto que mejor guarda una mujer es quizás, su aroma.

"La vida es muy dura y tenemos que mimar nuestro cuerpo. El perfume nos anima y da vitalidad. Soy partidaria de utilizar perfumes suaves para sentirnos cómodas y naturales. Recuerdo cuando aún era una niña que me decían que las chicas que más ligaban eran las que iban mejor perfumadas. Un día me invitaron a una fiesta y me dije: hoy voy a ligar mucho. Me puse el perfume más fuerte que había en mi casa. Cuando entré a la fiesta, mi sorpresa fue que todos los chicos huyeron de mí. Saber elegir un buen perfume nos hace originales, diferentes, y con él, se evoca feminidad y personalidad".

¿Qué es la aromaterapia?

El uso de aceites esenciales con fines relajantes y curativos, así como mitigadores de estados nerviosos, como el stress. Estos aceites se obtienen por destilación de plantas, hierbas, semillas, maderas y resinas. La idea más común es que sus efectos se originan al contactar el aroma de cada aceite con las células olfativas. Inmediatamente conectarán con la zona del cerebro generadora de efectos terapéuticos concretos, como por ejemplo el jazmín que combate la depresión.

¿Cómo utilizar los aceites aromáticos?

Son tres las formas fundamentales de aplicación:

INHALACION:

Agregando a una fuente de agua, moderadamente caliente, un par de gotas de aceite.

EN EL BAÑO:

Añadir al baño 5 ó 6 gotas aproximadamente, el aceite penetrará en la piel, al tiempo que el vapor producido en contacto con el agua templada resulta inhalado.

MASAJE:

Es el método más eficaz. El efecto del masaje sobre la piel acelera la circulación de la sangre, facilitando la absorción de los aceites y su rápida actuación.

NECTAR (Goya 131)

ofrece asesoramiento y una amplia gama de productos

GASTRONOMIA

EL AZUCAR

Una historia muy dulce

M.A. RABADAN - Periodista

Aunque las primeras referencias del azúcar se remontan a casi 5.000 años, a España no llegan hasta la Edad Media. Su expansión está ligada al avance de las conquistas y el devenir de la historia.

Los últimos estudios realizados sobre las actitudes de los consumidores hacia el azúcar confirman que más del 70 por ciento de los españoles cree que el azúcar engorda y provoca caries. Por otra parte, el 85 por ciento de los encuestados opina que los alimentos con azúcar tienen mejor sabor y que el azúcar es más sano que los edulcorantes artificiales.

El concepto energético de la nutrición sostiene que el organismo necesita un aporte energético continuo a través de los alimentos. Existen tres factores clave para obtener una alimentación equilibrada, hidratos de carbono, grasas y proteínas. El azúcar constituye una de las principales fuentes energéticas de la dieta humana. Sólo el cerebro es responsable del 20 por ciento del consumo de energía de mantenimiento utilizando la glucosa como única fuente de energía.

9 PREGUNTAS CLAVE SOBRE EL AZUCAR

P.- ¿ES EL AZUCAR UN ALIMENTO?

R.- El azúcar es un alimento, natural y sano, que forma parte de los denominados "hidratos de carbono", uno de los tres elementos indispensables -junto con las grasas y las proteínas- en la dieta humana.

P.- ¿QUE PROPIEDADES TIENE EL AZUCAR?

R.- El azúcar es energía, una de las principales fuentes de aporte energético al organismo.

P.- ¿EL AZUCAR ENGORDA?

R.- El consumo de azúcar en dosis habituales, dentro de una dieta equilibrada, no tiene una relación directa con el aumento de peso. La obesidad es el resultado del desequilibrio energético, es decir, la ingestión calórica excesiva en relación con el gasto de energía del sujeto.

P.- ¿EL AZUCAR ES CAUSA DE CARIES?

R.- La caries es una enfermedad multifactorial en la que además del azúcar influyen la falta de higiene y los factores genético y hereditario, aparte del factor alimenticio y las aguas no fluoradas. El azúcar es un hidrato de carbono como el pan, las legumbres, etc... La solución, lógicamente, no radica en dejar de tomar estos alimentos. Y sí en tener una buena higiene dental.

Igualmente, se ha demostrado que no todas las formas de ingestión de alimentos azucarados tienen la misma influencia en la génesis de la caries, debiendo considerarse especialmente la forma en que el azúcar llega a la boca y el tiempo de permanencia en ella; es decir, deben evitarse la ingestión de azúcares entre horas, y especialmente aquellos de textura espesa y pegajosa.

P.- ¿QUE DOSIS DIARIA DE AZUCAR ES LA ADECUADA?

R.- Una dieta adecuada debe contener alrededor de un 50% de su energía total en forma de hidratos de carbono y un contenido de azúcar del orden de un 10 a un 20% de la energía total de la misma puede considerarse un consumo moderado de azúcar. Esto significa que para una dieta de 2.100 calorías un consumo de 50 a 70 gramos diarios de azúcar podría ser lo adecuado.

P.- ¿CUANTAS CALORIAS TIENEN 100 GRAMOS DE AZUCAR?

R.- Cien gramos de azúcar equivalen a 380 cal., las mismas que 100 grs. de arroz.

P.- ¿NECESITAN LOS NIÑOS MAS AZUCAR QUE LOS ADULTOS?

R.- Las necesidades de azúcar, o hidratos de carbono en general, están en relación con el gasto de energía de cada organismo. Los niños, en general, desarrollan una mayor y más intensa actividad física que requiere un mayor aporte energético.

P.- ¿SOMOS LOS ESPAÑOLES GRANDES CONSUMIDORES DE AZUCAR?

R.- No, dentro de los países que formamos la CE, España es un consumidor medio, con alrededor de 28 kilos por persona y año, si nos comparamos con los 36 kilos que consumen los alemanes o los 35 kilos de los suizos.

Por su parte los americanos consumen algo más que la media europea, 42 Kg/hab/año, aunque el récord mundial pertenece a los egipcios con 112 kg/hab/año.

P.- ¿DENTRO DE ESPAÑA, QUIENES CONSUMEN MAS AZUCAR?

R.- Una reciente encuesta saca a la luz algunos datos de consumo por Comunidades Autónomas, en relación con el consumo diario, en gramos, de la población nacional:

Los mayores consumidores: Las Comunidades de Cataluña y Valencia.

Los menores consumidores: Navarra y La Rioja.

CINE

CHAPLIN

La historia de la vida de Charles Chaplin, el hombre que convirtió una industria en una forma de arte y en el proceso hizo reír a más gente que nadie en la historia.

"Charlie" abarca los 80 años de la vida de Chaplin; desde su infancia en Londres hasta su triunfal regreso a América para la concesión de un premio especial de la Academia de 1972.



CHARLIE CHRISTMAS

BIOGRAPHICAL DRAMA
Coralco Pictures

Director

Richard Attenborough

Producers

Richard Attenborough
Mario Kassar

Associate Producer

Diana Hawkins

Co-Producer

Terence Clegg

Screenplay by

William Boyd

Based on "My Autobiography" by Charles Chaplin and
"Chaplin—His Life and Art" by David Robinson

Cast

Robert Downey, Jr.
Dan Aykroyd
Geraldine Chaplin
David Duchovny
Milla Jovovich
Moira Kelly
Kevin Kline
Diane Lane
Penelope Ann Miller
Paul Rhys
Marisa Tomei
Nancy Travis



The life story of Charlie Chaplin, the man who turned an industry into an art form and in the process made more people laugh than anyone in history. "Charlie" will span 80 years of Chaplin's life, from his childhood in London to his triumphant return to America for a special Academy Award in 1972.

POR ENCIMA DE TODO

Ciertos pequeños momentos pueden llegar a convertirse en el símbolo de las mayores esperanzas de una nación o en horas de oscura derrota. 22 de Noviembre de 1.963. Cualquiera americano que haya vivido aquel momento nunca olvidará donde estaba cuando supo lo que había ocurrido. Tres personas se encontrarán a sí mismas en una aventura hacia el descubrimiento de sí mismas, mientras que el resto de la gente intenta dar otro valor al futuro y a su mundo.

Michelle Pfeiffer y Dennis Haysbert protagonizan "Por encima de todo". Jonathan Kaplan ha dirigido la película. El guión es del coproductor Don Roos.

SINOPSIS

"Por encima de todo" centra su historia en Dallas, 22 de noviembre de 1.963. Una época crucial está a punto de terminar.

Después de presenciar la llegada del Presidente Kennedy y su esposa al aeropuerto "Love Field" de Dallas, Lurene Hallett (Michelle Pfeiffer) regresa a su casa. Paralelamente, en esta misma ciudad, Paul Cater (Dennis Haysbert), visita a su hija Jonell (Stepahnie McFadden). Este día, los tres se embarcarán en una aventura que les llevará al desarrollo de una gran amistad, y al descubrimiento del sentido de sus vidas, mientras el resto de la gente intenta dar otro valor al futuro y a su mundo.

Ficha Técnica

Dirigida por Jonathan Kaplan
Producida por Sarah Pillsbury
Midge Sanford
Escrita por Don Roos
Productores Ejecutivos George Goodman
Kate Guinzburg
Director de Fotografía Ralf Bode, A.S.C.
Montada por Jane Kurson, A.C.E.

Ficha Artística

Lurene Hallett Michelle Pfeiffer
Paul Cater Dennis Haysbert
Jonell Stephanie McFadden
Ray Hallett Brian Kerwin
Mrs. Enright Louise Latham
Mrs. Heisembuttal Peggy Rea



LIBROS



"LA PRUEBA DEL LABERINTO"

FERNANDO SANCHEZ DRAGO

Esta es una novela que según su propio autor podría titularse, si alguien no le hubiese ya robado el título, La más hermosa historia jamás contada: «Detective español de cincuenta y tres años se ve obligado por los dioses, por la Confederación de Fuerzas del Más Allá y por las circunstancias, a partir en busca de Jesús de Galilea, predicador judío que desapareció misteriosamente en el trigésimo tercer año de nuestra era». No podía encontrarse un tema mayor ni un personaje de interés más hondo y universal: «En su vida hay misterio, viajes, tensión, incertidumbre, emboscadas, buenos y malos, mujeres hermosas y mujeres piadosas, traidores, exotismo, ocultismo, tiranos, luchas políticas y religiosas, entrechocar de espadas, conspiraciones, Reyes Magos, leprosos, prostitutas, adúlteras, amor, dolor, muerte y hasta una resurrección».



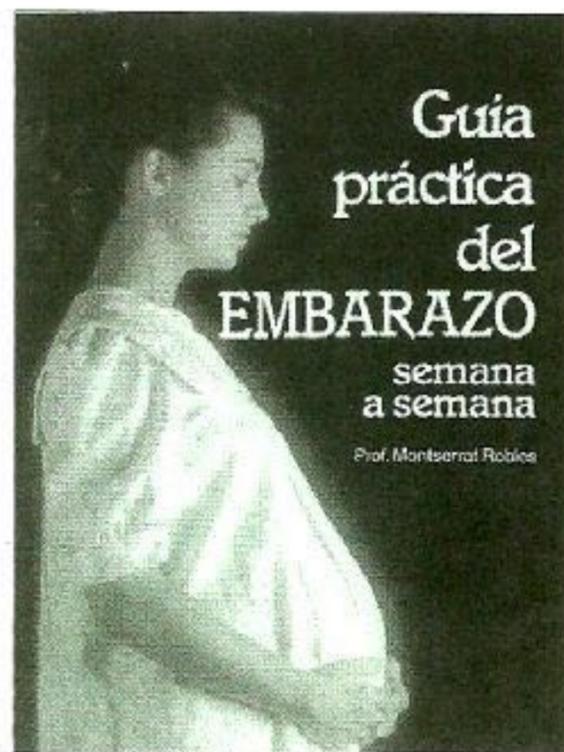
EL CATECISMO DE LA IGLESIA CATOLICA

El Catecismo de la Iglesia Católica es una exposición de la fé de la Iglesia y de la doctrina católica.

Juan Pablo II dice en su prólogo que "con esta publicación se quiere proporcionar un punto de apoyo a los esfuerzos ecuménicos animados por el deseo de unidad de todos los cristianos, mostrando con exactitud el contenido y la coherencia armoniosa de la fé católica. Se ofrece a todo hombre que pida razón de la esperanza que hay en cada uno y que quiera conocer lo que cree la Iglesia Católica".

GUIA PRACTICA DEL EMBARAZO Semana a Semana

PROF. MONTSERRAT ROBLES



Es la guía práctica que toda embarazada necesita para saber a qué atenerse sobre la alimentación, el trabajo, la preparación física, la belleza, la vida sexual, la higiene y en general su régimen de vida durante estos nueve meses excepcionales.

ARTE

MUSEO NACIONAL CENTRO DE ARTE REINA SOFIA



El nacimiento de un museo

Con la creación del nuevo Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía, por Real Decreto 535/88, de 27 de mayo de 1988, que sustituye al Museo de Arte Contemporáneo existente en un edificio de la Ciudad Universitaria, España completa en el terreno de la

cultura la puesta al día que ha vivido la sociedad con la llegada de la Democracia. Se trata en la medida de lo posible de recuperar el retraso e incorporarse a la modernidad.

El Museo tiene una superficie construida total de 54.622 metros cuadrados distribuidos en seis plantas. Edificio antiguo, con gruesos muros de carga, la superficie útil se ve reducida hasta los 36.701 metros cuadrados. De éstos, 12.505 se dedican a salas de exposición, 5.432 a oficinas, 7.648 a servicios generales del edificio, 2.261 a almacenes y 8.361 a zonas de uso público, teniendo además unos espacios exteriores de 9.618 metros cuadrados incluyendo el jardín central y el nuevo aparcamiento para autocares.

La Colección del Museo Nacional Reina Sofía, está determinada por diferentes consideraciones de orden histórico, económico, social y estético, y formada por obras de muy diversas procedencias, aceptadas o adquiridas con criterios muy distintos, por lo que resulta difícil formalizar un verdadero "corpus".

Los fondos del Museo Nacional Reina Sofía, en este momento se componen de:

- 2.975 pinturas
- 1.000 esculturas
- 3.800 grabados
- 1.950 dibujos
- 625 fotografías
- 100 piezas de artes decorativas

COMPAGINAR LA PROFESION CON LA PINTURA

FRANCISCA BEJAR VILLAYERDE

"Todo lo que pasa por mi retina lo plasmó"

Francisca Bejar es una matrona muy sensible al arte desde su niñez que ahora se siente feliz al ver realizado el sueño de su vida: poder pintar. "Desde que tengo uso de razón he plasmado, donde podía, todo lo que pasaba por mi vista. Mi afición por la pintura se acrecentó debido a las asiduas visitas que realizaba al Museo del Prado".

Luchó por poder compaginar la profesión Matrona con la pintura y lo consiguió. "He tenido dedicación plena y una familia que atender por lo que tenía poco tiempo libre para pintar; pero siempre sacaba mis "ratitos". Han pasado los años. Mis hijos ya están situados y ahora compagino perfectamente mi trabajo en el Hospital Militar del Aire y mis clases de formación y perfeccionamiento en la pintura".

Oleo sobre lienzo es la técnica que emplea Francisca para la realización de sus obras. "Me gusta porque es sencilla la aplicación de los pigmentos al secarse lentamente lo que me permite pensar los pasos siguientes que voy a dar".

Paisajes, retratos, bodegones conforman la extensa obra de Francisca Bejar dominada por el color, la luz y la ilusión siempre con miras en los pintores clásicos muy admirados por la autora.



CURSO DE NEUROLINGÜÍSTICA

" LA FIGURA DE la matrona COMO PERSONA Y COMO PROFESIONAL "

Si bien es cierto que actualmente se le presta gran atención a la provisión de cuidados médicos a las mujeres durante el embarazo y el parto, el sistema sanitario ignora, muchas veces, los aspectos psicológicos que suponen una importante alteración en su conducta, tanto en el proceso de gestación como en el nacimiento, llevando a la mujer embarazada a una importante situación de stress.

El objetivo de este curso es aportar toda clase de recursos a la matrona ante el stress ocasionado en el ejercicio de su profesión o en el transcurso de su vida profesional y crear hábitos de comunicación tanto verbal como no verbal que le permitan afrontar las dos vertientes de su vida, personal y profesional, en las mejores condiciones.

OBJETIVOS

1. Explorar dentro de nuestro mundo interior para comprender mejor cuales son nuestras limitaciones y conflictos y desarrollar áreas y capacidades no aprovechadas que nos permitan realizar los cambios deseados.
2. Mejorar las relaciones con una misma y con los demás para facilitar la comunicación con nuestro entorno y en la vida profesional.
3. Diseñar un futuro con un enfoque Ecológico donde la armonía sea la experiencia predominante.

PROGRAMA

1. La estructura de la experiencia: Modalidades y Submodalidades.
2. Macroconducta y Microconducta: Accesos oculares Predicados.
3. Posiciones perceptuales: Primera, segunda y tercera posición.
4. Asociación - Disociación.
5. Recursos: Logro de objetivos.
6. Anclajes. Ampliamento de anclajes.
7. La Calibración.
8. El Acompasamiento.
9. Rapport. Liderar.
10. Generador de comportamiento.

METODOLOGIA

- A. Explicación técnica de cada tema.
- B. Demostración práctica que permite observar la aplicación de cada tema.
- C. Experimentación de las técnicas por todas las participantes.
- D. Respuesta a las preguntas que surjan, resumen del tema y áreas de aplicación.

El máximo de participantes en cada grupo es de 20 personas. La Asociación podría coordinar la posible realización de este curso, en todos aquellos lugares que se reúnan 20 personas.

Si están interesados llámenos a la Asociación Nacional de Matronas. Tel.: 501 05 09

CURSO DE HAPTONOMIA

- Estudio de los factores capaces de influir en el comportamiento y la sensación dolorosa del parto.
- Proyección del video "Comunicación en educación maternal".
- Conceptos anatómicos y fisiológicos básicos. Psicología prenatal: Investigaciones por activación de la memoria, a través de dibujos infantiles, a través del psicoanálisis, por regresiones hipnóticas, a través de la haptonomía.
- Proyección del video "El contacto afectivo confirmante".
- Introducción a la sofrología.
- Estudio de un cuestionario basado en 16 preguntas sobre: Situación fetal en el embarazo y en el parto. Estrés y gestación. Estrés y parto. Parto sin violencia. Comunicación madre-hijo "in útero", etc.
- Prácticas: Entrenamiento autógeno. Respiración sincrónica. Ejercicios prenatales en relajación dinámica.
- Estudio de los sentidos del niño "in útero". Urdimbre afectiva. Contracciones de embarazo y movimientos del niño.
- Introducción a la psicología. En esta clase se explican los conceptos básicos que todo profesional dedicado a educación maternal debe tener.

- Prácticas: Respiración sincrónica. Respiración soplante lenta. Ejercicios de expulsión. "Mensajes" en las prácticas.
- Estudio de toda la actuación de una pareja que empieza el parto hasta el final.
- Cerebro y dolor. Ansiedad y dolor. Estrés y dolor. Beta-endorfinas. El contacto haptónico.

Contactar Asociación Nacional de Matronas.
Tífo.: 501 05 09

BOLETIN DE INSCRIPCION A LA ASOCIACION NACIONAL DE MATRONAS

Si conoces alguna compañera que desea ser asociada, facilítale este boletín de inscripción para que nos lo remita junto a dos fotografías

Nombre		
Domicilio		
Localidad y provincia	C.P.	Tífo.
D.N.I.	Lugar y fecha de nacimiento	
Lugar de trabajo	Número de colegiada	
Observaciones		

ORDEN DE DOMICILIACION BANCARIA

Banco		
Sucursal		
Dirección	C.P.	
Código de la entidad		
Cuenta num.		
Localidad y provincia		

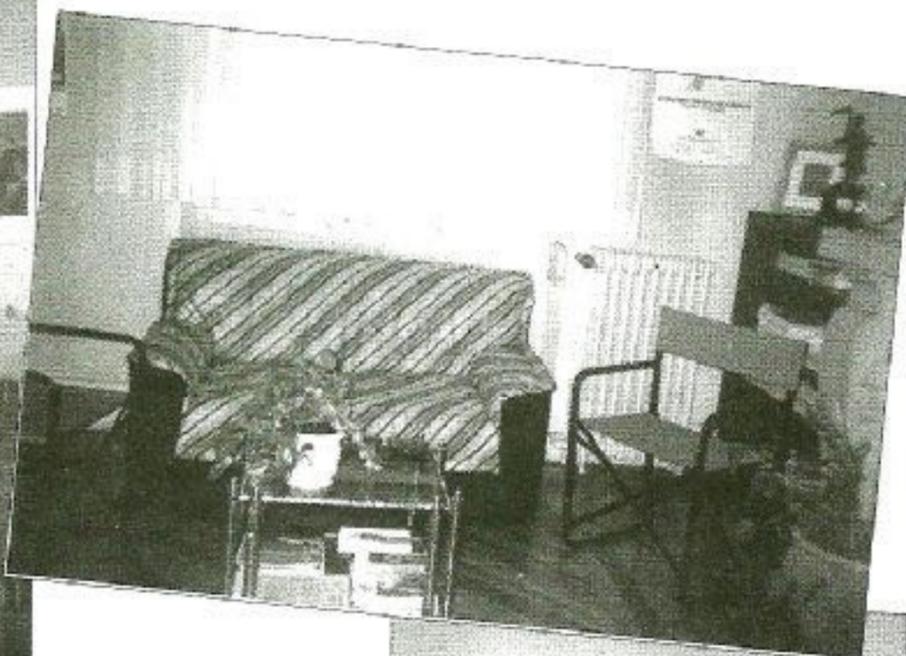
Sr. Director:

Ruego atienda los recibos que pasará a mi cargo la ASOCIACION NACIONAL DE MATRONAS, en concepto de INSCRIPCION Y CUOTA DE SOCIO, desde enero de 1993.

(cuota semestral: 4.000 pts.)

Firma

UNA SEDE ABIERTA



La Asociación Nacional de Matronas se constituyó en Palma de Mallorca en 1978, con motivo de la pérdida de la independencia colegial de las matronas y aprovechando la oportunidad de una reunión tan importante y numerosa, como fue un Congreso Nacional de Matronas.

Entre los fines de la Asociación, aparece "mantener la unidad entre las matronas...", "la defensa de la profesión..." representado en sus estatutos.

El domicilio de la misma ha pasado por Esparteros antigua sede colegial, Velazquez...y por último el domicilio actual, Avd. Menéndez Pelayo, 93, donde pretendemos sea para las Matronas "su casa", o lo que es lo mismo: una sede abierta.



HISTORIA DE LA MATRONA

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

La partera, comadrona, Matrona... existe en el mundo desde que la mujer pare, son nuevos nombres para los viejos conceptos.

Testimonios escritos los encontramos en abundante, desde los Egipcios, Hebreos, Indios, donde no sólo nos relatan el parto, sino que hay especificación de funciones en la menstruación y puerperio.

La primera escuela de Matronas data del año 651 en Salerno.

En el siglo XIII el rey Alfonso X el Sabio, en sus partidas II, Ley III, especifica las funciones de la partera, entre las cuales decía, que la partera debía ocuparse de la madre en su periodo de gestación y parto, así como el niño y detallar como debe ser la nodriza.

Probablemente se notaron influencias italianas ya que en 1050 está escrito en el libro de Tratula "maestra de parteras" titulado "Enfermedades de la mujer, antes, durante y después del parto", y también Arabes, por los muchos años de convivencia, ya que en el año 1258, en las cortes de Valladolid, dictaban ordenanzas prohibiendo la mezcla de razas para la atención de madres e hijos.

En tiempos de don Fernando II de Aragón, ya se habla de la mujer que asistió a D^a Juana, la llamaban "la herradera" de mucha experiencia en el arte de los partos aunque queda poca constancia de que tuvieran algún reglamento ni como gremio. Sí, parece que, socialmente tenían relevancia pues consta que en 1527 en el bautizo de Felipe II la comadrona que asistió al parto iba al lado del Duque de Frías.

En el siglo XVI cuando el emperador Carlos V dictó en Alemania en 1533 su "Constituto Criminalis Carolina" donde establece "...médicos, cirujanos y comadronas tengan un valor decisivo en las cuestiones referentes a sus respectivas profesiones ante la justicia..."

Como vemos es un reconocimiento a la importancia de la Matrona.

En 1540 se establece un grado de responsabilidades ya que clásicamente se dice que la comadrona se ocupa de la mujer parturienta pero que en caso de gravedad se llama al cirujano y ya en peligro de muerte al médico.

En 1541, Damián Carbone (médico mallorquín) publicó su libro que trataba del arte de las comadronas o Madrinas y del régimen de las preñadas y paridas y de los niños. Las comadres eran las parteras, comadronas, matronas... y desarrollaban sus funciones por delegación o mejor por cesión de los médicos. Las razones de aquella época eran notorias y evidentes cosa que no sucede en la actualidad.

"Así como los médicos delegaron en los cirujanos las operaciones vista la necesidad, y en las mujeres en el tiempo de su

preñez y parto, fue necesario, por honestidad desear estas cosas en poder de mujer", sigue Damián Carbone. El de comadre era un oficio y por tanto tenía funciones y una descripción de puesto de trabajo. Dice: "Comadre como una madre es precisa la necesidad de las comadres, de su arte, oficio, funciones y tareas esenciales"; explica también, la peculiaridad y condiciones que han de reunir para ser buenas y competentes profesionales, "... que sea muy experta..." "la segunda... que sea muy ingeniosa y discreta..." "la tercera... moderada...".

Existen otra serie de libros que tratan este tema, como pueden ser los de Luis Lobera y Francisco Núñez de Coria, la literatura sobre tocoginecología española del siglo XVI cuenta finalmente con un tratado "De Mulierum Affectionibus. Libri Quarto" de Luis Mercader.

En el siglo XVII se autoriza a los cirujanos de París a asistir a los partos, ya que hasta entonces estaba prohibida la asistencia a los hombres, tanto es así que en 1522 el doctor Wertt de Hamburgo, se disfrazó de mujer para ver un parto y al descubrirlo, fue perseguido y quemado vivo.

Algunos médicos restan valor científico a las parteras de entonces, más que nada porque se conserva poco material, pero podemos constar que además de "la herradora" que consiguió gran fama en la corte y perduró su nombre en las crónicas, también fue famosa D^a Ana de Blanes y D^a Quirce de Toledo, que actuó en el parto de Felipe II.

El progreso viene, y con él la necesidad de mejorar la enseñanza, así en 1750, en Castilla, adquieren reconocimiento legal, y en Aragón, Cataluña, Valencia y Navarra, ya pueden examinarse en el colegio de cirujanos, o en la Universidad, variando los exámenes según el centro.

Según Grangel, historiador... existió en España con vigencia transitoria, una regulación de las parteras a cargo del tribunal del Real Protomedicato, que examinaba a las comadres basándose en una particular interpretación de la Pragmática de los Reyes Católicos de 1498. Esta atribución fue criticada por las cortes de Toledo en 1538 y Valladolid en 1558 y prohibido por Felipe II hasta que Fernando VI dispuso que se levantase en una Ley de 21 de Julio de 1750. Empezaron ya a examinarse con la cartilla "del arte de partear" de Antonio Medina, en 1752; pero en 1787 a través de la ordenación del Real Colegio de San Carlos y recibiendo la aprobación del Protomedicato en Julio de 1794 fue cuando se reglamentaron los estudios de Matrona. Ya se nombran las ocho matronas de beneficencia y sólo pueden ejercer las que tienen título reconocido.

(Continuará)

MADRES *solteras*

CLARA BACHILLER RAMÓN

El 30 de Septiembre de 1992 el Diario 16 publicaba:

"Una profesora de Jerez despedida por ser madre soltera..."

Los prejuicios sociales todavía están presentes en nuestra época.

PROBLEMA SOCIAL

El término "madre soltera" tiene al menos dos acepciones. Una, lo que entendemos por madre voluntariamente soltera, que desea serlo responsablemente sin ayuda de un marido-padre; y otra, que designa a la madre marginalmente soltera y menor que constituye el problema social que todos conocemos.

AYER Y HOY

No hace demasiados años, la madre soltera era una mujer criticada, fuera de toda moralidad, y rechazada incluso por su propia familia. Es esperanzador que la educación y la cultura están al alcance de todos, y con ello, la mentalidad colectiva sea más abierta.

Los estamentos más sólidos de nuestra cultura, entre ellos el matrimonio, dejan de aceptarse a "pies-juntillas", y empiezan a desligarse de sus cargas religiosas. Está cambiando el significado de lo convencional, lo cultural, ya no existe solo un camino, el que marca la tradición, sino que, las morales y formas de vivir se multiplican.

Han cambiado los roles sexuales, el reparto de tareas y ya no es criticable ninguna decisión u error, dado que como decía Ortega, "yo soy yo y mi circunstancia", hay circunstancias imposibles de predecir y difíciles de afrontar.

CENTROS

Existen centros de acogida a madres solteras bien concertados con las Consejerías de Sanidad, Trabajo y Servicios Sociales, de Integración Social, o bien propios de estos organismos o Diputaciones Provinciales. También existen asociaciones como ADE Vida o MASS Vida que trabajan voluntariamente para ayudar a las mujeres con carga familiar no compartida.

Los centros cuentan normalmente con un equipo multiprofesional compuesto de médico, matrona (si cuenta con Partorio), psicólogo, pedagogo, abogado, asistentes sociales, A.T.S. y puericultoras.

Y los objetivos generales son:

- Formar a la joven en habilidades sociales y en su papel de madre.
- Elevar su nivel cultural mediante programa de formación y actividades.
- Información sobre planificación familiar.
- Apoyar y facilitar a la joven la búsqueda de trabajo así como vivienda.

A pesar de los buenos resultados que tienen los centros, se está intentando que las ayudas sean por vía subvención, para que cada joven salga adelante en el entorno donde va a vivir con su hijo.

MADRID

El centro Norte de la Consejería de Integración Social funciona desde 1983, posee un equipo técnico similar al ya citado y un programa de actividades bastante completo.

Según el informe de Febrero de 1992, en su apertura, el perfil de las usuarias venía dado por la problemática concreta que se padecía en 1983:

Rechazo social, familiar, insuficiencia económica, difícil salida laboral compatible con la atención del hijo/a en solitario, y dificultades de acceso a la vivienda.

En los 9 años transcurridos la sociedad española ha cambiado, ha variado la problemática de la madre soltera y su perfil, pero no se ha producido un cambio en la adecuación del recurso a la nueva situación.

Actualmente podemos afirmar que las jóvenes atendidas encajan en el perfil de "joven marginal", con fuertes carencias afectivas, sin pautas normalizadas de conducta, procedentes de familias desestructuradas, con escaso bagaje cultural con alto grado de fracaso escolar, y en muchos casos con hábitos de consumo de droga, promiscuidad sexual, etc. Estas jóvenes además son madres o están muy próximas a serlo a muy temprana edad, pero esta maternidad es uno más entre los problemas que padecen.

LA MATRONA

En los centros concertados desde que la joven ingresa se le ofrece atención primaria, control inmediato de su embarazo, analíticas, ecografía, preparación al parto y postparto. Es atendida gran parte de su dilatación, y cuando vuelve al centro, se controla su episiotomía y se le imparten clases de educación maternal y entrenamiento en habilidades para el cuidado del niño.

Sor Celina Tortosa, matrona del Centro de Maternidad Nuestra Señora de la Paz, en la Laguna-Tenerife, afirma, que son muy raros en este colectivo los partos distócicos, al igual que las depresiones postparto. "La maternidad incide positivamente en un número muy elevado, les hace madurar y luchan con gran interés para sacar a sus hijos adelante.

OPINION

No podemos evitar que existan madres solteras, ni siquiera con una perfecta educación sexual que lo prevenga; pero si podemos evitar con nuestra colaboración que sigan apareciendo casos de mujeres despedidas, infravaloradas o maltratadas por ser Madres sin marido.

HISTORIA de la CONTRACEPCION, HACE MILES DE AÑOS, HOY Y MAÑANA

M^º LUISA DORADO

Con motivo del Congreso que reunió en Barcelona a ginecólogas del mundo entero para estudiar los últimos avances en contracepción, ha viajado a la Ciudad Condal una curiosa colección de objetos anticonceptivos, utilizados desde épocas remotas. Objetos procedentes del Museo de Historia de la Contracepción, creado en 1966, por iniciativa de Percy Skuy, presidente de la Ortho Pharmaceutical, Don Mills, Ontario (Canadá).

Si la naturaleza siguiera su curso, cada mujer fértil podía tener un bebé cada año o dos, por un período aproximado de 25 años. No es sorprendente por tanto que desde textos tan antiguos como la Biblia se señalen técnicas anticonceptivas. Entre el gran número de textos de civilizaciones arcaicas en que se mencionan estas técnicas, la primera referencia que se conoce se encuentra en el Génesis (capítulo 38.9). La historia refiere el mandato divino que recibió el semita Onán de procrear en su cuñada, dice textualmente: «...pero Onán sabiendo que la prole no sería suya, cuando entraba a la mujer de su hermano se derramaba en tierra». Onán fue obligado a cohabitar con su cuñada viuda para asegurar la sucesión de la tribu, pero sabiendo que no se reconocería su paternidad al nuevo ser, se rebeló ante la ley de Yavé y practicó la contracepción por medio del «coitus interruptus» o «marcha atrás».

Dentro de la variada historia de la medicina y farmacología del antiguo Egipto y entre la espuma de ideas míticas, exorcismos y supersticiones de los papiros, se encuentran diversos procedimientos anticonceptivos racionales. En el papiro de Petro Kakun (1850 años a. de C.), conocido como el primer libro de texto médico sobre ginecología en la Historia de la Medicina, se menciona la irrigación vaginal con una mezcla de miel y «natron», carbonato de sodio, la miel actuaba como barrera y el natron como espermicida. Otros eluctarios que se mencionan teniendo como excipiente la miel, incluían la col, la brea, bilis de buey y como elemento para ahuyentar a los malos espíritus el excremento de cocodrilo. Durante el período arcaico de la historia de Egipto los excrementos de animales eran considerados materia prima contra los maleficios de los demonios.

En el papiro de Ebers, 1550 a. de C., se menciona la espiga de acacia pulverizada y mezclada con pulpa de dátiles y miel, crema; que impregnada en un trozo de lino, se insertaba en la vagina como un tampón. En otros casos sustituían los dátiles por la semilla de sándalo. La espiga de acacia contiene una goma que al fermentar con la miel forma ácido láctico. Muchos de los anticonceptivos de hoy contienen este ácido.

La sexualidad jugaba un papel muy importante en la vida el pueblo egipcio y los burdeles eran instituciones bien establecidas, a la vez que escuelas de aprendizaje sexual para los jóvenes, tanto hombres como mujeres. El establecimiento estaba regulado por un medio especialista en higiene y medicina preventiva. De esta época tenemos la primera referencia del uso del preservativo, los cuales fabricaban con tripas de oveja y eran de uso obligado para los que

En textos tan antiguos como la Biblia se señalan técnicas anticonceptivas

acudían al burdel. Las mujeres, al igual que en Constantinopla, y en otras ciudades de civilizaciones paralelas se las instruían en la práctica de lavados vaginales después del coito, para lo cual utilizaban esponjas empapadas en agua de limón.

En Babilonia existía una antigua costumbre que obligaba a toda mujer joven a perder su virginidad en el templo con un forastero. Las sacerdotisas, llamadas «mustamestus», mujeres esterilizadas, o eunucos, se encargaban de prepararlas con anticonceptivos de inserción en los que se incluían trapos y hojas impregnados con miel y semillas de celidonia, flor que contiene un ácido. En otras ocasiones utilizaban como espermicida la resina de un árbol de la familia de los abetos. Luego pasaban al recinto sagrado y esperaban hasta que un visitante arrojase una moneda en su regazo, como símbolo de elección entre las otras jóvenes que esperaban. Partían juntos fuera del recinto sagrado y sólo después de consumado el acto sexual podían regresar a su hogar. Las jóvenes de las familias de las castas sacerdotales tenían el privilegio de realizar el coito en el templo y sentadas en una especie de trono.

La historia de la contracepción de las primitivas civilizaciones es muy larga y a menudo se encuentran sumidas en ideas confusas, como el uso de excrementos usados solos o en combinación. También se sugirió el uso del testículo derecho de un lobo, envuelto en lana empapada en aceite como contraceptivo de inserción.



**En el siglo XVII
comenzaron a
vulcanizarse los
condones**

**El desarrollo de
técnicas industriales y
especialmente el
conocimiento de la
vulcanización del
caucho permitieron
fabricar modelos de
condones más
resistentes y seguros**

Durante toda la historia de la humanidad la búsqueda de métodos para el control de la natalidad ha sido constante y desde los primeros tiempos se comprendió que el método ideal debería ser un anticonceptivo oral, que evitara hacer algo artificial y desordenado en el momento del acto sexual. Con esta idea en la antigua China se aconsejaba a las mujeres tragar 24 renacuajos vivos al principio de la primavera, lo que según sus creencias les procuraría cinco años libres de concepción. Alberto Magno, en la Edad Media, sugería que deberían comerse abejas en lugar de renacuajos, métodos con efectos secundarios bastante nocivos. Las tribus norteafricanas bebieron una solución preparada en la espuma recogida de los sudorosos flancos de sus camellos. No es probable que ninguno de estos métodos sirviera en realidad y menos algunos tales como aquellos basados en la ingestión de plomo o mercurio, que en los países orientales se deshicieron de más mujeres que de espermatozoides.

También como anticonceptivo oral se ensayaron la ingestión de diversas plantas. Los antropólogos han acumulado del folklore de los pueblos primitivos cientos de plantas, que creían que prevenían o interrumpían el embarazo. Hoy se ha demostrado que algunas de ellas contienen estrógenos, otras pudieron haber funcionado a través de alcaloides y sustancias similares tanto para evitar la fertilización, como para causar el aborto por medio de contracciones. Entre las contraceptivas que contienen estrógenos, se encuentra la discorea, planta utilizada por las mujeres del antiguo imperio azteca. Esta planta es una parra salvaje que trepa por los árboles. Hoy se están utilizando sus raíces negro carbón para producir la sustancia llamada diosgenina, hormona vegetal que se utiliza para la fabricación de algunos anticonceptivos orales.

Por otra parte, en la cuenca amazónica de Ecuador, algunas tribus primitivas siguen utilizando la raíz del ciprés para provocar una esterilidad temporal, al parecer con gran éxito. Según los científicos un hongo microscópico que se desarrolla en dicha raíz sería el elemento casual de ese efecto anticonceptivo. Así mismo un equipo investigador de la Organización Mundial de la Salud, ha descubierto un pequeño guisante verde que se cría en el Tíbet y actúa como inhibidor natural de la fecundación.

Al igual que para la mujer la búsqueda de anticonceptivos orales, para los varones no fue omitida en la antigüedad. Por ejemplo, un hombre llamado Aetios, escritor del siglo VI, recomendaba los testículos quemados del mulo bebidos con una decocción de sauce. El mulo pudo muy bien haber sido escogido porque es un animal estéril.

Al margen de todos estos métodos descritos, el más generalizado desde los tiempos del antiguo Egipto ha sido el capuchón, o preservativo masculino hecho con intestino de animales. Otro modelo fue el inventado por el italiano Fallopius en 1504, para prevenir la propagación de la sífilis, consistía en una funda de lino, nada práctico por cierto pues a menudo se salía de su sitio. En el siglo XVII comenzaron a vulcanizarse los condones, con la aparición del caucho y el diseño inventado por el doctor Condón para el rey Carlos II de Inglaterra, el desarrollo de las técnicas industriales y especialmente el conocimiento de la vulcanización del caucho permitió fabricar modelos más resistentes y seguros. Años más tarde la fabricación del látex permitió que los usuarios de preservativos recuperasen parte de la sensibilidad hasta entonces perdida por la espesura. Aunque todavía son muchos los que desechan su utilización por disminuir la sensación de placer tanto para el varón como para la mujer.

El moderno diafragma de goma que se coloca a modo de barrera en la vagina, tiene sus precedentes en los capuchones cervicales y pesarios de bloque. Los primeros consistían en una especie de dedal, inicialmente de plata o latón que se colocaba en la entrada del cuello uterino para impedir el paso del esperma, el segundo era un enorme dado de madera al que se le habían vaciado todas sus caras para conseguir una oquedad en forma de embudo, de manera que si el dado se movía siempre quedaba el cérvix protegido por una de sus superficies cóncavas. Lo que suponía un instrumento de tortura. El doctor alemán Wilhelm Mensinga, alrededor de 1880, modificó esta tortura fabricándolos de neopreno o caucho sintético, posteriormente se le agregó un borde de esponja para obtener mayor protección y una cavidad para untar crema espermicida o gel. La función del espermicida es matar al esperma y la del diafragma la de mantener el espermicida en el lugar preciso, pero dado que el esperma puede vivir hasta ocho horas dentro de la vagina, es preciso mantener el diafragma todo ese tiempo, si se utiliza así puede ser eficaz.

Los dispositivos intrauterinos denominados DIU, tienen diferentes formas y están hechos de diferentes materiales. Los primeros fueron intracervicales en forma de vástagos u horquilla. Los vástagos se suturaban a la pared del útero a través de un pequeño orificio en la cavidad. Los que tenían forma de horquilla se colocaban en el cérvix con su respectivo vástago dentro del útero. Posteriormente el médico alemán Ernest Grafenberg presentó un DIU en forma de anillo de plata, conocido como el anillo Grafenberg. En justicia se le considera el padre de los dispositivos intrauterinos modernos. Esta técnica anticonceptiva hizo pensar que podía ser un buen método para detener la explosión demográfica mundial y todos los países comenzaron a fabricarlos en una gran variedad de formas y tallas, así los hay en forma de cruz, espiral, corolla y como curiosidad hubo uno creado con hilo de nylon, por un doctor de Casablanca que era gran aficionado a la pesca. Estos DIUs tienen su antecedente en la literatura árabe, con la referencia que en la Edad Media se insertaban en el útero de las camellas guijarros pulidos para evitar que quedaran embarazadas, en las travesías del desierto. Los DIU constituyeron un método de control de la natalidad bastante utilizado hasta 1960 en que aparecieron en el mercado los anticonceptivos orales.

Las duchas, antecedente de las irrigaciones vaginales de las mujeres egipcias, tuvieron gran auge en el siglo XIX, a partir de 1832, en que el médico británico Charles Knowlton diseñara la primera para este uso. Este doctor recomendaba la irrigación de la vagina con alumbre (sulfato doble de alumina y potasa), sulfato de cinc, vinagre y cloruro sódico. Estas duchas tuvieron gran apogeo en la época y en todos los tocadores de las señoras estaban provistos de peras vaginales y locciones que se denominaron «vinagrillos».

Aunque fue en los años de 1960 que comenzaron a comercializarse los anovulatorios hormonales, su historia se remonta a 1921, cuando el doctor austriaco Haberlant sugirió que podían ser usados como anticonceptivos orales, después de haber realizado varios ensayos con extractos de ovarios de animales embarazados. En esas fechas se comenzaron a aislar en el laboratorio la progesterona y diferentes tipos de estrógenos, bien de «corpus luteum» o de los folículos de ovarios de ratas. Al final de la década de los treinta los doctores Rock y Kurzok en América, entre otros, comenzaron a usar hormonas en mujeres fértiles. Sin embargo, la progesterona y el estrógeno extraído de animales, no fueron satisfactorios cuando se suministraban oralmente, puesto que son destruidos en gran parte en el sistema digestivo.

En 1939, el doctor alemán Inhoffen en Alemania logró producir de los folículos de ovario de cerda un estrógeno que podía ser tomado por vía oral. Fue llamado etiloestradiol, pero para producir sólo 12 miligramos de esta hormona era necesario los ovarios de 80.000 cerdas. Después de la Segunda Guerra Mundial un excéntrico químico norteamericano llamado Russel Marker logró producir progesterona pura, de la diosgenina, extraída de batatas silvestres mexicanas.

Poco después dos mujeres: Margaret Sanger y su rica amiga Catherine McCormack, proporcionaron el estímulo y los recursos a los biólogos Gregory Pincus y H. C. Chang, y al obstetra Jon Rock, después de diferentes ensayos con animales y un grupo de mujeres voluntarias quedó claro que las nuevas hormonas eran anticonceptivos eficaces. Este equipo presentó sus conclusiones en el V Congreso Internacional de la IPPF (Internacional Planned Parenthood Federation), celebrado en Tokio, 1955. A partir de entonces diferentes laboratorios del mundo entero comenzaron sus investigaciones hasta llegar a la píldora combinada de estrógeno y progesterona sintéticas. Esto supuso una revolución en lo que a anticonceptivos eficaces se refiere. A partir de los años 60 la píldora se convirtió en el método más utilizado en el mundo occidental, pero no sucedió igual en Japón, donde predominaban los métodos llamados tradicionales, el «coitus interruptus» y el condón, unidos a la legalización del aborto. Ley de Protección Eugenésica de 1948. En este país ni el DIU ni la píldora alcanzaron una aceptación similar a la obtenida en Europa y Estados Unidos.

Como inciso, y hecho curioso, señalamos el increíble impacto social que aún hoy en día tienen en el Japón las tradiciones y supersticiones, siendo como es una población moderna y racional. Este país celebra cada 60 años el «Año del Caballo Fogoso». Según la tradición las niñas nacidas en ese año tienen un carácter agresivo, pudiendo incluso llegar a matar a sus

Ernest Grafenberg es considerado como el padre de los dispositivos modernos

En 1921 se comenzaron a investigar los anovulatorios hormonales

Las investigaciones en la contracepción iniciadas hace miles de años no cesan. Gran variedad de métodos están en vías de experimentación.



maridos. En consecuencia ese año las parejas evitan tener descendencia, disminuyendo la fecundidad de forma drástica.

Actualmente investigadores de todo el mundo siguen en la búsqueda de nuevos métodos de contracepción y de nuevo existe mucho interés por los métodos antiguos. Están siendo probados un número de tipos de esponjas, algunas hechas con polímeros sintéticos, otros de colágeno natural, algunos con impregnación de espermicidas estándar o innovadores y otros sin ellos.

Las investigaciones no cesan, y, entre la gran variedad de métodos que están en vías de experimentación se encuentran el sistema de «grifo», artilugio que como dice su nombre se puede abrir o cerrar a voluntad, si bien el sistema ha sido rechazado por los tejidos y en otros casos se bloquearon, pero siguen las investigaciones en busca de su perfección. Otro artilugio es el llamado «epidídimo», consiste en un tubo de plástico insertado en los testículos. Y diversos experimentos de laboratorio con productos de uso corriente, como el azúcar blanco, extrayéndoles principios activos, el azúcar parece ser que contiene átomos de cloro, los cuales podrían ser utilizados como espermicida. El preservativo también es objeto de investigación, no sólo en busca de materiales conductores de electricidad que proporcionarían mayor sensibilidad, sino también se investigan preservativos «solubles», que desaparecerían por estar hechos de una película de espermicida y diseñados para disolverse durante el coito. La historia de la contracepción iniciada hace miles de años no ha finalizado.

VANCOUVER

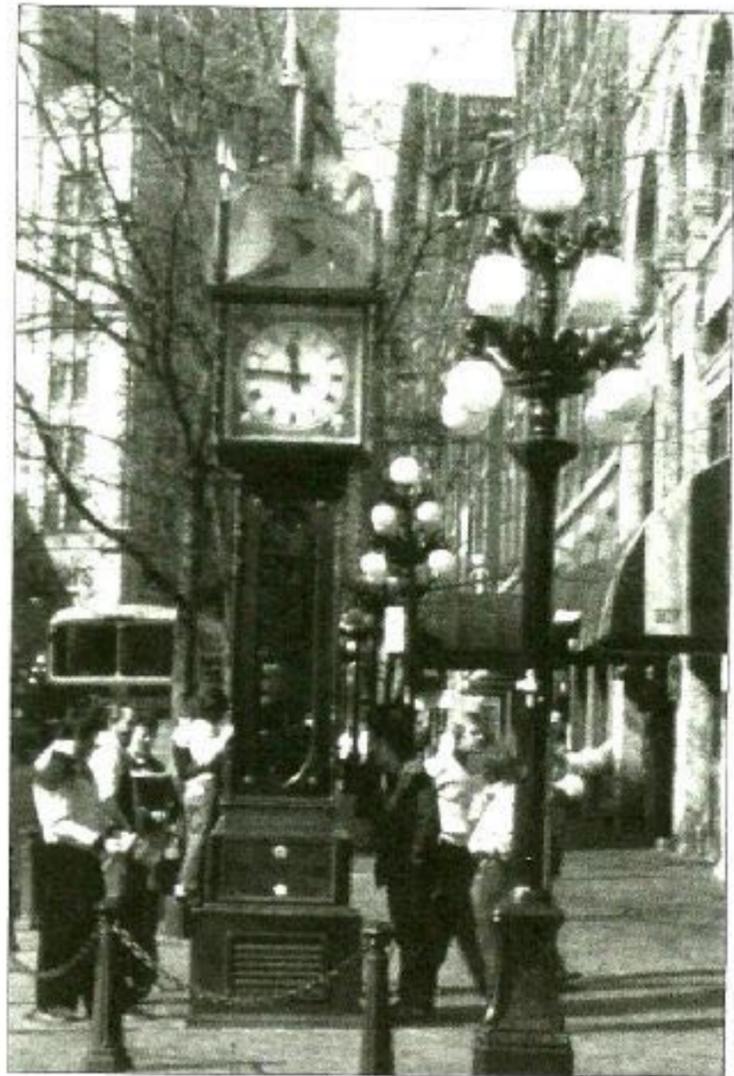
¡VIVE LA DIFERENCIA!

ELIA RODRIGUEZ TENA - Matrona

Isla del Canadá, provincia de Columbia Británica, cercana a la costa; se extiende en dirección NO.-SE., y tiene 33.797 Km. Forma parte de una cadena montañosa que corre paralela a la costa y parcialmente sumergida que se levanta al N. (islas Reina Carlota). La costa E. es rectilínea, mientras que la O. es escarpada, con numerosos accidentes. Territorio montañoso (Golden Hinde, 2.253 m.).

Clima suave y lluvioso, influido por la corriente cálida y húmeda del Kuro-Shivo.

La población representa el 17,8% de la Columbia Británica, se concentra en la costa E., especialmente en la capital, Victoria.



Reloj de vapor

Vancouver

Ciudad del Canadá, provincia de Columbia Británica, en magnífica situación entre el mar y la montaña, en el S. de la ensenada Burrard. El área urbana se extiende hacia el delta del Fraser. Es el primer centro comercial e industrial del O. del Canadá. Por su puerto se exportan productos alimenticios y maderas. Industria del papel y perfumería; astilleros, aserraderos, talleres ferroviarios. Centrales hidroeléctricas.

Historia

Fue visitada por marinos españoles en 1774 y por Cook en 1778. Los británicos construyeron un fuerte en la bahía de Nootka y entraron en conflicto con España. Con objeto de fijar el límite septentrional de las posesiones españolas en la costa NO., partieron para Nootka George Vancouver y Bodega y Quadra, quienes circunnavegaron la isla (1792), la cual recibió el nombre de ambos, pero prevaleció el del primero.



Vista panorámica

CIENCIA, TÉCNICA Y EMPIRISMO AL SERVICIO DE LA SALUD INTEGRAL DE

LA MUJER PERUANA

ANA MARIA GUTIERREZ CARPIO - Matrona

Colegio de Obstetras del Perú. C.O.P. 3293

En Perú, así como en otros países hispanoamericanos el rol de la Obstetriz (matrona) no es solo médico asistencial, sino que además cumplen una función socio-cultural muy significativa, retomando el uso de la medicina tradicional folklórica y trabajando mancomunadamente con un contingente humano, en su mayoría mujeres -parteras empíricas- por la salud integral de la mujer, en especial de la gestante en sus diferentes etapas: pre-concepcional, concepcional y post-concepcional. Un auténtico ejemplo de "solidaridad entre mujeres".

El fenómeno salud-enfermedad tiene condicionantes sociales, la principal de las cuales es la ubicación de la persona y del grupo humano en las relaciones de producción de una determinada sociedad; siendo, injusta la ubicación que tienen las personas en el sistema productivo, determinando que en Perú, por ejemplo, conformen las mayorías postergadas y oprimidas, que comparten ínfimas oportunidades de mantener la salud, con quienes gozan buenas condiciones de vida. Asimismo, el orden socio-cultural que impone la sociedad capitalista y patriarcal expone a la mujer en una situación de discriminación en el campo de la salud, convirtiéndola en un ser susceptible a enfermar sobre todo en aquellos aspectos relativos a su función reproductiva, sin dejar de mencionar aquellos riesgos y daños propios de la mala nutrición, ocupaciones que desempeña, el estrés y fatiga, salud mental, cáncer, etc. La expresión de la situación de salud de la población y la mujer es a través del Estado de Salud y del

Sistema de Servicios de Salud, a su vez condicionados independientemente y en conjunto por factores socio-políticos, económicos y culturales.

ESTADO DE SALUD DE LA MUJER PERUANA

Según datos del último censo (1981) los indicadores positivos e indicadores negativos expresan los siguientes datos, teniendo en cuenta la inexistencia de servicios estadísticos confiables. Así tenemos que la Tasa Global de fecundidad en el país es de 5,2; la expectativa de vida es de 65 años; por alimentación deficitaria se detectó en gestantes del III trimestre un alto porcentaje de anemia ferropénica. La Tasa de Mortalidad Materna es de 25x10.000 nacidos vivos (N.V.), considerando que es un valor notificado en centros hospitalarios sin considerar aquellas defunciones subregistradas especialmente a las circunstancias sociales que rodean las etapas del embarazo, parto y puerperio. Respecto a la morbilidad destaca el aborto siendo a nivel nacional de 180x1000 N.V. sin tener en cuenta los inducidos clandestinamente. La incidencia de cáncer de cérvix (casos avanzados) es de 535x100.000 habitantes.

La mortalidad materna sigue siendo uno de los indicadores más alarmantes, siendo las causas más frecuentes las hemorragias, sepsis puerperal y toxemias.

Cabe anotar que la tasa de mortalidad es variable según algunos factores como la edad (mayor mortalidad en las edades extremas), condición civil (mayor en solteras), paridad (mayor en primíparas, multiparas y sobre-mortalidad en gran multiparas).

SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

La Doctrina Sanitaria de Atención de Salud en el Perú, está orientada a los grupos de mejores condiciones socio-económicas y es preferentemente recuperativa y sofisticada. Es vigente la política de salud privilegiante y marginante, a pesar del apoyo teórico al binomio madre-niño no existe una real ampliación de cobertura.



La organización estructural y funcional de recursos sanitarios es insatisfactoria, existiendo múltiples prestaciones de salud con superposición de funciones, duplicación de servicios y la centralización de las mismas.

Existe inadecuada formación y capacitación del recurso humano que no esté preparado para cumplir funciones y prestar servicios de salud de acuerdo a las "necesidades reales" de la población y en especial de la mujer.

Actualmente vivimos la complejidad de un país en donde diversas nacionalidades, lenguas y geografías, presentan concepciones y prácticas de salud que difieren en muchos casos y en otros se presentan contradictorias, siendo parte de los problemas del centralismo cuya unidad política no logra integrar culturas diferentes. Debido a ello urge la necesidad de democratizar las políticas de salud, cobrando un real sentido el identificar las particularidades de su desarrollo en los pueblos, donde la lucha diaria de las poblaciones de un contingente de mujeres, plantea alternativas renovadoras en el campo de las acciones de salud comunitarias.

Entendemos que para hablar de salud comunitaria, debemos partir de una realidad y de una circunscripción geográfica determinada, donde existen entidades de salud no gubernamentales, servicios estatales y una población con prácticas de medicina tradicional combinadas con medicina moderna; siendo fundamental la participación comunitaria (promotores y líderes) y la movilización organizada del pueblo en la intervención de la planificación, ejecución y en la fiscalización de las acciones de salud.

PARTICIPACION DEL PROFESIONAL OBSTETRICO Y DE LA PARTERA EMPIRICA (COMO TRADICION VIVA) EN LA ATENCION MATERNO INFANTIL

En los últimos años, la medicina tradicional vive en todo el mundo, un proceso de revalorización con el auge del naturismo y de la necesidad de ampliar la cobertura de salud, en los lugares donde no llega la medicina occidental, tal como recomienda la OMS (Organización Mundial de la Salud).

En nuestro país el curandero y la partera son una tradición en las zonas rurales y urbano marginales; poseedores de una ancestral sabiduría y años de práctica, forman parte de la comunidad, de la cultura y de las tradiciones locales. Son generalmente mujeres de edad madura, a veces analfabetas, que adquieren esta habilidad mediante el aprendizaje y la experiencia y no a través de la educación formal. En los países subdesarrollados más del 50% de los niños nacen atendidos por parteras empíricas.

Según la investigadora Liesbeth van der Hoogte, del Centro de Medicina del Cuzco, en el mundo andino "el embarazo se considera enfermedad por el desequilibrio del cuerpo de la mujer. La tarea de la partera es ayudar en esta enfermedad y lograr después del parto otra vez el equilibrio y el regreso a la vida cotidiana".

Investigaciones recientes en zonas populares y rurales han dado como resultado que las madres gestantes prefieren la atención de la partera de su barrio, que acudir al hospital; la demora en la atención, la



indiferencia y muchas veces el mal trato de algunos profesionales inconscientes las hacen optar por el calor humano antes que la seguridad moderna que un hospital pueda ofrecer. Tuvimos la oportunidad de conocer las experiencias de algunas parteras que ejercer desde hace 25 años en zonas populares de la Ciudad de Arequipa quienes nos ilustraron sobre la labor que realizan en su comunidad.

- Una de ellas comentaba: "...nosotras no atendemos los partos con las mujeres echadas sobre la cama como lo hacen en los hospitales. Se hace de rodillas, así la propia madre se ayuda y en caso de estar sola hasta puede atenderse ella misma...". Hay que señalar que la medicina moderna ha redescubierto esta practica de dar a luz, con el sillón en posición vertical.

- Otra afirmaba: "...yo antes del parto le frotó el vientre con pomada Urquieta (ungüento a base de hierbas) para acomodar al niño, acompañando este tratamiento con una dieta a base de verduras y frutas para que tengan fuerzas y no pierdan el conocimiento durante el parto...".

- En la práctica andina la partera acostumbra a soplar el cráneo de la madre, porque piensan que así el dolor es menor; psicológicamente tiene un efecto analgésico.

- Las mujeres, aparte de alumbrar, acuden a ellas por otras razones antes del parto, por ejemplo, cuando la "guagua" (bebé) está «cruzado o atravesado» (situación transversal) tienen que «igualarlo o componerlo» utilizando una "sábana para cernirlo" (con ayuda de esposo, que sostiene dos extremos de la sábana y la mujer en decúbito dorsal, la partera realiza movimientos de tal manera que se eleva el cuerpo de la gestante); entonces ya vienen las contracciones, suelen darles mate de albahaca caliente con el fin de ayudar el avance del parto. Ellas para conocer la proximidad del parto se guían a través de la "fuente rota" (bolsa de las aguas).

- Después del periodo expulsivo acostumbran atar el cordón umbilical en el pie del niño, según ellas para facilitar el descenso y expulsión de la placenta.

- Lo curioso es dar a conocer las innumerables creencias en relación a la atención del parto, por ejemplo: si la longitud del cordón umbilical del recién nacido varón es mayor, mejor, por que es "macho"; si es corta en la mujer, es bueno, "para que no sea viciosa".

Al cortar el cordón umbilical, otras lo atan en el dedo gordo de pie del niño y luego en vez de cortarlo con tijeras, lo hacen con cristal de alguna botella con el fin de que "le dure la ropa al niño".

En el post-parto acostumbran fajar a sus parturientas a nivel de fondo uterino, según ellas para que "...no suba la madre (útero) y presione el corazón..." evitando así complicaciones.

En relación al trabajo de la obstetrix, con parteras empíricas, se ciñe a los lineamientos de la Dirección Técnica de Normación de Programas del Ministerio de Salud; en especial para la capacitación de recursos humanos de la comunidad (proyectos como USAID, PRO-SERBA-UNICEF) siendo responsable de esta actividad la Profesional Obstetrix, los colaboradores son los médicos, odontólogos, farmacéuticos, enfermeras y asistentes sociales del Centro de Salud.

Los fundamentos teóricos y políticos del desarrollo de estos programas son para atender en mejores condiciones higiénicas el parto, para integrarlas al equipo de salud en función de trabajos coyunturales y reducir de alguna manera la morbi-mortalidad materno-infantil.

Lo que ocurre muchas veces es que las parteras no utilizan guantes estériles y no le dan importancia a la higiene de manos, habiendo incidencias de infecciones.

Provocaban exceso de contracciones por falta de conocimiento sobre el uso correcto de oxitocina. Asimismo el desconocimiento de determinadas conductas para evitar hemorragias y desgarramientos. Lo importante del programa es que reconozcan y valoren el peligro de sus acciones y hacer que modifiquen algunas conductas.

Desde hace tiempo estas mujeres son capacitadas por el gobierno y organizaciones privadas para mejorar la atención que otorgan a su comunidad.

La actividad específica de la profesional obstetrix es la Captación, Capacitación, Seguimiento, Evaluación y Supervisión de las parteras tradicionales confeccionando un "radar" que es un registro de las mujeres que tuvieron su parto y de quien las atendió. En el consultorio obstétrico se encuentran registradas parteras y gestantes, en el Consejo de la circunscripción se encuentra la partida de nacimiento de los niños, con el nombre y dirección de la partera.

El requisito para que las parteras sean capacitadas, es que fueran de la zona y que realmente sean parteras, pues había auxiliares de enfermería, que no tenían la experiencia y el conocimiento necesario, que hacían el trabajo y lo cobraban; situación que muchas veces la atendida no podía afrontar, puesto que estas comunidades son de bajos recursos económicos.

- Es importante tener claro que estos son cursos para parteras y no para formar parteras.

Al inicio del trabajo fue difícil, había resistencia por parte de ellas/os (existen algunos hombres parteros) que en general era por temor; pues antes estaba penado por la ley ejercer la partería empírica. Actualmente han cambiado de actitud, sin embargo hay señoras que nunca asisten, muchas de ellas hablan el idioma Quechua, algunas son alcohólicas.

Como la mayoría de parteras son analfabetas mayores de 40 años, la enseñanza es eminentemente práctica, en base a sus experiencias propias y al uso de técnicas participativas.

Así, en el Sociodrama una mujer hace de partera y otra de paciente. Se utilizan ilustraciones, muñecos y maquetas. Es importante utilizar su propio lenguaje por ejemplo: por coágulo, "cuajaron"; por útero, "madre"; etc.

Cada obstetrix va a supervisar a sus parteras, se zonifica el trabajo. Muchos de estos eventos no se registraron, lamentablemente por factores económicos, siendo la capacitación y metodologías adecuadas, las cuales serían óptimas si aumentara la tecnología moderna de medios auxiliares para propiciar la motivación. Sin embargo, la mejor motivación, es sin duda alguna, la realidad.

Es importante tener en cuenta las costumbres (hábitos, mitos) tradicionales, que están muy arraigados en estas mujeres.

Al realizar el trabajo en comunidad y enfrentar las respectivas responsabilidades tanto la obstetrix como, la partera empírica se ven ante una realidad difícil, al no encontrar botiquines o si existen, están pésimamente equipados o hay que adquirirlos particularmente lo que es a veces imposible por su situación precaria, aumentando las limitaciones y dificultades en la labor por salvaguardar la salud del binomio madre-niño.

Así como la familia urbano-marginal y campesina ha desarrollado un conjunto amplio de estrategias socio-económicas que le permitan sobrevivir en ambientes ecológicos y sociales tan desfavorables como son los Andes peruanos, creemos que el campesinado ha forjado sistemas de salud propios que se traducen en un conjunto de valoraciones y aptitudes frente a las enfermedades y procesos vitales, en el uso y práctica de distintos métodos, y recursos (naturales) para el tratamiento de sus dolencias, así como el desarrollo de prácticas mágico-religiosas. Más allá de la presencia oficial de una cobertura de servicios, hay concepciones y prácticas de un sistema informal de salud desarrollado de tiempos ancestrales en las comunidades y que constituye una medicina étnica que debe ser recuperada y revalorizada.

No sabemos en que medida persisten estos sistemas y de que manera se articula a los sistemas modernos de salud. Sin embargo podemos señalar que la mayor parte de enfermedades que afecta al campesinado en sus primeras etapas son tratadas con métodos tradicionales, pero cuando éstos no dan resultados recién el paciente se ve obligado a recurrir a los servicios de salud pública.

Resulta sumamente necesario y prioritario iniciar investigaciones que apunten a dar respuestas a estas preocupaciones a fin de conocer el potencial rescatable de estos sistemas y establecer las vías adecuadas de articulación entre estos y los sistemas modernos de salud a través de distintas percepciones desde la antropología, la medicina y la comunicación social, realizando estudios específicos por región sobre usos y costumbres de la farmacopea tradicional.

El logro de la meta de salud para todos en el año 2000 exige que se aprovechen mejor y más plenamente los recursos disponibles; dado el número de parteras tradicionales existentes y la gran variedad de las actividades de atención sanitaria que muchas de ellas puedan desplegar, es indispensable conseguir su plena participación en coordinación con el profesional obstétrico.

"...la exacerbación de la crisis económica, el crecimiento de la violencia que asola el país, no limita el avance inminente y revelador de múltiples mecanismos que se van generando desde las comunidades marginadas y desde los distintos sujetos políticos que intervienen en las acciones de salud, en especial la presencia de la mujer, que en la vida diaria van diseñando algunas alternativas con sus propios recursos, más allá de las directivas y discursos oficiales de los gobiernos..."

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. 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 primera 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.

