

# matronas hoy

NUEVA ETAPA

REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

N.º 5 - 2.º TRIMESTRE, 1995

## V CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

**"La cariñoterapia":  
un tratamiento  
necesario  
en la atención  
materno-infantil**



ASOCIACION NACIONAL  
DE MATRONAS ESPAÑOLAS

Santiago de Compostela 26-27-28 de octubre de 1995



REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

Nº 5 - 2º TRIMESTRE, 1995

## STAF

### Presidenta

Consuelo Ruiz Vélez-Frias

### Dirección

M<sup>re</sup> Angeles Rodriguez-Rozalén

### Subdirectora

M<sup>re</sup> Luisa Rodriguez Oscariz

### Directora Editorial

M<sup>re</sup> Angeles Rabadán González

### Asesoras

Ana Aguilá Gorges • Zaragoza

Teresa Cabrera • Madrid

Lucía Calderón • Madrid

Carmen Hernández • Canarias

Gloria Seguranyes • Cataluña

Isabel 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

Deposito Legal: M-19.000/83

Diseño, composición,  
maquetación y fotomecánica:

Jolugo S.L.

Imprime: Tecnología Gráfica

Edita: Asociación Nacional  
de Matronas

# SUMARIO

<b>PUNTO DE VISTA</b> .....	p.3
<b>CARTA A MI HIJO</b> .....	p.4
<b>SECCION CIENTIFICA</b>	
• Adenocarcinoma de cuello uterino (II) .....	p.5
• Detección del defecto del tubo neural y otras alteraciones osténcas a través del estudio de alfafeto proteina .....	p.11
• Replanteándonos la episotomía .....	p.15
<b>LA ASOCIACION INFORMA</b>	
• Estudio de opinión sobre la imagen de la matrona en Madrid .....	p.18
<b>CURSOS, JORNADAS, ACTIVIDADES</b> .....	p.27
<b>HEMOS LEIDO</b> .....	p.30
<b>PERFIL</b>	
• Sara Veira Ramúndez .....	p.33
<b>HISTORIA DE LA MATRONA</b>	
• Competencias de la matrona valenciana en el Medievo y Renacimiento .....	p.34
<b>DE MUJER A MUJER</b>	
• Gastronomía - El ajo .....	p.37
• Arte - Artesanía para matronas .....	p.38
<b>MADRES HOY</b>	
• La importancia de la lactancia materna .....	p.39
<b>CURIOSIDADES</b>	
• Marganta Veronese .....	p.41
<b>CONOCE TU MUNDO</b>	
• Praga .....	p.42
<b>INTERNACIONAL</b>	
• 24 Congreso Trienal de Matronas Oslo .....	p.44
• 50 Aniversario de las N.N.U.U. ....	p.44



"Tenga una matrona en su vida", fue el lema más atrevido que hemos utilizado en nuestros Congresos, comentaron algunos... pero eso no altera los planes, los objetivos, los proyectos, y la intención, y continua vigente.

El mencionado lema era el principio y punto de partida de una campaña de imagen de la profesión y, de acercamiento a la sociedad. Así es como se venden productos y servicios. Al menos eso es lo que aprendí en la escuela de Marketing.

Pues bien, en eso estamos, es plena campaña de ventas. Disponemos de dos instrumentos que constituyen los dos pilares más sólidos del programa; 1º: la creación y publicación de la primera **CARTILLA DEL RECÉN NACIDO**, documento sencillo y breve, pero lleno de calor en su tercera página y recomendaciones de utilidad en las siguientes. 2º: la realización y publicación del mejor documento educativo para madres, disponible actualmente, **LOS CONSEJOS DE TU MATRONA**.

El mencionado libro es un compendio informativo-educativo de todas las cuestiones de interés para las gestantes, que debe llegar a las lectoras en la primera consulta de embarazo.

Los contenidos alcanzan desde el primer mes hasta la crianza, con el rigor científico necesario y en el lenguaje adecuado. Pero la mayor virtud del libro es la autoría. Más de 100 Matronas han participado en todo el proceso. Unas escribieron los textos, otras revisándolos y, muchísimas, aportando 10 consejos para las madres.

Con esta dinámica hemos conseguido el objetivo prioritario: "Los consejos de tu matrona, es el libro de todas las matronas para todas las madres".

Cuando consigamos el aprecio y respeto de cada mujer, lo tendremos de la sociedad. El status y otra cosas vienen solas...

Elisaveth Rodríguez

*Nuestro regalo...*



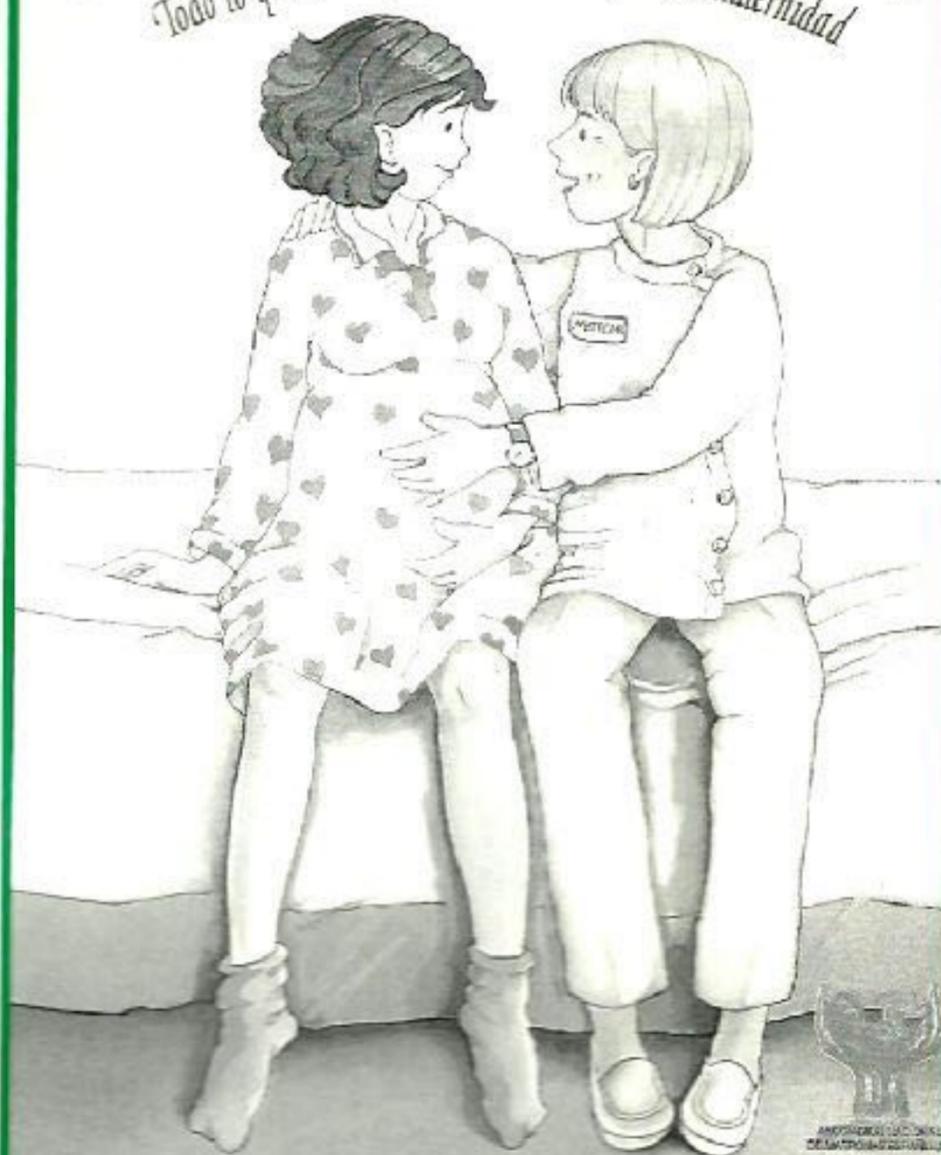
Este pequeño documento contiene algunas recomendaciones, para la madre y el bebé, que les serán de utilidad los primeros días después del parto.

Será el regalo de la Matrona del medio hospitalario después del parto.

Ninguna madre debería salir del hospital sin ésta cartilla.

## Los consejos de tu matrona

*Todo lo que deseas y necesitas saber, para tu maternidad*



Este libro reúne información para los gestantes y madres.

Información concreta que responde a las inquietudes que las Matronas conocemos muy bien porque nos la solicitan cada día.

Es un pequeño volumen tamaño bolsillo, con 113 páginas, disponible para todas las gestantes españolas y que debe llegar a sus manos en la primera consulta.

Es el regalo de las Matronas de Atención Primaria.

¡¡Hola Emano!!

Si, ya sé que te estoy escribiendo aunque hable contigo continuamente, pero nos lo ha pedido Elia, una de las matronas que ya conoces y... porque no, aunque no sea fácil expresar todo lo que sentimos intentaremos que nos conozcas un poco mejor.

Ya casi cumpliremos 32 semanas de estar juntos, te acuerdas.... tu padre no nos veía, eran figuraciones mías, ilusiones.... claro que aquella hemorragia de implantación fue lo que más le despistó. Aunque tú y yo, ya sabíamos que estábamos juntos. Fue curioso como se puede tener ese instinto maternal

Es tan maravilloso sentirte junto a mí, ser dos en uno, compartir todo, pensar en cómo seremos los tres.

Día a día te siento crecer y es también cada vez mayor la felicidad. Cuando me pegas esas patadas y te mueves sin parar, qué satisfecha y tranquila me siento, porque algo me dice que sigues bien. Cuando papá te habla y te quedas quieta, atendiendo a lo que te dice, y cuando termina, tu respuesta inmediata, una patada o púñeteo para advertirle que le has entendido y que le quieres.

Es bonito ver cómo te cambia la vida, hasta la gente es más amable. Te acuerdas aquel día que teníamos ganas de una barrita de pan, si, entramos en la panadería y pedí la barrita de pan más pequeña que tuvieran. El hombre muy amable me dio una "pulquita" y a la vez extrañado me preguntó: "¿Será suficiente para usted?". "¡oh sí!" le contesté "es sólo un antojo" y entonces con una enorme sonrisa me dijo, "pues en ese caso se lo regalo yo", qué vergüenza pasó. Tal vez estos pequeños detalles te hagan comprender que aunque se dice tanto sobre lo maravilloso como explicable, te das cuenta de que hay algo que podemos hacer bien, realmente bien y que es grandioso.

Así lo siento yo, y aunque sienta miedo por lo desconocido, me consuela el saber que estás junto a mí, y que muy pronto estarás en mis brazos y en los de papá. Ya te puedo ver con la bisabuela, los abuelos, los tíos, durmiendo, llorando, sonriendo... ves también mi impaciencia crece y debo esperar.

Sólo quiero que sepas, que no tienes que tener temor a nada ni a nadie, porque siempre estaré contigo, además ya has oído a Elia, estamos preparados y lo seguiremos.

Te quiero.  
Mamá

# Adenocarcinoma

## infiltrante del cuello uterino(II):

### Factores de pronóstico y tratamiento

A.ARMAS, F.CALERO, A.TELLO, N.GARCIA

Servicio de Oncología Ginecológica. Hospital Maternal "La Paz" Madrid

#### RESUMEN

Durante 20 años (1979-1989) se han diagnosticado 111 enfermas con adenocarcinoma de cuello de útero. El estudio retrospectivo muestra una supervivencia a los 5 años de seguimiento del 56%, diagnosticado durante este tiempo 25 recidivas loco-regionales y 23 enfermas con metástasis a distancia. En el estadio I la supervivencia es del 71,6%, ésta es del 59,5% en el estadio II, y del 16,3% en el estadio III.

El tipo histológico adenoescamoso produce significativamente más metástasis ( $P = 0.05$ ). El grado de diferenciación histológico ha resultado significativo en el control de la enfermedad y en la supervivencia, siendo tanto más favorable cuanto es más diferenciado el tumor. Los ganglios de la pelvis son positivos en el 9% de los casos, y la positividad no alcanza nivel significativo en el control local de la enfermedad ni en la supervivencia, aunque es más favorable en ganglios negativos.

En el estadio I de la enfermedad las tres modalidades de tratamiento: cirugía, asociación de cirugía más radioterapia y radioterapia exclusiva han resultado útiles por el orden reseñado, pero no hay significación estadística en el control de la enfermedad ni en la supervivencia.

**Palabra clave:** Adenocarcinoma del cuello del útero. Cirugía, asociación cirugía + radioterapia y radioterapia.

En diversas publicaciones (1,2) se refiere que, el adenocarcinoma de cuello de útero tiene peor pronóstico que el carcinoma epidermoide, mientras que, otros autores (3,4) encuentran un pronóstico similar en ambas variedades tumorales, si únicamente se consideran los estadios precoces.

El pronóstico del adenocarcinoma cervical se relaciona estrechamente con el estadio anatómico-clínico de la enfermedad (1,5,6), variedad histológica (5,7), grado de diferenciación histológico (4,7,8,9), presencia o ausencia de metástasis ganglionares (5,10,11,12), contenido de DNA nuclear (13), volumen tumoral (11,14); profundidad de invasión del estroma y permeación vascular.

La elección de la mejor y más eficaz terapéutica de este tumor sigue siendo controvertida. Existe una tendencia mayoritaria a considerar que el tratamiento óptimo es la combinación de cirugía y radioterapia (8,14). Los radio-terapeutas consideran que la neoplasia presenta cierta autonomía, en especial las formas de "cáncer en tonel",

Tabla I

CARACTERISTICAS CLINICAS Y PATOLOGICAS DE ENFERMAS CON ADENOCARCINOMA DE CUELLO DE UTERO

	Número de enfermas	%
<b>ESTADIO</b>		
I	72	64
II	15	13
III	22	20
IV	2	2
<b>TIPO HISTOLOGICO</b>		
Endocervical	89	80
Adenoescamoso	19	9
Células claras	8	7
Endometroide	3	2
Indiferenciado	1	0,9
<b>GRADO DE DIFERENCIACION</b>		
G-1	68	61
G-2	25	22
G-3	18	16
<b>ESTADO DE LOS GANGLIOS</b>		
Positivos	10	9
Negativos	43	38

con problemas de radioaccesibilidad y radioresistencia (15); aunque otros autores (16) concluyen que no existe diferencia significativa en radiosensibilidad comparado con el carcinoma epidermoide, si se valora el control local de la enfermedad y el período de supervivencia libre de enfermedad.

#### MATERIAL Y METODO

En el Servicio de Oncología Ginecológica del Hospital Maternal "La Paz" de Madrid, durante un período de

tiempo de 20 años comprendido entre los años 1979 y 1989, se han diagnosticado y tratado 111 pacientes con adenocarcinoma infiltrante del cuello uterino.

Los métodos utilizados para el diagnóstico inicial, así como por el estadiaje de la enfermedad han sido los recomendados por la F.I.G.O. (1). La tabla I resume las características clínicas y patológicas de las enfermas. Las edades oscilaron entre los 25 y 84 años, con una edad media de 54 años. En la estratificación por estadios se observa que hay una proporción importante de pacientes en el estadio I, y todos ellos en la variedad Ib.

El diagnóstico histológico ha sido efectuado en el Departamento de Anatomía Patológica del propio Hospital, donde se identifica el tipo Histológico, con predominio claro del endocervical, seguido del adenoescamoso y la variedad de células claras. Son rarezas el diagnóstico del tipo endometriode e indiferenciado. También nos aporta el grado de diferenciación histológico, clasificados en bien diferenciado (G-1), moderadamente diferenciado (G-2) y poco diferenciado (G-3). En 53 enfermas ha sido posible realizar la linfadenectomía pélvica, y del estudio histológico de los ganglios la detección de 10 casos (9%) con metástasis ganglionares del adenocarcinoma.

En un período de tiempo tan dilatado la estrategia de tratamiento no ha sido uniforme, es por ello que en la tabla II se expone el tratamiento primario realizado en los 111 adenocarcinomas infiltrantes del cuello uterino. En las enfermas estratificadas dentro del estadio Ib se realizó cirugía exclusivamente en 24 casos, pauta seguida en los últimos años cuando los ganglios examinados son negativos, radioterapia como tratamiento único en 14 pacientes, y la asociación de cirugía y radioterapia en 34 enfermas.

Tabla II

TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ADENOCARCINOMA DE CUELLO DE UTERO

Estadio	Tratamiento	Número de pacientes
I	CIRUGIA SOLO	24
	RADIOTERAPIA SOLO	14
	CIRUGIA+RADIOTERAPIA	34
II	RADIOTERAPIA SOLO	12
	CIRUGIA+RADIOTERAPIA	3
III	RADIOTERAPIA SOLO	22
IV	PALIATIVO	2

El tratamiento quirúrgico de elección ha sido la histerectomía total ampliada con linfadenectomía pélvica, que se realizó en 53 enfermas, y en 8 pacientes se practicó histerectomía total simple. La enferma no candidata para la cirugía ha sido tratada con Cobaltoterapia hasta una

dosis de 50-60 Gy asociado con aplicación de cesio intracavitario a una dosis aproximada de 6.500-8.000 mg/eh, dependiendo de las dosis administrada de radioterapia externa. En 37 pacientes se realizó tratamiento coadyuvante con radioterapia después de la cirugía, aquí se incluyen las pacientes con ganglios positivos, los casos tratados con histerectomía total simple y alguna enferma con ganglios negativos.

El seguimiento de la enferma se ha efectuado de por vida. En cada visita la revisión consiste en exploración clínica, citología vaginal y analítica, cada 3 meses durante los primeros 2 años, con periodicidad semestral hasta los 5 años después del tratamiento inicial, y superado el quinquenio la revisión se efectúa una vez al año. El seguimiento medio de las enfermas ha sido de 7 años, con un mínimo de 18 meses y un máximo de 20 años.

El cálculo de la supervivencia ha sido realizado mediante el cuadro de vida actuarial (17), y la comparación de resultados mediante el chi cuadrado y test de Fisher (18).

RESULTADOS

La supervivencia actuarial de los pacientes con adenocarcinoma infiltrante del cuello uterino a los 7 años de seguimiento ha sido del 51,8%, y a los 5 años fue del 56% (Fig.1). Del estudio de la gráfica se deduce una mortalidad más acusada durante los primeros 3 años postratamiento, luego paulatinamente disminuye el riesgo de muerte. Durante este tiempo de seguimiento hemos detectado 25 recidivas loco-regionales y 23 metástasis a distancia. La localización más frecuente de metástasis es el hueso y ha sido diagnosticada en 7 pacientes, siguiendo en orden descendente las metástasis linfáticas en 6 casos, las pulmonares diagnosticadas en 4 enfermas, las peritoneales en 3 casos, las cerebrales en 2 pacientes y las he-

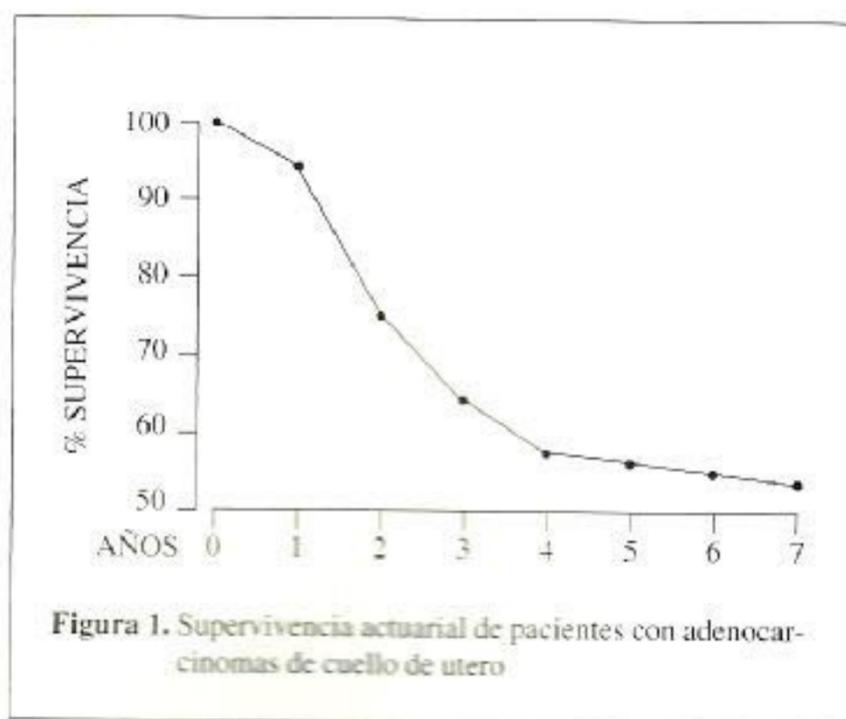


Figura 1. Supervivencia actuarial de pacientes con adenocarcinomas de cuello de útero

páticas en 1 enferma.

Analizamos a continuación cada uno de los factores

pronósticos siguientes: estadio anatómico-clínico de la enfermedad, tipo histológico, grado de diferenciación histológica y estado patológico de los ganglios linfáticos; así mismo evaluamos los resultados obtenidos en cada una de las estrategias terapéuticas aplicadas. En el presente estudio valoramos la proporción de recidivas y metástasis (Tabla III), y la supervivencia actuarial a los 5 años de seguimiento medio, porque al hacer subgrupos de enfermas disminuye el número de pacientes, y se ha reducido de manera paralela el seguimiento medio.

**Tabla III**

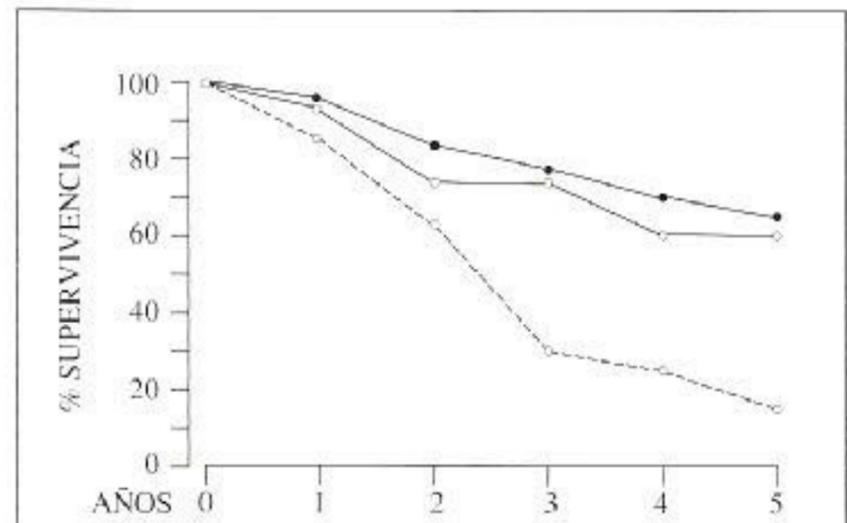
NUMERO DE PACIENTES CON RECIDIVA LOCO-REGIONAL Y METATASIS SEGUN LOS FACTORES DE PRONOSTICO

Factor pronóstico	Recid.	Valor de P	Metást.	Valor de P
<b>ESTADIO</b>				
I	11/72	0.05	13/72	0.0
II	5/15		0/15	
III	9/22		8/22	
IV	-		2/2	
<b>TIPO HISTOLOGICO</b>				
Endocervical	20/89	NS	18/89	0.0
Adenoescamoso	2/10		5/10	
Células claras	2/8		0/8	
Endometroide	1/3		0/3	
<b>GRADO DE DIFERENC.</b>				
G-1	11/68	0.1	10/68	0.0
G-2	7/25		6/25	
G-3	7/18		7/18	
<b>HISTOL. DE GANGLIOS</b>				
Positivos	6/43	0.5	6/43	0.1
Negativos	3/10		2/10	

### ESTADIO ANATOMO-CLINICO

La proporción de recidivas y metástasis muestra una distribución que ha resultado estadísticamente significativa ( $P = 0.05$  y  $0.01$ ) (Tabla III), aparecen con menos frecuencia en el estadio I que en estadios más avanzados.

La supervivencia actuarial a los 5 años de seguimiento en el estadio I es del 71,6%, en el estadio II la supervivencia es del 59,5% y en el estadio III del 16,3% (Fig. 2). El estudio estadístico de las 3 curvas de supervivencia muestra una diferencia muy significativa ( $P = 0.0001$ ) entre pacientes en estadio I y estadio III, pero no hay diferencia significativa ( $P = 0.2$ ) entre la comparación de las curvas de supervivencia.



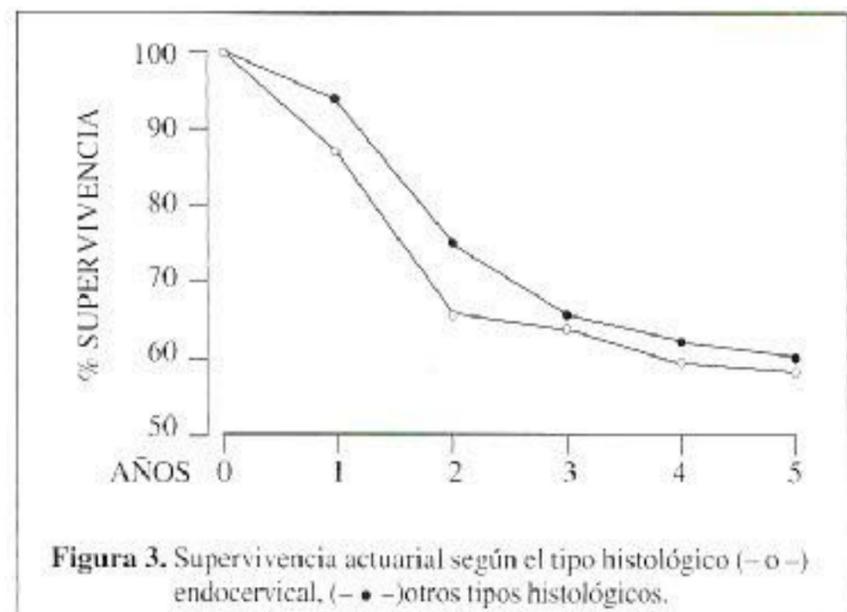
**Figura 2.** Supervivencia actuarial según el estado clínico de la enfermedad (—●—) estadio I, (—○—) estadio II, (—△—) estadio III

### TIPO HISTOLOGICO

La proporción de recidivas es similar en todos los tipos histológicos descritos (Tabla III), y el estudio estadístico no muestra diferencia significativa. Sin embargo, la proporción de metástasis a distancia sí muestra diferencia estadística significativa ( $P = 0.05$ ), para poder concluir diciendo que el tipo histológico adenoescamoso es el que mayor número de metástasis produce.

La supervivencia actuarial a los 5 años de seguimiento ha sido elaborada comparando la del tipo endocervical con la de otros tipos histológicos reunidos, ello debido al escaso número de pacientes en cada uno de ellos.

La supervivencia para el tipo endocervical es del 60,2% y para el conjunto del resto de variedades histológicas del 59,1%, la diferencia no es estadísticamente significativa ( $P = 0.3$ ) (Fig. 3)



**Figura 3.** Supervivencia actuarial según el tipo histológico (—△—) endocervical, (—●—) otros tipos histológicos.

### GRADO DE DIFERENCIACION HISTOLOGICO

A medida que el tumor muestra mayor grado de dediferenciación, aumenta la proporción tanto de recidivas como de metástasis, y ello independientemente del tipo histológico (Tabla III). El estudio estadístico obtiene dife-

rencia significativa ( $P = 0.01$ ) cuando se estudian por separado ( $P = 0.1$ ). Ello se puede explicar por la reducción del número de pacientes.

La supervivencia actuarial de las 3 curvas resultantes muestra una divergencia clara en su trazado. A los 5 años de seguimiento la supervivencia es del 72,8% para los tumores bien diferenciados, del 31,7% para los adenocarcinomas moderadamente diferenciados, y la supervivencia es tan solo del 14,9% para los tumores poco diferenciados y ello a los 3 años de seguimiento. El estudio estadístico es significativamente diferente ( $P = 0.01$ ) entre la supervivencia de paciente con tumor G-1, comparadas con las pacientes de tumor G-2 y G-3. Incluso existe diferencia significativa hasta el segundo año de seguimiento ( $P = 0.01$ ) entre tumores moderadamente diferenciados y poco diferenciados. (Fig.4).

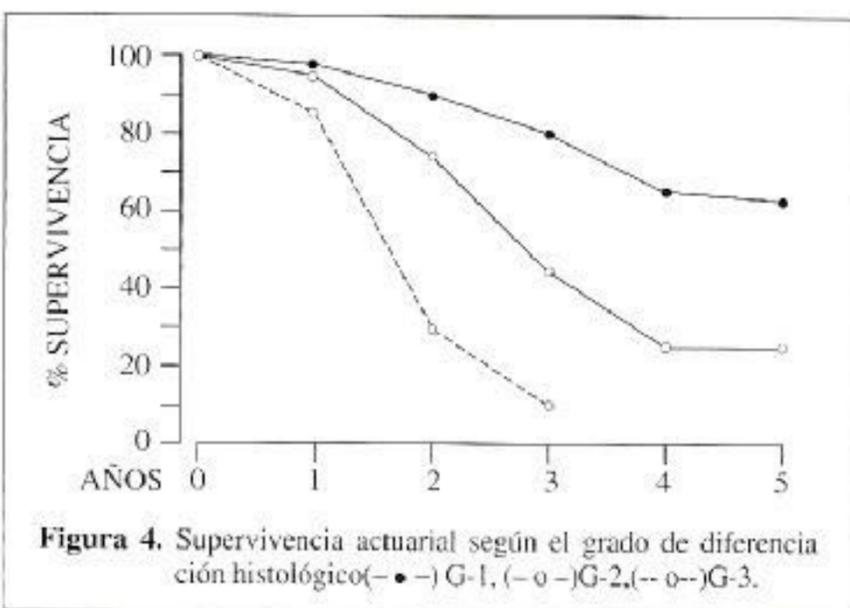


Figura 4. Supervivencia actuarial según el grado de diferenciación histológica(-●-) G-1, (-○-)G-2,(-○-)-G-3.

### Histología de los ganglios

El estudio histológico de los ganglios pélvicos ha sido realizado en 53 enfermas. De ellos resultaron negativos en la histología 43 casos. Pues bien, en estas enfermas se han diagnosticado 6 recidivas y 6 casos de metástasis, lo que comparado con la evolución de las 10 enfermas con ganglios positivos, en las que detectamos 3 recidivas y 2 metástasis (Tabla III). La diferencia no es estadísticamente significativa, probablemente debido a escaso número de pa-

Tabla IV

RECIDIVAS Y METATASIS EN EL ESTADO I, SEGUN EL TRATAMIENTO UTILIZADO

Tratamiento	Recid.	Valor de P	Metást.	Valor de P
ESTADIO I		0.7		0.2
Cirugía solo	5/24		2/24	
Radioterapia solo	1/14		5/14	
Cirugía+radioterapia	6/34		6/34	

cientes del subgrupo con ganglios positivos.

La supervivencia actuarial a los 5 años de seguimiento es del 80,3% cuando los ganglios eran negativos y del 53,1% en pacientes con ganglios tumorales (Fig.5). La diferencia no llega a ser estadísticamente significativa ( $P = 0.1$ ), probablemente explicado por el pequeño número de enfermas con ganglios positivos.

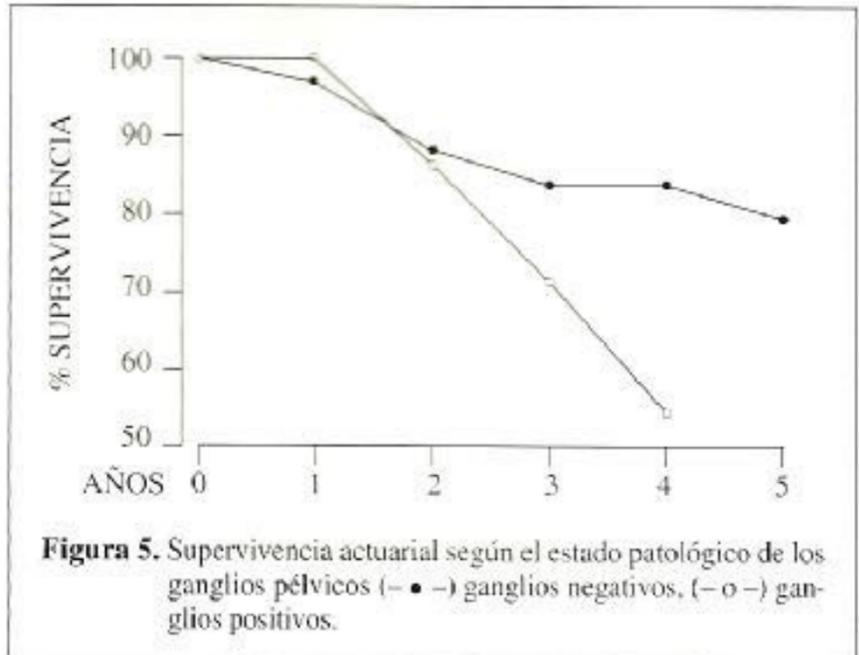


Figura 5. Supervivencia actuarial según el estado patológico de los ganglios pélvicos (-●-) ganglios negativos, (-○-) ganglios positivos.

### TIPO DE TRATAMIENTO

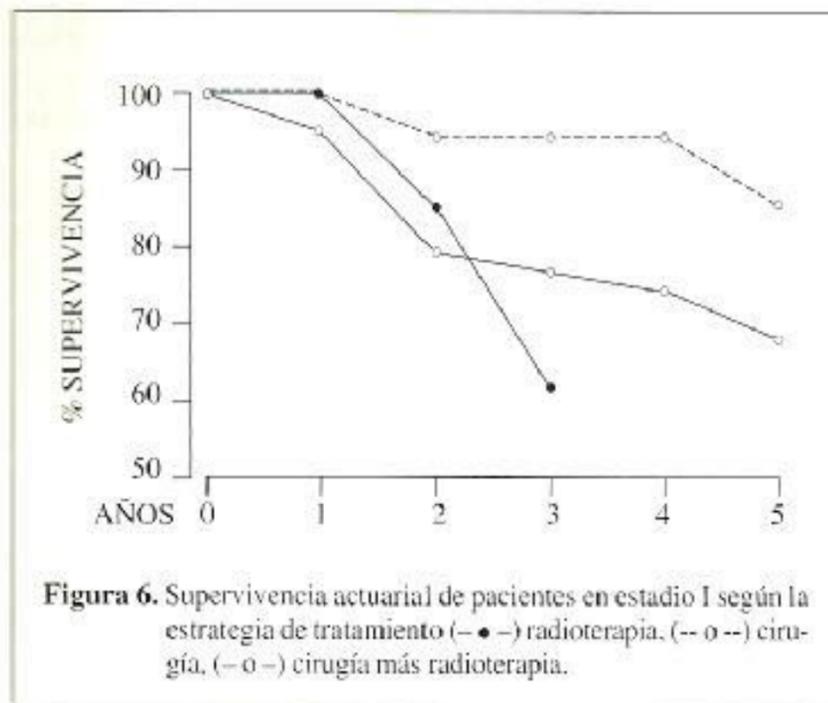
Nos referimos solamente al estadio Ib de la enfermedad, donde se han utilizado 3 modalidades de tratamiento. El control local de la enfermedad se consigue de manera óptima con la radioterapia, seguido de la asociación de cirugía con radioterapia, y hay un mayor número de recidivas locales en pacientes tratadas con cirugía exclusivamente, pero no hay diferencia significativa ( $P = 0.7$ ).

El mayor número de metástasis a distancia lo detectamos en el subgrupo de enfermas que sólo recibió radioterapia, seguido de las pacientes tratadas con la asociación de cirugía y radioterapia, y por último en las enfermas que solo se realizó tratamiento quirúrgico, la proporción de metástasis ha sido menor. No obstante, la diferencia estadística no es significativa ( $P = 0.2$ ).

La supervivencia actuarial a los 5 años de seguimiento en las distintas estrategias terapéuticas queda reflejada en la Fig. 6, donde observamos una mayor supervivencia en pacientes tratadas con cirugía exclusivamente, pero recordemos que aquí se incluyen los casos mejores y con ganglios negativos. Efectuado el estudio estadístico no encontramos diferencia significativa ( $P = 0$ ).

### COMENTARIOS

El estadio anatómico-clínico de la enfermedad puede considerarse como factor pronóstico en el adenocarcinoma de cuello de útero; así observamos que la referencia del Annual Report (1) una tasa de supervivencia a los 5 años para el estadio I del 67,1%, en el estadio II es



del 45,0%, en el estadio III es del 21,2% y la supervivencia es del 6,1% en el estadio IV. En el presente estudio la tasa de supervivencia a los 5 años ha sido del 71,6% en el estadio Ib, del 59,5% en el estadio II y del 16,3% en el estadio III. SAIGO y cols (5) refieren que no existe diferencia significativa entre pacientes del estadio Ib comparadas con enfermas del estadio IIa, pero si hay diferencia significativa entre la supervivencia de estos dos grupos combinados comparados con otros estadios. Para estos autores la probabilidad de supervivencia a los 5 años en el estadio Ib fue del 76%, a los 10 años del 66%, a los 15 años del 62% y del 53% a los 20 años; mientras que GARRIDO y cols (6) comunican una tasa de supervivencia a los 10 años del 87% y a los 15 años del 86%, cifras bastante más favorables.

En el Annual Report (1) se refiere mejor supervivencia del carcinoma epidermoide (53,5%), que en el adenocarcinoma (50,3%). KORHONEN (16) en estadios similares y terapéutica con radiaciones no encuentra diferencia estadísticamente significativa entre carcinoma epidermoide, adenocarcinoma o carcinoma adenoescamoso cervical. Está confirmado por varias publicaciones (5, 7) que la variedad endometriode tiene mejor pronóstico. SAIGO y cols. (5) refieren el tipo histológico donde se observan émbolos tumorales linfáticos con más frecuencia es en el adenocarcinoma mucinoso, seguido de la variedad adenoescamosa, no apareciendo en ninguna paciente con tumor de células claras. Este mismo estudio comunica la tasa de recidiva del 33% en pacientes con adenocarcinoma mucinoso, del 19% en el tipo endoescamoso. FU y cols (19) notifican una tasa de supervivencia en el adenocarcinoma tipo endocervical del 49%, del 36%, en los tumores mixtos y del 50% en la variedad endometriode.

Para algunos autores (4, 7, 8, 9) el grado de diferenciación histológico es un dato de valor pronóstico; mientras que, otros autores (5) no encuentran diferencia significativa. WEISS y LUCAS (20) observan que en los tumores bien diferenciados existe un 16% de metástasis ganglionares y en los tumores G-3 la tasa de metástasis alcanza un 37%. IRELAND y cols (4) comunican porcen-

taje más alto de ganglios positivos en los tumores G-3 y la supervivencia es más baja que en los tumores bien diferenciados. BEREK y cols (8) refieren una relación estrecha entre la tasa de ganglios positivos y la diferenciación histológica, así en los tumores G-1 existen ganglios positivos en el 5,3%, son del 11,1% la positividad en los tumores G-2, y llega hasta el 50% la positividad de los ganglios en los tumores G-3.

FU y cols (12) estudian el contenido de DNA en la célula tumoral, su relación con el grado de diferenciación y la influencia en el pronóstico. Los autores encuentran que la diferencia en el comportamiento tumoral no estaba en función del grado de diferenciación histológico, sino del contenido de DNA, y ello no se relaciona necesariamente con el aspecto citológico del tumor. Así se explica que con similar diferenciación histológica, tumores con alto contenido de DNA tienen peor pronóstico que aquellos con una tasa baja de DNA. Como en el examen histológico no se puede diagnosticar la ploidia del DNA celular, tal vez este hecho explique las discrepancias habidas en los estudios que relacionan el grado de diferenciación y el pronóstico. Los autores parecen más conformes con el aumento del contenido de DNA y la relación directa con el incremento del estadio clínico de la enfermedad.

Se refiere por algunos autores (22, 23), que la propagación del adenocarcinoma cervical es similar a la del carcinoma epidermoide. Sin embargo, SHINGLETON y cols (9) encuentran diferencia en tumores con estadio I menores de 1cm, donde la proporción de ganglios linfáticos positivos fue nulo en el adenocarcinoma y del 10,7% en el carcinoma epidermoide; mientras que, si la lesión mide más de 2 cm de diámetro, la proporción tiende a igualarse, respectivamente encuentran el 21,4% y 23% de positividad. KJORSTAD y BOND (23) estudian 150 casos de adenocarcinoma cervical estadio Ib y encuentran 27 pacientes (18%) con metástasis en ganglios linfáticos, justo el doble que en la presente serie, siendo la localización más frecuente en ganglios ilíacos internos, seguido de ilíacos externos, obturadores, y únicamente refieren 1 caso con afectación de los ganglios para-aórticos. DARGENT y cols (24) comparan 58 piezas de histerectomía ampliada, efectuadas para el tratamiento del carcinoma epidermoide y adenocarcinoma cervical, y en el estudio histológico observan mayor frecuencia de invasión parametrial en el adenocarcinoma que en el carcinoma epidermoide, pero sin diferencia estadística significativa. Ahora bien, observan que una vez producida la invasión parametrial, la incidencia de metástasis ganglionares era el doble en los casos de adenocarcinoma. MORROW y cols (2) refieren que la citología peritoneal tiene más probabilidad de ser positiva en el cáncer glandular que en el epidermoide.

La radiosensibilidad del adenocarcinoma del cuello uterino ha sido muy controvertida, se ha referido menor regresión tumoral cuando se comparaba con el carcinoma epidermoide. Esto es verdad, pero fundamentalmente referido a tumores de gran tamaño que deforman el cuello. Hay publicaciones (12, 16, 26) que confirman la sensibilidad a radioterapia del adenocarcinoma, si se valora el control local de la enfermedad y la superviven-

cia en comparación con el carcinoma epidermoide .

El tratamiento de ambos tipos histológicos de cáncer cervical se ha sugerido (27, 28, 29) debe ser el mismo, aunque este concepto se pone en duda por otros autores (3,14). HERBST y cols (29) estudian 346 adenocarcinomas de células claras de vagina y cuello con una tasa de supervivencia global a los 5 años de 78% y una tasa de recidiva local del 23%. Los mejores resultados se consiguen con cirugía radical más radioterapia, comparado con radiaciones cuando se utilizó como única terapéutica. En el Annual Report (1) el tratamiento del adenocarcinoma estadio I con radiaciones exclusivamente produce una su-

pervivencia del 51,5%, la cirugía del 80% y la asociación de cirugía y radiaciones del 65,4%. PREMPRE y cols (14) refieren también en el estadio I una supervivencia del 73% con la asociación de cirugía y radioterapia; mientras que, si utiliza radioterapia como único tratamiento la supervivencia es del 81%, pero la tasa de recidiva local es del 19%. WEISS y LUCAS (20) publican 50 casos de adenocarcinoma y refieren 19 recidivas (38%), siendo el tiempo medio de 36 meses; mientras BEREK y cols (3) aportan una tasa de recidivas del 12,7% y todas ellas aparecidas en pacientes con ganglios positivos, siendo el tiempo medio de recidiva de 10,5 meses.

## BIBLIOGRAFIA

1. **Annual Report** on the results of treatment in gynecological cancer. F Pettersson Ed. Stockholm. Sweden. Vol 20, 1990.
2. **Morrow C, Townsend D.** Sinopsis of Gynecologic Oncology. Third Ed, John Wiley and sons. New York. Pag 142, 1987.
3. **Berek J, Castaldo T, Hacker N.** Adenocarcinoma of the uterine cervix. *Cancer* 48:2734, 1981.
4. **Ireland D, Hardiman P, Monohan J,** Adenocarcinoma of the uterine cervix: A study of 73 cases. *Obstet Gynecol* 65: 46, 1985.
5. **Sigo P, Cain J, Kim W et al.** Prognostic factors in adenocarcinoma of the uterine cervix. *Cancer* 57:1584, 1986.
6. **Garrido R, Durand J, Pilleron J.** Cancer glandulaire du col utérin aux stades initiaux. Traitements et résultats à l'Institut Curie. *J Gyn Pbst Biol Repr* 12:541, 1983.
7. **Tamimi Hm Figge D.** Adenocarcinoma of the uterine cervix. *Gynecol Oncol* 13:335, 1982.
8. **Berek J, Hacker N, FU y et al.** Adenocarcinoma of the uterine cervix: Histologic variables associates with lymph node metastasis and survival. *Obstet Gynecol* 65: 46, 1985.
9. **Shingleton H, Gore H, Bradley , et al.** Adenocarcinoma of the cervix. I: Clinical evaluation and pathologic features. *Am J Obstet Gynecol* 139: 799, 1981.
10. **Luesly D.** Cervical adenocarcinoma. In: Studd J Ed. Progress in Obstetrics and Gynaecology. Londres. Churchill Livingstone. 1989.
11. **Brand E, Berek J, Hacker N,** Controversies in the management of cervical adenocarcinoma. *Obstet Gynecol* 71: 261, 1988.
12. **Fu Y, Reagan J, Fu AS, Janiga KE.** Adenocarcinoma and mixed carcinoma of the uterine cervix II: Prognostic value of nuclear DNA analysis. *Cancer* 35: 1514, 1982.
13. **Korhonen M.** Adenocarcinoma of the uterine cervix: Prognosis and prognostic significance of histology. *Cancer* 53: 1760, 1984.
14. **Prempre T, Amornmarn R, Wizenberg M.** A therapeutic approach to primary adenocarcinoma of the cervix. *Cancer* 58: 1264, 1985.
15. **Mayer E, Galindo J.** Adenocarcinoma of the uterine cervix: Incidence and role of radiation therapy. *Radiology* 121: 725, 1976.
16. **Korhonen M.** Epidemiological differences between adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of the uterine cervix. *Gynecol Oncol* 10: 312, 1980.
17. **Cox DRP.** Regressión models and life-tables. *J R Stat Soc* 34B: 187, 1972.
18. **Lamotte M.** Estadística Biológica. Principios fundamentales. Toray-Masson. Barcelona. 1974.
19. **Fu Y, Reagan J, Hsui J, et al.** Adenocarcinoma and mixed carcinoma of the uterine cervix. I: A clinicopathologic study. *Cancer* 49: 2560, 1982.
20. **Weiss R, Lucas W.** Adenocarcinoma of the uterine cervix. *Cancer* 57: 1996, 1986.
21. **Boon M, Kirk R, Rietveld- Scheffers P.** Themorphogenesis of adenocarcinoma of the cervix a complex pathological entity. *Histopathology* 5: 565, 1981.
22. **Bagglish M.** Evaluation and staging of endometrial and endocervical adenocarcinoma by contact hysteroscopy. *Gynecol Oncol* 9: 182, 1980.
23. **Kjorstad K, Gond G.** Stage Ib adenocarcinoma of the cervix: Metastatic potential and patterns of dissemination. *Am J Obstet Gynecol* 150: 297, 1984.
24. **Dargent D, Beau G, Nicholsin R.** Les cancers de l'endocol. *Gynecologie* 38: 167, 1987.
25. **Grundsell H, Henriksson H, Johnson J, Trope C.** Prognosis of adenocarcinoma of the uterine cervix. *Gynecol Oncol* 8: 204, 1979.
26. **Celorio A.** Carcinoma invasor del cuello uterino. En: Celorio A, Calero F, Armas A. Fundamentos de Oncología Ginecológica. Diaz de Santos SA. Pag 346, 1986.
27. **Di Saia PH.** Surgical aspects of cervical carcinoma. *Cancer* 48: 548, 1981.
28. **Wong L, Hsu C, Choy D, Ma H.** Combines treatment in adenocarcinoma of the cervix. *Europ J Gynaecol Oncol* 6: 186, 1985.
29. **Herbst A, Norusis M, Rosenow Ph.** Analysis of 346 cases clear cell adenocarcinoma of the vagina and cervix, with emphasis on recurrence and survival. *Gynecol Oncol* 7: 111, 1979.

(Publicado en Actualidad Obstétrica-Ginecológica)  
y autorizadas por los autores para  
"Matronas Hoy"

# DETECCION DE DEFECTOS DEL TUBO NEURAL Y OTRAS ALTERACIONES OBSTETRICAS A TRAVES DEL ESTUDIO DE ALFAFETOPROTEINAS

ISLA ORTE, M.J.; FERREIRO PEREZ, M.P.; MARLASCA GUTIERREZ M.J. ISLA ORTE, M.A  
UNIDAD DE PARTORIO HOSPITAL PRINCIPE DE ASTURIAS. ALCALA DE HENARES (MADRID)

## RESUMEN

El objetivo que ha motivado este trabajo es hacer conocedora a la enfermería, que a través de un screening inicial de laboratorio, pueden llegar a conocerse defectos muy importantes del tubo neural (D.T.N.).

Hemos recogido resultados de todo un año en el área III.

Las muestras estudiadas se agrupan en cuatro categorías:

1.—Alfafetoproteinas (A.F.P.) en sangre materna más bajas de la mediana en 15 semanas de gestación(S.G.).

2.—Primera elevación de A.F.P. en suero materno en la 15 S.G.

3.—Segunda elevación de A.F.P. en suero materno en la 16-17 S.G.

4.—Elevación de A.F.P. en líquido amniótico (L.A.).

Este protocolo seguido en todo el área, permite junto con la ecografía detectar más del 70% de las espinas bífidas, con una certeza en el diagnóstico del 100%. Así mismo, la determinación de A.F.P. en sangre materna, permite detectar otro tipo de malformaciones fetales y de alteraciones obstétricas.

## INTRODUCCION

Una de las preocupaciones que surgen en los hospitales, es la posibilidad de identificar patologías prenatales en consultas. (Fig. 1).

### ALFAFETOPROTEINA

En 1956 Betgstrand consiguió, mediante una técnica electroforética, aislar en un feto de pocas semanas una fracción nueva de las proteínas plasmáticas. Se trata de una glicoproteína constituida por una única cadena, sintetizada por la membrana vitelina en el tubo digestivo y en el hígado fetal, existiendo unos niveles progresivos desde la 14 a la 19 S.G., para después ir descen-

### SITUACIONES EN LAS QUE SE ENCUENTRAN UN AUMENTO DE AFP EN EL SUERO MATERNO

EDAD GESTACIONAL INFRACALCULADA	TETRALOGIA DE FALLOT
DEFECTOS ABIERTOS DEL TUBO NEURAL	HIDROCEFALIA
HEMORRAGIA FETOMATERNA	HIDROPS FETALIS
ONFALOCELE	EMBARAZO GEMELAR
TERATOMA SACROCOXIGEO	SINDROME DE TURNER
NEFROPATIAS PROTOINURICAS CONGÉNITAS	HIGROMA QUISTICO
ATRESIA DUODENAL	CICLOPIA, GASTROSQUISTIS
MUERTE INTRAUTERINA	NEOPLASIAS MATERNAS
ATRESIA ESOFAGICA	MICROCEFALIA

Fig. 1



diendo progresivamente. Esta elevación de A.F.P. se asocia también a tumores hepáticos y de origen embrionario.

El desarrollo de la médula espinal, requiere que se produzca el cierre del tubo neural ectodérmico. Si esto no ocurre, aparecen defectos del tipo de anencefalia, espina bífida, encefalocele y mielomeningocele.

Cuando existe un D. T. N., la A.F.P. aumenta claramente en la circulación materna y L.A.

Por tanto, el análisis del suero materno (A.F.P) es un buen indicador de posibles D.T.N.

**MATERIAL Y METODOS**

Existen diferencias geográficas en la aparición de los D.T.N. Así, en zonas del Reino Unido y de Irlanda hay una alta prevalencia al nacimiento (4-5 por mil nacidos vivos). En la mayoría de los países europeos, así como en EE.UU. y Canadá, hay una frecuencia intermedia (1-1,5 por mil nacidos vivos) y los países asiáticos son zonas con bajo riesgo de aparición.

En España la incidencia es de 0,80 por mil nacidos vivos, correspondiendo aproximadamente la mitad a anencefalias y la otra mitad a espinas bífidas. La aparición de un D.T.N. puede tener una base genética o deberse a factores ambientales, sin que la mayor parte de los casos pueda determinarse la contribución de éstos factores. Entre los factores ambientales se han descrito el déficit materno de ácido fólico y de zinc, así como la administración de ácido valproico durante el primer trimestre.

Los niveles de A.F.P. varían considerablemente con la edad gestacional y el método utilizado por el laboratorio para la determinación. Generalmente se expresa con múltiplos de la mediana (MOM) del nivel que existe en un embarazo normal de la misma edad gestacional y para el mismo laboratorio.

Para que la A.F.P. pueda ser valorada correctamente, es necesario:

1º.— Tener una curva propia, realizada en el mismo laboratorio y utilizando siempre la misma técnica

**Fig. 2**

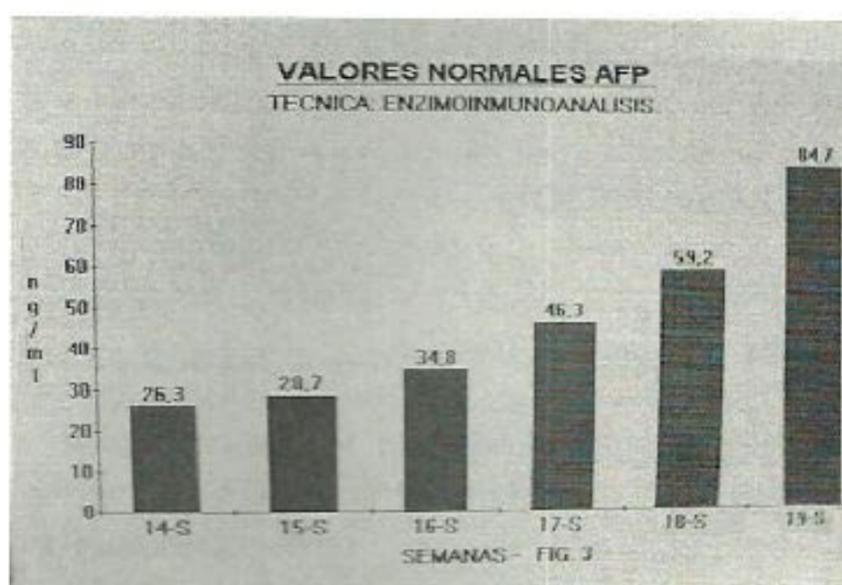
SEMANAS GESTACION	MEDICINA	MULTIPLS DE LA MEDIANA (MOM)		
14 S.G.	26,3	52,6	65,75	78,9
15 S. G.	28,7	57,4	71,75	86,1
16 S.G.	34,8	69,6	87,0	104,4
17 S. G.	46,3	92,6	115,75	138,9
18 S. G.	59,2	118,4	148,00	177,6
19 S.G.	84,7	169,4	211,75	254,1

Enzimoimmunoanálisis automatizado de Boehringer Mannheim).( Fig 2 y 3)

2º.—Precisar con exactitud la edad gestacional, para lo cual es imprescindible una correcta biometría ecográfica fetal.

3º.— Los niveles séricos de A.F.P. tienden a disminuir cuando aumenta considerablemente el peso materno. En cuyo caso habría que modificar el resultado en función del peso.

La población estudiada para éste trabajo fueron todas las gestantes del área III durante el año 1993.



Los sueros se obtuvieron por punción venosa alrededor de las 15-17 S.G. para las dos primarias determinaciones.

Los líquidos amnióticos, debido a su alta concentración en A.F.P., habitualmente se diluyen 500 veces y se valoraron por duplicado.

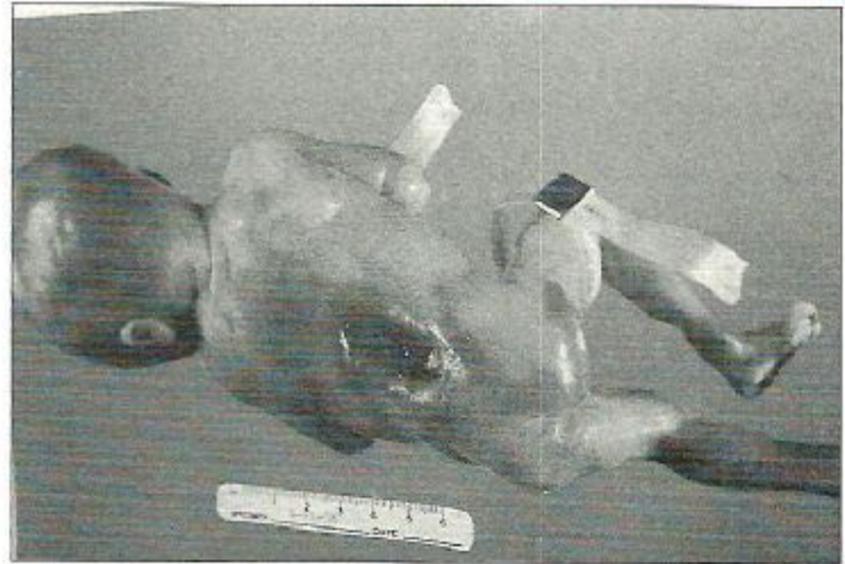
A las embarazadas enviadas desde las consultas de obstetricia entre las 15-17 S.G. se les determinó el nivel de A.F.P. en sangre. En aquellas embarazadas cuyo nivel de A.F.P. superó 2 veces el valor de la mediana se realizó una segunda determinación, simultáneamente se realizó una ecografía y si ésta era normal, se confirmaba dicha normalidad a los 15 días.

Si la ecografía y una anamnesis cuidadosa no justifican la elevación repetida de A.F.P. en sangre (embarazo gemelar, amenaza de aborto, aborto diferido...), se aconseja la amniocentesis, explicando a los padres los riesgos que supone esta técnica.

Si dicha prueba es normal se considera que no hay riesgo de D.T.N., pero debe seguirse como una gestación de alto riesgo. (Fig. 4)

## RESULTADOS

Se han estudiado un total de 2384 gestantes, con la cobertura estimada del 98%. La concentración de A.F.P. estaba disminuida en 76 gestantes, que después de realizar ecografía y anamnesis, se confirmó que dicha determinación se había realizado antes de la 15 S.G.



La concentración de A.F.P. estaba elevada en 60 gestantes:

—Una gestante fue una metrorragia del primer trimestre, continuando posteriormente su gestación normal.

—20 gestantes resultaron gestaciones gemelares, 11 de las cuales son embarazos en curso y 9 de ellas finalizaron su gestación a término siendo una de ellas una amenaza de aborto y otra una inducción por Crecimiento Intrauterino Retardado (C.I.R.).

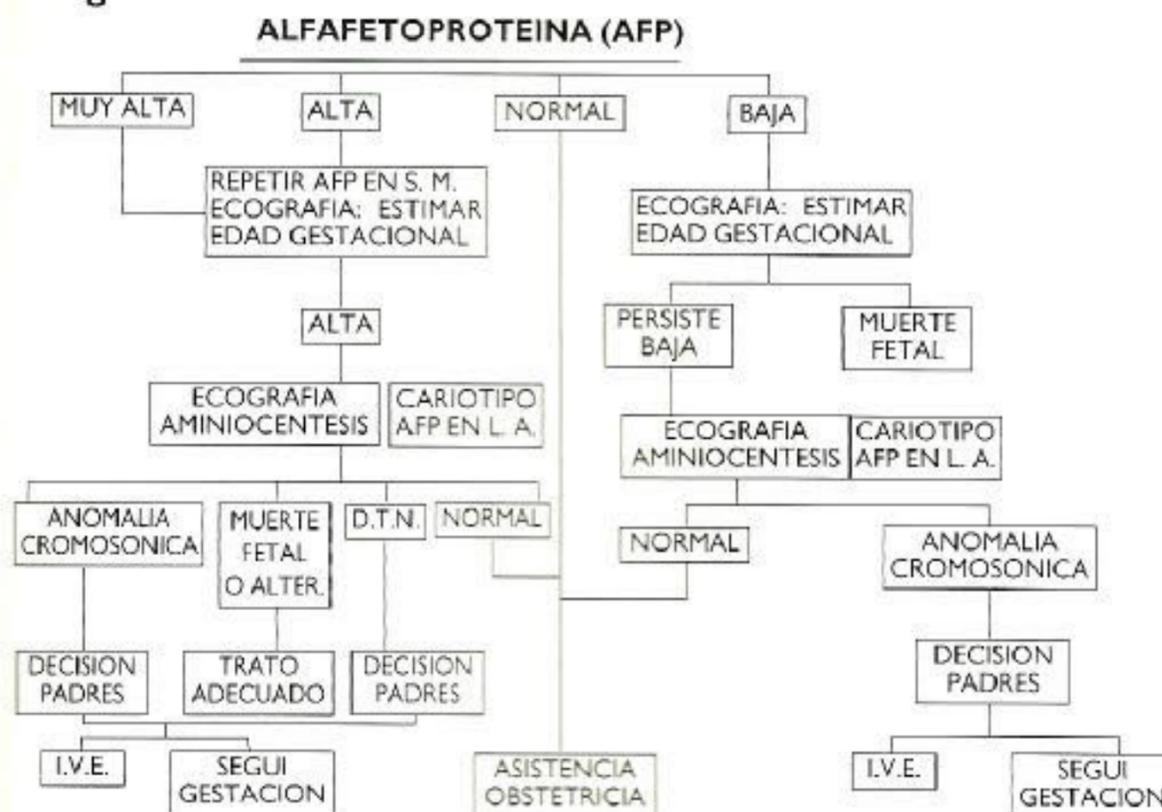
En la segunda determinación en suero, 13 gestantes permanecieron con A.F.P. elevada, el resto, fue normal.

Solo se realizaron 3 amniocentesis, ya que el resto de D.T.N. y otras alteraciones se detectaron ecográficamente tras la 2ª elevación.

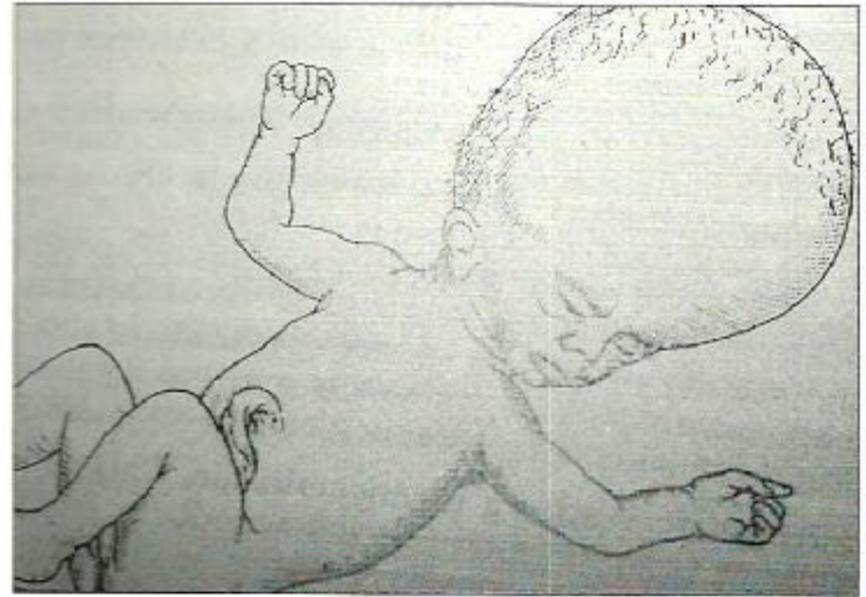
— En cuanto a las patologías que pretendíamos detectar, el resultado ha sido el siguiente:

En uno de los casos las 2 elevaciones creemos son debidas a patología materna (esplenectomizada). Por tanto, el porcentaje para nuestra área de D.T. N. es de 2,5 por mil nacidos.

Fig. 4



PATOLOGIA	TERMINACION	CONFIRMACION A.P.
3 Acraneos	I.V.E.	SI
Triple X	I.V.E.	SI
3 abortos tardios	Legrado	SI
1 aborto tardío	Legrado	Corioaminionitis
Hidrocefalia	P. normal	Hidramnios severo, CIR
1 Mielomeningolece	I.V.E.	SI
1 Mielomeningolece	I.V.E.	SI, también encefalocele
Feto muerto	Inmaduro	SI, sin alteraciones



CONCLUSIONES

- 1.— Se detectan todos los defectos del tubo neural
- 2.— Los niveles bajos de A.F.P. no parecen ser indicadores de riesgo obstétrico.
- 3.— Hacer seguimiento de las gestantes con dos determinaciones de A.F.P. en suero materno elevadas con ecografía y/o amniocentesis normales como pacientes de alto riesgo.
- 4.— Se disminuye la morbilidad perinatal y aumenta la calidad de vida.
- 5.— Con estos 13 casos justificamos la rentabilidad de dicha técnica en las áreas donde ya esté establecida como diagnóstico prenatal.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Fuhrmann W y W Weitzel.HK. " Maternal Serum Alpha-fetoprotein screening for neural tube defects". *Human Genet* 69, 47-61, 1985.
- 2.— Main, D.M. y Mennuti,M.T. "Neural tube Defect: Issues in Prenatal Diagnosis and Counselling". *Obstetrics and Gynecology*, 67, 1-16, 1986.
- 3.— Martínez Frias, M.L., Salvador J., Adán, A. y Frias, J. "Frecuencia de Defectos Congénitos en España: 1976-1983. *An. Esp. Pediat* 25, 145-153, 1986.
- 4.— Uk. Collaborative Study on Alfa-fetoprotein Measurement in Antenatal Screening for Anencephaly And spina Bifida in Early Pregnancy" *Lancet* i: 1323, 1977.
- 5.— Diagnóstico Prenatal y Medicina Fetal. R. Henrion, y Dumez, J.-P. Aubry, M.C.-C. Aubry. 1990.
- 6.— Ultrasonología Prenatal. B.A. Spirt, L.P. Gordon, M. Oliphant. 1990
- 7.— Katz, V.L. Seeds, J.W., Albright, S.G. Lingley L.H., y Lincoln-Boyer, B. "The Role of Ultrasound and Informed Consent in the Evaluation of Elevated Maternal Serum Alpha-fetoprotein" *Am. J. Perinat. In Press*. 1990.

# REPLANTEANDONOS

## LA EPISIOTOMIA

Comunicación presentada en el IV Congreso Nacional de Matronas "Reafirmando una profesión legendaria". Madrid, 5, 6 y 7 de Mayo, 1994.

ANA ISABEL GARCIA CARABANTES

Matrona independiente del Grupo Génesis. Miembro fundador de la Asociación "Nacer en Casa".

JOSEFA CALDERON AYUSO

Matrona independiente del Grupo Génesis.

### INTRODUCCION

Todos los profesionales que formamos parte de la asociación "Nacer en Casa", basamos nuestra actuación en las Recomendaciones Generales de la OMS sobre los derechos de la mujer embarazada y el bebé. Estas recomendaciones fueron publicadas y reconocidas en la Conferencia Internacional de Fortaleza (Brasil) en Abril de 1985.

En el punto 18 de dichas recomendaciones se lee lo siguiente: "La episiotomía sistemática no está justificada en absoluto. Deberían ser estudiados otros métodos de protección del periné y ser adoptados si se demuestra su validez."

### Definición

La episiotomía es la práctica quirúrgica más empleada en los partos aparte del corte y atadura del cordón umbilical.

Es una incisión quirúrgica del núcleo fibroso del periné que se extiende hacia abajo desde el orificio vaginal con finalidades obstétricas. (Cartes y Wolber 1981).

Se refieren a la episiotomía de línea media, en el caso de episiotomía lateral, ampliamente utilizada en España, se secciona desde el orificio vaginal y en ángulo de 45 grados el músculo bulbocavernoso y el músculo trasverso superficial del periné.

### Finalidad

Impedir el estiramiento de los tejidos perineales, evitando así el riesgo de desgarro del tercer grado y los problemas prolapso. Además con la práctica de la episiotomía se consigue disminuir el traumatismo de la cabeza fetal durante el descenso y expulsión.

Más adelante discutiremos estas aparentes ventajas.

### Ventajas y desventajas de los dos tipos de episiotomías.

La incisión media apenas sangra, cicatriza mejor y no molesta a la madre. Existe peligro de que se extienda y dañe el esfínter anal (desgarro de tercer grado).

La incisión mediolateral evita el desgarro de esfínter anal y amplía más el espacio, pero sangra más, es mayor el período de cicatrización y crea más molestias a la madre. ("Enfermería Materno-Infantil" Olds, London y Ladewing 1988).

### Episiorrafia

Es la reconstrucción del periné, se realiza con anestesia local y sutura de catgut.

Para favorecer una buena cicatrización es conveniente colocar compresas heladas sobre el periné durante las 8 h. siguientes del parto, posteriormente baños de asiento calientes y contracciones del periné para incrementar el riego sanguíneo regional.

### Embriología de los genitales externos femeninos

Los labios menores y el cuerpo esponjoso del pene tienen el mismo origen embrionario.

Son zonas muy inervadas e irrigadas que ejercen un papel importante en el estimulación sexual. Los labios menores son la prolongación del clítoris (órgano sexual fálico femenino) y rodeando el orificio vaginal terminan en el rafe del periné.

El clítoris tiene dos cuerpos cavernosos constituidos por tejido eréctil, y cada uno de ellos está unido al pubis y al isquion por los ligamentos suspensorios y los músculos isquocavernosos, estos músculos se insertan en la raíz del clítoris.

El bulbo vestibular o, cuerpo esponjoso femenino, también está formado por tejido eréctil y está en contacto con el diafragma urogenital en su parte más profunda, y con los músculos bulbocavernosos que lo envuelven por su zona más superficial. (Gray Anatomía. Goss 1976).

**Anatomía del periné**

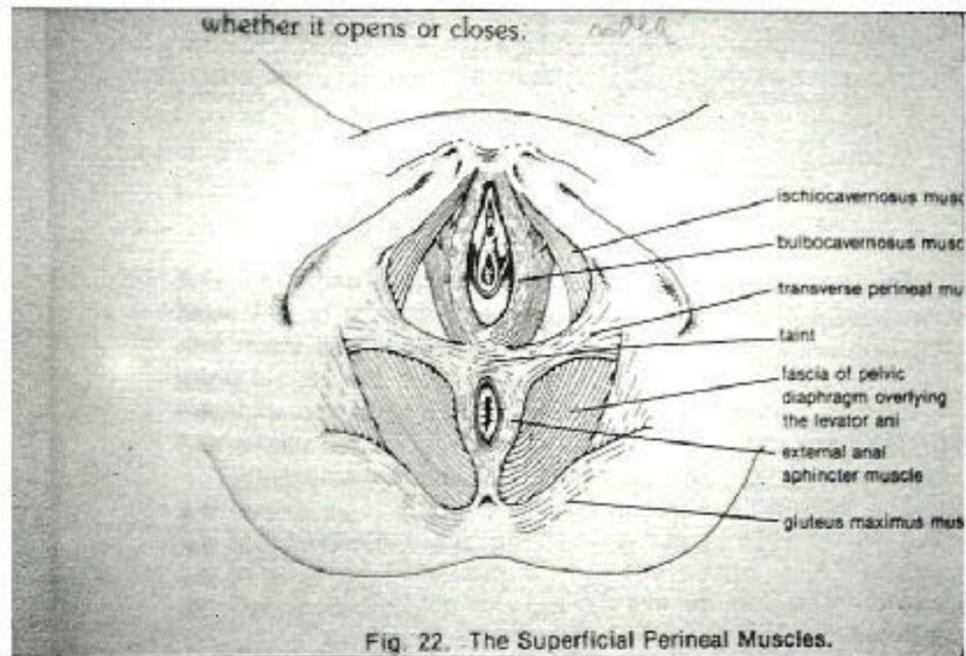
La musculatura del periné está formada por el músculo bulbocavernoso que rodea a ambos lados el vestíbulo vaginal, en el plano más superficial, insertándose en el rafe tendinoso del periné; los músculos trasversos superficiales del penné, en el plano medio; y los músculos trasversos profundos del penné en su plano más profundo. ("Obstetricia práctica" Pschyrembel 1978).

**Desgarros del periné**

Llamamos desgarro de primer grado a la separación no intencional de la mucosa de la vagina y la piel del periné.

Desgarro de segundo grado afecta además al músculo bulbocavernoso en la parte central del periné o rafe, en este punto es donde se unen las dos fascias de dicho músculo, este desgarro central solo tiene lugar cuando no se ha realizado episiotomía o esta ha sido central. Un desgarro de segundo grado a pesar de la episiotomía y como prolongación a ésta, se ve afectado el músculo citado directamente en su masa, también puede aparecer aunque no se haya efectuado episiotomía si tiene una cicatriz de una anterior de tipo mediolateral.

Y por último el desgarro de tercer grado que afecta a las fibras anulares del esfínter externo del ano y puede que también parte de la pared del recto.



**Funcionalidad del periné**

Por ser bípedos, andamos con dos patas, estos músculos del periné deben sostener todas las vísceras abdominales.

Durante el embarazo se incrementa el peso que deben sujetar, el feto, la placenta, el líquido amniótico, etc., si estos músculos no tienen el tono adecuado no pueden con esta sobrecarga y aparecen los síntomas de pesadez, incontinencia urinaria, etc.

Durante el expulsivo del bebé gracias a la hiperdistensión de estos músculos el niño puede nacer. Si los músculos del periné están rígidos, mal vascularizados, existe riesgo de que se desgarren. Con la práctica de la episiotomía y al seccionar los músculos será costoso recuperar la funcionalidad para la que están preparados.

**Planteamientos de la episiotomía**

**- Previene desgarros de tercer grado:**

estudios de Thecker y Banta en 1983, demostraron que en mujeres sin episiotomía este riesgo variaba de un 0 a un 6,4%, frente al grupo en el que sí se realizó episiotomía que variaba de un 0 a un 23,9%. Conclusión: "los desgarros de tercer grado no eran más frecuentes en los partos donde NO se practicó episiotomía" (los autores del estudio).

**- Reduce los riesgos de problemas de vagina y/o periné:**

estudios de Sleep en 1991 no encontraron evidencia alguna de que este procedimiento redujera prolapsos y/o desgarros; según Stanton, (1980), de un 5 a un 10% de las mujeres acusaban incontinencia urinaria tras el parto. Conclusión: "cualquiera que sea la etiología de la incontinencia del postparto, no existe evidencia fiable de que la libre práctica de la episiotomía proteja de estos síntomas."

**- Protege al bebé en el período expulsivo acortándolo y evitando así la falta de oxígeno y traumatismos en la cabeza fetal:** se están desatando dudas acerca de la utilización de una política en favor de la aceleración del trabajo de parto. Según nuestra experiencia en el trabajo dentro del Grupo Génesis, sobre 122 partos, realizamos un 6,5% de episiotomías, los períodos expulsivos fueron de menos de 30 minutos en un 56,5%, el periné quedó íntegro en un 46,7%, no hubo desgarros de tercer grado.

Estas estadísticas son comparables con las de la casa de partos de Berlín (Alemania) en 1989 sobre 254 partos, se realizaron 12% de episiotomías. Expulsivos de menos de 30 minutos el 43%, periné íntegro el 44%, y desgarros de tercer grado el 2%. De los 477 partos recopilados por los profesionales de la asociación "Nacer en Casa", 12,9% de episiotomías, y 0,6% de desgarros de tercer grado. Conclusión: no se reduce tanto el período expulsivo realizando episiotomía, y por contra, no son extremadamente largos estos períodos cuando no se efectúa esta práctica quirúrgica. (Grupo Génesis).

El planteamiento básico ante la episiotomía sería el siguiente: "Ninguna práctica quirúrgica por insignificante que parezca a los asistentes al parto, debe ser ampliamente utilizada sin existir pruebas convincentes de su beneficio." (Dr. Wagner, delegado de la OMS).



### Riesgos de la episiotomía

- Por ser un procedimiento quirúrgico puede provocar hemorragias y/o infecciones;

- Al suturarse puede quedar la vulva muy abierta, muy ajustada o desigual, con las molestias consiguientes;

- Es común el dolor inmediato e incluso mantenido a lo largo de los meses del postparto.

Estudios de Thacker y Banta de 1983 en relación con los calmantes y episiotomías, hablan de un 60% de mujeres que refieren dolor agudo debido a esta práctica.

Las molestias en las relaciones sexuales coitales también son comunes, algunos estudios establecen que dos terceras partes de las mujeres con episiotomía presentan molestias durante las relaciones sexuales en las primeras seis semanas de postparto, y una cuarta parte después de tres meses del parto.

Otro estudio de Thacker y Banta del mismo año, establece que un 19% de mujeres presentan molestias en las relaciones sexuales tras tres meses del parto, frente a un 11% en mujeres con desgarro sin episiotomía.

### Alternativas a la episiotomía.

- Preparación del periné durante el embarazo mediante ejercicios de contracción -relajación y toma de conciencia de la zona;

- Informar sobre qué es y para qué sirven los músculos perineales;

- Explicar que las relaciones sexuales coitales durante el embarazo, siempre que no exista contraindicación, son beneficiosas entre otras cosas para mantener el periné flexible y con tono;

- Visualizar la vagina y al exhalar distenderla, se puede imaginar como una flor que abre sus pétalos;

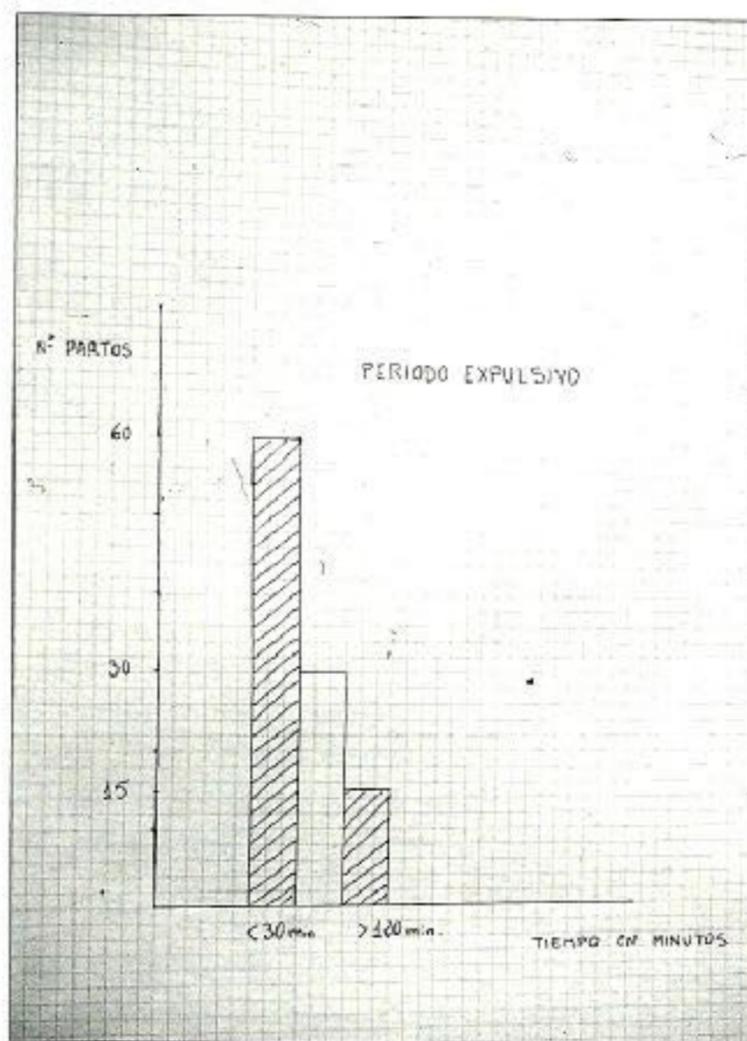
- Alimentación nutritiva con alimentos frescos para fortalecer músculos y piel;

- Durante el expulsivo: mantener la boca relajada; pujos con la boca abierta y exhalando; compresas calientes para aliviar la distensión del periné; lento y suave; favorecer las posturas verticales, la cabeza fetal apoya directamente sobre el periné masajéandolo y distendiéndolo en cada contracción; una vez que la cabeza está fuera del canal del parto, esperar la siguiente contracción para extraer el hombro posterior, de esta manera se evita el desgarro.

### Puntualizaciones al expulsivo

Si no se realiza episiotomía, al salir la cabeza y la contracción

brusca de los músculos vaginales que regresan a su posición inicial, el tórax del recién nacido se ve comprimido permitiendo el drenaje de las vías respiratorias resultando innecesario en la mayoría de los nacimientos la aspiración de secreciones.



### Algo está cambiando

Este cuestionar la episiotomía no es privativo de nosotros sino que periódicos y revistas profesionales hacen mención a estudios, uno de ellos del Dr. José Belizar, publicado en la revista The Lancet, el resultado fue que no había diferencia en el índice de desgarros graves entre las mujeres con o sin episiotomía, y la conclusión fue practicar la episiotomía selectiva en los casos de sufrimiento materno, fetal o riesgo elevado de desgarro.

En otro estudio en EE.UU. cuyo resultado fue que las primíparas con episiotomía tenían cuatro veces más problemas de desgarros vaginales que las primíparas sin episiotomía, y las múltiples con episiotomía 13 veces más desgarros vaginales que el grupo control, la conclusión fue de episiotomía selectiva, ejercicios, dieta y masaje del periné durante el embarazo.

### Para finalizar

Uno de los criterios de trabajo de los profesionales de la Asociación Nacional "Nacer en Casa" es que, "no se harán manipulaciones intervencionistas sistemáticas e innecesarias a la madre ni al bebé."

Tenemos en marcha un estudio científico sobre las repercusiones de la episiotomía a corto y largo plazo para demostrar lo que ya sabemos, que la episiotomía es invalidante de un gran número de mujeres y en ocasiones durante un largo período de tiempo y, esto debería ser suficiente para que cada uno de nosotros, profesionales del parto, reflexionemos antes de efectuar este acto quirúrgico.

# Estudio de Opinión

sobre la imagen de

la **Matrona**

en

**Madrid**

**Comunicación presentada en el IV Congreso Nacional de Matronas.**

**"Reafirmando una profesión legendaria".**

**Madrid, 5, 6 y 7 de Mayo de 1994.**

BACHILLER RAMON, CLARA.

Socióloga. (Grupo Interdisciplinar de estudios sociales y antropológicos)

Estoy aquí para hablarles de la matrona como figura social, como un estereotipo que cumple unas funciones sociales y que se relaciona o está en interacción con otros estereotipos, otras pautas, en unas circunstancias históricas, políticas, económicas y culturales concretas.

El tema central que nos ocupa es revelar los resultados de un estudio de opinión sobre la imagen de la matrona en Madrid.

El estudio fue realizado por GIESA, (Grupo Interdisciplinar de Estudios Sociales y Antropológicos), que está compuesto por un equipo de sociólogos, antropólogos, psicólogos, politólogos y abogados. La Asociación Nacional de Matronas contrató sus servicios para comprobar si el colectivo de matronas disfrutaba de un reconocimiento positivo en la sociedad o si padecía una valoración negativa.

Se repartieron 200 encuestas durante el mismo período de tiempo en 3 clínicas privadas y en 3 hospitales públicos, que contaban con 20 preguntas semi-abiertas, y destinadas aleatoriamente a las mujeres que acabasen de dar a luz en dichos centros.

La distribución responde a una proporción de 40 para clínica privada y 60 para hospital público, atendiendo al porcentaje de afluencia real de ambos tipos de servicio.

Los resultados de este estudio revelan por un lado datos estadísticos, y por otro lado datos sociológicos que nos permiten dar una interpretación valorativa del papel social de la matrona.

Los datos estadísticos tienen que ser expresados con estadísticas y porcentajes evidentemente, muchos números y pocas palabras, con lo cual se convierte en un lenguaje pesado, aburrido y que a veces despierta la sensación de ser poco fiable.

Intentaré de todas formas que nos parezcan familiares y

que a través de ello definamos lo que en nuestra sociedad actual representa el colectivo.

El perfil medio de la mujer encuestada corresponde a una mujer entre 21 y 30 años, casada, con nivel de estudios medios (BUP), que da a luz a su primer hijo y es trabajadora por cuenta ajena, con una renta familiar superior a 200.000 pts.

En primer lugar, según vemos en el **Graf. I** respecto a las aportaciones de la matrona, en todos los grupos de edad, mayoritariamente declaran que les aportó seguridad; seguidamente se reconoce su labor informativa; un menor porcentaje opina que quita temores, y para un 2,6% de la muestra total, no aporta nada.

Es evidente que ese 2'6 % o tuvieron un parto horroroso o no son muy simpatizantes de la matrona. Más adelante veremos como se pueden evitar este tipo de actitudes.

**Cruce de variables Edad (2) y Aportación de la matrona(13)**

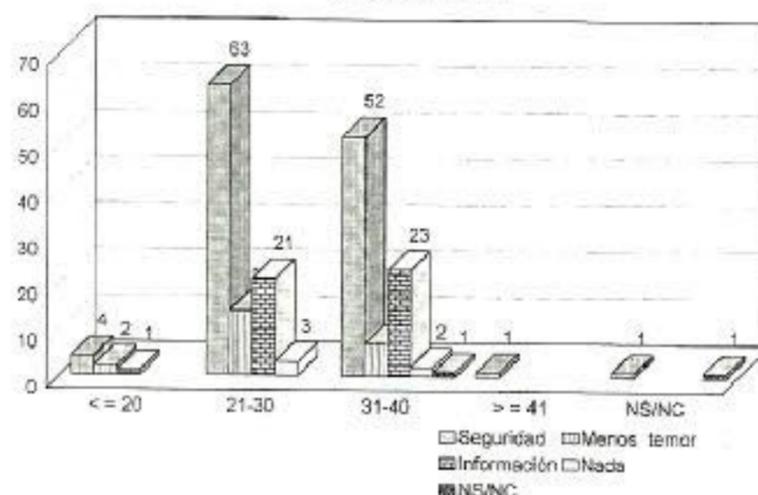


gráfico nº. 1

Debido a la inexistencia de una formación académica específica durante los últimos 7 años para la obtención del título de matrona nuestra sociedad ha padecido una fuerte escasez de dichas profesionales y, ello repercute en la imagen social, considerándola una mujer de avanzada edad, de presencia descuidada, carácter distante y otras cualidades negativas que se han ido transmitiendo de generación en generación, sobre todo en las jóvenes que no han tenido todavía su primer hijo.

Este tipo de opiniones no son apenas relevantes, la edad avanzada no conlleva un trato desagradable. (Graf. 2).

Cruce de variables nº. de hijos (7)- Opinión sobre la matrona antes de parto (15)

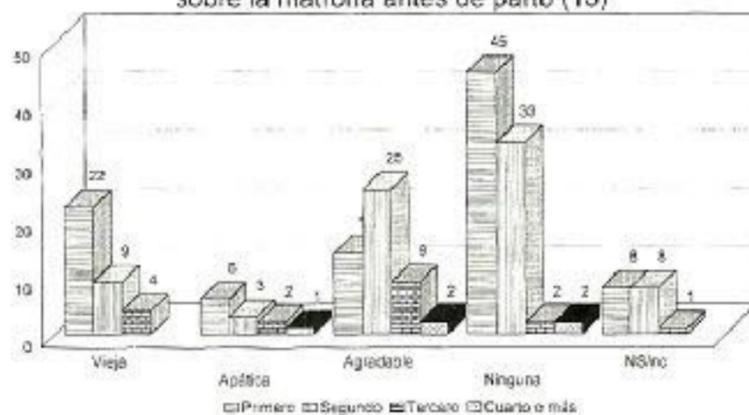


gráfico nº 2

La mayor parte de las encuestadas no tienen una opinión concreta, ni mala ni buena, siendo a continuación más frecuente considerarla como una persona agradable, y siendo la respuesta apática la menos elegida, con un porcentaje del 8%. Tengan en cuenta que esta opinión la tenían antes del parto y que la mayoría de las mujeres que actualmente dan a luz son primerizas. Si el estudio se hubiese hecho solo para primerizas y mujeres sin hijos, la imagen sería sensiblemente más negativa.

Pasamos al siguiente cruce de variables. En él se relaciona el tipo de servicio (privado-público), con el tiempo dedicado por la matrona. (Graf. 3).

En general, en ambos tipos de servicio el tiempo es considerado adecuado. En la Seguridad Social es adecuado para un 84,6% y en Seguros privados es adecuado para el 96% de los casos.

Dado que sufrimos o disfrutamos en nuestra sociedad una creciente privatización de servicios, la sanidad también se ha visto afectada por ello, y los servicios son más caros, el personal se halla mejor remunerado, pero no por ello, como han revelado las encuestas, la atención en los servicios privados es mejor que la atención en los públicos.

Cruce de variables tipo de servicio (9) y Tiempo de dedicación (17)

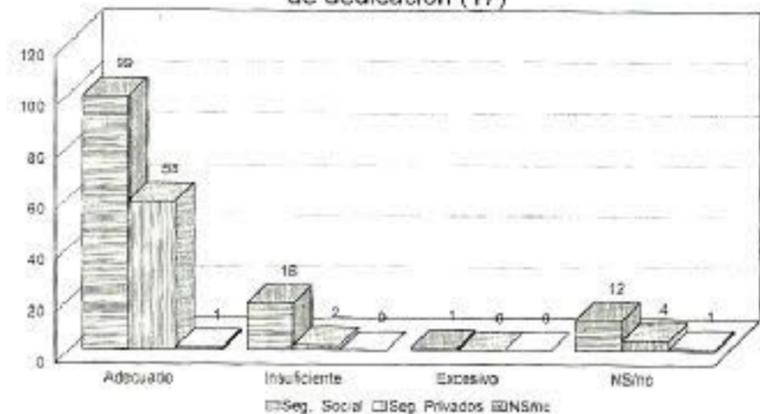


gráfico nº 3

Lo más relevante que podemos destacar sobre el tema de tipo de servicio es que el nivel de renta familiar elevado no es un hándicap para elegir un tipo de servicio privado. Considerando todas las mujeres con renta superior a 200.000 Pts mensuales, están igualmente repartidas en los dos tipos, sin embargo la renta inferior a si es un hándicap para elegir el servicio público, ya que con renta inferior a 50.000 es imposible pagar un seguro privado.

Bien, dejando a un lado las rentas y los servicios, en el Graf. 4 observamos que la preparación al parto a la hora de considerar que la matrona es superflua o imprescindible, es el factor más influyente. Todos los casos que la consideran superflua eran mujeres que no habían recibido las clases de preparación.

Cruce de variables Preparación al parto (8) y Presencia de la matrona (14)

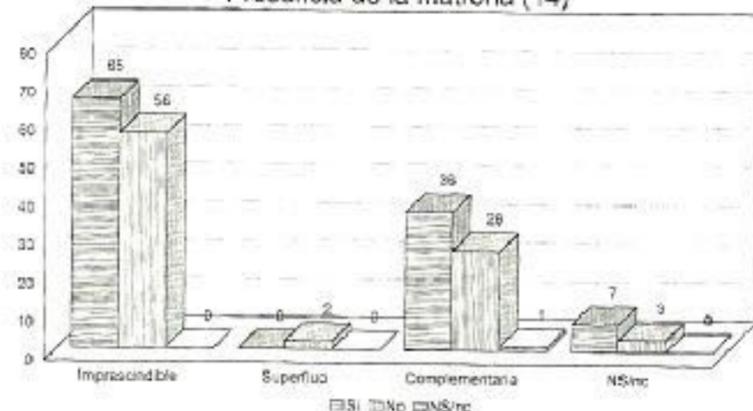


gráfico nº 4

El 59% del total cree que es imprescindible, y el 39% considera que su presencia es complementaria a otros profesionales.

El propio sistema y organización sanitaria impone la condición lógica de actuar junto con otros profesionales, y el parto en casa no ha sido tomado en cuenta en este estudio.

Otro de los cruces de variables realizados consistía en averiguar si la imagen negativa sobre la matrona antes del parto, continuaba siendo negativa tras ser atendida y los resultados fueron muy gratificantes (Graf. 5)

La gran mayoría de las encuestadas independientemente de los que opinara antes, le parecía que tras ser atendida, la matrona era mejor.

Tan solo dos casos, teniendo una imagen positiva antes, la varió a peor tras ser atendida.

Cruce de variables Opinión antes del parto (15) y Después del parto(16)

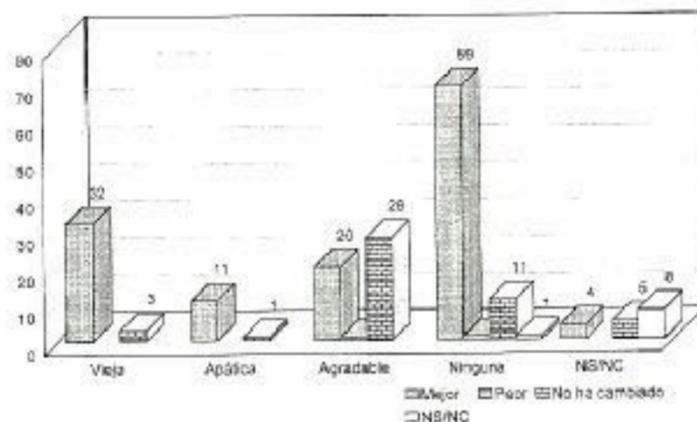


gráfico nº 5

Los siguientes gráficos corresponden a variables independientes, sin cruzarlas con ninguna otra, simplemente atendiendo a la distribución de frecuencias y porcentajes.

La cuestión que se le planteaba a las mujeres era que señalaran en qué punto dentro de una escala de 1 a 5, valorarían el trato recibido por la matrona. (Graf. 6).

Creo que viendo el gráfico, solo tengo que añadir que la matrona parece saber tratar con gran afectividad a sus parturientas.

Pasando a otra de las preguntas, la mujer encuestada tenía que valorar la preparación técnica de la matrona. (Graf. 7).

El 97% opinaba que la preparación era buena o muy buena, el 2,6% consideraba que tenía un nivel regular y solo se presentó un caso que opinó que su preparación técnica era mala, se trata del mismo parto horroroso del que hablamos antes.

Seguidamente vemos en el gráfico 8 cuales son las defi-

Valoración del trato recibido de la matrona, en una escala del 1 al 5

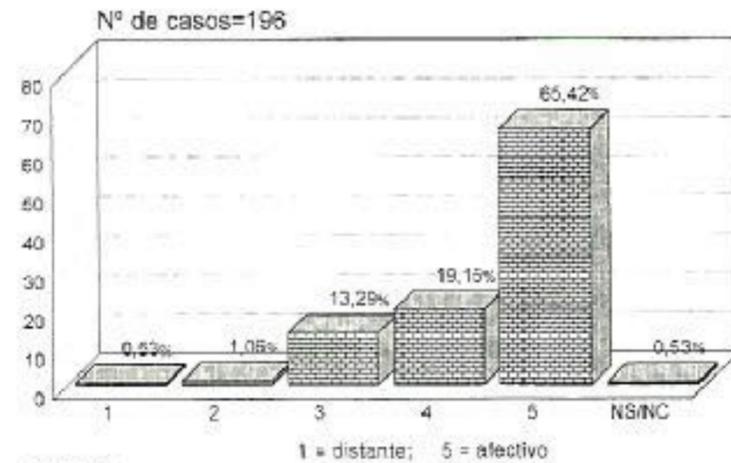


gráfico nº 6

Opinión sobre la preparación técnica de la matrona (12)

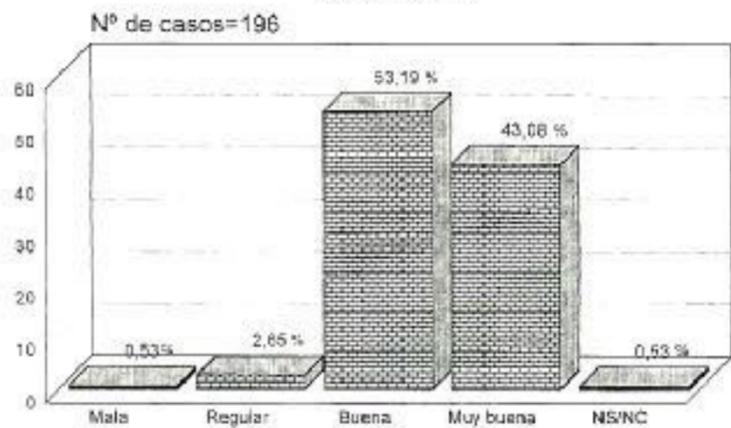


gráfico nº 7

ciencias encontradas en el servicio de maternidad. De los 8 parámetros posibles planteados en la pregunta, las mujeres podían elegir un máximo de 5, y el porcentaje más elevado, un 25,2%, corresponde a "ninguna deficiencia"; la "escasez de matronas" fue denunciada por el mismo porcentaje que la "falta de revisiones periódicas", un 9,3%.

El parámetro "otras" era completamente abierto y se expusieron quejas como por ejemplo falta de información acerca del bebé sobre todo en primerizas, y el carácter distante de los profesionales, pero en general expresaban incidencias particulares en partos complicados.

A continuación pasamos a uno de los temas más candentes en relación a la tradición milenaria de la profesión: Los matrones.

Opinión sobre la preparación técnica de la matrona (12)

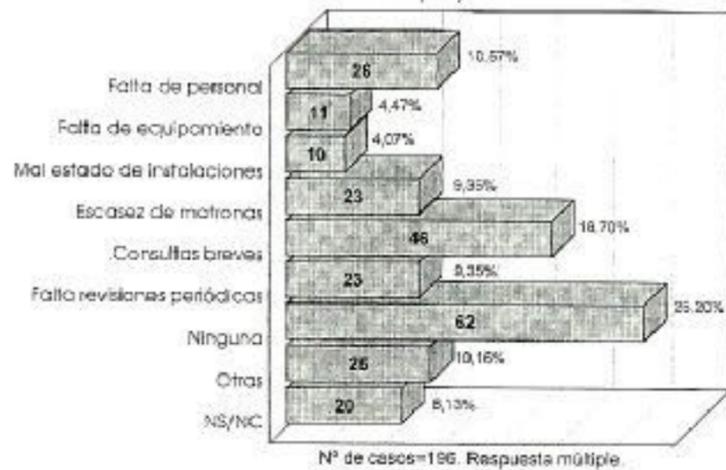


gráfico nº.8

Ya existían en España alrededor de 33 matronos antes de la apertura de las escuelas. Los medios de comunicación han concedido una gran importancia al hecho de que los hombres también estudien para matrona.

En ningún estudio antropológico aparece un varón como partero, tan solo Sócrates en la Grecia Clásica se consideraba comadrona de los hombres porque les ayudaba a nacer en el conocimiento.

En las sociedad de las tribus Mayar en la India, las mujeres podían tener 8 y hasta 9 maridos, estaban continuamente dando a luz, y la matrona, siempre una mujer, tenía tanto prestigio que se declaraba padre legítimo de un niño, el marido que pagase los gastos del parto a la matrona. Le pagaban en telas y verduras.

Situándonos de nuevo en nuestra sociedad (supuestamente civilizada), ante el tema de los matronos (Graf. 9).

Solo un 1,08 % de la población prefiere ser atendida por un varón, aunque ya se empieza a notar que en España no hay tantos prejuicios sexuales discriminatorios a la hora de ejercer una profesión, ya que el 52,9% declara que le es indiferente quien le atienda, y el 44,8% de la muestra sigue prefiriendo a una mujer.

Por último y cambiando de tema, la matrona ha desempeñado a lo largo de la historia funciones tan importantes como ser agente religioso. Ha gozado siempre de un carácter carismático con un fuerte componente simbólico, era un personaje que unía dos mundos diferentes, el de la naturaleza y el de la cultura, estaba muy relacionada con la vida y su hecho generador, por ello en distintos momentos históricos se le ha cargado de un contenido mágico.

En la actualidad ese contenido mágico ha desaparecido, y la matrona es una figura ligada a la mujer desde la primera menstruación hasta una vez superada la menopausia, sin

Preferencia de ser atendida por Varón (matrona)(19)

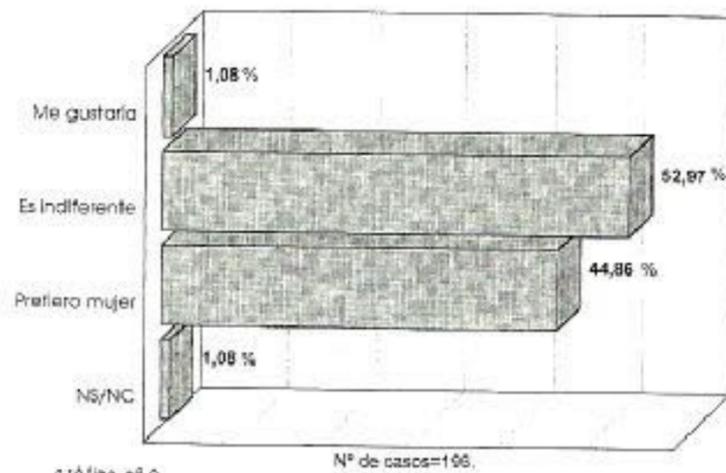


gráfico nº.9

embargo, los resultados del estudio revelan que las únicas funciones ampliamente reconocidas son la atención durante el parto y el apoyo psicológico y moral; apoyo que se ofrece normalmente por devoción, más que por obligación. (Graf. 10)

Reconocimiento de las funciones de la matrona(20)

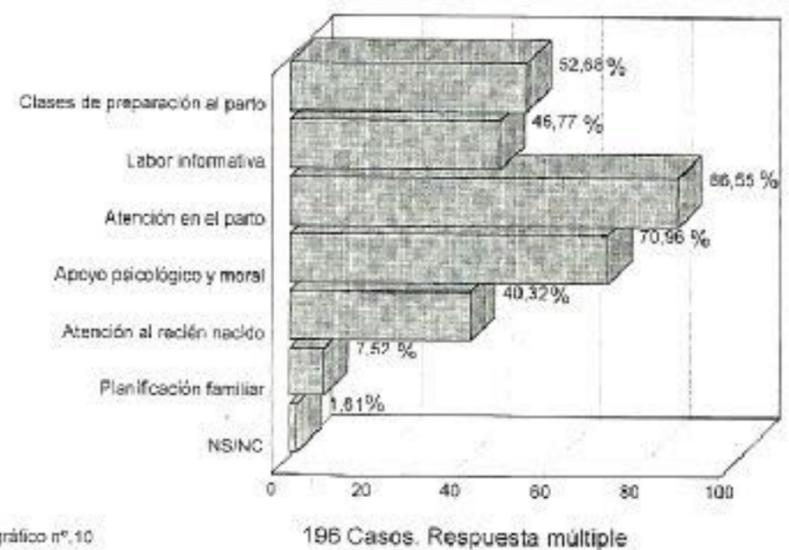


gráfico nº.10

De todos los datos estadísticos y algunos otros que no he querido señalar en esta ocasión, se puede obtener un perfil sociológico de la matrona que se compone de:

Un status social bastante considerable, en la jerarquía sanitaria se encuentra por debajo del médico y por encima de la enfermera.

El status del médico procede de su formación académica más amplia y de la capacidad de administrar fármacos, pero

la matrona obtiene su status tan solo de su trabajo, el saber hacer, y de la forma que tenga de vender su imagen.

Otro de los parámetros sociales es el poder, y evidentemente las matronas tienen más poder del que ellas piensan. Recuerden que todos los niños del país, excepto casos aislados sobre todo en el medio rural, pasan por sus manos.

Manejan la salud de las mujeres y de sus hijos, y gracias a su actuación las tasas de mortalidad infantil y de mujeres durante el parto son muy bajas. Esta situación las convierte en una fuente de influencia psicológica tremenda.

Los procesos de influencia son otro de los parámetros sociales más importantes. En una situación tan especial para la pareja como el nacimiento de un hijo, la mujer está muy receptiva y el padre está muy sensible y asustado, los consejos de la matrona entonces son como la Biblia de la parturienta.

La influencia en estos momentos es un fenómeno muy individualizado, y tiene mucho que ver con la complicidad entre mujeres, si se canaliza bien, puede llegar a ser un proceso tremendamente fructífero para el colectivo.

Respecto a su situación económica, la matrona pertenece a la clase media-alta, con un poder adquisitivo por encima de la media nacional, en una rama que afortunadamente no sufre tasa alguna de desempleo.

Y por último para concluir el perfil social diremos que la edad media de profesionales en activo supera los 40 años, menos mal que esta problemática se empezará a solventar con la incorporación de las nuevas promociones.

En resumen: la matrona es un agente social activo, en el Estado de Bienestar como sistema político, se ha convertido en un funcionario, por decirlo de alguna manera. El estado decide cual es su formación, cuales sus labores, y cuál el número de matronas más adecuado con las tasas de natalidad, a cambio le asigna un sueldo y un prestigio social. El problema es que cuando aparece un problema o se comete una imprudencia, la responsabilidad es exclusivamente de la matrona, no del Estado. Aquí nos encontramos con la metáfora de la pescadilla que se muerde la cola. En los medios de comunicación aparece con mucha más frecuencia una sentencia desfavorable o un caso morboso que un titular que diga: "la matrona o el equipo de tal maternidad salva al año X niños y madres con problemas durante el parto". Con lo cual, el prestigio se ensucia y el reconocimiento social disminuye.

Y ahora como socióloga quiero proponer una vez finalizado el diagnóstico, un tratamiento, una estrategia para mejorar la imagen y poder conseguir que la labor social de la matrona sea imprescindible.

Se trata ni más ni menos de hacer realidad el lema de este Congreso: "Reafirmar una profesión legendaria", pero de

una manera acorde con la sociedad actual y haciendo uso de cuantas técnicas de comunicación y marketing estén a nuestro alcance.

Para ello existe un requisito imprescindible, que es la unión.

Mientras cada una de ustedes libra pequeñas batallas individuales, la sociedad no concederá ningún reconocimiento, y aunque es odioso hablar de armas, ustedes tienen una, la mejor, que es la Asociación Nacional.

La unión hay que conseguirla a todos los niveles, tanto cuando hablamos de funciones, como de honorarios, e incluso ante la defensa jurídica de un caso particular.

Cuando hablo de la Asociación Nacional, hablo en el mejor de los casos, de un órgano federativo que coordine la actuación en todas las comunidades autónomas. La separación geográfica y cultural está por debajo del concepto de Profesión, una profesión que tiene que ser cada vez más gratificante y valorada.

Cuando una matrona, que a la vez es madre y esposa, que anda siempre "saliente de guardia" y no tiene tiempo, contrata a alguien para que le ayude en sus labores domésticas. Pues en este caso igual, cada una de ustedes debe sentir la responsabilidad de hacer algo por su profesión si no quiere que desaparezca, y si no dispone de tiempo o de capacidad, lo adecuado es delegar esa labor a un organismo que los haga por ella.

El segundo requisito imprescindible es que todos los maridos o compañeros de las mujeres embarazadas estén presentes en el parto y en las clases de preparación. No olvidemos que todavía vivimos en un mundo machista, y el reconocimiento social procede de un público masculino.

Su presencia y participación es esencial para sensibilizar a grandes cantidades de hombres que todavía piensan que el parto es cosa de dos: pero esos dos son la madre, y el niño. ¡El parto es cosa de tres, no de dos!

Si una de las funciones de la matrona es la planificación familiar, especialmente ahora, en el Año Internacional de la Familia, los hombres deberían valorar la labor de la matrona tanto como las mujeres, y debemos procurar que conozcan el organismo femenino no solo por fuera sino también por dentro.

El tercer punto de la estrategia consiste en que la **preparación al parto sea obligatoria**. Todavía un gran porcentaje de mujeres no lo recibe las clases y ello influye enormemente a la hora de generar una opinión negativa sobre la matrona ya que inconscientemente la mujer identifica el dolor con la figura de la matrona. La preparación no es el rayo fulminante que elimina el dolor, pero si lo hace asimilable y lo más leve posible.

En cuarto lugar, proponer que cada matrona lleve un registro de todos los partos a los que atiende. Los registros estadísticos de los hospitales son difíciles de conseguir a la hora de hacer investigaciones.

Vivimos en la era de la cibernética, ya no podemos basarnos en el pasado, los avances tecnológicos están destinados a la mejor calidad de vida y a la salud. La matrona tiene que ser un agente investigador, y esos registros facilitan la tarea investigadora y el control de las actuaciones.

Y por último, hay que **dar a conocer la labor de la matrona y sus contenidos desde los colegios**: confeccionando libros, videos, u ofreciendo charlas didácticas que informen a las adolescentes en los colegios, también a las jóvenes en los

institutos y a las señoras que padecen síntomas de la menopausia, sobre todo en el medio rural.

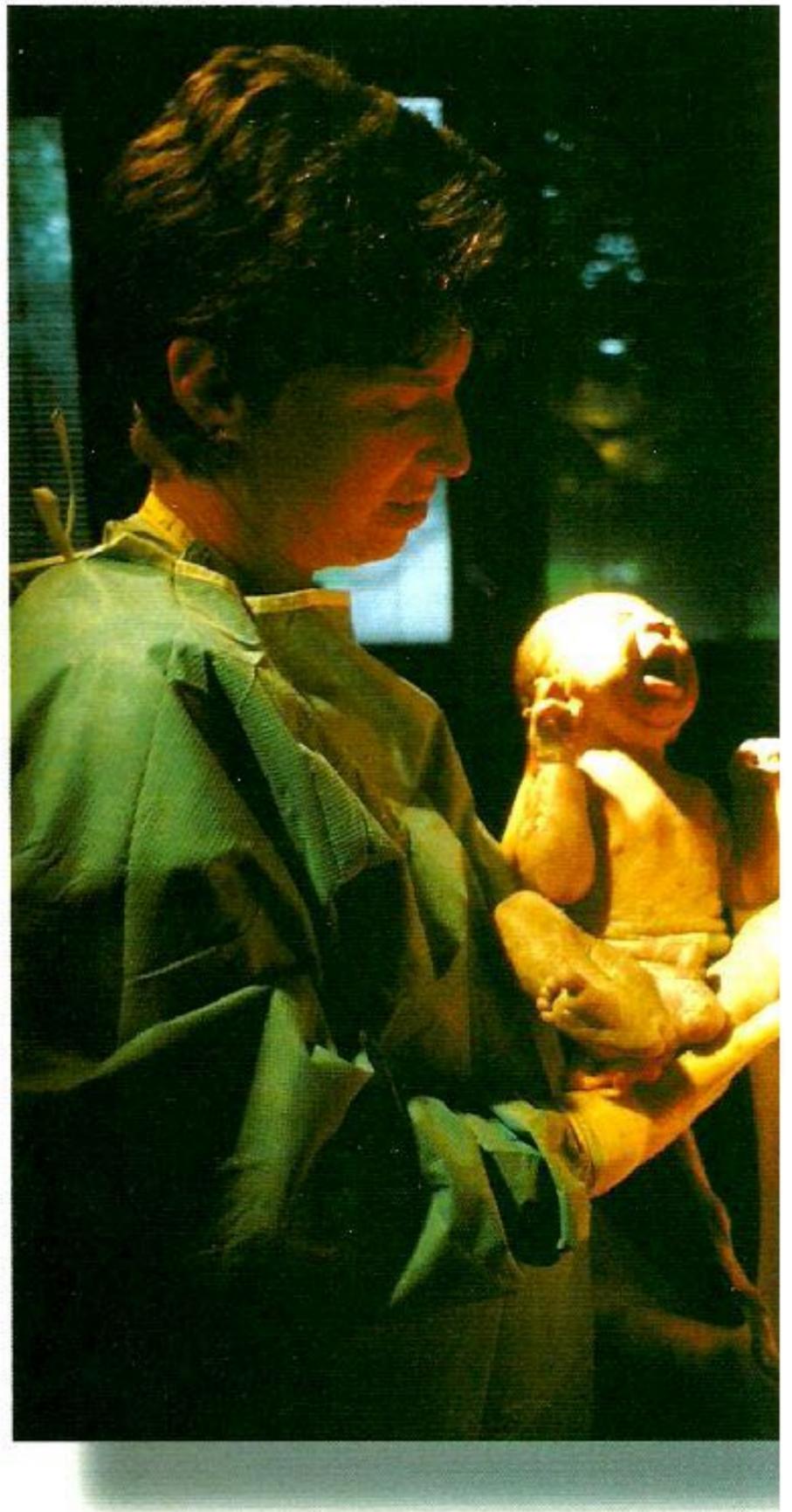
“La población juvenil no tiene ni idea de lo que es un parto, sus complicaciones, o sus riesgos, además de que en España se producen un montón de embarazos no deseados por falta de información.”

Con todas estas estrategias y un buen asesoramiento el papel social de la matrona está garantizado como imprescindible. Ustedes están capacitadas para hacerlo realidad, lo dejo en sus manos.



ASOCIACION NACIONAL  
DE MATRONAS ESPAÑOLAS

... PORQUE  
LO  
IMPORTANTE  
ES  
QUE  
NAZCA  
SANO



**ITALFARMACO S.A.**

San Rafael, 3 - ALCOBENDAS (MADRID)

*La gestación, ese momento  
lleno de futuro y de ilusión para  
todos, es uno de los períodos  
más delicados para la madre y  
para su futuro hijo.*

**ITALFARMACO,S.A.**

*se siente especialmente  
satisfecha de poder colaborar  
con su esfuerzo en investigación  
y desarrollo de nuevas  
moléculas terapéuticas, en el  
buen desarrollo de la gestación.  
Que todo llegue a buen fin y con  
satisfacción para todos es  
nuestro deseo.*



A partir de este número, la Asociación abre un nuevo apartado donde figurarán los nombres de algunas asociadas a las que devuelven la correspondencia.

Rogamos que si conoces a algunas de ellas le notifiqués que necesitamos saber su nuevo domicilio; que se ponga en contacto con nuestra secretaria. Avda. Menéndez Pelayo, 93. 28007 – Madrid. Tlf.-Fax: (91) 5010509.

- M<sup>a</sup> Pilar Baz Muñoz (Santa Cruz de Tenerife)
- Francisca Luque Luque (Melilla)
- M<sup>a</sup> Luisa Pardo Fernández (Cantabria)
- M<sup>a</sup> Nieves Milinero Pancorbo (Granada)
- M<sup>a</sup> Prado Abad Pérez (Zaragoza)

**Si conoces a alguna compañera que quiere asociarse, facilítale este boletín de inscripción para que nos lo remita junto a dos fotografías.**

---

### BOLETIN DE INSCRIPCION A LA ASOCIACION NACIONAL DE MATRONAS

Nombre y Apellidos.....  
Domicilio.....  
Localidad..... Provincia.....  
Teléfono..... C.P..... D.N.I.....  
Lugar y Fecha de Nacimiento.....  
Centro de Trabajo.....  
Nº de Colegiada.....  
Observaciones.....

### ORDEN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

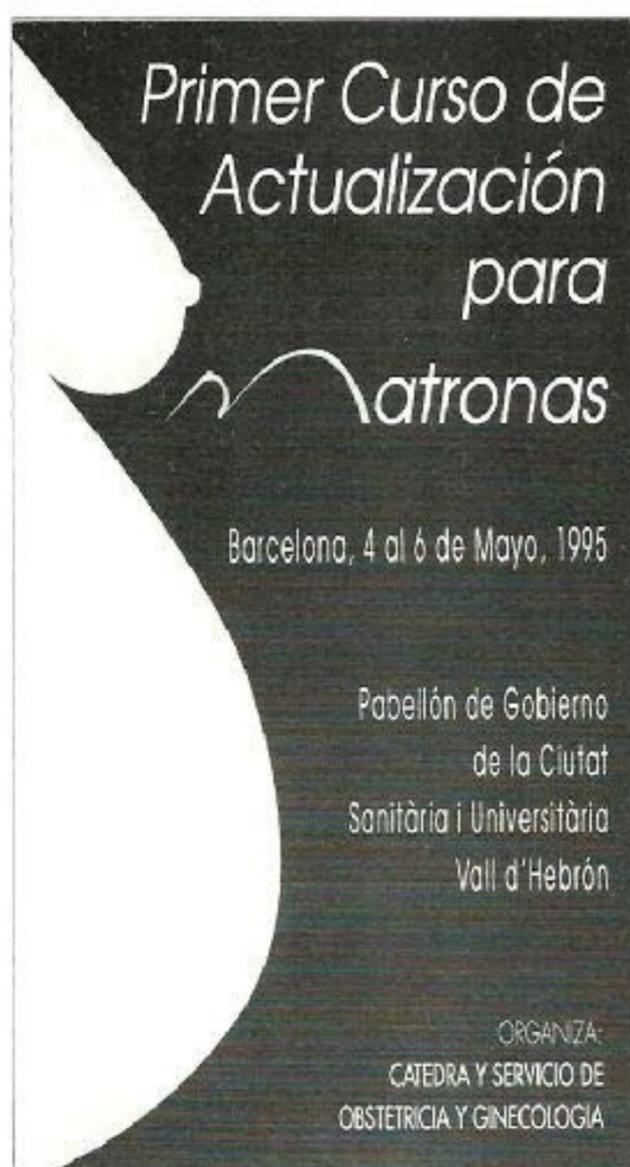
Nombre y Apellidos.....  
Entidad/Banco.....  
Código de Entidad..... Código de Sucursal.....  
Nº de Cuenta.....  
Domicilio de Entidad.....  
Localidad y Provincia..... C.P.....

Sr. Director:

Ruego atienda los recibos que pasará a mi cargo la Asociación Nacional de Matronas en concepto de cuotas de socia, a partir del día de la fecha.

Fecha y Firma

(Cuota semestral 4.000 pts.)



**Primer Curso de  
Actualización  
para  
matronas**

Barcelona, 4 al 6 de Mayo, 1995

Pabellón de Gobierno  
de la Ciutat  
Sanitària i Universitària  
Vall d'Hebrón

ORGANIZA:  
CATEDRA Y SERVICIO DE  
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

#### INFORMACIÓN GENERAL

##### SEDE DEL CURSO

Pabellón de Gobierno de la Ciutat Sanitària  
i Universitària Vall d'Hebrón.  
Passeig de la Vall d'Hebrón S/N  
08035 BARCELONA

##### SECRETARÍA CIENTÍFICA

Sra. M<sup>a</sup> Ángeles Salvadores  
Passag. de la Vall d'Hebrón S/N  
08035 BARCELONA  
Tlf: (93) 427 20 00 Ext. 2270

##### SECRETARÍA TÉCNICA

Meeting & Congress, S.L.  
Industria, 10 1<sup>o</sup> 3<sup>a</sup>  
08037 BARCELONA  
Tlf: (93) 458 67 10  
Fax: (93) 458 37 59

CUOTA DE INSCRIPCIÓN: 35.000 pts.

Incluye:

Documentación, Café, Cena de clausura y diploma.

## LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIA INTEGRAL Y MEDICINA HOLÍSTICA

OFRECE:

#### INFORMACIÓN

Secretaría de la Sociedad Española de Psicoterapia Integral  
y Medicina Holística.

C/ Marqués de Urquijo, 28, 4<sup>o</sup> B

28008 MADRID

Tlfs: (91) 547 54 44 – 547 91 45.

## PRIMERAS JORNADAS DE PARTO Y EMBARAZO HUMANIZADO

3 de junio de 1995

**INFORMACIÓN:**

Encarna Juárez  
Secretaria del Dpto. de Obstetricia y Ginecología.  
Planta 5ª  
Hospital Materno-Infantil "12 de Octubre".  
28041 MADRID  
Telf-Fax: 91/390 83 76.

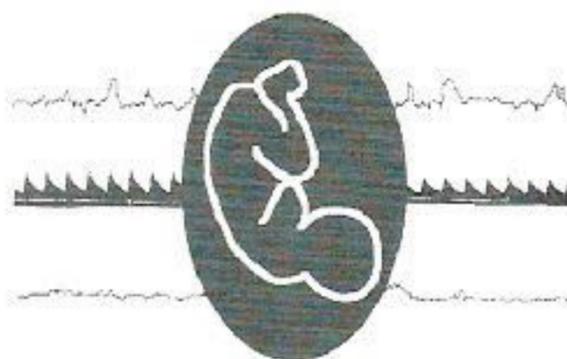
**PROGRAMA:**

**Día 27 de Abril de 1995**

- 8,30 h. Recogida de Documentación.
- 9,30 h. Presentación: Prof. S. Carrasco Rico (Córdoba)
- MESA SOBRE MÉTODOS DE CONTROL DEL FETO DURANTE EL EMBARAZO.**  
Presidente: Prof J.M. Escalante. (Madrid).  
Secretario: Dr. Moreno Alvés (Córdoba).
- 9,40 h. Fisioterapia fetal. Prof. J.M. Hernández García (Madrid)
- 10,00 h. Métodos clínicos. T. Osa y C. Álvarez (Madrid).
- 10,20 h. Monitorización bioelectrónica: concepto y nomenclatura. Prof. Pedro de la Fuente. (Madrid).
- 10,40 h. Registros cardiotocográficos no estresantes. E. Muñoz, T. Cabrera (Madrid).
- 11,00 h. Descanso.
- 11,30 h. Registros cardiotocográficos estresantes. Dr. J. Arjona (Córdoba).
- 11,50 h. Valor de la fluxometría en el diagnóstico del bienestar fetal. Dr. A. Galindo Izquierdo (Madrid).
- 12,00 h. Perfil biofísico en el diagnóstico del bienestar fetal. Dr. A. García Burguillo (Madrid).
- 12,20 h. Amnioscopia en el control del feto. Dra. P. Jimena (Córdoba).
- 12,40 h. Monitorización bioquímica del bienestar fetal. Dr. A. Gosálvez Vega (Madrid).
- 14,30 h. Comida Hotel Meliá Córdoba.
- MESA SOBRE: MORTALIDAD PERINATAL.**  
Presidente: Dr. Martínez López (Madrid).  
Secretaria: E. Muñoz Ortega (Madrid).
- 17,00 h. Importancia de la mortalidad perinatal para valoración de la asistencia obstétrica. Prof. J.M. Hernández García (Madrid).
- 17,20 h. Evolución de la mortalidad perinatal a lo largo del siglo XX. Prof. P. de la Fuente (Madrid).
- MESA SOBRE CÁNCER DE MAMA.**  
- 17,40 h. Epidemiología y diagnóstico. Prof. J.M. Escalante Salinas (Madrid).
- 18,00 h. Tratamiento. Dra. P. Miranda Serrano (Madrid).
- CENA RESTAURANTE LAS PALMERAS DEL CABALLERO ROJO**

**CURSO SOBRE  
NUEVAS PERSPECTIVAS DE LA  
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA**

CORDOBA 27 Y 28 DE ABRIL DE 1995



Organizado por los:

DEPARTAMENTOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
DE LOS HOSPITALES «12 DE OCTUBRE» DE MADRID  
Y «REINA SOFIA» DE CORDOBA

Con la Colaboración de:  
ASOCIACION DE MATRONAS

**Día 28 de Abril**

- MESA SOBRE: MÉTODO DE CONTROL DEL FETO DURANTE EL PARTO.**  
Presidenta: D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Ágeles Rodríguez Rozalén (Madrid)  
Secretaria: D<sup>a</sup> Concepción Ramírez Pérez (Córdoba).
- 10,00 h. Control clínico. Matrona de Córdoba.
- 10,20 h. Monitorización bioelectrónica del periodo de dilatación. E. Castro (Zaragoza)
- 10,40 h. Monitorización bioelectrónica del período expulsivo. Dra. V. Martínez López.
- 11,00 h. Monitorización bioquímica. Prof. S. Carrasco Rico (Córdoba).
- 11,20 h. La ecografía en el paritorio. Dra. A. Galido Izquierdo (Madrid).
- 12,20 h. Mesa redonda: Prof. P. de la Fuente (Madrid).

**PRECIO DE LA INSCRIPCIÓN: 15.000 PTS.**

**INCLUYE:**

Comida de trabajo, Cena, Documentación y Diploma

**P R E M I O N U K****GANADORAS****PRIMER PREMIO**

AUTORAS:

M<sup>a</sup> Dolores Guix i Llistuella

Gloria Lloveras i Carvajal

Araceli Noval Llorach

Programa de Atención a la Mujer,

Institut Català de la Salut. Granollers, Barcelona.

TITULO DEL TRABAJO:

*La sexualidad en los jóvenes: Análisis de una encuesta.***SEGUNDO PREMIO**

AUTORA:

M<sup>a</sup> Dolores Gómez Ruiz

Santander, Cantabria.

TITULO DEL TRABAJO:

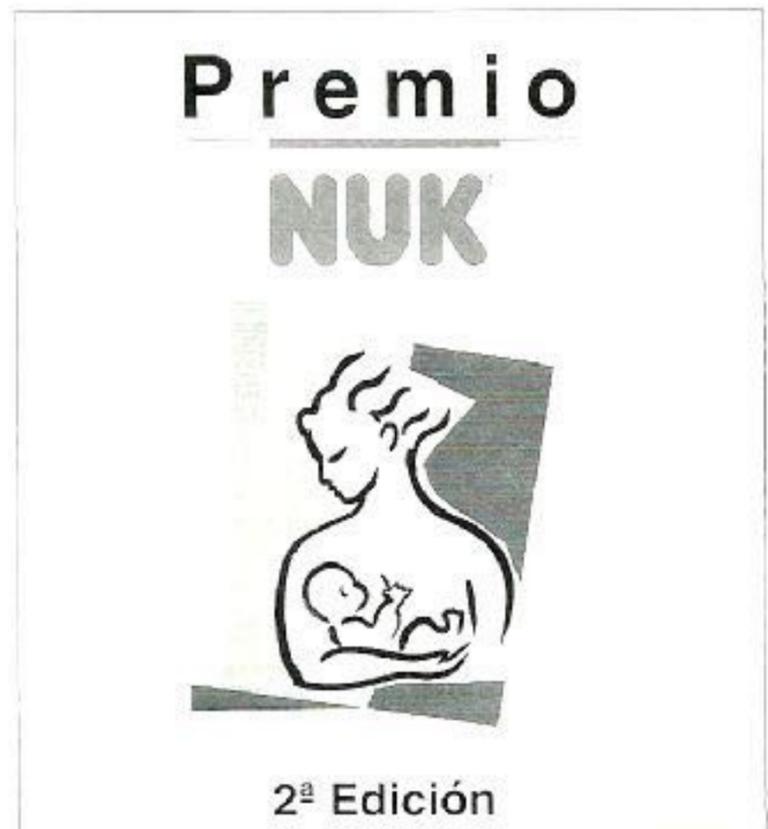
*Educación para la maternidad, una evaluación del trabajo de las madres.***TERCER PREMIO**

AUTORA:

Ana Martínez Molina

Valencia

TITULO DEL TRABAJO:

*Función social de la matrona en la Valencia bajo medieval, su diagnóstico como testimonio pericial.*

¡NUESTRA MEJOR FELICITACION Y ENHORABUENA!

**ASOCIACION ESPAÑOLA DE ENFERMERIA EN UROLOGIA  
(Urología, Andrología e Incontinencia Urinaria)**
**PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA 1995  
XXIV CURSO INTENSIVO**

Con la colaboración de la Unidad de Enfermería en Urología del Hospital "San Pedro de Alcántara"  
y la Escuela de Enfermería de la Universidad Extremeña.

CACERES, 4, 5 Y 6 DE MAYO

**TEMA: "PLANES DE CUIDADOS EN ENFERMERIA"**

(Comunicaciones hasta el 13 de marzo, Inscripciones hasta el 30 de abril)

• • • • •

**18º CONGRESO NACIONAL**

DONOSTIA - SAN SEBASTIAN, 18, 19 20 Y 21 de octubre

**"PLANIFICACION PARA LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN UROLOGIA"**

congrhisa

 SECRETARIA TECNICA Y CIENTIFICA  
 c/ Serrano, 240, Madrid, 28016. Tel.: (91) 457 61 12 • Fax. (91) 457 07 73

## Curar el cáncer de mama sin operación

**S**usan Onslow, del hospital londinense Royal Marsden, ha creado una bomba portátil de quimioterapia para las mujeres con cáncer de pecho. La bomba tiene el tamaño de un *walkman* y suministra el medicamento anticancerígeno a través de un fino tubo insertado en vena. Esto permite que la propia paciente administre —y renueve cuando se agote— la dosis, lo que hace innecesarias las visitas periódicas al hospital propias de los tratamientos de quimioterapia.

Su aplicación continuada reduce la necesidad de practicar una mastectomía —estirpación del pecho—, y aunque no suprime el tumor, a veces puede ser suficiente con la práctica de una tumorectomía, mucho menos



mutilante que aquella. Además, permite la administración de una dosis cinco veces mayor que la habitual y no tiene efectos secundarios.

De momento, 200 mujeres londinenses portan ya esta bomba y se estudia su aplicación a enfermos de cáncer de estómago.

Revista Muy Interesante, nº165

*La bomba portátil de quimioterapia desarrollada en el hospital Royal Marsden, de Londres —en la foto, una paciente se administra su propia dosis—, suprime las visitas periódicas a la clínica.*

## La sociedad debilita el sistema inmunológico

Experimentos realizados con gente solidaria han revelado que estos asesinos naturales del dolor se ponen en movimiento siempre que las personas se preocupan por los demás. La soledad, por el contrario, tal como se deduce de recientes investigaciones en residencias de ancianos, debuta es también una búsqueda inconsciente de contacto humano.

La nueva línea de pensamiento de la medicina muestra que lo relevante es enfrentarse a la vida con optimismo y espíritu combativo. Con ello se puede, no sólo mantener alejadas ciertas enfermedades del cuerpo, sino también activar fuerzas autocurativas en caso de enfermedad. Winston Churchill es un ejemplo de que el bienestar no es el resultado de la lucha por mantenerse sano, ni de la obdecepción por el propio cuerpo. Es el producto de un estilo de vida armónico, pero sin receta.

Joseph Sheppach

Revista Muy Interesante nº165

## Nueva dieta contra el colesterol

Cuatro tazas de té, una manzana y una cebolla roja grande, aunque no necesariamente ingeridas juntas, aportan al organismo la suficiente cantidad diaria de antioxidantes para ayudar a eliminar el colesterol de la sangre. Esta recomendación parte de un grupo de científicos holandeses que efectuaron el seguimiento de la dieta y estado cardíaco de ochocientos hombres durante cinco años.

Revista Conocer, nº141

## INSÓLITO ... PERO CIERTO

### La fuerza del aluminio.

Las paredes de las latas de refrescos y cervezas pueden soportar en su interior una presión de hasta 6.400 kilogramos por centímetro cúbico, o sea tres veces la de un neumático de coche.

### Ofidio letal.

El veneno de la serpiente *Enhydrina schistosa* es tan potente que solo un gramo serviría para matar fulminantemente a mil personas.

### Se mira, pero no se toca.

Entre las perversiones sexuales del emperador romano Tiberio destacaba el voyeurismo. Para ello, disponía en la isla de Capri de un séquito de jóvenes disciplinados a los que había entrenado para que realizaran todo tipo de escenas eróticas en su presencia.

### Maizal en miniatura.

Las primeras mazorcas de maíz, que se cultivaban en México hace 6.000 años, medían tan solo dos centímetros.

### Humo entre bastidores.

El tenor italiano Enrico Caruso (1873-1921) hacía especificar en sus contratos de trabajo el derecho a fumar en cualquier lugar del escenario hasta el momento de subir el telón.

### Higiene legal.

La ley obliga a los habitantes de Kentucky, en Estados Unidos, a tomar un baño una vez al año, por lo menos.

### Sanar la sarna.

Los médicos medievales trataban la sarna con una pócima hecha de orín, piojos mecerados y una solución de excrementos animales.

Revista Muy Interesante, nº165

## Las estancias por cesárea oscilan entre los 5,4 y los 10,8 días según los hospitales

Las estancias medias por cesárea sin complicaciones oscilan entre los 5,4 y los 10,8 días en función de los tipos de hospitales, según un estudio publicado en la revista *Informe*, que edita el Hospital San Agustín, de Avilés.

El estudio ha sido realizado utilizando grupos relacionados de diagnóstico (GDR) basándose en la información disponible en los CMBD (conjunto mínimo básico de

datos) habituales. Se han comparado las estancias medias en los hospitales del Insalud, todos los hospitales del grupo 2 —integrado por 25 centros de más de 190 camas, más de 100 médicos, 5 o menos especialidades complejas y 2 o menos equipos de alta tecnología— y el Hospital de San Agustín, perteneciente al mismo grupo.

Según el estudio, los hospitales del Insalud tienen una estancia media de 8,31 días;

los hospitales del grupo 2 en su conjunto, 7,25, y el Hospital de San Agustín, 8 días en el GRD 371, correspondiente a cesáreas. Se han estudiado para ello más de 10.000 casos.

El centro con menor estancia de los mencionados en el estudio es el de Móstoles, con 5,48 días y el de mayor estancia, el de Nuestra Señora de Sonsoles, de Avila, con 10,81.

Diario Médico

## Un compuesto de ADN evita el riesgo de cáncer de piel

DM. Londres

La administración de una crema de compuestos de ADN puede evitar el cáncer de piel, según un estudio realizado por investigadores de la Universidad de Boston y publicada en la revista *Nature*.

El equipo ha comprobado que una solución compuesta por un dinucleótido, denominado ácido ditimidílico dipirimidina o pTpT, facilita la fabricación de enzimas, aunque no haya luz solar, y evita el riesgo de cáncer de piel. El ensayo, realizado en animales, mostró que las células tratadas contenían una cantidad siete veces mayor de melamina que aquellas zonas de la piel que no habían sido tratadas.

Diario Médico

## Las vitaminas evitan infartos en los ancianos

Los ancianos que toman vitamina E y C tienen menor riesgo de padecer ataques cardíacos que los que no lo hacen, según un informe del National Institute on Aging, en Washington. Este estudio analizó a 10.249 personas de edades comprendidas entre los 67 y 105 años durante nueve meses. Aquellos que tomaban vitaminas E y C tenían un 42 por ciento menos de riesgo de infarto, frente al 53 por ciento en los que no tomaban vitaminas, informa *Europe Today*.

Diario Médico

## En Memphis

## Científicos americanos realizan ecografías a distancia

EUROPE TODAY. Chicago

Científicos norteamericanos han conseguido practicar ecografías a 23 kilómetros de distancia y transmitir las en directo a más de 700 kilómetros.

El examen por ultrasonidos ha sido realizado por el doctor Donald Emerson desde un hospital de Memphis y la imagen ha sido enviada hasta Chicago. Lo más novedoso de la experiencia es que la paciente se encontraba a 23 kilómetros del hospital.

Los tres lugares estaban unidos por fibra óptica, capaz de transmitir varios canales de audio y vídeo de alta calidad. Se trata de la primera transmisión simultánea de una ecografía de suficiente calidad para realizar un diagnóstico con plenas garantías.

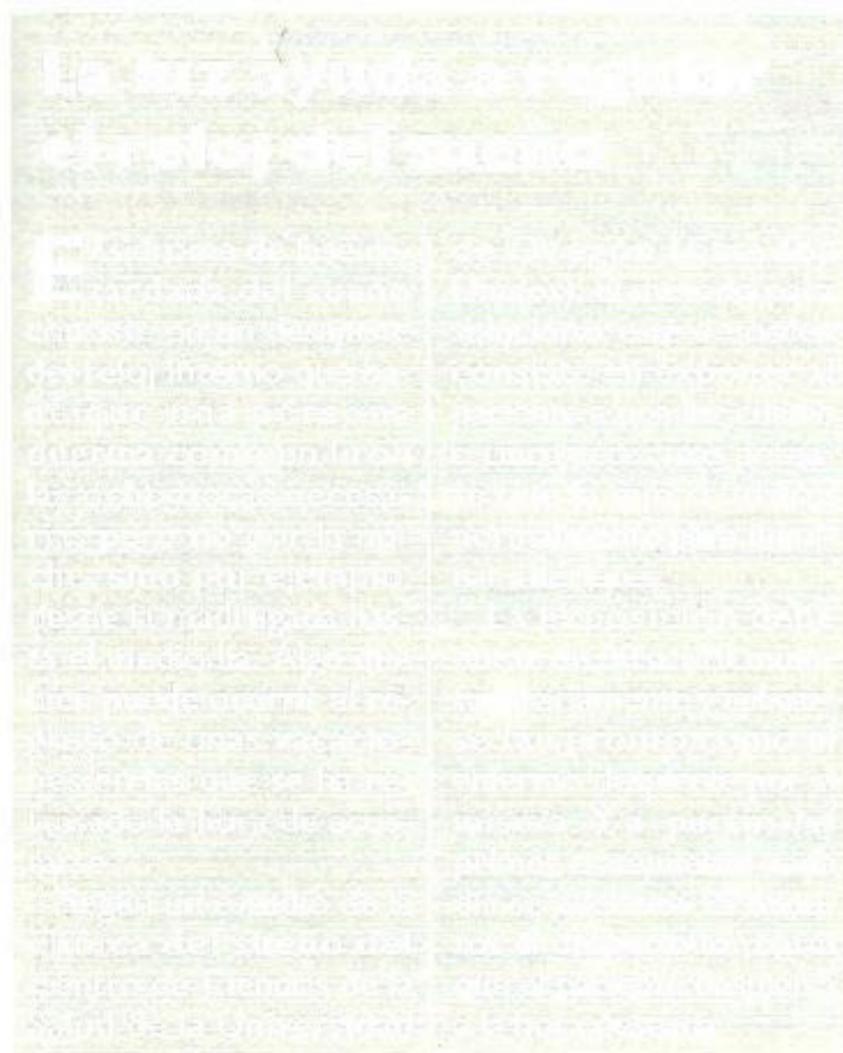
Mediante el uso combinado del teléfono, imágenes informatizadas y monitores de vídeo, el sistema permite guiar libremente y a distancia el aparato que emite ultrasonidos y obtener imágenes precisas.

Diario Médico

## Malformaciones fetales causadas por anestesia.

Las mujeres sometidas a anestesia general durante el primer trimestre de la gestación corren un riesgo mayor de tener un hijo con alguna neuropatía, principalmente hidrocefalia, según publica el *American Journal of Public Health*.

Diario Médico



# Determinar la cifra de 5-propofilina ayuda a detectar el embolismo por líquido amniótico

Angeles Gómez

El embolismo por líquido amniótico es una complicación muy grave, que no se puede detectar precozmente y que lleva asociada una elevada mortalidad materno-fetal. "Lo único que se puede hacer es aplicar a la mujer las medidas de soporte y, si es posible, extraer el feto para salvarle la vida", señala Silvino Rubio, jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Cangas de Narcea, en Asturias.

Esta complicación obstétrica suele darse tras un

embarazo prolongado. "Aparece una dinámica uterina intensa y se asocia a algunos factores como la presencia de dispositivos intrauterinos e infusiones de sueros salinos, entre otros".

No obstante, el experto destaca que es una patología muy grave que, a pesar de los avances científicos, continúa produciéndose. "La forma de sospecharlo es difícil porque no hay síntomas claros. Las mujeres que lo padecen presentan un cuadro de shock, sin pérdidas hemáticas importantes. Algunos autores indican que la

paciente refiere mal sabor de boca momentos antes".

## 5-propofilina

Entre los medios diagnósticos, el internista subraya la medición de la 5-propofilina por espectrofotometría, la determinación de presiones de enclavamiento pulmonar por cateterismo y la obtención de muestras de sangre que demuestran células fetales en la vasculatura materna. "Aunque el diagnóstico cierto sólo se obtiene por el estudio necrópsico, todas estas determinaciones ayudan a

establecer el diagnóstico".

Sin embargo, Rubio precisa que valores superiores a 30 de la 5-propofilina, que es un componente del tejido fetal, normalmente se consideran significativos de embolismo por líquido amniótico.

Respecto a la posibilidad de diagnosticar el proceso mediante ecografía, el especialista la descarta debido a que que "el estado de la paciente obliga a la resolución de sus funciones vitales. Además, la ecografía tampoco permite grandes hallazgos ni ayuda a predecirlo".

## VIH-ITEGRASA

### Descubierta la estructura de una enzima fundamental para el sida

#### Redacción

Un grupo de investigadores de Estados Unidos ha determinado la estructura tridimensional de una enzima que el virus de la inmunodeficiencia humana (VHS) necesita para multiplicarse en el interior de las células del organismo, informa *Europe Today*.

Este descubrimiento podría permitir a los investigadores desarrollar fármacos que luchen contra el VIH sin dañar el resto del organismo. El trabajo ha sido llevado a cabo por científicos de National Institute of Diabetes y del Institute of Digestive and Kidney Diseases, ambos en Bethesda.

Para que el virus del sida pueda replicarse en el interior de la célula que ha infectado debe primero incorporar en sus núcleos su propio ADN. Este proceso es controlado por una enzima denominada VHS-integrasa que secciona el ADN humano y le engancha el material genético del virus.

## Diseño de fármacos

Las células humana no contienen enzimas de este tipo, razón por la que parece posible diseñar un medicamento capaz de inactivar la VIH-integrasa sin lesionar las citadas célula.

Sin embargo, antes de proceder al desarrollo de cualquier tipo de droga que pueda apuntar a una enzima específica, los investigadores necesitan conocer su estructura. Para ello, el doctor Robert Craigie y su equipo han tenido que alterar la enzima para hacerla más soluble.

Posteriormente, los científicos han observado la región de la molécula que parece ser más importante para el desarrollo de su actividad y han producido formas mutantes de esta región.

Craigie considera que el VIH es capaz de mutar para escapar a los efectos de un medicamento que sólo afecte a uno de los enzimas que interviene en su proceso de reproducción. Por eso, ha recomendado que se investiguen fármacos que inhiban simultáneamente los tres enzimas implicados: la VIH-integrasa, la VIH-proteasa y la transcriptasa.

Hasta ahora, sólo existen antirretrovirales, como el AZT, capaces de inhibir los otros dos enzimas. El reciente descubrimiento abre las puertas un posible fármaco más efectivo contra el sida.

## También en la formación ósea

### El gen SOX9 participa en el crecimiento de la masculinidad

#### DM Londres

Un equipo de especialistas de la Universidad de Cambridge, en el Reino Unido, ha ampliado el descubrimiento de unos investigadores estadounidenses, que habían descubierto un gen clave en el proceso para la formación del embrión masculino, al encontrar un gen que, además de intervenir en el desarrollo de los huesos, participa en el proceso de la masculinidad, según se publica en la revista *Nature*.

"Cómo este gen participa en dos procesos tan distintos está todavía sin resolver", ha explicado Peter Goodfellow, profesor de genética de la Universidad de Cambridge y director de este equipo de investigación. Según ha explicado, los defectos en la mutación de este gen, denominado

SOX9, provocan un fallo en la formación de los huesos que es capaz de interrumpir el proceso que origina una anatomía masculina, por lo que aparecen en su lugar los rasgos corporales femeninos.

#### Desarrollo

Según los expertos, el descubrimiento proporciona una nueva pista para estudiar la formación ósea y el desarrollo sexual humano. El proceso para que un embrión se convierta en masculino es activado por un conmutador genético denominado SYR, que ordena destruir los incipientes órganos femeninos y crear los masculinos. El gen SOX9 participa en este complejo proceso, pero su función es desconocida

Fuente: Diario Médico

# SARA VEIRA RAIMUNDEZ

## UNA MATRONA EN PEGASO

ROSALINA CELADA JUAN

**E**spero a Sara tomando un café. Al llegar me dice que esto de la entrevista le hace poca gracia, y que todo lo que diga va a sonar a cuento de la abuelita.

Las manos, heladas como siempre.

¿Has bajado andando con el día que hace?

—Si claro.

No tienes remedio, seguro que no paras ni cuando duermes. Después de toda una vida dedicada al trabajo, sigues en la brecha.

—Soy una profesional y solo cumplo con mi deber.

Sonrió porque se le había escapado "soy" en lugar de "era". A veces se le olvida que lleva once años jubilada. Sus comienzos no fueron muy divertidos. Se marchó de la Coruña a Barcelona en el año 35 para estudiar enfermería en la Escuela de la Cruz Roja y la coge la guerra civil nada más terminado el primer curso.

—Cuando Federica Montseny se hace cargo de la Sanidad en el Gobierno de la República quiere dignificar la Enfermería y nos hace pasar por la Facultad. Al aprobar, en el 37, nos militarizan y trabajamos gratis en el mismo hospital. Imagínate, heridos de guerra, enfermedades infecciosas... Todo un desastre.

Una serie de recuerdos la invaden. La clase médica comprometida más o menos con la República no era ajena a los acontecimientos del frente.

—Recuerdo cuando le dijeron al Dr. Trueta: Cayó Bilbao, perdimos la guerra. Yo no era totalmente consciente del alcance de la noticia pero me supuse la gravedad de la situación.

¿Cómo decidiste ser matrona?, ¿era lo que siempre habías pensado o fue algo o alguien quien te impulsó a hacerlo?

—Mira, al acabar la guerra, Franco nos hizo repetir los estudios ya que invalidaron todas las titulaciones de la República. Tuve que trabajar en el Hospital de Nuestra Señora del Mar con el Dr. Trías de Bes. Un Hospital de infecciosos donde tuvimos que atender

una epidemia de tífus exantemático por la que recibimos una condecoración del Ayuntamiento de Barcelona. Hice las prácticas en el Maternal Municipal.

¿Fue allí cuando se te ocurrió seguir por la rama de la maternidad?

—Quizás. Como había estado en quirófano, con infecciosos y, casi en todas las especialidades, me quedaba la maternidad por conocer.



¿Como fueron tus comienzos como matrona?

—Fíjate. Parece que estoy predestinada a aprender de golpe. La enfermería con una guerra; y mi primer parto recuerdo que fue el día de San José de 1949. Estaba de guardia en el Hospital Clínico en el primer curso de Matrona, que era solo de puericultura, y se me presenta una embarazada en fase de expulsivo. Tuve que recoger al niño de entre las rodillas.

Además de haber pasado por diferentes hospitales de Barcelona se costeaba los estudios trabajando en el clínico y atendiendo con enfermera en casas de la alta sociedad catalana. Volvió a La Coruña

en 1951 cuando se crea la Residencia Sanitaria Juan Canalejo y en el 56 entra también en el Hospital Municipal Labaca. En el 62 pasa a hacer domicilios.

—Antes la gente prefería dar a luz en casa, e ir a un centro solo cuando había complicaciones.

Pero seguro que has atendido a medio Coruña y alrededores...

—Nunca se me ocurrió contar cuántos niños habré recogido.

Yo si heché mis cálculos, más de 20.000 según las estadísticas. Habrás visto de todo.

—Un día en el Hospital Labaca estaba con el Dr. Santos Vidal y había una presentación fetal en duplicato córpore. Cuando todo estaba dispuesto para hacer una cesárea, se presenta el expulsivo de forma natural. El niño se me cayó en las manos y el doctor me dijo: Sara, te puedes morir tranquila que no volverás a ver otro igual en toda tu vida.

Ella cuenta con ternura y agradecimiento que le satisface que la reconozcan por la calle madres que hace más de cuarenta años que las atendió. Toda una vida dedicada a ellas deja una resaca que no se quita de repente, de ahí su asistencia a los congresos internacionales y su presencia a todos los foros a los que es capaz de asistir.

Una noche estando en el Sanatorio Modeló, llamaron de un domicilio para que una matrona asistiese un parto. El domicilio estaba en un barrio peligroso de la ciudad, en el que recientemente habían asesinado a un taxista. Nadie se prestaba a desplazarse a aquel lugar. Ante la insistencia del marido, propietario de un camión Pegaso, Sara Veira no tuvo otra opción que subirse a lo alto de la cabina del Pegaso. Desde las ventanas del sanatorio, el personal observaba muerto de risa, como aquel hombre cogía a Sara en brazos para subirla a aquella cabina que para ella era inalcanzable. La llegada a la casa fue más espectacular; la pena fue que nos la perdimos: Sara tenía miedo de bajar y el señor tuvo que convencerla para que saltase.

El parto transcurrió con normalidad.

# COMPETENCIAS DE LA MATRONA VALENCIANA

## EN EL MEDIEVO Y EN EL RENACIMIENTO

Comunicación presentada en el IV Congreso Nacional de Matronas. Madrid, 5, 6 y 7 de Mayo, 1994.

ANA MARTINEZ MOLINA

Profesora Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital General, Universidad de Valencia.

CLARA MORENO LLOPIS

Jefa de Estudios de la Unidad de Docencia de la Especialidad de Matronas Valencia.

Por fin ya en 1.994 en España y concretamente en Valencia se inicia oficialmente la formación docente de las Matronas. No obstante y a pesar de que no tuviera en el pasado la formación que esta especialidad va a tener a partir de ahora, ello no quiere decir que nuestro colectivo no hubiera alcanzado un grado de preparación adecuado y que no fuera eficaz. Pero hemos de reconocer que estaba ligado históricamente, como voy a desarrollar luego en esta presentación, a unos conocimientos más prácticos que teóricos. Desde 1.985 hemos estado trabajando en un proyecto de investigación becado por la Excm. Diputación sobre la Historia de la Matrona en Valencia, en nuestra búsqueda hemos podido sacar a la luz la labor de algunas matronas que pese a no ser personajes influyentes o importantes en la época que vivieron, sí que lo son para nosotros por lo que representan para nuestra profesión y el papel tan relevante que tenían en la época. Hemos seleccionado dos casos de distintos períodos.

El primero acaeció en la ciudad de Valencia a finales del siglo XIV (1). Los protagonistas fueron un converso (musulmán convertido al cristianismo) y su mujer que permanecía en la fe islámica y que además estaba esperando un hijo. Ambos atravesaban una crisis matrimonial que se vio agravada por la presión que el marido ejercía para que el nuevo "ser" que naciera fuera igualmente cristiano. Dada la oposición que debía ejercer la mujer a la petición del marido, éste la agredió brutalmente cuando transitaba cerca de las Torres de Quart, dentro de la zona cristiana. Las heridas provocarían en menos de diez días que la mujer diera a luz prematuramente y que a continuación muriera.



Parto (Cantiga 115 b). La matrona con las mangas anudadas al hombro presenta el niño a su madre (siglo XIII).

En todo este proceso llama la atención el comportamiento ético-moral de los que presenciaron la agresión ayudando a la víctima aunque era musulmana. Así diría un testigo: “...per amor de Deu, per ço que nos muyra açi aquesta mora, que la ayidets menar a casa del metge...”.

Llevada ante los médicos, estos no tuvieron ningún inconveniente en atenderla a pesar de no ser cristiana: “...et nosaltres per pietat et per reverència de Déu, jatstia sia mora, per ó com és stada nafrada...”.

Pero la actitud que más llamaría la atención fue la de la comadrona, que no tuvo reparo en ayudarla y asistirle en su parto ya que era su obligación moral. Nacida la criatura, la matrona temió por su vida y por ello fue rápidamente a bautizarla: “...con for viva et tēmen que no morís sens baptisme... batejá la criatura que la dita mora havia parido et quant fon batejada mori...”.

Posiblemente la niña naciera muerta pero dada la creencia y esperanza que en la Edad Media existía en la Virgen del Respiro, es decir, que dicha Virgen resucitaba a los niños muertos hasta que eran finalmente bautizados, la matrona actuaría según ese convencimiento.

Así pues vemos como hace 600 años la actitud Etico-moral de unos transeúntes, o de unos profesionales de la medicina (médicos y matronas) se semejarían a las que hoy pudieran tener, en cuanto a sus obligaciones profesionales o éticas y, también religiosas, en caso de que fueran creyentes.

El segundo ocurrió a mediados del siglo XVII (2). María



"Comadronas" atendiendo a una mujer parturienta sentada sobre un taburete obstétrico", de EINSCHOEN LUSTIG TROTBUECH VON DEN EMPFENGKNUSSEN UND GEBURTEN DEN MENCHEN, DE Jacobus Rueff. Zurich, 155. Grabado. The Wellcome Institut for the History of Medicine. Londres.

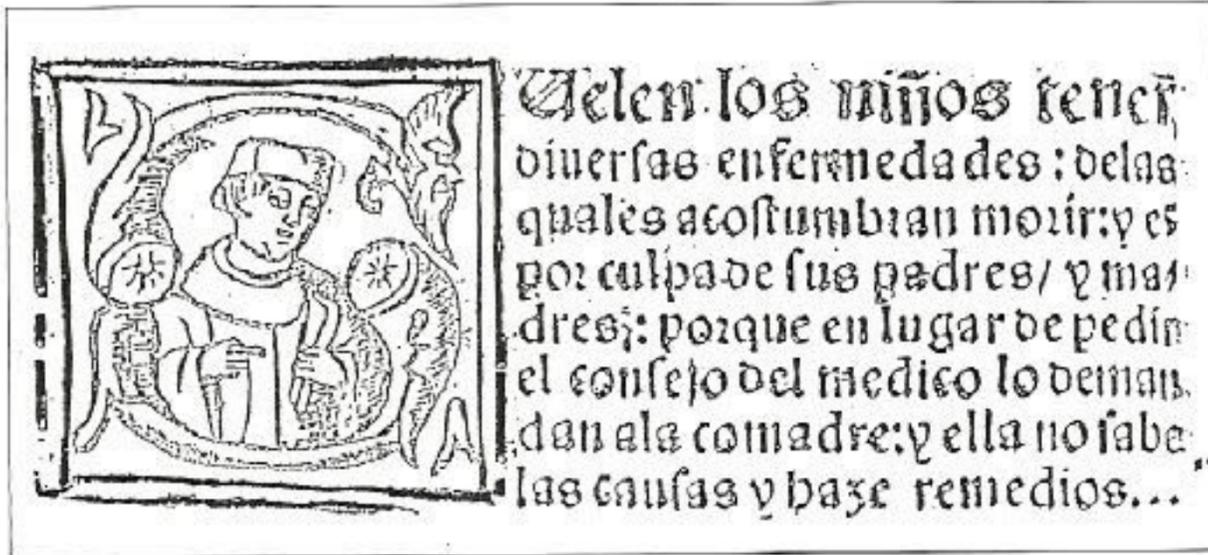
Rey y Agustín Garuz eran dueños de una librería en la ciudad de Valencia. Tenían por criada a Claudia Lázaro y como oficial librero a Lorenzo Parras. Ambos convivían en la misma casa desde hacía años. Ocurrió que estando de viaje su dueño, la criada dió a luz una niña, fruto de sus relaciones con el "oficial librero". El parto lo asistió la "comare" Francisca Aparici, la cual recogió a la niña y la llevó al Hospital abandonándola en su recinto por el "Tomo". Esta institución acogió a la expósita, la bautizó poniéndole por nombre "Agueda Rosalea" y quedó inscrita en el libro de Actas Bautismales en el folio 82 del manuscrito V. La expósita fue confiada fuera del Hospital a una nodriza de Mislata para su cuidado y manutención.

Mientras tanto el librero volvió de su viaje y se enteró de todo lo ocurrido en su ausencia. Este procuró que sus servidores Claudia y Lorenzo se casaran y así pudieran adoptar a la expósita. Para ello, tuvieron que pedir a la "Comare" Francisca Aparici que acreditara la procedencia de la niña puesto que ella era la única testigo del parto y de su traslado al Hospital. La "Comare" recuperó a la niña y la Institución la donó a sus verdaderos padres para que éstos la cuidaran como su hija. Pasados los 17 años la niña pidió al Arzobispo de Valencia que se le modificara el Acta Bautismal puesto que en esta decía que era hija de "pares ocultos". Para ello necesitó el testimonio de:

- \*Francisca Aparici de oficio "Comare".
- \*Vicente Pardo, "Presbítero de la Iglesia del Hospital y archivero".
- \*Josep Armengol "archiver de la Iglesia de S. Andrés".
- \*María Rey "mujer del dueño y librero Agustín Garuz".
- \*Gaspar Civera "Presbítero de la Iglesia de S. Andrés que casó a Claudia y Lorenzo".
- \*Don Jacinto Orti "Presbítero Doctor Canónigo de la Santa Metropolitana Iglesia de Valencia".
- \*Dionysius Diego "Notario de la Santa Curia Eclesiástica de Valencia autor del decreto". El Acta Bautismal fue modificada de la forma siguiente:

"Hui a Vint y set de Febrer mil siscents novanta nou. Yo mismo Pere Vicens presbitero con licencia del Dr. Severiano nuestro vicario perpetuo de esta Iglesia betechi segons ritu de la Santa Iglesia a Agueda Rosalea Esperanza, "filla de peres ocult".

Esto último (filla de pares ocults) está tachado y en su lugar pone "filla de Claudia Lorenzo y Lorenzo Parras; foren padrins Lluís Salvador Villuter y Catalina Magaña ama



Folio XI del Tratado Materno Infantil de Damia Carbo (siglo VI).

de Bort, portarenla per la nit a les nou ores per lo torn resien nada". La modificación efectuada en el Acta Bautismal posibilitó a Agueda Rosalea ser hija legítima dejando de ser expósita.

Lo que más nos interesa destacar del presente estudio es el oficio de la "Comare" en la sociedad valenciana del siglo XVII. Hace ya tres siglos se llamaba a la matrona para el parto en casa de la parturienta (muy lejos estaban aún los partos hospitalarios). La matrona asistía al recién nacido, reconocía si era varón o hembra y era la única responsable en su nacimiento o parto "porque ese era su oficio".

Como hemos visto el ámbito de actuación de la matrona en los siglos XIV-XVI, era mucho más amplio del que tradicionalmente se le ha atribuido.

Sabido es de su exclusividad absoluta en el cuidado de la mujer durante la gestación, nacimiento y puerperio (todo ello fruto, como es bien sabido, de la confianza que inspiraba a la futura madre, pero también producto de los prejuicios de los maridos).

Sin embargo, no es tan conocida su faceta pediátrica. Una gran parte de los Tratados que se escriben en estas centurias van dirigidos a ellas con la misión que amplíen sus conocimientos teóricos como matronas. De ahí que éstos se escriban en castellano (no en Latín, que era la lengua científica) para que fueran entendidos y aplicados por sus destinatarias. El campo de actuación no terminaba con los primeros cuidados al recién nacido, sino que también éstos continuaban en los años siguientes. Debido a que, como muy bien dice uno de los tratadistas estudiados del siglo XVI -Damià Carbo (1541) -, los padres acudían a las matronas cuando los niños enfermaban. Sus diagnósticos no debían ser, a veces, muy acertados. De ahí que en los tratados obstétricos y para evitar problemas, añadían las enfermedades más corrientes de los niños. Carbo culpaba a los padres de la negligencia de acudir a las matronas cuando sus hijos enfermaban y así decía rotundamente "...suelen los niños tener diversas enfermedades: de las cuales acostumbrian a morir; y ella no sabe las causas y haze remedios...". Pues bien, para poner remedio a los problemas que se derivarán de esa actuación paterna, la única solución que se veía era enseñar a las matronas sobre la etiología, sintomatología y tratamiento de las enfermedades que padecían los niños.

Así pues consideramos que hoy es una fecha histórica importante ya que no podrán decir de nosotros lo que dijeron de nuestra predecesoras "que no sabemos" y para ello estamos todos aquí para hacer Historia de la primera promoción de Matronas con formación científica y Universitaria.

### NOTAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Martínez Molina, Ana. "Arte de la vida o la muerte. La actitud ético-religiosa de una matrona". (Un caso de la vida real en la Valencia medieval, año 1377). Primer premio del real Certámen de Biotica y Enfermería de 1991. Madrid, Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios 1992. Pag 72-77.
- 2.- Martínez Molina, Ana. Aportaciones al Estudio histórico de la Matronas (siglo XVII). Primer Premio Internacional de Historia de la Enfermería convocatoria 1990. Universidad Complutense de Madrid en prensa.
- 3.- Martínez Molina, Ana. "Alteraciones dermatológicas en los niños y los cuidados aplicados por las matronas en el siglo XVI. Conferencia de Clausura del I Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica. Valencia, 1992. Publicado Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum.

## GASTRONOMIA

## EL AJO

## algo más que una hierba para cocinar

El ajo pertenece a la familia de las liliáceas, crece en bulbos que comprenden hasta 20 o más dientes. Existen cuatro tipos, siendo el más popular, la variedad "blanca" o común, llamado así por su piel blanca plateada que cubre los bulbos. El ajo "rosa", crece antes que el blanco; y el ajo de bulbo color rojo, crece con más lentitud y produce dientes más grandes; el ajo gigante o "Rocambole" destaca por su sabor mucho más suave.

Su composición contiene proteínas y calcio, es rico en potasio y fósforo así como vitaminas B y C.

El ajo tiene su propio secreto, que ha necesitado de muchas generaciones para revelarse. Sabemos que es igualmente efectivo hoy como lo fue hace 5.000 años, en la prevención y curación de muchas y variadas enfermedades.

El secreto del ajo, su poder se halla relacionado con su olor picante, que juega un papel vital en cuanto que germicida. Aunque este principio edonífico es sólo una pequeña parte del ajo, solo un 2% es su fuerza vital, el Bisulfato de Alilo componente del 2% es el responsable de las propiedades germicidas y beneficiosas del ajo.

Sirve para tratar gran número de enfermedades, desde el catarro común hasta las epidemias.

**Infecciones respiratorias.** De catarras a bronquitis. Está demostrado que un diente de ajo cortado sostenido a cada lado de la boca, entre la mejilla y los dientes curará rápidamente su catarro.

Cuanto mayor sea la gravedad del mal, más largo ha de ser el tratamiento y los ajos deberán renovarse cada pocas horas. Un catarro que se trata nada más aparecer los síntomas, se curará en unas horas. Los dientes de ajo no se deben tener en la boca durante la noche, sin embargo,

si se frota un diente de ajo pelado sobre las plantas de los pies, es muy probable que se cure el catarro mientras duerme.

**Afecciones de la piel.** Los granos desaparecerán pronto si se frota unas cuantas veces con ajo, pero si no se tiene en cuenta la sangre, aparecerán de nuevo. Es considerado como el más eficaz purificador de la sangre y los tejidos, pero para tal fin, debe tomarse internamente.



**Trastornos del estómago e intestinos.** El ajo es un alimento y medicina ideal para todo el tracto digestivo. El Dr. Weiss observó que las bacterias disminuían mientras que la flora saludable, que ayuda en los procesos digestivos y en la producción de vitaminas, se multiplicaba.

**Reumatismo.** Los dolores que produce puede aliviarse si se frota las partes afectadas con dientes de ajos pelados. También puede ayudar si se ingiere, pues se asimila rápidamente por la corriente sanguínea.

**Hipertensión.** El ajo es un vasodilatador; reduce la presión y detiene los dolores de angina y vértigo.

**Anticoagulante.** Es la última propiedad que se ha descubierto, parece ser que el ajo es un efectivo anticoagulante. Se están realizando estudios y experimentos en un Hospital del Norte de Inglaterra para aislar este principio activo.

El único problema que encontramos en la ingestión de el bulbo "mágico" es el fuerte olor. Sin embargo, se puede reducir, bien masticando una rama fresca de perejil, que es el desodorante más efectivo y rico en vitamina C, o bien, comer remolacha o beber leche después de una comida que esté condimentada con ajo.

# ARTE

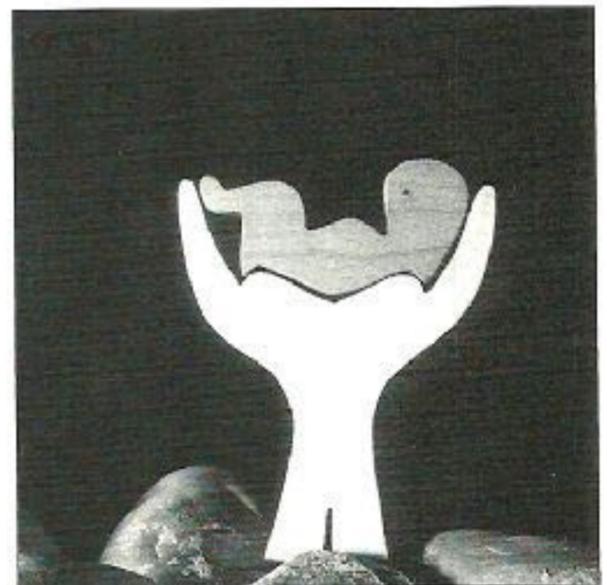
## Artesanía en



José Luis Fernández, afamado escultor, nos ofrece la figura en bronce de nuestro logotipo. Su ingenio y saber hacer se transforma en una obra perfecta que todas aspiramos a conseguir.



Jesús Angel Sierra Montero, pediatra y ceramista diseñó una cerámica especial para las matronas. Ha lanzado una primera serie de 100 ejemplares numerados, realizados de forma artesanal en arcilla esmaltada.



Alfonso Ausín y Carlos Bachiller, profesores y artesanos, utilizan maderas nobles para ofrecernos una original versión de nuestro símbolo.

## para matronas

(Todos los artículos se pueden adquirir en la Sede de la Asociación)

# LA IMPORTANCIA de la LACTANCIA MATERNA

ANGELA TORRES DIAZ

Matrona. Centro de Salud Trinidad Jesús del Cautivo. Málaga.

JULIO MOLINA CAMPAÑA

Matrona residente. Unidad docente de Málaga.

**L**a lactancia materna es un hecho fisiológico que desde antaño, ha sido la principal, por no decir la única, forma de nutrición del lactante.

No nos queda lejos la actitud de culturas o razas, algunas de ellas muy cercanas a nosotros, como la gitana, que llevan sus hijos asidos o colgados incluso en el transcurso de sus diversas tareas con la finalidad de ofrecer el pecho cuando éste lo necesite. O la de aquellas mujeres que rezaban para tener leche abundante con la que alimentar a sus hijos.

Entre los múltiples beneficios de la lactancia materna podemos dividirlos en ventajas para el lactante, para la madre, para la familia y en general, para la sociedad.

## Así tenemos que respecto al lactante:

- Satisface todas las necesidades nutricionales en el primer mes y medio de vida.
- Confiere protección inmunológica frente a diversas enfermedades.
- Promueve la estimulación psicomotora y el desarrollo sensorial.
- Reduce las alergias y otras reacciones de hipersensibilidad.
- Permite un desarrollo de la estructura maxilofacial adecuada.
- Disminuye la exposición a los diversos patógenos presentes en los alimentos, líquidos y utensilios propios de la lactancia artificial.

- Resulta más fácil y rápida su digestión.
- La unión madre-hijo resulta reforzada y estimulada.
- La mortalidad parece disminuir en veinticinco veces.

## Por lo que respecta a la madre:

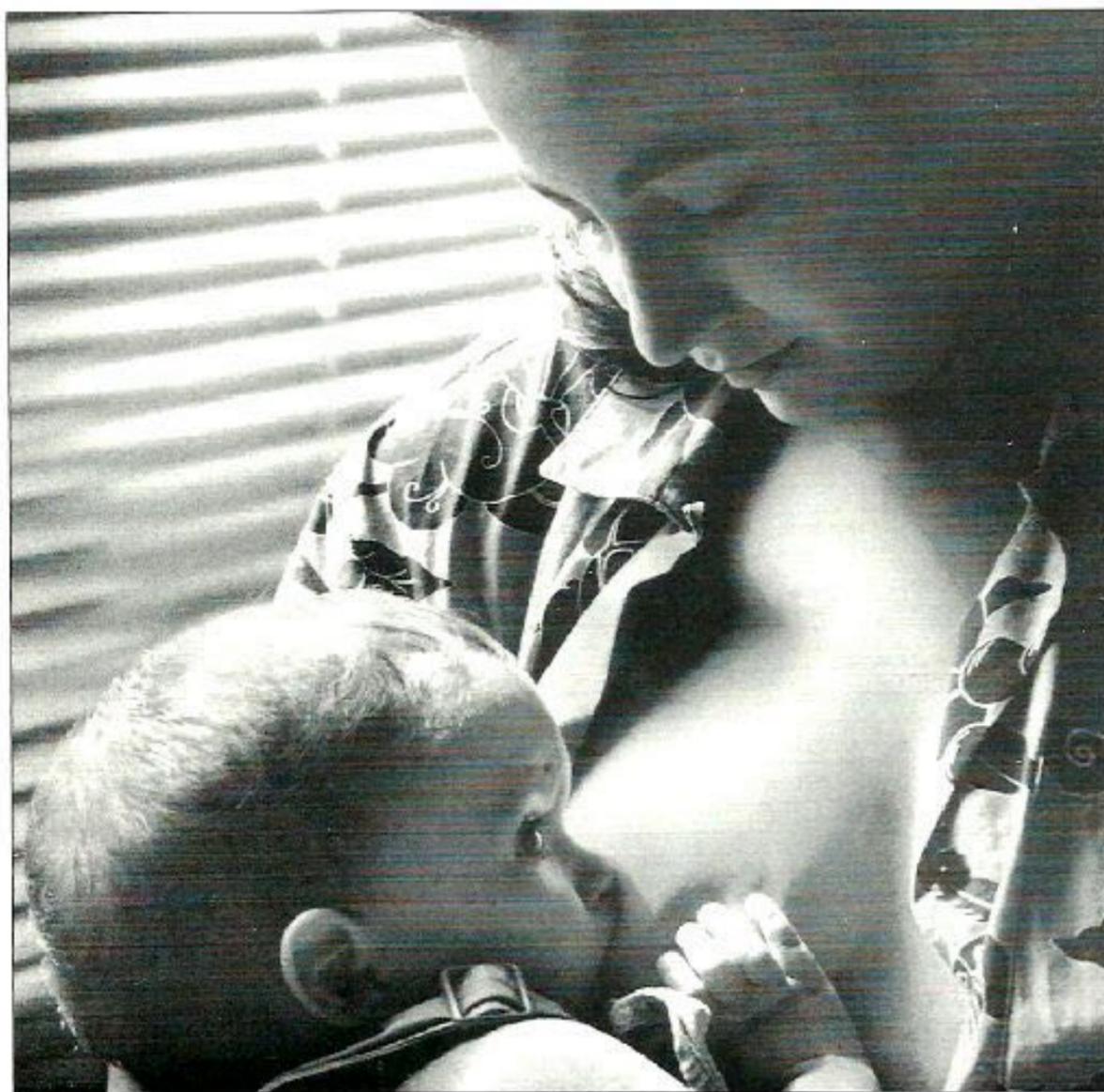
- Se facilita la involución uterina, disminuyendo la incidencia de hemorragias e infecciones del puerperio.
- Es manifiesta la reducción de la frecuencia en el cáncer de ovario y de mama.
- El refuerzo de la relación madre-hijo.
- Puede ayudar a la madre a su realización como mujer.

## Respecto a la familia:

- Permite un ahorro económico considerable, de especial importancia en aquellas familias de menores recursos.
- Mejora las relaciones familiares.

Por tanto no resulta difícil pensar que la OMS/UNICEF promuevan la lactancia materna, con los "Diez pasos hacia una feliz lactancia", debiendo los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos:

- I— Disponer de una política escrita en relación a la



lactancia natural, que sea conocida por todo el personal sanitario.

- 2—Entrenar a todo el personal sanitario para que pueda ponerla en práctica.
- 3—Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece una lactancia natural y la forma de llevarla a cabo.
- 4—Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto.
- 5—Enseñar a las madres como se amamanta al niño y como mantener la lactancia incluso en caso de separación.
- 6—No dar a los recién nacidos ninguna otra bebida aparte de la leche materna, salvo indicación médica.

7—Facilitar alojamiento de madres e hijos las veinticuatro horas del día.

8—Fomentar la lactancia natural a demanda del niño.

9—No dar a los niños alimentados al pecho chupetes o similares.

10—Fomentar la organización de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a la salida del hospital.

No obstante, a pesar de que la OMS potencie la lactancia materna para mejorar la salud infantil en el mundo, es cada vez mayor el número de madres que en los últimos cincuenta años optan por la alimentación artificial. Quizás influidas por las imágenes de rollizos bebés de las etiquetas de las latas de leche y por la influencia de la cultura de consumo de

las ciudades que valoran la alimentación como moderna y liberadora.

Esto ha llevado recientemente en la declaración de Innocenti, aprobada en la reunión OMS/UNICEF de agosto de 1990 a elaborar unas metas operacionales destinadas a los gobiernos para el año 1995. Entre ellas están la de nombrar coordinadores y establecer comités multisectoriales de seguimiento; garantizar el cumplimiento de los "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural"; tomar medidas para poner en práctica todos los artículos del código internacional para la comercialización de sucedáneos de la leche materna; aprobar leyes innovadoras que permiten el derecho de amamantamiento de las trabajadoras y establecer medidas para llevarlas a la práctica.

## BIBLIOGRAFIA

- M.C. Temboury Molina: "Lactancia materna e industria dietética infantil: el respeto mutua como forma de colaboración". *Anales Española de Pediatría*, 1993; 38:560-561.
- OMS/UNICEF. *Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna*. Florencia, Agosto 1990.
- Declaración conjunta OMS/UNICEF. *Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna: la función especial de los servicios de la maternidad*. OMS, Ginebra 1989.
- Rodríguez García R., Schoefer LA. *Lactancia materna ¿antigua práctica o nueva técnica?*. *Revista ROL de Enfermería* n° 161: 73-77.

# MARGUERITA VERONESE

**V**ivaldi es uno de mis músicos favoritos y, mientras oía embelesada sus "Cuatro estaciones", me puse a oíjar su historia y me encontré con la sorpresa de ver destacado en lugar preferente el nombre de una lejana colega. Me queda la duda de si la palabra "Veronese" era su apellido, el de su marido o, simplemente se refería a su pueblo de origen. (Algo así como Margarita la Maña o la Andaluza, entre nosotros).

Desde los partos de Isabel I de Castilla, nunca se había vuelto a mencionar el nombre de la matrona. Hace años, los "Ecos de Sociedad de algunos periódicos publicaban que la señora de Tal, esposa de un importante miembro de la sociedad, había dado a luz a un hermoso vástago, asistida por el eminente doctor Fulánez, de quien se solían enumerar prolijamente títulos y cargos. Pero la palabra "matrona" nunca aparecía aunque ella, hubiera sido la que había soportado la peor parte del parto.

Por eso me chocó que en la historia de Vivaldi constara el nombre de la matrona que asistió su nacimiento; es cosa archisabida que con el paso del tiempo hemos ido perdiendo categoría. ¡Y vaya si han transcurrido años desde fines del siglo XVII! Mucho me temo que la cosa no acabe aquí, pues ahora ya no se suele citar en las noticias de partos al doctor Fulánez, sino el hospital o clínica donde el parto tuvo lugar.

Pero no es esto lo que quería decirles sino, contaros cómo fue el nacimiento de Vivaldi y la gran trascendencia que tuvieron en su vida las circunstancias en que se produjo.

El 4 de Marzo de 1678, en Venecia, mientras Camilla Calicchio, mujer de Giambattista Vivaldi, estaba de parto, la Naturaleza amenizó el acontecimiento con un aparatoso temblor de tierra. No se si el susto de la pobre mujer fue motivo sufi-

## LA MATRONA QUE SALVO LA VIDA Y BAUTIZO A ANTONIO VIVALDI

ciente para complicar el parto o si hubo otros, pero el resultado fue que el niño nació asfíctico.

La historia dice que nació muerto pero, que aunque no respiraba, la matrona consiguió reanimarlo y le administró el "agua de socorro" que sustituía provisionalmente al bautismo mientras este no pudiera celebrarse, lo que no ocurrió hasta dos meses más después.

En la iglesia de "San Giovanni in Bragora", se encontró, en 1962, el acta de bautismo, administrado por el párroco Giacomo Fomiciari, que impuso a Vivaldi los nombres de Antonio Lucio, actuando como Padrino Antonio Veccelio.

Lo más trascendental del caso es que Giambattista y Camilla hicieron la promesa de que si el niño vivía, dedicaría su vida a la Iglesia y a causa de ello, no tuvo más remedio que ordenarse sacerdote.

Si el día que nació no hubiera habido en esos momentos temblor de tierra alguno, los padres no hubieran hecho ninguna promesa y Vivaldi podía haberse dedicado a otra cosa.

Cuando el padre llegó a Venecia, desde Brescia, a la muerte del abuelo Agostino Vivaldi, que había sido panadero, descubre que estaba ins-

crito en dicho gremio, ya que era costumbre que los hijos siguieran la profesión paterna. Pero a Giambattista le gustaba tocar el violín y en el acta de Bautismo de Antonio, figuraba como de profesión "sonador".

A Vivaldi, la promesa de sus padres no le dejó opción: en 1693, a los 15 años, recibió la tonsura, el 23 de Marzo de 1703 le ordenaron sacerdote en "San Pietro del Castello"; a la edad de 25 años cantó su primera misa en la iglesia de San Geminiano, en compañía de otros jóvenes ordenados.

Pero su vocación no era la de cura, sino la de compositor. Un día estaba cantando misa, escapó del altar a la sacristía, tomó nota apresurada de su inspiración momentánea y volvió a continuar con la misa como si tal cosa.

No cayó en manos de la Santa Inquisición porque lo tacharon de loco, pero le prohibieron volver a decir misa y le dejaron seguir con su música desde entonces. ¡Por fortuna para muchas gentes contemporáneas y venideras!

No es mi propósito contaros la vida de Vivaldi, sino poner de relieve el acertado proceder de nuestra colega.

Naturalmente que en el mismo caso, cualquier matrona hubiera procedido igual: no hubiera salido corriendo aunque la tierra se moviese y casas y tabiques se derrumbasen con un estruendo infernal, sino que, hubiera extremado sus atenciones con la parturienta y recuperando al neonato sin reparar en esfuerzos. Yo creo que las matronas siguen y seguirán por siempre haciendo estas cosas, la única diferencia es que la Historia no las recoge.

¿Quién sabe si en el futuro las matronas volverán a tener la personalidad y el aprecio que tuvieron en siglos pasados?. ¡Dios quiera que así sea para el bien de todos!

🎵 UNA MATRONA MELOMANA

# PRAGA

## La ciudad de eterna Belleza

**P**raga, la ciudad de los cien pináculos, de los viejos puentes en forma de arco, del castillo en la colina, ha sido descrita a menudo como una de las capitales más hermosas de Europa, un auténtico museo de la arquitectura clásica, que tuvo la auténtica fortuna de no sufrir daños durante la segunda guerra mundial.

Los efectos del capitalismo han cambiado el aspecto externo de esta ciudad, convirtiendo lo que antaño eran unas aburridas calles en una especie de estafalario bazar capitalista. El gran puente del siglo XIV que cruza el Moldava, el Puente Carlos, se ha convertido en algo así como la calle Mayor de Praga. Durante los días anteriores a la Revolución de Terciopelo, el puente era un lugar solemne y solitario. Sin embargo, en la nueva Praga, se ha transformado en un mercado de ocasión, una sala de conciertos al aire libre, un lugar donde se venden cigarrillos, tejanos, camisetas, bisutería, artesanía, antigüedades, pinturas, etc.

Los turistas que llegan a Praga tratan de identificar todos los escritos arquitectónicos que están representados en la ciudad: románico, gótico, renacentista, barroco, estilo imperio, rococó, art nouveau... Al igual que el Puente Carlos, el Castillo de Praga es otro punto de referencia y de encuentro. Las visitas al Castillo siguen una ruta preestablecida a través de su intrincado recinto interior: patios, iglesias, criptas, aposentos reales y museos.

Hradcany, la zona del castillo, es uno de los cinco barrios más antiguos. Todos representan puntos de interés para los turistas. Los otros cuatro son: Staré Mesto (la Ciudad Vieja), Nové Mesto (Ciudad Nueva),



Malá Strana (el Barrio Menor) y Josefov (Barrio Judío). Por otro lado, los trenes del metropolitano son una auténtica delicia. Recuerdan la estética de los años 50 pero son limpios, rápidos, llegan a todas partes y las tarifas son muy baratas.

El cementerio del Viejo Barrio Judío es calificado como una de las diez visitas más interesantes del mundo. 20.000 personas están enterradas en él. La tumba más antigua data de 1439 y la más reciente de 1987. Además del cementerio el Barrio Judío lo forman seis sinagogas -varias de ellas son actualmente museos-, el Municipio judío y un centro ceremonial donde se explica la historia de Tezerín, el campo de concentración nazi situado a unos 60 Km al Norte de Praga. Muchos de los edificios de este barrio constituyen lo que se denomina el Museo del Estado Judío. Uno de los productos más famosos del gueto es la criatura mítica de Praga conocida como el golem.

Praga también es conocida por su gran tradición musical, siendo la sede de tres teatros de ópera, dos salas de conciertos sinfónicos y otros mu-

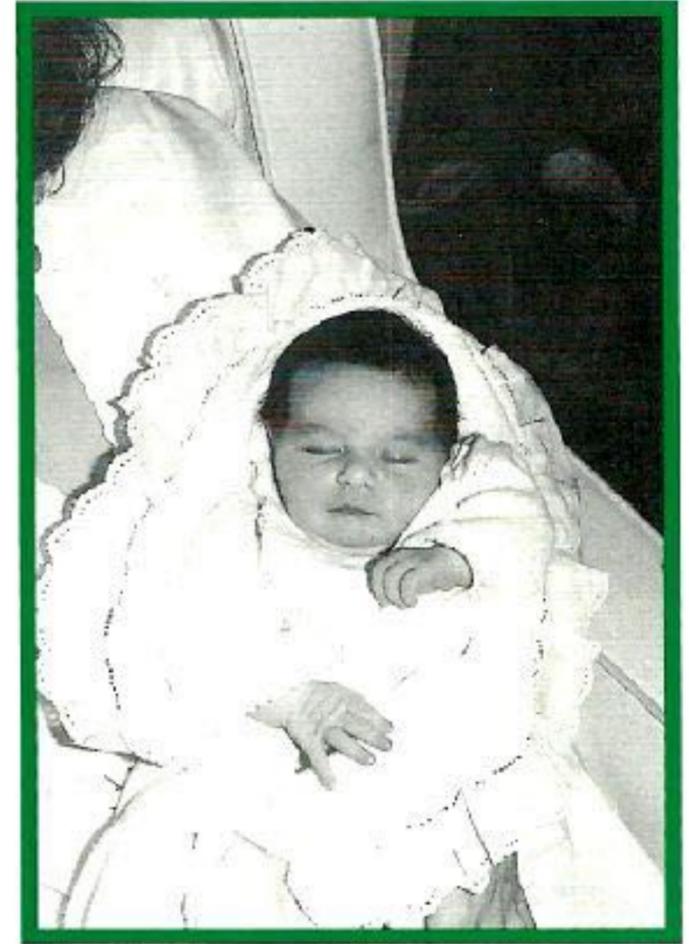
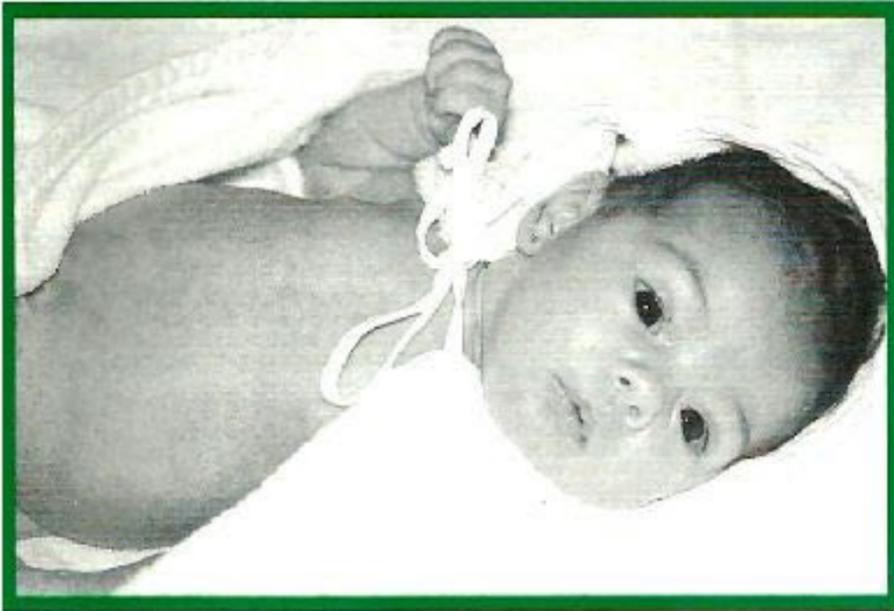
chos locales donde se interpreta música clásica. Cada día y cada noche se celebran conciertos en muchas de las iglesias, palacios, jardines y patios; además de las manifestaciones espontáneas en cualquier rincón de la ciudad. En los meses de verano la empedrada plaza de la Ciudad vieja acoge innumerables espectáculos de teatro, música y vendedores ambulantes. En ella se destaca el antiguo Ayuntamiento con su torre de observación del siglo XIV y el gran Reloj Astronómico. Cerca de aquí puede visitarse también la casa museo de Franz Kafka. En el recorrido cultural y artístico por Praga merece la pena entrar al museo Dvorak y al museo Mozart.

Malá Strana o Barrio Menor es uno de los lugares más encantadores de Praga; muchas de sus mansiones se están rehabilitando y en su espacio destaca la cúpula de la Iglesia de San Nicolás. Y de nuevo río abajo, se recomienda adentrarse en la isla de Kampa, verdadero refugio de verdor y frescura para detenerse y asimilar las mil maravillas de la ciudad de Praga.

# “ NUESTROS HIJOS...”

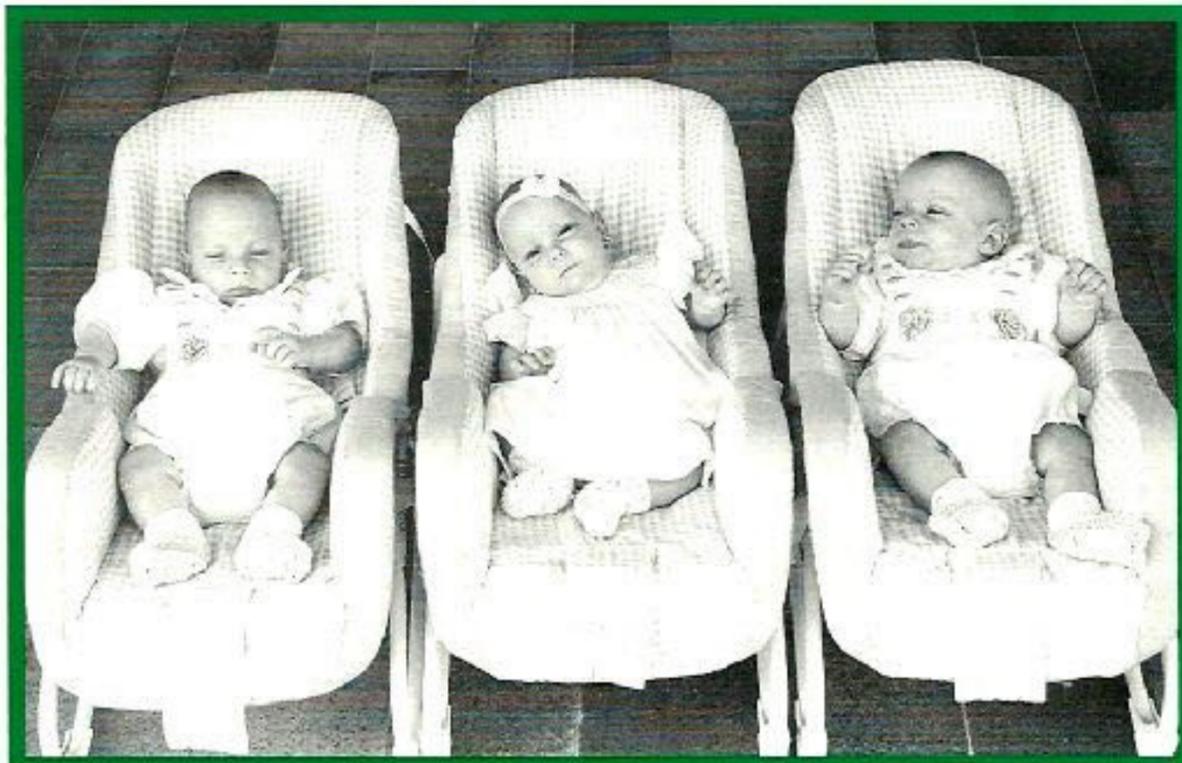
*MADRID*

*Claudia*



*Beatriz*

*ALCALA DE HENARES*



*Manuel  
Sánchez*

*Marina  
Sánchez*

*Carlos  
Sánchez*

*Trillizos (ALBACETE)*



24th Triennial Congress  
26-31 Mayo, 1996  
OSLO, NORUEGA

**“El arte y la ciencia de la Obstetricia hacen nacer un futuro mejor”**

**FECHAS IMPORTANTES**

1 de Junio 1995	Fecha límite para recibir abstracts.
15 de Agosto 1995	Notificación de aceptación/rechazo de abstracts recibidos.
30 de Octubre 1995	Fecha límite para registrarse con tasas reducidas.
1 de Diciembre 1995	Fecha límite para enviar las comunicaciones.
26-31 de Mayo 1996	Período de Congreso.

**DIRECCIONES IMPORTANTES**

Los impresos para ABSTRACTS pueden solicitarse a la Asociación Nacional de Matronas Menéndez Pelayo, 93 28007 MADRID Tif.: (91) 501 05 09

**PARA RECIBIR ABSTRACTS**  
Secretaría de Congreso  
Team Congress  
P.O. Box 6  
N-6860 Sandane  
Norway  
Tif.: +47 57 86 62 11  
Fax:: +47 57 86 60 25

**PROXIMAMENTE**  
Toda la información la recibirás en tu domicilio:  
Viaje, estancia, precios, etc.

**50 ANIVERSARIO DE LAS NACIONES UNIDAS**  
**“NOSOTROS LOS PUEBLOS DE LAS NACIONES UNIDAS, UNIDOS POR UN MUNDO MEJOR”**

El 24 de Octubre de 1945 se creó la Organización de Naciones Unidas. Ello tuvo lugar al ser ratificada su carta fundacional por la mayoría de los 50 países representados en la Conferencia de San Francisco. Durante estos 50 años las Naciones Unidas han desarrollado una extraordinaria labor interminable de enumerar:

- En favor de la paz: Negociando 172 acuerdos que permitieron poner fin a conflictos bélicos regionales.
- Promocinando la democracia: Proveyendo asesoramiento y asistencia electoral y observaciones en 45 países inaugurando así sus procesos de elecciones libres y democráticas.
- Promocionando el desarrollo: 5.000 proyectos en agricultura, industria, educación y medio ambiente a los que se deben sumar los de sus agencias, Banco Mundial y UNICEF.
- Promocionando los derechos humanos: Desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 y desde la Comisión de Derechos Humanos desde las que se denunciaban torturas, desapariciones y detenciones arbitrarias con resultados positivos sobre los gobiernos denunciados.
- Protegiendo el medio ambiente: Su punto culminante fue la Cumbre sobre La Tierra de Río de Janeiro de 1992.
- Promoviendo los Derechos de la Mujer: Desarrollando proyectos en más de 100 países.

Y en lo que respecta a FILIUM (Asociación para la Prevención del Maltrato al Hijo): Aprobando como legislación internacional de la Convención de los Derechos del Niño en 1990 que ya constituye ley nacional en 166 países del mundo por haber sido ratificada por sus respectivos gobiernos.

Por ello FILIUM considera que divulgar la historia y la obra desarrollada por Naciones Unidas con motivo de su cincuentenario es trabajar en favor de la Paz, promover la democracia, los derechos humanos, las reivindicaciones de la mujer y los derechos del niño.

