

festaciones de tal manera que posibiliten al epidemiólogo a interpretar los datos y llegar a un diagnóstico de sospecha. La repetición del diagnóstico indicará la necesidad de una confirmación inmediata a través de una investigación o encuesta en el campo que permitirá recomendar las medidas adecuadas. Es el epidemiólogo quien debe hacer el diagnóstico, no el trabajador primario de salud.

Un aspecto relacionado con la información de la vigilancia epidemiológica y que tiene una enorme repercusión para los datos estadísticos producidos en todos los niveles e interpretados y publicados a nivel nacional es que los servicios de atención primaria en las áreas rurales, con personal adiestrado y supervisado, deben de ser promotores y motivadores constantes para

el mejoramiento de los registros locales de nacimientos y muertes.

Los países de América Latina y del Caribe y la Organización Panamericana de la Salud disponen de personal con experiencia y conocimientos para redactar manuales de vigilancia epidemiológica adaptados a los diferentes medios y culturas locales o regionales, en los que se individualice la prevención y control de las enfermedades prevalentes en cada área, y también para elaborar los protocolos de las investigaciones epidemiológicas y operacionales que deben realizarse en la fase preparatoria y durante su ejecución, ya que estos dos tipos de investigaciones adquieren importancia decisiva para las evaluaciones, rectificaciones y perfeccionamiento de todo el sistema de salud.

POSIBLES LESIONES RESULTANTES DE LA AMNIOTOMIA PRACTICADA DURANTE EL PARTO¹

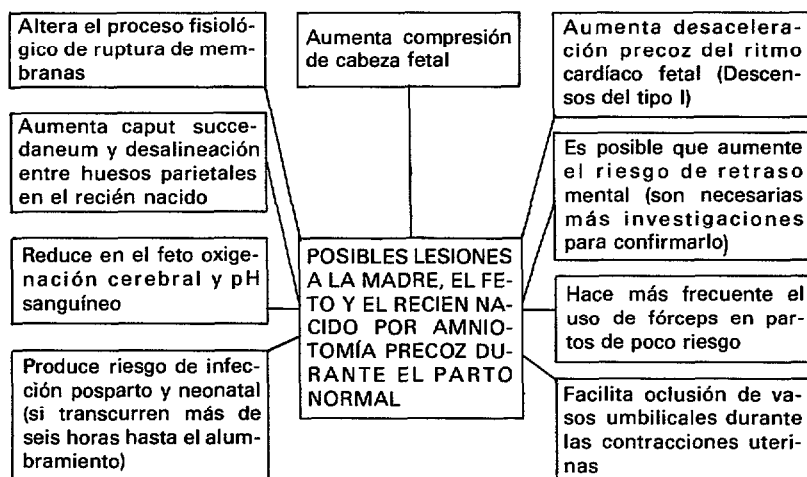
Una referencia histórica a la práctica de la amniotomía se encuentra en el libro de Philippe Peu, *La Pratique des Accouchements* escrito hace más de tres siglos. Peu propugnaba que solo convenía practicar la amniotomía en casos de urgencia, en presencia de ciertas condiciones patológicas (hemorragia, muerte del feto, etc.). Posteriormente, todos los autores clásicos franceses y alemanes del siglo pasado y de principios de este siglo concordaron con la opinión de Peu.

La práctica sistemática de la amniotomía al comienzo del parto normal fue ini-

ciada por Kreis en 1929. La principal finalidad era abreviar la primera etapa del parto. Desde entonces la amniotomía se ha generalizado en todo el mundo. Recientemente se ha demostrado que la

Una de las supersticiones más difundidas con respecto al amnios o velo consistía en que esta membrana protegía de morir ahogado. Con toda probabilidad la idea tuvo su origen en el hecho de que el feto no se ahoga en el líquido que encierra el amnios. En la Edad Media se pensaba que el velo era una protección contra los demonios que causaban las tormentas marinas, y durante siglos los marineros llevaron este fragmento de membrana como amuleto contra los naufragios y como protección para no morir ahogados. (Forbes, R. Thomas. *Veil of Good Fortune in the Midwife and the Witch*. New Heaven, Yale University Press, 1966. p. 105.)

¹ Ricardo Schwarcz. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, OPS. Dirección postal: Casilla de correo 627, Montevideo, Uruguay. Versión condensada de Schwarcz, R. y Caldeyro-Barcia, R. *Amniotomy* Montevideo, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, OPS, 1982. (Publicación Científica CLAP 931) Capítulo en *Elective Delivery in Obstetric Practice* Anderson, A., Chalmers, I. y Turnbull, A. eds. New York, Oxford University Press. (En prensa.)



amniotomía acorta la fase activa del parto en el 28% de las mujeres.

Pese a los efectos “benéficos” de la amniotomía practicada al comienzo del parto sobre la duración de este, esta maniobra artificial suprime los efectos protectores de las membranas, en particular sobre la cabeza del feto, produciendo una iatrogenia negativa bien demostrada.

La amniotomía se suele hacer durante el parto para tener acceso a la cabeza del feto con el fin de aplicar un electrodo al cuero cabelludo y registrar con exactitud el ritmo cardíaco fetal. Es importante señalar que la vigilancia continua del feto, “cuando esté indicada”, puede hacerse por métodos externos (ultrasonido) que no requieren amniotomía. Por otra parte

es dudosa la inocuidad de esta técnica de intervención con fines de vigilancia.

La norma para la atención obstétrica y perinatal es mantener el proceso reproductivo en sus límites fisiológicos. El equipo de perinatología solo intervendrá activamente durante el parto si se detectan signos indicativos de riesgo fetal o distocia. La conclusión que se desprende de los trabajos de investigación sobre amniotomía realizados hasta ahora es que, cuando el proceso del parto avanza normalmente, no se deben romper artificialmente las membranas fetales, al menos mientras no haya terminado la primera etapa y falten pocos minutos para el alumbramiento.

EPIDEMIOLOGIA DE LA OTITIS MEDIA EN AMERICA LATINA¹

La extensión y diversidad geográfica de América Latina hacen muy difícil realizar un estudio epidemiológico sobre la otitis media y sus secuelas. Un alto porcentaje

de la población está completamente alejado de la atención médica o de cualquier forma de atención de salud. Sin embargo, se han hecho estudios en hospitales universitarios y públicos, en centros médicos gratuitos de las principales ciudades donde concurre la población más pobre, y se han consultado a los otorrinolaringólogos

¹ Versión condensada de la ponencia presentada en el Simposio de Otitis Media, Congreso Panamericano, Santiago, Chile, 1980, por el Dr. Jorge García Gómez. Ministerio de Salud, Bogotá, Colombia.