

Entrevista a la Senadora Elena Víboras, Doctora en Medicina y Máster en Salud Pública

“El promedio de edad para tener el primer hijo se sitúa actualmente en los 30,6 años”

- “La mujer busca hoy acceso al trabajo y ejerce su voluntad de libertad e independencia, lo que lleva a retrasar el momento de crear una situación familiar estable”
- “El fenómeno del menor peso en los neonatos no es exclusivo de España; en Estados Unidos también está en incremento el número de prematuros y los factores determinantes son similares”
- “Globalmente puede afirmarse que la prevención perinatal está mimada entre nosotros”
- “El riesgo de deficiencias graves en los niños muy prematuros es ciertamente altísimo y el debate sobre hasta dónde llegar para salvarlos y cuándo detenerse es recurrente”

G. Plaza Molina.-

El número de recién nacidos de alto riesgo, prematuros y con bajo peso, está aumentando en España de manera significativa a lo largo de los últimos años, al tiempo que el peso medio de los neonatos en general ha venido disminuyendo. Así lo resaltaba en unas recientes declaraciones, a raíz del último congreso de Medicina Perinatal, el presidente de la Sociedad Española de Neonatología, Dr. José María Fraga.

La senadora Elena Víboras planteaba en noviembre de 2004 al Gobierno dos preguntas que anticipaban ya la preocupación difundida ahora por los neonatólogos, ginecólogos y obstetras españoles a saber:

- “Pregunta sobre el número de embarazos en mujeres mayores de 35 años que se han producido durante la última década, con indicación de las iniciativas previstas para la detección de defectos congénitos en el feto”
- “Pregunta sobre las iniciativas planteadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo dirigidas a evitar o disminuir el nacimiento de niños prematuros”

El primer hijo, cada vez más tarde

Elena Víboras Jiménez, senadora por Jaén del Grupo Parlamentario Socialista, es doctora en Medicina y Máster en Salud Pública, y entre sus cargos políticos ostenta la secretaría primera en la Comisión de Sanidad y Consumo. Desde su acceso al Senado viene desarrollando una intensa labora parlamentaria, haciéndose eco de las inquietudes sociales, particularmente en el terreno de la salud, y muy especialmente en lo que concierne a la natalidad y sus circunstancias.

En su despacho de la Cámara alta la senadora se presta gustosa y amablemente a comentar para “www.prematuros.info” estos temas que están teniendo amplio eco en la opinión pública, y nos proporciona las estadísticas más recientes al respecto.

“A raíz de esas preguntas –explica Elena Víboras- el Ministerio traduce en cifras el fenómeno que ya se venía detectando: mientras en 1987 el porcentaje de mujeres que daban a luz después de los 35 años era el 10,9 del total, en 2002 se observa que dicho porcentaje ha pasado al 21,5, es decir, más de 10 puntos. Ello pone de relieve esa tendencia que, como digo, se venía constatando desde hace dos décadas.”

-¿Causas concretas?

-Es fácil concluir que el cambio es consecuencia de las transformaciones sociales en el ámbito de la estructura familiar. Por una parte, la mujer busca hoy acceso al trabajo y ejerce su voluntad de libertad e independencia, lo que lleva a retrasar el momento de crear una situación familiar estable; ello ha determinado que el promedio de edad para tener el primer hijo se sitúe actualmente en los 30,6 años, cuando hace dos o tres décadas se consideraba que los 30 años eran una edad muy avanzada para ser madre. Por otro lado, ocurre que se ha incrementado el número de uniones sucesivas, que llevan a nueva descendencia con una segunda pareja en edad más madura que joven. Estos factores son determinantes para el hecho de una progresiva disminución en el peso de las nuevas generaciones de neonatos. Pero no son los únicos. A ellos hay que añadir el mayor recurso a la reproducción asistida, las condiciones laborales muchas

Para más información:

Ibáñez&Plaza (Gabriel Plaza Molina) 91 553 74 62 · 609 006 732

E-mail: g.plaza.molina@ibanezyplaza.com · Web: www.ibanezyplaza.com

veces precarias y agobiantes en que se desenvuelve la mujer con el estrés y la competitividad como escenario cotidiano, y el aumento del tabaquismo en la población femenina, que como es bien sabido constituye un serio riesgo de salud en cualquier situación, pero muy especialmente en el embarazo.

-En el congreso 2005 de Medicina Perinatal se destacó asimismo como factor añadido la alta tasa de alumbramientos en la mujer inmigrante...

-En efecto, esas mujeres llegan en muchos casos marcadas por la carencia de cuidados sanitarios previos al embarazo, lo que se traduce en condiciones menos saludables para el bebé.

Mimando la prevención perinatal

-¿Qué se está haciendo desde la Administración sanitaria para atajar o paliar estos factores que influyen claramente en el incremento de problemas en la salud perinatal?

-La sanidad, como es sabido, está transferida a las comunidades autónomas, pero hay normas y protocolos de carácter general como es el caso de la amniocentesis, que se aplica en casi la totalidad de las CC. AA. a las embarazadas a partir de los 30 años para detección de posibles anomalías en el feto. Junto a ello el sistema público de salud viene ofreciendo desde años atrás un abanico de medidas preventivas: consejo genético, diagnóstico prenatal, prevención de exposición a teratógenos, profilaxis de los defectos del tubo neuronal... Por otra parte, se está avanzando en la mejora de las condiciones laborales de la mujer antes y durante el periodo de gestación, así como en el campo de la reproducción asistida, y son palpables e impactantes las campañas y medidas adoptadas frente al tabaquismo. Globalmente puede afirmarse que la prevención perinatal está mimada entre nosotros. Pero, como es lógico, las tendencias sociales y su influencia en las nuevas estructuras familiares y de pareja constituyen un fenómeno complejo con múltiples perfiles de difícil abordaje.

No es sólo en España

El fenómeno del menor peso en los neonatos no es, sin embargo, exclusivo de España, según hace notar la senadora. Los factores influyentes no son privativos de la sociedad española, ni siquiera de la europea, como ha puesto de relieve un reciente estudio del Dr. Neil Marlow (Universidad de Nottingham), publicado en el New England Journal of Medicine. "En Estados Unidos también está en incremento el número de prematuros y los factores determinantes son similares a los que analizamos aquí."

-Pero precisamente en Estados Unidos se ha entablado una controversia acerca de la conveniencia o no de aplicar la tecnología hasta extremos de encarnizamiento para evitar la muerte de prematuros de muy bajo peso que serían inviables en condiciones normales. El debate se plantea ante la evidencia de un riesgo extremo de que el bebé nazca con deficiencias irremediables que condicionen decisivamente su vida y la de sus padres y que hasta el momento la ciencia no es capaz de prevenir. A este respecto, el Dr. Malcolm Levene se preguntaba recientemente en la revista "Acta Paediatrica" hasta dónde se debe llegar en el uso de cuidados intensivos con estos pequeños inmaduros y endurecía el debate al responderse que "probablemente hay un resultado que es peor que la muerte". ¿Cuál es su criterio al respecto?

-El riesgo de deficiencias graves en estos niños muy prematuros es ciertamente altísimo. El estudio de Marlow indica que en casi la mitad (46%) de los neonatos entre 22 y 25 semanas se registraron serios problemas de salud. Un 12% de ellos sufría parálisis cerebral infantil, un 34% tenía disminuida su capacidad visual o auditiva y de aprendizaje posterior, otro 34% padecía discapacidades de menor importancia y sólo un 20% progresó sin secuelas. El debate sobre hasta dónde llegar para salvarlos y cuándo detenerse es recurrente. ¿La decisión de reanimar o no reanimar debe ser exclusiva de los médicos o debe compartirse con los padres advirtiéndoles de lo que puede suponer para ellos y para el propio niño la supervivencia de ese bebé de altísimo riesgo? El tema es sumamente delicado, tanto para los médicos como para las familias, porque se dan cita numerosos factores de orden personal, social, moral y ético. Quizás habrá que establecer protocolos de consenso y corresponsabilidad entre ambas partes que puedan aplicarse de manera individualizada. Lo que no debemos hacer, bajo ningún concepto, es permitir que el factor económico influya en la decisión, del tipo que sea, por muy caro que cueste sacar a uno de estos pequeños adelante.

Para más información:

Ibáñez&Plaza (Gabriel Plaza Molina) 91 553 74 62 · 609 006 732

E-mail: g.plaza.molina@ibanezyplaza.com · Web: www.ibanezyplaza.com

El seguimiento postnatal

-Los neonatólogos están razonablemente satisfechos con el nivel asistencial que en España se ha conseguido para sacar adelante a los neonatos de menos de 1.500 gramos e incluso por debajo de 1.000 gramos. Pero, como ha señalado también el presidente de la SEN, “de poco sirve este esfuerzo si después no establecemos los recursos asistenciales y educativos necesarios para lograr su desarrollo integral en las etapas posteriores de la infancia y de este modo reducir el impacto de las minusvalías o limitaciones de diversa índole”. ¿Se hace en este sentido lo que sería exigible?

-El seguimiento postnatal y los cuidados pediátricos en general son asimismo muy aceptables entre nosotros y, al menos, por lo que respecta a la comunidad andaluza que conozco mejor, pueden calificarse de ejemplares. Yo espero y deseo que esto se comparta del mismo modo en todas las comunidades autónomas.

Para más información sobre niños prematuros: www.prematuros.info