

PRIMAL HEALTH RESEARCH

A NEW ERA IN HEALTH RESEARCH
Published quarterly by Primal Health Research Centre
Charity No.328090
72, Savernake Road, London NW3 2JR

Modent@aol.com

Autumn 2004 Vol.12 No.2

www.birthworks.org/primalhealth

Free access to the Primal Health Research Data Bank

See also www.michelodent.com

TRADUCCIÓN

DESANGRARSE HASTA MORIR

Los hechos normales de cualquier día son raravez de interés. Los medios de comunicación provoca reacciones emocionales mediante informes constantes de muertes relacionadas con enfermedades, accidentes, asesinatos, conflictos humanos y desastres naturales, lo que explica nuestra tendencia general a ignorar la amplitud de los problemas crónicos. De acuerdo con los informes más autorizados de sanidad pública, pocas personas saben que al año ocurren más de medio millón de muertes relacionadas con el embarazo y parto. Las hemorragias son la causa más común de muerte materna en el mundo. La OMS estima que hay 14 millones de hemorragias obstétricas al año.¹

Estas muertes pueden prevenirse en gran parte. La mayoría de esas muertas se evitarán el día en que redescubramos las necesidades básicas de las mujeres durante el parto y las de los bebés recién nacidos.

En la época de "medicina basada en la evidencia", se hace cada vez más extraño referirse a lecciones clínicas diarias. Sin embargo, encuentro útil resumir lo que aprendí en las décadas de prácticas. Necesitamos esta perspectiva puesto que los resultados de las actuales pruebas controladas aleatorias son de un uso limitado entre aquellos que han adquirido un buen entendimiento de la fisiología del parto. Es estas pruebas – realizadas en grandes departamentos convencionales de obstetricia- los procesos fisiológicos se ven altamente alterados tanto en los grupos de estudio como en los grupos de control.^{2,3}

Aprender mediante observación clínica

A lo largo de los años he llegado a la conclusión de que *las hemorragias de postpartum están casi siempre relacionadas con la interferencia inadecuada*. La hemorragia de postpartum sería extremadamente rara si se entendieran y respetaran un pequeño número de reglas simples. Además, estoy tan convencido de la importancia de estas reglas simples, que he acordado en dos ocasiones atender un parto domiciliario aunque en cada caso estaba al tanto de que el parto anterior de la mujer había acabado con una extracción manual de la placenta y una transfusión de

sangre. Aprovecho esta oportunidad para resumir mi propia actitud durante la tercera fase del parto con el fin de enfatizar las diferencias entre mi experiencia y la manipulación "expectante" o denominado "fisiológico" empleado en los estudios aleatorios.⁴

En primer lugar, es importante crear las condiciones para el "reflejo de expulsión fetal" (reflejo de la eyección del feto), que son unas series cortas de contracciones involuntarios sin apenas posibilidad de movimientos voluntarios.⁵ Esto significa que se ha logrado **respetar la necesidad de privacidad y de seguridad**. La posibilidad de que el reflejo de expulsión fetal ocurra cuando no haya alguien presente aparte de una matrona experimentada, madraza, *silenciosa* y discreta sentada en un rincón tejiendo, por ejemplo (tejiendo o realizando una tarea repetitiva que la ayude a mantener su propio nivel de adrenalina lo más bajo posible).⁶

Cuando las condiciones son fisiológicas, la mayoría de mujeres tienden a estar erguidas en el mismo momento del nacimiento (probablemente eso es el efecto de un pico transitorio de adrenalina).⁷ Podrán estar de rodillas o de pie o apoyándose en algo. Se tardan solamente unos segundos para oír y ver que el bebé está en buena forma, después de un parto no-medicalizado. Entonces, en la mayoría de los casos, mi primera preocupación es calentar la habitación. En el hospital francés donde trabajaba, bastaba con tirar de un hilo para encender las lámparas de calefacción. En el caso de un parto domiciliario planificado, en lugar de una lista escrita, me concentro en la necesidad de un calentador portable que pueda enchufarse en cualquier lugar y en cualquier momento (incluyendo los detalles prácticos tales como la necesidad de una extensión). Una vez esté encendido el calentador, es posible calentar mantas o toallas en unos segundos y, si es necesario, cubrir los cuerpos de la madre y el bebé. Durante la hora que sigue al nacimiento rara vez se quejan las mujeres de que haga demasiado calor. **Si la madre está temblando, no es fisiológico: significa que el lugar no está lo suficientemente cálido.**

A partir de ese momento, mi principal preocupación es que a la madre no se le distraiga ni se sienta observada. Quiero asegurarme de que se sienta **libre de sostener su bebé, de mirarle los ojos y de olerle**. Es más fácil evitar interrupciones si se mantiene la **luz tenue y el teléfono descolgado**. A menudo indico al padre del bebé (o cualquier otra persona que esté presente) que entren a otra habitación para explicar que **esta primera interacción entre la madre y el bebé no ocurrirá de nuevo y no debería interrumpirse**. Muchos hombres tienden a romper el ambiente sagrado que -en el mejor de los casos- sigue un parto ininterrumpido.

Durante la hora que sigue al nacimiento, permanezco lo más callado posible y discreto. Bien me siento en un rincón detrás de la madre y el bebé bien desaparezco si hay una doula experimentada presente que ha tenido una experiencia personal de esta situación. Muchas madres ya no están cómodas en una posición erguida minutos después del nacimiento. Lo más probable es que sea el momento en que el nivel de adrenalina está disminuyendo y la madre siente las contracciones asociadas con la separación de la placenta. Entonces el asistente al parto quizás tendrá que sostener el bebé durante unos segundos para que la mamá encuentre una posición cómoda, casi siempre tumbándose de lado. A partir de allí ya no hay excusa para interferir en la interacción entre la mamá y el bebé.

Durante una hora no me acerco al cordón y placenta. **El pinzamiento y corte del cordón antes de la expulsión de la placenta es una distracción peligrosa**. Sugerirle a la madre otra postura es otra distracción innecesaria. Su posición es consecuencia de su nivel de adrenalina. Cuando el nivel de adrenalina esté bajo y la madre sienta la necesidad de tumbarse, sería cruel y no-fisiológico sugerir una postura erguida.

Solamente en el caso de que haya pasado una hora después del parto -si la placenta aún no ha sido expulsada- me atrevo a molestar a la madre con el fin de comprobar que la placenta esté al menos separada del útero. Con la madre tumbada de espaldas aprieto la pared abdominal justo encima del hueso púbico con las yemas de mis dedos: si el cordón no se mueve, significa que la placenta está separada. **En la práctica, la placenta siempre se expulsa o se separa una hora después del parto y el sangrado es mínimo, si la tercera fase no ha sido "manipulada". Nunca he tenido que inyectar una droga uterotónica para controlar el sangrado.**

Semejante actitud, basada primero en observación clínica, debe estar asociada con consideraciones fisiológicas. Una expulsión fácil de la placenta con una pérdida moderada de sangre implica que, inmediatamente después del nacimiento del bebé, ha sido liberada una oleada de oxitocina. Es de conocimiento común que la liberación de oxitocina depende en gran medida de los factores ambientales. Puede inhibirse con la adrenalina. Esto es más que conocimiento empírico. Un equipo de Sapporo (Japón) ha estudiado extensamente los niveles de adrenalina durante las diferentes fases del parto mediante un método no-invasivo⁸ (grabando con un parche y analizando los patrones de microvibración cutánea de la palma de la mano) y confirmó los descubrimientos de un estudio previo en el que se midieron los niveles de adrenalina mediante cateterización urinaria⁹. El equipo japonés demostró claramente que las hemorragias de postpartum están asociadas con altos niveles de adrenalina. La liberación de oxitocina también puede inhibirse con la actividad del neocortex.

Después de un nacimiento en condiciones fisiológicas, la madre aún está en un estado especial de conciencia, como si estuviera `en otra planeta´. Su neocortex está más o menos descansando. El consejo es: ¡No despiertas a la madre!¹⁰. Otra oportunidad para referirse a la privacidad y silencio.

Grandes obstáculos

Tuve la oportunidad de explicar estas reglas simples a adolescentes inteligentes que están libres de ideas preconcebidas. Entendieron con facilidad el conflicto entre adrenalina ('la hormona de emergencia liberada cuando tenemos frío o estamos asustados') y oxitocina ('la hormona necesaria para contraer el útero'). También entendieron con facilidad que cuando una madre está descubriendo su bebé, pueda tender a olvidarse del resto del mundo: este es el momento equivocado para distraerla.

Debemos preguntarnos **porque estas reglas simples**, que son consideradas incuestionables entre las -excepcionalmente raras-madres que han experimentado una tercera fase del parto sin manipulación, **son mundialmente ignoradas entre los asistentes al parto que no han sido entrenados para manipular y entre aquellos que piensan como fisiólogos. En otras palabras, debemos preguntarnos porqué las sociedades conocedoras interrumpen los procesos fisiológicos en el periodo que envuelve el nacimiento.**

La interferencia llega via los asistentes al parto quienes son activos, incluso invasivos. Anteriormente las mujeres parían cerca de sus madres, o cerca de otra mujer experimentada en la familia o comunidad. Esta es la raíz de la matrona. Una matrona es básicamente una figura de madre. En un mundo ideal, nuestra madre es el prototipo de persona con quien uno se siente seguro sin sentirse observado ni juzgado. En muchas sociedades el asistente al parto también se convierte en guía y ayudante.

La transmisión de creencias y rituales es la forma más poderosa de controlar el proceso del nacimiento, especialmente en la fase del parto entre el nacimiento del bebé y la expulsión de la placenta. Vamos a mencionar primero, por ejemplo, la creencia cultural-cruzada de que el calostro está contaminado o es dañino - incluso como una

sustancia que debe ser exprimido y desechado. Este malentendido negativo del calostro implica que, inmediatamente después de nacer, el bebé debe estar en los brazos de otra persona que no es su madre. Este es el origen de un ritual arraigado y extendido que apresura cortar el cordón. El espacio no permite en este caso una lista completa de los rituales y creencias conocidas que interrumpen los procesos fisiológicos. Del mismo modo, no podemos mencionar todas las creencias que refuerzan la repulsa común hacia el calostro. Sin embargo, existe una creencia compartida por varios grupos étnicos africanos de que la madre no debería mirarle a los ojos del recién nacido el primer día, para que 'los malos espíritus no entrasen en el cuerpo del bebé'. En la tribú *Dagara* en *Burgina Faso*, de acuerdo con *Sobonfu Somé*, el 'vigilante de los rituales', cuando una mujer está pariendo, los niños pequeños de la comunidad están esperando en las proximidades. En cuanto oyen el primer llanto, acuden corriendo al lugar del nacimiento gritando para 'dar la bienvenida' al bebé. Que manera más poderosa de inhibir la liberación de oxitocina y crear las condiciones para una expulsión dificultosa y sangrienta de la placenta!

Debemos tener en cuenta que el medio cultural del siglo veintiuno está transmitiendo sus propias creencias, especialmente con los movimientos de nacimiento natural. Estas creencias contradicen a menudo lo que podemos aprender de perspectivas fisiológicas. Vamos a considerar solamente el vocabulario empleado comúnmente que otorgan un rol activo al asistente al parto: entrenamiento, guía, ayuda, apoyo, etc.

Con el fin de evaluar las ventajas evolutivo de esta multitud de creencias y rituales, debemos recordar que la estrategia básica de supervivencia de la mayoría de grupos humanos es la de dominar Naturaleza y otros grupos humanos; por lo tanto, es una ventaja convertir los humanos en más agresivos y dominantes. Del mismo modo, es una ventaja moderar la capacidad de amar, incluyendo amor de Naturaleza, es decir respetar la Madre-Tierra. **Esto explica las ventajas evolutivas de interrumpir los procesos fisiológicos en el periodo que envuelve el nacimiento, especialmente la tercera fase del parto, que actualmente está considerada como crítica en el desarrollo de la capacidad de amar.** Durante el millenium ha habido una selección de grupos humanos de acuerdo con su potencial de agresión. Todos somos fruto de dicha selección.

Estas consideraciones deberán ser exploradas dentro del contexto del siglo veintiuno.¹¹ Estamos en un momento en que la Humanidad debe inventar radicalmente nuevas estrategias para sobrevivir. Hoy estamos en el proceso de entender los límites de estrategias tradicionales. Debemos plantear nuevas preguntas tales como: "cómo desarrollar una forma de amor que respeta la Madre-Tierra?" Para dejar de destruir el planeta, necesitamos una unificación del pueblo planetario. Necesitamos más que nunca las energías del Amor. Todas las creencias y rituales que desafían el instinto agresivo y de protección materna están perdiendo sus ventajas, en el pasado evolutivas. Tenemos nuevas razones para respetar los procesos fisiológicos lo más posible. Tenemos un nuevo incentivo para descubrir las necesidades básicas de las mujeres parturientas y los bebés recién nacidos. La razón más inmediata es, por supuesto, acabar con la matanza global de las mujeres.

Enormes disparidades

Mientras la hemorragia de postpartum es una complicación común en los cinco continentes, hay una enorme disparidad en cuanto al peso de la muerte materna. Esta disparidad es impresionante cuando consideramos el índice de mortalidad materna en 170 países, tal como estuvieron expuestos en una tabla publicada en el 'Informe de Desarrollo Humano ('Human Development Report') en 1995. estos índices expresan el 'número de muertes de causas relacionadas con el embarazo por 100,000 nacimientos

vivos'. Pueden ser tan altos como 2300 (Rúanda) y tan bajos como 6 (Australia, Canadá, Finlandia). El índice mundial está en la región de 400.¹² Está alrededor del 10 en los países ricos. Es chocante que más de la mitad de las muertes maternas ocurren en África.¹³ Entre los 23 países con un índice por encima del 1000 por 100 000, 22 son africanos (el otro es Haití). Este hecho intrigante necesita interpretarse (y debemos reconocer que la malaria aumenta el riesgo de muerte materna.¹⁴ La primera y más obvia explicación es que la mayoría de países africanos tienen un nivel de vida muy bajo. Esto implica que todos los criterios de sanidad son bajos y que la mayoría de hemorragias no son tratadas en hospitales bien equipados y bien organizados. Sin embargo, algunos países africanos tienen un alto índice de muerte materna comparado con su 'Ingresos Brutos por Cabeza'. Por ejemplo, el índice de mortalidad materna de 1400 en Guinea Ecuatorial es alto comparado con el ingreso bruto por cabeza (\$5640). En Bulgaria, por ejemplo, donde el ingreso bruto por cabeza también está por debajo de \$6000, el índice de mortalidad materna es 23 de acuerdo con la misma fuente.

Sugiero otra razón por la que es tan común sangrar después de parir en África y por la que tantas jóvenes madres africanas fallecen. **Ocurre precisamente en el continente donde existen los rituales y creencias más poderosos e invasivos y que son transmitidos de generación en generación. La India, donde el ritual del parto está altamente consagrado, tiene un índice de mortalidad materna estimada en 560 por 100 000 nacimientos vivos y las hemorragias de postpartum representan 35-56% de estas muertes.¹⁵ La hemorragia de postpartum es hasta cierto punto una complicación de la socialización del nacimiento.**

Mientras tanto

Después de miles de años de nacimientos controlados-culturalmente, no sería realista intentar reducir de la noche a la mañana los índices de muerte materna con la simple promoción de privacidad y primer contacto ininterrumpido entre la madre y el bebé recién nacido en un lugar cálido. Sería aceptable puesto que temblaría los mismos cimientos de nuestras civilizaciones? Hemos llegado a depender de los agentes farmacológicos.

En Septiembre 2003, en su reunión trienal en *Santiago, Chile*, La Confederación Internacional de Ginecología y Obstetricia [*The International Confederation of Obstetrics and Gynecology (FIGO)*] recomendó la manipulación activa durante la tercera fase del parto con drogas uterotónicas, tracción del cordón, y masaje fundal como las maneras óptimas de reducir la hemorragia de postpartum. La Confederación Internacional de Matronas [*The International Confederation of Midwives (ICM)*] estableció protocolos similares en su conferencia en *Trinidad*. En los países ricos, la oxitocina sintética es el agente uterotónico más usado. Se aplica mediante inyección, por sí solo ('pitocín', 'syntocinón') o asociado con ergometrina ('syntometrine').

Por varias razones no se puede emplear ampliamente la oxitocina sintética en aquellos lugares del mundo donde ocurren el mayor número de muertes por hemorragia de postpartum (coste, administración mediante inyección, termolabilidad, etc.). Por lo que el misoprostol es apropiado. Es un análogo de la prostaglandina E1 que estimula las contracciones uterinas de forma rápida y poderosa. Tiene un perfil excelente de seguridad, es termoestable de bajo coste y ha sido identificado como una tecnología importante en la reducción de mortalidad materna en partos domiciliarios. En Tanzania, las matronas tradicionales están usando 1000 g de misoprostol vía rectal para tratar las hemorragias de postpartum; en Gambia, se administra vía oral a las mujeres 600 g para prevenir hemorragias; y en un estudio innovador en Indonesia, las mujeres se autoadministraron misoprostol en cuanto el bebé nacía. El misoprostol genérico ahora se elabora en China, Taiwán, India, Egipto, Colombia, y Brasil. La

esperanza inducida por los innumerables estudios de misoprostol en la tercera fase del parto fue la razón de los recientes reuniones de sanidad pública en Kampala, Uganda, y Nairobi, Kenia.¹⁶

La manipulación activa de la tercera fase es actualmente el protocolo recomendado mundialmente. Sin duda es la mejor forma de reducir el peso global de muerte materna en el próximo futuro. Desde la perspectiva a largo plazo, debemos preguntarnos **cuáles serán los efectos en la evolución de nuestras civilizaciones al reemplazar rutinariamente con drogas la principal 'hormona natural del amor', en un momento crítico para el vínculo madre-hijo.**

Solo se tarda unos minutos en aprender cómo emplear la oxitocina sintética o misoprostol, tardaremos décadas en entender el significado de privacidad.

Michel Odent

-

GLOSARIO

Proponemos un vocabulario adaptado al contexto científico (véase 'Salud Primaria' [Primal Health] Ed 1986 o 2002)

Primaria [primal] – primero en tiempo y primero en importancia.

Periodo primario [Primal period] – el tiempo que incluye la vida fetal, el periodo perinatal y la infancia temprana. Durante el periodo primario los sistemas adaptivos, involucrados en lo que comunmente denominamos salud, alcanzan la madurez. Es el momento de dependencia de la madre. Uno puede anticipar que cualquier evento que ocurra durante este periodo puede tener efectos irreversibles.

Sistema adaptivo primario [Primal adaptive system] – el sistema nervioso subcortical, el sistema endócrino y el sistema inmune no debería separarse y debería entenderse como un todo (por ej. el cerebro es una glándula, la insulina es un neuromediador, los linfocitos pueden liberar endorfinas, etc.). Denominamos esta red el 'sistema adaptivo primario'. Frases tales como 'sistema psiconeuroinmunoendocrinológico' deberían expresarse en términos simples.

Salud [Health] – es cómo de bien funciona el sistema adaptivo de investigación de salud primaria (no es la ausencia de enfermedad). Al final del periodo primario estamos en un estado básico de salud denominado **salud primaria** [primal health]. El objetivo de la **Investigación de Salud Primaria** [Primal Health Research] es explorar las correlaciones entre el periodo primario y lo que ocurre de allí en adelante.

-

-

Referencias:

1 – AbouZahr C. Peso global de muerte materna y discapacidad [Global burden of maternal death and disability]. Br Med Bull 2003;67:1-11.

- 2 - Prendeville W, Harding J, Elbourne D, Stirrate G. La prueba de tercera fase de Briston: manipulación activa versus manipulación fisiológica en la tercera fase del parto [*The Bristol third stage trial: active versus physiological management of the third stage of labour*]. *BMJ* 1988; **297**: 1295-300.
- 3 - Rogers J, Wood J, McCandish R, Ayers S, Truesdale A, Elbourne D. Manipulación activa versus manipulación expectante de la tercera fase del parto: la prueba aleatoria controlada de Hinchingsbrooke [*Active versus expectant management of third stage of labour: the Hinchingsbrooke randomised controlled trial*]. *Lancet* 1998; **351**: 693-99.
- 4 - Odent M. ¡No manipules la tercera fase del parto! La matrona practicante [*Don't manage the third stage of labour! The practising midwife*] 1998; 1 (9): 31-33.
- 5 - Odent M. El reflejo de expulsión fetal [*The fetus ejection reflex*]. *Birth* 1987; **14**: 104-5.
- 6 – Odent M. Matronas tejedoras para partos sin drogas [*Knitting midwives for drugless childbirth*]. *MidwiferyToday* 2004; 71: 21-22.
- 7 - Odent M. Posición para el expulsivo [*Position in delivery*]. *Lancet* 1990 (May 12): 1166.
- 8 - Saito M, Sano T, Satohisa E. Catecholamines de plasma y microvibración mientras progresa el parto [*Plasma catecholamines and microvibration as labour progresses*]. *Shinshin-Thaku* 1991; **31**: 381-89. (Also presented at the Ninth International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. Amsterdam 28-1 May 1989 (Free communication no. 502).
- 9 - Lederman RP, Lederman E, Work B et al. La relación de ansiedad materna, catecholamines de plasma y cortisol de plasma para progresar en el progreso del parto. [*The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines and plasma cortisol to progress in progress in labour*]. *Am J Obstet, Gynaecol.* 1978; **132**: 495-500.
- 10 – Odent M. La primera hora después del nacimiento. ¡No despiertes a la madre! [*The first hour following birth. Don't wake the mother!*] *MidwiferyToday* 2002; 61: 9-12.
- 11 – Odent M. La científicación del amor [*The Scientification of Love*]. Free Association Books. London 1999.
- 12 – Hill K, AbouZahr, Wardlaw T. Estimaciones de mortalidad materna para 1995 [*Estimates of maternal mortality for 1995*]. *Bull World Health Organ* 2001; 79(3): 182-93.
- 13 – AbouZahr C. Peso global de muerte materna y discapacidad [*Global burden of maternal death and disability*]. *Br Med Bull* 2003; 67: 1-11.
- 14 - Hammerich A, Campbell OM, Chandramohan D. Transmisión inestable de malaria y mortalidad materna –experiencias de Rúanda [*Unstable malaria transmission and maternal mortality--experiences from Rwanda*]. *Trop Med Int Health.* 2002 Jul;7(7):573-6.
- 15 – Kodkany BS, Derman RJ, Goudar SS, et al. Comenzando una nueva terapia en prevención de hemorragias de postpartum en la India rural: una colaboración conjunta entre los Estados Unidos y la India [*Initiating a novel therapy in preventing postpartum hemorrhage in rural India : a joint collaboration between the United States and India*]. *Int J Fertil Womens Med* 2004; 49(2): 91-6.

16 – Potts M, Campbell M. Tres reuniones y menos funerales – misoprostol en hemorragias de postpartum [*Three meetings and fewer funerals – misoprostol in postpartum haemorrhage*]. Lancet 2004; 364: 1110-1.