

matronas hoy

NUEVA ETAPA

REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

N.º7 - 1º TRIMESTRE, 1996



ASOCIACION NACIONAL
DE MATRONAS ESPAÑOLAS

I REUNION CIENTIFICA DE MATRONAS

BURGOS 25, 26 Y 27 DE ABRIL DE 1996



PREMIO NUK



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

PARTICIPANTES Podrán optar a dicho premio todas las matronas o residentes en España con el título de Matrona homologado oficialmente en nuestro país.

A efectos de oficialidad del Premio, se considerará en cada trabajo la primera firmante como autora principal.

NORMATIVA Los trabajos deben ser originales, no habiendo sido presentados, publicados o premiados con anterioridad, ni disponer de ningún tipo de beca o ayuda de otra firma comercial.

Los trabajos serán presentados en lengua castellana, mecanografiados a doble espacio con un tamaño mínimo de letra de 12pt, en papel Din A-4, y su extensión no superará las 30 páginas más ilustraciones. Debiendo figurar en la segunda página un resumen no superior a 300 palabras.

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

La fecha límite de presentación de los trabajos que opten al premio NUK, será el 30 de noviembre de 1996.

Los trabajos deberán remitirse a:

Boehringer Mannheim España

OTC-NUK Formación

Copérnico, 60, 61-63

08006 Barcelona

Solo se aceptarán los trabajos recibidos hasta la fecha indicada, y los posteriores con el matasellos con igual fecha de la del cierre de admisiones (30-11-1996).

Se emitirá el debido acuse de recibo por parte de Boehringer Mannheim España.

JURADO El jurado lo formarán 13 miembros, ninguno de los cuales podrá optar al premio NUK 3ª EDICION.

Dicho jurado estará constituido por 10 matronas, dos representantes de B.M.E. y un secretario sin voto.

PROCEDIMIENTO Una vez cerrado el periodo de admisión el jurado se reunirá en primera sesión conjunta de sus miembros, para la selección de hasta un máximo de 5 finalistas para optar al Premio NUK. Una vez leídos todos los trabajos que cumplan las normas establecidas en las presentes bases.

En segunda sesión, igualmente conjunta de sus miembros, los trabajos finalistas serán defendidos delante del jurado por la autora principal que podrá contar con la colaboración de hasta un máximo de dos matronas firmantes.

En la misma sesión y de forma secreta, el jurado fallará el Premio NUK 3ª Edición.

PREMIOS Se dota con 1 millón de pesetas al Premio NUK 3ª Edición.

El 50 por ciento del importe se abonará en el acto de la entrega por parte de los autores del trabajo escrito en formato de artículo para la revista que se indicará en su momento.

Además se dotará con 200.000 pesetas, a cada uno del resto de los trabajos finalistas seleccionados para optar al Premio NUK.

FALLO El fallo del jurado será inapelable.

Boehringer Mannheim España hará público el fallo del jurado antes del 31 de marzo de 1997.

En caso de quedar desierto el Premio NUK por decidir el jurado que los trabajos presentados no reúnen el nivel adecuado, se utilizará la dotación económica del Premio para otros fines vinculados con la Profesión.

ACATAMIENTO El trabajo premiado quedará en propiedad de Boehringer Mannheim España, quien podrá publicarlo si lo estima conveniente.

La participación en esta convocatoria implica la total y absoluta aceptación de las bases.



REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

Nº7- 1º TRIMESTRE, 1996

STAF

Dirección
M^a Angeles Rodríguez-Rozalén

Asesoras
Ana Aguilá Gorges • Zaragoza
Teresa Cabrera • Madrid
Lucía Calderón • Madrid
Carmen Hernández • Canarias
Gloria Seguranyes • Cataluña
Adela Sánchez • Castilla-La Mancha
Ana Martínez • Valencia
Encarna Fdez. Zamudio • Andalucía
Carmen Fdez. Zamudio • Andalucía

Consejo de Administración
Junta Ejecutiva de la
Asociación Nacional de Matronas
Avda. Menéndez Pelayo, 93
Telf.: 501 05 09

Depósito Legal: M-19.000/83

**Diseño, composición,
maquetación y fotomecánica:**
Jolugo S.L.

Imprime: Tecnología Gráfica

Edita: Asociación Nacional
de Matronas

SUMARIO

PREMIO NUK p.2

PUNTO DE VISTA p.3

**V CONGRESO NACIONAL
DE MATRONAS** p.4

SECCION CIENTIFICA

- Reacciones Psicológicas de la madre.
Papel de la matrona p.10
- Anestesia Epidural p.13
- Papel de la Matrona en la Profilaxis
y Detección Precoz
del Estreptococo β -Hemolítico p.18
- Opciones en la aplicación de suturas
orgánicas y sintéticas p.20
- Incidencia de embarazos no deseados
en mujeres que utilizaron métodos
anticonceptivos..... p.22
- Ingesta de alcohol durante
el embarazo p.25

CURIOSIDADES

- El lado oscuro del arte obstétrico p.28

HEMOS LEIDO p.33

CURSOS p.35

- I Reunión Científica de Matronas
- I Congreso Internacional
de Enfermería Infantil
- I Congreso Internacional
de Aprendizaje y Comunicación
Pre y postnatal



Lo he leído varias veces porque no puedo creer lo que veo.
Se trata de un extracto del libro "Hola, aquí estoy" de Willy Breinholt, editado por Elfos, que fue regalo en el n° 34 de la revista "tu bebé".

El contenido es un auténtico panfleto para la imagen de las matronas que no vamos a dejar pasar. La ley está de nuestro lado. Llevamos años, desde la Asociación, desarrollando un plan de marketing-ideas, precisamente para "vender" una realidad: la matrona es un agente de salud valiosísimo para el Sistema y para la Sociedad que siempre se ha preocupado de actualizar sus conocimientos y habilidades en pro de proporcionar atención y cuidados de calidad excelente. Esa es una gran verdad.

Por otra parte, como acción puntual y reciente, hemos editado "Los consejos de tu matrona", vehiculo educativo, dirigido a gestantes con una distribución de más de 200.000 ejemplares.

Esto, sin duda, ha tenido una acogida extraordinariamente positiva. Por una parte para las lectoras y sus familias, por otra para nuestro colectivo, reafirmando aspectos de imagen y aprecio que necesariamente sirven para establecer vínculos de confianza entre los que demandan asistencia y los que debemos proporcionarla.

Espero que el daño no sea irreparable, porque a pesar de los panfletos, los hechos están a la vista en el quehacer de cada Matrona en el cada día y las mujeres, sus familias y la sociedad saben diferenciar entre la charlatanería del autor del nefasto libro y los profesionales serios y decentes.

Li Arcelia Rodríguez

V CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

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

ORGANIZA:



ASOCIACIÓN NACIONAL
DE MATRONAS ESPAÑOLAS

COLABORAN:



Asociación Galega
de Matronas



CONSELLERÍA DE FAMILIA,
MULLER E XUVENTUDE

SECRETARÍA DEL CONGRESO:



ULTRAMAR EXPRESS CONGRESS

Leganitos, 47 - 8º planta
28014 MADRID

Tel: (91) 542 49 67 - Fax (91) 542 95 19

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

CRONICA

V CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

Santiago de Compostela, 26, 27 y 28 de Octubre de 1995

La reunión de la Asociación Nacional de Matronas se clausuró con el comentario general ¡éxito total!

Resulta llamativo comprobar como año tras año las matronas españolas, fielmente, asisten a las reuniones científico-sociales de la Asociación en número tan abultado, teniendo en cuenta la precariedad de las plantillas en toda España que dificulta los permisos y libranzas y como no, el coste económico que cualquier desplazamiento origina y que si para el colectivo médico, por ejemplo, suele estar patrocinado por algún "laboratorio", para las matronas sale de su bolsillo. Bolsillo maltrecho después de varios años de pérdidas de capacidad adquisitiva por "malos tratos" retributivos en sus nóminas.

No me cabe la menor duda sobre la capacidad de convocatoria de la Asociación. A fin de cuentas es el único organismo de unión de las matronas y de alguna manera, la madre-tigresa atenta al entorno hostil por el que se mueven sus cachorros y dispuesta a todo para defenderlos.

Los últimos años no han sido precisamente bondadosos para éste colectivo excluyendo el hecho de que se haya podido reanudar la formación de las futuras matronas, logro que, nadie puede cuestionar, se debe a la lucha incansable de la Asociación.

Sin embargo, existe otra razón para entender esa asistencia masiva, procedente de un colectivo tan pequeño, y es que las expectativas de los asistentes resultan satisfechas. La Organización conoce perfectamente las inquietudes, problemas y necesidades de las matronas y se preocupa de programar el evento a tal efecto.

Por otra parte es importante reseñar la experiencia organizativa y algo muy importante: la "cariñoterapia" que se desprende de muchos detalles de las reuniones de la Asociación. El novedoso tratamiento no es un discurso preelectoral, tampoco la necesidad de un lema para el Congreso. Se trata de un reto para las profesionales y de un cambio de lenguaje para el diálogo de mujeres y matronas.

Tampoco es desdeñable, como prestigioso, el hecho de que la respuesta institucional de los distintos gobiernos, sea positiva. Todos sabemos que los políticos asisten, exclusivamente, a los actos que les reporte algún resultado positivo a sus intereses o a los de su partido.

Las matronas, a pesar de ser una partícula, como grupo, desde los intereses políticos, son capaces de reunir, en el mismo evento a dos ministros cuatro directores generales y un alcalde. Tal vez es gratitud, por haberles ayudado a nacer. Tal vez es compromiso formal con un colectivo importante para la sociedad.

TALLER PRECONGRESO **Manual de procedimientos para matronas**

Los días 24 y 25, anteriores al Congreso sirvieron para que un grupo de Matronas expertas trabajaran en un borrador de Procedimientos. Dicho documento tiene como objetivos unificar criterios de actuación, mejorar la calidad de los cuidados y servir de consulta a las Matronas que lo puedan necesitar.

Básicamente el trabajo quedó muy estructurado, pero quedan muchas horas de trabajo para hacer público el "Manual de Procedimientos para Matronas".

El grupo de trabajo en esta ocasión estuvo formado por:

Coordinadoras: Isabel Bayón, María Marcos, y M^a Angeles Rodríguez.

Asistentes:

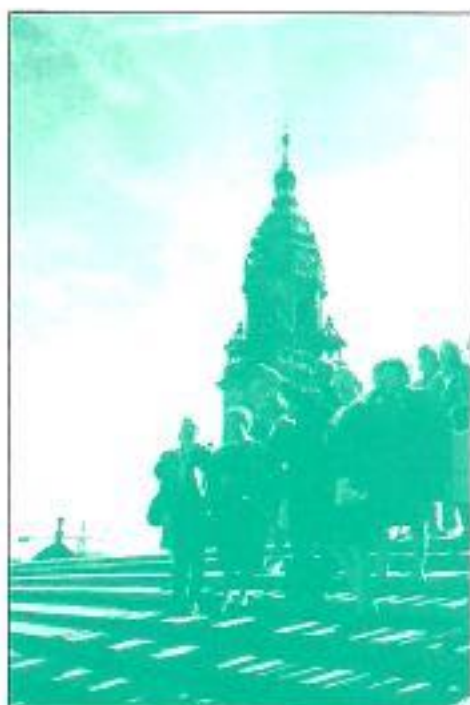
M^a Fe Peñín Hernández (León), Rufina Luengo Martín (Salamanca),
Ana Agulia Gorgues (Zaragoza), Concepción Barrio Bielsa (Zaragoza),
Angela Gracia García (Zaragoza), Elisa Lodeiro Pérez (La Coruña),
Isaura Cedeira Rumba (La Coruña), Hermalinda Estévez Rial (La Coruña),
M^a Jesús Sánchez Valiño (La Coruña), Rosalina Celada Juan (La Coruña),
Eugenia Laiño Lorenzo (La Coruña), Dolores Viñas Álvarez (La Coruña),
Mercedes González Peteiro (La Coruña), Yolanda Goyanes Carro (La Coruña),
M^a José Cabranes Benduero (Asturias), Rosa M^a Llado Font (Barcelona),
M^a Cruz Gotor Corrales (Barcelona), M^a Isabel Martínez García (Zamora),
Pepa Verdeguer Furió (Alicante), M^a Elena Jiménez Capel (Las Palmas),
Josefa García Segarra (Castellón), Ana Isabel García Carabantes (Madrid),
Alejandra Calvanesse Lira (Madrid).



Grupo de Expertas al final de la última sesión. Algunas caras muy conocidas de Matronas muy comprometidas con la profesión, colaboradoras de la Asociación.



*Sub-grupo de Expertas
en Procedimientos de
A.P.*



El Grupo de Expertas durante un descanso de trabajo, visitando los tejados de la soberbia y bellísima catedral.



Sub-grupo de expertas en procedimientos de Atención Hospitalaria.

APERTURA DEL CONGRESO

El acto de Apertura del Congreso se celebró con la asistencia de personalidades muy importantes en la vida social y sanitaria de España.

Se inició con la presentación del Programa y justificación del lema por parte de Doña M^a Angeles Rodríguez Rozalén, directora del Congreso y presidenta de la Asociación.

A continuación tomó la palabra Doña Rosalina Celada, presidenta del V Congreso, dando la bienvenida a invitados y congresistas, pasando la intervención al Ilmo. Sr. Ricard Gutiérrez Martí, director general de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, que hizo mención especial de la disponibilidad y voluntad política de su departamento hacia el colectivo de Matronas, particularmente en los temas de formación.

En último lugar intervino el Excm. Sra. Dña. Manuela López Besteiro, Consejera de Familia, Mujer y Juventud del Gobierno Gallego que insistió sobre la importancia social y sanitaria de las Matronas como agentes de salud. Finalmente declaró inaugurado el congreso.

Después de la apertura se celebró una Misa Solemne en la Catedral con ofrenda al Santo en nombre de las Matronas Españolas.

Más tarde se ofreció un cocktail a los congresistas en un marco excepcional: el pazo de San Lorenzo de Trasouto.



Acto Inaugural.



Ilustres invitados

Personalidades después de la Apertura. De izda. a dcha.: Ilma Sra. Rey Barreiro, Dña. María Marcos, vicepresidenta de la Asociación Nacional, Ilma. Sra. Bianchi, Ilma. Sra. M^a Angeles Rodríguez Rozalén, presidenta Nacional de la Asociación. Excma. Sra. Manuela López Besteiro, Consejera del Gobierno Gallego. Ilmo. Sr. Gutiérrez Martí, Director General del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno Central. Ilma. Sra. Doña Rosalina Celada, Presidenta del Congreso.



Sesión dedicada al funcionamiento de las Unidades Docentes para la formación de Matronas.

Invitada especial fue, a dicha sesión, Dña. Emilia Sánchez Chamorro, Subdirectora General de Ordenación y Recursos del Ministerio de Sanidad y Consumo, responsable de acreditaciones y seguimiento de la formación de Especialistas de Ciencias de la Salud.

La ilustre ponente advirtió de las diferentes cuestiones de dificultad que se plantearon para reiniciar la formación de las futuras Matronas, básicamente por el sistema, que es muy diferente al modelo de las antiguas Escuelas de Matronas.

Se comprometió ha poner todos los medios necesarios, desde su cargo, para que todo aquello que fuera posible corregir y mejorar se hiciera, a corto plazo.

La dinámica de la sesión fue muy interesante. Intervenciones de algunas reponsables de Unidad Docente y por otra parte un alumno por Unidad que les dió oportunidad de expresar sus puntos de vista y algunas quejas, en la mayoría de los casos fuera de lugar, en otros, con fundamento.

La Mesa estuvo moderada por Dña. M^a Angeles Rodríguez Rozalén, presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad que supo conducirla felizmente a pesar de la dificultad que entrañaba. Su habilidad y experiencia quedó, una vez más, demostradas.





Acto de Clausura.

La Clausura del V Congreso fue realizada por el Excmo. Sr.D. José M^a Romay Becaria, Conselleiro de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno Gallego que no perdió la oportunidad de expresar ampliamente su aprecio por el colectivo y reconocer la importancia de su labor, animando para continuar con el máximo entusiasmo.



Detalle del Stand de la Asociación, el más visitado del recinto de Exposiciones.

"Las profesiones se configuran social y jurídicamente cuando tiene funciones propias, conocimientos propios y cuerpo docente propio, aparte de otros matices particulares del Ordenamiento de cada país, como puede ser el Registro o la Colegiación". Afirmaba la presidenta de la Comisión Nacional, cuando un alumno expresó sus preferencias por el profesorado para la formación de Matronas.

continuó explicando: "cuando se diseñó el modelo de formación, aparte de las exigencias de la Directiva 154/80 CEE en materia de carga lectiva y proporcionalidad teórico-práctica, pensamos que debían enseñar los expertos en cada materia, por eso matronas, médicos, etcétera. No es admisible la descalificación, gratuita, de alguna de las profesoras, por el hecho de no ser catedráticas. Cada profesor tiene su momento y participación en el desarrollo e impartición del programa. Desafortunadamente la actividad docente no es una "ciencia infusa" y habrá que conceder el beneficio de la comprensión al "cuerpo docente de matronas", mientras algunas adquieran mayor experiencia."

CONCLUSIONES V CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

Que la asistencia ha sido numerosa y los trabajos presentados han sido de alta calidad, lo cual, se dice mucho sobre la inquietud de las profesionales.

Que la resulta inaplazable satisfacer la demanda del colectivo, para que se contemple adecuadamente la retribución por la especialidad que poseen, de especial formación y enorme responsabilidad.

Que es preciso revisar el funcionamiento de las Unidades Docentes para realizar las correcciones necesarias que resuelvan los problemas existentes y, al mismo tiempo, consigan el máximo de homogeneidad entre ellas.

Que la Administración Sanitaria disponga los presupuestos para atender la necesaria formación continuada del colectivo de matronas que, hasta hoy, siempre va a cargo del propio pecunio e inquietud personal.

Que se realice por Decreto la transposición de la Directiva 155/80 C.E. en su artículo 4, (Funciones).

Que en relación con el Lema del V Congreso, la respuesta del colectivo ha sido positiva, asumiendo el compromiso de realizar una asistencia que, más allá de lo científicamente correcto, contemple con especial atención los aspectos emocionales de la mujer y la familia.

I. Castilla
Periodista

REACCIONES PSICOLÓGICAS DE LA MADRE PAPEL DE LA MATRONA

«Comunicación presentada en el V Congreso Nacional de Matronas, Santiago de Compostela, 26, 27 y 28 de Octubre, 1995»

ARANTZA AZCOAGA ECHEVARRIA
FLOR MENENDEZ ALVAREZ

Centro de Salud de Alhaurin de la Torre Churriana - MALAGA

INTRODUCCIÓN

El periodo que comprende embarazo, parto y puerperio comporta fragmentos de la vida densos en cambios en todos los sentidos, que revisten un importancia determinante en el desarrollo de la vida y en la maduración de la mujer. En estas fases se producen para empezar, cambios biológicos y endocrinos tales, que son comparables a los de la pubertad o menopausia, y que pueden turbar el equilibrio emotivo y psicológico de la mujer.

La **maternidad** no es un hecho natural como a muchos les gusta sostener, y por tanto, irrelevante, es sobre todo una tarea muy laboriosa y delicada que requiere una notable capacidad de adaptación y que comporta una fuerte tensión psicofísica y emotiva.

Desgraciadamente a esta tarea de madre le falta un reconocimiento social y las dificultades que ella encuentra son a menudo muy poco valoradas.

Se trata pues de una experiencia estimulante, irreplicable, en la que la mujer expresa toda su personalidad.

El periodo de puerperio o postparto, tan delicado para la mujer es en general injustamente descuidado, basta con observar las pocas líneas que ocupa su estudio en los libros de texto, no obstante, hay que considerar que este periodo es denso en claro-oscuros, en emociones contrastadas: alegrías y miedos, triunfo y depresión, etc. Es por tanto un periodo de transformación de la relación establecida por la pareja; un periodo de radical mutación del propio estilo de vida.

La preparación de la embarazada para que colabore activamente no solo en el parto sino afrontando con plena conciencia a lo largo de todo el proceso va a significar un premio importante a su esfuerzo que culminará con sentimientos de alivio, placer y orgullo hacia su hijo.

Intentaremos afrontar los diferentes problemas que pueden producirse en el puerperio empezando por aquellos de orden físico.

PUERPERIO INMEDIATO

Los cuidados irán dirigidos al control de:

- Estado general:
 - Temperatura
 - T.A.
 - Sangrado
 - Involución uterina
 - Loquios
 - Aparato urinario
 - Entuertos
 - Cuidado de las mamas, Lactancia
 - Involucion vulvo-vaginal
 - Cuidados de la episiotomía.

En cuanto a la **valoración psicológica**, recordemos primero el estado psicológico de la parturienta como un estado confusional con ansiedades de vaciamiento (pérdidas de parte de si misma), de castración.

Podremos entender entonces como tendrá que abordarse en el puerperio esa situación de delimitación de lo perdido, el embarazo, y lo adquirido, el niño.

La embarazada primípara sueña con esos hermosos días en que estará con su bebé en brazos y vendrán a visitarla y le traerán regalos.

Cuando esta situación de alago y festejo no se produce, puede aparecer la depresión. Si agregamos a esto la expectativa de si tendrá o no leche, si el bebé mamará o no, si es normal o no, como es su carácter, comprenderemos que los días siguientes al parto no son nada fáciles.

La situación del internamiento trae aparejada una serie de factores: la ubicación de un medio desconocido entre personas extrañas que deben atender a la puerpera o que comparten con ella la habitación, los cuidados especiales impuestos por la asepsia hospitalaria van induciendo por si un estado regresivo, que se suma al determinado por el parto en si mismo.

En este caso el hospital ha recibido la proyección de vaciamiento y castración y surge la imperiosa necesidad de abandonarlo, apareciendo el hogar como refugio más seguro. Todos los profesionales hemos asistido en algún momento a estos casos en los que las quejas sobre la atención recaen en cantidad de detalles.

LA VUELTA A CASA

Las dudas de la puerpera le surgirán. ¿Cómo se encontrará la casa?, ¿podrá manejarla como antes?, ¿Como se arreglará para incluir en sus tareas habituales los cuidados del bebé?. Estas preocupaciones han surgido en su mente los días anteriores, y ahora le cobran significado real. Si es una madre primeriza se añade a esto la inexperiencia. Si hay otros hijos, el problema se complica.

el estado mental es de mareo, confusión, despersonalización y fatiga. siendo frecuentes los accesos de depresión y llanto con sentimientos de minusvalía, de no servir para nada, de ser una inútil.

Este estado se define como **depresión pasajera o transitoria** «Maternity blues». La duración puede ir desde unas horas hasta varios días. Suele producirse en los 10 primeros días del postparto fundamentalmente entre el tercer y décimo día y la incidencia se estima entre 50 y 80%, apareciendo con mayor frecuencia en mujeres primíparas.

Ante situaciones no resueltas, puede desencadenarse la **depresión postparto**. Se trata de un tipo de depresión

que no se diferencia en nada con los episodios depresivos descritos con anterioridad, pudiendo alcanzar distinto grado de severidad. Se caracteriza por una acentuada desgana, llanto, franca irritabilidad hacia los demás (marido, otros hijos, padres, familiares, etc.), trastornos de sueño, del apetito y serias dificultades en el manejo del bebé.

El promedio de duración es de 6 a 8 semanas, aunque algunos autores consideran que puede persistir durante gran parte del año que sigue al postparto. La incidencia aproximada es de un 20% de mujeres.



Otro trastorno emocional grave es la **psicosis puerperal**, aparece en los primeros 15 días del puerperio, de forma aguda, después de 1 o 2 noches de insomnio, siendo característico el rechazo total hacia el bebé: no quiere verlo, le produce terror. La paciente permanece triste, alejada, como ausente. Está apática, inapetente, abandonada, no acepta ni siquiera dedicarse a su arreglo personal. Con frecuencia este cuadro se asocia a ideas paranoides de persecución. Su tratamiento psiquiátrico es urgente. La incidencia puede ir de 1 a 2 casos/ mil mujeres.

RELACIONES SEXUALES

A partir de la 3ª semana empiezan a emerger tanto en el hombre como en la mujer las ansiedades derivadas del deseo sexual.

En estas primeras relaciones surge el abordaje del temor en la mujer a estar dañada, la sensación dolorosa de la cicatriz de la episiotomía refuerza esta vivencia. En este punto quisiéramos hacer hincapié en que hay partos en los cuales tanto la inducción como la episiotomía están indicados, pero no nos cabe duda que actualmente se está haciendo un doble juego con el parto natural: durante meses se prepara a la embarazada para una situación vivida como meta hermosa y heroica, para imponerle llegado el momento, por apuro, por desidia y en el fondo, por rivalidad inconsciente con la mujer **que sabe dar a luz** otra realidad frustrante, humillante y dolorosa.

Surge así mismo otro temor, el miedo a otro embarazo, la mala o escasa lubricación vaginal debido a los cambios hormonales que hace disminuir o desaparecer la libido, unido a las ansiedades por la ausencia de la menstruación, puede llegar al rechazo de las relaciones sexuales, por lo general estos inconvenientes desaparecen en pocos días.

Parece aconsejable dejar a criterio de la pareja la reanudación de las relaciones sexuales de la 3ª a la 4ª semana.

ACTIVIDAD LABORAL

Cuando la mujer trabaja surge la preocupación de como integrar esta tarea con los cuidados del bebé, el sentimiento de culpa por el abandono incrementa la depresión y refuerza las defensas contra este estado.

RECUPERACIÓN FÍSICA

Otra fuente de ansiedad surge en torno al cuerpo y la salud de la puerpera. Si adelgazó convenientemente, si recuperó sus fuerzas, si reapareció el ciclo menstrual.

Hasta aquí hemos intentado recopilar los síntomas más frecuentes o llamativos del estado emocional de la mujer en el proceso del postparto, en si mismos, justifican una actuación profesional. En este sentido aparecen tres momentos particularmente importantes: primera visita del embarazo, tercer trimestre o educación maternal y puerperio.

Primera visita de embarazo. Momento idóneo para realizar una primera evaluación del estado de aceptación y actitudes de la mujer hacia el embarazo y la maternidad,



condiciones socioeconómicas (trabajo, vivienda, etc.), situación de la pareja y entorno familiar.

Tercer trimestre de embarazo-educación maternal. Dentro de los cursos actualmente diseñados a la pareja tendrán que llevar incluidos información y entrenamiento de las actividades que deberán vivir en el postparto, lactancia, cuidados físicos y psicológicos del bebé, habilidades de comunicación de la pareja para solucionar problemas, potenciación de la figura del padre fuera de los esquemas sexistas que la educación tradicional asigna a cada miembro de la pareja, entrenamiento en la planificación de la situación en el postparto, no solo para su propia organización sino potenciando y dirigiendo la ayuda externa (madre, familia, amigos). Relaciones sexuales postparto y planificación familiar.

Puerperio inmediato. Evaluación e informe del estado físico y psicológico de la mujer por los profesionales que atienden el puerperio inmediato en la maternidad, incluyendo ayudas concretas como el entrenamiento de la lactancia, cuidados del bebé, adiestramiento en su cuidado personal, etc.

PRIMERA VISITA PUERPERAL DOMICILIARIA

Como continuidad de la evaluación del estado psicofísico, reforzamiento de la ayuda ya iniciada en la maternidad y aprendida en los cursos de educación maternal, valora-

ción del entorno, vivienda, ayudas externas, aptitud del compañero y programación de visitas posteriores al Centro de Salud, a los 15 días aproximadamente y entre los 30 y 40 días.

Les mostramos a continuación la encuesta utilizada en las distintas visitas puerperales.

ENCUESTA PUERPERIO

FECHA ENCUESTA: _____ DÍA DEL PUERPERIO: _____
 EDAD: _____ PROFESIÓN: _____ SITUACIÓN PAREJA: ()
 NIVEL DE INSTRUCCIÓN: SE EP EM ES S. ECONÓMICA: ()
 PARIDAD: _____ S. VIVIENDA: ()
 C. EMBARAZO: NORMAL RIESGO ED. MATERNAL: ()
 EMBARAZO DESEADO: SI NO

CARACTERÍSTICAS DEL PARTO:
 HOSPITAL: PÚBLICO CLÍNICA PRIVADA
 NORMAL FORCEPS VENTOSA CESAREA
 SEMANA DE GESTACIÓN: _____ DURACIÓN HORAS: _____ DÍAS DE ESTANCIA: _____
 SI NO
 EPISIOTOMIA O CESGARRO: _____ DIFICULTAD PARA DORMIR: _____
 ANESTESIA: _____ DOLORS GENERALES: _____
 ESCALOFRIOS: _____ LACTANCIA MATERNA: _____
 ENTUERTOS: _____ COMPLICACIONES DEL PARTO: _____

ENCUESTA PUERPERIO (Cont.)

LA VUELTA A CASA: SI R NO
 COMPAÑERO COLABORADOR: _____ SIENTE AMENUDO DOLOR CABEZA: _____
 RECIBE OTRAS AYUDAS: _____ TIENE APETITO: _____
 SE SIENTE CUIDADA: _____ PASA FACIL DEL LLANTO A LA RISA: _____
 SE SIENTE FATIGADA: _____ SE SIENTE DESENCANTADA: _____
 LLORA CON FACILIDAD: _____ SIENTE MIEDOS: _____
 SIENTE ANGUSTIA: _____ DESCONFÍA DE QUIENES LE RODEAN: _____
 ESTA IRRITABLE: _____ PASEA: _____
 ESTA EUFÓRICA: _____ LE PREOCUPA SU ASPECTO: _____
 ESTA TRISTE: _____ SIENTE DESEOS DE ARREGLARSE: _____
 DUERME CON FACILIDAD: _____

RELACIONES SEXUALES: SI NO
 INICIO DE RELACIONES: _____ SEMANA DE INICIO: _____
 MOTIVO PARA NO INICIAR: _____
 SINTIO DOLOR: _____
 SINTIO PLACER: _____
 SINTIO MIEDO AL EMBARAZO: _____
 METODO ANTICONCEPTIVO: _____ CUAL: _____

ENCUESTA PUERPERIO (Cont.)

PRESENCIA DEL PADRE EN EL PARTO: _____ SI NO
 DIFICULTAD PERMANENCIA CON R.N.: _____
 RECIBIO ENSEÑANZA LACTANCIA: _____

CALIFIQUE: B R M
 SU COMPORTAMIENTO EN EL PARTO: _____
 LA AYUDA RECIBIDA EN EL PARTO: _____
 LA AYUDA RECIBIDA EN ED. MATERNAL: _____

CARACTERÍSTICAS DEL PARTO:
 NORMAL SI NO PESO: _____ VARON MUJER: _____ SI N
 ¿SE PREOCUPA EXCESIVAMENTE POR LA SALUD DEL NIÑO?: _____
 ¿TIENE PROBLEMAS PARA EL CUIDADO DEL BEBE?: _____
 COMO SE SIENTE COMO MADRE?: B R M
 COMPLICACIONES CON EL R.N.: _____

ENCUESTA PUERPERIO (Cont.)

DATOS DE OBSERVACIÓN POR EL ENTREVISTADOR: SI R NO
 ¿PREOCUPACION EXAGERADA POR DETALLES TRIBIALES?: _____
 ¿EN ALGUNA OCASION TIENE LA SENSACION DE NO SABER DONDE ESTÁ?: _____
 ¿EN TODO MOMENTO SABE EN QUE DÍA Y HORA ESTÁ?: _____
 ¿SE SIENTE INSEGURA?: _____
 ¿SE SIENTE INDECISA?: _____
 ¿RELATOS INCOHERENTES?: _____
 ¿RECHAZO DE LA COMIDA?: _____
 ¿TOMA ALGUN TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO?: _____
 ¿PADECE DE HIPOTIROIDISMO?: _____

OBSERVACIONES:

Los resultados de la evaluación han quedado parcialmente reflejados con anterioridad, si bien hay que reseñar que no difieren en gran medida con los encontrados en la bibliografía consultada para tal fin.

Por último queremos resaltar que los programas Materno-infantiles que se están llevando a cabo en la actualidad, o al menos en la comunidad autonómica andaluza, contemplan la figura de la matrona en los momentos señalados como **particularmente importantes**; 1ª Visita del

embarazo, Educación Maternal y Puerperio como actividades asignadas en sus competencias. Dado esta particular situación y el grado de confianza demostrada por la mujer, entendemos que es el profesional idóneo para la evaluación emocional de la mujer en el proceso del embarazo y particularmente en el puerperio, detectando las situaciones de alarma que sean factibles de derivación al servicio de salud mental para su diagnóstico y tratamiento.

La depresión parece haberse convertido en la enfermedad de nuestro tiempo. Los estudios realizados en la mayoría de los países occidentales muestran que por cada hombre deprimido hay el doble de mujeres con la misma afección. No en vano la psicóloga Raquel Soifer afirma que "Los primeros seis meses después del parto definen, en buena medida el futuro mental de la mujer, así como también determinan y ponen un sello a la relación con el niño y la sociedad".

BIBLIOGRAFIA

- MARINA ROBERTINI. Los problemas de la mujer después del parto. Ed. De Vecchi, S.A. Barcelona. 1986.
- RAQUEL SOIFER. Psicología del embarazo, parto y puerperio. Ed. Kargieman, Buenos Aires. 1973.
- MERCEDES VARELA ORGANDO. Psicología de la mujer embarazada. Ed. dirección General de la Juventud y Promoción Socio Cultural. Madrid. 1982.
- JULIA A. SHERMAN. Psicología de la mujer. Ed. Marora. Madrid. 1978.
- EMILCE DIO BLEICHMAR. La depresión en la mujer. Colección Fin de Siglo. Madrid. 1991.
- ROSA GOMEZ ESTEBAN. SUSANA AMILIVIA. Mujer deseo y embarazo. Ed. Fundamentos. Madrid. 1985.
- MINISTERIO DE CULTURA. INSTITUTO DE LA MUJER. Mujer y salud mental. Primeras Jornadas. Serie Documentos. Madrid. 1988.
- VICENTE SALVATIERRA. Psicología del embarazo y sus trastornos. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Serie Salud 2000. Barcelona. 1989.
- J.M. CARRERA Y MACIÁ Y COLABORADORES. Protocolos de Obstetricia y medicina perinatal del instituto Dexeus. Ed. Salvat. Barcelona. 1986.

ANESTESIA EPIDURAL ALGUNAS CONSIDERACIONES TRAS DOCE AÑOS DE EXPERIENCIA

Comunicación presentada en el V Congreso Nacional de Matronas.
Santiago de Compostela, 26, 27 y 28 de Octubre, 1995

SERRANO MONZÓ, INMACULADA, MARTIARRENA ARBILLA, YOSUNE
LARREA FRAILE, M^a TERESA, ZUBILLAGA JIMÉNEZ, M^a JOSÉ
ECHARRI PRIN, BEATRIZ, ARRIBAS BARTOLOMÉ, AURORA.

Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad Navarra

INTRODUCCIÓN

Desde las primeras experiencias de aplicación de anestésicos locales en el espacio epidural, diversos autores tanto detractores como seguidores de ésta técnica han publicado artículos, capítulos de libros, etc. sobre la teoría y la práctica de la denominada anestesia epidural, como técnica utilizada para el alivio del dolor durante el proceso de parto.

No es objetivo de esta comunicación hacer una mención especial o recopilación bibliográfica de estos escritos, para ello, no en vano se ha reservado un espacio importante en estas sesiones par tal fin. Más bien se trataría a nuestro entender, de transmitir al público asistente nuestras propias vivencias tras doce años de asistencia a mujeres en proceso de parto, en los que se ha desarrollado la mencionada técnica como método de supresión o alivio del dolor.

Hablo de vivencias de forma expresa, no queriendo utilizar en este momento y ocasión, el término «experiencia», aunque figura en el título, porque se pretende que desde un principio se tenga presente, que aunque se vayan a exponer datos: números y cifras, relativos al tema que nos ocupa, para poder tener una visión real y no influida por subjetivismos, preferencias, tendencias u opiniones, lo que verdaderamente nos importa transmitir, son las vivencias, que como matronas hemos podido recoger, para posteriormente reflexionar, discutir e intercambiar opiniones sobre el hecho de «parir sin dolor».

Aunque, como se ha mencionado hace unas líneas, no es nuestra intención realizar una revisión bibliográfica, cuando uno no tiene la oportunidad de ponerse ante sí mismo, y lo que es igualmente importante frente a un papel en blanco para escribir y transmitir esas reflexiones, si desea realizarlo con un mínimo de rigor, es de obligado cumplimiento una mayor o menor revisión bibliográfica (muchas veces dependerá de las posibilidades idiomáticas, técnicas, etc.).

Por lo tanto, cuando decidimos poner en marcha esta comunicación comenzamos realizando la mencionada revisión, encontrando gran número de escritos de índole o especialidad médica, en cuanto a la técnica, fármacos utilizados, ventajas e inconvenientes, contraindicaciones y un largo etc. Sin embargo encontramos una escasa bibliografía específica de nuestra profesión. Animada por este hecho, de no ser excesivamente «farragosa», y extensa en la enumeración de artículos y autores, queremos expresar nuestro agradecimiento por la recopilación y ampliación de los conocimientos realizada por la autora Gloria Gutiérrez, Matrona, de dos artículos en una revista de

enfermería de ámbito internacional durante los meses de Abril y Mayo de 1992. A pesar del trascurso del tiempo, sigue siendo bajo mi punto de vista, la expresión y bien hacer intelectual de nuestro colectivo profesional (1).

EXPERIENCIA DE LA ANESTESIA EPIDURAL EN LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA

La utilización de este método en nuestro centro se remonta al año 1983, iniciándose el mismo con aquellas personas que lo solicitaban y que no presentaban ninguna contraindicación ni obstétrica ni por la propia técnica en sí.

Como bien se entiende, las grandes ventajas que le proporcionaba a la mujer en proceso de parto, hizo que la aplicación se extendiera rápidamente al colectivo de personas que son atendidas en nuestro centro, generalmente provienen de tres fuentes principales:

Una primera de las propias personas acogidas al régimen de la Seguridad Social cuyo cupo es atendido en la Clínica, por ser esta una entidad colaboradora.

Una segunda fuente proviene de distintas aseguradoras que ofrecen la Clínica como centro de atención.

Y una tercera, menos numerosa que las anteriores, provenientes de las pacientes privadas.

A pesar de estas tres procedencias distintas, el cómputo global de partos anuales viene a representar una media de un parto por día, lo que marca una diferencia a tener en cuenta, si se quiere comparar con cualquier centro en materia de nacimientos.

Actualmente el porcentaje de partos que se atienden con anestesia epidural viene a representar el 67% del total. Las principales razones por las que, en algunas circunstancias no se aplica este método son:

- Las cesáreas electivas.
- Las contraindicaciones como por ejemplo aquellas situaciones en las que se necesite una extracción fetal rápida.
- En los casos en que la mujer así lo haya expresado.
- Si no existe tiempo material para la aplicación de la técnica dado lo avanzado de la dilatación.

ASPECTOS RELATIVOS A LA TÉCNICA Y PREPARACIÓN DE LA MUJER

Cuando como en nuestro caso, la matrona trabaja en un centro donde se aplica esta técnica, es importante que la mujer tenga una buena información relativa a la anestesia epidural. No solo de la propia técnica, sino de la conveniencia de su aplicación en cada caso concreto, de las ventajas e inconvenientes, de su colaboración para que el pro-

ceso de dilatación y parto sean adecuados, etc. Esto evidentemente se debería realizar, no en el momento de ingreso de la mujer para el parto, sino, como de hecho se realiza, en las sesiones de «Educación Maternal». El principal problema estriba en que no todas las gestantes tienen acceso por diversos motivos a estas sesiones.



En lo que respecta a la preparación de la paciente para la aplicación de esta técnica, poco difiere de lo que hemos encontrado en la bibliografía (2,3), tras una hidratación para prevenir los cuadros hipotensivos, el médico anestesista procede a la punción y aplicación de la primera dosis de anestésico. Este, como también es conocido, se puede inyectar, en perfusión continua o en forma discontinua. Por lo general se aplica esta primera dosis cuando la mujer ha entrado en la fase activa del parto y ha superado una dilatación superior a los tres cm., siempre y cuando, como ya se ha comentado anteriormente, no exista ninguna circunstancia que haga pensar en la contraindicación de la misma.

Durante esta primera etapa, lo más importante para la matrona es la valoración del bienestar materno-fetal (4,5) y la observación de aquellos signos y síntomas que puedan estar relacionados con la aplicación accidental del anestésico fuera del espacio epidural. También resulta imprescindible la valoración de la presencia del globo vesical, dada la facilidad de que se produzca por la pérdida de sensibilidad para apreciar el llenado de la vejiga.

A lo largo de la dilatación, siempre y cuando la anestesia produzca los efectos deseados, los cuidados de la matrona difieren fundamentalmente en los aplicados en las situaciones de parto sin anestesia, en que no es necesario aplicar los conducentes al alivio del dolor. Posteriormente, y ya entrados en la fase de expulsivo, la matrona centrará su atención en que los pujos efectuados por la parturienta sean lo más eficaces posibles.

Finalmente el catéter epidural lo retira la matrona al término de esta etapa, siempre y cuando todo el proceso haya transcurrido con normalidad.

El seguimiento del postparto inmediato se debe realizar mediante la valoración continua de la puerpera para prevenir los cuadros hemorrágicos debidos a una deficiente contractilidad uterina, secundaria a la relajación producida por el anestésico, el adecuado vaciamiento vesical, etc., prácticamente similares a los cuidados de otros puerperios aumentando si cabe la continuidad de esta valoración, así como las acciones encaminadas a la prevención de los problemas mencionados.(6,7).

Hasta aquí podríamos decir que hemos intentado reali-

zar una síntesis de la atención de la matrona a la mujer y al feto durante el parto con anestesia epidural, que salvo pequeñas peculiaridades difiere muy poco con el resto de experiencias, pero lo que más nos preocupa como matronas, es dar respuesta a algunos interrogantes:

- ¿Realizamos una atención integral y adecuada en estos casos?.

- ¿Cuáles son los puntos débiles?.

- ¿Es ventajoso para la salud materno-infantil la utilización de la anestesia epidural a toda la población de forma sistemática?.

- ¿Disminuye el tiempo de dilatación?.

- ¿Aumenta la intervención médica como consecuencia del estancamiento de la dilatación por falta de dinámica o prolongación del período expulsivo?.

A estos y otros interrogantes nos gustaría dar respuesta y esperamos que esta intervención como hemos comentado al principio, nos ayude a conocer distintos puntos de vista que emanen de otras experiencias.

Por nuestra parte, y con ánimo de contribuir a la resolución de algunos de estos interrogantes nos propusimos realizar un estudio retrospectivo de algunas cuestiones. Evidentemente todo estudio retrospectivo tiene grandes inconvenientes, el más importante, es que generalmente lo que más interesa recoger, es justamente lo que no figura en ningún historial. Aún sabedoras de esta dificultad decidimos seguir adelante.

La recogida de datos se ha efectuado sobre una muestra de aproximadamente el 30% de los partos habidos en nuestro centro desde Septiembre de 1994 a Agosto de 1995. Destacándose los siguientes aspectos:

- Paridad
- Edad gestacional
- Inicio del parto
- Asistencia al programa de educación maternal
- Grado de dilatación alcanzado al aplicar la epidural
- Duración de la dilatación antes y después de la epidural
- Necesidad de apoyo de oxitócicos
- Tipo de parto
- Complicaciones post-anestésicas
- Complicaciones durante el parto
- Evolución del puerperio.

Una vez realizada esta recopilación analizamos los datos diferenciando dos grandes grupos: primíparas y multiparas; para poder comparar los resultados mediante la aplicación de distintos test estadísticos.

RESULTADOS



1.- Paridad:
-Primíparas: 51.7%
-Multiparas: 48.3%

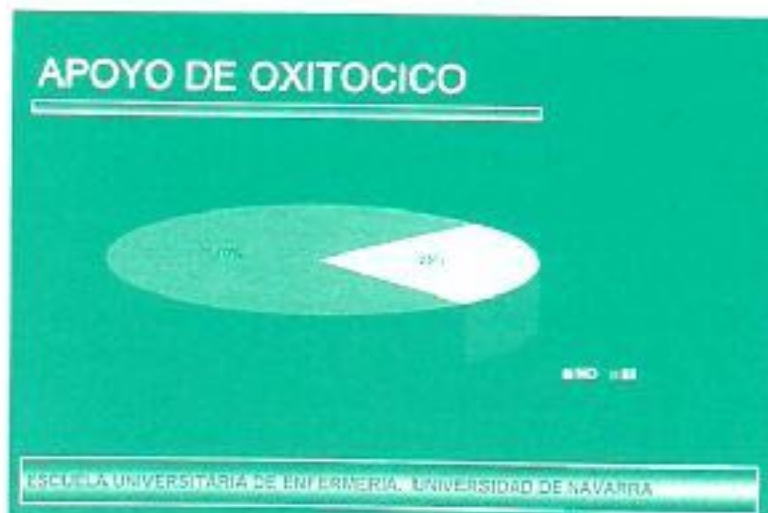
2.- Duración de la gestación:

- < de 37 semanas: 8.3%
- 37 a 42 semanas: 90.7%



3.- Inicio del parto:

- Bolsa rota: 8'3%
 - Dinámica espontánea: 50'0%
 - Inducción: 8'3%
 - Bolsa rota + dinámica: 15'0%
 - Bolsa rota + inducción: 14%
- #### 4.- Educación maternal:
- No: 30%
 - Si: 61'7%



5.- Apoyo de oxitócicos:

- No: 25%
- Si: 71,7%



6.- Tipo de parto:

- Espontáneo: 40%
- Instrumental: 58'3%

7.- Complicaciones post-anestésicas:

- No: 95%
- Si: 5%

8.- Complicaciones post-parto:

- No: 85%
- Si: 15%

9.- Evolución del puerperio:

- Normal: 91'7%
- Anemia: 1'7%

- Hipertermia: 1'7%
- Otros: 3%

TEST DE CONTINGENCIA

1.- Educación maternal y paridad: asociación significativa ($P=0'027$). La asistencia a las sesiones de educación maternal está asociada a hecho de ser primípara.



2.- Administración de oxitócicos y paridad: no existe asociación significativa en estas variable. Independientemente de la paridad se lleva a cabo la administración de oxitócicos, como apoyo a la dilatación.

3.- Tipo de parto y paridad: Existe asociación altamente significativa ($P<0'001$). La utilización de instrumentos extractores está asociado al factor primípara.

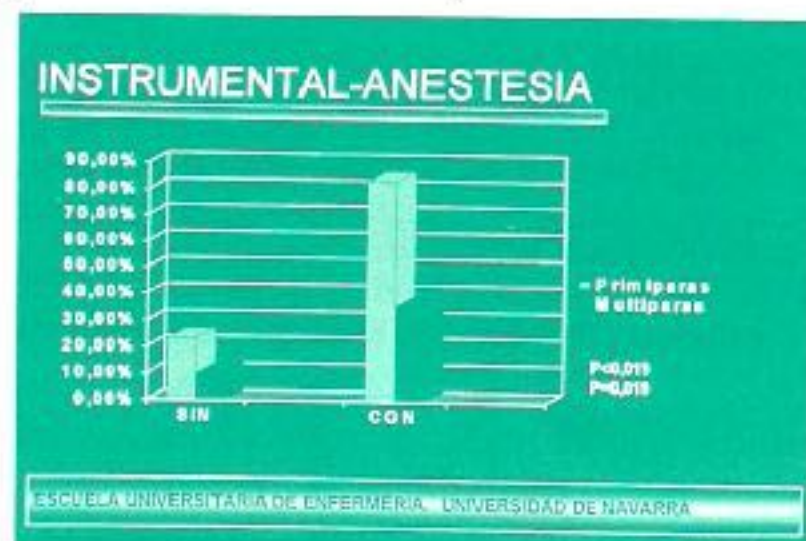
TEST DE UNA MEDIA (DOS COLAS)

Comparando el tiempo de dilatación de primíparas y multiparas a las que se les ha administrado anestesia epidural, con los tiempos medios sin anestesia epidural, obtenemos los siguientes datos:

- Primíparas: diferencias altamente significativas ($P<0'001$)

- Multiparas*: diferencias significativas ($P=0'017$)

(*Los valores deben ser utilizados con cierta cautela, ya que la variable dilatación en el caso de multiparidad, no sigue una distribución normal).



Si la dilatación ocurre bajo los efectos de la anestesia epidural, se produce una disminución en el tiempo de dilatación.

Finalmente se comparó la utilización de instrumentos extractores en el momento del expulsivo, tanto en mujeres anestesiadas como en no anestesiadas, observándose los siguientes resultados:

1.- Sin anestésicos

- tipo de parto y paridad: no existen diferencias significativas. Independientemente de la paridad, se utilizan instrumentos extractores.



2.- Primíparas

-Tipo de parto y anestesia: existe asociación altamente significativa ($P < 0'019$). La utilización de instrumentos en el parto está asociado a los factores primipara y anestesia epidural.

3.- Multiparas

-Tipo de parto y anestesia: existe asociación significativa ($P = 0'019$). La utilización de instrumentos en el parto está asociada al hecho de multiparidad y anestesia epidural.

CONCLUSIONES

1.- La posibilidad de poder utilizar una técnica eficaz de supresión del dolor durante la dilatación, no solo es una medida deseable sino que además incide positivamente en el bienestar materno-fetal a lo largo del trabajo de parto ya que:

- Disminuye de forma eficaz gran parte del stress que supone este hecho, permitiendo la participación activa de la futura madre y de su cónyuge.

- Reduce significativamente los tiempos medios de dilatación tanto en primíparas como en multiparas.

- No se aprecia un aumento en las complicaciones ni post-anestésicas ni post-parto, lo que permite una evolución del puerperio satisfactoria, no apreciándose diferencias con respecto a los casos en los que no se ha utilizado esta técnica.

2.- Si se aplica este método hay que tener en cuenta que la dotación del personal debe ser suficiente ya que implica una mayor carga de trabajo.

3.- Al observarse diferencias significativas en la asistencia a las sesiones de educación maternal dependiendo de si se trata de primigesta o no, podría conducirnos a pensar, que las mujeres que ya han pasado por esta experiencia no consideran necesaria la asistencia a las mismas. Por lo que nos planteamos la necesidad de insistir sobre la conveniencia de la realización de los cursos de educación maternal sobre todo en multiparas.

4.- No podemos dejar de mencionar la asociación tan

importante que existe entre la utilización de anestesia epidural y el aumento tanto del apoyo farmacológico, como de la instrumentalización durante el período expulsivo. Según refleja la literatura en lo que respecta a la incidencia de los partos instrumentales, aunque es muy variable, se estima entre un 5 y un 30%, y la realización de cesáreas entre un 5 y un 20% (4,8).

Con respecto a la pérdida del reflejo de los pujos debida a una pérdida de tono muscular, se produce un elevado porcentaje de partos de este tipo, superior al 50% (4,8).

Aunque la asistencia a partos instrumentales excede la competencia de la matrona, estamos obligadas a plantearnos soluciones que puedan llegar a disminuir los mismos. En esta línea pensamos que se podría mejorar insistiendo nuevamente en la educación maternal en lo que respecta a la preparación del expulsivo con la correcta realización de los esfuerzos del pujo.

Somos conscientes de lo difícil que resulta precisar la eficacia de esta medida como único factor corrector, más aún cuando no va unido a la modificación de otra serie de variables encaminadas a la disminución de partos instrumentales.

CONSIDERACIONES FINALES

¿Qué mujeres serían susceptibles a esta técnica?. En principio podríamos responder: toda mujer que no presente ninguna contraindicación y que si así lo solicita, debería poder acceder a la misma. Sin embargo, después de estos años, hemos podido comprobar cómo este criterio es de difícil implantación, ya que con lo expuesto anteriormente y basados en una práctica, seguimos considerando que el parto sin ningún tipo de intervención es el más deseable, y que la aplicación de anestésicos en el espacio epidural incide de forma significativa en la instrumentalización de los partos así como, en las posibles alteraciones que en la salud de la madre y el hijo, pueda desencadenar este hecho.

Otra posibilidad sería informar convenientemente a las mujeres que en principio accedan a utilizar esta técnica para que únicamente hagan uso de ella en caso de no poder controlar de otra forma el dolor, aunque también podemos apuntar que esta medida resulta en la práctica poco efectiva, ya que difícilmente se puede tomar una solución objetiva cuando existe una alteración tan importante del bienestar de la mujer.

De cualquier manera, pensamos que como personal sanitario debemos seguir trabajando para que el nacimiento de un hijo sea una experiencia positiva en cualquier mujer. Las circunstancias que rodeen ese nacimiento, deberán ser fruto de una elección ponderada en que la matrona sea un elemento imprescindible de apoyo para conducir a buen término esa decisión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez de Terán Moreno, G. Parto con anestesia epidural I. Rol de Enfermería. 1992. N° 164. Pág 57-63.
2. Gutiérrez de Terán Moreno, G. Parto con anestesia epidural II. Atención de enfermería. Rol de enfermería. 1992. N° 165. Pág 59-64.
3. Gutiérrez de Terán Moreno, G. Una propuesta de cuidados a la parturienta con anestesia epidural. X Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. «Diez años de enfermería en España: análisis de una situación». Madrid Diciembre de 1989.
4. Olds, SB, London ML, Leadewig, PA. Enfermería materno-infantil: un concepto integral familiar. 2ª Edic. Edit. Interamericana. México, 1992.
5. Aucamp, V. Planes de cuidados de enfermería materno-infantil. Ed. Doyma. Barcelona, 1989.
6. Rodríguez, MA y otros. Valoración integral de la puerpera. Elemento decisivo para una adecuada actuación de enfermería. Enfermería Científica. 1993. N° 141. Pág 20-23.
7. Camacho, O. y otros. Autocuidados en el postparto inmediato. Rol de enfermería. 1991. N° 157. Pág 35-38.
8. Beischer, N. Mackay, E. Obstetricia y Neonatología. Ed. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid, 1988.

PAPEL DE LA MATRONA EN LA PROFILAXIS Y DETECCIÓN PRECOZ DEL ESTREPTOCOCO β -HEMOLÍTICO

«Comunicación presentada en el V Congreso Nacional de Matronas.
Santiago de Compostela, 26, 27 y 28 de Octubre, 1995».

VICENTA GALLARDO REDONDO

M^a DOLORES FITO GARCES

ALBA NAVARRO

M^a ANGELES TOLEDANO

Cap. San Pere nord y Hospital Mutua de Terrasa.

El estreptococo *Galactiae* del grupo B (Estreptococo B-Hemolítico EBH) es la causa principal de la sepsis neonatal (septicemia, meningitis, neumonía, etc.), desde las últimas décadas, afectando a 2-3/mil recién nacidos vivos.

En 1938 Frey ya lo describe por primera vez como germen patógeno humano, pero es a finales de los 60 cuando emerge como patógeno frecuente en infecciones neonatales y maternas.

Diferentes estudios demuestran que la incidencia y por tanto la morbilidad, va en aumento.

El reservorio natural de éste germen es el recto y se detecta en orina, flujo vaginal y en cérvix.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La septicemia por EBH puede presentarse con los patrones siguientes:

- **Sepsis muy precoz.** La infección ya se inicia intraútero, por tanto el recién nacido ya presenta síntomas desde su nacimiento, con cuadro grave de afectación pulmonar y en muchas ocasiones va acompañado de shock fulminante.

La morbilidad es de más de un 50% en los pre-términos.

CLINICA

**Inducción de parto prematuro y precipitado
clínica neonatal al nacimiento
mortalidad > 50% en preterminos**

**inicio en los 1os 5 días de vida
clínica progresiva,
con neumonía, sepsis y/o meningitis
mortalidad 20-30%**

- **Sepsis precoz.** Se inicia en los primeros días de vida del recién nacido, son cuadros de sepsis neonatal, meningitis o infecciones pulmonares caracterizados por dificultades respiratorias y colapso vascular, van asociados a complicaciones del parto: prematuridad, RPM, etc. Presentan una elevada letalidad, de un 20 a un 30%.

- **Sepsis tardía.** El neonato nace asintomático y la infección se inicia de los 10 días a los 3 meses de vida, son cuadros

de meningitis asociados o no a sepsis con una letalidad menor, del 10 al 20%.

Esta enfermedad es frecuente en hijos de madres sin anticuerpos tipo específicos, anti-estreptococo B-Hemolítico, la ausencia de anticuerpos facilitaría la colonización y la invasión del feto o recién nacido.

**asintomático al nacimiento
inicio de los 10 días a los 3 meses
frecuente meningitis, con o sin sepsis
letalidad menor (10-20%), alta morbilidad**

**la infección neonatal por EGB es más
frecuente y grave en hijos de madres con
un déficit de anticuerpos tipo-específicos**

¿Cuál es la vía de transmisión de este germen que tiene personalidad propia?

- Vertical
- Intraparto.

La transmisión dependerá de: la transmisión al recién nacido es vertical y la tasa de esa transmisión dependerá:

- *Factores del germen* (intensidad de colonización o colonización múltiple por vagina, recto o cérvix).
- *Factores del recién nacido* (edad gestacional). Mayor transmisión vertical cuanto menor sea el recién nacido.
- *Complicaciones obstétricas*: FIP, RPM, Rotura prolongada de más de 12 horas.

La transmisión dependerá:

**intensidad de colonización
colonización múltiple**

edad gestacional : pretérmino

**fiebre intraparto
R. prematura de membranas
R. prolongada >12 h.**

¿Qué podemos hacer para intentar disminuir la morbilidad y mortalidad por EBH?. Deberíamos dirigir nuestros esfuerzos hacia el diagnóstico precoz, pues es en el diagnóstico precoz, donde nosotros tenemos un papel importante, desde las consultas de atención primaria, durante el control de la gestación, realizando cultivos vaginales y rectales a las 34-36 semanas de embarazo.

Más tarde en la sala de partos seguiremos un control exhaustivo incidiendo en aquellas actuaciones que pueden reportar un mayor riesgo a los neonatos: menor manipulación, retardo en la amniorrhexis artificial y en el control de factores de riesgo en el trabajo de parto.

El único dato que nos es absolutamente útil para poder orientar hacia la posible infección, es el conocimiento de esta bacteria patógena y transmisible, que anida en el recto y en el canal genital de la madre.

Este conocimiento nos permitirá intentar profilactizar la enfermedad.

La detección de gestantes portadoras y la profilaxis antibiótica intraparto, han demostrado ser efectivas para disminuir la tasa de infección neonatal y la morbilidad infecciosa materna postparto.

EBH (estreptococo b-hemolítico)

- **causa principal de sepsis neonatal**
- **afecta a 2-3 /1000 RN vivos**
- **incidencia y morbilidad en aumento**
- **reservorio natural : recto**
- **detectable en orina, flujo vaginal, cervix**

Ya conocemos la bacteria, conocemos su virulencia y como la incidencia de la infección va en aumento.

Nuestro hospital registró un pico en Noviembre de 1994 de un 8% en los recién nacidos. Se investiga en todo el año 1994 y se detecta una incidencia global de:

- recién nacidos enfermos con cultivos centrales positivos: 5/1000.
- recién nacidos enfermos con cultivos externos positivos: 12/1000.

Nos preguntamos cuál puede ser la causa, y la Comisión de Infecciones del Hospital se plantea un estudio para intentar detectar el porqué de esa gran incidencia.

PROTOCOLO DEL CENTRO

Objetivo: disminución de la tasa de infección neonatal por EBH.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Mary Pylimow and Coll. Profilaxis selectiva intra-parto de la colonización de estreptococos del grupo B. Manejo y evolución de los recién nacidos. Pediatrics (ed. Espoc). Vol. 37. N° 4. 1994.
2. B.S. Salcedo y Coll. Diagnóstico precoz y profilaxis de la septicemia neonatal por EBH del grupo B. Obstetricia y Ginecología 25 años, Pg 181-193.
3. Guidelines for prevention of group B-Estreptococcol (GBS), infection by chemoprophylaxis. Committee on infections diseases and committee on fetus and newborn. Pediatrics. Vol 90. N° 5 Noviembre, 1992.
4. Garland S.M. Group B Streptococcus (GBS) and neonatal infections. The case for intrapartum chemoprophylaxis. Obstetric and Gynecologiz. 1991. Vol 31. Pg. 119-122.
5. P. García-Martos y coll. Colonización vaginal por Streptococcus agalactiae en mujeres sintomáticas.

Finalidades de la recogida de datos:

- conocer la tasa de portadoras de la zona (que no conocíamos)
- fiabilidad de la detección rápida (infectada con EBH)
- incidencia de los factores de riesgo
- efectividad de la profilaxis intraparto por EBH

PROTOCOLO PROFILAXIS EBH

Embarazo: cultivo vaginal y rectal a las 34-36 semanas de embarazo.

Parto:

- Cultivo vaginal más determinación rápida por EBH antes del primer tacto.
- Determinar factores de riesgo.
 - * Pretérmino < de 37 semanas
 - * FIP > de 37,5° C.
 - * RPM > de 6 horas
 - * Embarazo múltiple
 - * Antecedentes de hermano afectado de EBH.
 - * Colonización conocida.
- Tratamiento antibiótico ante colonización positiva o desconocida por EBH
- Recogida de factores con posible relación:
 - Antecedentes APP.
 - Número de tactos pre y post-amniorrhexis
 - Tipo de parto.
 - Tipo de registro fetal.

PROTOCOLO PROFILAXIS EBH

Cultivo vaginal y rectal a las 34-36 semanas

Cultivo vaginal + determinación rápida para EBH

Factores de riesgo : pretérmino < 37 sem., fiebre intraparto > 37,5°, RPM > 6 h., embarazo múltiple, antec. hermano afecto de EBH, colonización conocida por EBH

Tto Antibiótico ante colonización + o desconocida por EGB

Recogida de factores con posible relación : antec. APP, nº de tactos pre y post-amniorrhexis, tipo de parto y tipo de registro fetal.

CONCLUSIÓN

Múltiples estudios han demostrado la validez de la profilaxis antibiótica en la transmisión vertical por EBH, el despistaje de las gestantes portadoras antes del parto es esencial. Para conseguir resultados positivos todos nosotros debemos conocer el problema.

OPCIONES EN LA APLICACION DE SUTURAS ORGANICAS Y SINTETICAS

CARMEN RUIZ VIDOY (matrona)

ASUNCION LOPEZ-SAEZ Y LOPEZ DE TERUEL (matrona)

Hospital General Básico "Santa Ana" Motril, Granada.

OBJETIVOS

Validación de un nuevo tipo de hilo de sutura para la episiorrafia: VICRYL RAPID.

MATERIAL

Se estudia el proceso de cicatrización en la episiotomía de 80 pacientes distribuidas de forma aleatoria en dos grupos. Al primero de ellos compuesto de 40 pacientes, se le aplica una sutura de CATGUT; y al segundo grupo igualmente de 40 casos una sutura VICRYL RAPID.

Criterios de exclusión:

- Multiparidad.
- Infección vaginal demostrada.
- Rotura prematura de membranas.
- Diabetes.
- Registro cardiotocográfico con alteraciones en FCF.
- Parto instrumental.
- Macrosomía.

METODO

Se realiza un estudio aleatorio prospectivo, comparando el proceso de cicatrización obtenido con ambos tipos de sutura.

En todos los casos la episiotomía y evolución posterior fue realizada por la misma Matrona.

TECNICA

- Incisión (episiotomía), medio-lateral, implicando desde la horquilla perineal hacia el perineo a 45° de la línea media, seccionando piel, tejido subcutáneo y músculos (vulvo cavernoso, isquiocavernoso, y superficial transversal del periné en su unión central).
- Episiorrafia: Se comienza suturando vagina con una sutura continua, seguidamente se suturan plano muscular

profundo y superficial con puntos sueltos, terminando con suturar piel perineal con puntos sueltos anudados con un seminudo doble y un segundo nudo sencillo.

En todos los casos se trató de pacientes que acudieron al hospital en fase activa de parto y a unas que se les realizó un número similar de tactos vaginales. Se les aconseja reducir su movilidad y aumentar su higiene personal según nuestro protocolo, así como la toma de medidas para evitar el estreñimiento.

REVISION DE LA MUESTRA

Se les realiza un mínimo de tres visitas puerperales a cada paciente: a las 24 y 48 horas tras el parto durante su hospitalización y a los 10 días en su domicilio.

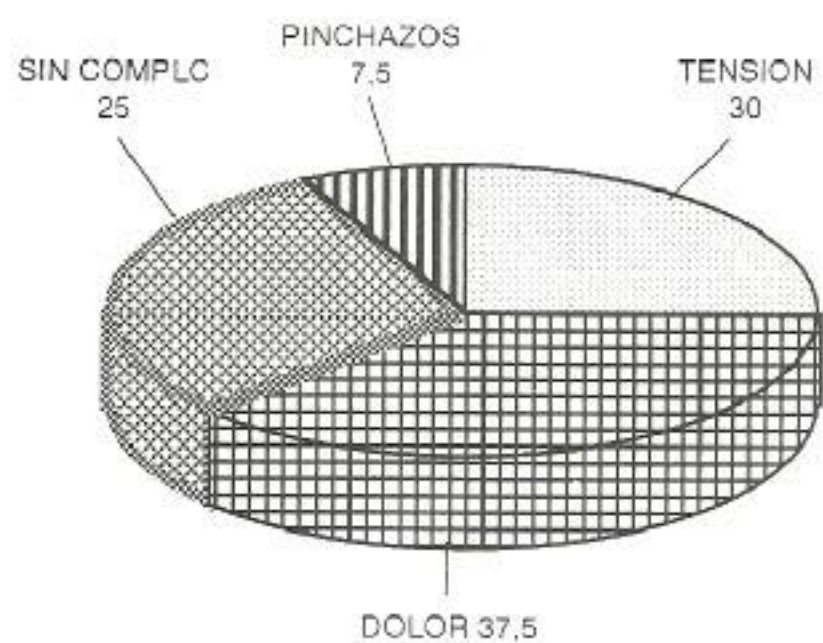
Igualmente se realizó control telefónico al 5° y 15° día postparto. Durante los controles se valoró la existencia de: MOLESTIAS (en forma de dolor, tirantez y pinchazos), PATOLOGIA (en forma de fiebre, induración, hematoma e infección) y finalmente la aparición de DEHISCENCIAS (totales, parciales, o separación cutánea) antes del 7° día del parto.

CONCLUSIONES

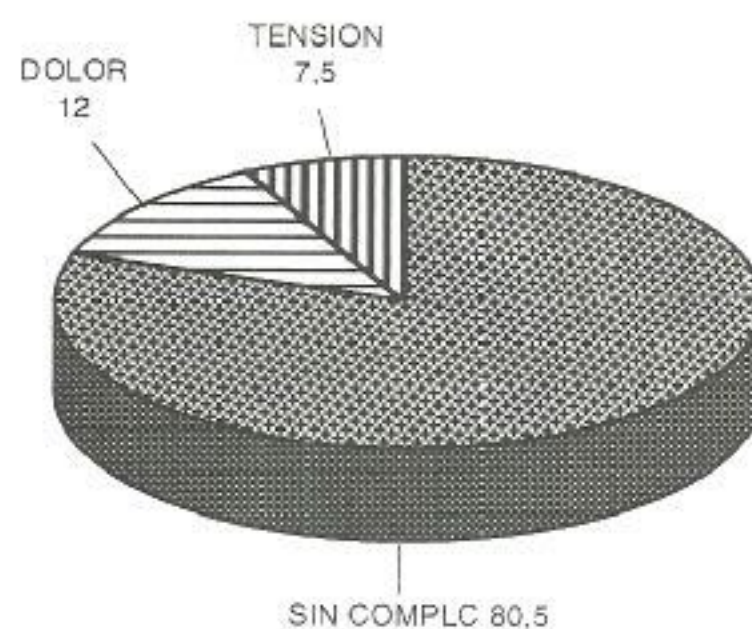
La elección y el uso de un hilo de sutura que sea apropiado y esté garantizado como el idóneo para la realización de la técnica episiorrafia, nos llevó a comparar dos hilos de sutura distintos: uno de uso habitual en nuestro hospital CATGUT y otro de nueva aparición denominado VICRYL RAPID.

Según los resultados podemos asegurar que la diferencia en cuanto a dehiscencias se presenta, es entre ambos hilos poco significativa, por contra, las patologías observadas se encuentran aumentadas, aunque no de forma alarmante en el grupo de CATGUT; siendo de destacar una disminución importante en el grupo de las molestias en las pacientes suturas con VICRYL RAPID.

MOLESTIAS

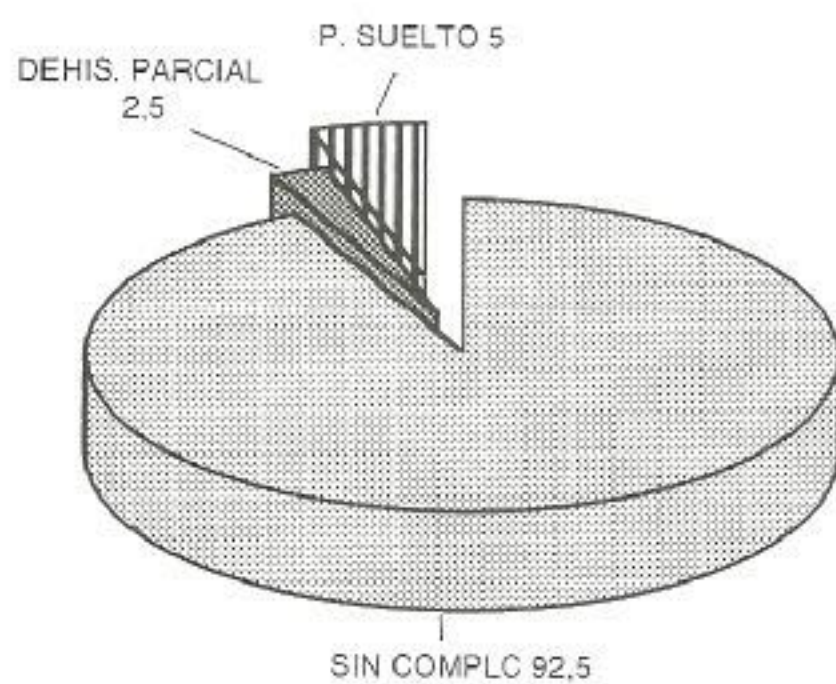


CATGUT 40 CASOS

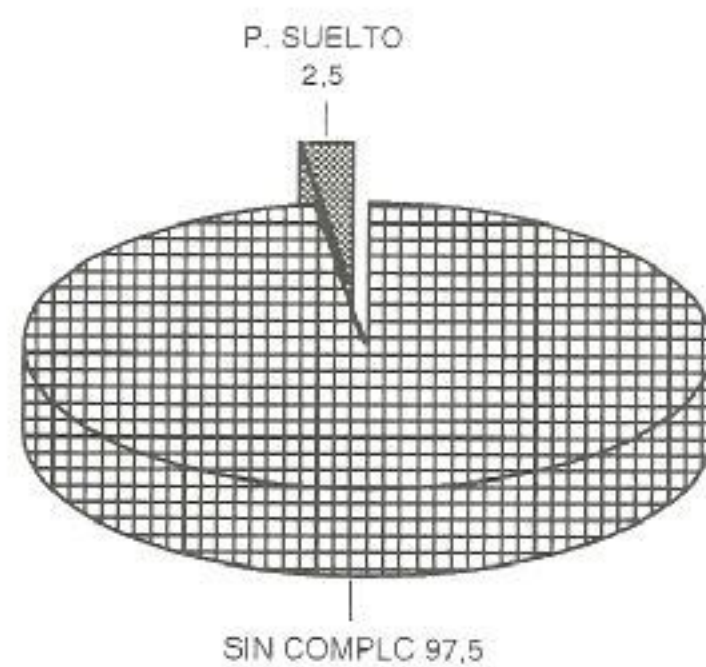


VICRYL RAPID 40 CASOS

DEHISCENCIAS

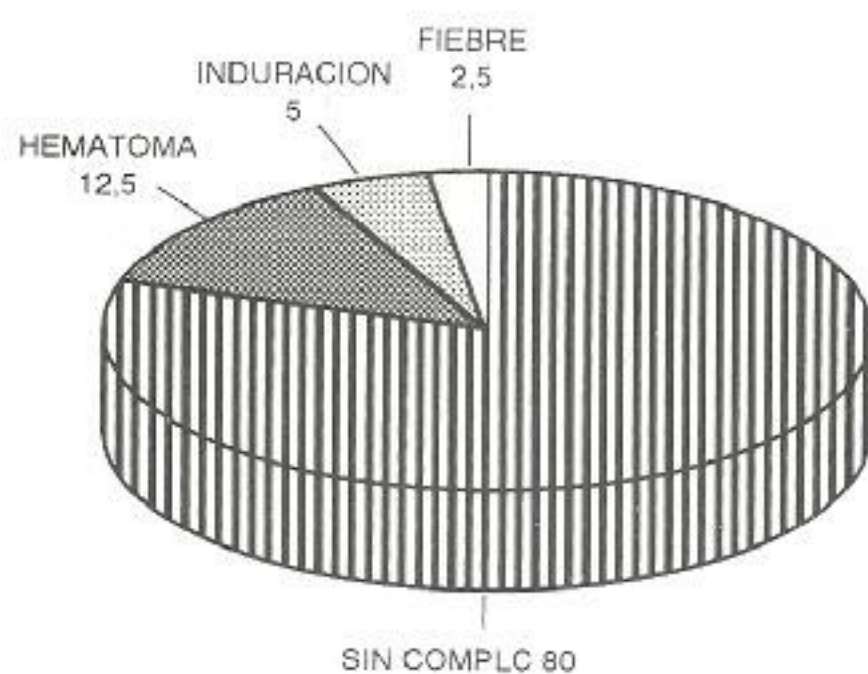


CATGUT 40 CASOS

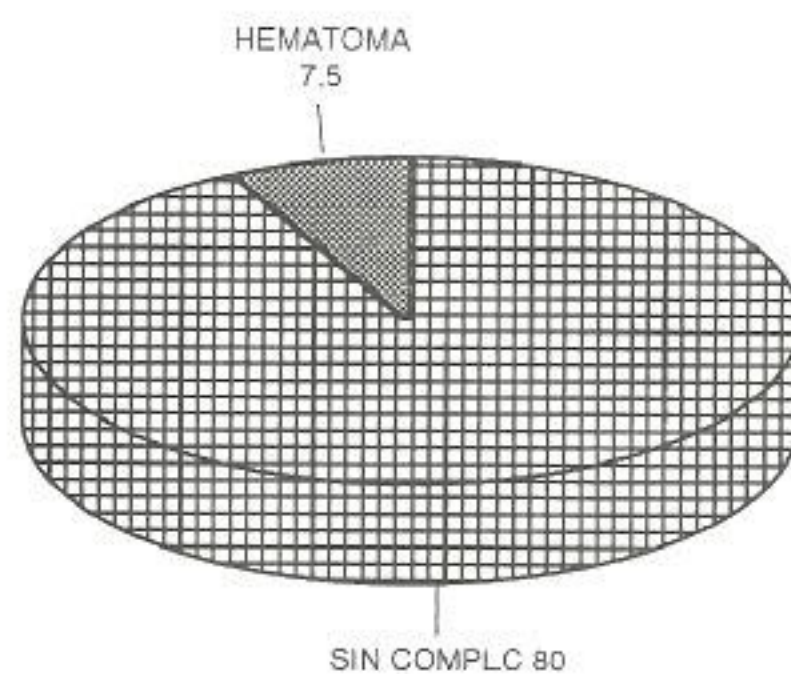


VICRYL RAPID 40 CASOS

PATOLOGIA



CATGUT 40 CASOS



VICRYL RAPID 40 CASOS

INCIDENCIA DE EMBARAZOS NO DESEADOS EN MUJERES QUE UTILIZARON METODOS ANTICONCEPTIVOS: ESTUDIO DE CASOS

" Comunicación presentada en el V Congreso Nacional de Matronas, 26, 27 y 28 de octubre, 1996 Santiago de Compostela

TERESA ORTIZ MARTINEZ

Matrona Atención Primaria. Profesora Universidad de Las Palmas, dpto. Enfermería.

M^a DEL PINO MARTINEZ RODRIGUEZ

DUE. Profesora Universidad de Las Palmas, dpto. Enfermería.

CRISTINA CHAS BARBEITO

DUE. Hospital General de Lanzarote. Profesora Universidad de Las Palmas, dpto. Enfermería.

EDUARDO NUÑEZ GONZALEZ

Matemática. Profesor Universidad Las Palmas.

RESUMEN

El interés que suscita hoy en día la educación sexual no sólo es debido a la preocupación por la existencia de enfermedades de transmisión sexual consideradas letales, sino también por la alta incidencia de embarazos no deseados.

Basándonos en estos hechos, hemos realizado el presente estudio, partiendo de las siguientes premisas:

1^a Muchas mujeres desconocen la correcta utilización de los distintos métodos anticonceptivos.

2^a Este desconocimiento está relacionado directamente con la aparición de embarazos no deseados. La muestra de este estudio se tomó de las historias obstétricas de tres zonas básicas de salud de la isla de Lanzarote, lo que abarca el 60 por ciento de la población femenina fértil de la isla.

Los resultados obtenidos muestran que el método anticonceptivo más utilizado es la anticoncepción hormonal oral (ACHO), seguido por el preservativo masculino.

También se observó que los embarazos no deseados en mujeres que utilizaban ACHO, estaban estrechamente relacionados con la aparición de efectos secundarios y el consiguiente abandono del anticonceptivo, sin optar por la utilización de otro método alternativo.

Por otra parte se observa que la proporción de embarazos no deseados es mayor en el grupo que utiliza otro método distinto al de la ACHO y siempre relacionado con el uso incorrecto del mismo.

PALABRAS CLAVE

Anticoncepción. Embarazos no deseados. Educación sexual.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de embarazos no deseados es uno de los criterios de resultados que se establecen para determinar el éxito de los programas de educación sexual. Estos en la actualidad ofrecen a la población una amplia gama de métodos anticonceptivos, aportando así estrategias de prevención de embarazos no deseados.

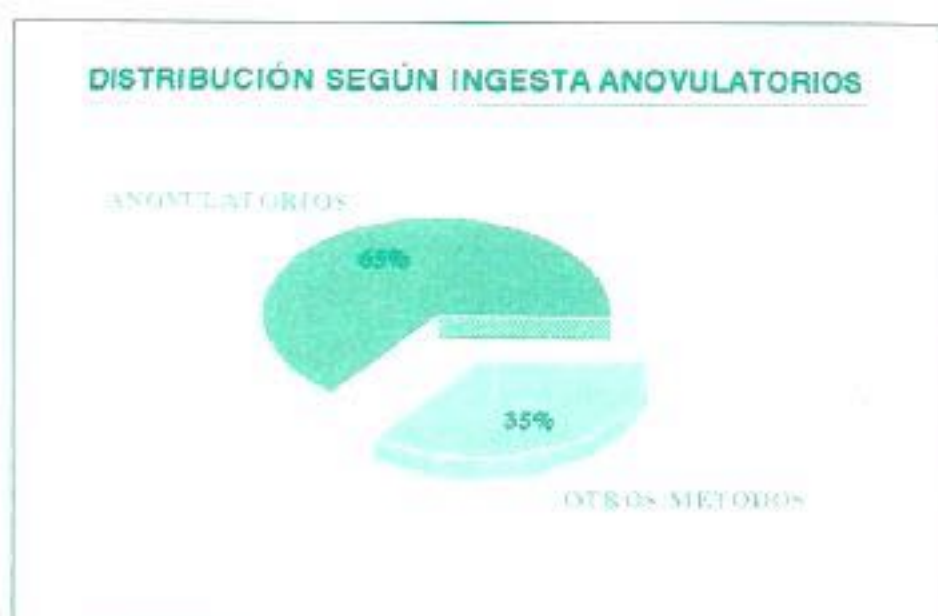
El presente estudio pretende demostrar que a pesar de que la población conoce los diferentes métodos anticonceptivos, no está suficientemente instruida en cuanto al correcto uso de los mismos. Para ello estudiamos la incidencia de embarazos no deseados en una población de mujeres embarazadas y su relación con los distintos métodos anticonceptivos que utilizaban con anterioridad al embarazo, a su vez se observó si existía una diferencia entre las que habían utilizado anticoncepción hormonal oral y las que habían utilizado otros métodos anticonceptivos.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo sobre el total de historias clínicas (N=884), de mujeres embarazadas que acuden a la consulta de atención

a la mujer en las zonas básicas de salud que comprenden los centros de atención primaria de Arrecife I, San Bartolomé/Tinajo y Tegui y que abarcan al 60 por ciento de la población femenina fértil de la isla de Lanzarote. La procedencia de las mujeres era de ámbito rural y urbano.

El trabajo de campo se llevó a cabo sobre una muestra aleatoria simple de las historias de las mujeres que acudieron a la consulta en periodo comprendido entre agosto de 1992 y diciembre de 1994. Se establecieron dos grupos de estudio: las que habían utilizado ACHO que abarcaba el 65 por ciento de la muestra y las que habían utilizado otros métodos anticonceptivos, que constituían el 35 por ciento (gráfico I).



Se estudiaron las siguientes variables: edad, uso de anticonceptivos, tipo de anticonceptivos usado, efectos secundarios y tipo, deseo o no de embarazo y fallo en el uso de anticonceptivos.

Para el tratamiento de los datos se emplearon cálculos estadísticos básicos, distribución frecuencial, tablas de contingencia y test de asociación de variables cualitativas. El proceso y explotación de datos se realizó con el paquete informático R-Sigma y el tratamiento gráfico mediante el programa HG-3.0.

RESULTADOS

La edad media de mujeres fue de 27,23 años, con un rango de edades que abarcaban desde los 15 a los 46 años, que se corresponde con el periodo fértil de la mujer, ya que se trataba de mujeres embarazadas en el momento de la consulta.

La frecuencia de edades siguió una distribución casi normal con un discreto sesgo hacia la juventud (gráfico II).

El 36 por ciento de las mujeres que habían tomado ACHO, refería algún tipo de efecto secundario (gráfico III), frente al grupo que utilizaba otros



métodos anticonceptivos no hormonales, en que los efectos secundarios afectaban al 4 por ciento, utilizando el test de Fischer tanto para una como para dos colas se daban magnitudes del orden de 10 elevados a -30, lo que denotaba una clara interdependencia entre la ingesta de anovulatorios y los efectos secundarios.



Entre los efectos secundarios referidos en el grupo de mujeres que habían tomado ACHO, aparecieron por orden de frecuencia: alteración del carácter, en el 32,72 por ciento, cefalea en el 8,73 por ciento, aumento de peso en el 8,38 por ciento. Otros efectos secundarios que aparecieron con menos frecuencia fueron: náuseas 1,92 por ciento, pérdida de peso 0,7 por ciento, edemas, congestión mamaria e hipertensión arterial.

Hay que destacar que la metrorragia, fue el único efecto encontrado que era mayor en el grupo que utilizaban otros métodos, 10,66 por ciento, que en el grupo que tomaban ACHO, 8,56 por ciento.

Al relacionar las variables edad y efectos secundarios mediante Chi Cuadrado, no se encontró una relación significativa por lo que la edad no constituye un factor relacionado con la aparición de efectos secundarios. Sin embargo se aprecia una eleva-

ción de la incidencia de embarazos no deseados en las edades extremas (gráfico IV).



La proporción de embarazos no deseados en el grupo que utilizaba otros métodos fue del 59,03 por ciento, mientras que en el grupo que habían tomado ACHO, fue del 28,27 por ciento, aún siendo este grupo el que más efectos secundarios presentaba (tabla 1).

TABLA 1
EMBARAZOS NO DESEADOS
ANOVLATORIOS Y OTROS METODOS

	ANOVLATORIOS	OTROS METODOS
USAN	65%	35%
EMBARAZOS NO DESEADOS	28,27%	59,035

Por otra parte relacionando los embarazos no deseados y los diferentes métodos no hormonales, obtuvimos que con el coitus interruptus aparecían un 62 por ciento de embarazos no deseados, con el preservativo masculino un 49,47 por ciento y con el DIU un 35 por ciento (tabla 2).

TABLA 2
DESEO DE EMBARAZO Y UTILIZACION
DE OTROS METODOS ANTICONCEPTIVOS

	SI	NO
PRESERVATIVO	50,52%	49,47%
D.I.U.	64,15%	35,84%
COITUS INTERRUPTUS	37,83%	62,16%

COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Destacaríamos la importancia que debe tener la educación en anticoncepción desde edad temprana, dado que se observa un sesgo de embarazos en las mujeres más jóvenes.

Por otro lado se confirma que el método anticonceptivo más efectivo sigue siendo la anticoncepción hormonal oral, aún siendo el que más efectos secundarios presenta, los cuales inducen al abandono de dicho método con la constante aparición de embarazos no deseados. en este caso creemos que se debe instruir a la mujer en el uso de métodos alternativos en caso de que aparezcan dichos efectos secundarios.

En el grupo que utiliza otros métodos destaca el mal uso del preservativo, así como que el coitus interruptus sigue siendo utilizado como anticonceptivo pudiéndose demostrar que es donde más incidencia de embarazos no deseados se producen. En nuestra opinión, el personal sanitario debe hacer hincapié no sólo en la difusión de métodos anticonceptivos sino en su correcta utilización. Sería deseable que los programas de educación sexual que se establecieran desde atención primaria, incluyeran las instrucciones para el correcto manejo de los diferentes métodos anticonceptivos así como un seguimiento, con el fin de valorar si dicha utilización es adecuada.

INGESTA DE ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO

«Comunicación presentada en el V Congreso Nacional de Matronas.
Santiago de Compostela, 26,27 y 28 de Octubre, 1995».

TERESA DíEZ FERNÁNDEZ

Escuela Universitaria de Enfermería. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares Madrid.

ELENA RODRÍGUEZ SANTOS
M^a CRUZ FERNÁNDEZ LÓPEZ
ROCÍO GARCÍA PAGOLA
CARMEN ESPINO BLANQUEZ

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares Madrid

INTRODUCCIÓN

Conocer los patrones y hábitos de bebida de las mujeres gestantes tiene gran interés dado que los efectos teratogénicos del alcohol son importantes. Abarcan una constelación de síntomas, que constituyen un continuo desde la ausencia de los efectos nocivos, hasta el síndrome alcohólico fetal completo (SAF)(1). Se ha llegado a estimar que tanto como el 15% de las malformaciones congénitas podrían ser debidas a la exposición prenatal al alcohol(2) y podría llegar a ser la primera causa de retraso mental de origen conocido (3). Pero a menudo es difícil e incluso imposible atribuir al alcohol algunos defectos aislados y menores sobre el feto y recién nacido, dado que no llegan a conformar un síndrome característico. Existe una relación entre el SAF y la dosis de alcohol ingerida, especialmente en lo que se refiere a malformaciones y anomalías craneofaciales (4). El umbral a partir del que estas malformaciones aparecen con mayor probabilidad se sitúa entre los 75 y 85 gr. de alcohol absoluto por día, unas 6 unidades de bebidas diarias (4), entendiendo por unidades aquella cantidad de bebida alcohólica que contenga 12 gramos de alcohol. Pero cantidades mucho menores pueden asociarse con efectos nocivos detectables en neonatos y niños; así 120 a 140 gr. de alcohol absoluto por semana, parecen asociarse con menor peso y talla al nacimiento (5-6-7). Problemas de comportamiento en la infancia han sido asociados con una frecuencia significativamente mayor en aquellos nacidos de madres que ingirieron alcohol entre 150 y 200 gr. por semana (8-9).

Pero, ¿Cuánto alcohol beben las mujeres durante el período gestacional en nuestro entorno?. Esta cuestión es de difícil respuesta porque la ingesta de alcohol es, en general, un hábito no suficientemente reconocido, e incluso negado, cuando se pregunta abiertamente. La negación del hábito es aún mayor cuando la preguntada es una mujer gestante (10). La búsqueda de marcadores fiables de ingesta moderada de alcohol es un empeño seguido por multitud de investigadores y los actualmente disponibles solo son fiables para consumos de cantidades elevadas (11). El consumo moderado o discreto de alcohol no es reconocible por ningún marcador biológico con suficiente sensibilidad y especificidad (12), el hallazgo de uno adecuado sería de gran ayuda en el estudio del efecto de la ingesta alcohólica moderada sobre el feto y la vida postnatal.

Por otra parte, numerosos autores constatan que las preguntas entorno a la ingestión de alcohol durante la gestación, frecuentemente no son planteadas con suficiente claridad por los profesionales sanitarios que atienden a gestantes y éstos no inciden suficientemente en animar hábitos saludables al respecto

(10-13-14). Esta falta de información se traduce en el apreciable número de gestantes que desconocen todo lo referente al SAF y así en U.S.A., un estudio reciente demostraba que tan solo el 41% de las mujeres encuestadas tenían conocimiento adecuado del síndrome, (un 32% en niveles educativos bajos y un 61% en niveles de educación superior)(15).

Por la gran cantidad de incertidumbre que encierra y por la importancia socio-sanitaria que el consumo de alcohol durante la gestación tiene, el estudio del efecto del alcohol sobre el feto es apasionante. El objeto del trabajo que presentamos ha sido poder conocer, de forma siquiera aproximada, la magnitud de la ingestión de alcohol durante la gestación en nuestro entorno asistencial y establecer comparaciones con otros estudios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Elaboramos una encuesta con 35 preguntas en la que, entre otras cuestiones, se interrogaba sobre el consumo de bebidas alcohólicas antes y durante la gestación actual, a mujeres gestantes en su tercer trimestre de embarazo, en una consulta de fisiopatología fetal. La encuesta era respondida con las mujeres de forma anónima, mientras se estaba procediendo a un registro cardiotocográfico por motivos obstétricos. La mujer respondía simplemente señalando con una X en recuadros al efecto. En ningún momento tenía que escribir trazo alguno ni cualquier dato que pudiese identificarla. Finalmente y tras responder al cuestionario, la mujer introducía el mismo en un sobre que, cerrado, era introducido por ella misma en una urna debidamente sellada. En la encuesta se hacían preguntas en torno a otros hábitos, cuyo fin principal era el que las mujeres no identificasen exclusivamente dicho cuestionario con el alcohol, el diseño del cuestionario y el método en que se instaba a su respuesta trataba de inducir el máximo de confidencialidad, de modo tal que, el producto final se basara en la máxima sinceridad de la mujer encuestada.

Creímos necesario incluir entre el total de preguntas planteadas las que en el cuestionario CAG (16) han sido válidas como más sensibles para identificar a personas que pudieran tener problemas con el alcohol y son: 1) ¿Ha sentido en alguna ocasión que tiene que dejar la bebida?. 2) ¿Le han molestado otras personas criticando su modo de beber?. 3) ¿Ha tenido algún sentimiento de culpa o se ha sentido mal a causa de su modo de beber?. 4) ¿Bebe por las mañanas?.

Existía un apartado en el que se trataba de obtener la cantidad aproximada de bebida alcohólica ingerida considerando trago, copa o unidad de bebida alcohólica, la cantidad de 12 a 15 ml de

alcohol absoluto (cantidad contenida en una lata de cerveza de 330 ml, una copa de vino [120 ml], una copa de licor, un combinado o un martini)(10). Se diseñó una tabla de modo tal que la mujer debía responder señalando el número de unidades de alcohol por día, semana o mes. Siguiendo a Pietrantonio (10), clasificamos como bebedora leve-intermedia la que confiesa beber más de una unidad por mes, pero menos de una unidad por semana; moderada aquella que bebe tres unidades por semana y una al día; e intensa aquella que reconoce beber al menos dos unidades al día o seis unidades en una sola vez.

RESULTADOS

Se instó a 155 mujeres a rellenar el cuestionario. Se obtuvieron 147 encuestas. La edad de las mujeres que respondieron fue 28'4 años + 4'8 (de 18 a 41 años). Los resultados mas destacables se exponen en las tablas I y 2 y Figura 1.

TABLA I
Resultados principales de la encuesta
"Ingesta de alcohol durante el embarazo"

(Resultados en %)	Sí	No
¿Bebió antes gestación?	46,9	53,1
¿Bebió durante gestación?	24,66	75,34
¿Fumó antes?	64,5	35,4
¿Fumó durante?	34,2	65,7
¿Consumió drogas antes?	1,38	98,6
¿Consumió drogas durante?	0,6	99,3

Del total de 36 mujeres que confesaron haber bebido en algún momento durante la actual gestación, solo 26 respondieron a la pregunta acerca de si habían abandonado tal consumo en algún momento del embarazo. De estas 26, 10 afirmaron haber abandonado dicho hábito durante el curso del mismo (38'5%), mientras que 16 no lo abandonó (61'5%). El momento de abandono de la ingesta de bebidas alcohólicas fue de 3'8 meses + 1'75. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que confesaron cualquier ingestión de alcohol antes de la gestación (68 mujeres de 29 años + 4'8) como durante la

TABLA II
Algunas referencias bibliográficas sobre consumo
de bebidas alcohólicas en mujeres,
antes y/o durante el embarazo

AUTOR	MUESTRA (Número)	%BEBEN ANTES	%BEBEN DURANTE
Daly	100	89	78
Godel	162		34
Kapamadzija	350	61	47
Serdula	1712		25
USA, 1988	9953	45	21
Alcalá Henares	147	47	25

misma (36 mujeres de 29'1 años + 5'2), ni entre las que negaron el consumo antes (77 mujeres de 27'7 años + 4'6), o durante la gestación (110 mujeres de 28 años + 4'6).

La cuantía de la ingestión de alcohol en cualquier momento (antes o durante del embarazo actual), solo fue referida por 19 mujeres (12'8%). Se estas 19 mujeres solo 5 reconocían beber 7 o más unidades por semana (3'3% del total), pero sin llegar a 2 unidades al día, es decir, que las restantes afirmaban no beber más de 1 unidad al día. Ninguna de las mujeres que aportan datos respecto de la cuantía de su consumo, pudo ser clasificada entre las bebedoras intensas y tan solo un 8'7% podría clasificarse entre las bebedoras moderadas. Debemos destacar que una proporción que bebieron antes y/o durante la gestación, no hicieron especificación sobre la cantidad.

DISCUSIÓN

La incidencia del SAF podría estar aumentando, en U.S.A. desde 1979 a 1993, la frecuencia de casos codificados con el 760.71 se ha cuadruplicado, y en éste último año se estima que entorno a 7 casos por cada 10.000 nacidos vivos (17). Existen serias dudas acerca de si este incremento es real o existe una mayor conciencia del problema por parte de obstetras y pediatras, que aplican el código 760.71 de la clasificación internacional de enfermedades (ICD-9) a un mayor número de neonatos, cuyas madres reconocen cualquier ingestión de alcohol durante la gestación. No obstante se estima que, en U.S.A., el 19% de las gestantes beben 10 unidades por semana o más (18), cantidad que, de un modo u otro, puede inducir efectos adversos en el feto.

En España, de modo similar, es difícil cuantificar el problema del consumo de alcohol durante la gestación. Es probable que no sea de escasa importancia, en un país en el que la incidencia de alcoholismo y la tasa de bebedores habituales es de las más elevadas del mundo(Séptimo país consumidor de vino), y en un momento histórico en el que la juventud no parece estar ajena a este ancestral hábito, sino más bien todo lo contrario. Según el CIS, en España, en 1992, el 60% de la población de 18 años o más, había consumido alguna bebida alcohólica durante la semana previa a la encuesta(19). Actualmente se estima que en España unas 250.000 mujeres en edad fértil, tienen problemas con el alcohol (20). Si tenemos en cuenta estas cifras y su tendencia, deberemos concluir que el tema requiere una atención especial



Fig 1: Consumo de bebidas alcohólicas en mujeres gestantes. Estudio mediante encuesta. Los datos USA se refieren el estudio publicado por el National Maternal & Infant Health Survey; USA, 1988. (MMWR 1995, 44:261-263)

por parte de los profesionales sanitarios que atienden a la gestante y neonatos. Ya hemos señalado las dificultades para realizar un diagnóstico de SAF, dificultades que se incrementan notablemente por la ocultación que del hábito de beber suelen hacer las embarazadas. Los diferentes estudios que han tenido como objetivo descubrir marcadores biológicos de ingestión de alcohol sólo han fructificado cuando el sujeto estudiado era un gran bebedor. Para la ingestión moderada, no existen aún marcadores fiables. Ante este estado de la cuestión los estudios realizados en gestantes concluyen que es esencial la toma de conciencia respecto del consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo, de todos los profesionales implicados en su atención. Así, las embarazadas deben ser preguntadas con la máxima confidencialidad, en torno a esta costumbre, debiendo recomendarse la exclusión total de la misma, incluso desde los momentos previos a la gestación, ya que, como se ha dicho antes, el período crítico teratogénico es periconcepcional (4). Esta última recomendación no es intrascendente, especialmente si tenemos en cuenta que, como en nuestra muestra, las mujeres tienden a abandonar el consumo de alcohol ya completado el período embrionario.

No podemos dejar de reconocer que la modalidad de encuesta autocumplimentada no es un método que goce de elevada fiabilidad estadística, según los estudios de los expertos (21), pero puede ser mejorado. El que esto sea así, junto con la carencia de un marcador biológico para consumos moderados, no debe ser

motivo para el desánimo y la ignorancia del hábito de bebida en la anamnesis a las embarazadas, sino más bien todo lo contrario, abundar más en la necesidad de interrogar sobre el mismo y en desarrollar un elevado índice de sospecha respecto del alcohol como agente etiológico implicado en algunos problemas neonatales y postneonatales, de difícil explicación.

Otros estudios basados en encuestas se han realizado en gestantes en numerosos países. En la tabla 2 se citan algunos (22,23,24,25,26). Como vemos los resultados de nuestra encuesta sitúan a la embarazadas españolas en cifras intermedias. Nos parece digno de mención las proporciones tan semejantes en nuestro estudio y uno recientemente realizado en U.S.A. sobre 9953 mujeres, lo que nos hace pensar en la similitud de costumbres sociales a este respecto entre las dos sociedades.

Finalmente queremos destacar como conclusiones que: 1. Una proporción significativa de mujeres beben alguna cantidad de bebida alcohólica durante la gestación, aunque no llegan a alcanzar niveles de consumo confesado de magnitud alarmante. 2. En un elevado número de casos las mujeres no responden de forma suficientemente informativa cuando se les hacen algunas preguntas respecto de sus hábitos de bebida. Creemos que el alcohol durante la gestación es un tema de importancia social y sanitaria de una mayor magnitud de lo que probablemente se estima y que merece mayor atención por parte de todo el personal de salud que atiende a la gestante y a su hijo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ernhart CB. Clinical correlations between ethanol intake and fetal alcohol syndrome. RECENT DEV ALCOHOL 1991;9(127):127-50.
2. Sokol, R. Alcohol and abnormal outcomes of pregnancy. Can med assoc J. 1981. 125: 143-148.
3. Sokol, R. Ager, R. Martier, S. Significant determinants of susceptibility to alcohol teratogenicity. Ann N.Y. Acad Sci. 1987. 477: 87-102.
4. Ernhart CB, Sokol, R. Martier, S. et al. Alcohol teratogenicity in the human: a detailed assessment of specificity, critical period, and threshold. Am J obstet Gynecol. 1987. 156: 33-39.
5. Ogston S.A. Parry G.J. EUROMAC. A European concerted action: maternal alcohol consumption and its relation to the outcome of pregnancy and child development at 18 months. Results-estrategy of analysis and analysis of pregnancy outcome. Int J. Epidemiol. 1992.
6. Larroque, B. Kaminski, M. Lelong, N. Et al. Folate estatus during pregnancy: Relationship with alcohol consumption, other maternal risk factors and pregnancy outcome. Eur J. Obstet Gynecol reprod biol. 1992. 43(1): 19-27.
7. Larroque, B. Alcohol and the fetus. Int J. Epidemiol. 1992.
8. Forrest, F. Florey, C.D., Taylor, D. McPherson, F. Young, J.A. Reported social alcohol consumption during pregnancy and infants' development at 18 months [See comments]. Bmj. 1991. 303(6793): 22-26.
9. Forrest, F. Florey, C.D., Taylor, D. Maternal alcohol consumption and child development. Int J Epidemiol. 1992.
10. Pietrantonio, M. Knuppe, R.A. Alcohol use in pregnancy. Clin Perinatol. 1991. 18(1): 93-111.
11. Sillanauke, P. The diagnostic of a discriminat score in the detecction of alcohol abuse. Arch Phatol Lab Med. 1992. 116: 924-929.
12. Halmesmaki, E. Roime, R. Salaspuro, M. Gamma glutamyltransferase, aspartate and alanine aminotransferases and their ratio, mean cell volume and urinary dolichol in pregnant alcohol abusers. Br J. Obstet Gynecol. 1992. 99(4): 287-291.
13. Smith, I.E. Coles, C.D. Multilevel intevention for prevention of fetal alcohol syndrome and effects of prenatal alcohol exposure. Recent Dev alcohol. 1991. 9(165): 165-180.
14. Clissold, T.L. Hopkins, W.G. Seddon, R.J. Lifestyle behaviours during pregnancy. N Z Med J. 1991. 104(908): 111-112.
15. Prevalence and characteristics of alcohol consumption and fetal alcohol syndrome awareness-Alaska, 1991 and 1993. MMWR. 1994. 43:3-6.
16. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. JAMA. 1985; 252:14.
17. Use of international classification of diseases coding to identify fetal alcohol syndrome. Indian health service facilities, 1982-1992. MMWR. 1995. 44:253-255.
18. Waterson, J. Murray-Lyndon, I. Screening for alcohol related problems in the antenatal clinica; and assessment of different methods. Alcohol alcohol. 1989; 24: 21-30.
19. Riaño, CL. Plan Nacional sobre Drogas. El Pais. Anuario de la Salud, la Medicina y la Sanidad. 1995:88.
20. Por cada heroinómano hay 40 alcohólicos. El pais. 1994, Lunes 7 de Noviembre: 25.
21. Harris, T. Wilsnack, R. Klassen, A. Reliability of retrospective selfreports of alcohol consumption among women: data from a U.S.A. national sample. J.Stud alcohol. 1994; 55:309-314.
22. Daly, S.F. Kiely, J. Clarke, T.A. Matthews, T.G. Alcohol and cigarettes use in apregnant irish population. I R Med J. 1992; 85(4): 156-157.
23. Godel, J.C. Pabst, H.F. Hodges, P.E. Johnson, K.E. Froese, G.J. Joffres, M.R. Smoking and caffeine and alcohol intake during pregnancy in a nothern population: effect on fetal growth. Can Med Assoc J. 1992. 147(2): 181-182.
24. Kapamadzija, A. Horbwatk [Alcohol in pregnancy]. Med Pregl. 1991; 48(1-2):41-44.
25. Serdula, M. Williamson, D.F., Kendrick, J.S. Anda, R.F. Byers, T. Trends in alcohol consumption by pregnant women, 1985 Through 1988. JAMA 1991; 265(7):876-879.
26. Sociodemographic and behavioral characteristics associated with alcohol consumption during pregnancy. U.S.A. 1988 MMWR. 1995; 44: 261-263.

DE COMADRONES, VIUDAS E INFANTICIDIOS: EL LADO OSCURO DEL ARTE OBSTRETICO

PURIFICACION FERNANDEZ-SALMERON (matrona)

ALBERTO SALAMANCA (ginecólogo)

Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario "San Cecilio" de Granada.

Con innumerables los documentos y obras de arte que han captado en toda su magnitud escenas de maternidad en las distintas culturas y desde tiempos remotos. Vienen a reflejar la práctica de la obstetricia por parte de las parteras, las diferentes posiciones utilizadas y los distintos tipos de instrumentos y equipamiento que se empleaban. En todas ellas aparece la figura femenina de la "comadre", como la definía Claudio Galeno (130-201 d.C.).

"Ego vero vidi multas indi mulieres histericas, id est uteris affectibus: nam priores faeminae artem medicam professae, a quibus nomen ipsum audiri potuit ita se ipsas nominare solebant".

De todos es conocido la lucha de los dos sexos a lo largo de la historia por dominar el arte de la Obstetricia y la Ginecología, y las astucias que ambos utilizaban para tal fin. Hervás y Panduro (1735-1809) señala que "antiguamente, una persona sola ejercitaba todas las funciones de la ciencia médica; y a estas pertenecía el arte obstetricia: cuya profesión entre los griegos antiguos pertenecía solamente a los médicos". Añade, poniéndolo en boca de Higino, que "los antiguos no tenían obstetrices; por lo que las mugeres morían de vergüenza no queriendo que en el parto asistiesen los hombres"⁽¹⁾.

La historia de la mujer griega Agnódice (s. III a.C.), recogida en un medallón que se conserva en la Facultad de Medicina de París, ejemplifica este punto. Agnódice, por sugerencia de su maestro Herófilo, se disfraza de hombre para ejercer la Ginecología y Obstetricia, vedado por las leyes atenienses, bajo pena de muerte, para las mujeres y siervos⁽²⁾.

Sin embargo, a partir de aquí, y en todas las culturas, el Arte de partear fue una actividad exclusivamente femenina hasta casi el siglo XVIII. En contraposición a la historia de Agnódice, el Dr. Werdt de Hamburgo fue perseguido y quemado en la hoguera en 1522 por atender un parto vestido de mujer⁽³⁾. Damián Carbón (finales del s. XV-1554) en su *Libro del arte de las comadres o madrinas y del Regimiento de las preñadas y paridas y de los niños*.

(1541) para quien "el oficio de comadres es ciencia o arte para obrar de sus propias manos". atribuía a problemas de honestidad y pudor la exclusión de los varones:

"Así como los médicos delegaron en los cirujanos las operaciones, vista la necesidad de las mugeres en el tiempo de su preñez y parir fue necesario por honestidad dexar estas cosas en poder de la muger"⁽⁴⁾.

No era este un tema superficial o de escasa importancia ya que muchos autores dedicaban su tiempo en disertaciones en favor o en contra de unos y otros. Particularmente durante la Ilustración española, la polémica alcanzó a personas ajenas a la sanidad, como el afamado astrólogo y matemático Diego de Torres Villarroel (1694-1770) o el benedictino Feijoo (1676-1764). El primero de ellos, manifestaba que, "los que me producen un temor rabioso entre susto y asco, enojo y fastidio, son los hipócritas, los aváros, los alguaciles, muchos médicos, algunos letrados y todos los comadrones"⁽⁵⁾. Pero no solo se contentaba con reconocer su odio hacia el comadrón, sino que los definía despiadadamente como:

"...vendimiadores de vientres, pasteleros de úteros, segadores de menstruos, hurones de pocilgas humanas y buzos de orines (...) rateros de la herramienta de parir, que han hurtado a las comadres sus trabajos y se han alzado con su oficio; que esta facultad en la Corte es hermafrodita, porque tiene ya macho y hembra..."⁽⁶⁾.

Contestando a esto, el gran escéptico Benito Jerónimo Feijoo argumentaba que:

"Las mujeres son ignorantísimas del arte, que para él se requiere. Mil lamentables casos están descubriendo cada día sus errores (...) es la enmienda de estos errores que muchas veces se ve ejecutar por un hombre hábil, después que la partera, o puso, o por lo menos dejó a las puertas de la muerte a la que entregó en sus manos (...) Más si se pusiese tomar providencia, para que las mujeres se instruyeran bien es este Arte, deberían ser excluidos enteramente de su ejercicio los hombres (...) Pretenderan algunos, que son menos aptas que los hombres para este ministerio. Pero ignoro en que pueden fundar esa menor aptitud..."⁽⁷⁾.

por su parte, el ya mencionado Hervás y Panduro apostilla:

"El arte obstetricia pide según razón y religión la persona más propia, qual es la muger, que no es menos capaz que el hombre para instruirse con toda perfección en su

¹ El abate don Lorenzo Hervás (1) cita a galeno al aludir al nombre de "comadres", en relación al mal hístico, también llamado mal de "madre".

limitada doctrina y práctica. Se permite y honre como es justo la profesión del arte obstetricia; se establezca escuela de ella en ciudades grandes, y la experiencia, verificando lo que prevee la razón, hará ver que las mugeres pueden hacer bien tal profesión".(1)

Englobada en el concepto general de la enfermería como "eminentemente femenina", la matrona requería, curiosamente con cierta semejanza entre las distintas culturas, no pocas ni rigurosas aptitudes y cualidades entre las que podemos citar: humanidad, bondad, autosacrificio, obediencia, altos principios morales, fervor religioso, y desde luego, por fin, habilidad y experiencia. Al parecer, las mujeres que mejor se acomodan a esta tipología eran las viudas. Ejemplo de ello son las conocidas matronas romanas de los siglos IV y V d. C., Marcela, Fabiola y Paula, que tras enviudar gozaban de la libertad social y legal para las labores caritativas propias de su oficio (8 y 9).

Se tiene conocimiento de doce matronas españolas del siglo XVIII, siete de Pamplona, cuatro del Reino de Granada y una de Madrid (10), de las que nueve eran viudas, una casada y dos solteras². Además, entre las condiciones que se exigían para aceptar la matrícula de parteras en la Facultad de Medicina de Cádiz durante 1868 a 1874, figuraba el "ser casada o viuda (las casadas presentaran licencia de sus maridos, y unas y otras justificaran buena vida y costumbres por certificación de sus respectivos párrocos)." (12)

En este sentido cabe mencionar a la profesora de la escuela de matronas de esta ciudad en 1876, Pilar Jauregui de Lasbembes, como pionera en las reivindicaciones de estas profesionales para que se permitiera a las jóvenes solteras mayores de veinte años el ejercicio de la profesión. (12)

Pero no sólo el sexo o el estado civil ocupan la otra cara de la historia de las parteras, sino que aparece un rasgo de tinte macabro, el auténtico lado oscuro del arte obstétrico. La comadrona bruja, hechicera, curandera, que mataba a niños. Testimonio de este aspecto nos lo presta el reputado e insustituible "manual de la caza de brujas", *Malleus maleficarum* (1448) de los sádicos inquisidores Heinrich Institor y Jakob Sprenger, que aconseja, que puede ofrecer el recién nacido al demonio, o bien matarle mediante la aplicación de ciertos ungüentos y otros métodos:

"Así, en la diócesis de Basilea, en la ciudad de Hann, una bruja que fue quemada confesó haber matado más de cuarenta niños del modo siguiente: una vez salidos del claustro materno, les clavaba una aguja en la cabeza, con la que les atravesaba el cerebro." (13)

El infanticidio podía cometerse por negligencia, como el caso de Ursula Kemp, comadrona y cuidadora de niños en Saint Osyth, que en 1582, estando a cargo de la hija de Grace Thurlaw "se cree que la Sra. Kemp la volcó de su cuna y se fracturó el cuello", siendo acusada de brujería y ejecutada en Chelmsford (Essex). En otras ocasiones "valiéndose de la fuerza bruta, trucos, y procedimientos hipnóticos" o por envenenamiento, como lo ocurrido con Margaret Stothard, que adquirió fama de bruja siendo condenada a muerte en 1662 en Newcastle (14).

En nuestro país, un edicto del conde de Campomanes, recibido en el Consejo de granadino en 1783, alertaba a la población de que "por el descuido o ignorancia de las comadres o parteras, nacen quebrados muchos niños, en las provincias de Burgos, Palencia, León y otras" mientras algunas comadres eran ahorcadas por la Inquisición por practicar abortos (15). Algunas anomalías congénitas podían perder la buena reputación a la matrona, como ciertos casos de onfalocoele. Fredericus Ruysch (1638-1731) en sus *Observationes Anatomico-Chirurgicarum* (1691) echa una mano, esta vez no al cuello, e indica que esta anomalía nunca debe atribuirse a un error del asistente al parto (16). La preocupación por la impericia en la práctica diaria y sus graves consecuencias originó en nuestro país el desarrollo de una Ley, de 21 de julio de 1750, que señalaba la obligatoriedad de pasar un examen a las futuras parteras (17). Se comenzaba a reglamentar una profesión tachada de ignorancia y superstición durante siglos.

Ottavia Niccoli (18) recoge importantes referencias de las crónicas italianas de los siglos XIV y XV, e impresiones de autores como Scipione Mercurio (1618), Diodato da Cuneo (1760) o R.W. Malcolmson (1977)³, que señalan a las comadronas como ejecutoras de los infanticidios de los seres deformes y monstruosos que ellas mismas ayudaban a nacer, ahogándolos inmediatamente, siguiendo tácitamente y difundida costumbre, y ante una madre espectadora pasiva que se verá liberada así del maleficio.

Según esta autora, Lievin Lemnes (*Occulta naturae miracula*) relata que una criatura deforme "tenía el cuello ancho y redondo, el hocico torcido y corvo, los ojos espantosos y brillantes, la cola puntiaguda y los pies muy veloces", nacida con gemelo lastimada por ella y ahogada después del parto por las parteras; éstas "cogiendo unas almohadas, se las echaron encima y lo ahogaron" (18).

Frecuentemente, se exageraban y deformaban las descripciones de tales malformaciones monstruosas cargando de tintes fantásticos para así justificar e incluso autorizar su muerte. La "picaresca" iba a más en los casos en que el recién nacido no podía catalogarse como criatura entre "ani-

² Los datos de las siete navarras proceden de Jesús Ramos Martínez (11), y los de las granadinas de Teresa Ortiz (10), obtenidos según datos de los libros de Vecindario del Catastro de Ensenada.

³ Scipione Mercurio. *La commar3e oricoglatrice [...] divisa in tre libri*. Milano: Bidelli 1618.

Diodato da Cuneo. *Notizie fisico-storico-morali conducenti alea salvezza de' bambini nonnati, abortivi e projeti*. Venezia: 1760.

R.W. Malcolmson. Infanticide in the Eighteenth Century, in *Crime in England 1550-1580*. J.S. Cockburn (ed.). London. 1977.

malesca y diabólica", resolviéndose la situación con argumentos tales como "por error una partera le torció uno de los cuellos" a una niña de dos cabezas nacida en Milán (recogido por Niccoli -16- de I.G. Schenck, *Monstrorum historia memorabilis, monstrosa humanorum partuum miracula*, 1609).

Y en la Biblia aparece el antecedente de la figura de la comadre ejecutora de niños, cuando el rey de Egipto mandó a las parteras de los hebreos, Séphora y Phúa, matar a todos los recién nacidos varones, aunque en este caso la negación fue su respuesta" y, en agradecimiento, Dios edificó casas" (19). La extensión de infanticidio a fetos y embriones intrauterinos nos lleva a tocar, aunque sea brevemente, el tema de la inducción del aborto, mediante brebajes, magias y hechicerías, y en casos menos sutiles, "haciendo que las comadronas salten sobre el vientre de la mujer hasta matar al feto, y a menudo también a la madre" (20).

Paralelamente a estas actividades surgía el problema teológico-jurídico sobre el bautismo del ser monstruoso y del producto de aborto y molas, aparte realizado por las matronas en casos de urgencia, alcanzando tanta importancia que, tras los Sinodos Diocesanos posteriores al Concilio de Trento (1545-1563), se tendía a incluir en los

manuals de instrucción para matronas las normas específicas con respecto al bautismo de abortos, monstruos y ostentos (18), así como "a los párvulos cuando pelagra su vida" (12). Una documentada revisión del tema la ofrecen en esta misma revista Manuel J. García et al. (21). La costumbre alcanzó hasta este mismo siglo, siendo recogidas, por ejemplo, en el manual de F. Orengo de 1949 (22).

A pesar de todo, la/el matrona/o, entregada con abnegación a su trabajo, sigue cumpliendo una función básica e insustituible en cualquier sociedad. Michel de Montaigne (1533-1592), citando a Sócrates, señala que el desprendimiento es tal en las parteras que "al abrazar la profesión de ayudar a engendrar a los demás, abandonan la profesión de engendrar ellas" (23). El "lado oscuro" que, sucintamente, hemos querido compartir con vosotros, no es una mancha en la historia, sino más bien una responsabilidad histórica que, en aquellos momentos, hubieron de asumir nuestras colegas y a quienes, desde luego, debemos agradecer su incesante lucha, "ayudando y favoreciendo con su socorro a los engendrantes, abriendo su naturaleza, engrasando sus conductos, facilitando la salida de la criatura, juzgando sobre ella, bautizándola, educándola, fortaleciéndola, vistiéndola y circuncidándola..."

BIBLIOGRAFIA

1. Lorenzo Hervás y Panduro. *Historia de la vida del hombre*. Madrid. Aznar. 1789. Tomo II, libro IV, cap. III, p. 225.
2. Miguel Angel Arribas. "de la diosa Isis a la mortal Agnódice". *Noticias Médicas* nº3550. Sept.1994. págs. 57-58.
3. M. Patricia Donahue. *Historia de la enfermería*. Barcelona. Doyma. 1985 p. 182.
4. Damián carbón. *Libro del arte de las comadres y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños*. Mallorca 1541. ff.X y XI
5. Diego de Torres Villarroel. *Vida de ...* 1743 Madrid. Taurus 1985. p. 163.
6. Diego de Torres Villarroel. *Visiones y visitas con D. Francisco de Quevedo*. 1727 Madrid. Espasa-Calpe 1991. págs. 169-170.
7. Benito Jerónimo Feijoo. "Uso más honesto de la arte obstetricia" en *Cartas eruditas*, 1745 "Obras". Madrid. Taurus 1985. págs. 161-170.
8. M. Patricia Donahue. *Opus cit.* págs. 107-115.
9. Miguel Angel Arribas. "Cuatro nobles y caritativas matronas..." *Noticias Médicas* nº3552. Sept. 1994. págs. 73-74.
10. Teresa Ortiz. "Luisa Rosado, una matrona en la España ilustrada". *Dynamis Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam* 12. 1992. págs. 323-346.
11. Jesús Ramos Martínez. *La salud pública y el Hospital General de la ciudad de Pamplona en el Antiguo Régimen (1700-1815)*. Pamplona. Gobierno de Navarra 1989 págs. 80, 306-307.
12. F. Herrera Rodríguez. "La titulación de matronas en la Facultad de Medicina de Cádiz durante el "sexenio revolucionario" (1868-1874)". *Toko-Ginecología práctica* 48. 1989. págs. 230-236.
13. Claude Kappler. *Monstruos, demonios y maravillas a fines de la Edad Media*. Madrid. Akal 1986. págs. 305-306.
14. Francisco Ramos Bossini. *Brujería y exorcismo en Inglaterra (siglos XVI y XVII)*. Granada. Universidad de Granada 1976 págs. 52 y 194.
15. Manuel Amezcua. "Intrusos y curanderos granadinos en los edictos persecutorios" *Boletín Informativo del Ilustre Colegio de Enfermería de Granada* nº38. 1995. págs. 32-33.
16. Mark Ravitch. "En busca de Fredericus Ruysch". *Organograma*, nº2. 1990 págs. 15-18.
17. Carmelo Gallardo Moraleda y Vicente Villa García-Noblejas. "De los ministrantes y parteras a la figura del practicante". *Enfermería Andaluza*. 1994 p. 16.
18. Ottavia Niccoli. "Menstruum Quasi Monstruum: Parti monstruosi e tabu' menstruale nel'500". *Quaderni Storia* nº44. 1980. págs. 402-428.
19. Sagrada Biblia. Exodo I, 15-22.
20. Marvin Harris. *Canibales y Reyes. Los orígenes de las culturas*. Madrid. Alianza 1977. pág. 17.
21. Manuel J. García Martínez, Antonio C. García Martínez y Juan I. Valle Racero. "Bautismo de urgencia; una función tradicional de Matronas". *Matronas hoy* nº4 1994 págs. 47-53.
22. F.Orengo Diaz del Castillo. *Obstetricia para matronas*. Madrid. Gama 1949 pág. 183.
23. Michel de Montaigne. *Essais*, 1580 "Ensayos". Madrid. Cátedra 1992 Tomo II pág. 221.

Esta es la relación de Matronas asociadas a las que devuelven correspondencia:

- Ernestina Chico Barreales (Alicante)
- Pilar Lahoz Pérez (Madrid)
- Carmen Aguiar Sánchez (Madrid)
- Leocadia Salas González (Cádiz)
- Rosario Puig Requesens (Madrid)

Si conoces a alguna de ellas, notifícale que necesitamos saber su nuevo domicilio y que se ponga en contacto con nuestra secretaría. Avda. Menéndez Pelayo, 93. 28007 Madrid. Tlf-Fax: (91)501 05 09.

Si alguna compañera desea asociarse, facilítale este boletín de inscripción para que nos lo remita junto con dos fotografías a la misma dirección.



BOLETIN DE INSCRIPCION A LA ASOCIACION NACIONAL DE MATRONAS

Nombre y apellidos
 Domicilio
 Localidad Provincia
 C.P. Teléfono D.N.I.
 Lugar y fecha de nacimiento
 N° de Colegiada

ORDEN DE DOMICILIACION BANCARIA

Titular de la Cuenta D.N.I.
 Entidad/Banco
 Código de Entidad Código de Sucursal
 Número de Cuenta
 Domicilio de la 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 asociada a partir del día de la fecha.(Cuota semestral: 4.000 Pts).

Fecha y firma

LA MATRONA CON LOS JOVENES

Enfoque de la intervención en la Mesa Redonda sobre Sexualidad realizada el 5 de Marzo de 1996 en la Universidad Laboral de Toledo.

La MATRONA, COMADRONA o PARTERA, es el profesional de la salud que *tradicionalmente* se ha encargado de ayudar a las mujeres en el parto.

Actualmente el campo de trabajo de la Matrona se amplía a todo el periodo reproductivo del ser humano; esto determina que se incluya en su campo de actuación, además de la atención en el parto, la atención durante el embarazo, el puerperio y los periodos intergenésicos (los periodos de la edad fértil en los que las personas no desean reproducirse).

Esto conlleva que *la matrona hoy* pueda ofrecer sus servicios tanto a la mujer como al hombre a lo largo de toda su vida reproductiva, o sea desde la pubertad al climaterio, en el caso de la mujer y desde la pubertad hasta los últimos días de su existencia, en el caso de los hombres.

Pocas veces se asocia a la Matrona como profesional de la salud en el desarrollo de la sexualidad. Pero, **nos guste o no**, en principio el desarrollo de la sexualidad en sus dimensiones placentera, relacional y de comunicación, suele verse como inseparable unido a la dimensión reproductiva, debido ésto a que, demasiado frecuentemente, la sexualidad se confunde con una de sus formas de realización, que es la relación coital. En personas sanas, esto supone que la práctica y el disfrute de la sexualidad sólo se pueda desligar de la dimensión reproductora desde el **esfuerzo** que supone tomar y llevar a cabo una decisión consciente y voluntaria, es decir, el uso de un método anticonceptivo o la abstinencia de la relación coital.

En la experiencia profesional de la mayoría de las matronas, llama la atención la cantidad de gente que desea no quedarse embarazada, teniendo relaciones sexuales coitales y sin utilizar ningún método anticonceptivo. Considerar que *el sólo deseo de que algo no ocurra es suficiente para que no ocurra*, es un convencimiento poco racional y la consecuencia de esta irracionalidad en este contexto es un embarazo no deseado y sus desfavorables efectos.

Se habla habitualmente de Planificación Familiar, de que hay que planificar los embarazos, actividad que se realiza 1, 2 o 3 veces en un periodo de 30-35 años que es la vida reproductiva de la mujer. Sin considerar desdeñable este planteamiento para que el embarazo se produzca en las mejores condiciones físicas y psicológicas de la pareja, desde nuestro punto de vista, es en **planear no embarazarse**, donde estarían puestos **los esfuerzos cotidianos**, enfoque que facilita la percepción para la pareja de su responsabilidad diaria, permanente y continua mientras desarrollan su sexualidad saludablemente en la opción de la relación coital.

Cuando dejemos de pensar que la Matrona debe intervenir sólo en casos de que ya exista un embarazo, los jóvenes dejarán de ver "muy lejos" de sus demandas a las matronas. Así, creemos que nuestra presencia en el medio educativo, en el mundo de los jóvenes, se justifica en la necesidad de fomentar ese "estar lejos" la reproducción de los otros aspectos de la sexualidad (el placer y la comunicación); pero para estar lejos de algo hay que "estar cerca" de lo opuesto; así uno de los objetivos centrales del trabajo de la matrona en este medio será que no se produzcan embarazos no deseados. Y así es como, desde nuestra manera de ver, puede considerarse la oportunidad y hasta la necesidad de la intervención de las Matronas con los jóvenes.

Esparanza Agraz Patiño
Matrona de Atención Primaria,
C.S. Ntra. Sra. Benquerencia, TOLEDO.

¿Qué sucede en el mundo en un segundo?

- Nacen tres personas.
- Se compran dos muñecas Barbie.
- Paul McCartney gana 370 pesetas.
- Los atletas más rápidos del mundo recorren 10 metros.
- Mueren 1,5 personas.
- La deuda exterior española aumenta 135.000 pesetas.
- Un avión Concorde vuela 611 metros.
- Se destruyen 2.000 metros cuadrados de bosque.
- Se consumen 12.600 cigarrillos Marlboro.
- Un transbordador espacial recorre 7,7 kilómetros.
- Se producen 4,5 automóviles.
- La fortuna del sultán de Brunel aumenta 15.480 pesetas.

Averigüe si su somnolencia diurna es preocupante

La escala Epworth permite evaluar la somnolencia diurna. Para ello, puntúe las ocho situaciones de la tabla de la siguiente forma: 0 puntos, si nunca se adormece; 1, si hay escasas posibilidades; 2, si la probabilidad es moderada; y 3, si la probabilidad es alta. Luego sume los puntos y, si el resultado es mayor de 12, acuda a su médico.

	0	1	2	3
1. Sentado y leyendo				
2. viendo la televisión				
3. Sentado inactivo en un lugar público				
4. Como pasajero en un coche, durante un hora sin interrupción				
5. Echado durante la tarde cuando las circunstancias lo permiten				
6. Sentado y hablando con alguien				
7. Sentado tranquilamente después de haber comido sin alcohol				
8. En el coche, mientras está parado durante unos minutos				

Quimioterapia más segura



Arriba, la molécula de la proteína que puede contribuir a mejorar los tratamientos con quimioterapia. A la izquierda, Mark Edward, el científico británico que la ha fabricado.

La fabricación con ingeniería genética de una proteína humana que protege las células madre puede revolucionar los tratamientos de quimioterapia contra el cáncer y construir una alternativa a los trasplantes de médula ósea.

Hasta ahora, la quimioterapia no sólo destruía las células cancerosas, ya que también podía afectar a las sanas, pero esta proteína, fabricada por el equipo del doctor Mark Edward en los laboratorios de la empresa British Biotech, reduce temporalmente la velocidad de división de las células madre alojadas en la médula. Esto impide que queden afectadas por las drogas anticancerosas que destruyen cualquier célula que esté dividiéndose, sea sana o enferma.

Además, el nuevo sistema protector de células estimula a las células madre a trasladarse desde la médula ósea hasta la sangre, una vez terminado el tratamiento de quimioterapia.

LA QUÍMICA CEREBRAL ES LA RESPONSABLE DE QUE SE NOS ANTOJE UN CIERTO ALIMENTO

Moléculas que controlan los antojos

Éstas son algunas de las sustancias que nuestro cerebro produce para controlar el apetito o la preferencia por un determinado nutriente.

ESTIMULANTES

Neuropéptido Y (NPY). La presencia de esta sustancia en el cerebro dispara las ganas de comer hidratos de carbono.

Galanina (GAL). Se trata de un neuropéptido que estimula la ingestión de grasas.

Norepinefrina. Incrementa la apetencia por los hidratos de carbono durante la primera comida del día. Está relacionada con la secreción de adrenalina.

INHIBIDORES

Serotonina. Informa al organismo de que ha consumido una cantidad suficiente de hidratos de carbono.

Colecistoquinina (CCK). Suprime el apetito por los hidratos de carbono. Está presente, además de en el cerebro, en el intestino y la boca.

Dopamina. Inhibe las ganas de comer alimentos ricos en grasas e hidratos de carbono.

Histadil-prolina dicetopiperazina (His-Pro). neuropéptido cuyo nivel en sangre aumenta después de comer. Su función es la de bloquear el apetito.

REVISTA: Muy interesante



I Reunión Científica de Matronas



BURGOS 25, 26 y 27 de Abril de 1996.

COMITE ORGANIZADOR

Presidenta:

Sra. Dña. Carmen Dueñas Manso. Matrona Adjunta del Area Maternal. Hospital General Yagüe. Burgos

Secretaria:

Sra. Dña. Isabel Orbara González de Galdeano

Vocales:

Sra. Dña. María Marcos Flores.

Sra. Dña. Carmen Redondo González

Sra. Dña. Begoña Gil Casado

Sra. Dña. M^a Victoria Maure Delgado

Sra. Dña. M^a Angeles Alonso Alonso

COMITE CIENTIFICO

Presidenta:

Sra. Dña. Begoña Quilchano Gonzalo. Matrona. Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería. Burgos

Vocales:

Sra. Dña. M^a Jesús Santamaría Izquierdo

Sra. Dña. Natividad García Díez

Sr. D. Jesús Berzosa González

Sra. Dña. M^a Carmen Pérez Hidalgo

Dirección de la reunión:

Sra. Dña. M^a Angeles Rodríguez Rozalén

Tesorera

Sra. Dña. Isabel Bayón de Miguel

PROGRAMA CIENTIFICO

Jueves, 25 de Abril

16.00 horas. Entrega de documentación

17.00 horas. **Inauguración Oficial de la Reunión**

17.30 horas. "Evolución de la maternidad en el siglo XX en nuestro medio"

Dr. Jesús Berzosa González. Diputado Provincial de Sanidad. Jefe de Sección del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Yagüe. Burgos

18.30 horas. **Ponencia:** "Asistencia Pre y Postnatal".

Dña. Guruzte Eguskiza Beascochea. Matrona de Atención Primaria. Centro de Salud de Rekalderri. Bilbao

19.30 horas. Comunicaciones libres

22.00 horas. Ruta de la luz

Viernes, 26 de Abril

09.30 horas. **Ponencia:** "Presente y Futuro en la Asistencia al parto". Dña. Teresa Cabrera Sanz. Matrona Supervisora del Area de Partos.

Hospital 12 de Octubre. Madrid

10.30 horas. **Mesa Redonda sobre la ponencia**

Moderadora: Dña. M^a Victoria Maure Delgado. Matrona. Unidad de Partos. Hospital General Yagüe. Burgos.

Intervienen: Dr. Evaristo Alonso Briz. Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital General Yagüe. Burgos. Dr. Antonio Ruiz de Miguel. Jefe de Sección. Servicio de Anestesia. Hospital General Yagüe. Burgos. Dña. Teresa Cabrera Sanz. Matrona.

11.30 horas. Café - Descanso

12.00 horas. Comunicaciones libres

14.00 horas. Recepción oficial de bienvenida en el Monasterio de San Juan

16.30 horas. Ponencia: "La Matrona en Europa". A cargo de una matrona por determinar de un país de la Unión Europea.

17.30 horas. Café - Descanso

18.00 horas. Ponencia: "Sexualidad y embarazo".

Prof. Vicente Salvatierra Matell. Catedrático de Obstetricia y Ginecología. Granada.

19.00 horas. Mesa redonda sobre la ponencia

Moderador: Dr. Angel Alonso Alvaro. Médico Adjunto del Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital General Yagüe. Burgos.

Intervienen: Dr. José A. Fuentes Martín. Profesor titular Universidad de Salamanca. Psicología de la Sexualidad. Dña. Isabel Orbara González de Galdeano. Matrona Unidad de Partos del Hospital General Yagüe. Burgos Prof. Vicente Salvatierra Matell. Catedrático de Obstetricia y Ginecología.

22.00 horas. Cena de Clausura

Sábado, 27 de Abril de 1996

10.00 horas. **Ponencia:** "Función de la Matrona en la E.p.S. de la Mujer". Dña. M^a Dolores Costa Sampere. Matrona Coordinadora del Programa de Atención a la Mujer. Institut Català de la Salut. Barcelona.

11.00 horas. Comunicaciones libres

12.00 horas. Café - Descanso

12.30 horas. Conferencia de Clausura:

Dña. M^a Angeles Rodríguez Rozalén. Presidenta de la Asociación Nacional de Matronas.

13.30 horas. Entrega de diplomas y premios a las dos mejores comunicaciones

Acto de Clausura

SEDE OFICIAL DE LA REUNION

Casa del cordón - Plaza Calvo Sotelo, s/n

FECHA

25, 26, 27 de abril de 1996

SECRETARIA TECNICA

Ultramar Express Congress

Leganitos, 47 - 8ª Planta - 28013 Madrid

Tél.: (91) 542 49 67

Fax: (91) 542 95 19

INSCRIPCIONES

Hasta el 10 de febrero:

Asociadas, 17.000 pesetas

No asociadas, 21.000 pesetas

Después del 10 de febrero:

Asociadas, 20.000 pesetas

No asociadas, 25.000 pesetas

Alumnos, cuota única, 17.000 pesetas

Niños y Enfermeras una atención sin fronteras

I CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMERIA INFANTIL VIII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA DE LA INFANCIA

Toledo el 24 al 26 de Abril de 1996

CAJA RURAL DE TOLEDO

c/ Méjico, s/n 45004 TOLEDO tel.: 34(9) 25 26 96 00

CUOTAS DE INSCRIPCION:

Antes del 31-12-95: 28.000 pesetas

Del 01-01-96 al 30-03-96: 35.000 pesetas

Después del 30-03-96: 45.000 pesetas

(Los socios de la AEEI y los estudiantes de enfermería tienen una reducción del 20% en cada una de las modalidades de cuota, justificando su condición).

La cuota de inscripción da derecho a la asistencia a las sesiones científicas, cafés y actos sociales.

INFORMACION E INSCRIPCIONES:

ULTRAMAR CONGRESS

Leganitos, 47 - 6ª planta

28013 MADRID (ESPAÑA)

Tel.: 91-542 49 67 - Fax: 91-542 95 19

ORGANIZA:

Universidad de Castilla-La Mancha.

Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Toledo.

Asociación Española de Enfermería de la Infancia.

I CONGRESO INTERNACIONAL DE APRENDIZAJE Y COMUNICACION PRE Y POSTNATAL

Del 27 al 29 de Junio de 1996

Hospital Universitario "La Fe" (Valencia)

PROGRAMA CIENTÍFICO

La unidad madre-hijo durante la gestación.

Estimulación postnatal

Vinculación afectiva entre padres e hijos antes del nacimiento.

Aspectos psicológicos de la madre tras el parto.

Actuación sobre la unidad madre-hijo:

Comunicaciones libres.

I. Psicoprofilaxis obstétrica.

Concierto: por el pianista Diego Alonso Plaza.

II. Estimulación prenatal.

Cena de clausura.

LUGAR: Salón de Actos del Pabellón Central del Hospital Universitario "La Fe"

COMITÉ ORGANIZADOR: Presidente Prof. Javier Monleón, Vicepresidenta Dra. Rosa Grífol, Unidad de Preparación al Parto del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario "La Fe".

COMUNICACIONES: Se enviará antes del 25 de Mayo resumen que constará de Título, Autores y Texto, no superando el escrito una página de folio DIN A-4.

ALOJAMIENTO: ExpoHotel. Avda. Pío XII, 4. 46009 Valencia. Tel.: (96) 347 09 09 Fax: (96) 347 50 51. Precio para dos personas en habitación doble con desayuno: 9.700 ptas. por día.



OSLO • MAY 26 — 31

International Confederation of Midwives

24th TRIENNIAL CONGRESS

El comité organizador del congreso ha decidido no incrementar la cuota de inscripción a partir del 1 de marzo de 1996.

Esto significa que la cuota seguirá siendo de 4.900 coronas

**CURSO EDUCACIÓN PSICOLÓGICA DE LA EMBARAZADA
ANTI-STRESS: CONTROL DEL MEDIO, LA ANGUSTIA Y LA ANSIEDAD**
Específico para profesionales del campo obstétrico

Fecha: 25 y 26 de MAYO
Lugar: Sede de la Sociedad Española de Psicoterapia
Integral y Medicina Holística.
c/ Marqués de Urquijo, 28 - 4º - B
28008 Madrid
Telf.: (91) 547 54 44
Fax: (91) 547 91 45

ASOCIACION ESPAÑOLA DE ENFERMERIA EN UROLOGIA

**PROGRAMA PARA 1996
XXV CURSO INTENSIVO
PRIMERAS JORNADAS ESTATALES**

Xativa (Valencia) 3 y 4 de mayo

*"Interrelación entre la asistencia Especializada
y la Primaria en la Enfermería Urológica"*

19º CONGRESO NACIONAL

Puerto de Santamaría (Cádiz)

En colaboración con el Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)
16, 17, 18 y 19 de Octubre

Ponencias: *"Innovaciones en la atención de enfermería en Urología"*

Inscripciones e informes:
C.S.P. CONGRISA
Serrano, 240
28016 Madrid
Tél.: (91) 457 61 12

**AVISO A LAS MATRONAS DE LA PROMOCION 70-71
DE SANTA CRISTINA**

Queremos celebrar los 25 años de profesión

Las interesadas llamar a la Asociación, Tel.: 91-501 05 09, y dejad vuestros datos.
Nos pondremos en contacto con vosotras

CURSO DE LACTANCIA MATERNA

Dirigido a matronas
ORGANIZADO POR LA ASOCIACION

Impartido por la Associació Catalana pro Alletament Matern.

Si estás interesada/o ponte en contacto con la Asociación Nacional de Matronas.
Tel.: 91-501 05 09

**Mesa redonda sobre:
RESPONSABILIDAD CIVIL**

Debido al aumento de las demandas sobre este tema en nuestra profesión, hemos decidido impartir periódicamente información a través de Mesas Redondas.

Se llevarán a cabo en las provincias donde se reuna un mínimo de 30 matronas interesadas.

Si quieres asistir, escríbenos a la Asociación o llámanos.

1ª MESA REDONDA: 18 de Abril (MADRID)



Consulado de la
República de Nicaragua
en Barcelona (España)

Barcelona, 26 de marzo de 1996

Sra. Doña M^a. Angeles Rodríguez Rozalén
Presidenta de la Asociación Nacional de Matronas.
Avda. Menéndez Pelayo, 93
28007 - Madrid

Distinguida Señora:

Conocedor de la magnífica guía editada por la Asociación Nacional de Matronas, que Vd. dirige, le quedaría muy reconocido, en nombre de Nicaragua, si pudiera facilitar el mayor número de ejemplares posible para enviarlos a los distintos hospitales en los que esta temática concreta es del máximo interés. En mi reciente viaje al país, el pasado diciembre, y en la entrevista que mantuve con el Ministro de Salud, me comentó esta necesidad como una de las prioritarias.

Le ruego considere que cualquier otro trabajo o estudio que Vds. realicen será de alto interés disponer del mismo en beneficio del pueblo de Nicaragua.

En la confianza de una respuesta favorable, reciba, distinguida señora, con mi reconocimiento el testimonio de mi mayor consideración.

Luis Martínez Peláez
Cónsul.

La Asociación realizará un esfuerzo importante para satisfacer la petición del consulado de la República de Nicaragua enviando 100.000 ejemplares de nuestro libro *“Los consejos de la Matrona”*.

Creemos y deseamos que les sea de tanta utilidad como es para las madres españolas.

La Asociación

**Felicidades a la
1ª PROMOCIÓN DE MATRONAS
(Nuevo Plan)**

**BIENVENIDAS-OS A LA
“GRAN FAMILIA DE LAS MATRONAS”**

**Os deseamos todo lo MEJOR
PARA VUESTRA CARRERA PROFESIONAL.**

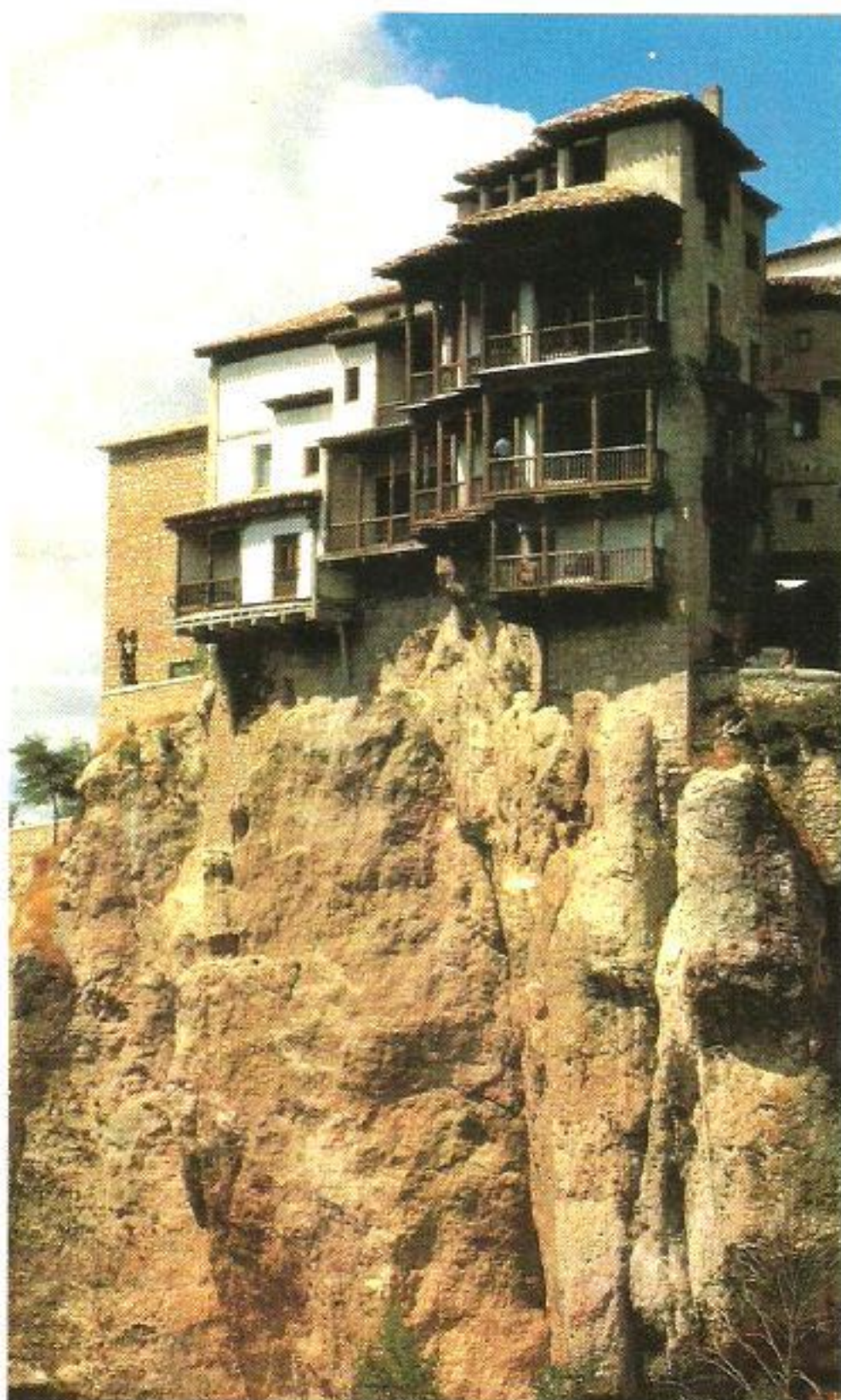
**Nos permitimos la licencia de daros un consejo
PARA SER MATRONA hay que SUMAR
CORRECTAMENTE ESTOS FACTORES:**

**CIENCIA + DESTREZA + PACIENCIA + CEREBRO
+ CORAZÓN = MATRONA DE PRIMERA**

**EN LA ASOCIACIÓN NACIONAL de MATRONAS
ESTÁ VUESTRA CASA.**

LA JUNTA DIRECTIVA

VI CURSO SOBRE NUEVAS PERSPECTIVAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA



Este curso va dirigido a: Matronas, ATS y a todo el personal sanitario relacionado con la Obstetricia y Ginecología y la Medicina Prenatal.

Precio de la inscripción: 17.000 pts.

Se incluye: Comida de trabajo, cena, documentación y diploma acreditativo de asistencia.

Información:

Encarna Juárez.

Secretaría del Departamento de Obstetricia y Ginecología. Planta 5ª

Hospital Materno-Infantil 12 de Octubre.

28041 MADRID

Telf. y Fax: 91 390 83 76

PROGRAMA CIENTIFICO

MESAS:

“Diagnóstico prenatal de las cromosomopatías”

Presidente: Prof. J.M. Escalante (Madrid).

Secretario: Dra. M. Martínez (Cuenca)

“Controversias en el tratamiento hormonal”

Presidente: Dr. J.M. Torres Martí (Cuenca)

“Nuevas orientaciones en la asistencia ante e intranatal”

Presidenta: Dña. Mª Angeles R. Rozalén (Madrid)

Secretario: D. J.L. Pérez (Cuenca)

ORGANIZADO POR LOS DEPARTAMENTOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE LOS HOSPITALES “12 DE OCTUBRE” DE MADRID Y “VIRGEN DE LA LUZ” DE CUENCA.

Con la colaboración de:
ASOCIACION DE MATRONAS

Bajo los auspicios de:
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Comité científico: Prof. P. de la Fuente, Prof. J.M. Hernández García, Dña. Mª Teresa Cabrera Sanz y Dr. J. Torres Martí.

SALON DE ACTOS CAJA DE CASTILLA-LA MANCHA
CUENCA