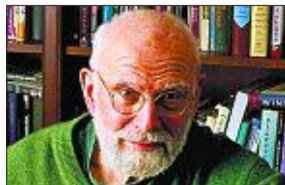


Mover la silla de ruedas con la mente
La ciencia ficción empieza a ser realidad **Página 13**

Oliver Sacks
"La música está integrada en el cerebro humano" **Página 24**



Alimentos ecológicos
¿Son más sanos que los productos de cultivo convencional? **Página 26**



Mensual de biomedicina y calidad de vida
Abril de 2008 Número 13

EL PAÍS Salud



El parto
es nuestro

En portada

Obstetricia

El parto hospitalario ha permitido reducir de forma espectacular la mortalidad infantil y materna. Parir en el hospital ha aumentado extraordinariamente la seguridad, pero el parto se ha convertido en un acto médico muy instrumentalizado y en ocasiones deshumanizado en el que las mujeres apenas cuentan. ¿Podría ser de otro modo? Sin duda. Las mujeres —y sus compañeros— quieren recuperar el control de su parto y algunos hospitales están comenzando a cambiar sus protocolos.

Hacia un parto menos medicalizado

MARTA ESPAR

Juana María Caparrós notó las primeras contracciones un martes de finales de enero. Como eran irregulares, se lo tomó con calma. Dejó a su hija María, de cuatro años, con sus padres, hizo las maletas y emprendió el viaje. No iba a parir otra vez en el hospital que le tocaba por zona, donde no vio nacer a su primera hija porque estaba dormida cuando le practicaron una cesárea, según ella "injustificada". Eso lo tenía muy claro.

Juana María vive en Ceutí (Murcia), pero ingresó con su marido en el hospital La Inmaculada de Huércal-Overa (Almería), a media mañana del miércoles. Su segunda niña, Davinia, vino al mundo el sábado, después de casi cuatro días de trabajo de parto y parto. Ni rasurado del pubis, ni lavativa, ni episiotomía (sólo un pequeño desgarro). Davinia nació de parto vaginal con la ayuda de ventosas, sintió la piel de su madre nada más salir de su vientre y trepó por su abdomen buscando el pezón, tal como Juana María había soñado.

¿Dolor? Ya no se acuerda. Paseó, cambió de postura, descansó, se bañó y comió algo liviano cuando el cuerpo se lo pidió. Sintió cansancio, sí, y momentos de desánimo, pero se emociona cuando relata cómo la matrona y su marido estuvieron siempre con ella animándola.

El hospital La Inmaculada de Huércal-Overa (Almería) tiene maternidad desde el año 1987, pero cada año recibe a más mujeres como Juana María, procedentes de otras áreas de salud, descontentas con la asistencia recibida en su primer parto. Su tasa de mortalidad perinatal es de 5/1.000, una de las mejores de España. Sólo el 7% de los partos atendidos en 2007 en este hospital público fueron instrumentalizados y apenas el 13% se hicieron por cesáreas, un porcentaje muy inferior a la media de los centros públicos, que oscila entre el 16% y el 25%, y muy alejado del 33% de las clínicas privadas españolas, que se sitúan a la cabeza de Europa. La Organización Mundial de la Salud recomienda que el porcentaje de cesáreas no supere el 15%.

El jefe de Ginecología y Obstetricia de este hospital, Longinos Aceituno, resume las claves del éxito: en La Inmaculada, las mujeres son las protagonistas de su parto, se les pide permiso hasta para un tacto vaginal y los o las ginecólogas sólo intervienen cuando surgen complicaciones. Las matronas son las responsables de acompañar el parto si es normal.

Respuesta a un clamor

Cada vez son más las maternidades que hacen suyo este modelo. El pasado octubre, y después de más de dos años de trabajo con asociaciones de mujeres, sociedades profesionales y administraciones autónomas, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el documento *Estrategia de Atención al Parto Normal*, que parte de la definición del parto como un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir cuando se desvía de la normalidad. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) tiene desde julio unas *Recomendaciones sobre la asistencia al parto*, revisadas y enviadas a los jefes de servicio en febrero, y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) acaba de presentar la *Iniciativa Parto Normal* con un modelo de nacimiento que puede consultarse en su página web.

Los tres documentos siguen una misma línea: intervenciones médicas, sólo las necesarias. Se trata de borrar del mapa prácticas cotidianas como los enemas, el rasurado del pubis y la rotura de membranas amnióticas, muy molestas para las mujeres y con escaso aval científico, y de promover una política de episiotomía (incisión del perineo en el momento del parto) selectiva, además de una serie de medidas, como la libre deambulación, la monitorización fetal intermitente y la libre elección de la posición en el momento del expulsivo, que deben traducirse en una caída de los partos instrumentales y las cesáreas.

En Inglaterra y los países nórdicos, que los profesionales toman como referencia, se siguen estas pautas desde hace casi dos décadas. Pero un cóctel de factores, como el diseño de la infraestructura hospitalaria, la presión asistencial y la escasez de recur-

sos humanos, además de las conveniencias de los profesionales en algunos casos, e incluso la mala praxis o la medicina defensiva por temor a las demandas judiciales, han dificultado la aplicación de este modelo en las maternidades españolas. Los cambios sociológicos, como la mayor edad de la madre y el aumento de los partos múltiples, han hecho el resto.

"En las últimas décadas se han conseguido en España unos indicadores clínicos de morbilidad y mortalidad que nos sitúan en cabeza mundialmente", explica Concha Colomer, directora del Observatorio de Salud de la Mujer y coordinadora del documento del ministerio. Pero queda, según Colomer, "eliminar prácticas innecesarias, explicar bien las opciones de analgesia y fomentar la participación de las mujeres en el proceso".

Con este objetivo, el ministerio ha firmado convenios con las autonomías para financiar la estrategia que, sin ser un marco normativo, debe convertirse en referencia para la actuación de los profesionales. Con un presupuesto de cuatro millones de euros en 2008, se han iniciado cursos de reciclaje en los que los profesionales podrán acudir a hospitales con buenas prácticas, como el de Huércal-Overa. Además, profesionales y asociaciones están elaborando una guía de práctica clínica para que los protocolos se adecuen a la estrategia.

Poderse tomar su tiempo

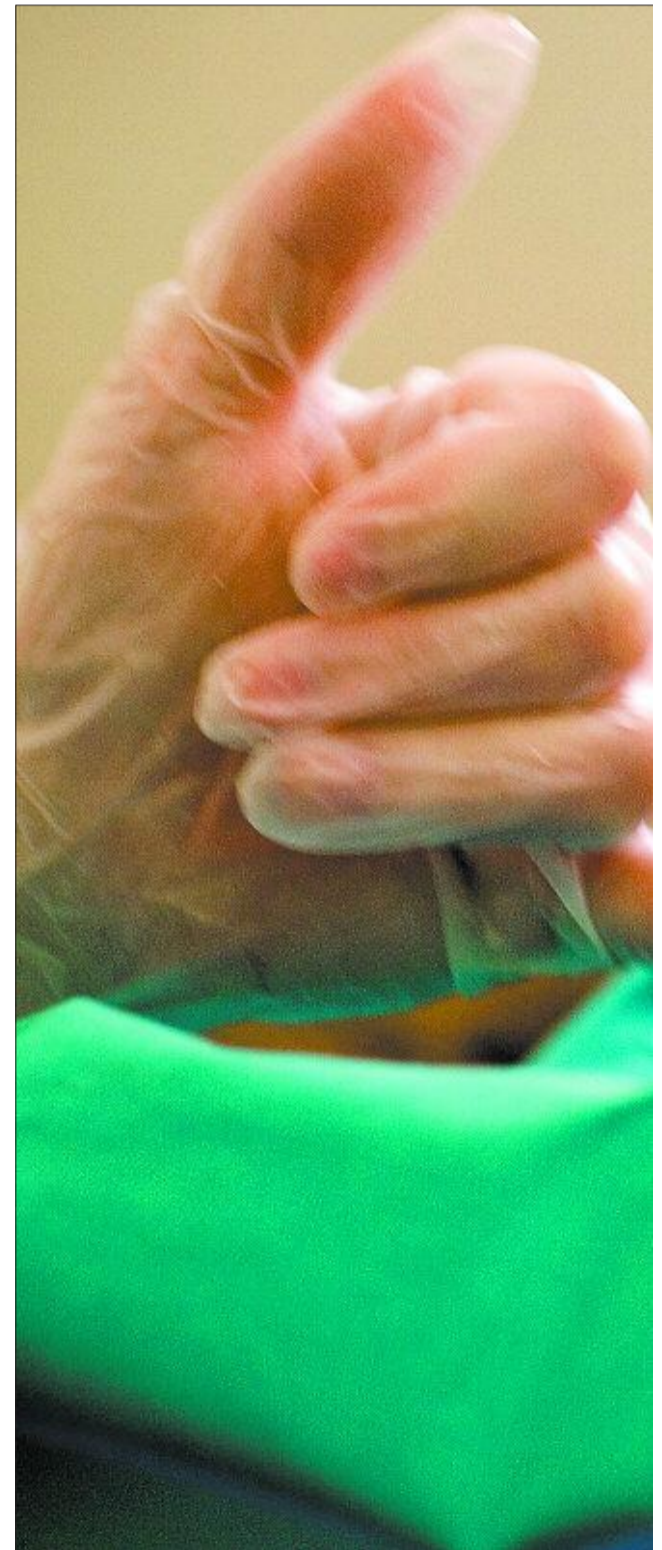
"En España, hoy en día todavía se están aplicando protocolos muy obsoletos, con prácticas que la OMS desaconseja desde hace más de 20 años", enfatiza Raquel Mota, presidenta de la asociación El parto es nuestro, formada por mujeres y profesionales. Mota, que ha participado activamente en la elaboración de la estrategia, insiste en que lo prioritario "no es tener una sala de dilatación más amplia o una bañera, que también es importante, sino saber tener un manejo expectante del parto".

Las últimas recomendaciones de la SEGO van en esta línea. Según explica Juan Carlos Melchor, presidente de la Sección de Medicina Perinatal de esta sociedad profesional, este documento indica que se respete "el

España ha logrado los mejores indicadores de mortalidad, pero las mujeres reclaman el control de su parto

Conocer los índices de cesáreas o de partos instrumentales ayudaría a las mujeres a decidir dónde parir

Las cesáreas hechas sin justificación médica aumentan 2,9 veces la mortalidad en las primeras semanas



Los cambios en la atención al parto que se han producido en países como Inglaterra, Holanda y los países escandinavos, con modelos diferentes entre sí, pero señalados como referencia para muchos profesionales, nacieron del impulso de movimientos de mujeres que, en la década de 1980, presionaron a las instituciones públicas para retomar las riendas del parto. Así, a partir del protocolo de la OMS de 1985, países como Inglaterra iniciaron el cambio hacia un parto menos intervencionista que otorga a la mujer un protagonismo importante.

Son muchos los profesionales que insisten en que las condiciones socioculturales en España son diferentes. Eduard Gratacós, jefe del servicio de Medicina Materno-fetal del hospital Clínico, asegura que si no se han aplicado antes estos mode-

Información y capacidad de decidir

los, no es sólo por la reticencia de algunos profesionales, sino también "porque tenemos un nivel sociocultural diferente del de Suecia y una tradición con una visión más paternalista de la medicina". El caso de la anestesia epidural podría servir de ejemplo, según él: "no se puede comparar nuestro país con otros donde sólo el 40% de las mujeres la pide, porque, aquí, si no la pusiéramos, muchos maridos saldrían a reclamárnosla a gritos por el pasillo". Además, "no porque quieran la epidural, les vamos a negar una asistencia lo más humana y lo menos medicalizada posible". Al fin y al cabo, son más del 90% las mujeres que la piden. El doctor Joaquim Calaf, del hospital de Sant Pau de la mis-

ma ciudad, está de acuerdo, y pide que no se presione a la mujer señalándole el parto natural como el único bueno". Según Calaf, la epidural "permite a la mujer vivir y disfrutar del parto", pero lo esencial es que esté informada sobre las ventajas e inconvenientes de su elección.

Desde el hospital La Plana de Vila-real, en Castellón, Sole Carreguí, supervisora del paritorio, matiza que muchas mujeres experimentan un cambio de actitud hacia su parto cuando son informadas de forma adecuada. Así, piensa que las mujeres piden la epidural porque tampoco se les ofrecen alternativas, ni se les informa bien de que, con esta analgesia, se entra a menudo en una cadena de intervencionismo,

que empieza con la inmovilidad a la que obliga la monitorización continua, acaba con menos fuerza en los pujos y ocasiona un mayor índice de partos instrumentales.

En este hospital de Castellón han visto cómo en los dos últimos años crecía del 3% al 14% el número de mujeres de fuera de su área de salud que viajaban hasta sus instalaciones. ¿Por qué? "Cuando les ofrezco la capacidad de tomar las riendas de su proceso, con tratamientos alternativos, como la libertad de movimiento durante la dilatación, se sienten más satisfechas con el resultado final y se lo cuentan a otras", concluye Carreguí. Otros hospitales, como el de Santa Caterina, en Girona, o el Comarcal de Salnés de Villagarcía de Arosa, señalados por el ministerio como ejemplos de buenas prácticas, podrían contar historias similares.

En portada

Obstetricia

tiempo necesario para el desarrollo del proceso, evitando las acciones dirigidas a acelerar o retrasar el mismo, como pueden ser el uso de oxitocina por vía intravenosa o la rotura de membranas, siempre que las fases del parto transcurran dentro de los límites de la normalidad".

¿Por qué tiene España una tasa de cesáreas tan alta? Melchor asegura que influyen tanto problemas médicos (patología materna, fetal, etcéte-

que libera hormonas que favorecen el trabajo pulmonar.

Y lo que muchas veces no se mide es la insatisfacción que origina en muchas mujeres, sobre todo porque, a menudo, se les separa del bebé después del alumbramiento. La asociación que preside Raquel Mota nació precisamente de un foro de Internet que crearon mujeres que habían tenido más de una cesárea. Fue en 2001, y ahora tienen más de 300 afiliados y

asistir cinco partos de forma paralela. Pero, a pesar de estas limitaciones, llevan años trabajando para respetar los deseos de las mujeres en el momento de parir y para conseguir que tengan un parto lo más normal posible. Los resultados, de nuevo, les avalan: en menos de 10 años, el porcentaje de episiotomías disminuyó más del 45% (del 99%, en 1998 al 42%, en 2006). "Cuando llegaron los protocolos de la Generalitat de Cataluña para favore-



Un recién nacido mediante parto natural en la Maternidad del Hospital Clínico de Barcelona.

CONSUELO BAUTISTA

ra), como extramédicos (sociales y judiciales, principalmente). "Creo que debiera realizarse un debate nacional para definir cuál es el tipo de parto que la sociedad española quiere", porque "no se puede, por un lado, pedir partos no intervenidos o solicitar cesáreas a demanda, por miedo al parto o porque se piense que la cesárea no tiene complicaciones, cuando se ha podido demostrar que las presenta tanto a corto, como a medio o a largo plazo".

Un estudio del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos publicado en 2006, concluyó que las cesáreas que se practican sin justificación médica aumentan 2,9 veces la mortalidad en las primeras semanas de vida, en comparación con los partos vía vaginal. Los investigadores argumentaron, entre otras razones, que el parto tiene efectos beneficiosos sobre el niño por-

miles de visitas a su página web. Mota se queja de la falta de transparencia de la mayoría de centros públicos y privados en España. Y no es un capricho: está convencida de que conocer los índices de cesáreas o partos instrumentales ayudaría a las mujeres a decidir dónde quieren parir. Según ella, falta información de todo tipo a las usuarias, pero, sobre todo, insiste en que lo más importante no es que "se dé una buena asistencia al parto a las mujeres que lo soliciten, sino a todas las mujeres, sin que tengan que pedirlo".

Un caso emblemático es el del Hospital de Sant Pau, en Barcelona. Este centro público de tercer nivel, que asiste un elevado número de partos de alto riesgo, cuenta con un espacio físico poco adecuado, con paritorios tradicionales, y, a menudo, una comadrona puede verse obligada a

cer el parto natural, las comadronas de paritorio se sorprendieron, porque ya llevaban años siguiendo recomendaciones, como intervenir el mínimo, potenciar la lactancia materna durante la primera hora de vida o el contacto piel con piel, incluso después de una cesárea". Lo explica Núria Torras, comadrona y coordinadora del programa de Educación Maternal de este hospital.

Según Joaquim Calaf, director del Servicio de Ginecología y Obstetricia, "no se trata tanto de dotar los hospitales de unidades específicas de atención a un parto natural, como de cambiar el chip mental y realizar un contrato de poca intervención entre la mujer y el profesional que la atiende, siempre que sea posible teniendo en cuenta no sólo los peligros, sino también la condición de los recursos humanos en el momento del parto".

Guía del buen parto

Rasurado del periné. Ha de ser parcial y en el momento de realizar una sutura.

Enema o lavativa. Sólo si la gestante lo desea por algún motivo.

Acompañamiento. A elección de la gestante.

Deambulaci3n. Libre, de acuerdo con sus necesidades y preferencias.

Nutrici3n. Ingesta moderada de líquidos y alimentos livianos durante el periodo de dilataci3n.

Amniotomía. Evitar la rotura de la bolsa precoz de forma sistemática.

Control del bienestar fetal. Mediante auscultaci3n intermitente de los latidos y/o con monitorizaci3n unos 15/20 minutos cada hora, en condiciones normales, y monitoreo cardiaco electr3nico continuo en embarazadas con progreso anormal del trabajo de parto.

Tacto vaginal. Uno cada tres horas en condiciones normales.

Oxitocina. Evitar acciones dirigidas a acelerar el desarrollo del parto de forma sistemática.

Tratamiento del dolor en el parto.

a) Anestesia epidural: es el método más eficaz para el alivio del dolor, pero su uso se relaciona con un mayor riesgo de parto instrumental, episiotomía y fracaso de la lactancia materna. Se empieza a considerar la aplicaci3n de la epidural sin bloqueo motor (Walking epidural).

b) Óxido nítrico: la administraci3n inhalada de óxido nítrico al 50% no es tan potente, pero puede ser utilizada de forma complementaria.

c) Métodos no farmacológicos: existen pocos estudios sobre la eficacia de inmersiones en agua, deambulaci3n, pelotas de goma, masaje y de la capacidad cerebral de producir sustancias analgésicas (endorfinas) en un parto fisiológico en condiciones de intimidad.

Posici3n en el expulsivo.

a) Vertical (sentada, arrodillada, en cuclillas): favorece un acortamiento de la fase expulsiva, un menor número de partos instrumentales y menos episiotomías.

b) Decúbito dorsal o litotomía: se producen menos desgarros perineales de segundo grado.

Episiotomía (incisi3n del perineo).

Evitar suturar los desgarros leves o cortes menores y, de ser necesaria, la sutura debe realizarse con material absorbible sintético.

Fórceps o ventosas. El uso de ventosas es recomendado como primera opci3n cuando esté indicado un parto asistido.

Cesárea. Indicada en la prevenci3n/tratamiento de complicaciones maternas o fetales. Comporta una tasa de morbimortalidad materna y fetal mayor que la de un parto vaginal normal, así como un mayor porcentaje de secuelas para la madre y el hijo. Se ha de facilitar la posibilidad de un parto vaginal después de uno por cesárea.

Alumbramiento. En ausencia de un manejo activo, utilizar drogas uterotónicas para la prevenci3n de hemorragia posparto y, dados los beneficios para el recién nacido (se asocia a menor anemia a las 24-48 horas de vida), no pinzar el cord3n con latido antes de lo necesario para la aplicaci3n de la tracci3n de placenta (unos 3-5 minutos posparto).

Contacto precoz. Favorecer el contacto piel con piel del ni3o y la madre al menos durante los primeros 70 minutos, incluso después de una cesárea. En este tiempo, se debe proceder sólo a la identificaci3n y el test de Apgar. Si el estado de salud de la madre no lo permite, hay que ofrecer la posibilidad al padre.

Fuente: *Estrategia de atenci3n al parto normal en el Sistema Nacional de Salud.* Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

El parto en casa es una opción por la que se inclinan cada vez más mujeres, siguiendo la estela de Holanda, donde uno de cada tres partos es domiciliario. Las parejas buscan preservar al máximo la intimidad sin comprometer la seguridad; por eso, en la planificación del parto está previsto el traslado a un hospital si algo no va bien.

Parir en la intimidad

M. E.

Elsa Udina nació en casa, rodeada de los suyos, con poca luz, en el dormitorio de sus padres. Su madre, Marta Vilajosana, la trajo al mundo en menos de tres horas desde las primeras contracciones. No es un caso habitual para una primípara, pero Marta, una persona muy deportista, se había preparado a conciencia, física y mentalmente. Acudió a clases de yoga y preparación al parto durante todo el embarazo. "Confiaré en mi fisiología de mujer para parir y no tengo miedo, porque sé que tengo un hospital a cinco minutos de coche y que, a menudo, si se ha de reanimar al niño es porque ha habido una intervención excesivamente medicalizada", decía convencida antes del parto. Ella, simplemente, no quería discutir con nadie en el momento del parto, y por eso decidió tenerlo en casa.

Su comadrona, Imma Marcos, la ha seguido durante todo el embarazo. "Cada parto en casa es como la culminación de una historia de amor para mí", explica Marcos, también profesora de Yoga para Embarazadas y comadrona desde hace 10 años. "Te exige una dedicación absoluta y las guardias son duras, pero es muy gratificante", asegura. Cuando llegó el momento, a principios de marzo, Marta fue la que parió. La comadrona estaba allí, respetuosa, controlando. Las mujeres que lo han vivido cuentan que entran en un proceso de transformación en el que les parece estar "como drogadas", y eso se explica, dice Marcos, por la capacidad del cerebro de segregar sustancias analgésicas (endorfinas) durante el proceso en condiciones de intimidad.

Huyendo de un mal recuerdo

A Lucía Rodríguez le ocurrió algo parecido. Cuando quedó embarazada por segunda vez, Lucía empezó a leer todo lo que caía en sus manos sobre el parto. Se preparó a conciencia en el centro de salud familiar Marenstrum, de Barcelona, y decidió parir en casa con la asistencia de una de sus comadronas. Cuando llegó la hora, se cerró en su cuarto y, rodeada de sus cosas y su música, empezó a encajar las contracciones y a resistir el dolor con la ayuda de una imagen: su hija quería venir al mundo y ella debía ayudarla. Al día siguiente, ya caminaba por casa, con sólo dos puntos internos porque la niña la arañó al nacer. Lejos quedaba la dolorosa episiotomía que le había amargado la recuperación de su primer parto.

A Gonzalo, el padre, que cortó el cordón cuando dejó de latir, también le cuesta poner palabras al torrente de emociones que les embargó esa noche incipiente de principios de febrero. Ambos repetirían la experiencia. Sin dudar. Todavía hoy se les quiebra la voz cuando comparan este segundo parto con el de su primer hijo, en una clínica privada de Barcelona. En esa ocasión, hace cuatro años, tu-

vieron que intervenir el parto con fórceps y una infección por estreptococo que, a juicio de la madre, podría haberse evitado, lo tuvo ingresado 10 días en una incubadora. Fallaron el vínculo y la lactancia materna, y a la madre le costó mucho recuperarse.

El caso de Lucía no es aislado. Buena parte de las mujeres que planean un parto en casa han tenido antes una primera mala experiencia. La plantilla de Marenstrum, formada por tres comadronas, puede asistir sólo siete nacimientos al mes, debido a la dedicación que exige la atención a este tipo de parto. A menudo se ven obligadas a rechazar peticiones. Lo mismo ocurre en otras cooperativas de asistencia al parto en casa, como Titania, dirigida por Pepi Domínguez, una de las que empezó a abrir este camino hace ahora ya 24 años. Ahora, participa en la elaboración de una guía de asistencia al parto domiciliario, que se está preparando en la Vocalía de Comadronas del Colegio de Enfermería de Barcelona.

El ejemplo de Holanda

Domínguez señala a Holanda como ejemplo que seguir. Allí más del 30% de las mujeres paren en su domicilio con todos los gastos cubiertos por el sistema público, mientras que aquí los padres deben pagar un mínimo de 1.600 euros por la asistencia, que incluye el pre y el posparto. Cuando se le pregunta por la seguridad en este tipo de partos, Domínguez es contundente y cita algunos estudios científicos, como el publicado en el año 2005 en la revista científica *British Medical Journal* por investigadores del Centro de Prevención y Control de Enfermedades de Canadá. Sobre una muestra de 5.418 mujeres de bajo riesgo que parieron en casa asistidas por comadronas certificadas, no se encontraron diferencias significativas en los índices de morbilidad perinatal respecto al parto hospitalario.

Sin embargo, persiste la división de opiniones acerca del parto domiciliario entre los profesionales de la obstetricia. Algunos, como Eduard Gratacós, jefe de Servicio de Medicina Maternofetal del Hospital Clínico de Barcelona, insisten en que "el parto más aparentemente inocuo puede acabar en tragedia". De ahí que, aunque la probabilidad sea bajísima, Gratacós cree que "es como ir en bicicleta sin casco por una gran ciudad".

Otros, como el jefe de Servicio del hospital La Plana de Vila-real, Manuel Fillol, matizan que "para que el parto domiciliario sea seguro, hay que tener una infraestructura adecuada que, a día de hoy, no existe en España". Fillol opina que la primera tarea del sistema público sería conseguir que "las mujeres puedan parir en los hospitales con una calidad y un ambiente parecido al de su casa, pero con la seguridad que le ofrece el entorno hospitalario". "No podemos olvidar", concluye, "que el primer objetivo del parto es garantizar la salud de la madre y el recién nacido".



Marta Vilajosana se prepara para el parto en casa con la comadrona Inma Campos.

CONSUELO BAUTISTA

Una parte de las mujeres que planean un parto en casa han tenido antes una mala experiencia

Para saber más

- "Estrategia de atención al parto normal". Ministerio de Sanidad y Consumo. Con ejemplos de buenas prácticas (páginas 80-82) <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
- "Iniciativa parto normal". FAME: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/>
- "Recomendaciones sobre la asistencia al parto", Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) <http://www.prosego.es/>
- Documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/en/index.html
- Asociación El Parto es Nuestro <http://www.elpartoesnuestro.es/> <http://www.quenoossepren.info/>
- Plataforma pro Derechos del Nacimiento <http://www.pangea.org/pdn/plataforma.html>
- Asociación Nacer en Casa <http://www.nacerencasa.org/>

El parto de nalgas, de padres a hijos

A. S.

Durante el parto, la cabeza del feto es, en la mayoría de las ocasiones, la primera parte anatómica que sale al exterior. Es lo que se conoce como presentación cefálica. Sin embargo, en alrededor del 3-4% de los casos, en vez de la cabeza son las nalgas lo que primero aparece por el canal del parto. La presentación de nalgas plantea más dificultades al obstetra y se asocia con mayor número de complicaciones e incluso de mortalidad. En una investigación publicada en el *British Medical Journal*, los autores plantearon la hipótesis de que tanto los hombres como las mujeres que nacieron en un parto de nalgas tienen mayor riesgo de que sus hijos también nazcan de igual forma. Y lo confirmaron.

A partir de una registro de nacimiento se estudiaron 451.393 madres y 295.253 padres y a su descendencia, con el fin de poner de relieve si en la segunda generación la presencia de un parto de nalgas era más frecuente en los padres que nacieron así. Los resultados de este análisis revelaron que el nacimiento mediante un parto de nalgas multiplicaba por 2 el riesgo de que alguno de sus hijos naciera en la misma forma en comparación con un grupo control en el que el parto fue por la más frecuente vía cefálica. No se encontraron diferencias entre ambos sexos. Aunque varios factores como la edad de la madre o el bajo peso del recién nacido parecen contribuir a que la presentación de nalgas sea más frecuente, los autores sugieren que podría existir un factor hereditario en esta forma de presentación en el parto.



CONSUELO BAUTISTA

Preparando la llegada del bebé

Cuando Nasnia Oceransky (primera por la izquierda) posó para esta foto, estaba de ocho meses. Hoy ya tiene en brazos a su bebé, Hannah. Ella y su pareja, Juan Carlos Cabrera, lo habían preparado todo para que la pequeña naciera en casa, pero, después de más de 30 horas de trabajo de parto, debido a una leve desproporción pélvica, tuvieron que desplazarse a la clínica. Hannah nació el 1 de abril, de parto vaginal.

Aparte de las técnicas de respiración y relajación, Nasnia asegura que fue el acompañamiento y el conocimiento del propio cuerpo que le facilitó el curso de preparación al parto en Titania, Centro de Preparación a la Maternidad y Paternidad de Barcelona, lo que la ayudó más a vivir el embarazo y el parto como "algo natural y no como una enfermedad".

La historia del parto de Sandra Fortado y Noèl Moraleda (la pareja de la derecha) todavía está por escribir. Esperan a su hija —Naia o Nora, todavía no se han decidido— para finales de abril. Quieren tener este segundo hijo en casa, para que su hermano mayor, Víctor, de 6 años, pueda compartir el parto y porque están descontentos con la asistencia al parto de los hospitales. Ambas parejas se conocieron en Titania. En España, cada día hay más centros que ofrecen esta preparación.

El regreso de las matronas a la sala de partos

Marta Fontanals tuvo a su hija de parto natural en una de las salas de dilatación de la Maternidad del Hospital Clínico de Barcelona. Uno de sus deseos explícitos era que la asistieran matronas, igual que en su primer parto, que ocurrió en Holanda. En el Clínico, una plantilla de cinco comadronas asiste una media de 11 partos al día, de los que el 57% es de alto riesgo. Desde que empezó a ofrecer una línea de parto natural avalada por la Generalitat en 1988, se ha trabajado mucho para extender una asistencia lo menos medicalizada posible a todos los partos. Sin embargo, algunas de las parteras que han pasado por sus instalaciones se quejan de las reticencias con que, a veces, se acogen sus reclamaciones. Marta Fontanals es una de ellas: a pesar de estar muy satisfecha del trato recibido por la matrona que asistió su parto, asegura haber tenido que luchar para imponer su plan de nacimiento en la sección de urgencias y haber sentido en más de una ocasión que la miraban con recelo.

"La matrona es el profesional que está formado y tiene la competencia para realizar el diagnóstico y el seguimiento de todo el proceso fisiológico del embarazo, el parto y el posparto". Así lo estipula la definición de la Conferencia Internacional de Matronas (ICM) del 2005 y así lo recoge la Iniciativa Parto Normal, que la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) ha presentado en los últimos meses en varias comunidades autónomas. De esta forma, estas profesionales recuperan un poder que se diluyó bajo la creciente medicalización que trajo consigo el desarrollo de la infraestructura

hospitalaria, en los años sesenta.

"Nosotras hemos estado siempre al lado de las mujeres, y cuando ellas han recuperado su poder, nosotras también". Quien así habla es Sole Carreguí, matrona, supervisora de paritorio en el hospital de La Plana, en Vila-real (Castellón), otro centro público citado muy a menudo como ejemplo de buenas prácticas en la atención al parto. Con sólo 33 años, esta joven matrona dibuja el panorama con rapidez apabullante: "A mí me ha sido más fácil adaptarme a este manejo del parto, que no es algo más romántico, sino sólo el fruto de una actualización de los datos científicos", explica, "pero es normal que mu-

chas matronas mayores, que han controlado el parto con monitorización continua durante toda su vida, se sientan más inseguras con la auscultación intermitente".

La presidenta de la FAME, Dolors Costa, es consciente de ello. "Existe un sector de comadronas que se formaron en el modelo intervencionista que era tendencia hace 30 años, que son muy diestras en los partos intervenidos y que les cuesta aceptar estos cambios", explica. En España, hoy, desempeñan este trabajo más de 6.000 comadronas, entre hospitales y asistencia primaria, pero este número es insuficiente para asistir el aumento en la tasa de natalidad de los últimos años.

La adaptación de los programas de formación a los estándares europeos paralizó la especialidad de comadrona durante 10 años, entre 1986 y 1996, y, por otro lado, su especialidad pasa por un sistema de residencia similar al de los médicos que dura dos años y que ofrece un número de plazas limitadas al año.

A pesar de todo, Costa es optimista porque piensa que, aunque para alcanzar el ideal de asistencia de otros países, como Inglaterra, donde existe una comadrona por partera, habría que formar a muchas más, cree que en el año 2015 se podría llegar a ver una comadrona para dos partos al día. La realización de este modelo, asume Costa, puede costar al principio una mayor inversión en infraestructura hospitalaria y en recursos humanos, pero a la larga la tendencia debe dar buenos resultados económicos.

Datos del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS) de Barcelona señalan que el coste de un parto normal sin complicaciones es de 1.940 euros, mientras que el de una cesárea supone 2.950 euros. El jefe de Ginecología y Obstetricia del hospital La Inmaculada de Huércal-Overa (Almería), Longinos Aceituno, no tiene cifras exactas, pero pone ejemplos: "Con el parto poco intervenido, se usa menos analgesia epidural, se hacen menos episiotomías y se realizan menos partos instrumentales. Se ahorra el tiempo del anestesista, la intervención del ginecólogo y, aunque es verdad que se aconseja que haya una matrona por mujer, son menos imprescindibles que cuando deben controlar la epidural y asistir el parto instrumental con el ginecólogo".



Monitorización durante la dilatación de un parto natural en la Maternidad.

C. BAUTISTA

Todo el mundo tiene derecho a ser egoísta y cualquier padre al que le digan que su hijo puede morir en el futuro a causa de su imprevisión por no guardar la sangre del cordón umbilical, correrá a depositarla en un banco privado. Pero la mejor forma de proteger a su hijo es donarlo a un banco público. Por **Joan García** y **Jordi Barquinero**

Cordón umbilical: la mejor forma de proteger al hijo es ser solidario

Las estadísticas no pueden ser más contundentes: de los 1.500 trasplantes de sangre de cordón umbilical (SCU) que se realizan anualmente en el mundo, no llegan a uno de cada 10.000 los trasplantes en que se usa el cordón del propio individuo (uso autólogo), y ello no se debe a que haya menos unidades almacenadas en los bancos privados (300.000), pues claramente superan a las existentes en todos los bancos públicos del planeta (230.000).

Cuando una pareja decide preservar la sangre del cordón umbilical de su bebé, puede hacerlo donándola a un banco público, cuyo destinatario será el primer paciente de cualquier país que la necesite; o puede depositarla en un banco privado, en el que la unidad estará disponible para uso autólogo o familiar. A diferencia de los bancos públicos, los privados suelen ser entidades con ánimo de lucro.

Persiste en la sociedad española una cierta polémica sobre esta cuestión, motivada, en parte, por un notable desconocimiento del asunto. Veamos los hechos contrastados.

La principal aplicación de la sangre de cordón umbilical es el trasplante para tratar leucemias, pero, para este fin, los especialistas prefieren utilizar las células de un donante. El ideal es el hermano histocompatible no absolutamente idéntico, pues es necesaria una pequeña diferencia para que el sistema inmunitario, derivado de las células del donante, elimine las células cancerosas. Es decir, las células trasplantadas no son un mero reemplazo, sino que son decisivas para la

erradicación de la enfermedad.

Este efecto no se produce si el injerto es autólogo, es decir, procedente del propio cordón, y, además, se han detectado células preleucémicas en unidades de sangre de cordón umbilical de niños que posteriormente han desarrollado leucemia. Esta es la razón por la que se intenta dar prioridad al uso de sangre de cordón procedente de otra persona.

Ocurre que cuando se plantea un trasplante de este tipo, la probabilidad de encontrar una unidad de sangre de cordón compatible aumenta en proporción al número de unidades almacenadas en los bancos públicos de todo el mundo. Por ello, sería ideal que las unidades que hay almacenadas en todos los bancos públicos y privados estuviesen disponibles para cualquier paciente. Pero esto ahora no es así.

En general, las unidades almacenadas en los bancos privados no están disponibles, lo que lleva a una paradoja: si una persona cuya sangre de cordón umbilical se encuentra almacenada en un banco privado requiere un trasplante para tratar una leucemia, es 10.000 veces más probable que sea trasplantado con una unidad procedente de un banco público que con la suya propia, que sólo se utilizará si no se encuentra ninguna unidad de algún donante adecuado.

Mirándolo globalmente, la donación autóloga lastra el beneficio de la comunidad, incluyendo a los propios niños cuyos padres han preferido depositar su cordón en un banco privado. En caso de necesitar un trasplante, estos niños verán mermadas sus



Un bebe recién nacido en una clínica de partos naturales con su madre.

CONSUELO BAUTISTA

Para tratar la leucemia es mejor usar células de donante porque se precisa una diferencia para atacar al cáncer

posibilidades de curación ya que las unidades almacenadas en los bancos privados no figuran en el inventario público y, por tanto, no están disponibles.

Otra indicación menos frecuente de los trasplantes de sangre de cordón umbilical son las enfermedades hereditarias de la sangre. La donación autóloga presupone que algún día estas células podrán ser "curadas". Sin embargo, en la mayoría de casos, serían igual de eficaces las células madre adultas que, además, serán manipuladas en el futuro y, teniendo en cuenta la velocidad a la que avanza la ciencia, es de esperar que las técnicas sean muy diferentes. De hecho, aún no se sabe durante cuánto tiempo se pueden mantener congeladas las unidades conservadas (el periodo máximo conocido es de 30 años).

Hay que tener en cuenta que la mayoría de indicaciones en medicina regenerativa van dirigidas a pacientes mayores, que sufren con más frecuencia procesos degenerativos. En 2007 se logró reprogramar células humanas de la piel para convertirlas en células embrionarias capaces de generar distintos tejidos, abriendo nuevas vías para la medicina regenerativa. Es ingenuo pensar que en los próximos 50 años no se avanzará en el conocimiento de las células madre

para creer que, llegado ese momento, las unidades preservadas con la tecnología actual puedan tener una verdadera utilidad.

Los comités de expertos de la Unión Europea han aconsejado a los países miembros que únicamente den soporte a los bancos públicos y a la donación altruista en éstos. A la vista de esta realidad, nuestro país, modélico en el terreno de los trasplantes, ha implantado una audaz legislación que obliga a que cualquier unidad almacenada en España, "pública o privada", deba ser cedida si es la más adecuada. Esta decisión vulnera, aparentemente, las libertades individuales, pero, si se consigue conciliar los intereses públicos y los privados, la medida redundará en un mayor beneficio colectivo.

Por último, la donación altruista no impide su uso autólogo, ya que las probabilidades de que una determinada unidad de sangre de cordón sea utilizada son de menos de una entre cien por año. La donación altruista es un claro exponente de la vieja máxima ecologista "piensa globalmente, actúa localmente". Es una fórmula con la que todos saldremos ganando.

Joan García López y Jordi Barquinero Máñez. Centro de Tejidos y Terapia Celular del Banco de Sangre y Tejidos. Instituto de Investigación del Hospital Universitario Vall d'Hebron

El instinto materno 'enciende' el cerebro

El impulso que lleva a una madre a querer y proteger a su hijo es una emoción poderosa que enciende el cerebro. Investigadores de Tokio han logrado obtener imágenes mediante resonancia magnética que han permitido estudiar los patrones cerebrales que se activan cuando aparece el instinto materno. El equipo ha estudiado los cerebros de 13 madres que tenían un bebé de 16 meses.

En la primera fase del estudio los investigadores grabaron en vídeo a los niños sonriendo a las madres durante el juego. Luego se pidió a las mujeres que salieran de la sala, y se grabó a los niños llorando y llamando a sus madres. Para el rodaje, todos los niños fueron vestidos con una camisa azul idéntica. Con este material filmado, se sometió a las madres a pruebas de resonancia magnética,

mientras se les mostraban imágenes de los bebés, incluido el propio, sin sonido. Cuando una mujer veía imágenes de su hijo, ya fuera sonriendo o llorando, sus patrones cerebrales eran marcadamente distintos de cuando veía la imagen de los demás niños. Y cuando a una madre se le mostraban imágenes de su hijo llorando, se observaba un cambio especialmente acusado en la actividad cerebral.

La observación permitió ver también qué circuitos cerebrales se activaban en concreto cuando una madre podía distinguir la sonrisa o el llanto de su propio hijo. El hecho de que una mujer responda con más fuerza al llanto que a la sonrisa de un niño parece, según los autores del estudio, "biológicamente significativo desde el punto de vista de la adaptación a necesidades específicas asociadas con

un buen cuidado de los bebés. Este tipo de conocimiento proporciona las bases para entender el comportamiento materno humano desde un punto de vista científico", puntualiza John H. Crystal, director de Biological Psychiatry. "Este conocimiento podría ser útil algún día para desarrollar tratamientos para los múltiples problemas y enfermedades que pueden afectar adversamente a la relación entre una madre y su bebé", añade. Este estudio



Marta Vilajosana con su hija poco después de nacer en casa.

C. B.

sólo ha investigado a las madres, por lo que se desconoce si los padres también tienen respuestas cerebrales similares. © The New York Times