



El carácter científico de la Obstetricia actual

Dr. Michel Odent (Médico obstetra)

SCIENTIFICITY OF MODERN OBSTETRIC TRENDS. ODENT M

Keywords: Obstetrics, Delivery, No pain delivery. **English Abstract:** There is a growing trend against delivery manipulations. In 1952 was born in France the first baby following the method of «no pain delivery». Drs. Leboyer and Odent were the french pioneers of this method of delivery. A quiet environment is exceptionally important for the mother, that needs security sensations, and this can lead to a lower rate of surgical interventions. Fetal monitoring also increases cesareans. Modern trends in obstetrics go towards the establishment of home-care centers. Hormones like occitacin, endorphins, adrenalin, etc., have a very important role in human sexuality; and the first hour of life is extremely important for baby, and mother. Pregnancy and delivery must be understood as a process of human sexuality.

En los años setenta, con la expansión de los movimientos alternativos y la difusión de corrientes culturales liberalizadoras, el tema de la salud, junto con el de la educación, fue uno de los más controvertidos, y muy especialmente el tratamiento dado al parto. Si bien fue en EE.UU.

donde el movimiento hippy y la peculiar organización sanitaria norteamericana contribuyeron a que se produjera una auténtica rebelión contra el sistema, en Europa también tuvo lugar una importante revisión. Se produjo de modo general una alarma frente a la manipulación de los partos.

Probablemente la difusión que habían alcanzado los métodos de preparación al parto influyera mucho en aquella situación. La Psicoprofilaxis Obstétrica, conocida como «preparación al parto sin dolor», e inspirada inicialmente en los trabajos de médicos soviéticos y en la escuela de Pavlov, había permitido que veinte años antes, en 1952, naciera el primer niño mediante esa técnica. Su artífice, el Dr. Lamaze, dio nombre al método, muy difundido y en plena vigencia.

Aunque hoy en día han proliferado escuelas, filosofías y métodos de aplicación, puede distinguirse en todos ellos una raíz común: la información y el autoconocimiento que posee un gran número de parejas, y una creciente toma de responsabilidad sobre el nacimiento de sus hijos.

Francia fue el escenario de aquel primer parto, y en Francia surgieron los pioneros de una nueva Obstetricia: Frederick Leboyer, trabajando en la Maternidad de Les Lilas, y Michel Odent, en la de Pithiviers, ambas próximas a París.

LA LABOR DE MICHEL ODENT

Michel Odent, nacido en París en 1930, ejercía como cirujano durante los años setenta en el hospital de Pithiviers, cuando comenzó a llamarle la atención el importante número de cesáreas que debía practicar; ello le llevó a interrogarse sobre la manera en que se estaban atendiendo los partos. Observó el trabajo de las comadronas y el comportamiento de las parturientas, y pronto advirtió que el ambiente que rodeaba a la madre durante el parto era de vital importancia para un desarrollo armónico del nacimiento. Comprendió que la mujer, igual que ocurre en otras especies de mamíferos, precisa preservar su intimidad para dar a luz sin complicaciones, tener libertad de movimientos y, de

acuerdo a las propias recomendaciones de la OMS, adoptar la posición que ella juzgue más cómoda para el expulsivo.

Odent comprendió también que la presencia de una comadrona o un médico con la suficiente experiencia y conocimientos como para ser capaces de supervisar con respeto y sin interferir, brindaba la confianza necesaria para que la madre viviera el proceso con naturalidad y plena seguridad.

Michel Odent reorganizó el servicio de Maternidad de acuerdo a estos nuevos criterios; el resultado inmediato fue la disminución de cesáreas, cuyo índice bajó del 20% al 6%. Actualmente las «salas de partos» de Pithiviers son domésticas. Gruesas cortinas tamizan la luz, una pequeña piscina está a disposición de la mujer para relajarse; también una amplia cama, quizá cierto desorden, y en cualquier momento un bebé que nace y es acogido por los brazos de su madre.

La primera mirada es un momento mágico e irrepetible. Antes del día del parto las embarazadas han tenido ocasión de visitar el hospital para familiarizarse, y reunirse en los grupos de canto que Michel Odent organizó alrededor de un viejo piano. Todos pueden participar y la gente tiene oportunidad de conocerse, comentar su caso, exponer temores, etc.

Hace ya algunos años Michel Odent instaló su residencia en Londres, donde ha fundado el Instituto de Investigación en Salud Primal, cuya finalidad es la de recoger y organizar todos los trabajos de investigación realizados en todo el mundo concernientes al periodo que se extiende desde el inicio de la vida intrauterina hasta que finaliza el primer año de vida extrauterina. Los datos y ejemplos que cita en sus intervenciones se encuentran ampliamente documentados y registrados en dicho Instituto, y pueden ser consultados por los profesionales interesados.

Atiende numerosas demandas de conferencias, entrevistas y difusión de su experiencia en todo el mundo, escribe libros y artículos, y cuando el poco tiempo libre que le queda se lo permite, atiende algún parto a domicilio.

Gracias a la iniciativa de una mujer que dio a luz a sus hijos junto a él^(*), y al soporte recibido por Natura Medicatrix, la Associació Catalana de Llevadores y la Asociación Nacer en Casa, Odent visitó España hace unos meses. Fue entrevistado por distintos medios informativos, dirigió talleres y dio conferencias, como la que reproducimos a continuación.

CONFERENCIA DEL DR. MICHEL ODENT

(ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE
GIRONA, 11 DE MARZO DE 1994)

Cualquier intervención durante las primeras fases de la vida tiene consecuencias en las etapas posteriores. Consideremos para empezar el concepto de *salud primal*, criterio básico del Instituto que dirijo en Londres (Primal Health Research Center), cuyo objetivo es estudiar esas consecuencias. Para ello reunimos y clasificamos el máximo de documentación con el rigor científico suficiente para demostrarlas.

En nuestro vocabulario, entendemos por *período primal* la época de la vida que comprende el período fetal, el período perinatal y el primer año de vida extrauterina. Es durante todo este tiempo que nuestros sistemas básicos de adaptación, los sistemas implicados en mantener el estado de equilibrio que entendemos como estado de salud, alcanzan plena madurez. Partiendo de este hecho podemos afirmar que todo lo acaecido durante este período tendrá consecuencias durante la vida de la persona.

Sobre el tema inicial de las vacunas,

al que se refirió antes el Dr. X. Uriarte, puedo aportar algún dato. Disponemos de un estudio sobre el estado de salud de un grupo de 446 niños y adolescentes, todos con más de 4 años en el momento de recoger los datos (la media de edad del grupo era de 8 años). El único punto en común era la alimentación: exclusivamente leche materna durante los primeros 8 meses de vida, y destete después de los 12 meses. En este estudio el factor «exclusivamente leche materna» se extendía hasta excluir incluso a aquellos niños que sólo habían tomado algunos centímetros cúbicos de suero glucosado, té o zumo de frutas.

El conjunto de estos 446 individuos se dividió en 2 grupos: el grupo A, formado por 243 niños que recibieron la vacuna contra la tosferina, y el grupo B, formado por los 203 restantes, que no recibieron esta vacuna.

El análisis del estado de salud de ambos grupos aporta datos significativos en diversos aspectos; por ejemplo, en la aparición de crisis asmáticas. El grupo A presentó 26 casos, un 10% aproximadamente, que se corresponde con la media del total de la población. El grupo B solo registró 4 casos. Espero que estos datos tan significativos hayan dado soporte a la exposición inicial del Dr. Uriarte a propósito de que las vacunas no son tan inocuas ni tan carentes de efectos secundarios como parece.

Voy ahora a centrarme en el tema de la conferencia de hoy, que bien podría titularse "El carácter científico de la Obstetricia actual": Llevo varios días en Cataluña, y he participado en actividades con varios colectivos relacionados con el parto y el nacimiento; he visto que hay algunos temas básicos que son comunes; uno de ellos es la necesidad de enfocar científicamente las teorías que exponemos, de modo que sean válidas y

validables. Es justamente a través del rigor que aporta el uso de la metodología científica y de los resultados estadísticos, que el concepto de "científico" se transforma y se pueden comprender las actitudes erróneas.

El actual es un período de transición. Hay una discordancia extraordinaria entre las más avanzadas publicaciones médicas especializadas y la práctica cotidiana de la Obstetricia. La mayoría de obstetras leen asiduamente los últimos avances científicos, pero continúan actuando en oposición. Esto sucede por ejemplo respecto a la monitorización fetal electrónica sistemática. La historia de la monitorización fetal electrónica es una significativa historia de contradicciones, puesto que todos los estudios que han evaluado los efectos que tiene sobre el desarrollo del parto, presentan el mismo resultado: el uso de ese método aumenta el número de cesáreas.

En los estudios realizados sobre este tema, se observó claramente como los bebés de un grupo control que solo era sometido a escucha intermitente de la FCF con un pequeño aparato portátil, presentaba mejores resultados que los monitorizados de manera continua. En un grupo de partos prematuros, los de auscultación continua presentaron dos veces más afectaciones neuromotoras que los de auscultación intermitente. Estos datos permiten comprender desde un punto de vista científico como el entorno electrónico durante el proceso del nacimiento no carece de efectos, sino que actúa interfiriendo el proceso fisiológico, dificulta los partos, y es en sí mismo generador de sufrimiento fetal, lo cual conduce a un incremento del número de las cesáreas para «salvar» al pequeño en peligro.

Lo cierto es que estos trabajos científicos están publicados en revistas acreditadas, incluso algunos en forma de editorial, lo cual les da aún más fuerza; sin embargo los obstetras siguen utilizando esas máquinas.

Posiblemente lo más adecuado sería, en lo que al parto se refiere, comenzar a preparar la era post-electrónica. El actual momento de cambio, como todos los períodos de transición, se pone de manifiesto por la contradicción entre lo que se dice y lo que se hace; en nuestro caso, entre lo que se publica y lo que se practica.

Pondré otros ejemplos: Las nuevas maternidades. Si percibimos la llegada de una Nueva Era, es porque hay una nueva toma de conciencia. Puedo notarlo personalmente por el gran número de



llamadas que recibo para difundir y apoyar estos conceptos en todo el mundo. Y a través de mis viajes y contactos he conocido diversas maneras de enfocar esta Nueva Era. Existen documentos oficiales y apoyo político, como en el caso de Gran Bretaña.

LAS NUEVAS MATERNIDADES

En mayo de 1992 se publicó en Gran Bretaña un documento que la Cámara de los Comunes había encargado elaborar a un grupo de expertos, sobre como tendrían que ser los Servicios de Maternidad en un futuro próximo. Las conclusiones de los expertos habrían sido impensables hace poco. El documento comienza así: «*No hay ninguna razón científica hoy en día para continuar afirmando que el parto hospitalario es más seguro que el parto a domicilio*». A continuación se aportan propuestas sobre como organizar las maternidades: pequeñas salas de nacimiento, casi domésticas, con pequeñas piscinas, dando gran importancia al ambiente durante el parto. Como ya hemos dicho estas conclusiones habrían sido impensables hace poco tiempo; por ello podemos hablar de cambios. Los hospitales universitarios de Gran Bretaña, unos setenta, ya han incorporado esa filosofía, y disponen de estas salas confortables, reducidas, con piscina.

En Alemania, se ha seguido otro modelo. Desde hace unos quince años han comenzado a aparecer «casas de partos», pequeños centros, próximos al hospital y de funcionamiento autónomo.

En los países escandinavos se han creado Unidades de Maternidad de funcionamiento independiente, pero dentro de los mismos hospitales.

En Holanda se adapta la propia casa para el parto sin prescindir de los modernos recursos. En este país un 30% de bebés nace en el domicilio. Ese abanico de ejemplos, indicio de la era post-electrónica, nos obliga a conocer y estudiar intensamente la fisiología del nacimiento. La fisiología es compleja, y sólo podemos acceder a ella a través de la ciencia y de los datos científicos aportados por estudios rigurosos, lo que nos permitirá comprenderla y respetarla.

Para comprender la fisiología, podemos analizar otros parámetros: Las hormonas y los neurotransmisores, y su papel en el parto y la sexualidad. El estudio paralelo del nacimiento y el parto, de las relaciones sexuales y de la lactancia, nos permitirá comprender mejor el desarrollo fisiológico del parto.

LA OXITOCINA

Por ejemplo podemos hablar de la oxitocina (llamada «la hormona del amor») (46). Hay hormonas que están implicadas en todos los episodios de la vida sexual, y aun conociéndolas bien es difícil interpretar qué acción ejercen. Todos los obstetras están de acuerdo en que la oxitocina favorece la contracción uterina en el parto y en el alumbramiento; incluso algunos conocen su efecto en la eyección láctea. Efectivamente estos son algunos de sus efectos; pero tiene otros; la oxitocina actúa sobre el comportamiento de los mamíferos.

Durante el periodo perinatal el nivel máximo de secreción se alcanza justamente después de la salida del bebé, y favorece el primer contacto entre la madre y su hijo. La oxitocina induce a un comportamiento maternal instintivo. Si se inyecta oxitocina en el cerebro de un mamífero macho, éste adoptará conductas maternas hacia las crías.

En otro momento de la vida, durante las relaciones sexuales, los miembros de la pareja segregan oxitocina. Mediante un estudio realizado en la Universidad de California en 1985, se midieron niveles de oxitocina durante la autoestimulación genital. Si bien las mujeres presentan tasas más altas inicialmente, ambos sexos elevaban sus niveles, que alcanzaban un grado máximo en el orgasmo.

La oxitocina segregada durante el coito tiene efectos sobre la reproducción. Se sabe que la presencia de oxitocina permite al hombre la contracción prostática y la eyaculación, y en la mujer un aumento de las contracciones uterinas que facilitan el transporte del esperma hacia las trompas, donde podría encontrarse el óvulo. En 1961 un grupo de cirujanos norteamericanos demostró experimentalmente este mecanismo. Antes de realizar una laparoscopia depositaron polvo de contraste en el fondo vaginal, e inyectaron oxitocina por vía parenteral; en el examen posterior el polvo aparecía desplazado hacia las trompas. Estos hechos nos dan una visión diferente del sentido fisiológico del orgasmo femenino. Son muchas las culturas que han ignorado el orgasmo femenino. La antropóloga Margaret Mead lo constató en sus investigaciones con tribus y culturas primitivas.

La oxitocina desempeña también un papel durante la lactancia. El solo hecho de oír llorar al bebé produce en muchas madres la emisión de leche. Se ha podido medir un aumento de la secreción hormonal en ese momento. Durante la

toma, la hormona pasará al bebé a través de la leche materna y se unirá a su propia secreción de oxitocina. Mediante ecografía se ha podido observar como los bebés que se están chupando el dedo intraútero experimentan al mismo tiempo una erección, señal inequívoca de la presencia de oxitocina. Es un sistema que comienza a funcionar muy precozmente.

Hemos visto la importancia y la implicación en las distintas fases de la vida sexual que tiene una sola hormona. Pero hay otras sustancias principales que podemos estudiar.

LAS ENDORFINAS

Durante el trabajo de parto, las hembras de los mamíferos necesitan adaptarse al dolor, y para ello segregan sustancias opiáceas, las endorfinas.

El dolor del parto es un dolor fisiológico, frente al que se ponen en marcha mecanismos de protección: la secreción de endorfinas como principio de una larga cadena de reacciones, entre ellas la secreción de beta-endorfina, que induce la secreción de prolactina, iniciadora a su vez de la lactancia.

Una de las propiedades más conocidas de las endorfinas es su capacidad para crear dependencia. Por esta razón, si después del nacimiento, la madre y el bebé saturados de morfina (endorfinas) se reencuentran piel a piel, se inicia una vinculación, una relación de dependencia muy especial. Durante la hora que sigue al nacimiento, el nivel de estos neurotransmisores es muy elevado, justamente para permitir a la madre identificar a su cría y crear lazos afectivos.

Es posible que expuesto de manera aislada sea difícil comprender la importancia de esta primera hora, pero si la comparamos con otros episodios de la vida sexual será más fácil. En muchas especies animales, incluyendo a los mamíferos, cuando los componentes de una pareja realizan actividades relacionadas con la supervivencia de la especie, segregan endorfinas, son recompensados; la secreción de endorfinas es un mecanismo de recompensa.

En fisiología moderna hay dos elementos inseparables: el dolor y el placer. Los mecanismos que nos protegen contra el dolor son los mismos que nos permiten sentir placer. Podemos tomar como ejemplo cualquier momento en que sea necesario proteger a la especie, y nos encontraremos frente a una importante secreción de endorfinas.

Cuando durante el coito la pareja está en íntimo contacto, se segregan endorfinas; ésta es una relación de dependen-

cia, de nexos; una fiel reproducción de la relación entre la madre y el bebé. Los mamíferos no copulan con intención reproductiva, sino para obtener placer, para obtener recompensa. Durante la lactancia, mientras el bebé mama, tanto él como la madre secretan endorfinas, que a su vez favorecen la secreción de prolactina. Es fácil observar el aspecto de «drogado» que tiene un bebé al final de la toma, cuando está totalmente saturado de morfina.

Si la secreción de endorfinas se bloquea administrando inhibidores tales como la naloxona, (en los casos en que el bebé ha sufrido las consecuencias de una anestesia materna), este sistema natural se distorsiona.

LA ADRENALINA

La adrenalina es una hormona fuertemente vinculada a la vida sexual, es segregada en las ocasiones en que hay que preservar la propia integridad en un grado u otro, cuando es preciso dar prioridad a la propia supervivencia, cuando las únicas opciones son luchar o huir.

En todos los episodios de la vida sexual la adrenalina tiene un efecto protector; permite establecer prioridades y protegerse. Frente a una situación en que la prioridad es la supervivencia del individuo, se inhibe la actividad sexual. Pongamos algunos ejemplos. Durante el parto, puede aparecer un bloqueo, una detención del proceso si las circunstancias no son favorables, como que la habitación esté fría o que la madre tenga miedo. El nivel de adrenalina se incrementa, reacción que es sumamente ventajosa en situaciones de peligro. Cuando una hembra en trabajo de parto se siente amenazada en su propia integridad o en la de la cría, segrega suficiente adrenalina como para detener o enlentecer el proceso, lo cual le da fuerzas y tiempo para luchar contra el peligro o para huir.

En otro momento, como puede ser durante la lactancia, los efectos de la adrenalina también son intensos. Tomemos como ejemplo una vaca; si le ponemos un gato sobre el lomo, dejará de segregar leche, porque las vacas tienen miedo de estos animales.

En el caso del coito, es muy difícil mantener relaciones sexuales durante un bombardeo por ejemplo.

La adrenalina actúa pues como un factor inhibitor en todos los aspectos de la sexualidad.

Es más fácil encontrar información sobre esos aspectos fisiológicos en libros de Zoología, que en los tratados de Medicina modernos. Si alguno de nuestros estudiantes se encontrara en el examen con una pregunta sobre estos aspectos, difícilmente podría responderla, porque la respuesta no se halla en ninguno de sus manuales.

Una vez establecidas todas estas comparaciones, espero haber transmitido el carácter global de la sexualidad y el lugar que ocupa el parto dentro de este contexto, dentro de este todo.

Desde principios de los años setenta algunos obstetras y profesionales vinculados al nacimiento han ido comenzando a comprender que el parto forma parte de la sexualidad, pero no han acabado de darse cuenta de la interferencia que produce la utilización sistemática de la monitorización electrónica. El análisis del equilibrio fisiológico que hemos



El Dr. Michel Odent

revisado rápidamente, debe movernos a evaluar que del mismo modo que las interferencias inhiben ciertos aspectos de la sexualidad. En el parto, que es un aspecto más de ella, también se pueden producir bloqueos y complicaciones.

Es imprescindible entender esta idea de sexualidad global, aunque nuestra sociedad haya creado mecanismos rutinarios y cotidianos de distorsión, que influyen negativamente en el nacimiento de nuestros bebés.

Pero es evidente la necesidad de preservar la intimidad de la mujer, y permitir que funcionen todos los recursos fisiológicos durante un proceso también fisiológico como es el parto.

Podemos mencionar otro factor am-

biental escasamente tenido en cuenta por los grandes teóricos de la sexualidad, y sin embargo bien conocido por los profesionales de la hostelería. Se trata del efecto del agua. El agua, ya sea la de un acuario, una fuente, un estanque, o la de un lugar para bañarse, crea una atmósfera agradable y acogedora. Muchos restaurantes la utilizan en su decoración.

Para terminar, insistiría una vez más en la necesidad de profundizar en el conocimiento de los mecanismos fisiológicos del parto, y su implicación en la sexualidad, entendida globalmente.

A continuación propongo que se establezca un coloquio.

Pregunta. —¿Qué importancia da Vd. al factor ambiental durante el parto?

Respuesta. —Este es uno de mis caballos de batalla desde hace treinta años. Empecé a preocuparme de ello y a ana-

lizar sus repercusiones hace mucho tiempo. Al principio, en el hospital francés donde ejercía como cirujano, y más tarde al interesarme por los partos en casa, como vía de aprendizaje sobre este factor. Creo que la importancia que tiene el ambiente no se tiene en cuenta a pesar del gran número de artículos científicos que se han publicado sobre este tema, y que aportan resultados concluyentes sobre el resultado de los nacimientos (tasa de cesáreas y tasa de intervenciones). Si tomamos la tasa de cesáreas, puede oscilar entre un 6% y un 32% de unos países a otros, aunque en esos países el nivel de vida sea el mismo; lo que varía son las circunstancias en que se desenvuelven los partos. En aquellos países donde el ambiente durante el parto es predominantemente masculino, el número de cesáreas es mucho más elevado;

tal es el caso de Estados Unidos: 22'6%, Brasil: 22%, e Italia: 20%. Éstos son países con niveles técnicos elevados, donde hay muchos tocólogos, la mayoría hombres, y pocas comadronas.

Otros países que presentan tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantil reducidas y pocas cesáreas, son aquellos donde hay muchas comadronas y menos obstetras, teniendo éstos una alta cualificación técnica. Un ejemplo claro podría ser el de Suecia, donde las tasas de cesáreas se mantienen estables desde hace 15 años; también Holanda, Gran Bretaña y Alemania.

Ésta es una manera indirecta de valorar el factor ambiental, pero existen o-

tras. Retomaré el tema de la monitorización electrónica y los numerosos estudios que demuestran sus efectos negativos. Cuando hablamos de la relación entre el número de obstetras y el de comadronas, podemos utilizar el ejemplo de España, donde al haberse suspendido durante unos siete años la formación de comadronas, se ha producido un aumento del número de obstetras en activo, y también un incremento de la práctica de cesáreas. Sin embargo confío en que al haberse reiniciado este curso los estudios, las estadísticas varían de nuevo.

En la preparación de la era post-electrónica en lo que al parto y al nacimiento se refiere, mi propia experiencia y la observación de la conducta de los mamíferos me ha enseñado mucho. Cuando en un grupo de mamíferos va a producirse un nacimiento se pone de manifiesto la necesidad de la hembra de preservar su intimidad. Me gusta mucho la palabra inglesa *privacy*, que viene a significar algo así como "no sentirse observado".

Todas las especies de mamíferos elaboran patrones de conducta, estrategias que les permiten satisfacer esta necesidad. Las ratas, que son animales de actividad nocturna, dan a luz de día, mientras el grupo descansa. En el caso de los primates las hembras que van a dar a luz se adentran en el bosque, alejándose del grupo.

Fue a partir de estas observaciones que hace 30 años decidí introducir ciertos cambios en el Hospital de Pithiviers, tratando de que parte del ambiente que existe en el propio hogar pudiera adaptarse dentro del hospital. Creamos salas de nacimiento casi domésticas, de reducidas dimensiones, con piscinas hinchables y cortinas, intentando preservar a la madre de un ambiente excesivamente técnico.

P. — En países como España, donde no existen hospitales dotados como el que Vd. describe ¿Cuál es su consejo, el parto en el hospital, o el parto en casa, y cuáles cree que son las limitaciones para que el parto tenga lugar en la casa?

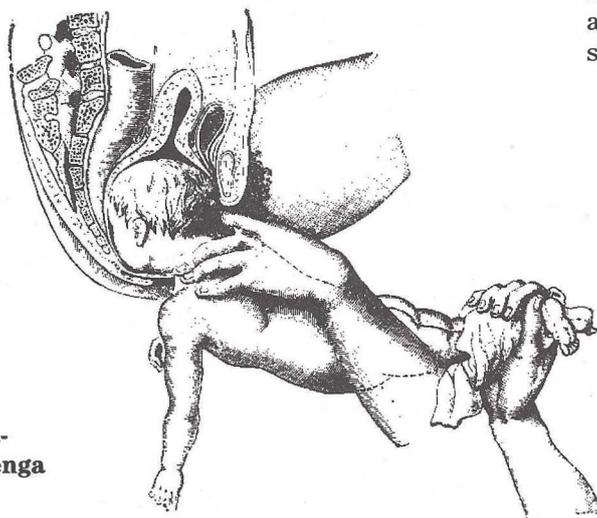
R. — Nunca doy consejos. Cada persona debe saber aquello que más le conviene, cuales son sus necesidades, su propio concepto de intimidad. El concepto de intimidad y el de necesidad son insepa-

rables y están estrechamente ligados al de seguridad. Nadie se siente en intimidad si no se siente seguro.

Unas mujeres se sentirán muy seguras en su casa, cuando las condiciones del parto son favorables, atendidas por una comadrona experimentada, y otras se sentirán mejor en el hospital. Este condicionamiento es superficial, porque si comparamos distintas épocas, veremos que no hay grandes diferencias en cuanto a la necesidad básica: sentirse segura. Esta necesidad puede manifestarse de maneras diferentes. En cualquier época, las mujeres han tenido siempre la necesidad de sentirse protegidas.

Si es en su casa, la mejor protección la hallará al lado de los suyos. En los orígenes de la humanidad, en el momento del parto la seguridad la daba la presencia de la madre de la parturienta o de alguien que ocupara ese lugar y lo que significa; ése sería el origen de las primeras comadronas. Esta profesión tendría su origen en el desempeño de papel de madre de la parturienta. Incluso la palabra para designar esta profesión en diferentes idiomas, incluye en su etimología el significado de "madre".

Cada mujer sabe como percibe ella esta sensación de estar segura y protegida; por este motivo nadie puede ser aconsejado. Pero si el parto, por la razón que sea, no puede tener lugar en casa, las mujeres pueden llegar a ser muy creativas en el hospital para alcanzar este objetivo de intimidad-seguridad-protección, dentro del medio en que se encuentran. Hace un tiempo, durante una conferencia, una mujer nos contó su propia experiencia. Pasó todo el tiempo



o que duró la dilatación completamente cubierta con la sábana de su cama. Ella no podía comprender muy bien por qué había

actuado de ese modo, pero cuando me oyó hablar, comprendió que al cubrirse con la sábana había creado su propia intimidad en un medio que le era hostil.

Otras mujeres piden ir al lavabo y se encierran allí. Pero éste es un comportamiento que pone muy nerviosas a las comadronas y a las enfermeras, que temen no estar presentes si el bebé nace.

Otra manera de evitar un exceso de intervencionismo que emplean algunas mujeres es no salir hacia el hospital hasta que el trabajo está avanzado.

P. — Vd. ha publicado un libro sobre los ácidos grasos esenciales. ¿Podría hacernos alguna recomendación respecto a la alimentación de la embarazada?

R. — Respecto al tema de la alimentación tampoco me gusta hacer recomendaciones. No se puede recomendar ningún régimen alimenticio puesto que cada persona tiene sus propias necesidades, gustos y condicionamientos de acuerdo a su medio cultural y social.

El desarrollo del gusto se inicia muy precozmente. Ya durante la vida intrauterina el líquido amniótico cambia continuamente de sabor según los alimentos que ingiere la madre, iniciándose entonces un condicionamiento cultural. Tras el nacimiento ocurre lo mismo con la leche materna, y el sentido del gusto continúa desarrollándose. Si el bebé toma leche de fórmula, el gusto es siempre idéntico y el sentido del gusto evoluciona de forma distinta, apareciendo una apetencia precoz por sabores distintos. Por lo tanto cuando nos referimos a la nutrición de la gestante, hay que considerar su propia historia en materia de alimentación, incluso el desarrollo del sistema enzimático.

Tomemos una mujer hindú, cuya alimentación sería vegetariana.

Esta mujer ya desde niña ha desarrollado enzimas adecuadas para captar los minerales, por ejemplo el zinc, que se encuentran en los vegetales combinados con los ácidos. Las personas que siempre han seguido una dieta a base de vegetales tienen una mejor capacidad para captar el zinc. Este sería un ejemplo

que muestra que al hablar de nutrición hay que considerar a cada persona como un caso único.

Podemos hacer algunas consideraciones generales, como la de referirnos a

aquellos alimentos que es mejor no consumir. Si entramos en el tema que Vd. ha mencionado de los ácidos grasos, podemos tomar el grupo de aquellos fabricados por el hombre a partir de grasas refinadas de origen animal y los alimentos que las contienen, galletas, pastelería industrial, *fast-food*, patatas fritas, etc.

Desde 1920 en que comenzaron a fabricarse las margarinas y refinarse los aceites, estos ácidos, que no se encuentran en la naturaleza, se han ido introduciendo peligrosamente en nuestra alimentación (hasta un 10%).

Estas sustancias atraviesan la placenta y actúan como inhibidores del crecimiento fetal. Un estudio realizado en 1992 en Düsseldorf, Alemania, demostraba la correlación entre el peso del bebé al nacer y el consumo de esos ácidos grasos por la madre, demostrándose que el peso del bebé estaba en relación inversa al consumo de estas grasas.

Así pues, la recomendación que puede hacerse a las embarazadas sería la de evitar ese tipo de alimentos, reducir el consumo de fritos, pasteles y alimentos industrializados, explicándoles que deben comer frutas y verduras frescas.

El desarrollo del cerebro del feto requiere un aporte de nutrientes adecuados. Los ácidos grasos esenciales desempeñan un papel fundamental en el desarrollo cerebral del feto.

Hasta hoy se había dado una gran importancia al consumo de proteínas y de calorías, con controles exhaustivos del aumento de peso de la madre y del tamaño del bebé. Pero en la práctica lo esencial no se encuentra en la cantidad de proteínas ni de calorías, puesto que nuestra sociedad está incluso sobrealimentada, sino en qué proporción consume ácidos grasos esenciales.

Hay ácidos grasos saturados, insaturados, de cadena larga y de cadena corta, de origen animal y de origen vegetal. También podemos hablar de cadena terrestre y de cadena marina. Estos datos nos llevan a establecer las diferencias. Las grasas no deben ser consideradas como enemigas, puesto que el feto que crece las necesita, pero hay que respetar la proporción adecuada y seleccionar su procedencia. Los lípidos no son estrictamente necesarios como nutrientes, excepto los ácidos grasos esenciales; y no hay que olvidar que éstos son fundamentales para la síntesis de prostaglandinas.

Volviendo al desarrollo del cerebro del feto, encontramos que está constituido por un 55% de materia grasa. Uno de los ácidos grasos esenciales de cadena larga omega-3, se encuentra en abundancia

en ciertos pescados procedentes de alta mar. Es recomendable aconsejar su consumo a las gestantes, sobre todo en el tercer trimestre (**).

En nuestro Instituto en Londres hemos iniciado una investigación a largo plazo, tomando como muestra a las pacientes de un determinado hospital situado al este de la ciudad. En el barrio donde se encuentra el hospital hay una población multirracial de bajo poder adquisitivo. Se han escogido al azar 500 gestantes de la consulta prenatal a partir de su catorceava semana de embarazo, y se han recogido datos de su alimentación, tales como el consumo de pescado. Estas mujeres han recibido consejos alimentarios a fin de reducir al máximo el consumo de ácidos grasos de origen industrial y aumentar el de pescado de alta mar. Otro grupo control, también de 500 mujeres, no ha recibido ninguna recomendación dietética especial.

Hay datos que indican que una dieta libre de margarinas y rica en pescado, posee un efecto tocolítico, por ejemplo respecto a la prematuridad; se supone que puede mantener el útero calmado. Justamente en las Islas Feroe, donde se consume una media de 62 gr. diarios de pescado, es donde se registran las tasas más bajas de prematuridad del mundo.

Hay datos sobre el papel de los ácidos grasos esenciales en la prevención de la toxemia; su carencia provoca un déficit de prostaglandinas.

P. —¿Cree Vd. que el consumo de ácidos grasos esenciales durante el período fetal tiene que ver con el estado de salud en la vejez, teniendo en cuenta que los países con elevado consumo de pescado presentan menos trastornos cardiovasculares?

R. —Es por esta razón que estamos haciendo ese estudio longitudinal al que me he referido, cuyos datos recoge y analiza la Universidad de Michigan; y si es posible, les invito a reencontrarnos en el año 2050 aquí mismo para revisar los resultados obtenidos.

P. —He leído un artículo publicado por la Universidad John Hopkins, de EE.UU, que hace referencia al incremento de complicaciones cuando se practica la episiotomía. ¿Podría referirse a esta práctica?

R. —Este artículo al que Vd. se refiere, y que habla de la práctica rutinaria de la episiotomía, presenta resultados similares a otros aparecidos sobre el mismo tema. Es decir, la episiotomía aumenta el riesgo de desgarros de tercer grado. Creo que lo más grave de la situación es

el hecho de la gran cantidad de trabajos demostrando los efectos negativos, y que se continúe actuando sin tenerlos en cuenta. Es muy parecido a lo que ocurre con la monitorización electrónica. Hay que reflexionar sobre ello.

P. —Cuando un bebé se chupa el pulgar, ¿Hay que acostumbrarlo a no hacerlo? ¿Qué consecuencias puede tener?

R. —Esta pregunta también se incluye en los datos a recoger por el estudio que he mencionado, tanto sobre la costumbre de chuparse el dedo como a transportar un objeto «fetich»; son dos funciones diferentes. Chuparse el pulgar es un gesto que se inicia en el período fetal y que viene de lo más profundo; es muy difícil corregirlo. Habría que plantearse hasta qué punto interviene en la formación de la boca, y si es realmente necesaria la corrección.

La cuestión sobre lo que está bien o mal me va a permitir terminar esta charla, puesto que ésa es una pregunta que nadie puede responder.

Es ya muy tarde y probablemente todos tengamos que ir a cenar. Compartir la comida es una actividad que aumenta la secreción de oxitocina; comer juntos es algo más profundo que alimentarse, es una manera de crear lazos y relacionarse. Gracias y buenas noches. ○

BIBLIOGRAFÍA de Michel Odent en español: NACIMIENTO RENACIDO. Monte Alban Ediciones. Barcelona, 1984. (Dirección de esa editorial: Princesa, 25. 08003 Barcelona. Tel/Fax: (93) 319 68 11). EL BEBÉ ES UN MAMÍFERO. Ed. Mandala. Madrid. EL AGUA, LA VIDA Y LA SEXUALIDAD. Ed. Urano, Barcelona. LA SALUD Y LOS ÁCIDOS GRASOS ESENCIALES. Ed. Urano. Barcelona.

(●) Liliana Laruners, cuyo primer parto en una maternidad londinense fue una mala experiencia. Tras haber contactado con el Dr. Odent, su segundo hijo nació en casa, mientras él observaba con respeto y ofrecía la confianza de su presencia. Todavía nacieron dos hijos más, en casa y con M. Odent de comadrona. La experiencia resultó tan gratificante, que cuando un año más tarde se trasladó a vivir a España, inició numerosos contactos para hacer posible que se conociera mejor al Dr. Odent. Texto recogido y traducido por Anna Sanés Espert, comadrona.

Paramásinformación: *PrimalHealthResearchCenter*. 59, Roderick Road. Londres NW32NP. Inglaterra. Fax: (071) 267 51 23. Para contactar con el Dr. Michel Odent podéis dirigirlos a: Liliana Lammers. c/o M. Liepke. 71, Montem Road. Londres SE23 15H. Inglaterra.

Notas de la Redacción:

(*) Los andrógenos también reciben esa denominación coloquial.

(**) Además de en el pescado de alta mar, los ácidos grasos esenciales se encuentran en el aceite de girasol de primer prensado en frío, en los frutos secos, en diversos complementos dietéticos como el aceite de germen de trigo, el de prímula, el de borraja, etc.