

EL CUERPO SE LIMPIA A FONDO PARA ACOGER A SU INVITADO

Del artículo “*La Gestación un Trabajo de la Embarazada Irreversible e Irremplazable*”,
Monográfico de la Revista Punto y Hora de Euskal Herria “¡UNETE COMPA!” de Agosto 1987,
por Eneko Landaburu.

La casa debe ser puesta en orden, de manera que el embrión tenga una habitación bien limpia, sana y químicamente equilibrada durante su desarrollo. El bebé, al ser más delicado, será mucho más intolerante a los tóxicos que una persona adulta. Es por eso muy normal que, al comienzo del embarazo, se produzcan beneficiosos procesos de desintoxicación tanto para la salud de la madre como para la del bebé, a pesar de que puedan ser violentos y desagradables.

Puede que el exceso de tóxicos se elimine por vías normales, pero brutalmente (cólicos biliares o renales, diarreas, picores, aliento cargado, etcétera), o por puntos extraordinarios (sarpullidos en la piel, eccemas, catarros de todo tipo: nasal, faríngeo, otitis, conjuntivitis, flujo vaginal, acidez de estómago, etcétera).

Guarda los días de ayuno para las crisis agudas (vómitos, fiebre...). No tengas miedo a ayunar y a perder peso si hace falta. El ingerir alimentos cuando el cuerpo no quiere digerirlos y los devuelve, no sirve más que para perder energías. El bebé seguirá su proceso de crecimiento a expensas de las reservas del cuerpo de la madre.

Te contaré un caso que recuerdo. Una embarazada de 26 años, natural de Ondarroa (País Vasco), estaba tomando por recomendación médica para suprimir los vómitos persistentes (Hiperemesis Gravídica), *Merbental* (ahora *Cariban*, Doxilamina, antihistamínico, con Piridoxina, Vitamina B6). Medía 1,70 y a los 4 meses de embarazo pesaba 61 kg. Dejó la medicación. Le volvieron los vómitos. Ayuno un día (ingirió agua según la sed) y a continuación siguió 7 días alimentándose sólo con jugos de frutas (3 tomas diarias). Y luego otros 12 días se alimentó con un régimen ovolactovegetariano bien combinado. En esos 20 días perdió 3 Kg (se quedó en 58 kg.) La fecha de salida de cuentas había recuperado peso suficiente: pesaba 66 Kg. Parió 3 días más tarde una niña de 3 Kg. Después de parir, pesaba 6 Kg menos.

EL AYUNO PUEDE PRESERVAR SU VIDA (Fasting Can Save Your Life, 1964)

Herbert M. Shelton (1895 – 1985)

EL AYUNO EN EL EMBARAZO

Cuando la sensatez reconoce que el embarazo es un proceso biológico normal, enseguida se da cuenta que no debe ir acompañado de ningún dolor, incomodidad o condición anormal. Se observa que animales en su estado natural no sufren con náuseas ni vómito durante el embarazo. Esta condición se desconoce en mujeres llamadas primitivas. Sólo la mitad de las mujeres civilizadas lo padecen.

Toda evidencia señala que la náusea o "enfermedad de la mañana" y el vómito, no son estados naturales durante el embarazo. Moderado y disipable en la mayoría de los casos, severo y duradero en otros, quizás conducente incluso al fin artificial del embarazo para "preservar la vida de la madre", la causa es todavía un asunto de mucha discusión.

Si puede entenderse que la enfermedad es un mal funcionamiento de las leyes naturales, podemos entender que bajo ciertos estados del organismo de la mujer, cuando ocurre el embarazo, hay una necesidad urgente de poner la casa fisiológica en orden.

Es común decir que la náusea es un "reflejo" y que es una "reacción", pero estas palabras no explican nada. Es necesario que entendamos la naturaleza y la causa de la condición que dan origen al "reflejo" o a la "reacción".

En la naturaleza no hay favoritos, respecto a personas. Si una mujer sufre con la náusea y vómito durante el embarazo, es porque ella ha basado su sufrimiento de acuerdo a su modo de vida, ha establecido el problema. Su sufrimiento no se debe al hecho que ella esté encinta, sino al hecho que ella tiene toxemia.

Cuando reconocemos que el embarazo es un estado fisiológico normal, debemos reconocer también que, en la vida moderna por lo menos, hay mucho que no está fisiológicamente asociado con los procesos reproductores totales y que estas condiciones de anormalidad tienen la misma causa general que son responsables de otras anormalidades estructurales y funcionales del cuerpo.

La naturaleza, en su esfuerzo por promover la vida y su más alto bienestar, en su esfuerzo interminable por dotar cada nueva forma de vida con lo más preciado que puede darse, trata de dar a cada niño que nace lo mejor que la vida ofrece: Por lo tanto, está interesada en el ambiente del niño nonato y especialmente en su nutrición.

El niño nonato se alimenta de las sustancias suministradas por la madre. Si su sangre es fisiológicamente conveniente para los más altos intereses de la evolución del embrión, su embarazo será cómodo y aún agradable. Si ella tiene toxemia, debe desarrollarse un proceso diseñado para preparar una mejor fuente de alimento para el feto. La casa fisiológica deberá ponerse en orden a fin de que el embrión tenga un hábitat limpio, sano y bien balanceado durante su existencia intrauterina.

Esto no significa que sólo el útero debe hacerse favorable para la evolución de la nueva vida, sino que se debe preparar el cuerpo entero de la madre. Salvo que haya una preparación sistémica, no puede haber disponibilidad local.

Observamos que se acelera el metabolismo general de la madre embarazada; las glándulas que han estado latentes despiertan a la actividad renovada, y, si la forma de vida de la madre ha sido sana, su salud mejora. Los síntomas que tuvo, frecuentemente se mejoran y ella se siente bien nuevamente. La náusea y el vómito son meramente parte de este programa general de renovación.

La mujer con toxemia es incapaz de dar nueva vida. Las toxinas retenidas y almacenados en el organismo y que han alterado profundamente la química del cuerpo, deben quitarse. Esto exige un proceso de eliminación radical; requiere de un cese temporal de alimentos.

Hay una rebelión en el estómago, rechaza la comida. El hígado acelera su función excretora. Se regurgita mucha bilis en el estómago y hay vómito. Asimismo, así se puede desarrollar una repugnancia psíquica al alimento, determinando el organismo de esa manera, hacer su propia limpieza. Si podemos entender que la naturaleza trata de proveer un albergue limpio en el que se desenvuelva la nueva vida, podemos entender que es necesario cooperar en el trabajo y no tirar como el mono, dislocando la maquinaria vital.

La supresión del vómito por la administración de medicamentos, siempre es de dudosa eficacia, parece ser que sólo empeora el asunto y prolonga los períodos de náusea y vómito. La mujer que se aferra a la idea anticuada de que necesita suficiente comida "buena y nutritiva" y persiste en comer a pesar de su repugnancia a los alimentos, ya sea que los piense, los huelo, los vea, sólo aumenta su incomodidad y prolonga su sufrimiento.

El médico, llamado para atender un caso de enfermedad de la mañana, prueba todo, busca satisfacer la súplica de la paciente para aliviar los síntomas, hasta que la náusea y vómito tienen un fin espontáneo, pero falta hacerle algo realmente bueno.

Se ha dicho que pedir a una mujer que pare de comer, es una manera bastante ruda, incómoda y molesta, Pero es más que sólo una orden, es un proceso de purificación. Es un medio de librar al cuerpo de las toxinas acumuladas. El ignorante comerá a pesar de la evidente exigencia de no comer nada, pero la naturaleza gana y pone punto final; simplemente regresa la comida. No se desea desayunar, comer o cenar.

Cuando la mujer embarazada siente el primer indicio de náusea y vómito, de inmediato debe cesar voluntariamente de comer. Ni ella ni el niño se dañarán por no comer. Un ayuno prolongado puede afectar al bebé, pero unos días de abstinencia en los primeros días del embarazo, los que ella sufrirá con la “enfermedad de la mañana”, la ayudarán.

Debe acostarse y permanecer caliente. Debe apartar cualquier miedo que tenga y equilibrar su mente. No debe tomarse medicamentos. Mi experiencia ha mostrado que **tres a diez días serán suficientes para habilitar al cuerpo a poner su casa en orden** y no habrá más náusea y vómito durante el resto del embarazo.

Un tiempo con alimentación ligera de frutas y verduras crudas, deben seguir a un corto ayuno, antes de volver a la alimentación habitual. Dieta habitual ciertamente, no significa dieta convencional. Las mujeres embarazadas tienden a comer demasiado. Comen muchas proteínas. Requieren sí, de mejores proteínas, pero no de grandes cantidades. Su mayor necesidad, sin embargo, es por frutas y verduras verdes, sin almidones.

En casos ordinarios de la enfermedad de la mañana, tres a cuatro días de ayuno son suficientes para restaurar alivio y capacitar a la mujer para comer sin dolor. Tuve un caso que requirió de once días para recuperarse.

Habrán casos severos que requerirán un tiempo más largo, aunque no he atendido ninguno de ellos; pero nunca he fracasado en el mejoramiento de un paciente en pocos días. No hay ninguna razón para no ayunar en semejantes condiciones. ¿En verdad, qué se gana comiendo cuando hay náusea, ningún deseo por la comida, y cuándo se sabe que se arrojará todo lo que se come? El ayuno es sólo un procedimiento lógico en tales condiciones.

<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v92n4p354.pdf>

Información Farmacológica.- Abril 1982.- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana

BENDECTIN: NO SE HA CONFIRMADO UNA POSIBLE TERATOGENICIDAD

El Bendectin recibe también otros nombres comerciales, como Debendox, Lenotan y Merbental. Cuando se introdujo en el mercado era una mezcla de dicitoverina, doxilamina y piridoxina. Las formas farmacéuticas vendidas en Estados Unidos de América y Canadá no contienen dicitovetina.

Las malformaciones congénitas constituyen la causa más importante de mortalidad infantil en los países desarrollados y, en general, se considera que un 2% ó 3% de los nacidos vivos manifiestan anomalías importantes. Ahora bien, los criterios de clasificación varían, y la incidencia de esos trastornos se ha considerado bastante más alta.

En estas circunstancias, casi todos los medicamentos que se emplean en los primeros meses del embarazo generan la sospecha de ser teratógenos potenciales; recientemente, los efectos de una preparación antinauseosa patentada, el Bendectin, en un pleito que recibió gran publicidad en Estados Unidos de América, han demostrado que estas dudas, en cuanto surgen, no se refutan con facilidad.

La propaganda del Bendectin empezó hace 25 años, como remedio contra las náuseas y vómitos del embarazo y, seguidamente, adquirió popularidad en numerosos países, a veces con otros nombres comerciales, como Debendox, Merbental y Lenotan. Últimamente se han despachado hasta tres millones de recetas anuales en Estados Unidos, donde se calcula que emplean el medicamento por lo menos una cuarta parte de las mujeres gestantes.

Sin embargo, los informes ocasionales sobre deformación de las extremidades en niños expuestos antes del nacimiento al Bendectin y la alta proporción de casos de esa índole entre las malformaciones congénitas posiblemente relacionadas con el fármaco, notificadas a autoridades fiscalizadoras nacionales, han mantenido viva la sospecha de un riesgo teratógeno. Las lesiones que recuerdan a las de la talidomida siempre suscitan la sospecha de los médicos, pero también habrán de ocurrir por coincidencia deformaciones de las extremidades infantiles en el caso de mujeres que han recibido medicamentos al comienzo de la gestación. De todos modos, los pocos casos identificados de esa forma que podrían atribuirse al Bendectin menos de 150 notificados a la Administración de Alimentos y Medicamentos en 25 años, son base suficiente para investigar una relación causal.

Como el Bendectin se emplea comúnmente en la mayoría de los países donde puede conseguirse y las malformaciones congénitas son relativamente frecuentes, la existencia de una relación causal hipotética sólo puede comprobarse mediante encuestas epidemiológicas debidamente concebidas y controladas. En realidad, una serie de estudios de cohortes independientes, empleando técnicas de interconexión, han excluido la existencia de un alto riesgo. Han facilitado el acopio de estos datos tres factores: en la mayoría de los países desarrollados, una elevada proporción de los partos tienen lugar en hospitales; hoy, las malformaciones detectables al nacer comúnmente se registran, a escala nacional o regional, y los datos sobre prescripción, a reserva de carácter confidencial, suelen ser accesibles para fines de investigación. En esas condiciones se efectuó recientemente una encuesta de casi 7 000 nacidos vivos, en una cooperativa de salud de Estados Unidos de América. Ya se habían expedido recetas de Bendectin para una tercera parte de las madres durante el primer trimestre de la gestación, y en total, se observó que 80 neonatos mostraron una de las malformaciones importantes especificadas. La incidencia y las características de estas malformaciones eran muy semejantes en los niños expuestos y en los no expuestos, es decir que los resultados confirmaron los ya obtenidos en otras encuestas realizadas en América del Norte, Europa y Australia.

Sin embargo, otros tipos de comparación pueden ofrecer una prueba más sensible de teratogenicidad. Dado que muchos agentes teratógenos son selectivos en cuanto al tipo de malformación que inducen, podría identificarse un riesgo relativamente pequeño comparando la frecuencia de la exposición al medicamento en grupos de recién nacidos con malformaciones específicas diferentes.

Últimamente se han efectuado dos análisis de esta naturaleza basados en muestras de 1 000 a 2 000 niños nacidos con malformaciones congénitas en cuatro ciudades importantes de América del Norte durante varios años. También en este caso los resultados son, en general, tranquilizadores. Aunque se demostraron ligeras asociaciones entre la exposición al Bendectin y malformaciones específicas, los datos en conjunto no corroboran la existencia de una relación causal básica.

Es muy poco probable que un medicamento pueda inducir una multiplicidad de lesiones específicas, independientemente. Dos de los cuatros resultados positivos desafían una explicación biológica racional: algunos casos de encefalocele en niños expuestos al Bendectin no ocurrieron hasta después de haber eliminado del producto la dicicloverina, mientras que en mujeres que recibieron Bendectin por primera vez en el segundo y tercer trimestres de gestación se observó una relación evidente con defectos del tubo neural. En todo caso, el riesgo no excedía en total de 1 a 2 por 1000 y siempre resultaron amplios los límites de confianza aplicables a lesiones específicas. Inevitablemente surgirán diferencias ocasionales de significado estadístico marginal cuando se utilice repetida e independientemente el mismo grupo de datos para comprobar toda una serie de relaciones posibles, y el riesgo resultará mayor aún cuando las pruebas se practiquen sólo en unos cuantos casos.

Los estudios de control de casos son un medio no menos atractivo pero poco sistemático de comprobar riesgos de escasa magnitud. Se han hecho dos de esos estudios para el Bendectin, uno de los cuales influyó mucho en las dudas acerca de la inocuidad del fármaco. Se interrogó a 390 madres de niños con cardiopatía congénita y a 1.254 madres de niños normales, escogidos al azar, acerca del empleo de medicamentos durante la gestación. El 6,2% de las madres de niños con malformaciones habían tomado Bendectin pero en el grupo testigo la proporción era sólo del 3,7%. Dado que se registraba una tendencia análoga para otros muchos medicamentos empleados comúnmente durante el embarazo (incluso aspirina, ampicilina, diazepam y fenilefrina) y que la exposición al fármaco se determinó exclusivamente a base de lo que las madres recordaban de tres años atrás como máximo, los resultados sólo podían reflejar la tendencia de las madres de niños con malformaciones a hacer hincapié en las circunstancias del embarazo.

Los resultados del segundo estudio, concebido concretamente para investigar el potencial teratógeno del Bendectin, son menos fáciles de explicar. Se determinó la frecuencia de la exposición prenatal al medicamento en 240 niños con labio leporino o paladar hendido, y en otros tantos niños testigos nacidos en la zona de Oxford (Reino Unido) desde 1962. La información se obtuvo de un registro central de nacimientos y de ficheros de consultorios. Alrededor del 15% de todas las madres se habían quejado de náuseas y vómitos durante el embarazo pero la frecuencia y distribución de la exposición al Bendectin difería mucho entre los dos grupos. El 6% de las madres de niños con malformaciones, en comparación con sólo 2% de las del grupo testigo, al parecer habían recibido el medicamento durante las nueve primeras semanas de gestación. Esa diferencia no se observó en las que habían tomado prometazina como agente anti-nauseoso.

Sin embargo, no estaría justificado confiar en estos resultados mientras no se disponga de datos confirmatorios: en términos estadísticos, la diferencia era de significado marginal; el empleo de Bendectin en el grupo testigo fue bajo para resultar representativo; los diversos defectos palatales no eran embriológicamente homogéneos y, más importante aún, los resultados no han sido corroborados por ningún otro estudio.

Consideradas en conjunto, las encuestas realizadas hasta la fecha no justifican la inquietud. Las reservas hechas marginalmente durante los numerosos análisis independientes no han sido confirmadas por la información general reunida. Ello no obstante, la exclusión absoluta de un pequeño riesgo de teratogenicidad es imposible.

Numerosas autoridades nacionales de fiscalización farmacológica han aprovechado el debate sobre el Bendectin para advertir que en los primeros meses del embarazo sólo deben emplearse fármacos cuando sean a todas luces necesarios. Las náuseas y los vómitos de la gestación que no responden a un tratamiento conservador requieren a veces farmacoterapia y, en la actualidad, no parece existir otro producto más inocuo que el Bendectin.

Sin embargo, a juicio de un comité asesor de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos de América convendría determinar con precisión cuál es la eficacia de este producto en los casos graves que justifican tratamiento. (Fuente: OMS, Drug Infimnation, PDT/DI/80.3.)

*=====

“REDESCUBRIENDO LOS PODERES DE LA PLACENTA HUMANA”

Part. Ciceron, Eloïse Maeva, Obst. Lembo, Marina, Obst. Veleda, Carla

LA PLACENTA Y SU FUNCIÓN PRENATAL

Durante el embarazo la placenta es responsable de:

- La nutrición del bebé (alimento, oxigenación) ¹
- El crecimiento del bebe (factores de crecimiento) ²
- Protección del bebé (filtrado, barrera) de contaminantes y patógenos ³
- Síntesis hormonal que regula el metabolismo materno para satisfacer las necesidades fetales y genera en la madre cambios fisiológicos que cuidan al bebe de posibles daños. ⁴
- Las funciones de los órganos del bebé. ⁵
- De la termo-regulación. ⁶
- Del trofotropismo. ⁷

1 La placenta le permite la nutrición que necesita del torrente sanguíneo materno en una cantidad exacta, asegurando que esté disponible cuando lo necesita. Y ante un poco oferta del organismo materno, generar cambio la tensión arterial y favorecer la disponibilidad.

2 Para las 10^o semana de gestación, gracias a la nutrición de la placenta, el embrión de origen bicelular llega a pesar 220.000 gramos más que al momento de la concepción.

3 Fabrica defensas inmunológicas ante infecciones maternas, filtra microorganismos patógenos, deja pasar algunos anticuerpos maternos, y protege al bebé de numerosos contaminantes.

4 Por ejemplo causando **nauseas y vómitos**, sobre todo con determinados alimentos o ayuno, afinando el sentido del olfato para solo elegir los alimentos frescos, evadiendo procesos de cocción con vapores que podrían ser tóxicos. **Síntomas que van disminuyendo a medida que el bebe esta mas grande y menos vulnerable al daño toxico.**

5 Aunque externa al bebe, la placenta es el órgano más esencial. Realiza las funciones que sus entrañas inmaduras, pulmones, sistema inmunológico, piel, riñones e hígado no pueden hacer aún.

6 La placenta también termo-regula el organismo del bebe, liberando el exceso de calor hacia la circulación materna- causa del calor que sienten las embarazadas.

7 La placenta tiene la capacidad de migrar durante el embarazo, muy sutil y lentamente (trofotropismo) hacia el mejor suministro de sangre y lejos de lugares de poco suministro. Este mecanismo explica muchas irregularidades en la forma y estructura de la placenta, como así también la ‘subida’ de placentas previas en embarazos tempranos.

INTERVENCION	POR QUE TODAVIA SE HACE	POR QUE DEBERIA SER ABOLIDO
Ayuno durante el trabajo de parto.	Se dice que en caso de una cesárea, puede haber problemas de aspiración de alimentos.	El ayuno provoca debilidad y puede causar serios problemas en el parto. el hecho de aspiración es tan raro que no puede ser usado como justificativo

TRATAMIENTO DEL VÓMITO EN EL EMBARAZO.

ANTIISTAMINICOS: Prometazina. Doxilamina

FENOTIAZINAS: Tietilperazina

Observaciones: A pesar de la controversia pública sobre efectos teratogénicos del MERBENTAL (ahora Cariban), el consenso general es que la asociación doxilamina/piridoxina (vitamina B6) no ha mostrado ser nociva para el feto. También se consideran seguros los dos fármacos que se citan en la columna precedente. De cualquier forma, el tratamiento farmacológico de los vómitos del embarazo debe reservarse a casos donde resulte imprescindible.

RELIVERAN: Metoclopramida Clorhidrato. Es una clorobenzamida. Químicamente no tiene relación con la fenotiazina, pero se conoce que sus efectos adversos son semejantes a los producidos por aquella.