

# PRIMAL HEALTH RESEARCH

## A NEW ERA IN HEALTH RESEARCH

Published quarterly by Primal Health Research Center  
29 Roderick Road, London NW3, 2NP  
MOdent@aol.com

---

### El posible efecto “nocebo” del cuidado prenatal

Dr. Michel Odent

En el contexto científico de hoy en día, algunos de los factores que influyen en la calidad de la vida fetal ya son mejor comprendidos. Es el caso de los factores emocionales. Las mujeres embarazadas siempre han tenido un conocimiento intuitivo, de que el desarrollo de su bebé en el útero era claramente influenciado por su estado emocional. Hoy en día, los fisiólogos pueden interpretar esta influencia. Por ejemplo, cuando una mujer embarazada no es feliz porque está dominada por alguien (por ejemplo, un jefe autoritario) o por una situación (como un embarazo no deseado), tiene la tendencia a segregar niveles elevados de ciertas hormonas como el cortisol, y el cortisol es un inhibidor del desarrollo fetal.

Cuanto más sabemos sobre la importancia de los estados emocionales de la mujer embarazada, más podemos tomar en consideración el posible “efecto nocivo” de los cuidados prenatales.

Parece ser que muchos profesionales de la salud implicados en los cuidados prenatales no han comprendido que uno de sus roles principales es proteger el estado emocional de las embarazadas. En las publicaciones de otoño 1994 (Vol.2 nº 2), y primavera 1995 (vol.2 nº 4), ya habíamos introducido este concepto de los efectos nocivos de los cuidados prenatales. Cinco años más tarde creemos que es urgente volver a plantear este tema.

ANTENATAL SCARE (juego de palabras que no traduciremos por expreso deseo de M. Odent)

Care: cuidados

Scare: amenaza, daño

AMENAZA PRENATAL sería la alternativa

Constantemente recibo llamadas telefónicas de mujeres embarazadas que se encuentran en estado de ansiedad, incluso de pánico, tras una visita de control prenatal. Normalmente las tranquilizo mediante una serie de informaciones rigurosas a las que es muy fácil acceder en la era de la medicina basada en la evidencia, es decir basada en estudios científicos rigurosos.

Analizando los motivos más frecuentes de estas llamadas, me he dado cuenta que la raíz de tan extendido efecto nocivo en los cuidados prenatales se encuentra generalmente en la ignorancia.

Muchos profesionales parecen incapaces de analizar los valiosos estudios epidemiológicos que ofrece la abundante literatura médica. Esta especie de ceguera está relacionada con un profundo desconocimiento e incompreensión de una de las funciones más importantes de la placenta, el hecho de que la placenta es el abogado del bebé: La placenta manipula constantemente la fisiología materna en beneficio del bebé. La placenta puede enviar mensajes a la madre mediante hormonas, como la HCG, o el Lactógeno Placentario Humano. Así es como la placenta habla a la madre, por ejemplo: “por favor, diluye tu sangre y hazla más fluida, puesto que así fluye más fácilmente allá donde es más necesaria”. La placenta también le puede pedir a la madre “por favor, aumenta tu tensión sanguínea, necesito más sangre”.

Asimismo puede advertir a la madre de la necesidad de incrementar sus niveles de glucosa: esto produce modificaciones transitorias en el metabolismo de los carbohidratos. Los resultados de los estudios epidemiológicos son recordatorios elocuentes de estas funciones de la placenta.

Permitidme ilustrar estas interpretaciones bajo el prisma de las 3 razones más frecuentes de llamadas de pánico tras una visita prenatal:

### **Primer ejemplo: “tengo una tasa de hemoglobina de 9: estoy anémica”**

Cuando una mujer presenta una concentración de hemoglobina entre 9.0, y 9.5 al final de su embarazo, tiene dos posibilidades. La mayoría de veces será que ha encontrado un profesional, sea comadrona o ginecólogo, que no está interesado en los estudios epidemiológicos y que cree que la deficiencia de hierro durante el embarazo puede ser detectada a través de la concentración de hemoglobina. Le dice a la paciente que está anémica y le receta pastillas de hierro. La paciente interpreta que algo no está bien en su cuerpo y debe ser corregido.

Otro caso sería, cuando la mujer embarazada con un valor similar de concentración de hemoglobina encuentra un profesional que está al día de los más importantes estudios epidemiológicos y que se interesa por la fisiología placentaria. Este profesional conoce el exhaustivo y autorizado estudio realizado por un equipo londinense, sobre la relación existente entre la concentración de hemoglobina en sangre materna y los resultados de parto. (1)

Fueron analizados los datos de 153.602 nacimientos (el valor medio de hemoglobina utilizado para el estudio fue el más bajo de los niveles obtenidos durante el embarazo). Resultó que, proporcionalmente, la mayoría de bebés correspondían al grupo de mujeres que presentaron tasas de hemoglobina entre 8.5 y 9.5.

La conclusión general fue que “el peso del feto al nacer está relacionado con la caída de los niveles de concentración de hemoglobina”. Es un patrón que se repite en todas las etnias. Cuando la concentración de hemoglobina, permanece por encima de 10.5 en las últimas semanas de gestación, se incrementa el riesgo de bajo peso y de parto prematuro.

A conclusiones parecidas han llegado otros estudios epidemiológicos de menor envergadura. (2,3). Este grupo de profesionales también conoce los estudios que no logran

demostrar que los suplementos de hierro pueden modificar favorablemente las estadísticas de resultados de nacimiento. (4). Cuando este tipo de profesional sospecha una anemia, su prescripción será realizar tests específicos para determinar los valores de eritrocitoporfirina, saturación de transferrina y ferritina en suero.

La mujer embarazada que durante el cuidado prenatal es tratada partir de estos criterios, puede recibir explicaciones que la tranquilicen. Se le debe explicar que el volumen de sangre de la embarazada necesita aumentar enormemente, y que lo que nos indica la concentración de hemoglobina, es el grado de dilución de la sangre. Esta mujer podrá comprender que los resultados de sus análisis demuestran una buena actividad placentaria y que por lo tanto su cuerpo responde adecuadamente a las instrucciones que recibe de la placenta. Esto son buenas noticias. Las visitas antenatales deben tener un efecto positivo en el estado emocional de la madre y así repercutirán favorablemente sobre el buen desarrollo de su bebé.

Son millones en todo el mundo las mujeres embarazadas a quienes se les ha dicho equivocadamente que están anémicas y deben tomar suplementos de hierro. Es una tendencia a pasar por alto los efectos secundarios de la administración de suplementos de hierro (estreñimiento, diarrea, cardialgias, etc.), además del echo de que el hierro inhibe la absorción de otros factores tan importantes como el zinc. (5)

Esta interpretación errónea sobre la tasa de hemoglobina durante el embarazo, está extendida como un acto de fe. A una mujer Japonesa que pasó la primera mitad de su embarazo en Londres y después regresó a Tokyo, una de sus amigas europeas, que ya tenía cuatro hijos, le advirtió que al final del embarazo, le dirían que estaba anémica y le recetarían pastillas de hierro. Adivinen el final de la historia.

Un autorizado equipo de investigadores médicos en Inglaterra, publicó un estudio acerca del tercer período del parto en un prestigioso diario médico. Para separar los embarazos de bajo riesgo, eliminaron todas las mujeres cuya tasa de hemoglobina era inferior a 10 (6). La media obtenida como valor de la concentración de hemoglobina fue de 11.1. . Posteriormente tuve la oportunidad de indicar algunas de las limitaciones de este estudio. (7)

La falta de interés en la fisiología placentaria es la base de estas interpretaciones erróneas. Existe la tendencia a confundir una respuesta fisiológica transitoria (la dilución sanguínea), con una enfermedad (la anemia). La obstetricia, si no se basa en la evidencia, puede ser peligrosa.

## **2º ejemplo: “me dan medicamentos para controlar mi tensión arterial”**

A medida que la gestación avanza, en bastantes mujeres aumenta la tensión arterial. Se plantean nuevamente dos posibilidades. A muchas de ellas se les presentará como malas noticias. Es más, a algunas se les recetaran medicamentos antihipertensivos. El mensaje que se desprende de ello es que algo va mal y que debe ser corregido.

No obstante, hay profesionales que no presentan el aumento de la tensión sanguínea como una mala noticia. Estos profesionales, han entendido la diferencia fundamental entre la hipertensión gestacional (“el embarazo induce una cierta hipertensión”), que es una respuesta fisiológica, y la enfermedad llamada pre-eclampsia. Facilmente pueden tranquilizar a la mujer con ejemplos como: “cuando se tiene un tumor cerebral duele la cabeza, pero cuando duele la cabeza no quiere decir que se tenga un tumor cerebral”. De manera similar cuando se padece pre-eclampsia la tensión sanguínea aumenta, pero un aumento de la tensión sanguínea al final del embarazo no quiere decir que se padezca pre-eclampsia. Los argumentos utilizados por estos profesionales encuentran soporte en

numerosos estudios epidemiológicos. El más significativo de ellos, es uno sobre mortalidad perinatal, realizado durante dos años entre la población que acudió al servicio de obstetricia del Nottingham City Hospital (8). Demostró claramente que, comparadas con el conjunto de la población y con las mujeres con pre-eclampsia, los mejores resultados estaban en el grupo de las mujeres con hipertensión gestacional. Resultados parecidos, con poblaciones menores, fueron presentados por Neye (9), por Kilpatrick (10) y por Curtis (11).

Las interpretaciones erróneas de las fluctuaciones de la tensión sanguínea durante el embarazo, están tan difundidas como las interpretaciones erróneas de las tasas de hemoglobina. La revisión de un artículo reciente, identificó 45 controles a través de un estudio randomizado de mujeres con niveles de hipertensión entre bajo y moderado y que tomaban tratamiento hipertensivo (12). Esta inacabable repetición de estudios se ha dado en llamar “epidemiología circular”. Los efectos más significativos del tratamiento antihipertensivo durante el embarazo, es su efecto restrictivo sobre el desarrollo del feto y un aumento de los bebés con bajo peso. Los profesionales que han comprendido la fisiología placentaria, nunca tratarán esta hipertensión con medicamentos, con los peligros que éstos conllevan, puesto que conocen esta respuesta fisiológica y no quieren actuar peligrosamente.

### **Tercer ejemplo: “Soy diabética”**

Muchos profesionales no se dan cuenta del efecto nocivo que el concepto “diabetes gestacional”, puede tener. Cuando a una mujer se le da este diagnóstico ella confunde una respuesta transitoria a las necesidades del feto, con una enfermedad crónica grave. La utilización de estas palabras puede transformar en un minuto a una feliz mujer embarazada, en una persona enferma. Lo grave es que este diagnóstico se da inutilmente. El profesor John Jarret de Londres, proclama que la diabetes gestacional, es una “no entidad” (13). En una carta dirigida al American Journal of Obstetrics and Gynecology, lo describió como “un diagnóstico en busca de una enfermedad”. Hoy en día persiste el debate sobre la necesidad o no de que la mujer embarazada debe pasar un test de tolerancia la glucosa (14). Este diagnóstico es inútil, porque cuando se ha establecido, genera una serie de recomendaciones , que ya deberían ser ofrecidas a todas las embarazadas de manera preventiva, tales como: evitar los azúcares refinados , preferir los hidratos de carbono integrales completos (pasta, pan, arroz, etc.), y hacer suficiente actividad física.

Podríamos escribir varios volúmenes sobre el efecto nocivo del cuidado prenatal. Estos tres ejemplos nos parecen suficientes para entender la magnitud de un fenómeno preocupante, puesto que se produce de manera similar en todo el mundo. Un paseo por nuestro Banco de Datos sobre Salud Primal, ofrece la oportunidad de comprobar la importancia de estos temas.

### **¿QUÉ ES LA EPIDEMIOLOGÍA “CALLEJON SIN SALIDA”?**

Un repaso a nuestro banco de datos, puede revelar otros fenómenos curiosos. Uno de ellos es el contraste entre la epidemiología circular y la epidemiología “cul-de-sac”. La mejor manera de explicar el significado de estas palabras es ofrecerles la reproducción de un texto que he publicado recientemente en Lancet REFERENCIA: Between circular and cul-de-sac epidemiology. Lancet 2000; 355: (Abril 15): 1371

En el nº 12, Febrero, (pág.556), Marilyn Larkin, nos informa: Lewis Kuller condena el echo de que se repitan constantemente estudios epidemiológicos de los que se conoce el resultado de antemano (1). Durante varios años me ha preocupado más el fenómeno contrario a lo que Kuller llama “epidemiología circular”. Es lo que yo llamo “epidemiología cul-de-sac”. (epidmiología del callejón sin salida) Se trata de estudios científicos sobre temas de gran actualidad e interés.

A pesar de la aparición de estas investigaciones en publicaciones científicas autorizadas y de prestigio, sus resultados han sido rechazados por la comunidad médica y por los medios de comunicación. Los estudios epidemiología “cul-de-sac”, no han sido repetidos para su comprobación, ni siquiera por los propios autores quienes raramente han sido reconocidos tras la publicación.

El primer ejemplo que les puedo ofrecer es un estudio sueco, publicado en 1990 por Bertil Jacobson, que llegaba a la conclusión de que ciertas drogas usadas en el momento del parto, son predisponentes a desarrollar la drogadicción cuando estos bebés llegan a la edad adultas (2). Los resultados nunca han sido confirmados o invalidados por nuevas investigaciones. Sin embargo la drogadicción es una de las mayores preocupaciones de nuestro tiempo. Otro ejemplo, es sobre el efecto que ciertas medicaciones usadas en obstetricia tienen como factores de riesgo de desarrollar autismo. Al final de su vida, el premio Nobel Niko Tinbergen, estudió a niños autistas con metodología de patrón etológico. Llegó a la conclusión, de que existen factores de riesgo para el autismo durante el periodo perinatal, tales como la anestesia durante el parto y la inducción del mismo. Estas observaciones solo promovieron un nuevo estudio. Ryoko Hattori (Kumamoto, Japan), descubrió que el “método de la Universidad de Kitasato” aplicado al parto, es un factor de riesgo para el autismo. El método de la U. De Kitasato, se caracteriza por la combinación de sedantes, agentes anestésicos y analgésicos, junto a la planificación de la inducción al parto una semana antes de la fecha prevista. Pero los investigadores no se han visto estimulados por el análisis de este estudio japonés publicado en 1991 (3). A partir de mis conversaciones y correspondencia con estos investigadores (incluido un viaje a Kumamoto), pude enterarme de sucesos similares en epidemiología. Pasado cierto tiempo, todos ellos reconocieron que éstas investigaciones, no eran políticamente correctas.

Un análisis pesimista centrado en las dificultades de la epidemiología, puede inspirar la conclusión de que la investigación políticamente correcta, llega a la “epidemiología circular”, mientras que las investigaciones políticamente incorrectas se quedan en un callejón sin salida (epidemiología “cul-de-sac”). Un análisis optimista, puede demostrarnos que es posible, abrirse camino en el fondo de este callejón y salir a una ancha avenida. En otras palabras, los límites de lo políticamente correcto o incorrecto no son inamovibles. Os invitamos a trabajar en una epidemiología que abra caminos.

Dr. Michel Odent

## **EL POSIBLE EFECTO “NOCEBO” DEL CUIDADO PRENATAL II**

La calidad de la vida fetal es más y más actual, es evidente que algunos médicos tienen dificultades en disociar el tema del retraso de crecimiento durante la vida intrauterina y el tema de la nutrición materna – parece que ignoran el estado emocional de la mujer embarazada como el factor probablemente más importante en el desarrollo del feto.

Una serie de artículos publicados recientemente en el British Medical Journal (BMJ) es significativa. Un estudio nuevo hecho por el 'Barker group', de Southampton (ver la Carta informativa Vol. 1 No. 2), explora la correlación entre el bajo peso en el nacimiento y diferentes factores de riesgo en la edad adulta para enfermedades cardiovasculares (tolerancia inadecuada de la glucosa, aumento de la presión arterial, niveles séricos altos de triglicéridos, bajos de HDL, etc.) (1). Este artículo está rodeado de editoriales, comentarios y varios estudios que tienden a desafiar la así llamada 'Hipótesis Barker'. La mayoría de los comentarios y discusiones refieren la nutrición como único factor importante relacionado con el crecimiento fetal. El vocabulario es trascendente: la hipótesis de Barker se presenta como 'la hipótesis del alimento del bebé', o 'la teoría de la nutrición temprana' (2). La conclusión de otro estudio publicado en el mismo artículo del BMJ sobre 'el pronóstico de la relación entre el peso de la placenta y el peso del feto' es también significativo. Los autores reivindican que la hipótesis que relaciona una nutrición materna pobre en el embarazo con una discordancia entre el crecimiento fetal y de la placenta y la hipertensión adulta y enfermedades cardiovasculares no se sostiene' (3). Es suficientemente interesante que mencionen que el aumento de la proporción de la placenta se relaciona con un incremento de la exposición fetal a glucocorticoides maternos.

De todas maneras no dan un paso más adelante para subrayar que ciertos estados emocionales (no estar contenta, estar deprimida, estar dominada por una situación o por alguien) están caracterizados por un alto nivel de glucocorticoides y que estas hormonas son inhibitoras del crecimiento fetal. Nadie ha propuesto la hipótesis de que estos estados emocionales son precisamente los riesgos primarios para enfermedades cardiovasculares en la edad adulta, mientras que el crecimiento fetal limitado es sólo un efecto temprano.

De hecho varios datos que desafían la 'hipótesis de Barker' dan soporte a este punto de vista. Por ejemplo, un equipo danés siguió más de 8.000 gemelos nacidos entre 1870 y 1900 y encontró que su mortalidad no era significativamente diferente de la población en general, aún que la mayoría de los gemelos tienen un crecimiento restringido durante el último trimestre de su vida intrauterina (4). Pero este tipo de crecimiento fetal restringido es debido a factores anatómicos (ej. la falta de espacio en el útero) en vez del estado emocional de la madre durante el embarazo.

En otros campos de la medicina diferentes estudios han establecido una relación directa entre los estados emocionales de la mujer embarazada y la salud del niño en la infancia. En nuestra boletín informativo anterior mencionamos un estudio finlandés demostrando que aquellos cuyo padre murió durante la segunda guerra mundial cuando ellos estaban en la matriz tienen más riesgo de caer en el alcoholismo, tener una enfermedad mental o actuar criminalmente que aquellos que perdieron su padre durante el año siguiente a su nacimiento (5)\*. Harry Torney, un dentista irlandés, estudió 107 niños los cuales fueron amamantados a pecho, por lo menos durante dos años, y descubrió que el mayor factor de riesgo para pertenecer al 'grupo de caries alto' a la edad de dos años era un mayor estado de estrés (ej. por la muerte de un pariente) durante el embarazo de la madre (6). Los fisiólogos descubren constantemente mecanismos complementarios que explican como el estado emocional de la mujer embarazada – su balance hormonal – puede influenciar el crecimiento fetal. Nosotros mencionamos los efectos de los glucocorticoides.

También se conoce que todos los narcóticos, incluyendo los narcóticos endógenos ('endorfinas'), son inhibidores de los factores del crecimiento. Las endorfinas regulan la multiplicación y diferenciación de células. Más exactamente, Zagon y sus colegas encontraron que (Met5-encefalina) es el narcótico más potente relacionado con el crecimiento y sus receptores específicos han sido identificados (receptores 'zeta') (7). Por lo tanto, estados emocionales – incluyendo experiencias dolorosas – asociados con niveles altos de endorfinas pueden reducir el crecimiento del feto.

Cuanto más conscientes seamos de la importancia del estado emocional de la mujer embarazada más consideraremos el posible efecto "nocebo" del cuidado prenatal. En

nuestro número de otoño estudiaremos como se puede reducir el efecto “nocebo” usando con cautela palabras con connotación negativa y considerando la forma en que las pruebas diagnósticas son propuestas y explicadas actualmente. En esta carta informativa iremos más allá de estos objetivos preliminares y sugeriremos que algunas pruebas no se deberían usar rutinariamente y hasta pueden ser perjudiciales si su interpretación está en contradicción con datos epidemiológicos y fisiológicos.

Dr. Michel Odent

Referencias bibliográficas de este artículo (parte I) publicado en Lancet:

1. Larkin M. Epidemiological studies: overdone or underappreciated? Lancet 2000; 355:556

Jacobson B, Nyberg K, Gronbladh L, et al. Opiate addiction in adult offspring through possible imprinting after obstetric treatment. BMJ 1990; 301:1067-70

2. Hattori R, Desimaru M, Nagayama I, Inoue K. Autistic and developmental disorders after general anaesthetic delivery. Lancet 1991; 337:1357-58

ESTUDIOS CIENTÍFICOS MENCIONADOS (texto principal)

3.- Steer P, Alam MA, Wadsworth J, Welch A. Relatio between maternal haemoglobin concentration and weigth in different ethnic groups. BMJ 1995; 310:489-91

Koller O, Sandvei R, Sagen N. High hemoglobin levels during pregnancy and fetal risk. Int J Gynaecol Obstet 1980; 18:53-56

4.- Gran SM, et al. Maternal hematologic levels and pregnancy outcome. Semin Perinatol 1981; 5:155-62

5.- Hemminki E, Starfield B. Routine administration of iron and vitamins during pregnancy. Br J Obst Gynaecol 1978; 85:404-410

6.- Valberg LS. Effects of iron, tin, and copper on zinc absorption in humans. Am J Clin Nutr 1984; 40:536-41

7.- Rogers J, Wood J, et al. Active versus expectant management of third stage of labour: the Hinchingsbrooke randomised controlled trial. Lancet 1998; 351:693-99

8.- Odent M. Active versus expectant management of third stage of labour. Lancet 1998; 351:1659

Symons Em. Aetology of pre-eclampsia. A review. J R Soc Med 1980, 73:871-75

9.- Naeye EM. Maternal Blood pressure and fetal grwth. Am J Obstet Gynecol 1981; 141:780-87

10.- Kilpatrick S. Unlike pre-eclampsia, gestational hypertension is not associated with increased neonatal and maternal morbidity except abruptio. SPO abstracts Am J Obstet Gynecol 1995; 419:376

11.- Curtis S, et al. Pregnancy effects of non-proteinuric gestational hypertension. SPO Abstracts. Am J. Obst Gynecol 1995; 418:376

12.- Von Dadelszen P, Ornstein MP, et al. Fall in mean arterial pressure and fetal growth restriction in pregnancy hypertension: a meta-analysis. Lancet 2000; 355:87-92

13.- Jarret Rj. Gestational diabetes: a non-entity? BMJ 1993; 306:27-38

14.- Jarret Rj, Castro-Soares J, Dornhorst A, Beard R. Should we screen for gestational diabetes? BMJ 1997; 315:736-39

15.- Odent M. Primal Health. Century-Hutchinson. London 1986 (out of print)

Seymour-Reichlin. Neuroendocrine-immune interaction. Nengl J Med 1993;329:1246-53