

matronas hoy

NUEVA ETAPA

REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

Nº4 - 2º TRIMESTRE, 1994



Cómo cuidar el embarazo

SALUD
BUCODENTAL
Y EMBARAZO

CÓDIGO DE ÉTICA
INTERNACIONAL
PARA PARTERAS



ASOCIACION NACIONAL
DE MATRONAS ESPAÑOLAS

IV CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

Asociación Nacional de Matronas

Madrid 5, 6 y 7 de mayo de 1994



REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

Nº4 - 2º TRIMESTRE, 1994

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

Tel. 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	
• Cómo cuidar el embarazo	p.5
• Psicoprofilaxis obstétrica	p.8
• Adenocarcinoma de cuello uterino (I)	p.11
• Salud bucodental y embarazo	p.16
• Efectos del Nurofen sobre la artritis reumatoide	p.19
• Vivencias y recuerdos según sus protagonistas	p.21
FORMACION CONTINUADA	
• Caso clínico	p.24
LA ASOCIACION INFORMA	
• En campaña de imagen	p.27
• Curso de Haptonomía	p.27
• Elecciones 1994	p.28
• Reportaje: IV Congreso Nacional de Matronas	p.29
ACTUALIDAD	p.32
ENTREVISTA	
• Margarita Landi	p.34
PERFIL	
• Crisanta Alvarez Pérez	p.36
SE LEE, SE DICE	
• Transmisión del VIH y lactancia natural	p.37
DE MUJER A MUJER	
• Belleza: El martillo neurológico - Jalea Real - Para andar por casa	p.38
• Moda: Un impulso a los diseñadores españoles	p.39
• Gastronomía: La miel	p.40
• Libros: Cuida tu corazón - Identificación del recién nacido	p.41
• Arte: Museo Arqueológico Nacional	p.43
COLECCIONABLE	
• Documentos	p.44
MADRES HOY	
• Adolescentes embarazadas	p.45
CURIOSIDADES	
• La administración del Bautismo de Urgencia	p.47
CONOCE TU MUNDO	
• La costa adriática, pulmón de Croacia	p.54
INTERNACIONAL	
• Código de ética internacional para matronas	p.56



"Algunas Matronas de la plantilla de varios hospitales, acreditados para la formación de las futuras Matronas, obstaculizan las prácticas de los alumnos, impidiendo su acceso a las Salas de dilatación y partos."

Esta es la última mala noticia que he tenido. Estoy tan sorprendida que, casi no encuentro las pala-

bras adecuadas para comentarla.

Tengo la buena costumbre de respetar las posiciones y decisiones de los demás, pero siempre que sean minimamente razonables y consecuentes. En esta ocasión, la postura de mis colegas es incalificable, incomprensible y desde luego, incómoda.

El hecho de que algunos Obstetras hayan reaccionado de una forma tan negativa, al hecho de que la Profesión de Matrona está ya muy crecida, casi lo entiendo, aunque no lo comparto. Pero que entre nosotras sucedan cosas como en Valencia...

Hemos pasado la vida enseñando a Residentes y Enfermeras sin pedir nada a cambio y sin cuestionar de quién es la obligación y responsabilidad. Ahora que cada una con su pequeña o gran colaboración nos ocuparemos de nuestras futuras colegas, se han despertado todas las dudas. No lo entiendo. La única justificación sería que quieran que desaparezca la Profesión. ¡Después de algunas, nadie.!

Si retrocedemos a nuestros tiempos de alumnas, recordaremos con sincera gratitud a quién nos enseñó el "arte de partear". ¡No destruyamos la tradición.!

María Angeles Rodríguez

CARTAS A **matronas hoy**

CARTA A MI MATRONA

Era mi mundo, tan solo mío. Nadie más que mamá y yo compartimos durante un largo tiempo la estancia en una esfera superior a las esferas que penden en el universo. Alguien, hace muchos años, habló de la música de las esferas; yo he podido oír tantas veces esa melodía repetitiva que produce una paz indescriptible. El continuo latir del corazón materno es un ruido duro pero dulce, es un sosiego infinito.

Ese descanso finalizó y dio paso a un mundo real donde ya no existían mis conocidas composiciones musicales. Yo no entendía, tan sólo sentía; no hablaba, tan sólo escuchaba. Una voz me recordó mis amadas y añoradas clases de música. Provenían de una persona amable que me inspiraba confianza. Sentía que poco a poco sus manos me buscaban y tocaban con amor.

La continua experiencia en tomar a los habitantes de las esferas hacía que su voz fuese sosegada y sus actos firmes, seguros, dulces y para nada bruscos.

A mi madre le tranquilizaban las frases razonadas que aquella persona pronunciaba. Las indicaciones fueron técnicas pero no por ello frías.

Todo el esfuerzo dio como fruto un gran éxito. Muestra de ello son estas reflexiones que, momentáneamente, han nacido al haber vivido una pequeña aventura hace escasos minutos, reflexiones que he organizado en mi limitado cerebro cuando me han dejado descansar en una cuna; rodeado de pequeños humanos que lloran y anhelan la estancia de donde fueron sacados; intento memorizar la maravillosa experiencia vivida. Sé que todos mis esfuerzos son inútiles, pues el tiempo cubrirá con un velo y hará que pertenezca al pasado lo que hoy es mi primer presente.

En el mundo real no existe esa música e intuyo que solamente la podré escuchar cuando mi madre me estreche contra su pecho amorosamente.

Hubo felicitaciones para aquella encantadora mujer que un día especial para mí me ayudó tiernamente a nacer. Ella era una Matrona, no importa de qué hospital. La felicito por su trabajo que considero una utopía hecha realidad: *"hacer posible que un niño olvide su música de las esferas y a cambio, una sonrisa, un beso o tan sólo una cálida mirada"*.

Es hermoso que alguien te haga aprender a amar la vida desde el primer instante.

ANA M^a RODRÍGUEZ JIMÉNEZ

Sra. Presidenta:

En mis continuas visitas a la consulta del tocólogo he podido conocer la revista "Matronas Hoy", donde ustedes dan a conocer una gran variedad de estudios científicos y consejos de gran utilidad para nosotras las mujeres embarazadas.

Igualmente, en mi trato con las Matronas durante mi embarazo y parto, debo confesar que ha sido una magnífica experiencia comprobar el nivel profesional y humano de este colectivo que usted preside.

M^a LUISA JIMENEZ.
Madre.

COMO CUIDAR EL EMBARAZO

M^a ANGELES RODRIGUEZ ROZALEN. M^a ISABEL BAYON.

Matronas.

El factor más importante, que contribuye a rebajar los índices de morbilidad fetal y materna es la calidad del control del embarazo.

Ciertamente, ha mejorado la atención de los partos pero, la oportunidad de detectar precózmemente, la mayor parte de los estados patológicos que compliquen la salud materna o fetal, es la clave para llegar a un final feliz. Por ello, la importancia de protocolizar todas las cosas que, a lo largo de la gestación, se deben realizar. De esa manera evitaremos que cualquier dato importante, pase inadvertido.

NUMERO ADECUADO DE CONSULTAS.

- I – mensual: hasta la semana 30.
- I – quincenal: de la 30 a la 36 semanas.
- I – semanal: a partir de la semana 37. (si no hay complicaciones).

PRIMERA CONSULTA.

Lo más precozmente posible.

- Elaborar la Historia Obstétrica (Anamnesis completa).
- Filiación completa.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes de su pareja.
- Antecedentes personales:

Generales:

- Médicos.
- Quirúrgicos.
- Ginecológicos.
- Tratamientos, actuales o anteriores.
- Socioeconómicos.
- Hábitos (tabaco, alcohol, drogas, etc.).

Obstétricos:

- N° de embarazos anteriores.
- N° de partos (especificando tipo).
- Datos de interés obstétrico: fechas, duración, curso del embarazo, peso de cada R.N., sexo, estado actual de cada hijo. Tipo de lactancia. Detalles sobre el puerperio.

Embarazo actual:

- F.U.R. (fecha de la última regla normal).
- Sintomatología de la mujer (signos probables).
- Tipología menstrual. Establecer la F.P.P. (Naegele).
- Fecha de la 1ª prueba de embarazo POSITIVA.
- Fecha de la 1ª ecografía, si existe, y ver correspondencia de edad gestacional.

2. EXPLORACION FISICA.

- Toma de constantes vitales.
- Talla y peso.
- Observación de boca y garganta.
- Observación de piel y mucosas (estrias y coloración).
- Observación de genitales externos.
- Observación de vagina y cérvix. (especuloscopia).
- Observación y palpación de las mamas y pezones.
- Observación de la existencia de edemas o varices.
- Medir perímetro abdominal y altura uterina.
- Pelvimetría.
- Auscultación fetal.

3. EXPLORACION PSICOLOGICA.

A través de la entrevista que se debe mantener con la gestante, en el ambiente más relajado o cómodo para ella:

- Pedirle que defina su estado de ánimo.
- Saber si el embarazo fue planificado.
- Recuerdos de partos anteriores.
- Si el embarazo fue inesperado.
- Grado de aceptación.
- Relaciones familiares. Si tiene hermanos/as.
- Relación con su madre.
- Relación de pareja, si es estable y satisfactoria.

4. EXPLORACION ANALITICA.

- Sistemática:
- Grupo y RH.
 - Glucemia basal.
 - Hemograma completo, hematócrito y hemoglobina.
 - Serología: luética –toxoplasmosis– listeriosis–megalo virus.
 - Título de anticuerpos–rubeola.

- Antígeno Australia.
- Orina: anormales y sedimento.
- Citología vaginal.

5. OTRAS EXPLORACIONES.

- Ecografía obstétrica.
- Amniocentesis genética (mujeres mayores de 35 años, o con antecedentes familiares probados).

Si todos estos datos aparecen normales, no es necesario recurrir a otras exploraciones en la primera consulta.

Educación maternal:

- Informar y tratar de convencer a todas las gestantes de la utilidad de prepararse para su maternidad.

CONSULTAS SUCESIVAS: HASTA LA SEMANA 35-36

Valorar el estado general.

- Control de T.A.
- Control de peso.
- Valoración de altura uterina.
- Auscultación fetal.
- Valorar edemas o varices.
- Valorar estática fetal, si el tamaño lo permite (M. de Leopold).

Analítica:

- Sangre: hemograma y glucemia basal.
- Orina: anormales y sedimento.

Ecografía obstétrica.

La O.M.S. recomienda un mínimo de 3, a lo largo del embarazo. Siempre que todo curse con normalidad.

- 1ª Entre la 8 y 12 semanas.
- 2ª Entre la 18 y 20 semanas.
- 3ª Entre la 34 y 36 semanas.

Si se prolonga la gestación se realizarán las necesarias para determinar, fundamentalmente, cantidad de líquido amniótico y estado de la placenta (grado).

Al cumplir la semana 36, se realizará la 1ª monitorización biofísica no estresante.

CONSULTAS A PARTIR DE LA SEMANA 37

Si la gestación continúa dentro de la normalidad: Riesgo = 0

- Pelvimetría interna.
- Evaluación del índice / día / movimientos fetales.
- Biometría fetal y clasificación de placenta y LA.
- I / semana monitorización fetal biofísica / no estresante.
- Fluxometría transplacentaria (si los recursos humanos y materiales lo permiten. Si no es así, se reservará para los casos de RIESGO).
- Test de Bishop.
- Consulta preanestésica.

MUY IMPORTANTE:

Si la futura madre no ha realizado ningún tipo de Preparación de cara a su parto es IMPRESCINDIBLE mantener una larga conversación con ella para orientarla, como mínimo, en lo necesario:

- En qué momento debe acudir al hospital.
- Qué debe llevar, para ella y para el bebé.
- Contarle un "guion" tranquilizador de cómo se irán sucediendo las cosas. El ingreso, el tiempo de periodo de dilatación, la sala de partos, la llegada de su hijo..., etc.

Todo ello, naturalmente, con el único objetivo de satisfacer sus dudas y posible miedo.

EN NINGÚN CASO,

con actitudes maternalistas ni "ñoñas".

CONSULTAS A PARTIR DE LA SEMANA 41

Entrará en consideración de gestación y parto de riesgo.

Si se confirma su prolongación:

-41 + 4 = INDUCCION: Monitorización biofísica constante.

CLASIFICACIÓN DE RIESGO. FACTORES

GRADO I

- Anomalías pélvicas.
- Estatura baja.
- Obesidad.
- Clase social muy baja.
- Gran multiparidad.
- Esterilidad previa.
- Cesárea anterior.
- Diabetes A.
- Cardiopatía I.
- Primiparidad añosa.
- Fumadoras.
- Infecciones (toxoplasmosis, rubeola, etc.).
- Incompatibilidad RH.
- Hemorragias del I trimestre.
- R.P.M. (rotura de membranas antes de la semana 35).

- DIU y gestación.
- Falta de control gestacional.
- Embarazo NO deseado y NO aceptado.

GRADO II

- R.P.M. (rotura prematura de membranas).
- A.P.P. (amenaza de parto prematuro).
- Cardiopatía-II.
- Anemia.
- Alcoholismo.
- Drogadicción.
- Embarazo gemelar.
- Embarazo prolongado.
- Detección de defecto congénito.
- Hemorragias del II-III trimestres.
- Oligo o hidramnios.
- Cicatrices uterinas previas.
- Presentación fetal anormal.
- C.I.R. (crecimiento intraútero retardado).
- Toxemia leve.
- Mortalidad perinatal recurrente.
- Vinirosis genital.

GRADO III. Muy alto.

- Cardiopatías III-IV.
- Diabetes (dependientes).
- EHE (hipertensión).
- Feto +.
- P.P. (placenta previa).
- CIR confirmado.
- Toxemia grave.
- Patologías asociadas graves.
- Isoinmunización.

El tratamiento y vigilancia del embarazo y parto, la determinará el grado de riesgo en que se haya clasificado.

RECOMENDACIONES A LA MUJER EMBARAZADA:

Alimentación:

- Dieta mediterránea, considerando la necesidad de incrementar la ingesta calórica en unas 300 cal/día y la proteínica en 70 g/día.
- Restringir hidratos de carbono, grasas, féculas y salados.
- Aumentar el consumo de verduras frescas y frutas.

Hábitos: NO al tabaco, alcohol y drogas.

Actividad sexual:

- Sin restricciones hasta la semana 37 (si todo es normal en este embarazo).

Higiene personal:

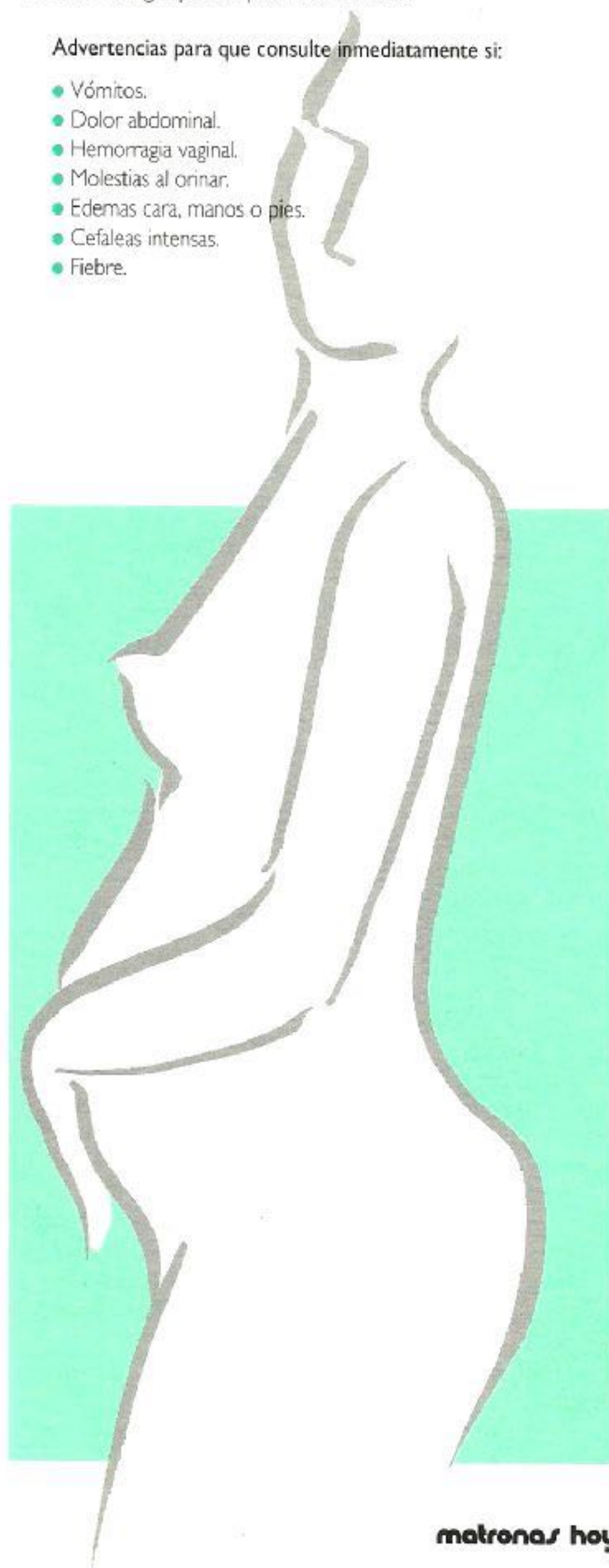
- Lo habitual, optando preferentemente por la ducha. Cuidado especial de su estado bucal y dental.

Actividad general:

- Trabajo, relaciones sociales, deporte, viajes, etc., igual que antes del embarazo, siempre que ninguna de estas actividades conlleven esfuerzo o riesgo que comprometan su salud.

Advertencias para que consulte inmediatamente si:

- Vómitos.
- Dolor abdominal.
- Hemorragia vaginal.
- Molestias al orinar.
- Edemas cara, manos o pies.
- Cefaleas intensas.
- Fiebre.



PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA

Reflexiones sobre el concepto

Comunicación presentada en el Curso de Verano de la Universidad de Castilla la Mancha, "La salud de las mujeres, las mujeres de la salud" Cuenca, 12, 13 y 14 de julio de 1993.

ESPERANZA AGRAZ PATIÑO.

Matrona A.P. Toledo.

INTRODUCCIÓN

Los términos psicoprofilaxis obstétrica, preparación para el parto, educación maternal o parental se utilizan para referirnos a la atención que reciben la mujer y su pareja durante el embarazo con el objetivo de que el nacimiento de su hijo sea una experiencia satisfactoria, que la vivencia de la maternidad sea propia, natural y gozosa (1).

Para encuadrar más ampliamente el concepto, hemos escogido la definición del mismo que hace el profesor González Merlo (2) en su libro *Obstetricia* (2ª edición de 1986), que refiriéndose a preparación psicoprofiláctica considera que deberíamos "lograr que la mujer se enfrente al parto, involucrando todo su cuerpo y espíritu, vivenciando las contracciones separadas del nexo doloroso que le inducen a luchar contra él, captando la confianza de la gestante y utilizando la persuasión".

Cuando buscamos en las referencias históricas, encontramos que el término método psicoprofiláctico aparece en España en 1955 ("Método de preparación psicoprofiláctica") introducido por la matrona Doña Consuelo Vélez-Frías, y en Francia en 1956, introducido por el Dr. Lamaze (3), considerando el papel fundamental de la palabra para el descondicionamiento.

"El papel fundamental de la palabra para el descondicionamiento", fue el resultado más relevante del trabajo realizado por la escuela rusa pauloviana de 1920 a 1930, cuyo objetivo era llegar al parto sin dolor a través de la hipnosis.

Previo al concepto como tal, encontramos a la escuela inglesa del Dr. Read (4), quien después de asistir a una mujer que tuvo un parto sin dolor, y tras observar a las mujeres angustiadas frente al parto, concluyó que: "El estado anímico con el que la mujer se enfrenta al parto es determinante a la hora de interpretar al posible sensación dolorosa".

Finalmente, en 1960, es la escuela española de Aguirre de Cárcer (5), la que después de estudiar a 20.000 gestantes preparadas concluye: "En el parto entra en juego la personalidad completa de la gestante".

Retomando la definición que hace el profesor González Merlo, podemos comprobar cómo se incluyen las premisas de las tres escuelas:

- Habla de que la mujer vivencie, es decir, de la interpretación de sensaciones del Dr. Read.

- Habla de confianza y persuasión y nos encontramos con el papel fundamental de la palabra de Lamaze.

- Habla de involucrar cuerpo y espíritu, o sea de la personalidad completa de la gestante de Aguirre de Cárcer.

Actualmente los programas de educación maternal incluyen las distintas filosofías y cuando consideramos como objetivo: "Que la pareja tenga una vivencia satisfactoria del nacimiento de su hijo", entendemos por vivencia, la interpretación que el ser humano hace de su experiencia; interpretación que va a venir determinada por muchos factores, pero va a ser la sensación que el individuo tenga de control de la situación a la que se enfrenta la más determinante.

En base a ello la finalidad de los cursos, aunque se enfoquen directamente a los aspectos más inmediatos y amenazantes, que son el trabajo de parto, el propósito del proceso es que la pareja pueda confiar en su propio juicio y poder tomar decisiones conforme se presenten las complejidades de esta nueva etapa del desarrollo de su persona.

Considerar que la pareja confíe en su propio juicio es en definitiva autoresponsabilizar al individuo en su salud.

PSICOPROFILAXIS COMO DEMANDA SOCIAL

La inquietud por estos temas no aparece de forma gratuita, es la propia evolución social de la mujer dentro de su desarrollo como persona quien ha suscitado la necesidad de prestar esta atención.

Hasta la Primera Guerra Mundial (6), la misión más importante de la mujer en nuestra sociedad era traer hijos al mundo. Tener un hijo era "en sí mismo lo suficientemente gratificante".

Hasta este momento la preparación para el parto existía de una forma popular, como transmisión directa de conocimientos y actitudes en el propio medio familiar de desarrollo de la mujer; las familias eran numerosas debido al alto índice de mortalidad para conseguir una descendencia; las hijas mayores participaban en la crianza de los hermanos más pequeños; los partos eran domiciliarios; había pocas migraciones de la población, por lo que la nueva madre tenía cerca a sus ascendientes con toda la riqueza de su experiencia. La mujer, cuando llegaba a su propia maternidad, tenía ciertas habilidades y había percibido los pormenores de la misma.

A partir de la Primera Guerra Mundial y coincidiendo con la revolución industrial, la mujer se ve obligada a incluirse en el trabajo y la producción; y comienza a tomar consciencia de nuevas responsabilidades y cierta independencia de su rol de madre. En estos momentos el cambio en el papel social de la mujer es ya irreversible. La

mujer contribuye a la construcción del país; ser madre, sigue siendo una atribución de la mujer, pero ya no es la única; la mujer tiene otras satisfacciones personales, para las cuales tener un hijo en ocasiones supone una carga.

La revolución industrial conlleva horas de trabajo fuera de casa y migración de la población y por tanto pérdida de contacto con el medio familiar. Todo ello dificulta en parte la transmisión popular de la preparación para la maternidad.

El desarrollo de los métodos anticonceptivos permite que la maternidad se pueda posponer en aras del desarrollo personal de la mujer.

Pero no por todo ello el desarrollo de la mujer como madre pierde valor, sino que más bien al contrario, la maternidad para la mujer se revaloriza; ya no es una atribución única, es una faceta más de su vida que cuando la desea, necesita sentir que no supone una merma de su identidad personal.

La evolución así de la experiencia de la maternidad nos obliga a modificar el concepto de psicoprofilaxis, para convertirlo en lo que hoy denominamos educación maternal.

LOS CURSOS DE EDUCACION MATERNAL

En el trabajo diario durante las clases de educación maternal que se imparten en el tercer trimestre del embarazo, el parto sigue siendo importante, pero como un aspecto más de la maternidad, que no el único; preparación para el parto se diferencia así de la educación maternal en la amplitud del concepto.

El objetivo general de los cursos es proporcionar a la pareja los mecanismos con los que poder hacer frente al trabajo de parto y a su nueva identidad, con la maternidad.

Hacer psicoprofilaxis es, por tanto, favorecer la adaptación a una nueva situación, con experiencias únicas y propias, en las que lo importante no será tanto el hecho en sí como la disponibilidad y actitud para hacerles frente.

Los objetivos específicos, nos los planteamos como:

A. Que la pareja pueda conocer su propio cuerpo y aceptar sus particularidades.

B. Conseguir un "clima" dentro del grupo, donde las integrantes se sientan "cómodas" antes de tratar los aspectos más inquietantes para ellas como es el trabajo de parto.

C. Que aprenda a responder conscientemente a las contracciones con la relajación y respiración.

D. Prepararse físicamente para afrontar el esfuerzo del trabajo de parto.

E. Conocer el medio en el que se va a desarrollar su experiencia

(medio hospitalario con las actuaciones médicas habituales y medio socio-familiar en el que está inserta).

F. Favorecer expectativas reales hacia el "aprendizaje" de la maternidad frente al concepto "instintivo-innato" de la misma.

La organización de los cursos va a depender de los recursos disponibles, profesionales que van a intervenir, demanda de la población y características de los individuos de la zona.

En numerosas publicaciones de revistas profesionales, se plantean los beneficios de estos programas, aludiendo (7, 8, 9) reducción del período de dilatación, menor número de partos estimulados, inducidos y cesáreas, mejoras en la ventilación pulmonar, y desde luego ningún efecto obstétrico negativo atribuible a la preparación para el parto.

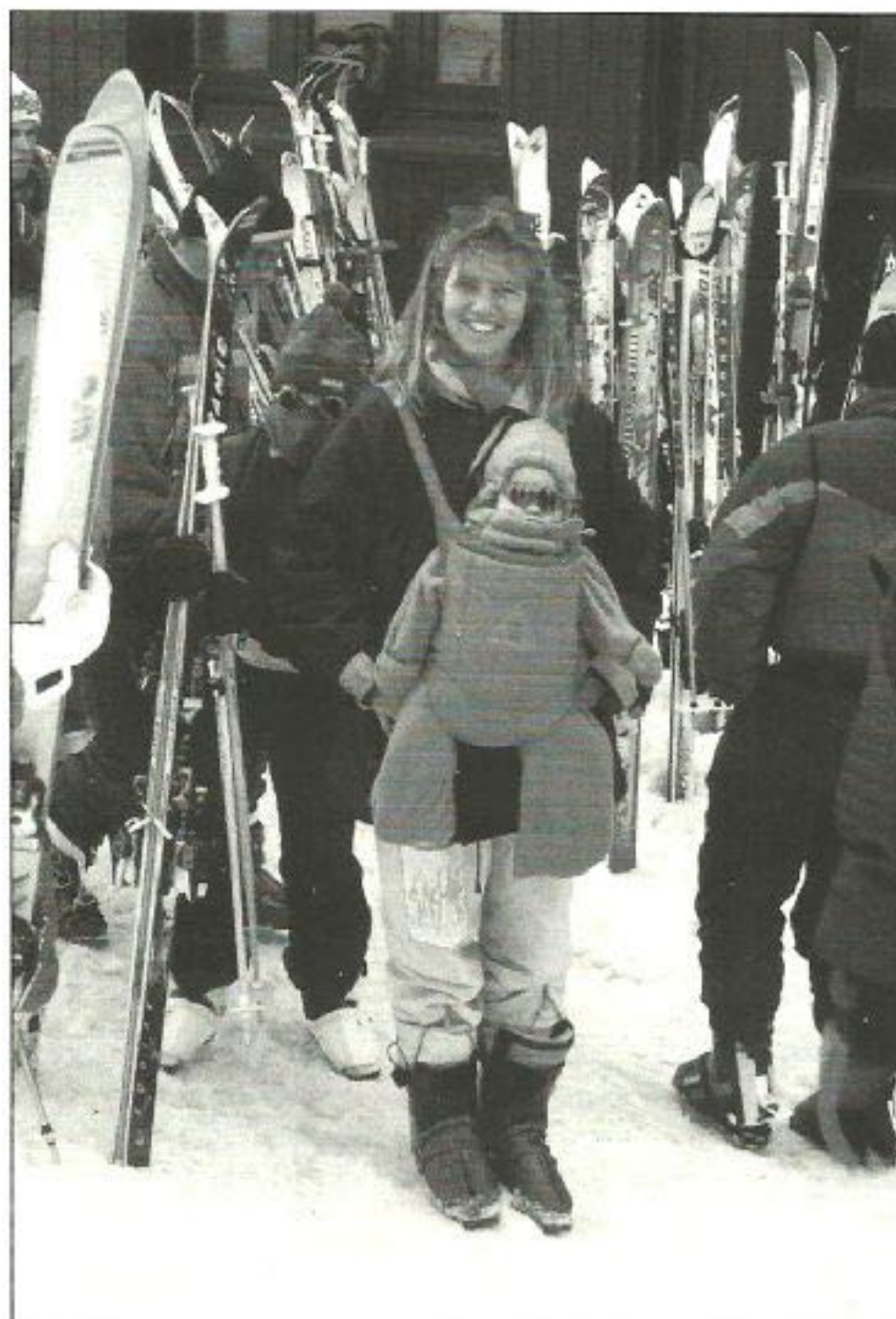
Todos los estudios reciben numerosas críticas, considerando que no cumplen los requisitos del rigor científico, y por tanto que no se puede alegar que los beneficios obstétricos sean debidos a los cursos en sí, sino más bien a las propias características y motivación (10) de las mujeres que asisten a los cursos. Pero la psicoprofilaxis obstétrica aparece indisolublemente unida a dos hechos que explicarían por sí solos la imposibilidad del rigor científico: primero que no se puede realizar selección entre las mujeres para que realicen el curso o para que entren en grupo control, por razones obviamente éticas, y segundo porque la mayor atención que se les dispensa a

estas embarazadas tiene un soporte emocional, con el evidente efecto placebo.

Desde nuestro punto de vista, y puesto que no existe ningún efecto obstétrico negativo atribuible a los cursos, y considerando uno de los pilares de la atención primaria la autorresponsabilidad del individuo en su salud, preferimos poner nuestra atención en aquellos estudios que investigan la autovaloración que hace la mujer de su experiencia, como el realizado por Calvo y cols (11) en 1989 en cuyos resultados se concluye que las mujeres preparadas utilizaban técnicas de autoayuda, mientras que las no preparadas se apoyaban más en el personal sanitario, y mientras las no preparadas alegaban como negativo el dolor y desconocimiento, las preparadas hacían más referencia al medio hospitalario.

En nuestro centro, confeccionamos un cuestionario para cumplimentarse al inicio y final de los cursos, con el objetivo de ver si se producían cambios en cuanto a Conocimientos,

Actitudes y Expectativas de la mujer ante el embarazo y parto. En los tres aspectos estudiados tras el curso se encontraron mejoras, pero llamó especialmente nuestra atención que, las actitudes frente a embarazo y parto tenían puntuaciones más bajas cuando el embara-



zo no había sido planeado; así como que en las puntuaciones referentes a conocimientos sobre aparato genital no había diferencia estadísticamente significativa con respecto al nivel de estudios previos (EGB, BUP, SUP). Y nos planteábamos como otros subprogramas, como Planificación Familiar y Educación Sexual en la escuela, están determinando aspectos importantes en la interpretación que la mujer va a hacer de su experiencia, están determinando "con qué" se dirige la mujer hacia el parto. En definitiva, como aludía el Dr. Aguirre de Cárcer, entra en juego la personalidad completa de la gestante.

CONCLUSIONES

Lo que comenzó siendo método psicoprofiláctico dirigiendo los esfuerzos al dolor en el parto, paso a ser en la actualidad educación maternal, como una actividad de educación para la salud dirigida a la adaptación (12), en beneficio del desarrollo de la persona.

Hacer educación maternal para la matrona debe ser por tanto estar en todos los programas de salud cuyos objetivos estén encaminados a favorecer actitudes positivas en el aspecto reproductivo del ser humano, realizando por tanto educación para la salud en las familias, en la escuela, en la comunidad.

Y ante una concepción integral y multifactorial de la maternidad, se requiere una atención multiprofesional: enfermeras, médicos, psicólogos, farmacéuticos, maestros, educadores; todos tenemos en algún momento alguna implicación con la maternidad a la hora de favorecer actitudes positivas, y en todos y en cada uno de los miembros de la comunidad; y no sólo en la mujer en edad fértil, y no sólo en la pareja. Sería un grave error menospreciar las influencias que los demás miembros de la comunidad tienen sobre las actitudes de la mujer frente a su maternidad.

Durante el embarazo, nos encontramos especialmente receptivos, ante las consideraciones en salud, pero no nos presentamos en los cursos, en el paritorio o en las consultas, con nuestro útero, vagina y demás órganos genitales, nos presentamos con: la globalidad de nuestra persona, y cada una con nuestra propia individualidad.

En esta línea, los esfuerzos de los profesionales que trabajamos en Educación Maternal, deben de ir dirigidos:

1.º A la comunidad, para que la mujer aumente la confianza en sí

misma, en los profesionales que la atienden y en el grupo socio-familiar en el que está inserta.

2.º A los propios profesionales, para mantenernos en expectativas reales ante la maternidad, estrechar la relación interprofesional, y entre los profesionales de 1º y 2º nivel de asistencia e implicar a todos los miembros de la comunidad en educación maternal.

El campo de trabajo de la matrona se amplía al mismo tiempo que el concepto de salud, y a tipo de slogan, podríamos decir que:

LA MATRONA

sale del parto

para acercarse al individuo,

sale del paritorio

para acercarse a la comunidad.



BIBLIOGRAFIA

- Ruiz Vélez-Frías C. Parto sin dolor: preparación psicoprofiláctica. Editorial enciclopédica, 1955.
- Guía para la educación maternal en atención primaria. Ed: Consejería de la Junta de Andalucía.
- González Merlo, J., y Del Sol, JR. Obstetricia. 2ª ed. Salvat, 1986.
- Lamaze F., Boumel A., Angelfergues, R., Veilay P., Hersilie, H., y Le Guay, F. El parto sin dolor. Buenos Aires: ed. Ciencia y Vida, 1955.
- Dick-Read, G. Childbirth without fear. Nueva York: Harpers Brothers, 1944.
- Aguirre de Cárcer, A. Preparación al parto. Ed: Morata, 1985.
- Nemirsky, D. I. "Educación Maternal. Evolución Técnica y beneficios". Toko-Gin, Pract. 41, 4 (256-212), 1982.
- Marín Mussa, JM.; López López, E., y Martos Gutiérrez, E. "Efectos Obstétricos de la Educación Maternal". Progr. Obstet. Ginecol. 25-6 (399-404), 1982.
- Becerra de Bengoa Callau, C. "Efectos beneficiosos del método psicoprofiláctico en el parto". Rev. San. Hig. Púb. 61 (751-758), 1987.
- Robert, J.; Suárez, F.J.; Escanero, J.F. "Efectos de un programa de educación maternal sobre la función respiratoria en las gestantes del tercer trimestre". Rev. Esp. Obst. y Gin., 44, (537-542), 1985.
- Cogan, R. Efectos de la preparación al parto. Clínicas Obstétrica y Ginecológica. vol 1, p-1, 1980.
- Calvo Díez B.; Secados López, N.; Gutiérrez Gutiérrez, F. "Autoevaluación del parto y puerperio en primíparas sin riesgo". Enfermería Científica, 82 (14-18), 1989.
- Salvatierra, V. "Estado actual de la Psicoprofilaxis Obstétrica". Med. Clin. (Barc.), 84; (566-569), 1985.
- Menna, P. "Reflexiones sobre parto ecológico y Educación maternal". Toko-Gin, Pract. 48, 21 (2-116), 1989.
- Sasmor, J.L. Educación para el Parto, ed. Limusa, 1982.
- Introducción al trabajo de la matrona. Ed. Instituto nacional de la Salud. 1989.

Adenocarcinoma de cuello uterino (I):

Estudio epidemiológico y métodos diagnósticos

A. ARMAS, F. CALERO, N. GARCIA RUIZ, A. TELLO, A. SUAREZ (*)

Hospital Maternal "La Paz". Servicio de Oncología Ginecológica. Departamento de Anatomía Patológica (*). Paseo de la Castellana nº 261. 28046 Madrid.

RESUMEN

Durante los años 1970-1989 se han diagnosticado 111 enfermas con adenocarcinoma de cuello uterino, lo que supone el 12% de los tumores malignos de cuello de útero, pero la frecuencia va en aumento y en el último quinquenio (1985-1989) hay una incidencia del 19,8% ($p = 0,0001$) en comparación con fechas anteriores.

El 65% de las enfermas se ha diagnosticado en estadio I. La edad media es de 54 años la edad media más baja es la de tipo de células claras. La patología médica asociada ha sido importante: 24%. El síntoma más frecuente es la hemorragia genital espontánea o provocada al coito (93%) sólo dos enfermas son asintomáticas.

El diagnóstico se basa en los mismos procedimientos del cáncer epidermoide de cuello, conservando todo su valor la citología vaginal. Se hace un intento para diferenciar histológicamente el adenocarcinoma primitivo de endocervix o la extensión al endocervix de un adenocarcinoma primitivo de endometrio.

El adenocarcinoma del cuello uterino es una neoplasia que se origina a partir del epitelio cilíndrico-columnar productor de moco situado normalmente en el endocervix. Dicho epitelio puede generarse también en una zona de ectopia del exocervix; en otras ocasiones lo hace a partir de las células de reserva endocervicales o bien sobre un pólipo o área de endometriosis, y muy raramente puede tener origen en restos embrionarios (1).

Existen gran variedad de tipos histológicos, y en cada uno de ellos distinguimos los bien diferenciados: G-1; los moderadamente diferenciados: G-2, y los poco diferenciados: G-3.

La incidencia del adenocarcinoma dentro de los tumores malignos del cuello uterino se estima alrededor del 6% (2,3), pero en el último decenio se comunica en diversas publicaciones un incremento en su frecuencia (4,5).

Los factores epidemiológicos se asemejan más a los del adenocarcinoma de endometrio que a los del carcinoma epidermoide del cervix; sin embargo, clínicamente se comporta más bien como el carcinoma epidermoide y los métodos utilizados para el diagnóstico de ambos tipos histológicos son similares.

Palabras clave: adenocarcinoma de cuello uterino, hemorragia genital, diagnóstico.

MATERIAL Y METODO

Durante el periodo de tiempo comprendido entre los años 1970 a 1989, ambos inclusive, fueron diagnosticados y tratados en el Servicio de Oncología Ginecológica del Hospital Maternal "La Paz" un total de 915 enfermas con carcinoma infiltrante de cuello uterino. De éstos, 804 casos (88%) correspondieron a carcinoma epidermoide, y 111 (12%) a adenocarcinoma primitivo del cervix.

El protocolo de diagnóstico y estadiaje comporta la realización a cada paciente de una historia clínica; en ella valoramos fundamentalmente para este estudio la edad, paridad, patología asociada y síntoma principal como motivo de consulta. Las pruebas diagnósticas utilizadas son la citología cérvico-vaginal, colposcopia, biopsia dirigida bajo control colposcópico, así como legrado y/o conización en aquella paciente en que las pruebas anteriormente citadas no fueron conclusivas. Además, valoramos la extensión de la enfermedad con la práctica de pruebas complementarias tales como la radiografía de cráneo, tórax, columna, pelvis y urografía endovenosa, ecografía abdominal, pélvica, hepática y renal. Citoscopia y rectoscopia.

Las enfermas fueron estratificadas siguiendo las normas que la F.I.G.O. recomienda para estudiar el cáncer de cuello de útero y su distribución fue: 72 casos (65%) en estadio I-b, 5 casos en estadio II-a, 10 casos en estadio II-b, 22 casos en estadio III y 2 casos en estadio IV.

El estudio histológico ha sido realizado en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital "La Paz" siguiendo la clasificación de la O.M.S. (6) con pequeñas modificaciones. Los diferentes tipos histológicos diagnosticados se exponen en la tabla I.

El método estadístico para el estudio de las variables clínicas e histológicas se analiza mediante el test exacto de FISHER y el de correlación lineal de PEARSON (7). La seguridad diagnóstica ha sido determinada mediante el procedimiento de GALEN y GAMBINO (8). La supervivencia estimada se ha determinado mediante el método de KAPLAN-MEIER, basado en el estado clínico más reciente de las pacientes según el seguimiento establecido (9). La repercusión de las distintas variables clínicas y patológicas se ha determinado por el procedimiento de COX (10).

Tabla 1

**ADENOCARCINOMA DE CUELLO UTERINO.
DISTRIBUCION DE LOS CASOS SEGUN
TIPO HISTOLOGICO**

Histología	Nº vasos	%
Endocervical	89	80
Carcinoma mixto	10	9
Células claras	8	7
Endometriode	3	3
Indiferenciado	1	1
Total	111	

● RESULTADOS

En nuestro estudio la frecuencia del adenocarcinoma infiltrante de cervix con respecto al carcinoma epidermoide fue del 12%. Ahora bien, si comparamos la frecuencia en los primeros diez años (1970-1979) que fue del 8,2% con la del segundo decenio (1980-1989) 15,9, observamos que la frecuencia casi se ha duplicado ($p < 0,0005$) (Fig. 1). Aún más, si observamos la frecuencia en los últimos 5 años la diferencia es aún mayor ($p < 0,0001$). (Fig. 2).

La edad media de las pacientes se situó en 54 años, con límites entre 25 y 84 años. La máxima frecuencia se encuentra entre los 40-59 años. Hemos comparado los mismos datos del adenocarcinoma con los del carcinoma epidermoide. En el carcinoma epidermoide la edad media era de 56 años, con límites entre 24-86 años. La máxima frecuencia estaba situada entre los 50 y 59 años. De la comparación

de ambas curvas observamos que todos los parámetros están desfasados respecto al carcinoma epidermoide (Fig. 3). Hemos evaluado la edad media según el tipo histológico de adenocarcinoma y encontramos los siguientes resultados. El adenocarcinoma de células claras presenta la edad media más baja, que es de 47 años; le sigue en orden creciente el adenocarcinoma adenoescamoso, con edad media de 50 años; el carcinoma de tipo endocervical con edad media de 52 años, adenocarcinoma endometriode con 57 años, y el de células claras la edad media más avanzada es el adenocarcinoma indiferenciado, con 62 años (Fig. 4). La edad media de las pacientes ha sido evaluada según el grado de diferenciación histológica, y observamos que en casos más diferenciados, G-1 y G-2, la media de edad es de 54 años mientras que en los casos indiferenciados G-3 es de 57 años.

Los embarazos a término han sido considerados así respecto a la paridad: 17 mujeres eran nulíparas (15%) y las mujeres restantes habían tenido hijos. Entre éstas había primíparas 9 pacientes, el resto de las pacientes han tenido muchos hijos. (Fig. 5).

El mayor número de mujeres nulíparas lo encontramos en el tipo histológico de células claras y endometriode que comparándolos con el tipo histológico endocervical, adenoescamoso e indiferenciado la proporción de nulíparas es más escasa.

La patología médica asociada ha sido diagnosticada en 27 pacientes describimos la patología hallada por orden de frecuencia. La diabetes ha sido diagnosticada en 8 casos, hipertensión se ha diagnosticado en 8 pacientes, colecistopatía en 5 casos, obesidad 2 casos, hepatopatía en 3 casos y en 3 ocasiones se detectó la coincidencia de alguna enfermedad maligna: 2 pacientes con cáncer de mama y 1 con cáncer de vejiga.

Describimos a continuación el síntoma principal por el que consultaron nuestras pacientes, y ha sido la hemorragia genital espontánea la causa más frecuente de consulta con 95 casos, la hemorragia provocada al coito en 9 ocasiones, leucorrea apareció en 5 pacientes y 2 enfermas estaban asintomáticas.

Figura 1

**FRECUENCIA DEL ADENOCARCINOMA DENTRO DE
LOS TUMORES MALIGNOS DEL CUELLO UTERINO**

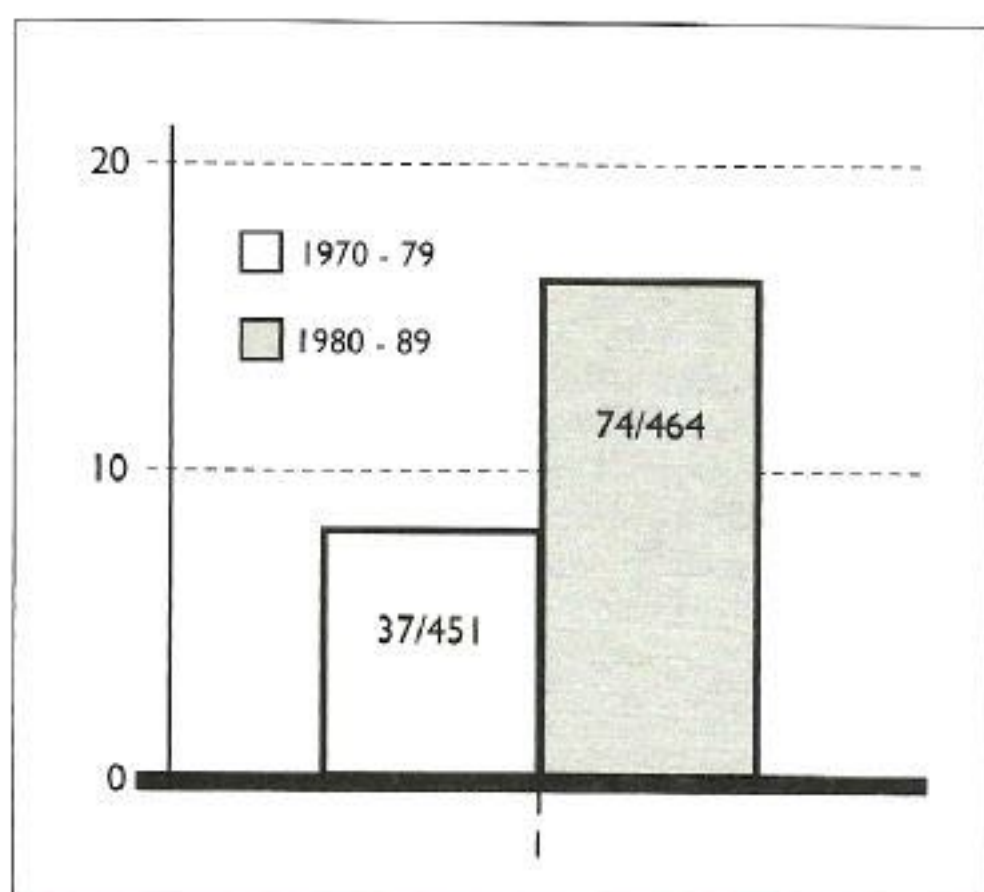


Figura 2

**FRECUENCIA DEL ADENOCARCINOMA DE CUELLO
UTERINO EN EL ULTIMO QUINQUENIO**

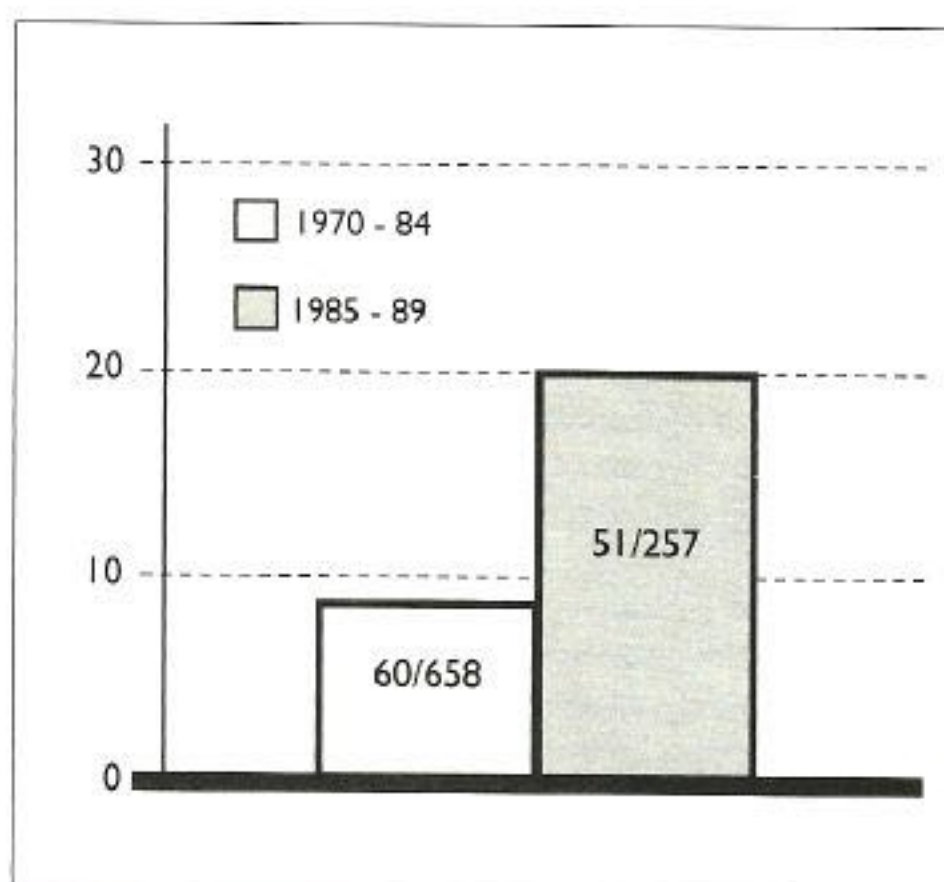


Figura 3

LA EDAD DEL ADENOCARCINOMA DE CUELLO UTERINO (●) COMPARADA CON LA DE LAS ENFERMAS CON CARCINOMA EPIDERMÓIDE (●)

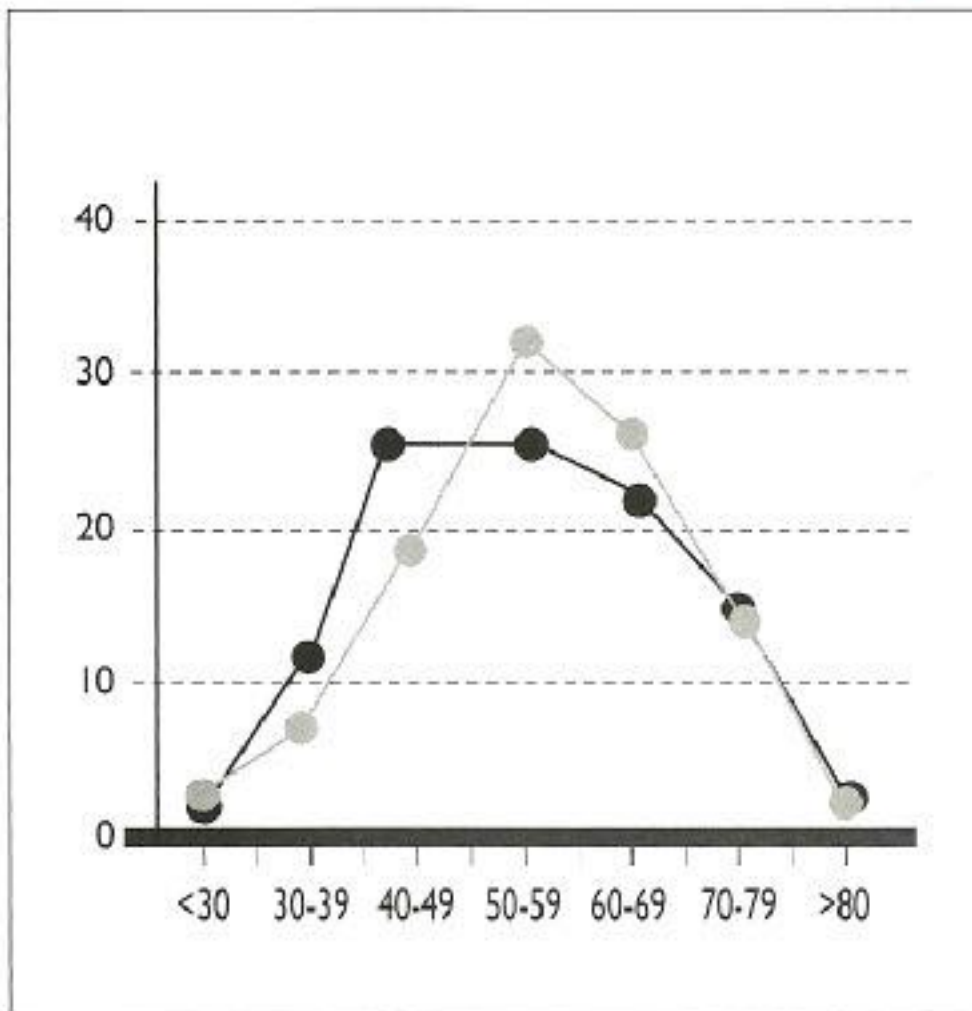


Figura 4

EDAD MEDIA DE LAS PACIENTES EN LOS DISTINTOS TIPOS HISTOLOGICOS.

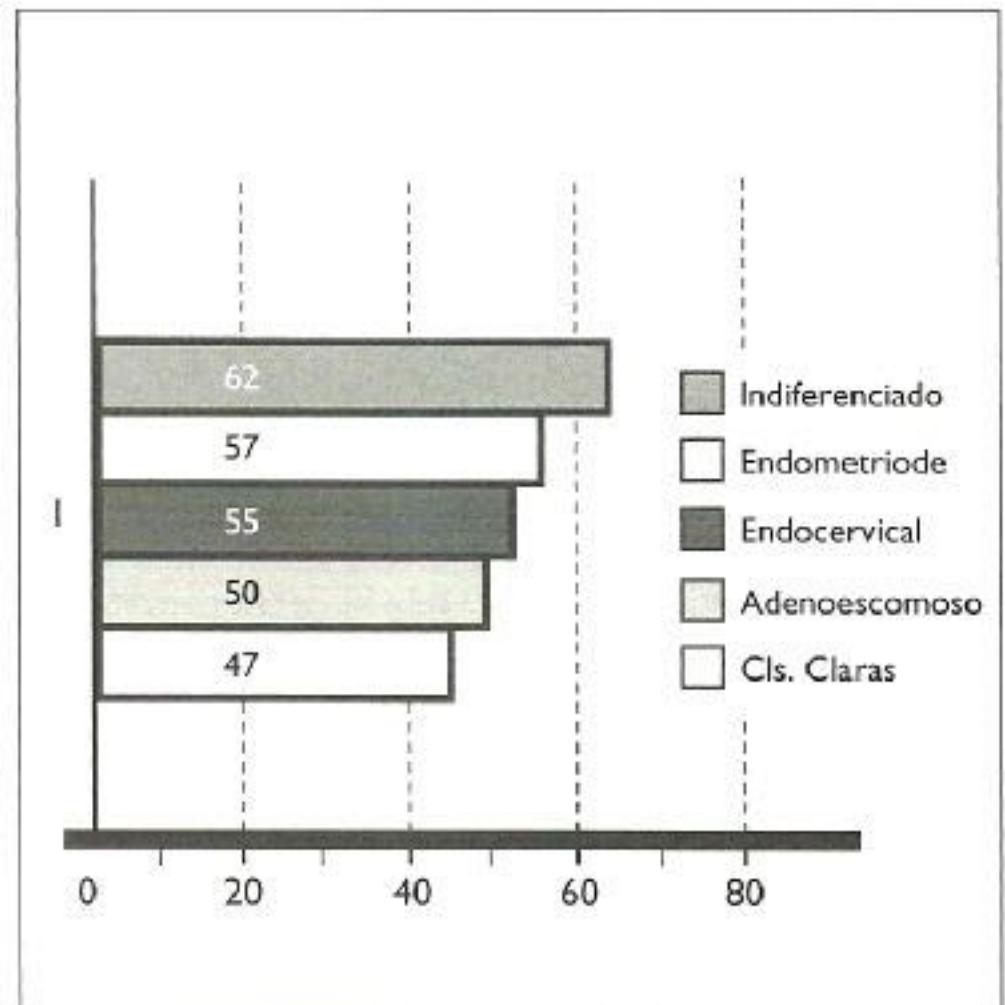
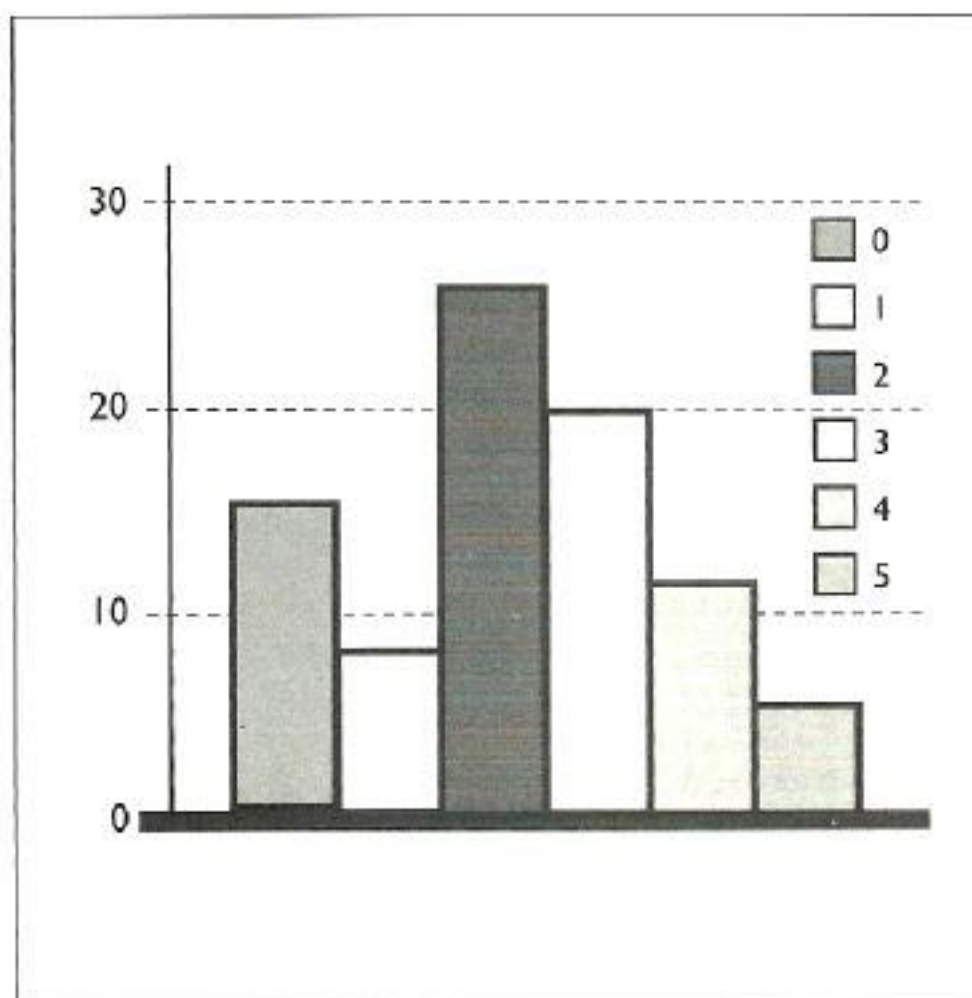


Figura 5

ADENOCARCINOMA INFILTRANTE DEL CUELLO UTERINO. DISTRIBUCION DE LOS 111 CASOS SEGUN PARIDAD



Los métodos diagnósticos básicos utilizados son los mismos que para el diagnóstico del cáncer epidermoide. A continuación se especifica el grado de seguridad diagnóstica. La inspección con espéculo del cervix aprecia en 81 enfermas formas tumorales exofíticas y el cuello aparece sin lesión aparente en 30 pacientes, y por tanto corresponden a formas endofíticas. Se realizó citología cérvico-vaginal a 82 pacientes, siendo sospechosa de malignidad en 77 enfermas y benigna en 5, no se hizo toma citológica en 29. La colposcopia se practicó en 100 pacientes, siendo la imagen compatible con carcinoma clínico en 70 enfermas, reepitelización atípica en 24 casos, mucosa originaria en 4 pacientes y mucosa atrófica en 2 enfermas. En los 11 casos objeto de nuestro estudio se confirmó histológicamente la presencia de tumor maligno del cuello de útero mediante biopsia dirigida, legrado endocervical y/o conización.

● DISCUSIÓN

La frecuencia del adenocarcinoma con respecto al carcinoma epidermoide del cervix presenta porcentaje muy variable que oscila entre el 3% y a el 18,6% (6), e incluso en un único trabajo el 34% (11). En los momentos actuales parece claro que estamos asistiendo a un incremento de los tumores glandulares del cervix y así lo constatamos comparando trabajos de anteriores décadas. En el último quinquenio dicha frecuencia oscila entre el 18-24% (12) de los carcinomas epidermoides, cifras que concuerdan con nuestra casuística.

La edad de más frecuente aparición para el adenocarcinoma de cuello uterino, en términos generales, oscila de 52 a 55 años (13, 14), no observándose diferencia estadísticamente significativa con la

edad de máxima aparición del carcinoma epidermoide. La diferencia de la edad media es amplia según los tipos histológicos, así SAIGO y cols. (15) señalan una edad de máxima incidencia en 38 años para el carcinoma de células claras, de 45 en el adenoescamoso, 50 años para el endometrioide y 52 para el de tipo endocervical. La mayor frecuencia de mujeres jóvenes en el tipo histológico de carcinoma de células claras también es corroborada en este estudio y en otras publicaciones (16).

Son poco conocidos los factores epidemiológicos del adenocarcinoma cervical, pero parecen más relacionados con los del adenocarcinoma de endometrio que con los del cáncer epidermoide de cuello (17). Comunica KORHONEN (18) que el carcinoma glandular del cervix es más frecuente en la paciente soltera (riesgo relativo: 2,07), nulípara (riesgo relativo: 1,96) e hipertensa (riesgo relativo: 3,62), cuando se compara con el epidermoide. SAIGO y cols. (15) encuentran en el 13,2% de sus pacientes hipertensión, diabetes, obesidad o combinaciones de dichas enfermedades, de manera similar en nuestro estudio las afecciones médicas acontecieron en el 24% de las pacientes. La incidencia de nuliparidad del 15% es una cifra similar a la obtenida por otros autores (17). La relación con la actividad sexual y factores infecciosos presenta menos intensidad que en los casos de carcinoma epidermoide, aunque SMOTKIN y cols. (19) en 9 casos de carcinomas glandulares del cervix identifican papiloma humano tipo 18 en 4 enfermas y de tipo 16 en 2 casos. El adenocarcinoma se desarrolla con una frecuencia del 21% sobre cervix restante (20), incidencia mayor que en el carcinoma epidermoide, circunstancia que en nuestro estudio aconteció en cuatro casos (3,6%).

Si por epidemiología el adenocarcinoma y el carcinoma epidermoide de cervix se deben considerar como enfermedades al parecer distintas, no obstante tienen una sintomatología muy similar. El síntoma de más frecuente aparición es la hemorragia genital espontánea perimenopáusica (85%), y en ocasiones la hemorragia provocada (8%) en nuestra casuística. Otros autores refieren unos porcentajes que oscilan entre el 1% y el 20% (11, 13, 15, 20).

Aproximadamente en la mitad de enfermas con adenocarcinoma de cervix la inspección con espéculo descubre la lesión tumoral exofítica (15). GALLUP y cols. (4) analizando 20 casos de carcinoma adenoescamoso encuentran en un 30% un cervix normal; SHINGLE-

TON y cols. (6) observan un 32% de formas endofíticas, 40% exofíticas, 19% formas ulcerativas y 9% polipoideas, mientras que WEISS y LUCAS (20) indican la aparición de un 90% de lesiones exofíticas, y en un 10% tiene forma ulcerativa u oculta. La citología cérvico-vaginal representa un método destacado en el diagnóstico de la enfermedad. Las diversas publicaciones revelan que los porcentajes de exactitud citológica en el adenocarcinoma de cervix varían desde el 65% al 95% (21, 22, 23). La detección citológica de los cánceres glandulares del cervix es comparable al cáncer epidermoide, debido a que en los estadios precoces ambos carcinomas se sitúan en las proximidades de la zona de transformación, esto es, en la porción baja del canal endocervical (24, 25).

La falta de especificidad de las imágenes histológicas en los casos de adenocarcinoma hace que resulte a veces muy difícil precisar el verdadero origen de la neoplasia; es decir, poder asegurar si se trata de un adenocarcinoma endocervical primitivo o bien una propagación de un adenocarcinoma endometrial al endocervix. El legrado fraccionado (26) y la histeroscopia (27) representan dos métodos auxiliares de diagnóstico que nos permiten delimitar topográficamente la zona afectada. Digamos que un 10% de los cánceres endometriales contienen focos de células mucinosas indistinguibles de las del adenocarcinoma endocervical (16). Existen tres criterios, más o menos específicos, para ayudar desde el punto de vista morfológico a realizar la diferenciación del tumor de endometrio extendido al cervix, estos son:

Cuando en el adenocarcinoma coexisten lesiones de adenocarcinoma "in situ", lo más probable es que sea de origen endocervical.

Las tinciones para identificar mucina (Azul Alcian, PAS, Mucicarmín) muestran positividad difusa en el citoplasma celular en el adenocarcinoma de endocervix y sólo débilmente positiva en el polo apical de la célula en el adenocarcinoma de endometrio (28).

La concentración tisular de antígeno carcinoembrionario, puesto en evidencia mediante la técnica de inmunoperoxidasa, se manifiesta en el 80% de las células del adenocarcinoma cervical, mientras que sólo se observa en un 8% si se trata de adenocarcinoma endometrial (28).

(Publicado en Actualidad Obstétrica Ginecológica)

BIBLIOGRAFIA

1. Celorio A: "Carcinoma invasor del cuello uterino". En: Celorio, A.; Calero, F. y Armas A: Fundamentos de Oncología Ginecológica, pág. 346. Díaz de Santos, Ed. Madrid, 1986.
2. Moberg, P.; Einhorn, N.; Silverswärd, C., y Söderbreg G.: "Adenocarcinoma of uterine cervix". Cancer 57: 407, 1986.
3. Boselli, F., y Rivasi, F.; Citty U et al.: "Adenocarcinoma of uterine cervix. New Surgical Trend and Integrated therapies in endometrial, cervical, trophoblastic neoplasias". Actuality of Surgical staging in Gynaecological Malignancies. Proceeding of International Meeting of Gynaecologic Oncology. Press "La Garangola". Padua, 1985.
4. Gallup, D.; Harper, R., y Stock, R.: "Poor prognosis in patients with adenosquamous cell carcinoma of cervix." Obstet. Gynecol 65: 416, 1985.
5. Ferenczy, A.: "Adenocarcinoma of cervix". In: Blaustein, A. (ed): Pathology of Female Genital Tract. 2nd ed, pág. 200. Springer-Verlag, New York, 1982.
6. Shingleton, H.; Gore, H.; Bradley, D.; Soongs S.: "Adenocarcinoma of the cervix. Clinical evaluation and pathologic features". Am J Obstet Gynecol 139: 799, 1981.
7. Armitage, P.: Statistical methods in medical research. Wiley J and sons. New York, 1971.
8. Galen, R.S., y Gambino SR: Beyond normality: The predictive value and efficiency of Medical Diagnoses, pág. 50. J. Wiley and sons. New York, 1975.
9. Kaplan, E.C.; Meier P.: "Nonparametric estimation from incomplete observations". J Am Assoc 53: 457, 1958.
10. Cox, D.R.P.: "Regression models and life-tables". JR Stat Soc 1972, 34 B, 187.
11. Tamimi, H., y Figge, D.: "Adenocarcinoma of uterine cervix". Gynecol Oncol 13: 335, 1982.
12. Leminen, A., y Paavonen, J.; Forss M, et al: "Adenocarcinoma of uterine cervix". Cancer 65: 53, 1990.
13. Franchi, M.; Babilanti, L., y Paganelli, A.; Bolis P.: "Adenocarcinoma of uterine cervix". Analysis of 27 cases. New Surgical Trends and Integrated therapies in

endometrial, vulvar, trophoblastic neoplasias. Actuality of Surgical staging in Gynaecological Oncology. Venice-Iido. April 21st-24th. Press La Gangola. Padova, Italy. 1985.

14. Ireland, D.; Hardiman, P., y Monaghan J: "Adenocarcinoma of uterine cervix: A study of 73 cases". *Obstet Gynecol* 65: 92. 1985.
15. Saigo, P.; Cain, J., y Kim, W.: et al: "Prognostic factors in adenocarcinoma of uterine cervix". *Cancer* 57: 1584. 1986.
16. Fu, Y.; Reagon, J., y Hsui, J.: et al: "Adenocarcinoma and Mixed carcinoma of uterine cervix. I. A clinicopathologic study". *Cancer* 49: 2560. 1982.
17. R. Horowitz, I. P.; Jacobson, L., y Zucker P, et al: "Epidemiology of adenocarcinoma of cervix". *Gynecol Oncol* 31: 25. 1988
18. Karhonen, M.: "Epidemiological differences between adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of uterine cervix". *Gynecol Oncol* 10: 312. 1980.
19. Smolkin, D., y Berek, J.: Fy Y et al: "Human papillomavirus deoxyribonucleic acid in adenocarcinoma and adenosquamous carcinoma of the uterine cervix". *Obstet Gynecol* 68: 241. 1986.
20. Weiss, R., y Lucas, W.: "Adenocarcinoma of the uterine cervix". *Cancer* 57: 1996. 1986.
21. Agustín de P.: "Diagnóstico citológico del adenocarcinoma de cervix infiltrante e in situ". *Acta Obstet Gin Hisp-Lus* 1 (32): 31. 1984.
22. Saigo, P.; Walinska, W.; Kim, W., y Hajdu, S.: "The role of cytology in the diagnosis and follow-up of patients with cervical adenocarcinoma". *Acta Cytol* 29: 785. 1985.
23. Nguyen, G., y Jeannot, A.: "Exfoliative cytology for "in situ" and microinvasive adenocarcinoma of the uterine cervix". *Acta Cytol* 28: 461. 1984.
24. Noda, K.; Kimura, K.; Ikeda, M., y Teshima, K.: "Studies on the histogenesis of cervical adenocarcinoma". *Int J Gynecol Pathol* 1: 336. 1983
25. Boon, M.; Kirk, A., y Rietveld-Scheffers, P.: "The morphogenesis of adenocarcinoma of cervix: a complex pathological entity". *Histopathology* 5: 565. 1981
26. Czernobilsky, B.; Katz, Z.; Lancet, M., y Gaton, E.: "Endocervical-type epithelium in endometrial carcinoma: A report of 10 cases with emphasis on histochemical method for differential diagnosis". *Am J Sug Pathol* 4: 481. 1980.
27. Baggish, M.: "Evaluation and staging of endometrial and endocervical adenocarcinoma by contact hysteroscopy". *Gynecol Oncol* 4: 182. 1980.
28. Kjørstad, K., y Orjasaeter, H.: "The prognostic significance of carcinoembryonic antigen determinations in patients with adenocarcinoma of cervix". *Gynecol Oncol* 19: 284. 1984.

Salud bucodental y embarazo

A. SANTANA PENIN Y M^a J. MORA BERMUDEZ

Profesores Asociados, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Santiago de Compostela

Objetivos del presente trabajo:

1. Reforzar la motivación del dentista general que presta asistencia a la embarazada respecto a la importancia del mantenimiento de la salud dentobucal de la gestante y el futuro niño.
2. Cuál es y cómo conseguir prevenir la patología dentogingival propia de la gestación.
3. Comentar la atención que puede y debe recibir la gestante que sufre alguna patología bucal.
4. Comentar algunos aspectos que debe conocer la gestante antes del parto en relación con la atención a su hijo. Este es el momento en que puede comenzar la prevención de la patología oral.

GENERALIDADES

La atención a la embarazada debe implicar una consideración múltiple por cuanto se trata de una persona y su feto. Pero además no sólo su unidad familiar va a influir directa y particularmente el padre, sino, en general, el ambiente social. El personal sanitario que sigue de cabecera a la embarazada puede influir decisivamente:

– Ayudando a prevenir la patología propia del embarazo y a tratar las enfermedades que se instauren durante este período en la mujer grávida.

– Preparando/informando a los padres para cuidar adecuadamente al recién nacido.

Como todos sabemos, la salud bucal se estima cada vez más importante: basta recordar sus más importantes y/o vitales:

Funciones: Nutrición (1). Relaciones: mímica, temor, ansiedad, amor... (2). Sonido y lenguaje (3). ¿Respiración? (4).

La prevención de la patología bucal debe instaurarse lo antes posible, y en este sentido podemos hacerlo desde que el individuo ha sido engendrado, al menos en determinados aspectos. Para poder cumplir este objetivo es necesario un plan que involucre a los padres del futuro niño.

En otras palabras, por un lado debe hacerse un cuidado o tratamiento de los problemas orales de la gestante, promover su salud y, por otro lado, debe orientarse hacia la prevención y tratamientos adecuados de la boca del feto y futuro hijo.

La información en este sentido debe ser también dirigida al padre: no sólo porque va también a cuidar a su hijo, sino porque éste copiará lo que vea hacer a sus padres.

Probablemente se asociaba antiguamente el dolor en relación con los procedimientos del estomatólogo, lo que probablemente era una de las causas de abandono del cuidado de los dientes. Pero esto ha cambiado y hoy podemos asegurar que **la enfermedad dental es prevenible** y que para mantener un estado de salud bucal es innecesario soportar dolor dental. Si es prevenible la patología oral y ponemos los medios adecuados para conseguir una prevención social estamos cerca de lograr que las próximas generaciones se vean libres de caries y enfermedad periodontal.

El plan de prevención debe establecerse antes de la concepción del individuo y debe comenzar **inmediatamente después de ésta**. La palabra prevención no es mágica y en gran medida el propio paciente debe intentar mantener su salud bucal. Si bien cualquier programa general requiere adaptaciones individuales, la información y motivación de los futuros padres puede realizarse según el siguiente

MODELO DE PROGRAMA/CONSEJO PRENATAL

(de Pinkam (1), modificado):

1. Educar a padres sobre:
 - a. Desarrollo dental del niño.
 - b. Prevención de patología del desarrollo facial y enfermedad dental.
2. Motivar y demostrar procedimiento de higiene oral.
3. Consejos sobre ambiente deseable para el niño, actitudes y motivación: fortalecer y preparar al niño y su dentición para toda la vida.
4. Evaluación del aprendizaje de necesidades y aceptabilidad de estos programas.

CONTENIDO DEL PROGRAMA:

A. Componentes externos (padres):

1. Educar a los padres sobre higiene oral y enfermedad dental.
 - Motivar a los padres para que se sometan a programas de control de placa.
2. Introducir cambios en la salud dental de la madre:
 - Ingesta de azúcares y dulces.
 - Gingivitis del embarazo.
 - Mitos y conceptos erróneos.
 - Visita al dentista aficionado a la especialidad.

3. Tratamiento de la enfermedad dental de los padres.

B. Componentes internos (padres-hijo):

1. Educación sobre desarrollo del niño.

2. Efecto sobre el estilo de vida familiar en el niño:

- Hábitos: fumar.
- Ingesta de dulces.
- Exposición a enfermedades: rubéola, sífilis...

3. Efecto de drogas en los dientes (tetraciclinas).

4. Nutrición: Calcio, vitaminas, flúor, nutrientes esenciales.

5. Necesidades del niño después del nacimiento:

- Alimentación pecho/biberón.
- Suplementos de flúor.
- Higiene.
- Hábitos: chupar dedo, biberón, etc.
- Problemas de erupción dentaria.
- Primera visita al dentista.

Probablemente en relación con la prevención de la patología bucal los aspectos príncipes son el flúor en la dieta y la alimentación del pecho materno. Este tipo de lactancia es el mejor método para obtener los estímulos más fisiológicos que proporcionarán la respuesta adecuada de crecimiento mandibular y facial en general.

PROBLEMAS BUCALES DE LA EMBARAZADA

Efecto sobre la encía y periodonto de la hormonoterapia y embarazo (2): Se producen alteraciones en la mucosa bucal, lo que suele notarse más en encía marginal y papilas. La superficie mucosa se toma más brillante y delgada. Puede sangrar simplemente al cepillarse o al resbalar los alimentos.

Hechos histológicos: Aumento de exudación y alteración de la permeabilidad del endotelio capilar (1); aumento de prostaglandinas (2); aumento de la flora subgingival (3) (la **flora anaeróbica puede aumentar significativamente**, lo que se ha demostrado en particular por el bacteroides intermedius); aumento de la inflamación periodontal (4); aumento de la severidad de las gingivitis (5); aumento de la severidad de la periodontitis (6); aumento de las bolsas periodontales (7), y aumento de la movilidad dental (8).

Uno de los cuadros propios del embarazo es el que se ha llamado «granuloma gravídico» (3), del que comentamos los aspectos más importantes:

Puede iniciarse por presencia de placa. Más frecuente en el segundo trimestre. Aspecto de mora sobre la encía libre/papila. Sangra con gran facilidad. Puede provocar movilidad de los dientes vecinos. Histológicamente es un granuloma piógeno.

Su tratamiento debe posponerse para después del parto:

- a. Por su tendencia recidivante.
- b. Puede regresar sin tratamiento.

Si es preciso su exéresis, advertir la tendencia a la recidiva y efectuar control posparto.

Actitud ante los problemas bucales de la embarazada. El primer problema que puede plantearse es el detectar si se atiende a una embarazada o no. Por ello la asistencia odontológica a la mujer debe incluir un protocolo clínico rígido que incluirá investigación sobre la posible situación de embarazo. Una sencilla anamnesis sobre la posible amenorrea puede orientar rápidamente. Debe bastar con la sospecha para tratar a estas pacientes como si fuesen embarazadas y solicitar interconsulta al especialista.

Si sospechamos o tenemos la certeza de que existe embarazo en

la paciente odontológica, estamos obligados a una asistencia altamente condicionada por esta situación. Recordemos que en el primer trimestre del embarazo tiene lugar la embriogénesis, lo que implica la posibilidad de influir en esta fase provocando malformaciones o interrupción del embarazo. Posteriormente se pueden producir otro tipo de daño que puede ser también grave y obliga a extremar las precauciones. Conocer la situación de embarazo es importante, pero queremos recalcar que no para evitar tratamientos en la embarazada, sino para realizar los que son necesarios y en las condiciones adecuadas, lo que puede contribuir a disminuir la morbilidad bucodental de este momento de la mujer.

TRATAMIENTOS DENTALES EN EL EMBARAZO (RESUMEN)

Primer trimestre (embriogénesis):

- Consulta al dentista general.
- Tratamientos dentales de emergencia.
- No óxido nitroso.

Segundo trimestre:

- Tratamientos de emergencia y electivos.
- Radiografías con protección.

Tercer trimestre (peligro de inducir parto prematuro):

- Tratamientos de emergencia.
- Evitar supino prolongado.
- Radiografías.

La exploración radiológica debe realizarse, como debería ser de rutina para cualquier paciente, en las condiciones en que la cantidad de radiación sea menor. El emisor de Rx debe estar en perfectas condiciones emitir la mínima radiación secundaria detrás del cono que llevará colimador para evitar radiación difusa: el cono será opaco a la radiación; debe usarse película de alta sensibilidad que permitirá reducir la cantidad de radiación y, por último, usar sistemáticamente un delantal correctamente colocado para proteger el abdomen de la paciente. Además debe realizarse siguiendo protocolos de higiene y asepsia adecuados para la paciente, auxiliar y profesional (4).

Todo el embarazo:

1. Programa de control de placa y fluorización de madre y padre.
2. Evitar anestesia general.
 - Anestesia local de elección.
 - No sedación intravenosa.
3. Evitar drogas (si son necesarias usar solamente las no teratogénicas).
4. Consultar al obstetra.
5. Según prescripción médica: ingestión oral 1 mg/día de flúor a partir del cuarto mes de embarazo (que es cuando comienza la calcificación de los dientes temporales, intraútero (1)).

Información a los padres sobre el futuro niño.

¿A qué edad debe ir el niño al dentista? (2, 5):

A. Niños que deben verse posparto:

- Niños con traumatismo o retraso en el desarrollo y crecimiento.

B. Niños que deben verse por primera erupción dental:

- Niños con alto riesgo de caries.

Si bien el riesgo de caries debe valorarse individualmente estudiando parámetros como la saliva (6, 7), los siguientes factores pueden favorecer alto riesgo de caries en el lactante:

1. Producto de embarazo de alto riesgo o parto complicado.
2. Presencia de defecto hereditario o congénito o defecto de desarrollo (5, 8, 9, 10).
3. Niños a los que no se ha administrado flúor.
4. Historia familiar de enfermedad moderada o severa.

C. En general, todo niño debe ser revisado antes de los dos años.

Nota: Niños pretérmino (7-10 por 100 de los que nacen), aproximadamente un 40 por 100 presentará hipoplasias de esmalte, opacidades en la dentición y otros defectos de mineralización (1). Esto debe ser comunicado a la madre con objeto de que acuda con su hijo al dentista para tratamiento precoz de esta patología.

OTROS CONSEJOS

A. Observar desarrollo facial y respiración nasal (5). Para el correcto desarrollo de la cara es imprescindible la respiración nasal que debe quedar «grabada» durante el primer año de vida. El empleo de la boca como vía respiratoria no puede permitirse, sino como vía alternativa durante el momento que lacta. Si durante este primer año de vida se permite que el niño respire de modo habitual por la boca esto va a mantenerse durante toda la vida. Si esto sucede se favorecerán graves alteraciones del desarrollo, aumento de la sequedad bucal con el consiguiente desarrollo de caries, enfermedad periodontal y secundariamente obstrucción nasal, con repercusiones funcionales, estéticas, etc. Un conocimiento de la influencia de estos hechos pueden hacer que los padres demanden tratamiento de estas situaciones sin esperar a que sea tan tarde que se hayan convertido en algo irreparable.

B. No mojar el chupete en miel ni azúcar. No usar un mismo chupete todo el día; no dejarle el biberón después de que han tomado la leche; si necesita más biberón dárselo con agua o manzanilla ligera...

C. Flúor en la dieta del recién nacido.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

La prevención de la enfermedad es el más noble objetivo que puede perseguir la sociedad. Cuanto más precozmente se instaure la prevención más efectiva va a ser. Por desgracia no conocemos la manera de prevenir de modo absoluto todas las enfermedades, por lo que solamente un criterio más humilde puede ser perseguido. Un factor que se ha estimado efectivo con seguridad y hoy acepta prácticamente todo el mundo es el efecto del flúor. Pero en realidad poco más se ha establecido. Informar a los futuros padres de lo que es el correcto desarrollo del niño, así como introducir normas que contribuyan a reducir o evitar la caries y enfermedad periodontal puede conseguirse antes de que los problemas se hayan establecido o sea tarde para evitarlos. El momento del embarazo puede ser adecuado por la receptividad de los futuros padres a la información respecto a las características del desarrollo normal del niño en cuanto al crecimiento, función respiratoria fisiológica, posibilidad de que se responsabilicen de administrar flúor si su medio y especialistas lo aconsejan, así como estar alerta sobre problemas de erupción y patología intrínseca dentaria.

RESUMEN

En este trabajo se analizan dos aspectos: 1º, cómo y qué atención debe prestarse a la embarazada, y 2º, cuál es el momento en que debe y cómo puede comenzarse de la manera más precoz la prevención de la patología bucodental en el individuo: «in útero».

Revista de Actualidad Odontoestomatológica Española.
Febrero, 91

Correspondencia: Montero Ríos, 6, 3º.
Tlfn. contacto: (981) 58 96 55.
15706 Santiago de compostela.

BIBLIOGRAFIA

1. Pinkam, J. R.: "Pediatric dentistry". Saunders Comp. Philadelphia, 111-66, 1988.
2. Genco, R. J.; Goldman, H. M., y Cohen, D. W.: "Contemporary periodontics". C. V. Mosby Company. St. Louis, Missouri, 221-6, 1990.
3. Klaus, H.; Rateitschak, E. M., y Wolf, H. F.: "Atlas de periodancia". Ed. Salvat. Barcelona, 48, 1987.
4. Katz, J. O.; Cottone, J. A.; Hardan, P. K., y Taylor, T. S.: "Infection control protocol for dental radiology". Gen. Dent. 38: 261-4, 1990.
5. Planas, P.: "Rehabilitación neurooclusal (RNO)". Ed. Salvat. Barcelona, 91-6, 1987.
6. Riete, F.: "Profilaxis de la caries y tratamiento conservador". Salvat. Barcelona, 47, 1990.
7. Schlagenhauf, U., y Rosendahl, R.: "Clinical and microbiological caries-risk parameters at different stages of dental development". J. Pedodontol. 14: 141-3, 1990.
8. Cohen, M. M.; Winer, R. A.; Schwartz, S., y Shklar, G.: "Oral aspects of mongolism, part I: Periodontal disease in Mongols". J. Periodontol. 34:41, 1963.
9. Lee, C. S. y Goaz, P. W.: "Ectodermal dysplasia: Christ-Siemens-Touraine syndrome in a female patient". Gen. Dent. 38: 292-5, 1990.
10. Stabholz, A.; Soskolne, V.; Machtei, E.; Or, R., y Soskolne, W. A.: "Effect of benign familial neutropenia on the periodontium of yemenite jews". J. Periodontol. 61: 51-4, 1990.

Efectos de **NUROFEN** sobre la artritis reumatoide

CONSUELO CAÑIZARES OCAÑA, ANA SANCHEZ

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad multisistémica, crónica, de causa desconocida, caracterizada principalmente por sinovitis inflamatoria persistente, que suele afectar a articulaciones periféricas en una forma simétrica. La destrucción cartilaginosa, las erosiones óseas y la deformación articular son características de la inflamación sinovial persistente. No se comprende bien la patogenia; hay hiperplasia e hipertrofia sinoviales, infiltrado linfocítico del tejido sinovial, infiltrado articular por neutrófilo, liberación de proteasas y activación de condrocitos.

Es distintiva la poliartritis simétrica de articulaciones periféricas, con dolor, hipersensibilidad e inflamación de las articulaciones afectadas; suele haber rigidez matutina; a menudo se observa afección de las articulaciones interfalángicas proximales y metacarpofalángicas. Después de inflamación persistente pueden aparecer deformidades articulares. Entre las manifestaciones extraarticulares están nódulos reumáticos, vasculitis reumatoide, inflamación pleuropulmonar, escleritis, síndrome sicca, y síndrome de Felty (esplenomegalia y neutropenia), así como osteoporosis.

Mecanismo de acción de NUROFEN sobre la artritis reumatoide

La actividad del Nurofen en la inflamación de carácter crónico exige una atención especial. En ella participan diversos tipos de leucocitos que emigran hacia el foco inflamado, en especial los neutrófilos, macrófagos y linfocitos, haya o no un componente inmunitario en la respuesta. Dentro de los procesos inflamatorios crónicos tratados con Nurofen, el foco articular de la artritis reumatoide atrae particular interés. En él concurren: a) una reacción inflamatoria de curso crónico; b) un proceso inmunitario en el que los linfocitos B inducen la formación de inmunocomplejos y los T intervienen en los mecanismos de inmunidad celular; y c) células de los tejidos articulares, responsables de la proliferación e infiltración de macrófagos y fibroblastos sinoviales, de la resorción de hueso por aumento de la actividad osteoclástica, y de la disminución de cartilago ante la invasión del tejido conjuntivo precipitado (pannus).

Durante el desarrollo y consolidación de la lesión reumatoide se aprecia en el líquido sinovial un aumento marcado de PGE₂ y en menor grado, de tromboxanos, PGF₂ alfas LTB₄ y 5-HETE. El origen de estos eicosanoides está en los macrófagos y neutrófilos que infiltran la sinovial, y en los propios sinoviocitos. Pero aparecen también otros mediadores, particularmente linfocinas y derivados del complemento. Lo difícil es comprender en qué grado los diversos eicosanoides, los aniones superóxido y los diversos radicales hidroxilo libres participan en la patogenia de la lesión reumatoidea o si, por el contrario, algunos de éstos eicosanoides se comportan como moduladores y favorecedores de la reparación tisular. Mientras para algunos la PGE₂ es la responsable de la resorción ósea por activación de osteoclastos, de la producción de collagenasa por parte de macrófagos y de la liberación de diversas linfocinas por parte de linfocitos T, para otros la PGE₂ tendría un papel moderador o regulador de los linfocitos y sus linfocinas a través de la activación de adenilato ciclasa y producción AMPc. En cambio, los endoperoxidos cíclicos, los radicales superóxido, el TXA₂, el LTB₄ y los 5-HETE contribuyen a los procesos destructivos y a la atracción quimiotáctica de nuevos elementos.

De lo expuesto se desprende la imposibilidad de controlar los mecanismos patogénicos del proceso inmunitario de la AR a través de la inhibición de ciclogenasas con Nurofen. Su acción analgésica y antiinflamatoria parcial contribuye a mejorar sintomáticamente la lesión de evolución moderada, pero es incapaz de controlar el curso progresivo que evoluciona con una cierta agresividad.

Los estudios clínicos indican que los derivados del ácido propiónico son comparables a la aspirina para el control de los signos y síntomas de la AR y osteoartritis. En pacientes con AR hay una reducción de la tumefacción articular, el dolor, y la duración de la rigidez matinal. Mediante mediciones objetivas se observó mejoría de la fuerza, la movilidad y resistencia. En general, la intensidad de los efectos indeseables es menor que la asociada con la ingestión de Indometacina a altas dosis de aspirina.

Es probable que más del 50% de los pacientes con AR alcance el alivio sintomático adecuado con el uso de uno u otro de los derivados del ácido propiónico, y muchos clínicos prefieren su uso en lugar de la aspirina en dichos pacientes.

Estudios realizados sobre los efectos del ibuprofen y diclofenac en la quimiotaxis inducida por sustancia P y transformación del factor beta en los monocitos y PMN en los humanos demuestran que sustancia P y factor beta están presentes en el líquido sinovial de los pacientes artríticos y participan en la patogénesis de la AR. El ibupro-

fen disminuye la quimiotaxis inducida por la sustancia P y el factor beta en las concentraciones que pueden ser fácilmente alcanzadas en el líquido sinovial durante la terapia. Este acontecimiento nos confirma el efecto del ibuprofen sobre el impedimento del desarrollo y progreso de la enfermedad.

¿Te fastidia tener los ojos irritados?

OPTREX, una solución

DR. J.A. SIERRA - Pediatra

Al hablar del ojo muchas veces lo comparamos con una cámara fotográfica y hasta con una célula fotoeléctrica. Pero estos aparatos inventados por el hombre son mucho más rudimentarios que el ojo, que no es tan sencillo como parece. En realidad constituye un mecanismo exacto y complicado, su enfoque, es de una perfección extremada.

Al ser el ojo un órgano sumamente delicado, cualquier lesión, por pequeña que sea, alcanza gran repercusión.

Las afecciones oculares pueden ser atribuidas a agentes fisicoquímicos, infecciones tumorales, hereditarias, degenerativas, etc. Por eso, ante cualquier afección o síntoma es muy aconsejable la visita al oftalmólogo.

Boots Pharmaceuticals S.A. a partir del agua destilada de Hamamelis, ha elaborado un producto natural e inodoro, recomendado especialmente para ojos débiles, cansados e irritados por la polución, el humo, el polvo, los ambientes cerrados, etc. Para ello recomendamos utilizar tanto Optrex Colirio Natural, como Optrex Baño Ocular varias veces al día.



Vivencias y recuerdos

Cómo eran los partos según sus protagonistas

ANA MARTINEZ MOLINA¹, MERCEDES JULIAN RODRIGO²

¹ Matrona, Profesora de Enfermería Maternal de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital General Universitario de Valencia.

² Diplomada Universitaria de Enfermería.

INTRODUCCION

En los últimos años se ha desarrollado un movimiento que aboga por una atención de enfermería centrada básicamente en conseguir el máximo nivel de bienestar físico, psíquico y social del individuo en la comunidad dentro de la sociedad.

Con este trabajo pretendemos colaborar en la consecución del principal fin de nuestra profesión, introduciéndonos en el conocimiento popular sobre su percepción de la salud, hecho que, sin lugar a dudas, condicionará la relación enfermera-paciente/cliente haciendo que la transmisión de información sea más clara y completa. Además, permitirá a la enfermera incidir en los aspectos importantes, planificando actividades de acuerdo con el estilo de vida y la idiosincrasia del paciente, resultando así una atención individualizada y personalizada efectiva.

Destaquemos también la importancia de la renovación y reciclaje del personal de enfermería, adaptándose al nuevo modelo de sistema sanitario contrastando estudios retrospectivos con actuales, permitiendo una mayor capacitación de los profesionales de enfermería. Así se conseguirá elevar el estado de salud de la comunidad con una mejor prevención de las enfermedades, educación y promoción de la salud más incisiva en los aspectos menos conocidos por la población, no limitándose únicamente al campo curativo.

Una información como la que nos transmite este trabajo nos permitirá identificar las necesidades sentidas de la comunidad dentro de lo que consideraríamos su concepto de bienestar, orientándonos en el momento de realizar un programa en concreto, permitiéndonos garantizar su éxito de antemano.

OBJETIVO

Como objetivo general se planteó el conocimiento de cómo las mujeres recuerdan su embarazo y parto después de haber transcurrido dos décadas. Se podría considerar como un estudio retrospectivo que nos permitirá conocer cuáles son los puntos fundamentales para una mujer en el transcurso del embarazo y parto de su hijo y cuáles son los aspectos que consideraron deficitarios en su momento.

También cabe incluir como objetivo que los alumnos de enfermería conocieran los detalles de su nacimiento que quizás no se les hubiera ocurrido nunca preguntar.

MATERIAL Y METODOS

Todos los datos fueron recogidos mediante una entrevista abierta a sus madres que nos ha permitido recopilar información sobre las siguientes variables:

- | | |
|---------------------------|--------------------------------|
| 1. Síntomas del embarazo. | 8. Lugar del parto. |
| 2. Embarazo deseado o no. | 9. Nombre del médico. |
| 3. Elección de sexo. | 10. Nombre de la matrona. |
| 4. Número de gestación. | 11. Substancias administradas. |
| 5. Control del embarazo. | 12. Recuerdo del parto. |
| 6. Síntomas del parto. | 13. Papel del padre. |
| 7. Horas de dilatación. | |

Ninguno de ellos habían sido fijados previamente, sino que son los aspectos que recordaban las propias madres.

Únicamente se señaló un criterio general de inclusión, el siguiente: "Quedan incluidas en el trabajo todas aquellas entrevistas referentes a partos efectuados entre los años 1967 y 1973 recogidas por los alumnos de la E.U.E. del Hospital General Universitario de Valencia matriculados en la asignatura de Enfermería Maternal (2º D.U.E.) en el curso académico 1992-93". (nota 1)

Se recopilaron un total de 64 entrevistas de las que se excluyeron cuatro por tratarse de partos anteriores a las fechas marcadas en el criterio general.

Todas las variables detalladas con anterioridad se han tratado estadísticamente como preguntas abiertas que proporcionan una información más completa. Ello permitió, a lo largo del desarrollo del trabajo, destacar algunos puntos que afectan directamente al modo de vida que cada mujer experimenta durante su embarazo y parto.

RESULTADOS

Comenzamos con el tratamiento de las diferentes variables, detallando en algunas, referencias de las madres que a nuestro criterio son importantes.

1. Síntomas del embarazo

Cabe destacar los siguientes síntomas por orden porcentual: En primer lugar, los problemas por aumento de peso (13,67%), seguido por los no especificados en las entrevistas (12,95%) y los vómitos

(10,79%). A continuación fueron citados los movimientos fetales (49,35%), náuseas (8,63%), otros (8,63%), amenorreas (7,92%), problemas circulatorios (7,91%), problemas psicológicos (7,19%), cambios mamarios (5,04%), mareos (4,32%), y ninguno (3,60%).

Dada la cantidad de información recogida tememos se pierda en datos estadísticos por lo cual pasamos a especificar algunos de los puntos tratados que en nuestra opinión son de vital importancia:

En cuanto a los problemas derivados por el aumento de peso incluimos los dolores generalizados en riñones, espalda y piernas, cansancio, micción frecuente, aumento de peso propiamente dicho, y formación de estrías a lo largo del embarazo.

Como problemas circulatorios encontramos los edemas en miembros superiores e inferiores; varices e hipertensión arterial; anemia y lipotimias.

Entre lo que agrupamos como problemas o alteraciones psicológicas destacan la angustia, antojos, inquietud, nerviosismo, miedo, intranquilidad y preocupación.

En cuanto al grupo de "Otros" incluimos hambre, trastornos estomacales, hipersensibilidad olfativa, inapetencia, sueño, calor e insomnio.

Resalta que el síntoma de embarazo más frecuente durante el primer trimestre son los vómitos, mientras que en el segundo trimestre, en todos los casos, los movimientos fetales se mencionaron como el signo más indicativo de ser portadora de un nuevo ser.

2. Embarazo deseado o no

Dado el alto porcentaje que no especifica esta cuestión en la entrevista (58,30%), quizá por la privacidad del tema, sólo nos queda resaltar que de la muestra, un 28,33% opina que el suyo fue un embarazo deseado, frente a un 13,33% que fue un embarazo no deseado.

3. Elección de sexo

Los resultados de esta cuestión fueron los siguientes: un 75% no especifica la elección del sexo como relevante, un 13,3% si que eligieron el sexo del bebé, y un 11,7% no daban importancia al sexo del recién nacido.

4. Número de gestación

En el 26,67% de la muestra se trató de su primera gestación, en el 16,67% de su segunda, en el 18,33% de su tercera, en 5,0% de su cuarta, en otro 5,0% de quinta, y en el 1,67% de su séptima gestación. Un 26,67% no respondió a esta cuestión.

5. Control del embarazo

Un 50% de la muestra controló su embarazo con visitas periódicas al médico, un 15% no controló su embarazo, mientras que un 26,67% no especifica esta cuestión y un 8,3% controlaba su embarazo a demanda, es decir, controlaban su embarazo por un problema de salud concreto, en tres casos el motivo fue que el Rh de la madre era negativo y en uno de ellos se había producido la muerte del feto anterior.

6. Sintomatología del parto

La muestra coincide en señalar en un 35,11% que el síntoma de parto más frecuente y relevante es el dolor, seguido por las contracciones (21,28%), rotura de aguas (18,09%), otros (11,7%), sangrado (8,51%), y no especificado (5,31%). Cabe mencionar que como "otros" se englobaron los siguientes síntomas: sed, vómitos, mareos,

molestias e hipertensión arterial ya que aparecieron de forma aislada.

Añadir también que dentro de las entrevistas encontramos partos provocados y un caso de parto prematuro.

7. Horas de dilatación

De la muestra sólo un 6,67% estuvo menos de una hora, un 23,33% estuvo entre una y cinco horas en dilatación, un 20% estuvo entre seis y diez horas, un 11,67% entre diez y quince horas, un 3,33% entre 20 y 25 horas, y sólo un 1,67% estuvo más de 25 horas. Un 33,33% no especifica esta cuestión en su entrevista.

8. Lugar del parto

De la muestra un 30% parió en un hospital, un 15% lo hizo en el Hospital General de Valencia, un 10% en "La Cigüeña", un 8,3% en "La Fe", un 5% en "Virgen del Consuelo", un 5% parió en la "Casa de la Salud", un 21,7% parió en otros hospitales. Un 5% no especifica esta cuestión en su entrevista.

De las tres madres que dieron a luz en su hogar, dos de ellas fueron en los años 1968 respectivamente, y la tercera fue un parto prematuro siendo trasladada luego al hospital.

9. Nombre del Médico

Un 91,67% de las madres no conocen el nombre del médico que las atendió. Además, destaca que el 8,33% que si lo conocían fueron asistidas en clínicas privadas y controlaron su embarazo con visitas mensuales. Sólo una de las asistidas en el Hospital General recordaba el nombre del médico.

10. Nombre de la matrona

El 91,67% de la muestra no conoce el nombre de la matrona que las asistió. Hay que señalar que el 8,33% que si lo conocían parieron en clínicas privadas y una fue asistida en casa.

11. Sustancias administradas

Lo más recordado es la fluidoterapia (23,5%), seguido por los puntos de sutura (16,5%), la anestesia (10,6%), otras sustancias (10,6%), calmantes (8,2%), pastillas sublinguales para la dinámica uterina (5,9%), enema (4,7%), nada (4,7%). Hay que añadir que un 11,8% fueron partos provocados, un 1,2% fueron cesáreas y un 2,4% no especifica esta cuestión en su entrevista.

Las sustancias administradas, englobadas como "Otras" en nuestra relación fueron: Penicilina, hipotensores, bolsa de arena, sonda uretral, vacuna anti-D, pastillas antieméticas y cápsulas para acelerar el parto.

12. Recuerdo del parto

Un 11,67% de las madres opina que sus partos fueron maravillosos, un 6,67% que fue agradable, un 6,67% que fue fácil, un 5% que fue un dolor compensado, un 6,67% que fue difícil, un 3,33% opina que fue una pesadilla, un 10% que estuvo desatendida, y un 11,67% manifestaron que fueron anestesiadas. Un 38,33% no especifica esta cuestión en su entrevista.

13. Papel del padre

A nuestro juicio, esta cuestión resulta más interesante no someterla a porcentajes, y recopilar a modo de citas textuales extraídas de las entrevistas; como por ejemplo:

"Durante el parto, mi madre se sintió muy acompañada, tanto por el médico, la enfermera, como por la presencia de mi padre".

"Dejaron que tu padre estuviera conmigo".

"Mi padre le dió un gran apoyo moral y físico, y gracias a él, le fue más fácil asumir la realidad y superar un poco ese miedo...".

"Me comenta que le hubiese gustado que en ese momento hubiese estado con ella mi padre, ya que es cuando necesitas a tu marido para que te apoye y te dé fuerzas, ánimo y moral, porque se sentía sola y objeto de las miradas de gente que no conocía. Sobre este aspecto piensa que se ha avanzado porque al tener al marido en esos momentos a tu lado, como ocurre en la actualidad, te alivia para afrontar ese hecho un poco más protegida y segura".

"Piensa que estuvo mejor atendida en el hospital desde la concepción hasta el parto porque existía mucha más tecnología y medios, pero que a nivel domiciliario, o sea, que la matrona, la presencia de su marido y su ayuda le era más reconfortante".

"Aquel día mi padre se sentó al lado de mi madre cronometrando y apuntando cada cuanto tiempo se producían los dolores y cuanto duraban... mi padre intentaba animar a mi madre mientras la ayudaba a caminar hacia el quirófano...".

"Los datos que contaré han sido relatados en su mayoría por mi madre ya que aunque mi padre fue con ella no estuvo a su lado y aunque hubiera estado tampoco podría contarle todo ya que tendrían que haber puesto otra camilla a su lado y asistirle a él también, debido a que su relación con los hospitales no es de las positivas, todo lo contrario, coloquialmente diríamos que él y los hospitales se tienen alergia".

"Con mi madre estaba mi tía ya que mi padre tiene fobia a los hospitales y todo lo que tiene que ver con ellos, así que ya hacía bastante con meterse en el hospital y estar en la sala de espera junto a mis abuelos".

"Todos se alegraron mucho con mi nacimiento. Mi padre me vio un poco después de nacer, cuando ya estaba en la habitación con mi madre y por supuesto estaba "super" contento y, claro, todavía un poco nervioso. Al poco de nacer él mismo se encargó de inscribirme en el Registro Civil poniéndome el mismo nombre que mi madre, y también me regaló unos bonitos pendientes que aun conservo".

"En ese momento mi madre estaba totalmente sola en la clínica ya que mi padre se había marchado a casa para ver a mis hermanas y a recoger a mi abuela, porque el médico les había dicho que seguramente nacería de madrugada".

CONCLUSIONES

Los resultados no son más que una confirmación de la importancia de la Educación Maternal, por un embarazo sano vivido plenamente y una adecuada información y adaptación a su nuevo estilo de vida como mujer embarazada y futura madre.

Un determinante de este trabajo es el número de gestación puesto que corrimos el riesgo de que se viera sesgado por factores externos relacionados con el número de hijos que se tuvieron pre-

viamente a los años incluidos en el trabajo, siendo la mayoría primíparas y en porcentajes menores secundíparas y multiparas.

Sorprendentemente, y a pesar de que hace dos décadas el embarazo se veía como un tema exclusivo de mujeres y que generalmente las más ancianas orientaban a las más jóvenes para que autocontrolaran su embarazo, sin embargo lo controlaban con visitas sucesivas al médico, pero sin llegar al embarazo con expectativas y prejuicios determinados.

Destaca también que en ninguna de las entrevistas se señala la preparación al parto o maternal como parte de su control del embarazo.

Cabe resaltar un grave problema de diferenciación entre dolor y contracción, aspecto determinante tanto en la dilatación como en el proceso expulsivo.

Las madres que llegan al parto preparadas diferencian con facilidad el dolor de la contracción, lo que permite que entre contracción y contracción se relaje, disminuyendo la pérdida de fuerzas inútilmente durante el proceso de dilatación, soportando el dolor mucho mejor con las respiraciones aprendidas y empujando en el período expulsivo justo en el momento de la contracción. Añadir que una correcta identificación de las contracciones se evitan también los períodos largos y de varios días en el hospital.

Para finalizar, entrando en el papel del padre, debemos hacer un llamamiento a que se potencie la asistencia a la preparación al parto, no solo de la madre, objetivo difícil, sino que también acuda el padre para que no se vea relegado a un segundo plano en el momento del nacimiento del que también es su hijo.

NOTA I

Los alumnos que han realizado las entrevistas son los siguientes:

R. Albau, M. Albert, R. Alcantarilla, I. Aldaz, E. Aparisi, V. Arenas, B. Ballesteros, M. Botella, A. Cantos, R. Castells, I. Castellano, E. Castellano, M. Castillo, I. Chacón, B. de Miguel, J. Dormidontova, R. Enguidanos, C. Escrivá, E. Estupiñán, V. Ferraro, V. García, D. Gómez, R. González, I. Gonzalez, A. Hernández, A. Hueso, A. Laserna, R. López, S. Martínez, C. Martínez, A. Martínez, C. Martínez, M. Martínez, M^a J. Mateo, R. Medina, A. Montagud, M. Montalt, A. Montalt, M. Montoya, V. Mora, S. Moreno, N. Moreno, N. Moreno, E. Mosquero, M^a J. Murciano, R. Nieto, V.M. Pla, P. Polo, F. Pomas, E. Prats, A. Rico, E. Sánchez, M. Sanjerónimo, R. Sentadreu, A. Serrano, R. Soria, T. Teliar, A. Teruel, S. Tomás, R. Traver, B. Triguero, M^a J. Usach, O. Valor, J. Zafrilla, T. Zamora.

A todos ellos nuestro agradecimiento.

CASO CLINICO

Reanimación del recién nacido hipóxico

Historia clínica

ALEJANDRA GALVANESE - Matrona

Gestante de 33 años con antecedente de dos embarazos normales y partos eutócicos a término. Acude de parto en la semana 39 de gestación.

En la exploración de ingreso y mediante maniobra de Leopold se apreció un feto en situación longitudinal, presentación cefálica, dorso izquierdo, la dinámica uterina era de 2-3 contracciones en 10 minutos y la frecuencia cardíaca fetal de 136 lat/min. Al tacto vaginal cuello borrado, fino y dilatado 3 cm. La bolsa integra la presentación cefálica en un primer plano de Hodge.

La gestante tras ser debidamente preparada, fue pasada a la sala de partos donde se le colocó un registro cardiotocográfico interno tras procederse a la amniorraxis artificial con salida de líquido amniótico claro. Durante los primeros 30 minutos de registro se constataron 3 contracciones cada 15 minutos de escasa intensidad, por lo que se inició una perfusión oxitócica en venoclisis a dosis de 2,5 m UL/min. Sin embargo el goteo se retiró a los 75 minutos, debido a la existencia de 5-6 contracciones cada 10 minutos momento en que la dilatación era de 7 cm y la presentación cefálica en OIT se hallaba en I-II plano de Hodge.

Dado que la frecuencia cardíaca fetal que se había mantenido entre 136-144 lat/min a lo largo del parto, estaba ahora entre 160-170 lat/min se practicó una microtoma de sangre

fetal que resultó de Ph 7,26 Pco₂ 50 mmHg y EB 4,5 m Eq/l.

A los pocos minutos se apreció la existencia de una hipertonia y polisistolia en el registro junto con una bradicardia fetal mantenida de unos 60 lat/min, por lo que se indicó perfundir B adrenérgico y colocar a la gestante decúbito lateral. Sin embargo la gestante refinó en aquel momento ganas de empujar y al colocarla en posición ginecológica se apreció que la presentación estaba distendiendo el periné, naciendo tras una episiotomía un feto de 2950 intensamente deprimido (apnéico, hipotónico y con latido cardíaco de 60-70 lat/min).

A la salida de la placenta se observó la existencia de un coágulo retroplacentario que afectaba aproximadamente 1/3 de la superficie placentaria. Este desprendimiento fue el responsable de la hiperdinamia - evolución rápida del parto, sufrimiento fetal y nacimiento de un niño francamente deprimido. La bioquímica de arteria umbilical fue de Ph 7,12, Pco₂ 65 mmHg y EB 9,5 Eq/l.

COMENTARIOS

Dado que la reanimación pretende contrarrestar una situación de asfixia, parece fundamental conocer las bases fisiopatológicas de esta última. El término asfixia implica una incapacidad por parte del órgano de intercambio gaseoso (placenta pulmón neo-

natal) para el aporte de O₂ y eliminación de CO₂ adecuados, aunque muchos de nuestros conocimientos fisiopatológicos sobre la asfixia proceden de estudios experimentales son aplicables de forma general al feto humano.

CAMBIOS CARDIOPULMONARES

Durante el primer minuto de asfixia aguda total el feto realiza esfuerzos respiratorios aumentando su frecuencia y amplitud durante uno a dos minutos. Durante este periodo de tiempo, la frecuencia cardíaca desciende a 80-100 lat/min y se estabiliza así alrededor de 5-8 min. Cuando el esfuerzo respiratorio irregular y espasmódico ("Gaspings") inicial cesa, se produce un período de apnea primaria de alrededor de 1 minuto de duración. En este momento puede iniciarse la respiración espontánea por estímulos sensitivos adecuados. Pero si la asfixia continúa, se producen "gaspings" espontáneos más profundos durante 4-5 minutos más y luego los esfuerzos respiratorio se debilitan progresivamente hasta que cesan del todo alrededor de los 8 minutos de asfixia total. Tras el último "gaspings" se inicia una apnea secundaria o terminal que continuará hasta la muerte a menos que se intervenga (reanimación) rápidamente.

La frecuencia cardíaca disminuye de 80-60 lat/min en el momento de la apnea

sión de insuflación debe ser alta si se trata de un pulmón que no ha respirado (70-80 cm H₂O) disminuyendo rápidamente a presiones del orden de 30 cm H₂O para la segunda inspiración y a 15-20 cm H₂O en las siguientes. El ritmo respiratorio será del orden de 40-60 respiraciones por minuto. Evidentemente todas estas cifras no son inamovibles y hay que ajustarlas a las necesidades de cada caso.

Si tras ventilar correctamente existe bradicardia o el recién nacido presenta ya inicialmente un estado de muerte aparente, o el latido cardíaco es débil y lento, se realiza masaje cardíaco externo con dos dedos sobre el tercio medio del esternón y abarcando el tórax del niño con las manos a una frecuencia el doble de la respiratoria con intervalos cada 3-4 movimientos para permitir la expansión pulmonar y ejerciendo una presión que haga deprimir la caja torácica de 1 a 1,5 cm. El

masaje se mantendrá hasta conseguir un latido superior a 80 pulsaciones /min y un pulso femoral palpable.

El empleo de medicación para la reanimación del recién nacido está muy restringida, dada su acción pasajera. Sin embargo cuando no se consigue mantener una frecuencia cardíaca superior a 100 lat/min con ventilación, masaje cardíaco y tras corregir la acidosis se debe administrar atropina o adrenalina y calcio en forma de gluconato.

Cuando existe un déficit ventilatorio persistente secundario a una depresión por mórnicos administrados durante el parto, se empleará naloxona. Hay que tener en cuenta que en hijos de mujeres adictas a la heroína este fármaco puede desencadenar o agravar el síndrome de abstinencia.

Si tras la instauración de una ventiloterapia eficaz que compensa el componente

respiratorio persiste una acidosis puede estar indicada la administración de bicarbonato tampón.

Finalmente hay que advertir que la controversia existe acerca del empleo de casi todos estos fármacos potencialmente útiles en la reanimación del recién nacido. Y es que el niño que requiere estas medidas de reanimación adicionales, es que presenta una asfixia importante y corre un elevado riesgo de lesión orgánica o cerebral posterior. Sin embargo, la impredecible variabilidad de la respuesta individual y la capacidad del feto/recién nacido para resistir episodios mucho más prolongados de asfixia parcial, hace necesario intentar estas medidas de reanimación en la mayoría de los casos.

BIBLIOGRAFIA

Obstetricia y ginecología Salvat. Tratamiento RN Deprimido. González Merlo.

EN CAMPAÑA DE IMAGEN... por las Matronas...

La Asociación se planteó hace más de un año como objetivo para conseguir a corto plazo:

- Estar más cerca de la sociedad.
- Hacerse conocer mejor.
- Prestigiarse ante la sociedad.

El año pasado se inició una campaña de imagen de las Matronas desarrollando una importante actividad informativa en determinados medios de comunicación.

Conseguimos disponer de varios espacios, aprovechando para informar ampliamente del perfil profesional de las

Matronas, aspecto que la sociedad desconoce, confundiéndonos con Enfermeras o asignándonos papeles de ayudantes de otros profesionales.

Este año lo hemos cerrado con múltiples actividades orientadas a lograr el lugar que nos corresponde.

Algunas de éstas actividades han sido:

Día 23 de Diciembre "El Callejero".
ONDA CERO.

Día 28 de Diciembre "Programa de Encarna". COPE.

Día 3 de Enero "A tu manera".
R. NACIONAL-5.

Día 4 de Enero "Madrid Directo".
TELEMADRID.

Día 26 de Enero "En buenas manos".
ANTENA 3 TV.

– Agencia EFE, Europa Press, Servimedia.

– Proyecto de colaboración en algunas revistas.

– Proyecto de editar un Manual para madres.

– Continuidad de nuestra revista "Matronas hoy", a pesar de las dificultades.

– Proyecto de instalar y cubrir una Línea Telefónica de Información para mujeres.

**SI SE TE OCURRE ALGUNA IDEA
QUE SEA FACTIBLE
PARA NUESTRA CAMPAÑA
DE IMAGEN,
¡¡ESCRIBENOS...!!**

!!!MUY IMPORTANTE!!!

En relación con el curso de *haptonomía*, anunciado en nuestro número 3 de "Matronas Hoy":

Se cometió un error en el enunciado o título del curso, que asume plenamente la dirección de "Matronas Hoy", por lo que no es imputable, en absoluto, al profesor que lo ha de impartir, Dr. Aguirre de Carcer.

Definitivamente el enunciado de este curso es:

CURSO DE ACTUALIZACION PARA MATRONAS, SOBRE PREPARACION A LA MATERNIDAD.

Programa

- 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 haptonómico.

Este curso se realizará tan pronto como se complete la matrícula.

Lamentamos los posibles equívocos que ha podido suscitar el error de titulación, en particular al Dr. Frans Veldman y al CIRDH.

La Directora.

La creación de la comisión nacional de la especialidad obstétrico-ginecológica (Matrona) no se puede demorar más.

Las competencias de la Comisión Nacional de la Especialidad deben ejercerse por las profesionales que prevee el Decreto 992/87.

El Artículo del Decreto de Especialidades dispone que por cada una de las mismas se creará la Comisión Nacional correspondiente. El Artículo 10 del mismo determina las funciones de éste Órgano que giran entorno al seguimiento y control de la formación de las futuras Matronas.

Seguramente lo más importante de esta normativa es, la condición de que todos los miembros *deben estar en posesión del correspondiente Título de Especialistas - Matronas*.

Esta condición es muy importante, las 7 personas que compondrán la Comisión Nacional serán Matronas. Ya es hora de que decidamos las Matronas, los asuntos de nuestra formación.

Elecciones 1994

El pasado día 12 de Enero se celebró la Asamblea General y las Elecciones a los cargos de la Junta Ejecutiva.

Al no presentar ninguna candidatura por parte de las asociadas, la Junta actual deberá continuar hasta nuevas Elecciones, tarea que al parecer no desea asumir ninguna Matrona.

La Ejecutiva queda compuesta de ésta forma:

Presidenta:	M ^a Ángeles Rodríguez.	Vocales:	Alejandra Calvanesse.
Vicepresidenta:	María Marcos.		Elia Rodríguez
Secretaria:	Rosa San Martín.		Lucía Romero.
Tesorera:	Isabel Bayón.		Lucía Calderón.

En la composición de la Junta hay que sumar dos nuevos miembros que actuarán como Vicepresidentas:

Carmen García Urias
Lina Celada.

Esta modificación fue una propuesta de la presidenta que fue aprobada por unanimidad en la Asamblea.

Al añadir estos cargos, la función Ejecutiva se distribuye de una manera más operativa, fue la propuesta de la Presidencia, aparte de contar con la experiencia de las dos nuevas Vicepresidentas que ostentaron cargos importantes con anterioridad.

El bajo número de matronas es preocupante

Maria Angeles Rodríguez Rozalén, presidenta de la Asociación Nacional de Matronas, manifestó que esta especialidad sanitaria tiene una nueva regulación, siguiendo las directrices europeas con un amplio abanico de actuaciones con la mujer.

Pregunta: ¿Cuál es la situación actual de la profesión de matrona en España?

Respuesta: Iniciamos una etapa que no cambia sustancialmente lo que es la profesión, pero que se atisban modificaciones en función de lo que constituye la titulación o mejor dicho la formación que es más densa y por otra parte encontrar legalmente nuestra función. La mayoría de las ecas

hemos estado configuradas por delegación y ahora por el comportamiento de las directrices comunitarias están previstas lo que no tienen otras profesiones sanitarias en estos momentos, como son una serie de atribuciones. Esto es muy importante porque las profesiones sanitarias no están reguladas en cuanto a las funciones de cada una. Teóricamente el médico era el que definía todo y los demás actuábamos por orden de él. Tanto la profesión de enfermera como la de matrona tiene sus propias atribuciones y competencias y esto es lo que está delimitado.

P: ¿Qué es lo que realizan en su función diaria como novedoso?

R: Estamos comenzando a llevar los embarazos. Sabemos que la sociedad española nos ubica muy bien en una sala de partos, pero desconoce estas otras actividades

que estamos haciendo fuera de lo que es un parto. Estamos ocupándonos de otros programas de salud de las mujeres como por ejemplo diagnóstico precoz del cáncer, orientación familiar, seguimiento del puerperio, educación sanitaria y sexual y por supuesto los programas de preparación al parto. Estas actividades nos conforman como agentes de salud muy completos, al abarcar un amplio abanico de posibilidades de actuación de un ciclo vital del grupo social de las mujeres. Además se están haciendo algunas novedades importantes en algunas comunidades que tienen competencias como es por ejemplo el tratamiento de la menopausia. En Valencia hay una experiencia piloto que se está aplicando también en Cataluña.

Sánchez Robles
Albacete

Se celebró el 4º Congreso Nacional de Matronas



El pasado mes de Mayo tuvo lugar la celebración del IV Congreso Nacional organizado por la Asociación Española de Matronas.

La asistencia fue muy numerosa, casi 400 matronas, el nivel científico altísimo. Asistieron representantes de los Ministerios de Sanidad y Educación y Ciencia.

Momentos durante la celebración de la ceremonia de apertura, a cargo del Ilmo. Sr. D. Angel Carrasco, Director General de Ordenación del Ministerio de Sanidad, que manifestó su apoyo incondicional para la formación de las futuras matronas. También intervino el Ilmo. Sr. D. José Andrés Sobrino, representante del Ministerio de Educación y Ciencia.

*Ilma. Sra. Dña. Mª Angeles Rodríguez Rozalén,
Presidenta de la Asociación Española de Matronas.*

En su intervención, presentando el IV Congreso Nacional, explicó el lema que tituló esta reunión científico-social: "Reafirmando una profesión legendaria". Dijo: El lema responde a la actitud y situación de la Profesión. Somos las mismas de todos estos siglos, sólo tenemos diferencias en el nuevo Programa de Formación, como cada vez que se revisó y modificó, en 1887, en 1953,..., lo importante es la adecuación a cada época y necesidades.

También recordó los anteriores:

I Congreso: "Matronas y salud para el año 2000".

II Congreso: "10 años gestando futuro".

III Congreso: "Tenga una matrona en su vida; la sociedad las necesita".

Finalizó felicitando a todas las matronas por el importante logro de la puesta en marcha de las Unidades Docentes que viene a sustituir las antiguas Escuelas de Matronas, cerradas desde 1987. También insistió en la necesidad de UNIDAD.

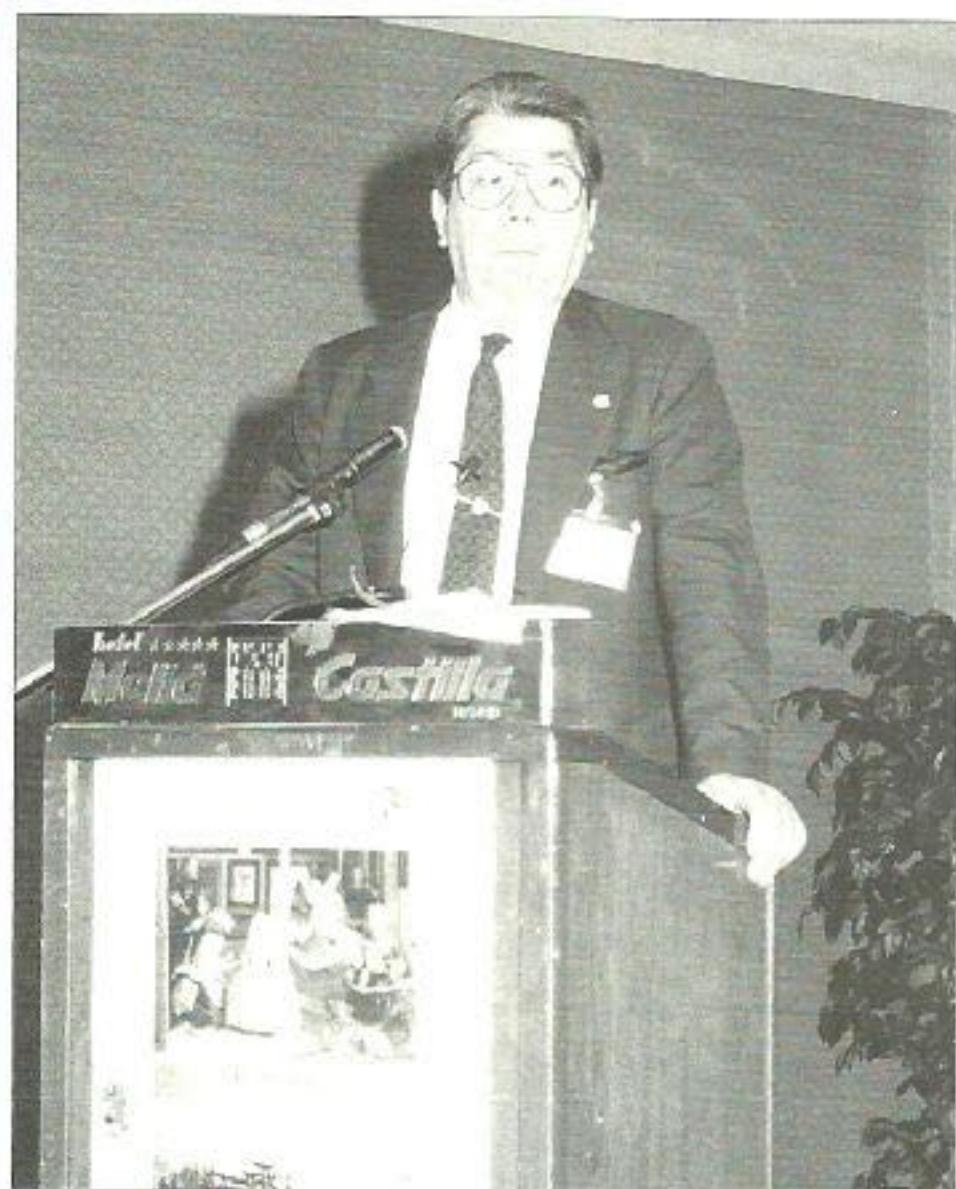


Dña. Clara Bachiller, Socióloga.

Explicó un trabajo realizado por encargo de la Asociación, sobre el nivel de aceptación y grado de satisfacción de las parturientas hacia las Matronas.

Los resultados de la encuesta fueron bastante satisfactorios, pero son mejorables. Las Matronas pueden prestigiarse más ante la sociedad y ante otros profesionales de la salud.

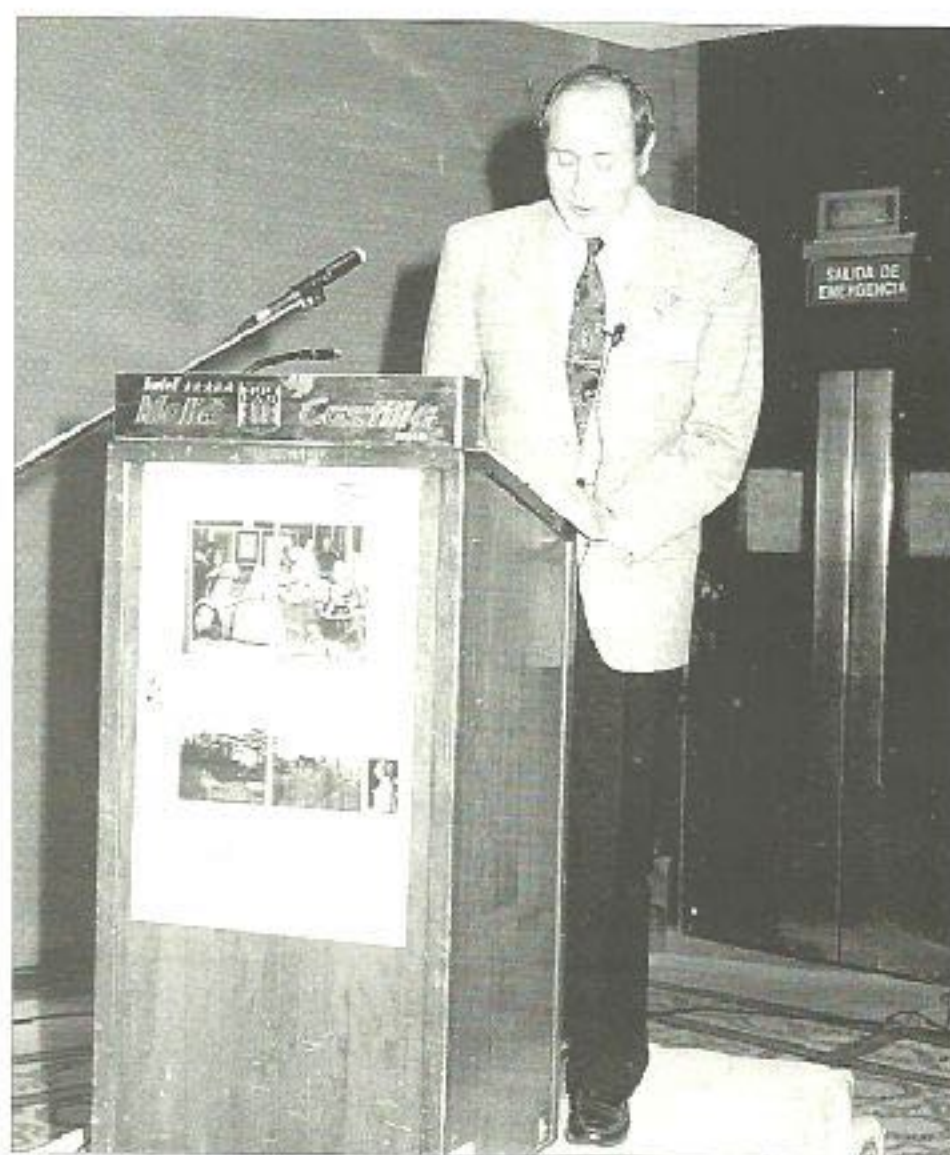
Terminó su intervención con un consejo sociológico: las Matronas deben estar unidas a través de organizaciones propias, las Asociaciones. Es un colectivo muy pequeño y lo necesitan.



*Profesor D. Manuel Escudero,
de la Universidad Complutense de Madrid.*

Su intervención versó sobre el aumento del número de cesáreas. Explicó varias causas que justifican dicho aumento: presentaciones podálicas, parto medicalizados, etc.

Interpretó como fundamental el papel de la Matrona en la atención y manejo de algunos "partos de prueba" para intentar disminuir el elevado número de cesáreas.



*Profesor D. Pedro de la Fuente,
de la Universidad Complutense de Madrid.*

Impartió una brillantísima e interesante conferencia sobre "clonación".

Explicó las posibilidades terapéuticas de la ingeniería genética, siempre que se consideren, a priori, las cuestiones de orden ético.



Stand de la Asociación durante el Congreso.
Con artículos e información de interés para matronas.



Momento de la cena de clausura,
con una gran afluencia de matronas
y colaboradores comerciales.



La mesa presidencial dando paso al
apretado contenido científico.

¡Atención al Premio!



Asociación Española de Matronas

Bases

1. Convocatoria

Se anuncia por parte de Boehringer Mannheim España la convocatoria para la adjudicación del Premio NUK al mejor trabajo realizado en España, en relación con el campo profesional de actuación de la Matrona.

2. Participantes

Podrán optar a dicho premio todas las matronas españolas.

3. Normativa

Los trabajos deberán ser originales, no habiendo sido publicados o premiados con anterioridad.
Los trabajos serán en lengua castellana, mecanografiados

a doble espacio, en papel DIN A-4, y su extensión no superará las 30 páginas más ilustraciones.

A fin de mantener el anonimato, en la primera página constará únicamente el título del trabajo y, en hoja aparte, título, nombre de los autores, profesión, cargo, lugar de trabajo y dirección para correspondencia.

La fecha límite de presentación de trabajos será el uno de Diciembre de 1994. Serán aceptados aquellos trabajos cuyo matasello sea hasta la mencionada fecha. Se emitirá el debido acuse de recibo por parte de Boehringer Mannheim España.

Los trabajos deberán remitirse a la secretaria de Boehringer Mannheim España Departamento OTC c/ Copérnico, 60-61-63 08006 Barcelona, a la atención de NUK-Formación.

4. Jurado

El jurado estará constituido por once miembros, ninguno de los cuales podrá optar a este premio.



Premio NUK

5. Premios

Se establece un segundo premio dotado de 1.000.000 Ptas.

Se establece un primer premio dotado de 600.000 Ptas.

Se establece un tercer premio dotado de 300.000 Ptas.

6. Fallo

Boehringer Mannheim España hará público el fallo del jurado antes del día 28 de Febrero de 1995.

En caso de quedar desierto alguno de los premios, se utilizará su dotación económica para otros fines vinculados con la profesión. El fallo del jurado será inapelable.

7. Acotamiento

Los trabajos premiados quedarán en propiedad de Boehringer Mannheim España que podrá publicarlos si lo estima conveniente. La participación en esta convocatoria implica la total y absoluta aceptación de sus Bases.

EL TABACO

DISMINUYE LA MASA ÓSEA Y AUMENTA EL RIESGO DE FRACTURAS

Aunque ya se conocía que el consumo de tabaco aumenta el riesgo de fracturas óseas, especialmente a nivel de las vértebras, de la cadera y del antebrazo, no estaba claro como este agente incidía en la masa ósea que, en definitiva, es la cantidad total de hueso que posee una persona.

Recientemente, unos investigadores australianos han publicado, en la revista médica —probablemente más prestigiosa— "The New England Journal of Medicine", los resultados de sus estudios.

Para ello valoraron, mediante densitometría, la masa ósea de 41 pares de gemelas, las cuales habían fumado cantidades distintas a lo largo de su vida. De hecho, eligieron las que habían sido fumadoras en cantidades más dispares. La cantidad de cigarrillos consumidos fué calculada en atención al número de años que la persona había fumado y al número de cigarrillos aproximado, que dicha persona había consumido diariamente.

Una vez corregidos numerosos factores, que también repercuten en la masa ósea (como el consumo de alcohol, el número de embarazos, los hábitos alimenticios, la actividad física, etc), llegaron a la conclusión que la mujer, que fuma un paquete diario de cigarrillos durante la edad adulta, al llegar a la menopausia tendrá de un 5% a un 10% menos de masa ósea de la que le correspondería.

Esta pérdida es lo suficientemente importante como para aumentar el riesgo de fracturas. Lo cual, y especialmente en el caso de la cadera, supone una grave complicación médica, ya que ello entraña obligatoriamente la necesidad de someterse a una intervención quirúrgica de riesgo, que produce una mortalidad de hasta el 15%, y eso sin tener en cuenta las discapacidades que ocasiona.

Dr. D. Emilio Martín Mola

(Hospital La Paz. Servicio de Reumatología. Madrid. Tfno. 358 47 45).

Una ecografía

tridimensional

permite fijar la edad

y los defectos

congénitos del feto

Robert S. Ledley, el hombre que inventó la tomografía axial computerizada, ha dado un paso más: es el inventor de un sistema de ecografía que permite obtener una imagen tridimensional y rotatoria del feto.

Gracias a los contornos granulados que proporcionan las ecografías, muchos futuros padres y madres establecen el primer contacto visual con su criatura. Robert S. Ledley, inventor de la tomografía axial computerizada o escáner (TAC), ha ideado una ecografía tridimensional que permitirá a las embarazadas observar al feto con unas gafas especiales. Pero lo más importante es que con la nueva técnica se podrán visualizar mejor los defectos congénitos e identificar la edad gestacional.

The New York Times

Diario Médico

Dieta y cáncer de mama

El cáncer de mama es el más frecuente en la mujer, representando el 27% de todos los cánceres que se desarrollan en ella. Asimismo es también la causa principal de muerte por cáncer en las mujeres, representando el 19% de éstas. Es la causa fundamental de muerte debida a todas las causas en mujeres de 40 a 44 años (Strombeck).

El cáncer de mama parece ser debido a una constelación de factores epidemiológicos, más bien que a uno sólo, incluyendo una predisposición genética, un ambiente hormonal adverso, una alteración inmunológica, una exposición a carcinógenos, diversas circuns-

tancias personales, dietéticas, ambientales y demográficas, etc.

Aunque muchos factores etiológicos que intervienen en el cáncer de mama están más allá del control del médico y del paciente, hay un cierto número de medidas preventivas que podrían ser de importancia.

Es cierto que la incidencia del cáncer de mama tiene una amplia variación geográfica. Es bastante más alta en los países occidentales.

La incidencia/mortalidad del cáncer de mama está relacionada con la cantidad de grasas consumidas en cada país.

La ingesta diaria de carne parece aumentar el riesgo de cáncer de mama, mientras que no se observó asociación con la ingesta de pescado, verduras y leche.

En las consumidoras de carne a diario, el incremento es mayor a partir de los 60 años.

La obesidad y la menopausia parecen también tener alguna relación, siendo el riesgo más bajo en mujeres de menos peso, mientras que se observó un papel protector de la obesidad en la adolescencia frente al

cáncer de mama previo a la menopausia (estudios realizados en Japón y Hawái).

Según estudios realizados en varios países se evidencia una clara relación entre cáncer y consumo anual "per capita" de azúcar, proteínas y grasa, siendo factores predisponentes la dieta rica en grasa y la obesidad.

Una dieta rica en grasas aumenta la proporción de esteroides biliares en las heces, a la vez que facilita el crecimiento intestinal de un clostridio anaerobio lecitinasa-negativo que "in vitro" puede producir estrona, estradiol y 17-metoxiestradiol (Hill y Col., 1971). En las mujeres postmenopáusicas, la producción de estrógenos deriva de la conversión de la androstendiona de origen suprarrenal a estrona. Esta conversión tiene lugar en el tejido adiposo y es especialmente rápida en las mujeres obesas.

No podemos por ello minimizar el factor de la dieta. Las estadísticas, su valor y rigor así lo indican.

Dr. Fernández Rodríguez.

NOTICIAS • NOTICIAS • NOTICIAS • NOTICIAS

Los hijos de embarazadas fumadoras pesan 250 gramos menos

Bebés más pequeños por el tabaco

El consumo del tabaco por parte de las mujeres embarazadas puede provocar retraso en el crecimiento uterino y disminución, en 250 gramos, del peso del bebé al nacer, según advirtió ayer en Valladolid la doctora estadounidense

Karen Slama, experta en los efectos del tabaquismo en la población femenina.

Slama, organizadora de la IX Conferencia Mundial del Tabaco, que se celebrará en París en octubre, intervino

en la reunión internacional que se celebra en Valladolid organizada por la Junta de Castilla y León en colaboración con la OMS y la Comisión de las Comunidades Europeas.

La experta afirmó también que el consumo de este producto puede producir cáncer de cervix uterino y desajustes hormonales. Por lo demás, señaló que el tabaco produce las mismas consecuencias en los hombres que en las mujeres, como el cáncer de pulmón, las enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas.

En cuanto a la mayor sensibilización para dejar este hábito por parte de la población femenina o masculina, Slama explicó que existen países donde las mujeres llevan muchos años fumando y ahora abandonan el uso del tabaco, "igual que antes lo hicieron los hombres, que se incorporaron antes a este hábito".

Sin embargo, las mujeres no están reponiendo a las campañas de prevención, y en eso sí existe una diferencia con el hombre, porque "sigue iniciándose más en el uso del tabaco la población femenina que la masculina".

Sobre la incidencia del tabaco en la mujer en los distintos países, Slama señaló que hay algunos en los que el aumento del consumo se registró rápidamente hace unas décadas, como en EEUU o el Reino Unido, donde la incidencia en la mujer aumentó veinte años después.

En los países en que la prevalencia es alta sólo entre mujeres jóvenes, como en el caso de España, no se detectan aún los cánceres ni muertes producidos por esta causa, "porque es pronto aún", pero los efectos se producirán años más tarde, precisó Slama.

Agencia EFE 7 abril/94

CONTRA CANCER DE OVARIO

Una nueva sustancia, el paclitaxel, ha sido aprobada por el Ministerio de Sanidad y consumo para el tratamiento del cáncer de ovario refractario, es decir, aquél en el que las pacientes no han respondido al tratamiento estándar. El paclitaxel es el primero de una nueva familia de fármacos, los taxanos, cuyo mecanismo de acción es muy diferente al de otros antineoplásicos. La nueva droga actúa sobre lo que los especialistas conocen como microtúbulos, impidiendo la proliferación de las células tumorales, al inhibir la división celular.

Junto a los éxitos en cáncer de ovario también se han producido resultados prometedores en el tratamiento de los cánceres de mama y de pulmón no microcítico.

El peor pronóstico

El cáncer de ovario es la neoplasia ginecológica de peor pronóstico, ya que presenta una alta tasa de mortalidad: al cabo de cinco años la supervivencia es sólo del 35%. Una de las causas de esta catalogación radica en la dificultad de su diagnóstico. No obstante si las mujeres se sometieran más a menudo a una ecografía, sería más fácil su detección. Lo normal, sin embargo, es que cuando la mujer acude al médico, lo hace porque presenta ya una sintomatología o se palpa algún bulto. En tales casos, el especialista se encuentra siempre ante procesos tumorales bastante más avanzados de lo que sería deseable.

Más del 90% de los tumores malignos de ovario son epiteliales y no suelen aparecer hasta después de la menarquia, afectando, por lo general, a mujeres adultas. Los tumores germinales constituyen el otro gran grupo de neoplasias de ovario y aparecen con mayor frecuencia en niñas y mujeres jóvenes.

La incidencia del cáncer de ovario en España ocupa el décimo puesto en la clasificación por mortalidad entre las mujeres. De hecho, los últimos datos nacionales disponibles, correspondientes a 1982, indican que tres de cada 100.000 habitantes padecen este tipo de cáncer. Por edades, se observa que apenas existen casos de cáncer de ovario antes de los 30 años, edad a partir de la cual las tasas sufren un incremento gradual hasta llegar a la franja de los 60-64 años, momento en que se estabilizan las cifras.

El principal factor de riesgo, aunque raro, es la existencia de antecedentes familiares en cáncer de ovario, con un riesgo relativo del orden de 50. También son factores de riesgo la nuliparidad, la edad avanzada en el primer embarazo, la menarquia precoz y la menopausia tardía, todos ellos como causas orgánicas. No obstante, actualmente se consideran también otros factores de riesgo exógenos, como el tabaquismo, el consumo de alcohol, las dietas excesivamente grasas, el mantenimiento de tratamientos sustitutivos a base de estrógenos y una serie de agentes víricos.

Epoca, 18 de Abril de 1994.

Margarita Landi

M.A. RABADAN GONZALEZ. Periodista



En España nunca una mujer había realizado con tanto acierto el trabajo de reportera de sucesos.

Margarita Landi fue pionera en investigación criminal. Aunque en 1953 no había mujeres policías, fue bien acogida en la Brigada de Investigación Criminal, conocida por el Inspector Pedrito.

Allí pudo asistir a interrogatorios y entrevistas a los detenidos.

Jamás cometió una indiscreción. Hoy, jubilada, sigue en candelería.

Todos los medios de comunicación la requieren.

Siempre estuvo de moda y es que escribió desde la serena aristocracia a los crímenes más insólitos en EL CASO. Después de editar 7 novelas de crímenes y sucesos acaba de publicar una novela romántica "La Mágica Espiral de Amor".

Margarita Landi es una mujer de "nadie" sólo del periodismo.

Nos recibió con su inseparable pipa. Una imagen de Margarita Landi que siempre tuvo mucha repercusión.

MATRONAS HOY: MARGARITA LANDI:

¿A Vd. nadie le ha dicho que es malo fumar?

"Fumo desde que tenía 8 años. Mi padre fue un gran fumador de pipa y pronto me enseñó a rascarlas y pulirlas... encomendándome este negociado. Un día me vio como se la estaba encendiendo, le hizo tanta gracia que, me regaló una pequeñita y así empecé a fumar con él todos los días después de comer"

¿Es pues una defensora del tabaco?

Si un jefe me dice que es malo fumar, cambio de jefe. ¡Qué afán de quitarnos los pequeños vicios! Hay que llevar tabaco aunque sea para dar. Muchos han muerto con una puñalada al no poder ofrecer el tabaco que le pedían.

¿Cuántas pipas tiene?

53 en total. La mayoría son regaladas, siempre llevo 3 ó 4 en el bolso que, voy cambiando mientras se enfría la madera.

Margarita lleva más de 40 años en la brecha. Fue de crimen en crimen.

¿Y su vida privada cuánto?

"A los cuatro años de estar casada murió mi marido y como la experiencia del matrimonio con una vez basta, pues me busqué un novio, el periodismo. A él me dediqué siempre. Pienso que, siendo periodista no se puede estar casada".

¿Pero a Vd. le gustan los niños?

En la acuarela.

¿Tuvo hijos?

Dos hijos. Uno se me murió a los dos años por un cólico de mala leche. El otro, lo crié como pude, es un superdotado.

¿Recuerda cómo fueron sus partos?

Siempre fueron muy cortos. Recuerdo más cuando vi pasar. Aquel niño me pareció un conejo putrefacto, menos mal que la matrona lo arregló y lo puso precioso.

Vd. empezó su carrera profesional colaborando como cronista de la Alta Sociedad en la Moda de España. ¿Cuál fue el primer suceso que reseñó?

El robo en casa de unos marqueses.

La delincuencia de entonces era como la de ahora?

Muy diferente. Respetaban la vida y la integridad física. Si robaban una cartera, se quedaban con el dinero y la cartera con la documentación la remitían a su destino por correo. Ahora te pegan una puñalada.

¿Por qué se mata?

Por cualquier motivo y hasta sin motivo.

¿Las leyes son justas?

Con el paso del tiempo las leyes se han suavizado mucho y no son pocos los crímenes que quedan sin castigo, ya sea porque trabajan demasiado bien o porque los investigadores lo hacen demasiado mal, hay inocentes en la cárcel y culpables en libertad.

¿Cuáles son los motivos por los que cometen asesinatos en nuestro país?

Por despecho, venganza, ajuste de cuentas, antiguas rencillas... por robo, muy poco.

¿Qué es más difícil, matar o deshacerse del cadáver?

Deshacerse del cadáver.

¿Mata el hombre igual que la mujer?

La mujer mata con alevosía. Lo suele hacer a las horas en que el hombre está indefenso. El hombre por el contrario, lo hace cara a cara, con más violencia y más en vivo.

¿Con esta larga experiencia a qué ha aprendido?

A no decir todo lo que se sabe.

Los muchos sucesos que ha vivido, ¿le han ocasionado depresiones en más de una ocasión?

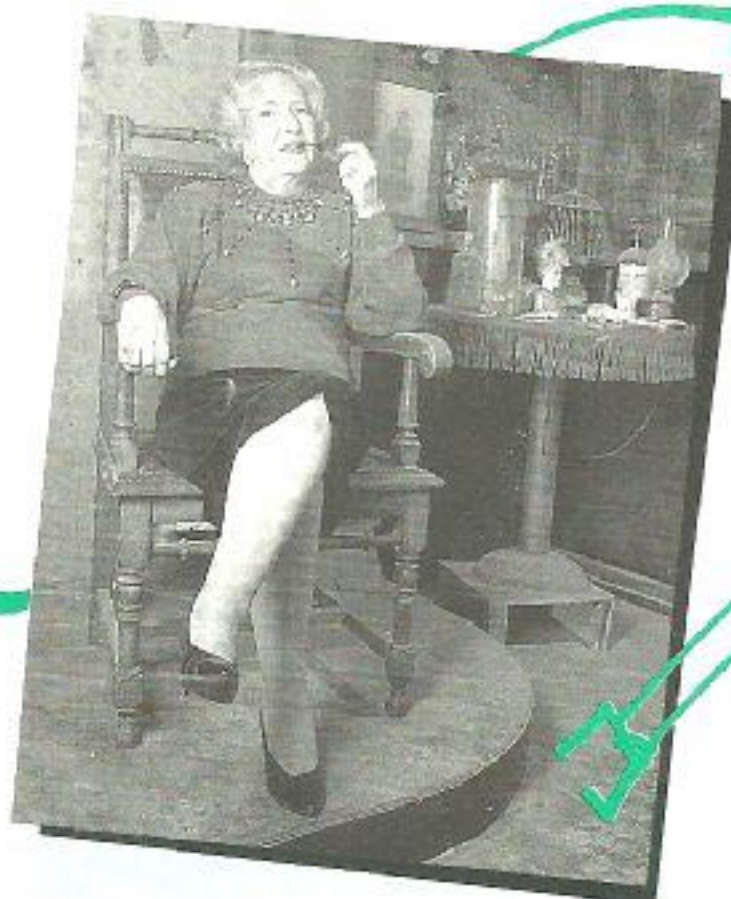
Jamás tuve una depresión, pero muchos casos me conmovieron.

¿Por ejemplo?

Cuando un hombre mató a sus hijos metiéndolos en un bamil de pienso molido y luego se ahorcó. Lloré mucho con aquella mujer que quedó desolada.

¿Es Vd. una mujer valiente?

Soy una mujer muy valiente. Y lo único que me da miedo en esta vida son las corrientes de aire.



CRISANTA ÁLVAREZ PÉREZ

"Todas las matronas deberíamos pertenecer a la **Asociación Nacional** para ser más fuertes".

M.A. RABADAN

Crisanta Álvarez Pérez, una matrona indiscutida. Empezó a trabajar profesionalmente como Matrona y enfermera-practicante en 1948. Desde entonces, con la ilusión que la caracteriza, dedicó horas y horas a esta profesión, "la más bonita que una mujer puede tener" dice.

Miles de partos ya en el recuerdo avalan su carácter humanitario y profesional.

Yendo de un hospital a otro, trabajando sin descanso, sintiéndose llena de vida y lanzándose a la responsabilidad que tenía de empujar al nacimiento, vivió Crisanta en Ceuta, su ciudad natal.

"En 1964 comencé a trabajar en el Hospital Militar de Ceuta, y en 1969 lo hice en la Seguridad Social".

¿Por qué las matronas están siempre tan seguras?

Porque nos gusta nuestra profesión. Desde muy pequeña sentí la inclinación a la medicina, siempre jugaba a ser enfermera. Fui creciendo y esa actitud se afianzó en mí. Cuando tuve que decidir mi futuro profesional lo hice por la especialidad de matrona, ya que me gustaban mucho los niños.

¿Vivió siempre con esa emoción?

Siempre conté con la emoción de vivir usando la sensibilidad y la intuición.

¿Tuvo que renunciar a muchas cosas mientras trabajó como matrona?

Esta profesión, es una de las más duras y muchas veces he tenido que sacrificarme y renunciar a muchos momentos personales. Mis experiencias fueron positivas, todo mi esfuerzo quedó compensado cuando oía el



primer llanto del bebé, eso me llenaba de alegría y satisfacción.

¿Improvisó en algún momento de su carrera?

No, siempre lo hice bajo control. Acaté todas las normas que dictó la administración.

¿A lo largo de su carrera alguna vez tuvo miedo?

Jamás tuve miedo a las complicaciones propias del parto, pero sí a ciertos tocólogos por desatender la llamada de la matrona.

¿Hay algún nacimiento más significativo para Vd?

Sí, recuerdo todavía con tristeza cuando recogí a un bebé que le faltaban los dos brazos y a otro que carecía desde el pie a la rodilla.

¿Fue el amor una inspiración en su trabajo?

Sí, siempre fue un estímulo increíble.

¿Y de ahí esa imposición de la medalla de la Cruz Roja?

Todavía me produce emoción el acto de entrega de la medalla por parte de la

Presidenta Nacional de la Cruz Roja. Nunca lo olvidaré.

¿Como ve el panorama actual de la matrona?

Uff. Muy negro.

¿Qué cree que falta?

Muchas matronas, y que los demás profesionales nos dejen en paz, sin interferir en nuestras funciones.

¿Qué haría para mejorar la profesión?

Darí un toque a la administración haciendo hincapié en que están ante la más grande especialidad. Todos han tenido que nacer, y han sido auspicados por una Matrona.

Para que un nacimiento sea feliz tiene que estar bien atendido, y ello repercute en el progreso de la nación.

¿Como ve la labor realizada por la Asociación Nacional de Matronas?

La considero necesaria para solucionar nuestros problemas profesionales y económicos. Todas las matronas de España deberían asociarse, pues cuantas más seamos, más fuertes seremos.

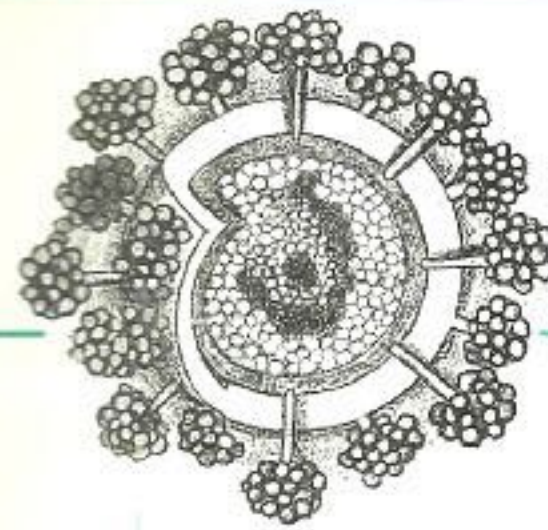
¿Cómo lleva la jubilación?

Muy ociosa. Me hace ilusión seguir perteneciendo a la Asociación y así mantener una buena relación con mis compañeras en reuniones y eventos nacionales e internacionales.

Hay algo importante y es que sigo con una luz encendida en mi profesión.

TRANSMISION DEL VIH

Y LACTANCIA NATURAL



Teniendo en cuenta la importancia de la leche materna y de la lactancia natural para la salud de los lactante y niños de corta edad, así como la creciente prevalencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en todo el mundo y la reciente información sobre la transmisión del VIH por la leche materna, la OMS y el UNICEF celebraron del 30 de abril al 1 de mayo de 1992 una Reunión Consultiva sobre Transmisión del VIH y Lactancia Natural, con el fin de revisar los datos actualmente disponibles sobre el riesgo de transmisión del VIH por la leche materna y de formular recomendaciones acerca de la lactancia natural.

A juzgar por los estudios realizados hasta ahora, la tercera parte aproximadamente de los niños que nacen en todo el mundo de madres infectadas por el VIH contraen la infección, pero la proporción varía de hecho considerablemente de unas poblaciones a otras. Esta transmisión de madre a hijo se produce en gran parte durante el embarazo y el parto, y en cierta medida -según se ha comprobado recientemente- durante la lactancia. Sin embargo, la mayor parte de los niños alimentados al pecho por madres infectadas no contraen la infección por el VIH a través de la leche materna. Según datos recientes, cabe pensar que el riesgo de transmisión del VIH por la lactancia natural a) es apreciable cuando la mujer ha contraído la infección durante la época de la lactancia, y b) es menor cuando la mujer estaba ya infectada en el momento del parto. Sin embargo, habrá que estudiar más la cuestión para cuantificar el riesgo de transmisión del VIH por la lactancia natural y determinar los factores de riesgo asociados en las dos situaciones mencionadas.

Los estudios realizados siguen demostrando que la lactancia natural salva muchas vidas. Por otra parte, ofrece enormes ventajas en los planos nutricional, inmunológico y psicosocial, así como para espaciar los nacimientos. La lactancia natural contribuye a evitar que los niños mueran de enfermedades diarreicas, neumonía u otras infecciones. De hecho, la lactancia artificial o incorrecta constituye un importante factor contribuyente al millón y medio anual de defunciones de lactantes causadas por las enfermedades diarreicas. Por otra parte, la lactancia natural permite prolongar el intervalo entre los nacimientos, favoreciendo así la

supervivencia de los niños y el mejoramiento de la salud de las madres.

Importa, pues, sopesar el riesgo de infección por el VIH a que está expuesto el niño como consecuencia de la lactancia natural frente al riesgo de morir de otras causas a que le expone la supresión de ésta. En cada país habrá que formular directrices concretas que faciliten la evaluación de la situación de cada mujer.

RECOMENDACIONES

1. En todas las poblaciones, cualesquiera que sean sus tasas de infección por el VIH, habrá que seguir protegiendo, promoviendo y apoyando la lactancia natural.

2. Cuando las enfermedades infecciosas y la malnutrición son las principales causas de mortalidad infantil, los niños que no se crían al pecho están particularmente expuestos a morir de esos procesos. En tales situaciones, la lactancia natural deberá ser la medida recomendada sistemáticamente a las embarazadas -inclusive a aquellas con una infección conocida por el VIH-, toda vez que el riesgo de que el niño se infecte por la leche materna es menor que el de que muera por otras causas si se le suprime la lactancia natural. Cuanto más expuesto está un niño a morir durante la lactancia, mayor es el efecto protector de la lactancia natural y más importa recomendar ésta a la madre. Las mujeres que se encuentran en esas situaciones y que, por circunstancias particulares, consideren conveniente alguna otra forma de lactancia, pueden sentir el deseo de conocer su estado en relación con el VIH antes de tomar una decisión sobre la lactancia natural. En tales casos, se les podría brindar la posibilidad, siempre que esto sea viable y asequible, de someterse a pruebas voluntarias y confidenciales de detección del VIH, acompañadas sistemáticamente de consejos antes y después de la investigación.

3. En caso de que las embarazadas infecciosas no sean las principales causas de mortalidad infantil, a las embarazadas con una infección conocida por el VIH se les recomendará que no den el pecho al niño y que utilicen algún otro sistema de alimentación exento de peligros. A las mujeres cuyo estado de infección se desconoce se les recomendará que den el pecho. En estas situaciones, se brindará a las mujeres la posibilidad de someterse a pruebas voluntarias y

confidenciales de detección del VIH, acompañadas de consejos antes y después de la investigación, siempre que esto sea viable y asequible, y se les recomendará que se sometan a esas pruebas antes del parto.

4. Cuando haya que recurrir a la alimentación artificial del niño, se evitará escrupulosamente que en la elección del método y del producto de sustitución influyan argumentos de tipo comercial. Importa que los fabricantes respeten este principio de conformidad con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y con todas las resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud. Es esencial que todos los países lleven a la práctica los principios y el objetivo del Código Internacional. Si se va a utilizar leche de donates, habrá que pasteurizarla primero y, si es posible, someter a las donantes a pruebas de detección del VIH. Cuando se opte por la lactancia mercenaria, se elegirá una nodriza que esté poco expuesta a la infección por el VIH y, si es posible, que haya dado resultados negativos en las pruebas de detección de este virus.

5. Las mujeres y los hombres infectados por el VIH tienen graves motivos de preocupación, entre los que figuran el mantenimiento de su estado de salud y bienestar, la administración de sus asuntos económicos y la previsión del futuro de sus hijos, por lo que necesitan consejos y orientaciones sobre cierto número de cuestiones importantes. Entre los problemas concretos sobre los que hay que aconsejarles figuran las prácticas de alimentación infantil, el riesgo de transmisión del VIH a la descendencia si la mujer queda embarazada y el riesgo de transmisión de otros o a otros por el acto sexual o por la sangre. Todos los adultos infectados por el VIH que no quieran tener hijos deberán tener fácil acceso a información y servicios de planificación familiar.

6. En todos los países, la medida prioritaria básica para prevenir la transmisión del VIH de la madre al hijo es evitar que las mujeres en edad fértil contraigan la infección por ese virus. Entre las actividades prioritarias figuran: a) educar tanto a las mujeres como a los hombres sobre la manera de evitar la infección por el VIH en su propio beneficio y en el de sus futuros hijos; b) facilitar la obtención de preservativos; c) proporcionar asistencia preventiva y cuidados apropiados para las enfermedades de transmisión sexual, que aumentan el riesgo de transmisión del VIH; y d) ayudar de cualquier otra forma a las mujeres que tratan de evitar la infección.

MODA: Un impulso a los diseñadores españoles

diseñadores



Roberto Verino.



La pasarela Cibeles

fue creada en

Septiembre de 1985

por el Instituto

Madrileño

de Desarrollo

(IMADE).

Victoria & Luchino.



Nacho Ruiz.



Devota & Lomba.

15 firmas de
DISEÑO ESPAÑOL
se reúnen cada año
en Madrid -Febrero
y Septiembre- en la
Pasarela Cibeles, con
la finalidad única de
potenciar la creación
española.

GASTRONOMIA

LA MIEL

un producto natural



LA MIEL, sin referirse a su composición, podemos decir que es una sustancia compleja integrada por un gran número de elementos que desempeñan un papel importante en la de los organismos del reino animal, elementos que actúan en armonía y en sinergia, lo que resulta imposible realizar a través del laboratorio en las fabricaciones artificiales más cuidadas. Esta riqueza hace que este producto, por lo muy natural que es, debe ser consumido con discernimiento y con arreglo a cada individualidad.

Existen diferencias notables entre las mieles según su origen botánico, y es cierto que sólo una designación y una utilización según dicho origen parece interesante y lógica para aplicaciones terapéuticas, pero, este estudio experimental, llevado científicamente es todavía muy incompleto y numerosos trabajos quedan por hacer para apoyarse en unos elementos que no dan lugar a ninguna discusión.



cias alimentarias eventuales en amino-ácidos, sales minerales y oligo-elementos, vitaminas, etc.

Para el hombre enfermo, según la etiología y la gravedad de la enfermedad de que se trata, se tomará la miel sola o con otras terapéuticas necesarias en los diferentes síndromes:

Indicaciones generales

- Astenias o estados de cansancio de grado cualquiera en relación con la esfera física o psíquica:

- astenia durante una enfermedad o una convalecencia.

Propiedades generales

La miel es esencialmente un alimento natural, rico en azúcares simples, directamente asimilables, y que no necesita, pues, una digestión previa; está dotada de un poder azucarero muy importante, satisfaciendo así las necesidades energéticas del organismo en las condiciones óptimas (señalaremos que 100 gramos de miel llevan al organismo cerca de 3300 calorías, o sea dos veces más que el mismo peso en carne y cuatro veces más que el mismo peso en leche fresca), pero es también, por su composición global, un alimento cuya riqueza puede encontrar numerosas indicaciones por lo que se refiere al estado de salud del hombre.

Indicaciones de la miel

Para el hombre en buena salud, se tomará la miel para:

- Obtener un mejor rendimiento físico, en particular los deportistas para los cuales aumenta el aguante, favorece la recuperación, facilita los esfuerzos repetidos y prolongados y predispone contra los fallos por su doble acción dinamogénica y estimulante (especialmente la miel de trébol).

- Combatir el cansancio físico e intelectual.

- Reforzar el terreno en su lucha contra las agresiones.

- Facilitar la asimilación y la digestión de otros alimentos

- Paliar en cierta medida las insuficien-

- agotamiento y extenuación física.
- senescencia.
- astenia neurótica o neurastenia.

- Anorexia o pérdida o neurastenia.

- Adelgazamiento o estados de delgadez en todas sus formas, y muy especialmente para los niños, que reaccionan bien a esta terapéutica (notemos a este propósito que la utilización de la miel en el biberón de los niños se recomienda mucho y que tienen dificultades para transformar la sacarosa se ven así exentos de este problema).

- Terrenos deficientes constitucionales.

- Ciertos estados carenciales y sus consecuencias:

- Retraso de crecimiento y mala dentición.

LIBROS

CUIDA TU CORAZÓN

Un manual para cuidar el corazón



El libro "Cuida tu corazón" tiene una estructura ágil (preguntas, respuestas) y la información rigurosa y actual que se facilita en sus páginas, ayuda a conocer más en profundidad la enfermedad más importante en cuanto a número de afectados en la sociedad actual, "el infarto de miocardio".

Los cardiólogos José Antonio Velasco Rami, Leandro Plaza Celemín, Alfonso Castro Beiras, José Antonio Casanovas Lengua, y Víctor López García Aranda dan respuesta a 300 preguntas realizadas por la periodista Mª Ángeles Rabadán González.

El libro ha sido patrocinado por laboratorios PFIZER, líder en la investigación y pre-

vencción cardiovascular.

Con un enfoque sencillo y ameno, aclara las dudas que habitualmente planteamos a los especialistas, tales como:

¿Qué enfermedades cardíacas puede provocar el embarazo?

El embarazo puede poner de manifiesto una enfermedad previa de corazón, al aumentar el trabajo cardíaco por la sobrecarga. Este hecho es más frecuente durante el tercer y cuarto mes de gestación.

¿Una mujer con una enfermedad cardíaca puede quedar embarazada?

Sí, pero si la enfermedad es importante la sobrecarga del embarazo puede ocasionar complicaciones graves.

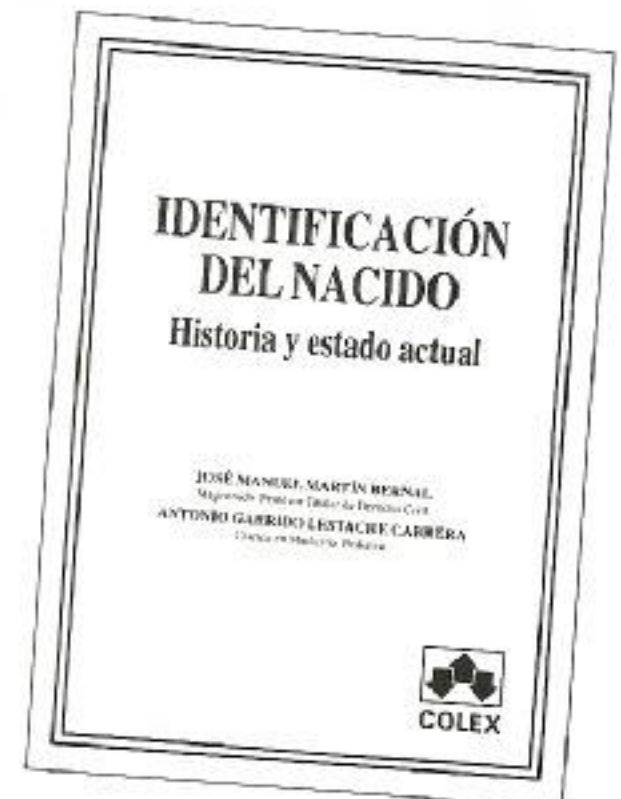
Y tras una operación de corazón con by-pass o válvulas artificiales, ¿puede quedar embarazada sin riesgo?

Puede quedarse embarazada y desarrollarse el embarazo con normalidad si la operación ha conseguido el objetivo de disminuir de manera importante la sobrecarga del corazón. Sin embargo, en caso de necesitar anticoagulación por habersele implantado una válvula artificial mecánica, debe efectuarse con un control estricto para evitar complicaciones hemorrágicas en el útero y en el feto.

IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO

José Manuel Martín Bernal, Magistrado y Profesor titular de Derecho Civil, junto a Antonio Garrido Lestache, Doctor en Medicina, Pediatra; son los autores de esta reciente publicación.

El contenido es una aproximación histórica y actual de los procedimientos biológicos y jurídicos sobre la identificación del recién nacido.



LA HERENCIA DE LA CONDUCTA HUMANA



Luis Orduña Lozano, licenciado en Derecho e investigador, nos presenta una obra palpitante, donde se comprueba la relación genética entre la forma de las impresiones dactilares de los dedos de las manos y, la conducta innata de los seres humanos. Esta obra representa su tercer libro dedicado a tan interesante investigación.

ARTE

De visita al Museo Arqueológico Nacional

El Museo Arqueológico Nacional fue creado en el año 1867 por un Real Decreto de la Reina Isabel II, instalándose en el actual Palacio de Bibliotecas y Museos en 1895.

Este Real Decreto fundacional, en la exposición de motivos, expresaba que las tareas a desempeñar en el nuevo Museo requerían personas provistas de una "vasta erudición". Muy pronto sus conservadores, que se formaron en una Escuela propia, pues la Universidad de entonces no impartía muchas de las materias que necesitaban, se convirtieron en las máximas figuras españolas de sus respectivas especialidades aunque no consiguieron el reconocimiento social y administrativo que su misma función tenía en otros países.

En este Museo se han ido realizando importantes obras de reforma que han permitido triplicar su espacio útil y mejorar sus instalaciones. En él se exhiben muestras de la cultura material en España, desde la Prehistoria hasta el Siglo XIX.



Nuestro recorrido

Nuestra visita debe iniciarse por la reproducción de las cuevas de Altamira, situadas en una cueva artificial acondicionada para tal fin en el jardín del Museo.

La sala I exhibe una introducción histórica del estudio de la Prehistoria. Las salas II y III están dedicadas a mostrar materiales del Paleolítico Inferior, Medio y Superior de España.

En la sala IV se guardan cerámicas, puntas, cuchillos diversos en metal, piedra y hueso procedentes de los yacimientos españoles neolíticos y del Bronce inicial. La sala V ha sido dedicada a los pueblos metalúrgicos establecidos durante la edad de bronce en España, representados principalmente por las culturas llamadas de Vaso Campaniforme y de El Agar.

Se pasa a continuación a la sala VI dedicada a las etapas del Bronce Final y el Hierro Inicial con riquísimos tesoros de oro. Se finaliza la visita de la Prehistoria Española con las salas VII, VIII y IX dedicadas a culturas del Hierro. Aquí se encuentran las colecciones de joyas del Noroeste peninsular, los materiales de la ciudad de Numancia y los ricos tesoros de plata celtibéricos.

La sala X dedicada a las Islas Baleares, muestra restos de la cultura autóctona prehistórica, como la Talayótica. La sala XI está dedicada a la Prehistoria Canaria. La sala XII se refiere a la cultura del Sahara Occidental. En la sala XII se exhiben objetos pertenecientes a las civilizaciones del Antiguo Egipto y de Nubia.

Una pequeña representación de las antigüedades del Oriente Próximo se ofrecen en la sala XIV entre las que destacan cerámicas de Mesopotamia y de la Antigua Persia, muestras de escrituras Cuneiformes, y una colección de bronce de Ludistán.

La magnífica colección de vasos griegos formada en los Siglos XVIII y XIX a partir de colecciones reales, la del marqués de Salamanca y del viaje de la Rada y Delgado a Oriente con la Fragata Arapiles, se exponen en las salas XV y XVI.

Seguidamente se visita la sala XVII dedicada a las antigüedades en Campania, con el conjunto de terracotas del Santuario helénico de Calvi. En la sala XVIII se exponen las antigüedades etruscas, la secuencia española continúa en la planta 3ª comenzando con la sala XIX dedicada a las organizaciones prerromanas. También de escultura ibérica en la sala XX se exponen las tres Damas, de Elche (Alicante), Baza (Granada) y Cerro de los Santos (Albacete).

Las antigüedades romano-hispánicas están en la sala XXI. A continuación en la



XXII se exponen ejemplares de epigrafía. Tanto en esta Sala como en la XXIII se muestran también artes industriales con colecciones de joyas, bronce, cerámicas y vidrios que explican al nivel industrial de la cultura romana.

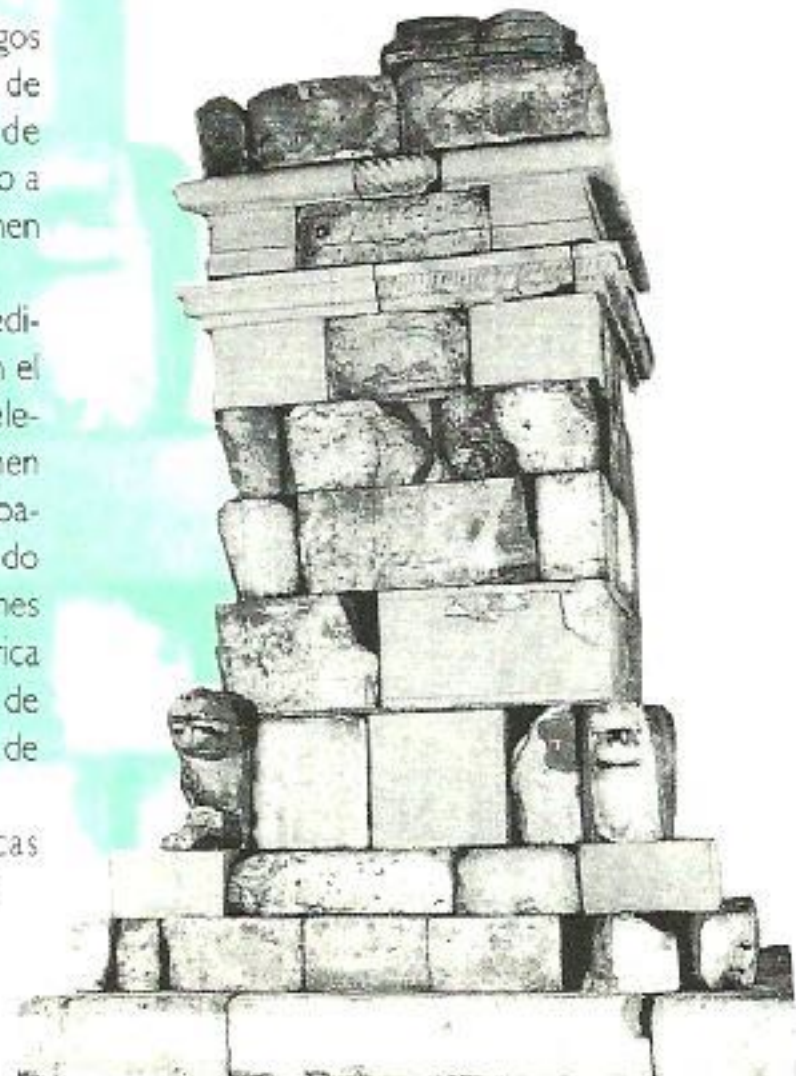
La arqueología visigoda se expone en las salas XXVII a XXIX, la arqueología Musulmana-Andalusí se expone en las salas XXX y XXXI, al Medioevo Cristiano se dedican las salas XXXI a XXXIII.

Una representación de las artes renacentistas puede admirarse en la sala XXXVII.

La sala XXXIX muestra la colección de Plata y cerámica de Alcora. En la sala XL se exponen piedras duras y porcelana del Buen Retiro.

Frente a la escalera principal se encuentra un amplio vestíbulo con muebles y tapices de la edad Moderna. La antigua Biblioteca del Museo se destina hoy a sala de Honor. El órgano de la sala central es un regalo de Pedro Echevarría, firmado en 1728. Actualmente se usa para ciclos de música antigua y demostraciones didácticas.

La decoración de las paredes de algunas Salas está hecha con paños bordados de la Iglesia de la Trinidad regalados a ésta por el Conde Duque de Olivares.



DOCUMENTOS

La primera bandera-emblema-pondón de las Organizaciones históricas que agrupaban a Matronas data de 1929 y fue donada por el eliminado Colegio Oficial de Matronas de Madrid a la Asociación Nacional de Matronas, como legítima heredera de la defensa de la profesión.



En su anverso figura bordado en oro el escudo de la Organización Unión Matronal y en el reverso la imagen de la Patrona "La Visitación de Nuestra Señora" que se conmemora anualmente el día 31 de mayo, motivo de reunión de las matronas en todas las provincias españolas.

Adolescentes embarazadas

PAPEL DE LA MATRONA

MORALES GIL, L.M^a, AVELLANEDA JIMENEZ, M^a I., GARCIA PARRA, A.M^a, VILA BLASCO, B., LUPION GONZALEZ, S.D., SANCHEZ FERNANDEZ, F.

Profesores del Área de Enfermería Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga.

Introducción

La procreación en adolescentes conlleva riesgos médicos y sociales importantes para la madre y su hijo. Los embarazos de estas jóvenes suelen ser ignorados en muchas ocasiones por la familia, inconscientemente por ellas y sobre todo por los que estamos dedicados a la atención de la gestante, pues con frecuencia suelen ir a la consulta prenatal por primera vez al final del segundo trimestre o ya en el último, motivo por el cual, en cierta medida tendríamos que considerarlos como de Alto Riesgo Obstétrico (ARO), ya que han sido embarazos no controlados.

La familia constituye una fuente de apoyo en el curso de todo embarazo en los casos en que éste es aceptado. En otras ocasiones, es la NO ADMISION y el rechazo lo que puede empeorar notablemente la situación.

En este primer momento es importante que la joven cuente con ayuda profesional y desde el inicio la Matrona puede ayudarla a facilitar la comunicación a los padres.

Resultados

- El 10% de las adolescentes ha estado embarazada con anterioridad.
- Sólo realizaron el curso de Educación Maternal el 28% de las adolescentes embarazadas.
- El 32,2% de los embarazos fueron calificados como de A.R.O.
- El 24% de los partos fueron distócicos y un 10% cesáreas.
- El 12,5% de los Recién Nacidos fueron pretérmino, presentaron bajo peso al nacer el 36,7%, hiperbilirrubinemia neonatal 22,9%, infecciones el 9% y afecciones respiratorias el 7%.
- La mortalidad perinatal entre los hijos de madres adolescentes es muy alta (21,01 por mil) con respecto a las adultas (11,5 por mil).

Investigación de embarazo y parto de adolescentes en el Hospital Materno-infantil de Málaga

Realizamos con el objetivo de conocer la situación en nuestro medio un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal en el que analizamos las características del embarazo y parto de madres adolescentes en el Hospital Materno-Infantil de Málaga.

Población

15.876 partos atendidos en el Hospital durante el periodo de estudio.

Muestra

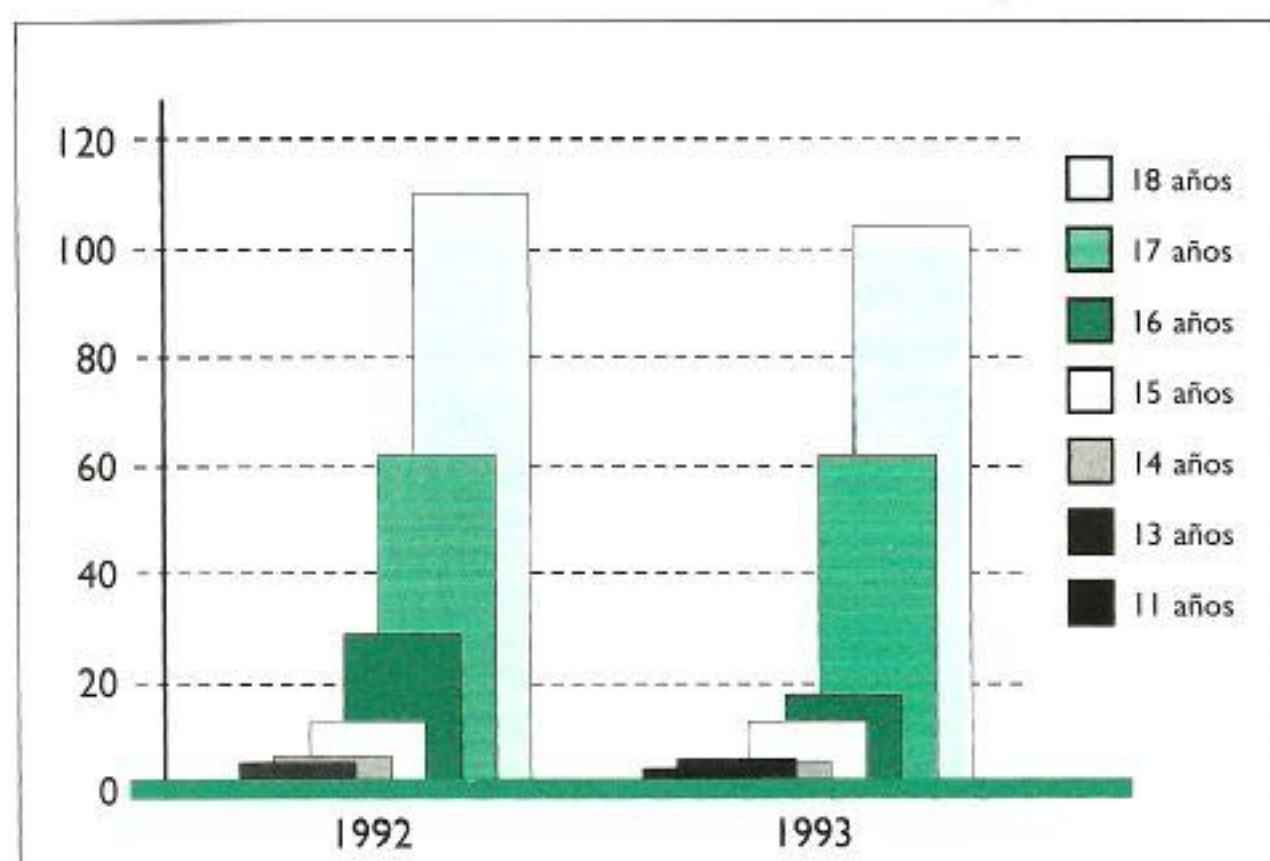
545 partos de adolescentes, con edades comprendidas entre 11 y 18 años atendidas en el Hospital durante el periodo de estudio. (Figura 1).

Periodo de estudio

Del 1 de enero de 1992 al 31 de diciembre de 1993.

Figura 1

MATERNIDAD ADOLESCENTE. PARTOS ANUALES
E.U. Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga.



Atención de la matrona a la gestante adolescente

Antes de pasar a establecer el Plan de Cuidados, analizaremos los problemas a los que deben enfrentarse los padres adolescentes, ya que sobre estos problemas deberemos centrar nuestra actuación profesional.

Dificultades para los padres adolescentes

El embarazo supone una crisis para toda la familia que se vive en varias fases:

- Reconocimiento del embarazo.
- Crisis del adolescente.
- Crisis familiar.

Dificultades prenatales

- Interrupción o continuación del embarazo.
- Dificultades especiales de Alto Riesgo.
- Necesidades económicas y de medicamentos.
- Imagen corporal y ejercicio.
- Relaciones interpersonales.

Dificultades intraparto

- Dificultades durante el trabajo de parto y el nacimiento.
- Problemas de control del entorno y despersonalización.

Dificultades post-parto

- Posibilidad de adopción.
- Cambio de la imagen corporal.
- Dificultades para la alimentación al pecho.
- Molestias de episiotomía o por la operación cesárea.
- Dificultad para la vinculación y control del niño.

Plan de cuidados

Valoración

- Salud de la adolescente.
- Curso del embarazo.
- Conocimiento sobre cuidados durante el embarazo y cuidados del Recién Nacido.
- Aceptación del embarazo.
- Apoyo con el que cuenta: familia, amigos, Servicios Sanitarios y Sociales.

Definición de problemas

Se determinarán los problemas en función de los aspectos valorados, prestando especial atención al:

- Déficit de conocimientos y
- Alteraciones psico-sociales.

Establecimiento de objetivos

La Matrona mediante una buena relación y comunicación propondrá como objetivos a lograr con la paciente:

- Alcanzar el nivel de conocimientos que permitan el autocuidado.
- Que la adolescente mantenga su actividad profesional o estudios.
- Mantener las relaciones con los amigos y actividades lúdicas.
- Que en caso de necesidad sepa cómo utilizar los Servicios Sanitarios y Sociales.

Conclusiones

1. De nuestro estudio y revisión bibliográfica se desprende que:

- La incidencia de adolescentes embarazadas, aunque tiende a bajar, es aún muy alta en nuestro medio.
- La mayoría de las adolescentes embarazadas, en torno al 70% no realiza Educación Maternal.
- Los riesgos y problemas del embarazo y parto aumentan durante la adolescencia.
- La morbilidad perinatal es considerablemente mayor en los embarazos de adolescentes.

2. Nuestras acciones deben dirigirse hacia:

- La prevención de los embarazos en adolescentes, mediante el establecimiento de dispositivos que permitan una mejor información y orientación sexual adecuada.
- Mantener la salud de la embarazada, mediante el control del embarazo, Educación Maternal y establecimiento del Plan de Cuidados que nos permita cubrir sus necesidades.
- Atender el parto, teniendo en cuenta la situación tan especial que está viviendo esta "madre adolescente".
- Asistirla durante el puerperio y mediante Educación Sanitaria instruirla acerca de los cuidados durante el puerperio y el Recién Nacido fomentando el autocuidado.

De todo ello se desprende que, la matrona tiene un papel fundamental en la atención a la adolescente embarazada.

¡Con nuestros cuidados podemos lograr una maternidad más sana, más aceptada y más feliz a estas mujeres casi niñas!

BIBLIOGRAFIA

- Adams, G. y Pittman, K.: "Adolescent and young adult fathers: problems and solutions". Washington, D.C.: Children's Defense Fund. 1988.
- Flores Lozano, J.A.: "Madres casi niñas con un perfil psicosocial problemático. Embarazo en la adolescencia". El Médico. 1988; 36-44.
- Pérez, C.; Anaya, G., y Díaz, R.: "Obstetricia en la adolescencia". Toko-Gin. Práct. 1984; 43: 59-68.
- Sanz de Miguel, E., et al: "Un año de estudios con la gestante adolescente". Rev. Iberoam. 1985; de fert. 2: 32-38.
- Slaikew, K.: "Intervención en crisis". El Manual Moderno, S.A. de C.V. México D.F. 1988.
- Usandizaga, J.A.: "Embarazo en la adolescencia". Socioepidemiología, ponen. al XIX Congr. Nacional de Ginec. Oviedo, oct. 1987.
- Woeheter, E.H.; Phillips, J., y Holaday, B.: "Enfermería Pediátrica". Interamericana McGraw-Hill. México. 1993.

La administración del **BAUTISMO DE URGENCIA:**

Una función tradicional de Matronas

MANUEL JESUS GARCIA MARTINEZ

Matrona.

ANTONIO CLARET GARCIA MARTINEZ

Licenciado en Geografía e Historia

JUAN IGNACIO VALLE RACERO

Matrona.

(A doña Consuelo Ruiz Vélez-Frías, Maestra de matronas. Ella es Historia viva de nuestra profesión)

INTRODUCCION

Hace poco tiempo preguntábamos a varias matronas, jóvenes en su mayoría, si habían administrado alguna vez el Sacramento del Bautismo en caso de necesidad durante su ejercicio profesional. La respuesta, por unanimidad, negativa. La misma se acompañaba, en la mayoría de los casos, con gestos de sorpresa en sus rostros. Era lógico pues, entre otras cosas, esa tarea no era contemplada en los planes de estudios que habían cursado.

Si esta misma pregunta la hubiésemos trasladado a alguna otra compañera que hubiese ejercido hace varias décadas, probablemente, la respuesta sería de signo contrario. Lo que era una práctica habitual obligada para las matronas de hace unos siglos, como era la administración del Bautismo en caso de extrema urgencia, en nuestro tiempo ya ha dejado de serlo. El oficio, profesión, arte y ciencia, que de todo tiene un poco o un mucho el trabajo realizado por las matronas a lo largo de la Historia, se ha ido adaptando, cosa común con los demás oficios y profesiones, a las circunstancias sociales, políticas y económicas de cada momento. En ese sentido, la influencia religiosa ha jugado un relevante papel durante los siglos en el trabajo de las matronas. Un caso concreto, y cuyo estudio constituye el motivo del presente trabajo, era el bautizar al niño en caso de peligrar su vida durante el parto o antes del mismo.

EL BAUTISMO DE URGENCIA Y LA MATRONA EN EL PASADO

Como podremos ver más adelante, cuando se comenten algunas ideas sobre el Bautismo de urgencia en la actualidad, y centrándonos dentro de la religión cristiana en el Catolicismo, predominante en nuestro país, la matrona, independientemente de sus creencias religiosas, está obligada moralmente a conocer la fórmula bautismal y aplicarla al feto o al niño nacido en caso de que alguna paciente así se lo pida. Podrá pareceros esto cosa de poca importancia o relevancia, pero puede no serlo así para algunas de nuestras pacientes, a las que nos debemos en todo momento.

Remontándonos al pasado, hace tres o cuatro siglos, en nuestro país, la matrona debía conocer perfectamente tanto la fórmula bautismal como el modo de administrar este Sacramento. Citemos aquí, a modo de ejemplos, algunos textos teológicos que hacen alusión a la matrona y al Bautismo:

"La matrona, independientemente de sus creencias religiosas, está obligada moralmente a conocer la fórmula bautismal y aplicarla al feto o al niño nacido en caso de que alguna paciente así se lo pida"

"Los visitantes hacían constar si la matrona o partera tenía o no Título o Carta de Examen para poder desempeñar profesionalmente su oficio, las costumbres morales de ésta, años de ejercicio y, fundamentalmente, su conocimiento sobre el Bautismo de urgencia"

*Quoniam Paulus V. decrevit ut foetus humanus quilibet si vivat aut vitalem indicet motum baptizetur: tempus vera, quo vivere incipit non adeo exploratum est, Parochi & Obstetrices in ministrando summae necessitatis Sacramento (...)*¹.

Esta cita nos viene a decir que tras el decreto del Papa Paulo V en donde se aconsejaba el bautizar al feto humano si vive o muestra algún signo de vida, tanto el cura como la matrona estaban obligados a administrar el citado Sacramento en caso de extrema necesidad.

Otra referencia al mismo tema es la siguiente, extraída igualmente de la misma obra:

*Ex dictis constat, obstetrices semper teneri baptizare infantem abortivum, cum possit esse animatus; sed quando de animatione dubitant, sub conditione; quia prodesse, non obesse hoc potest*².

Podríamos traducirla del siguiente modo: De lo dicho consta que las matronas siempre tienen que bautizar al producto del aborto ("niño abortado") cuando parezca tener vida; pero si se duda de que viva, hay que hacerlo "sub conditione", porque esta forma de proceder no es perjudicial en nada.

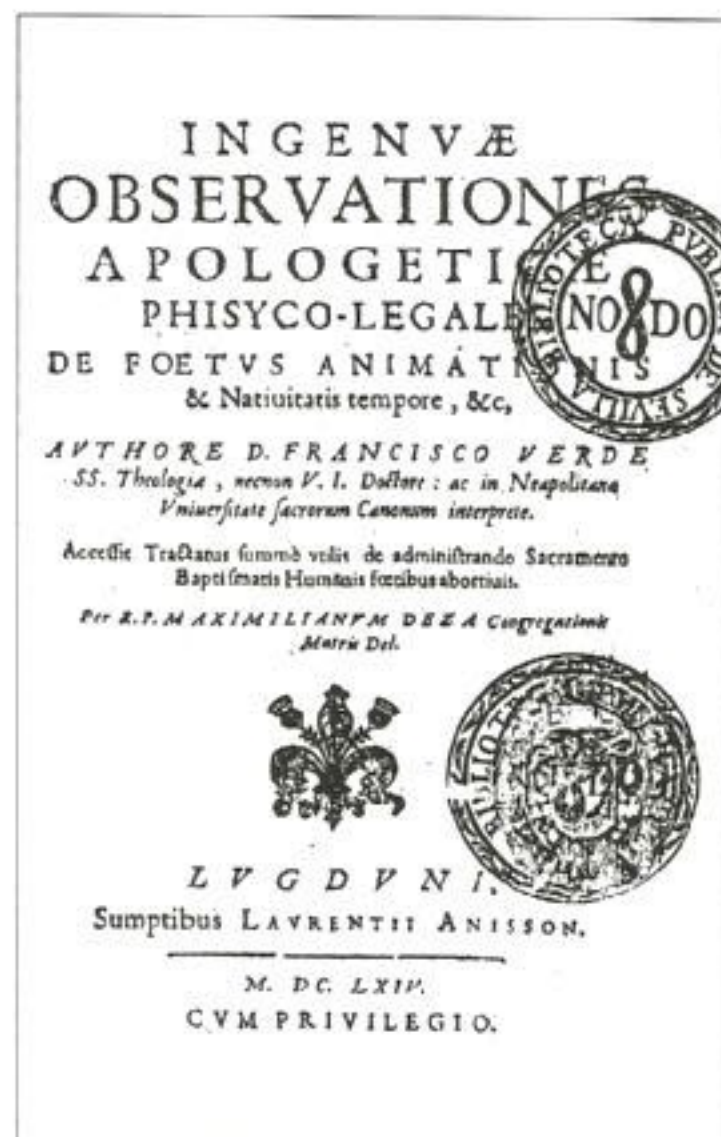
Aquí aparece la forma de Bautismo condicionada (*sub conditione*), necesitándose posteriormente una confirmación del Sacramento en caso de que la criatura sobreviviere.

Sin querer entrar en interminables disputas teológico-filosóficas, propias de otras épocas históricas, y en nuestro modesto viaje por el pasado, vamos a destacar unas citas que aluden directamente a las matronas, extraídas de documentos originales conservados en el Archivo del Palacio Arzobispal de Sevilla. Nos muestran claramente la gran influencia que los aspectos religiosos mantenían sobre la sociedad de hace tres siglos. Estos documentos son los Libros de Visitas Pastorales, que son registros obtenidos tras las visitas a las distintas capitales, pueblos y aldeas pertenecientes a la zona bajo la jurisdicción del Arzobispado de Sevilla. Entre otras cosas recogían datos sobre rentas, propiedades, escrutinio del clero y, en general, todos aquellos datos que eran necesarios para la buena marcha de la Institución eclesiástica. De entre esos datos, los visitantes, generalmente licenciados y doctores, se encontraban los que hacían referencia a las matronas: si estaban o no en condiciones de administrar el Bautismo de urgencia, si sabían la fórmula bautismal y la manera correcta de emplearla.

Como tenemos ocasión de comprobar, existía más preocupación por el tema estrictamente religioso que el profesional propiamente dicho. Así, los visitantes hacían constar si la matrona o partera tenía o no Título o Carta de Examen para poder desempeñar profesionalmente su oficio, las costumbres morales de ésta, años de ejercicio y, fundamentalmente, su conocimiento sobre el Bautismo de urgencia, como ya quedó dicho.

En la visita pastoral realizada al pueblo de Gerena por D. Francisco Mouzón, en el año 1694, se dice textualmente:

*María de la Encarnación, natural de esta villa, es partera y presentó un título despachado de D. Tomás de Onteniente, de Asistente de Sevilla, en 10 de Noviembre de 1666 años, para poder ejercer su oficio. Save bien la forma del Baptismo; puede en caso de necesidad, administrarlo sin escrúpulo. A veynte y seis que tiene este Exercicio; su edad son sesenta años. Es de buenas costumbres*³.



Portada de un tratado de 1664 sobre el Bautismo de fetos y abortos.



Visita Pastoral realizada a comienzos del siglo XVII. En ella se recogía si la matrona estaba preparada para administrar el bautismo de urgencia. Palacio Arzobispal de Sevilla.

Como podemos apreciar, se recogen los siguientes datos: nombre de la matrona o parte-
ra (se designan indistintamente así en todas las citas que hemos tenido la ocasión de recopi-
lar), lugar de nacimiento, si posee o no título para ejercer y, en caso afirmativo, persona que lo
ha expedido y fecha de su expedición, años de ejercicio profesional (26 en este caso), edad,
costumbres éticomorales de la matrona y, sobre todo, si sabe administrar correctamente el
Bautismo en caso de necesidad (en el caso que nos ocupa, la respuesta es afirmativa).

Los curas de los pueblos eran los responsables de enseñar a las parteras todo lo referente
al Sacramento del Bautismo. Ello queda patente en la siguiente cita:

Esta villa es del Rey y consta de 400 vezinos. Matrona o comadre lo es Sebastiana Maria,
es Moderna, y de lo advertido a los curas la instrucción y reconozcan (...) si está en estado de
confiarse para los Baptismos de necesidad para los casos que ocurren de morirse las criaturas
sin llegar a solemnizarse los Baptismos, porque entonces ya saben dichos curas los han de
Baptizar subcondicione⁴.

O en esta otra, realizada a la localidad sevillana de La Algaba en 1715:

Esta villa es propia del Conde de Montijo, cuyo pueblo se compone de 300 vezinos (...) No ai
Médico pero si Matrona, la qual es savido tener el cura examinada e instruida en lo que debe
saver para su ejercicio⁵.

Con respecto a la solemnidad en la administración de este Sacramento, la Iglesia era
extremadamente exigente, insistiéndose en ello frecuentemente. Así consta en la visita realiza-
da el 26 de Septiembre de 1699 a la villa de Aroche:

Por médico de esta villa se alla D. Francisco Guerrero; es soltero y su edad es de 30 años.
Procede con algún acierto y crédito en su exercicio. Ai dos matronas: la una y la mas inteligente es
Sebastiana Martin, si bien ya no lo exercita mucho porque no lo son decente al hábito que ha bes-
tido de tercera de San Francisco; es casada y su edad 42 años. La otra es Lucia González, soltera;
su edad 45 años, y ambas están bien impuestas en la forma del Sacramento del Baptismo y casos
en que deben administrarlo. Y encargo siempre a los curas las instruian frecuentemente, porque
son fáciles a olvidar las palabras formalissimas deste Sacramento⁶.

Algunas de las citas recopiladas son muy curiosas y explicativas. En algunas de ellas que-
daba patente que la parte asistencial de cuidados a la parturienta quedaba relegada a un
segundo plano con respecto a la función religiosa. La visita a Encinasola en el año 1703 deja
claro este punto:

Matrona no la ai de oficio, digo con título, pero sirve de tal Margarita Puenzeza, muger casa-
da, de edad de 40 años. Es poco inteligente en dicho oficio pero está bien esntruida para los casos
de Baptismos de nezessidad⁷.

"La parte asistencial
de cuidados a la
parturienta quedaba
relegada a un
segundo plano con
respecto a la función
religiosa"

"La influencia religiosa se manifestaba asimismo en los libros escritos fuera de nuestro país"

En aquellas localidades donde no había matrona, el cura debía enseñar a las mujeres que eventualmente atendían los partos, generalmente las más veteranas y con experiencia. Así se recoge en la visita efectuada por el Doctor D. Joseph de Villota al pueblo de Algodonales en el año 1691:

(...) Matronas no ay ninguna de oficio, y quando las mugeres paren entonces las vezinas las ayudan, por cuya razón no se an examinado, pero he mandado al cura que les explique la forma y materia del Sacramento del Baptismo continuamente y lo que han de hazer quando se ofresca el administrarlo en caso de necesidad ⁹.

Concluimos este pequeño recorrido por las estanterías del Archivo del Palacio Arzobispal de Sevilla con esta última visita realizada a la localidad sevillana de Alcalá de Guadaíra, distante 15 kilómetros de la capital hispalense, en el año 1696:

Hice llamar y examiné las Matronas, y están capaces para poder administrar el Sacramento del Baptismo en caso de necesidad ⁹.

Creemos que las citas anteriores, y otras que no podemos recoger en este trabajo por la limitación espacial del mismo, son demostrativas de la gran interrelación entre el oficio de matrona hace tres o cuatro siglos y la religión imperante en ese momento.

EL BAUTISMO EN LOS MANUALES PARA INSTRUCCION DE MATRONAS

Esa influencia se ha mantenido durante siglos, lógicamente cada vez menos, haciéndose notar incluso en los libros y manuales de textos para la enseñanza de las matronas. De éstos haremos seguidamente breves referencias literales. Queremos hacer constar que esta influencia religiosa se manifestaba asimismo en los libros escritos fuera de nuestro país y que, por lo tanto, no era un fenómeno exclusivo de nuestras tierras. Así queda constancia en las traducciones de algunos manuales de Obstetricia para matronas escritos en el siglo pasado o en las primeras décadas del presente.

A comienzos del siglo XIX, en un texto legal que hemos tenido la oportunidad de analizar, se hace referencia a la obligatoriedad de la enseñanza del bautismo de urgencia a las futuras matronas, plasmado ello en forma de Real Cédula ¹⁰. De esta forma queda demostrada la relación directa entre enseñanza oficial (recuérdese que la Real Cédula regularía todo lo concerniente a la profesión de matrona durante varias décadas, desde los primeros años del siglo XIX hasta mediados del mismo siglo) y esta práctica religiosa. De esta Real Cédula vamos a extraer las siguientes líneas que aluden directamente a la enseñanza del bautismo de urgencia:

(...) El mismo Catedrático de partos las dará á puertas cerradas en los meses de Mayo y Julio, de quatro á cinco de la tarde todos los días que no sean feriados, las lecciones que necesitan para instruirse en lo que deben saber, y, finalmente, de la forma y manera de administrar el agua de socorro á los párvulos quando pelagra su vida ¹¹.

En uno de los manuales de Obstetricia para matronas del siglo pasado (año 1866), escrito como todos por un médico, el doctor D. Francisco Alonso y

**SUPLEMENTO
Á LA COLECCION DE PRAGMÁTICAS,
CÉDULAS, PROVISIONES, CIRCULARES,
Y OTRAS PROVIDENCIAS
PUBLICADAS EN EL ACTUAL REYNADO
DEL SEÑOR DON CARLOS IV**

Por DON SANTOS SANCHEZ.

**COMPREHENDE LAS RESPECTIVAS Á EL AÑO
DE 1801, CON LAS CUALES SE DA PRINCIPIO AL TOMO
QUARTO DE ESTA COLECCION, Y SEXTO DE TODA
LA OBRA.**

EN MADRID:

EN LA IMPRENTA DE LA VIUDA E HIJO DE MARIN.

AÑO DE M.DCCCII.

Portada del libro que recoge la Real Cédula de 6 de Mayo de 1804, en la que se regula las enseñanzas de los estudios de Matrona.

Rubio, a la sazón Catedrático de Clínica de Obstetricia de la Facultad de Medicina en la Universidad Central¹², dice, entre otras cosas, lo siguiente:

(...) En estos graves accidentes, cuando el feto tarda en respirar, ó antes de su expulsión del seno materno, siempre que se crea su vida comprometida y haya alguna región accesible (si es ya visible), se le debe bautizar provisionalmente con las siguientes palabras sacramentales: "Criatura, yo te bautizo en el nombre del Padre, y del Hijo, y del Espíritu Santo".

Si se duda de su vida: "Criatura, si eres capaz, yo te bautizo...". Y al pronunciar estas palabras se derrama sobre la cabeza ó sobre la parte accesible del feto, si todavía no ha nacido, agua templada con un vaso ó una jeringuilla de inyecciones, según lo exija.

Esta fórmula bautismal no ha sufrido cambio alguno en el tiempo, desde que Jesucristo lo instituyera: *Id, pues, y enseñad a todas las gentes, bautizándolas en el nombre del Padre, y del Hijo, y del Espíritu Santo*¹³; de ahí la exigencia de la Iglesia en cuanto al uso correcto de estas palabras.

Vemos, pues, cómo en los libros de texto para matronas se dedicaba un apartado para la enseñanza de esta materia.

En otro de estos manuales, metidos ya en este siglo (año 1923), *Las carreras auxiliares médicas. Reformada ampliación del "Manual del Practicante y de Partos"*, se puede comprobar la pervivencia aún de la influencia religiosa en la formación académica de la matrona:

Cuando consideramos ya inútil todo nuestro esfuerzo o siempre que juzguemos necesario, por tratarse de muerte inminente, bautizar al feto, se practica haciendo llegar un poco de agua a cualquiera de sus regiones si no ha salido, o derramarla en otro caso sobre la cabeza, en tanto se dice: "Yo te bautizo en el nombre del Padre, y del Hijo, y del Espíritu Santo, Amén".

Finalmente, si en la localidad no hubiera Médico y el feto naciera muerto, el Practicante tiene obligación, según el Artículo 47 de la Ley provisional del Registro Civil, de certificar según el modelo siguiente:

*"Don..., Practicante titular de la villa de ..., provincia de ... Certifico: Que a las ... del día de hoy he asistido a Doña ..., esposa de Don ..., y que vive calle ..., número ..., piso ..., la que ha dado a luz un feto del sexo ..., muerto en el claustro materno a consecuencia de ... (habiendo o sin haber) recibido agua de socorro)..."*¹⁴.

Este manual iba dirigido, fundamentalmente, y como consta en su encabezamiento, a aquellos practicantes legalmente autorizados para atender partos.

El último de los manuales para instrucción de matronas que consultamos, titulado *Manual de Obstetricia para comadronas*, está editado seis años más tarde que el citado anteriormente, siendo una traducción de la séptima alemana y ésta escrito por otro médico, el doctor Ludwig Piskacek, Profesor universitario extraordinario y ex-Profesor de Tocología del Curso de Comadronas. En él se continúa haciendo referencia al Bautismo de urgencia como una práctica de la matrona y, como aportación novedosa con respecto a los textos anteriores, se dice lo siguiente:

(...) El bautismo de urgencia es un bautismo real que se practica rociando con agua al recién nacido al propio tiempo que se pronuncian las fórmulas bautismales. Se hace prescindiendo de las demás oraciones y ceremonias y es sólo válido cuando se halla en peligro la vida del bautizado.

Para que el bautismo de urgencia sea válido se requiere:

1.- La voluntad de bautizar realmente, tal como prescribe la Iglesia, es decir, de llevar a cabo aquella acción religiosa que implantó Jesucristo y que se llama en general Bautismo.

2.- El rociamiento con agua natural.

3.- La simultánea recitación de la verdadera fórmula bautismal.

Agua natural es el agua de un manantial, pozo, o río, de mar o de lluvia, el agua de hielo o nieve derretida.

*El bautismo se administra en dicha forma a los recién nacidos asfícticos o sumamente débiles, rociando por tres veces la cabeza con agua natural y haciendo la señal de la cruz. Antes de administrar el bautismo de urgencia a un feto que se encuentra todavía en el claustro materno es necesario que la comadrona se lave y desinfeste las manos de la manera prescrita y que moje después en agua previamente hervida y enfriada los dedos que debe introducir*¹⁵.

A los fetos y niños nacidos muertos no debe nunca administrarse el Bautismo.

Hasta aquí unas pinceladas históricas sobre esta tarea llevada a cabo por las matronas.

"Al tratarse de muerte inminente, bautizar al feto, se practica haciendo llegar un poco de agua a cualquiera de sus regiones si no ha salido, o derramarla en otro caso sobre la cabeza"

"A los fetos y niños nacidos muertos no debe nunca administrarse el Bautismo"

ALGUNAS NOTAS SOBRE EL BAUTISMO DE URGENCIA EN NUESTROS DÍAS

Al no tratarse este modesto trabajo de un compendio de teología o algo similar, y escapar del conocimiento de sus autores tan grave y delicada materia, es por lo que no profundizaremos en este asunto y lo dejaremos para otra ocasión y autores más preparados. Sí hemos creído oportuno, en cambio, a título meramente informativo, y con ello completamos esta pequeña reseña histórica, hacer unos breves comentarios sobre la definición, tipos, personas autorizadas para administrar el Bautismo de urgencia, etc., y su relación con las matronas en nuestros días. Para ello hemos acudido a la obra del doctor en Teología Don Antonio Royo Marín titulada *Teología Moral para seglares*¹⁶.

Etimológicamente, el término *Bautismo* deriva del latín *baptismus*, que a su vez procede del griego *baptisma* o *baptismos*, con significado de *inmersión*, *loción*, sugiriendo la idea de inmersión, ablución o purificación con agua.

Hay tres clases de Bautismos: una propia, el de agua, y dos impropias, el de *sangre* y el de *deseo* (llamado también de *fuego*). El bautismo-sacramento, o de *agua*, se llama *solemne* cuando se administra observando todos los ritos y ceremonias ordenados por la Iglesia en los libros rituales; y *privado*, o *no solemne*, cuando se administra en casos urgentes, como el que nos ocupa.

En el caso de necesidad (v. gr., en el bautismo intrauterino) es probable la validez del bautismo, con tal que el agua bautismal haya lavado alguna parte del cuerpo del bautizado (v. gr., una mano, un pie, el pecho, etc.); pero, llegado el caso, el bautismo debe repetirse después (bajo condición) sobre la cabeza. Sería inválido el bautismo administrado sobre las membranas o secundinas, que no pertenecen al cuerpo del bautizado.

La forma del Sacramento del Bautismo consiste en las siguientes palabras, pronunciadas por el que lo administra: "*Ego te baptizo in nomine Patris, et Filii, et Spiritus Sancti*" ("yo te bautizo en el nombre del Padre, y del Hijo, y del Espíritu Santo").

En caso de necesidad, cualquier persona con uso de razón puede válida y lícitamente bautizar. La matrona, como persona más próxima en el acto del nacimiento, junto al médico o cirujano, deben practicar esta operación, con tal que posea los conocimientos indispensables para ello.

Sobre los *no nacidos* y los *fetos abortivos*, la Iglesia mantiene los siguientes puntos:

1. A nadie debe bautizarse en el claustro materno mientras haya esperanza fundada de que puede ser bautizado una vez que haya sido dado a luz normalmente.

2. Si el niño hubiera echado afuera la cabeza y hay peligro próximo de muerte, bautícese en la cabeza; y no se le debe bautizar después bajo condición si hubiera nacido con vida.

3. Si hubiera echado afuera otro miembro, debe bautizarse con él bajo condición, si es que hay peligro inminente; pero en este caso, si una vez nacido, tuviera vida, debe ser bautizado de nuevo bajo condición.

4. Si hubiera muerto la madre en estado de embarazo, el feto, una vez extraído por aquellos a quienes corresponde hacerlo, debe ser bautizado en absoluto, si ciertamente viven; si esto es dudoso, bajo condición.



Portada de un manual para la instrucción de las matronas, de 1866. En él se enseñaba la forma de administrar el Bautismo.

5. Ha de procurarse que todos los fetos abortivos, cualquiera que sea el tiempo a que han sido alumbrados, sean cuanto antes bautizados en absoluto, si ciertamente viven; y, si hay duda bajo condición.

6. Debe bautizarse siempre, por lo menos bajo condición, a los monstruos y ostentos¹⁷; y en la duda de si es uno solo o son varios hombres, se debe bautizar a uno de ellos en absoluto y bajo condición a los restantes.

Con estos principios aceptados por la Iglesia Católica relativos al Bautismo de urgencia y que de alguna manera afectan directamente a las matronas de nuestro tiempo, damos fin a este trabajo y cuya única finalidad ha sido recordar esa función y el importante papel social que de ella se derivaba; función que venían ejerciendo nuestras compañeras desde hace siglos y que en nuestros días prácticamente se halla en el olvido.

NOTAS

1. VERDE, F.: *Ingenuae observationes apologetice phisico-legales de foetus animationes & Natiuitatis tempore*. Sumptibus Laurentii Anisson, Lugduni, 1664, p. 60.
2. Ibidem, p. 10.
3. Libro de Visita Pastoral N° 1343. Año 1694. Localidad: Gerena. Archivo del Palacio Arzobispal de Sevilla.
4. Libro de Visita Pastoral N° 1344. Año 1704. Localidad: Manzanilla. Archivo del Palacio Arzobispal de Sevilla.
5. Libro de Visita Pastoral N° 1356. Año 1715. Localidad: Algava. Archivo del Palacio Arzobispal de Sevilla.
6. Libro de Visita Pastoral N° 1344. Año 1699. Localidad: Aroche. Archivo del Palacio Arzobispal de Sevilla.
7. Libro de Visita Pastoral N° 1344. Año 1703. Localidad: Encinasola. Archivo del Palacio Arzobispal de Sevilla.
8. Libro de Visita Pastoral N° 1343. Año 1691. Localidad: Algodonales. Archivo del Palacio Arzobispal de Sevilla.
9. Libro de Visita Pastoral N° 1343. Año 1696. Localidad: Alcala de Guadaira. Archivo del Palacio Arzobispal de Sevilla.
10. Real Cédula de 6 de Mayo de 1804. Extraída de la obra: *Suplemento a la colección de Pragmáticas, Cédulas, Provisiones, Circulares y otras providencias publicadas en el actual Reynado del Señor Don Carlos IV*, cuyo autor es D. Santos Sánchez. Imprenta de la viuda e hijo de Marín. 1802, p. 389.
11. Ibidem, p. 389 (Capítulo VIII, Artículo de la Real Cédula de 6 de Mayo de 1804: *De las maternas que deben enseñarse en estos Reales Colegios y de su distribución entre los Catedráticos*).
12. ALONSO Y RUBIO, F.: *Manual del Arte de Obstetricia para uso de las Matronas*. Imprenta Nacional. Madrid 1866, p. 262.
13. Mt 28,19.
14. ALONSO Y GARCIA-SIERRA, E.: *Las Carreras auxiliares médicas. Reformada ampliación del "Manual del Practicante y de Partos"*. Librería Internacional de Roma. Madrid, 1923, p. 1137.
15. PISKACEK, L.: *Manual de Obstetricia para comadronas*. Primera Edición española. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1929, p. 324.
16. ROYO MARIN A.: *Teología Moral para seglares*. Tomo II: Los Sacramentos. Cuarta Edición. Biblioteca de Autores Cristianos. Madrid, 1984, pp. 86 y siguientes.
17. Se entiende por monstruos y ostentos los fetos engendrados por mujer que presentan aspecto de animal, o están destituidos en parte de figura humana, o presentan miembros multiplicados. Los que no ofrecen ninguna forma humana ni de bestia, apareciendo externamente como una masa informe de carne, reciben el nombre de *molos*. Los monstruos y ostentos han de ser bautizados, al menos, bajo la condición *si eres capaz*. Si aparecen varias cabezas con un solo tronco, hay que bautizar absolutamente una de ellas, y las otras bajo condición (*si no estás bautizado...*). Las molos o masas de carne informe que van absorbiendo al feto hasta destruirle deben ser abiertas para ver si aún lo contienen y bautizarle bajo condición: *si vives o eres capaz...*

"Función que venían ejerciendo nuestras compañeras desde hace siglos y que en nuestros días prácticamente se halla en el olvido"

JESUS INFIESTA
M.A. RABADAN

La Costa Adriática,

Pulmón de Croacia: Recreo, solaz, meditación.



Hay que visitar, como lo hemos hecho nosotros, la costa sur de Croacia, bañada y acariciada por el Adriático, que más parece un espejo que mar. Tal resultan sus aguas de azabache, signo de su cristalinidad. Si a esto añadimos la sinfonía de fiordos, el sol, el clima, un sistema ecológico incontaminado, la fauna y la flora acuática, el turista queda zambullido en una especie de Nirvana, que invita a un yoga mental del que tan necesitados estamos en una cultura de stress, de vértigo y de precipitación. Ahí es nada, más de 250 kilómetros de costa dócil llena de bellos contrastes.

Dubrovnik, Makarska, la isla de Brac, Bol, Hvar y Split, han sido nuestras mecas de relajación. Acanciadas por el Adriático, con una carga de cultura y de arte de la más genuina marca grega, romana y etrusca, estas ciudades pétreas son toda una sinfonía en la que las piedras hablan al visitante con mayor sonoridad que un instrumento, porque el tiempo aquí no ha pasado, permanece, y las piedras rezuman historias primitivas con sabores y cavas de eternidad.

En los días calurosos de verano, un paseo por las playas de Dubrovnik es proclive al embriagamiento ante los densos aromas del mar mezclados con las fragancias etéricas de pinos, cipreses, laureles, enebros, mirtos y diversas hierbas y flores aromáticas y medicinales.

Dubrovnik, es todo un espectáculo de calles estrechas, empuñadas, cuyas escaleras parecen transportarte desde allí, a la eternidad... Amplios muros que reciben el beso de las olas en caricias de infinitos horizontes marinos, a la búsqueda del abrazo entre Oriente y Occidente, el norte y el sur. Dubrovnik, punto de encuentro de culturas, de comercio, y de ejércitos, es ahora uno de los centros mundiales para turistas de todos los continentes, artistas, diplomáticos, científicos, intelectuales. La belleza de su arquitectura ha hecho de Dubrovnik la Atenas croata del sur eslavo.

El cielo, el mar, la brisa, la arquitectura, la ecología, la naturaleza es aquí generosa, desbordante, exuberante. La costa adriática del sur de Croacia toda es propietaria de un clima cálido sureño, un cielo claro azul, un fondo marino. Ya lo hemos insinuado, sus aguas son transparentes color verde esmeralda y azul oscuro en las orillas de costas rocosas, dispersas por ensenadas y bahías, por playas de arena, adornadas de una exuberante flora subtropical.

Bajo un típico clima suave mediterráneo, esta zona, incluso en invierno está llena de un sol que calienta y alumbra desde la madrugada hasta el anochecer. Así lo hemos constatado los que hemos llegado hasta allí; hay más de 250 días de sol, al año, con una

temperatura media de 17°C. En los meses de invierno es de 10°C, y en los meses de verano la temperatura media es de 26°C.

La plaza central de la ciudad, la calle diagonal y las que la circundan, parecen más que plaza y calles un recinto sagrado, arquitectónico, cuajado de belleza, columnas de bellos capiteles, casas que parecen iglesias o museos, y torres con simpáticos campaniles que invitan a la oración. Aquí, en este marco incomparable y natural, se han representado conciertos y festivales de música y teatro, dónde uno no sabe que apreciar más si el entorno escénico natural o la belleza de lo que allí se representa.

Llegar a Dubrovnik es ahora más fácil a través de su moderno aeropuerto con líneas internacionales. La agencia turística "Atlas" de Dubrovnik es una de las principales de Croacia, que cuenta con una flota de autobuses, yates e hidrofoils que transportan a sus clientes por tierra y por mar, constituyendo este último medio una delicia más para el turista.

Makarska, es otro lugar de ensueño, con sus playas a pie de hotel, sus paseos marítimos entre pinos, enebros, y vegetación. Salir de Makarska en el hidrofoil de la flota de "Atlas" con destino a la isla de Brac y almorzar en Bol es una de las delicias que uno desearía ofrecer a sus mejores amistades, porque la belleza del recorrido marítimo, el paisaje, la montaña, la paz y la tranquilidad es tal que se asemeja a lo que debe ser un karma yoga en estado de meditación trascendental. Continuar el viaje hasta Hvar y desembocar en la ciudad costera de Split, con sus monumentos romanos, sus tiendas, su gente, es algo tan inenarrable que todo discurso queda pequeño con la realidad.

