

# CUIDADOS PRE Y POST-NATALES

Dr. G. López Escobar (\*)

CONFERENCIA DICTADA EN EL CURSO DE OBSTETRICIA PARA  
POST-GRADUADOS EN LA UNIVERSIDAD DE AMERICA,  
BOGOTA. — 1956

Los cuidados prenatales han dado lugar desde muy tempranas épocas a un sinnúmero de consejas y consejos y en una u otra forma es posible encontrarlos en la Historia Antigua y en la historia de los pueblos primitivos. Suqrata aconsejaba a las mujeres hindúes que desde el primer día del embarazo debían usar vestidos brillantes, no hacer demasiado ejercicio y cubrir sus lechos de cobertores blancos. Los romanos, según Sorano de Efeso, dividían el embarazo en tres periodos, en el primero de los cuales se necesitaba retener el embrión "evitando el baile, la tos, el estornudo o la borrachera" (1). Los antiguos chinos consideraban benéfico para el crecimiento del futuro niño el mayor reposo físico y mental de la madre. Los griegos tenían un conjunto de simples reglas respecto al régimen y ejercicios que debe seguir la mujer embarazada.

En la Edad Media médicos y cirujanos consideraban indigno de ellos el ejercicio de la Obstetricia y era prohibido al sexo masculino inmiscuirse en dicha materia; sin embargo más tarde un tal doctor Wertt, de Hamburgo, decidió estudiar personalmente el proceso del nacimiento, y disfrazado de mujer asistió a un tal evento, con tan mala suerte que fue descubierto por una de las comadronas y quemado vivo por tamaño desacato (2).

Gracias a Dios algo hemos evolucionado desde ese entonces, pero aún hoy día, y tal vez más en nuestro medio, se puede encontrar al partero que considera inútil el control del peso de la

---

(\*) Profesor Agregado de Ginecología de la Universidad Nacional. M. F. A. C. S. — F. I. C. S.

embarazada, y fuera de lugar el examen ginecológico durante la gestación, contentándose a lo más con las tomas de los recalcados diámetros externos. Diariamente se oyen futuras madres que en su feliz ignorancia se hacen lenguas sobre la bondad y sabiduría de su obstetra: "tan bueno, tan bueno", que no las ha molestado practicándoles un examen interno. De esto a los exámenes genitales hechos bajo un sinnúmero de sábanas y cubrelechos guiados únicamente por sensaciones táctiles a la manera como se acostumbraba solo hace 50 años, apenas sí hay un paso.

Antes de la Obstetricia moderna el médico solo veía una vez a la paciente gestante, para tratar de determinar la fecha posible del nacimiento, y cuando la volvía a ver probablemente apenas si la reconocía en medio del edema de una toxemia o las convulsiones de una eclampsia, o del esfuerzo para sobrepasar una pelvis estrecha. Para evitar tales sucesos es que la Obstetricia prenatal ha llegado a convertirse en la primera rama de la Medicina Preventiva. Como bien la define Eastman (3) "es la supervisión y el cuidado de la mujer embarazada, parturienta y puérpera en tal forma que le permita sobrellevar los peligros del embarazo con el menor riesgo posible, dar nacimiento a un niño vivo y ser dada de alta en tales condiciones que pueda amamantar y llenar sus deberes de madre y ama de casa con la **menor invalidez posible**". Es por esto que el cuidado prenatal debe estar apoyado en una conducta obstétrica juiciosa durante el parto.

### Historia clínica

Cuanto más pronto acuda la mujer embarazada al obstetra tanto mejor, y el primer movimiento de éste debe ser conseguir una historia clínica adecuada. Daremos a continuación algunos de los puntos más importantes de ella.

**Los antecedentes familiares.**—Investigando enfermedades contagiosas, o bien entidades de caracteres francamente hereditarios como partos múltiples, diabetes, distocias, etc.

**Los antecedentes personales.**—Indagando todas las enfermedades sufridas, en especial fiebre reumática y enfermedades cardiovascular y pulmonares, infecciones pielo-renales. Las enfermedades venéreas, los tratamientos quirúrgicos, transfusiones recibidas y en qué condiciones. Los hábitos tóxicos: cigarrillo, alcohol, barbitúricos, café. Los traumatismos y heridas recibidas. Y un recuento del nacimiento y de la infancia con sus incidentes:

tardío desarrollo, marcha retrasada o difícil, cojeras, etc., que hayan podido tener influencia en la formación esquelética.

**Los antecedentes obstétricos.**—En las enfermas múltiparas son de la mayor importancia. Una investigación breve de cada embarazo en orden cronológico debe ser hecha. Si ha habido vómito, albuminuria, edema, hemorragia, etc. Si el trabajo fue fácil o prolongado, las laceraciones o heridas u operaciones obstétricas. Fetos prematuros o tardíos. Muertos o macerados que sugieren entre otras cosas sífilis o eritroblastosis. El peso de los hijos anteriores. Los abortos y sus posibles causas. La forma en que la madre se ha recobrado, si ha amamantado y por cuánto tiempo. Fiebre, hemorragias del puerperio, etc.

Y finalmente la historia del embarazo actual: cantidad de peso que ha ganado, constipación, disuria, edema, cefaleas, dolor, manchas, flujo, sin olvidar el posible contagio con enfermedades a virus, rubeola u otras, acerca de las cuales la enferma debe ser prevenida.

**Examen.**—Un examen físico general debe ser la primera parte de todo examen obstétrico. El peso, la estatura y el estado general. Bien sabido es que en las mujeres de estatura baja, las pelvis anormales son más frecuentes. El examen rutinario de todos los sistemas y aparatos es importante, pues cualquier desorden general puede afectar el embarazo y viceversa. Los dientes, los ojos, el tiroides. La presión arterial y la auscultación cardíaca y pulmonar desenmascarando cualquier lesión. Los senos palpados y evaluados en su función, tratando de mejorar el estado del pezón. Várices en las extremidades inferiores que puedan dar lugar a complicaciones, etc.

**Obstétrico.**—Debe incluir la palpación y auscultación del abdomen y la correlación del fundus con la fecha de amenorrea. El examen vaginal para investigar cualquier anomalía del canal genital, la presencia de flujo, masas pélvicas, pólipos, si existe una retroflexión fija que pueda impedir la progresión del embarazo, etc., y la determinación de la estructura pélvica en general. La pelvimetría externa solo sirve para determinar muy a **grosso modo** la arquitectura pélvica. El bicrestílico, el biespinoso, intertrocantereo y el conjugado externo o de Baudelocque nos ayudan muy poco en la evaluación de una pelvis con miras a un pronóstico sobre el parto futuro. Mucho más importantes son el conjugado diagonal obtenido por la palpación, el bituberoso y el sagital pos-

terior obtenidos con el pelvómetro de Thoms o cualquier otro. La apreciación manual del ángulo púbico, de la prominencia de las espinas ciáticas y de la concavidad y regularidad de la excavación sacro\_coccigea.

**Exámenes de Laboratorio.**—Deben incluir rutinariamente: a) un cuadro hemático para descubrir la anemia tan frecuente en las embarazadas; b) una serología; c) determinación del factor Rh y el grupo sanguíneo, aun en primíparas; d) el tiempo de coagulación y sangría; e) orina parcial investigando albúmina, glucosa, sedimento y densidad. De acuerdo con el tipo de pacientes, algunos otros exámenes pueden ser necesarios, así en obesas y abortadoras de repetición, metabolismo y glicemia suelen ser requeridos. En enfermas que han vivido en medios tuberculosos la radiografía pulmonar se impone.

**Higiene.**—Aunque el embarazo debe entrar dentro del conjunto de aquellas funciones fisiológicas normales, representa un esfuerzo adicional para el organismo y para ciertos órganos, por lo cual requiere un cuidado higiénico especial. Por esto la embarazada debe ser controlada periódicamente, por lo general una vez al mes durante los primeros seis meses, luego bimestraimente y un poco más frecuentemente durante el último mes. A través de este control la gestante debe ser aleccionada sobre las medidas dietéticas e higiénicas necesarias, las pequeñas o grandes dificultades deben ser tratadas y su mente y su cuerpo debe recibir una educación obstétrica que le facilite la tarea **fisiológica**, repetimos, de su maternidad. Durante cada una de estas visitas el obstetra deberá pesar la enferma, tomar la tensión arterial, hacer un examen de orina, medir la altura uterina, chequear los ruidos fetales, investigar la presencia de edema y en general descubrir y tratar cualquier signo, síntoma o molestia que aqueje a la enferma. Controles de cuadro hemático, investigación de aglutininas anti-Rh, etc., serán ordenados de acuerdo con el caso.

**Dieta y nutrición.**—La noción popular de que una mujer embarazada debe comer por dos, tan extendida en nuestras clases bajas y en los antiguos tiempos, es no solo un error sino un peligro. Durante la corta época en que se han estudiado intensamente los problemas de nutrición y el análisis de los alimentos, ha habido cambios en el criterio de los diversos investigadores. Tal vez se ha hecho demasiado énfasis con demasiado optimismo sobre las rígidas instrucciones dietéticas de la paciente embaraza-

da. Como muy bien lo anota Dieckmann (4): "De acuerdo con algunas publicaciones acerca de la nutrición en el embarazo, no habría aborto, toxemia, anemia, partos prematuros, mortinatos o anormalidades fetales si la paciente sigue una dieta correcta. Más aún: el niño sería sano, fuerte, y presumiblemente un genio en potencia". La dirección de la opinión actual tiende hacia un cierto escepticismo acerca de los rígidios mínimos necesarios. No es suficiente que el valor calórico de la dieta de la embarazada alcance las 2.000 o 2.500 calorías requeridas; es necesario también que ella contenga los diferentes elementos básicos en lo que se refiere a minerales y a vitaminas. Y no olvidemos que la alimentación es simplemente una parte del vasto medio ambiente en el que vive la enferma. Aleck Bourne (5) describe estas divergencias gráficamente con el siguiente ejemplo: "Tomemos una múltipara escuálida, cansada, delgada y pálida que comienza un parto prematuro a las 36 semanas y produce un niño igualmente débil que apenas si chilla y mama débilmente de unos senos hipogalácticos. El dietista atribuirá tan melancólico estado a la alimentación inadecuada durante el período prenatal, a la falta de vitaminas y otros esenciales; la trabajadora social pensará que todo se debe al cuidado excesivo de otros hijos y a la choza en que vive con un marido alcohólico que frecuentemente la maltrata; el geneticista creará que la causa estriba en factores genéticos originados en algún gene deteriorado; el psiquiatra y el psicoanalista traerán a cuento los complejos de Edipo o tal vez los impulsos originados en la temprana infancia de la madre".

De ahí que las diversas experimentaciones presenten resultados tan disparejos. Las condiciones de guerra o de hambre extrema como las de la India, que han sido las más frecuentemente estudiadas, traen consigo no solo una mala nutrición sino también un ambiente de horror y de "stress" que influye sobre el producto de la gestación. Asimismo dos ratas de igual peso pueden presentar reacciones iguales; pero dos seres humanos, por lo general, reaccionan psíquicamente de un modo diferente.

Con las anteriores salvedades a manera de prólogo veamos el cuadro de las raciones diarias requeridas generalmente aceptado, tomado del Comité de Nutrición y Alimentos del N. R. C. estadounidense (6):

**RACIONES DIARIAS RECOMENDADAS**

	Calorías	Protef.	Hidrocarb.	Grasa	Ca. gm.	Fe mg.
Embarazo segunda mitad	2500	90 g.	250 g.	130 g.	1.5	15
Lactancia	3000	100 g.			2.0	15
	Vit. A U. 1	Tiam. mg.	Ribof. mg.	A. nico- tin mg.	A. asc. mg.	Vit D U. 1
Embarazo segunda mitad	6000	1.8	2.5	18	100	400 800
Lactancia	8000	2.0	3.0	20	150	400 800

Cuadro de las raciones diarias recomendadas durante el embarazo y la lactancia (Tomado del Comité de Nutrición y Alimentos del National Research Council de Estados Unidos) (6)

El promedio del peso total que debe ganar la mujer durante el embarazo debe ser alrededor de los 12 kilogramos (20 a 25 libras). Sin embargo, de acuerdo con Dieckmann, el ideal es restringirlo al equivalente de peso del feto, el líquido amniótico, los anexos placentarios y de los cambios fisiológicos maternos inherentes al embarazo, es decir, más o menos 7,5 a 8 kilogramos. Cuanto más practica uno la obstetricia más se convence de que

en el excesivo aumento de peso durante el embarazo está la base de multitud de complicaciones. Personalmente tratamos de no permitirle a la paciente más de un total de 10 kilogramos, y en enfermas obesas, de acuerdo con determinaciones metabólicas, restringimos este total a cifras aún más bajas. Estamos totalmente de acuerdo con Benensohn (1), en que es posible obtener un embarazo normal con feto de tamaño normal, con un total neto de aumento de peso de 2 a 3 kilogramos en casos especiales en los que la restricción de peso está indicada. Es que todas las condiciones, tanto en el hombre como en el animal, muestran que el feto se comporta como un verdadero parásito y no será afectado a menos que la dieta esté reducida a límites extremos. Débese anotar, sin embargo, que durante la segunda mitad del embarazo las restricciones alimenticias afectan un poco más el producto de la concepción. Los cuadros de Wallace (citado por Bourne) (5) en corderos son muy dicentes al respecto: los fetos de madres alimentadas en un nivel alto o bajo muestran muy poca diferencia durante la primera mitad del embarazo, a cambio de que los corderos recién nacidos son diferentes de acuerdo con el nivel al cual se ha alimentado la madre durante la segunda mitad de la preñez.

Un hecho prominente es que la madre sufrirá más que el feto cuando el suministro de sustancias nutritivas esenciales es inadecuado.

He aquí algunos resúmenes de las muchas cosas que se atribuyen como originadas en la deficiencia de una u otra sustancia:

**Proteínas.**—La depleción de los tejidos por el suministro bajo de proteínas puede dar lugar a anemia nutricional, tono muscular pobre, baja resistencia y lactancia insuficiente.

**Calcio.**—Su deficiencia predispone a calambres, dolores de cabeza, insomnio, caries dentales y la eclampsia le fue atribuida en un tiempo. En el feto asociada a una deficiencia de fósforo puede ocasionar raquitismo.

**Tiamina.**—Neuritis anorexia, alteraciones de función cardíaca, calambres.

**Riboflavina.**—Piel seca, aftas de los ángulos de la boca, nariz u oídos, pérdida del cabello, fatiga, dolores de cabeza, taquicardia, cefaleas, mareos.

**Vitamina C.**—Gran deficiencia da lugar al escorbuto, pequeña a la fragilidad capilar.

**Vitamina D.**—Abortos, partos prematuros, raquitismo, caries, malformaciones dentales, hemorragias post-partum, disturbios del metabolismo del calcio.

**Vitamina A.**—Disminución de la resistencia a la infección puerperal.

**Vitamina E.**—Se dice que su insuficiencia se relaciona con las malformaciones del embrión.

Varias deformidades fetales se han atribuido a defectos nutricionales, en particular la anencefalia y la espina bífida. Una de las pocas causas conocidas de las anomalías congénitas son las infecciones por roseola y algunas otras enfermedades de este tipo durante el temprano embarazo. Citemos además algunas experiencias que parecen demostrar la influencia de ciertas carencias en la producción de deformidades fetales: Richardson y Hogan (8) hallan un mayor porcentaje de ratas hidrocefálicas con una dieta sintética sin ácido ascórbico o vitamina B. Warkany (9) encontró dígitos supernumerarios, acortamiento o fusión de algunos huesos y labio leporino privando a las madres de Riboflavina. Una leona en Londres y un jaguar en Berlín (5) producían recién nacidos con labio leporino cuando alimentados con carne a la cual se le había exprimido la sangre, etc. Aunque estas experiencias nos deben poner sobre aviso, no es posible afirmar que lo que le sucede a jaguares, leones o ratas deba ser aplicado al ser humano.

En resumen una buena dieta bien balanceada con un control de peso adecuado constituyen los de los cuidados prenatales más importantes.

**Sueño.**—La paciente embarazada debe tener al menos nueve horas de sueño, a más de un cierto tiempo de reposo durante el día. La administración de un sedante débil es muchas veces benéfico. Frecuentemente indicamos algún gangliopléjico que a más del efecto sedante influye en aquellas enfermas nerviosas o vomitadoras.

**Vestidos.**—Deben ser amplios y abrigados. El aumento de los senos indica el uso de un **brassiere** de maternidad adaptable. Las ligas deben ser proscritas por el peligro de várices tan frecuentemente agravadas en el curso de la gestación. El uso de fajas y

**corsets** depende del gusto personal y del estado de la musculatura, ya que la mejor faja es una buena pared muscular. En cuanto a los zapatos de tacones bajos que se han hecho sinónimos de maternidad, deben ser ante todo confortables. Su razón de ser estriba en el peligro de caídas por el cambio de balance y del centro de gravedad por la lordosis acentuada que significa el embarazo, pero no en realidad porque los tacones en sí impliquen un peligro. Personalmente creemos que para aquellas mujeres para quienes significa un tormento el tacón bajo y que no saben caminar con tacón plano, tendrán más probabilidades de caídas con éste.

**Relaciones sexuales.**—Se aconseja abstinencia completa en las probables épocas menstruales, sobre todo en enfermas con antecedentes de conatos de aborto, y durante el último mes por los peligros de infección. Sin embargo las interesantes estadísticas de C. Ruge (citado por Doderlein) (10) nos dejan preveer que tan frecuentemente son seguidos estos consejos: sobre 410 mujeres casadas, 78,5% habían tenido relaciones en los dos últimos meses; 53,9% en las últimas cuatro semanas; 31% en la última semana; 20% en los últimos tres días, y 9,5% en el día anterior al parto.

**Piel y senos.**—Todos los libros de semiología nos describen las llamadas “estrias del embarazo”; tan acostumbrados estamos a ver el abdomen de las multiparas convertido en un mapa. No obstante estas estrias son evitables en la mayoría de los casos. Ya desde hace muchos años Banfurth y Stratz (Doderlein loc. cit.) recomendaban el masaje especial en aquellas partes del cuerpo que tienen más probabilidades de formación de tales estrias. Tales masajes ayudarán también en la preparación de senos y pezones para una buena lactancia.

**Dientes.**—El popular aforismo “por cada hijo un diente”, no necesita ser verdadero. El suplemento adecuado de Calcio y vitamina D y las visitas periódicas al dentista, de rutina en los grandes centros de maternidad, lo convierten en un aforismo erróneo. No hay razón para retardar, con las debidas precauciones, cualquier trabajo dental que sea urgente y esto sin entrar a considerar el peligro que constituyen desde el punto de vista obstétrico, los focos sépticos tan frecuentes en una dentadura mal cuidada.

**Tracto intestinal y urinario.**—La gran tendencia de la gestante a la constipación es conocida. El aumento de alimentos con

gran residuo celulósico y de líquidos, y si no, la prescripción de laxantes suaves ayudarán a su manejo.

La corrección de la constipación, el suministro suficiente de líquidos, el examen de orina periódico y el reposo frecuente en Trendelenburg que ayuda a corregir la distorsión ureteral del embarazo, harán bajar a un minimum la incidencia de infecciones pielo-ureterales, tan comunes en otra época.

**Baños y duchas.**—La necesidad del baño diario es obvia. Durante el último mes los baños de tina, inmersión, deben evitarse. Si hay alguna indicación en los primeros meses, para el uso de duchas internas, la paciente debe ser instruída acerca de la suavidad y aseptia con que ellas deben ser hechas, pero el uso rutinario de duchas internas de limpieza es poco aconsejable.

**Viajes.**—Los viajes largos o demasiado fatigantes deben ser prohibidos, especialmente en aquellas enfermas con antecedentes de hemorragias o abortos repetidos.

**Deportes y tóxicos.**—Las instrucciones a la mujer gestante en relación con estos tópicos deben guiarse por el grado de acostumbramiento y el hábito que la paciente haya hecho de ellos durante su vida previa al embarazo. Es claro que al mencionar los tóxicos nos referimos simplemente al uso moderado de tabaco, alcohol o café, que son de uso común dentro de la vida actual. En cuanto a los deportes, antiguamente se pensaba que las mujeres atletas eran más susceptibles de padecer de infertilidad o de dificultades obstétricas. Las estadísticas publicadas hace algún tiempo sobre un grupo de atletas suecas han demostrado la falsedad de tal creencia.

Aunque el cuidado prenatal constituye precisamente el tratamiento y vigilancia de cualquier entidad patológica que se le pueda presentar a la madre, no es posible hacer un repaso de todas estas entidades, pues ello constituiría un tratado completo de obstetricia. No obstante, no queremos dejar de anotar que no toda hemorragia durante el embarazo significa necesariamente amenaza de aborto; y que existe un buen número de otras entidades que pueden dar lugar a ella; la que más nos interesa recalcar por su progreso rápido es el cáncer del cervix. Varios son los casos en los que después de tratar a una enferma por meses con medidas antiabortivas, se descubre un carcinoma cervical cuando ya ha invadido notoriamente y las probabilidades de tratamiento curativo son casi nulas.

### **Relajación. Parto psico-profiláctico. Educación obstétrica.**

Desde que tuvimos oportunidad de conocer el libro de Read (11) en 1944 nos hemos venido interesando por estos temas, y ya desde 1948 comenzamos a usarlo entre nosotros, naturalmente que adaptándonos a las peculiaridades del medio en que vivimos. Bien recuerdo que en aquellos años del 48 y 49 algunos colegas, buenos amigos nuestros, cada vez que nos encontrábamos, jocosamente preguntaban: "¿Y te estás relajando?" Hoy día estos mismos colegas en una u otra forma practican algún medio de entrenamiento pre-parto o se interesan en la manera como pudieran practicarlo.

Como muy bien lo decía alguno de los conferencistas que me han precedido, el llevar a la práctica estos métodos en nuestras pacientes es bastante difícil. El nivel mental y los numerosos prejuicios, la falta de enfermeras y auxiliares entrenadas en ellos, la ausencia de una clínica con ambiente adecuado, etc., subrayan estas dificultades. A pesar de esto en muchas pacientes hemos llegado a obtener el beneficio de un parto "sin dolor y temor", como lo demuestran, entre otras, las transparencias que presentamos de un recién nacido sin anestésico alguno, fotografiado por su misma madre en el momento de su nacimiento. Pero aun sin llegar a este resultado de éxito completo, el beneficio de la preparación psíquica que se obtiene en la mayoría de las pacientes es un progreso notorio. Como muy bien lo dice el Profesor Browne, de Londres: "Nada ha sido tan notable en la práctica de la Obstetricia durante los últimos diez años, como el creciente reconocimiento del valor de los principios enunciados por E. Jacobson en su libro "Relajación Progresiva y su aplicación en la Obstetricia" por Read (citado por Thoms) (12). Esta afirmación se realiza cuando pensamos en la aplicación intensa que se le ha dado a los métodos psicoprofilácticos en Rusia y algunos otros sitios como Francia y Argentina (13, 14, 15). Aplicación con tan buen éxito que ha dejado satisfechos a la mayoría de los obstetras y madres que han ensayado el método. Pues si bien es cierto que la interpretación, la filosofía y el enfoque de los métodos citados son diferentes, quien compare el planeamiento de las conferencias, de los ejercicios (12, 14, 15) y de la forma de llevarlos a cabo tendrá que aceptar que estos métodos son muy emparentados y similares en su realización.

No queremos entrar a profundizar en la interpretación íntima de los fenómenos y la forma de obrar de estos métodos. No estamos completamente convencidos de que se trate como para Read (loc. cit.) de una simple ausencia del temor. La teoría de la escuela rusa, basada en el acondicionamiento de los reflejos condicionados, suena un poco más científica sin llenarnos por completo. Personalmente, e impresionados tal vez por las ideas del entrenamiento autógeno de Schulze y de Relajación progresiva de Jacobsen (16), creemos con el doctor G. Williams (17) que lo que se ha denominado "trance hipnótico" "ocurre espontáneamente hasta cierto punto en todo individuo normal. Todos nosotros en alguna ocasión nos hemos embebido tanto en algo que por todos los aspectos estamos como ciegos, sordos e **insensibles** a cualquier estímulo, excepto aquel que nos ha usurpado la atención". La manera de comportarse las enfermas, el "hebetamiento" de ellas, si pudiéramos llamarlo así, sobre el que ha llamado la atención Read y reconocido por cualquiera que haya ensayado estos métodos, etc., hablan en favor de una interpretación encaminada por estos senderos.

### Puerperio

**Levantamiento precoz.**—Küstner (citado por Doderlein, loc. cit) en el Congreso de Ginecología de 1899, expuso "la conveniencia de dejar levantar en los primeros días a las puérperas y anotaba como ventajas la involución más rápida del útero, la desaparición más pronta del flujo loquial, una mejor regulación de las funciones vesicales e intestinales y el restablecimiento más rápido de las envolturas abdominales. Fueron precisos diez años para que Krönig y Gauss confirmaran estos resultados ampliamente en el sentido de que el estado subjetivo de la paciente era mejor al levantarse precozmente, la secreción láctea más abundante y la retroflexión apareciera con menor frecuencia".

Asimismo Eastman (3) dice: "Las objeciones que se le han hecho a la temprana deambulacion parecen más teóricas que reales. Por ejemplo Roseblum, Melinkoff y Fist encuentran menos hemorragia, involución uterina uniformemente buena, ningún efecto sobre episiotomía o heridas y ningún aumento en la incidencia de prolapsos o retroversión uterina".

A pesar de esto, apenas si hace una década cuando pretendíamos escribir una tesis de post-graduado sobre levantamiento precoz en Obstetricia; tal idea no tuvo muy buena acogida entre

quienes nos dirigían la tesis y hubimos de cambiar de tema. Y más luego cuando en 1948 iniciáramos entre nosotros la práctica rutinaria del levantamiento de las púerperas dentro de las primeras 24 horas post-parto, las críticas fueron numerosas. Venturosamente tales épocas han pasado y al presente la mayoría de los obstetras levantan sus pacientes tempranamente y la mayoría de las mujeres en nuestro medio se han convencido de que el temido "ensanchamiento de las caderas", o el temido prolapso no son consecuencia de un levantamiento precoz sino de tejidos pobres por obesidad, desnutrición u otras causas y de obstetricia igualmente pobre.

A continuación el conferencista, debido a la premura del tiempo, hizo una rápida disertación sobre la asepsia, actividad y reposo del puerperio. La interrelación psicológica entre la madre y el niño tan importante en los primeros días de la vida extrauterina. La influencia psíquica de la cuna en el cuarto de la madre en contraposición con el aislamiento en la sala de recién nacidos. Los cuidados de los senos y la lactancia. Los alimentos. Los líquidos. Los baños. Los entuertos y la época de aparición de la primera menstruación. El progresivo plan de ejercicios generales, abdominales, genupectoraes y perineales de la púerpera recalcando sobre estos últimos y mostrando la importancia que ellos tienen de acuerdo con las ideas de Kleegeel (18) y el beneficio de su perineómetro en el restablecimiento de los músculos y tejidos perineales. Por último hizo especial énfasis sobre la necesidad de la visita de control post-parto en el consultorio del obstetra ya que éste es el momento más adecuado y propicio para la corrección de pequeños defectos como retroflexiones uterinas, erosiones cervicales, etc., y en fin, para dejar el organismo de la nueva madre en las mejores condiciones tanto desde el punto de vista general como ginecológico.

#### BIBLIOGRAFIA

1. BENENSAHN S. J.—"Comprehensive Prenatal Care". Surg. Clin. of North America. W. B. Saunders Co. Ed. Filadelfia y Londres. Febrero 1953.
2. GRAHAM H.—"Historia de la Cirugía".
3. EASTMAN N. J.—"Williams Obstetrics". Appleton-Century-Crofts Inc. Ed. Nueva York. 1950.
4. DIECKMANN W. J. et al.—Obst. & Gynec. Survey. 3. 731. 1948.
5. BOURNE A. W. y WILLIAMS L. H.—"Recent Advances in Obstetrics and Gynecology". J. & A. Churchill Ltda. Ed. Londres. 1953.

6. WOHL M. G.—“Dietotherapy”. W. B. Saunders Co. Ed. Filadelfia y Londres. 1945.
7. PAXSON N. F. y PONTARELLI D. J.—“Prenatal and Postnatal Care. Surg. Clin. of North America. W. B. Saunders Co. Ed. Filadelfia y Londres. Noviembre, 1955.
8. RICHARDSON L. R. y HOGAN A. G.—Journ. Nutrit. 32. 459. 1946.
9. WARKANY J. y SCHRAFFENBERGER E.—Journ. Nutrit. 27. 477. 1944.
10. DODERLEIN A.—“Tratado de Obstetricia”. Ed. Labor S. A. Barcelona. 1938.
11. READ G. D.—“Childbirth Without Fear”. Harpers & Brothers Publ. Ed. Nueva York y Londres. 1944.
12. THOMS H.—“Training for Childbirth”. Mc. Graw Hill Book Co. Inc. Ed. Nueva York y Londres. 1950.
13. FIGURNOV K.—“Painless Childbirth”. Foreign Languages Publishing House. Moscú. 1955.
14. LAMAZE F. et. al.—“El parto sin dolor”. Ciencia y Vida. Ed. Buenos Aires. 1955.
15. GAVNSKY R.—“Parto sin temor y sin dolor”. El Ateneo. Ed. Buenos Aires. 1956.
16. SCHULZE H.—El Entrenamiento Autógeno.
17. WILLIAMS G. W.—“Hypnosis in Perspective”. Experimental Hypnosis de L. M. Le Cron. MacMillan Co. Ed. Nueva York. 1954.
18. KLEEGEL A. H.—“Progressive Resistance Exercise in the Functional Restoration of the Perineal Muscle”. Am. J. Obst. and Gynec. Agosto, 1948.
19. BOWERS P. A.—“Natural Childbirth”. Surg. Clin. of North America. W. B. Saunders Co. Ed. Filadelfia y Londres. Noviembre, 1955.