

SALUD TOTAL

Nº 28/Febrero 1988/200 ptas.
Canarias 200 ptas.

**GUÍA
DE MADRES**

**EL PADRE 10:
FUERTEMENTE
TIERNO**

ANTES DEL EMBARAZO

La vida antes de nacer
Cómo elegir el sexo de tu hijo
¡Ya somos tres!

DURANTE LA GESTACIÓN

Estar bellas y en forma
Cómo evitar las estrías
Parir a la carta:
Escoge el parto que quieras

DESPUÉS DEL PARTO

Elegir un anticonceptivo
Todo sobre la lactancia natural
Guía para madres inexpertas
Los primeros menús del bebé
Tu hijo aprende a andar

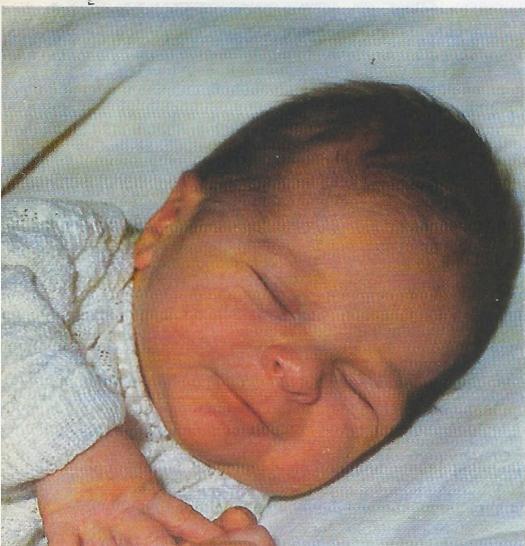
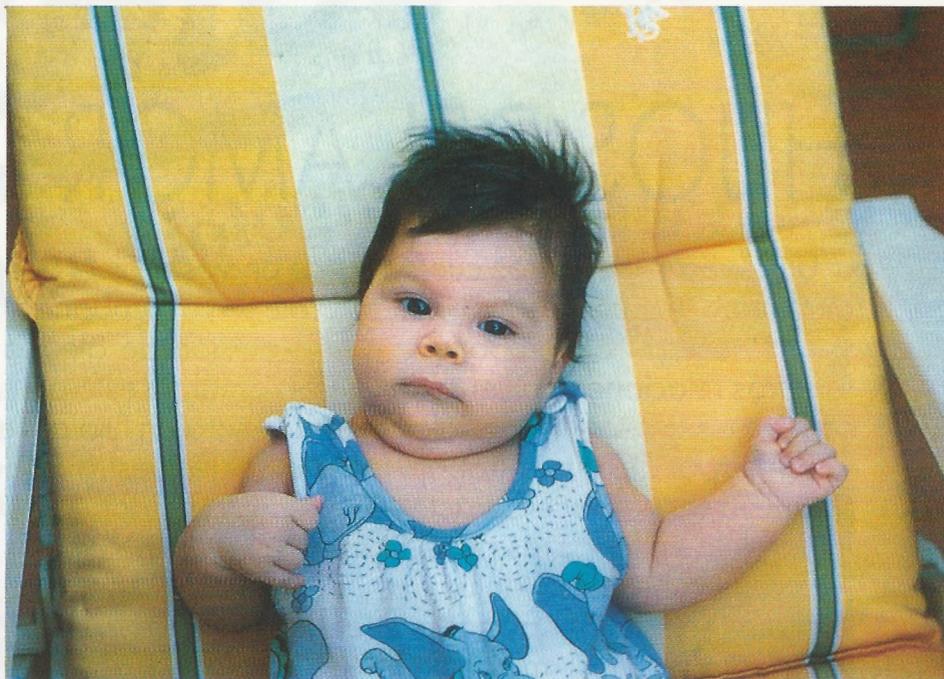


ESTIMULACIÓN TÁCTIL PARA NIÑOS PREMATUROS

Una terapia de estimulación táctil aplicada a niños prematuros puede hacer aumentar considerablemente su peso según se desprende de un estudio realizado en Gran Bretaña.

En dicho estudio, 20 niños fueron sometidos a un experimento de estimulación táctil y de movimiento durante 10 días, comparándose su aumento de peso con el de otro grupo idéntico no sometido al tratamiento. El resultado fue de un incremento de peso del 47%, señalándose además un comportamiento más activo, alerta y maduro en el primer grupo de bebés.

El tratamiento, de 15 minutos diarios, consiste en caricias corporales y movimiento de sus extremidades. Como beneficio añadido para los niños así tratados, se ha constatado un promedio de 6 días de reducción de su estancia en el centro clínico.



EL RIESGO DE LOS RAYOS X

La OMS ha recomendado que se restrinja la utilización de los rayos X como método común de diagnóstico en los reconocimientos médicos en que no resulte imprescindible.

En los exámenes radiológicos rutinarios, la cantidad de radiación absorbida varía desde unos pocos milirads a unos diez rads en una pequeña parte del cuerpo. Estas dosis son pequeñas considerando que, en el hombre, la dosis letal es de 300 a 600 rads distribuidos por todo el cuerpo.

En varios estudios epidemiológicos se sugiere que la irradiación de la mujer en el embarazo aumenta la incidencia de procesos malignos en el feto, sobre todo de leucemia infantil. El riesgo es mayor entre la segunda y la sexta semanas. En el varón, la irradiación de los testículos implica un ligero riesgo de anomalías congénitas en la descendencia. El riesgo genético es mayor cuando la exploración se practica en un sujeto joven. La dosis que doblaría la frecuencia de malformaciones congénitas es de 30 a 80 rads.

Los expertos en protección contra las radiaciones recomiendan que debe reducirse el número de exámenes patológicos que se practican en la actualidad y reclaman una legislación específica en la materia.

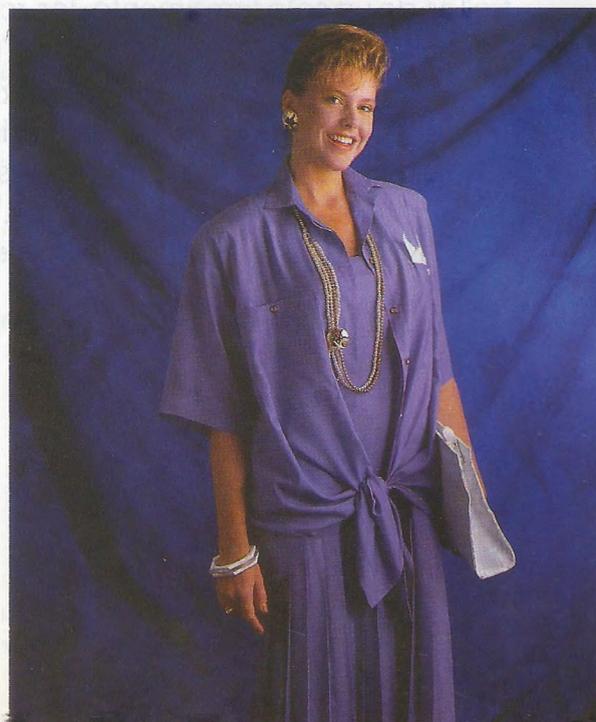
TABACO Y GESTACIÓN

De todos son bien conocidos los efectos más importantes y desagradables del tabaco en la salud de las personas. Pero especialmente graves e injustos son los efectos que el hábito de fumar tiene en las mujeres embarazadas.

El efecto depresor del tabaco en el desarrollo y peso fetal en el momento del nacimiento está

ampliamente demostrado. Además el tabaco reduce la fertilidad, aumenta las posibilidades de aborto espontáneo y las complicaciones en el último trimestre de embarazo.

Pero son aún más preocupantes los efectos a largo plazo de los hijos de mujeres que fuman durante la gestación. Los estudios de seguimiento de estos niños evidencian trastornos en el desarrollo físico, intelectual y de comportamiento. Son buenas razones para abandonar el tabaco, al menos, durante el embarazo.





DIAGNÓSTICO PRENATAL DE LOS DEFECTOS CONGÉNITOS

Recientemente ha tenido lugar en Barcelona el XIV Symposium Internacional sobre tecnología en Medicina Perinatal, en la sede del Instituto Dexeus.

Entre el 6 y el 8% de todos los recién nacidos presentan algún defecto congénito. Uno de cada 40 neonatos nace con un defecto congénito mayor, y uno de cada 20 con una anomalía menor. En España se calcula que nacen cada año unos 25.000 niños afectados de algún tipo de deficiencia.

A lo largo del Symposium se estudiaron las posibilidades actuales de diagnóstico prenatal, que permite diagnosticar antes del parto más del 85% de los defectos congénitos. Este campo ha tenido algunos avances espectaculares en los últimos años. Algunas de las más destacadas son la biopsia de corion (que permite el diagnóstico de alteraciones cromosómicas como el mongolismo entre las 9 y 10 semanas de embarazo) la punción de líquido amniótico, que posibilita el diagnóstico de multitud de

enfermedades del niño, el análisis del DNA recombinante, que permite el diagnóstico de un gran número de enfermedades genéticas hereditarias y las ecografías de alta resolución, que en la actualidad permiten la detección de la mayoría de malformaciones fetales, incluso las cardíacas y cerebrales.

Gracias a las nuevas tecnologías de acceso al feto hoy día resulta posible el tratamiento médico prenatal de algunos niños a través del líquido amniótico, de la madre o de su propia sangre. También resulta posible en algunos casos la cirugía fetal o tratamiento quirúrgico prenatal, como en los casos de hidrocefalia o hidronefrosis.

Estas pruebas más sofisticadas para la detección de defectos congénitos solamente se realizan en aquellos embarazos que son considerados de muy alto riesgo, bien por antecedentes familiares de alguno de los padres o bien por alguna característica física de la madre.

Para que su salud sea total

RESOLUTIVO REGIUM es un producto vegetal de alta acción terapéutica al ser puramente natural y, debido a su composición, no crea hábito siendo aconsejable a cualquier edad.

Indicado para todas las manifestaciones de **mal de piedra** (riñón, hígado, vejiga, etc.).

Diurético Reductor del ácido úrico, albúminas, etc. y complemento en regímenes de adelgazamiento por la antes mencionada acción diurética.

Los 60 años que lleva en el mercado, acreditan su eficacia.



CONSULTE A SU
MÉDICO O
FARMACÉUTICO
HABITUAL

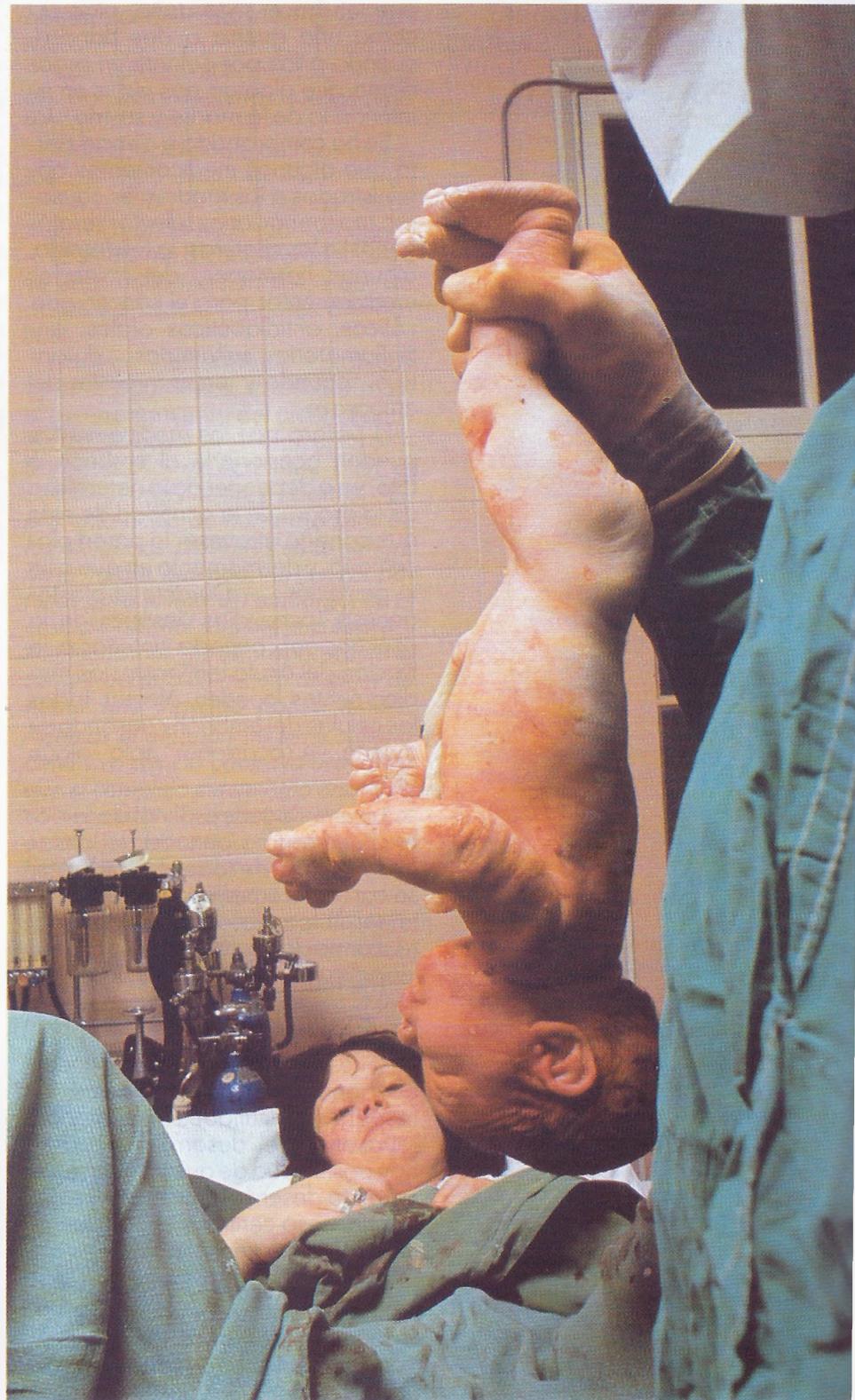
Preparado en el
Laboratorio
MIQUEL Y
GARRIGA, S.A.
BADALONA (Barcelona)

PARIR A LA CARTA

Foto: Fototeca Stone

Todo el menú de partos que pueden elegir las españolas

De tener el niño en casa, de una forma entrañable y rodeada de toda la familia, hemos pasado a soportar nuestros dolores de parto en la fría soledad de la habitación de un hospital. Toda la tecnología está a nuestro alcance y así hemos logrado reducir al máximo la mortalidad neonatal. Pero, ¿están las españolas satisfechas con la asistencia que reciben en sus partos?



Muchas mujeres intentan vivir el nacimiento de su hijo de manera más gratificante en otros establecimientos con otras ofertas, bien contratando seguros privados, intentando ser atendidas a través de la Seguridad Social en centros con servicios concertados, o pagando directamente los gastos de parto, asistencia y estancia.

Esto les permitirá, dependiendo siempre del nivel económico, del nivel de información, y del medio o zona al que pertenezcan, elegir el lugar y las condiciones en que tendrá lugar el nacimiento del niño.

LAS MUJERES QUIEREN PARIR SIN MIEDO

El embarazo y el parto, a pesar de precisar cuidados médicos, no son una enfermedad, y las mujeres buscan unas condiciones adecuadas para vivirlo y compartirlo, cada vez más, ya que cada vez se da más importancia a la influencia que tiene un embarazo y un parto bien llevados en el estado físico y psíquico de la madre y el niño.

Las mujeres dan más importancia al lugar y las características del centro en que han de ser atendidas, cuando van a parir, que cuando necesitan cuidados por cualquier enfermedad.

Así, mientras el número de ingresos en hospitales generales dependientes de la Seguridad Social, triplica al de ingresos en establecimientos sanitarios a través de seguros libres, el número de ingresos en maternidades por vías similares llega casi a igualarse. (Tabla I).

MATERNIDAD Y NUEVAS TECNOLOGIAS

Durante siglos, el nacimiento de un niño, ha sido natural, en casa y asistido por curanderas, comadronas, o cualquier otra persona cercana y conocida.

El niño nacía en el mismo sitio y rodeado de la misma gente con la que había vivido la madre y con la que viviría él.

La precariedad de la higiene, el escaso desarrollo de la medicina y las dificultades para acceder a ella de

las capas más bajas de la sociedad, influían directamente en la mortalidad de madres e hijos.

Actualmente hemos llegado a un nivel de tecnificación excesivo, con detrimento de los sentimientos afectivos de las personas implicadas en un parto: madre-hijo, padre, hermanos y demás personas cercanas.

Entre ambos extremos es necesario establecer una línea de actuación que haga compatible el control científico del parto y su humanización.

Para conseguir este equilibrio, las mujeres intentan ser atendidas de manera que se haga posible la presencia del padre y/o de personas cercanas y se den las condiciones necesarias para poder desarrollar un ambiente propicio, en el que el afecto y la normalidad impregnen la situación excepcional del nacimiento de un niño.

DONDE PAREN LAS MUJERES

• Seguridad Social y régimen cuartelario:

Si se pretende desarrollar un entorno agradable, estos centros parecen querer poner todas las pegas:

— No está permitido hacer compañía a la madre desde el ingreso hasta después del parto. Este período de tiempo lo compartirán posiblemente tres, cuatro u ocho parturientas entre quejidos y sueñecitos.

— No se permite al padre ni a persona alguna (salvo personal sanitario) asistir al parto.

— El horario de visitas es rígido y muy restringido.

— El parto es natural y no se aplica ningún tipo de anestesia si no hay complicaciones.

— Los servicios hoteleros son deficientes: comida, número de pacientes por habitación...

— La atención del personal suele ser insatisfactoria, posiblemente debido al malestar que pueden producir diversas cuestiones laborales, o por haber alcanzado un nivel excesivo de «funcionarización».

De todas maneras el sector público dispone de más medios y recursos que la mayoría de centros privados, y estos últimos, en ocasiones han de recurrir a él, ya que están orientados a atender patologías específicas o no excesivamente complejas.

• Seguros privados:

Los contratantes de estos seguros, pueden elegir entre una serie de centros y modalidades que podrán ajustar a sus necesidades y posibilidades e incluso caprichos. Estos centros están orientados a la atención de pacientes privados o con cobertura de seguro privado y algunos mantienen régimen de concertación con la Seguridad Social. Pese a todo muchas mujeres prefieren ser atendidas a través de estos seguros privados en los mismos establecimientos en los que podrían hacerlo a través de la Seguridad Social. ▶▶





• Centros privados:

Gran parte de los ingresos en estos establecimientos son de pacientes con seguros privados contratados como se decía anteriormente, pero existe un sector de público interesado en asegurarse unos servicios hoteleros de gran calidad, junto con tecnologías de vanguardia no disponibles por la sanidad pública.

• Parir en casa:

Este hecho, muy normal no hace demasiado tiempo, justo hasta el comienzo del gran despliegue industrial y tecnológico que ha caracterizado este siglo, ha tomado un nuevo cariz recientemente debido a la mayor importancia que se le está concediendo a la maternidad, al nacimiento y a su asistencia. De todas maneras el que un parto tenga lugar

en casa depende de varios factores:

— El lugar de residencia (Tabla II):

a) En grandes ciudades es más importante el número de mujeres que eligen parir en casa para que el nacimiento sea compartido por toda la familia y poder propiciar un ambiente festivo y feliz del hecho. Son mujeres que han planificado, aceptado y asimilado su maternidad conscientemente, y que consideran muy importante cada momento del embarazo y de la llegada del niño. Esto es debido a que a las grandes urbes llegan con más facilidad y más rapidez las nuevas corrientes y los nuevos métodos.

b) En el medio rural (tomando como muestra un estudio del INE sobre el movimiento natural de la población española, del año 82, de

la Comunidad Autónoma de Cataluña) el número de partos en el domicilio es inversamente proporcional al tamaño del municipio en que tenga lugar. Esto es debido a la menor oferta de centros sanitarios, a las distancias que los separan y a las dificultades que se dan en ciertos aspectos en este medio en cuanto a comunicaciones, transportes, etc.

c) En las zonas menos industrializadas del país como pudieran ser Andalucía o Galicia, los partos domiciliarios son más numerosos (hablando de datos de provincias enteras) que en las zonas de mayor industrialización, como Cataluña o País Vasco. Mientras que en las capitales de provincia se mantiene la tónica contraria, y es mayor la proporción de partos domiciliarios en las capitales de las zonas industrializadas que en las capitales de las zonas que no lo están tanto. Y esto es debido a que en las zonas de menor industrialización el arraigo de tradiciones y costumbres es mucho más importante.

— La situación económica: La capacidad para elegir el lugar y las condiciones dependerán siempre de las posibilidades que tenga la interesada de pagar o no un seguro libre, un centro privado, de cotizar en la Seguridad Social, etc., y en algunos casos, y debido a la ausencia total de recursos deberá acogerse a las atenciones benéficas de algún centro o institución.

ATENCIÓN MÉDICA Y ATENCIÓN PERSONAL

Conseguir que la atención médica y la atención personal sean lo más perfectas posibles, es el primer objetivo de la elección del lugar o forma en que ha de llevarse a cabo el parto.

La Seguridad Social parece ser bastante ineficaz y desorganizada a la hora de proporcionar a sus pacientes un ambiente en el que se sientan seguros, cómodos y confiados. Muchas mujeres tienen recuerdos desagradables del paso por sus centros y mujeres que trabajan en ellos prefieren ser atendidas en otro lugar.

Largas esperas para ser visitadas durante el embarazo por personal

que en ocasiones está poco o mal controlado, observaciones poco adecuadas «para dar ánimos» a las pacientes basadas en una moral muy particular («haberlo pensado cuando lo hacías»), y la falta de información y de compañía fuera de los horarios establecidos, son las experiencias que explican las mujeres que han sido madres en centros de sanidad públicos, y que no compensan la ventaja de que estos dispongan de mayores o mejores medios.

Los centros privados ofrecen la posibilidad de la asistencia del padre al parto, elegir el tipo de habitación, horarios de visita mucho más amplios, incluso la posibilidad de que permanezca, previo pago, una persona durante la noche en la misma habitación. El médico que llevará el parto será el mismo que atendió a la madre durante su gestación.



TABLA I

Enfermos ingresados en Establecimientos Sanitarios en el año 1983

	Seguridad Social	Seguros libres
Hospitales generales	709.215	245.177
Maternidades	16.415	11.860

INE (Instituto Nacional de Estadística)

Estos centros privados, en contrapartida sufren en algunas ocasiones de una escasez de medios que se ven obligados a suplir, cuando se presenta algún caso excesivamente complicado, con traslados a centros públicos que dispongan de ellos.

Los partos en el domicilio suelen ser atendidos por personal sanitario, y no se suelen dar complicaciones si el parto es normal, la higiene adecuada, y el personal sanitario eficaz. De todas maneras ante la posibilidad de que surjan complicaciones la madre es trasladada a un establecimiento sanitario, sobre todo en las ciudades, y si no existen condiciones que lo impidan.

LIGAZON MATERNO FILIAL

En el Simposio Internacional sobre monitorización perinatal (Barcelona, 1980), se definió el «parto ecológico» como «síntesis armónica de métodos de control de parto suficientemente sofisticados, y el naturalismo».

En el Congreso Europeo de Medicina Perinatal (Barcelona 1980), Rooth y Davis abordaron el concepto de «binding» o ligazón materno-filial, en el que incluyen la figura del padre, mostrándose partidarios de dar marcha atrás en la conducta de pura tecnificación para pasar a considerar muy seriamente los aspectos derivados de una mayor unión psicológica y no únicamente los puramente tecnológicos, y todo ello sobre bases científicas y no sentimentaloides, si tenemos en cuenta la evidencia de la repercusión de tales hechos sobre el mecanismo de la lactancia y la estimulación del desarrollo fisiológico del niño.

Pero interesa resaltar la atención prestada a los controles del embarazo, ya que existe la evidencia de que ello conducirá a una importante reducción de las secuelas del parto, y a la prevención y eliminación de problemas en el mismo.

Juan R. Villaverde

TABLA II

Nacimientos según la madurez, asistencia sanitaria y residencia de la madre en la Comunidad Autónoma de Cataluña en 1982.

Residencia de la madre	Parto normal asistido por pers. sanitario		
	en domicilio	en cent. sanitario	otro lugar
Total de nacimientos	8.670	53.343	44
1) por tamaños de municipios y capitales.			
Total municipios de:			
hasta 10.000 habitantes	5.295	5.328	12
10.001 a 20.000	1.776	3.806	4
20.001 a 50.000	581	7.759	3
50.001 a 100.000	498	5.806	5
más de 100.000	258	9.972	3
capitales	262	20.672	17