

TECNOLOGÍAS APROPIADAS VS. RUTINAS ACRÍTICAS

Conferencia Dr. Pronsato

15 de Julio de 2002-FUNDALAM

Dicen que Elia Metrico, que fue el descubridor de la fagocitosis, mientras investigaba en el Instituto Pasteur este proceso, afirmaba que él trabajaba mucho mejor en presencia de mujeres hermosas, y yo tengo hoy ese privilegio.

Hace 1.000.000 de años un ser apenas parecido a nosotros se irguió sobre sus patas traseras, que en adelante comenzaron a llamarse piernas, empezó a usar sus brazos, sus manos, y a desarrollar su cerebro.

Conocemos a uno de los representantes de esa gente, la pequeña Lucy. Muchísimos miles de años después, sus descendientes iban a ser capaces de crear el fuego. Unos 10.000 años después los Sócrates, Los Mozart, los Copérnico, los Mahatma Gandhi, las Madre Teresa, las Marie Curie, etc.

Todos ellos son amigos míos. Ellos nunca supieron que lo fueron, pero en realidad son mis amigos, y además tengo otro amigo muy especial, pero este también fue mi maestro. En realidad fue maestro de varios de los que estamos acá. Se llama Hipócrates.

Hace 2.500 años él dijo una frasecita pequeña, entre otras genialidades, que me parece que viene a cuento. Dijo: "las enfermedades que escapan al examen de los sentidos quedan sometidas al examen de la inteligencia"

Parece que este venerado maestro ya se hubiera percatado de que los sentidos nos podían jugar algunas malas pasadas. Y está bien, porque eso sucede con los sentidos. Si uno ve amanecer y atardeceres, puede pensar que es el sol, que gira alrededor nuestro. Y si uno introduce un bastón recto en el agua, deja de ser recto, pero la razón es capaz de rectificar el bastón.

En realidad todas estas personas tuvieron además de muchas otras virtudes, una en común: la **inteligencia**. Eran personas inteligentes, que es una capacidad propia de la especie. Pero además de inteligencia tuvieron **capacidad crítica**: no aceptaron lo que se les decía a pie juntillas, sino que se empezaron a preguntar si sería efectivamente así. Se rebelaron con las verdades reveladas, y empezaron a cuestionarse y a ejercer el viejo oficio democrático de preguntar, de interrogar, de dudar, y así crecieron.

Además de inteligencia y capacidad crítica, esta gente también tuvo **coraje**, porque se necesita coraje para cambiar lo que ya está establecido, lo que se dice que debe ser así, y también necesitaron **voluntad**, esfuerzo

personal para cambiar lo que supuestamente era cierto para los demás, pero no para ellos.

Hay muchísimos ejemplos de personas inteligentes, críticos, corajudos y voluntariosos a lo largo de la historia. Pero como estamos en cuestiones vinculadas a la madre y el niño, me parece que el ejemplo interesante de considerar, sería el de Ignace Semmelweis. Este obstetra supuso que la razón por la cual muchas mujeres se morían en los hospitales de Viena en la primera mitad del Siglo XIX, tenía que tener alguna razón, más o menos explicable.

Todos admitían las muertes de las mujeres sin hacer ningún esfuerzo, sin echar mano de su raciocinio, de su capacidad crítica para ver qué pasaba. El empezó a darse cuenta de que tal vez había alguna causa, y encontró una sencillísima: los médicos no se lavaban las manos después de asistir las autopsias, y las mujeres se morían de fiebre puerperal. Y trató de introducir el sistema de que sencillamente se lavaran las manos.

Hoy esto parece una cosa fuera de discusión, pero en aquel tiempo, eso le costó muchísimo.

Como dice el filósofo argentino Santiago Kovadloff: "modificar las costumbres suele ser un gesto de insubordinación, que consiste en crear una alternativa, otro significado para lo que parece inequívoco; pero crear una verdad diferente no significa necesariamente que sea la mejor, es sólo diferente. Para crear una alternativa, se requiere infinita paciencia. Para luchar contra los obstáculos que interpone el hábito y el prejuicio en el camino de quien se atreve a modificarlos".

En medicina, desde siempre hubo **rutinas acrílicas**. Nosotros las hemos definido como *actividades, tareas o procedimientos riesgosos o perjudiciales, dolorosos o molestos, de efectividad y eficiencia dudosas o nulas, con mala relación costo/beneficio de acuerdo a la bibliografía basada en el método científico, que sin embargo se aplican usualmente sin cuestionamientos, por el mero hábito o costumbre de los miembros del equipo de salud, o por pautas no revisadas, controladas o actualizadas.*

Estas rutinas acrílicas se instalan con mucha fuerza en la vida cotidiana, echan raíces en muchos servicios de atención. En todas las organizaciones hay reglas y normas que se cumplen más o menos, pero si a poco de andar las reglas resultan no útiles, ineficientes, ineficaces, imprácticas, dolorosas, perjudiciales, molestas, costosas, entonces estas reglas tienen que ser cambiadas, modificadas o eliminadas.

Esto significa que, a lo mejor, haya que crear otras reglas, pero el punto esencial, es que estas nuevas reglas, también estén sometidas a esta crítica constante y revisión permanente, porque si no entramos en la categoría de las anteriores, y nunca podemos avanzar.

En cuanto a medicina perinatal, ya en los controles prenatales, el equipo de salud tiene ante sí una situación absolutamente inédita en medicina: es la única vez que un equipo de salud se enfrenta con dos pacientes, simulando que es uno solo. Es una persona, no un útero itinerante. Una persona con todos los atributos que eso le confiere, y además, esa persona es la encargada de permitir el crecimiento, la maduración de otra persona, que no vemos, pero que está allí. Esta gente que atiende a estas dos personas suponiendo que tiene una sola, tiene que considerar que está en una situación muy privilegiada. Lo que tiene que hacer con esa paciente es asistirle, no necesariamente tratarla.

Tiene que tener para con ella según se establece en las normas, una orientación diagnóstico-terapéutica que sea precoz, periódica y completa, además de universal. Completo implica que el examen es a una persona en toda su integridad. En consecuencia, aquí se incluye todo lo que se vincula con el trato. Es increíble que tengamos en este momento que disponer del tiempo para hablar del trato entre las personas, pero es menester que se diga, porque no se hace.

Esta persona tiene que ser –por parte del equipo de salud- cuidada, apoyada, alentada. Yo diría que hasta se podrían generar en ella ciertos sentimientos de orgullo por su condición de madre en ciernes. A mi me gustaría escuchar a los obstetras diciéndole algunos piropos a las mamás. Al menos no le va a hacer mal ese tipo de expresión.

Da la impresión de que no hay un enfoque demasiado humano sobre esta cuestión, sino un enfoque escasamente técnico, y eso no es suficiente: hace falta más.

En los servicios de atención perinatal, uno puede encontrar infinidad de rutinas acrílicas, y una muy buena cantidad de ciertas torpezas cotidianas en el trato con la madre.

Es curioso porque estoy seguro de que muchísima gente que trata este tipo de personas, conoce que el stress, la angustia y la ansiedad aumentan ciertas sustancias (específicamente catecolaminas) que sabemos que tienen un impacto negativo sobre la generación del trabajo de parto y sobre el flujo sanguíneo hacia el niño. Sin embargo, no se aplica.

Con técnicas muy sencillas, simplemente con el trato cordial, podríamos seguramente tener un impacto muy interesante sobre la evolución de este niño, permitiendo que la madre esté con un acompañante, disminuyendo el sobre uso de monitoreos, permitiéndole la deambulación, prescindiendo de toda medicación innecesaria. Esta última cosa uno puede discutirla, si a veces es necesaria cierta medicación o no, pero el resto de las cosas, no se pueden

discutir, es incuestionable. A nadie le va a hacer mal que lo traten bien, y que le permitan ciertas cosas.

Durante el trabajo de parto, aparece el famoso "callate y pujá" . Eso lo hemos visto todos. Algunas veces va acompañado de algunos condimentos, agregados, como "no hagas la fuerza que te digo que hagas, y ya verás lo mal que nace tu bebé". Es una perversidad casi inconcebible, pero ocurre realmente en la práctica diaria.

ME acuerdo que en el Centro latinoamericano de Perinatología, el Dr. Roberto Cardibarcia, tenía una frase muy linda: "cuanto más sabe el equipo perinatológico, menos interviene en el proceso del parto" . Yo me animaría a decir que cuanto más sabe el médico, tanto más chica es su receta. La sabiduría está en relación inversa con la magnitud de la receta.

Lo que la madre necesita es asistencia, no tratamientos. Seguramente no necesita goteos, infusiones, ayunos, inmovilizaciones, etc. Sino ASISTENCIA.

Hay una enormidad de rutinas acrílicas, pero algunas están vinculadas no solamente a cuestiones de diagnóstico y tratamiento sino a cuestiones de ambiente. Ustedes deben haber visto en muchas oportunidades, los recién nacidos con problemas de hipotermia en verano. Es por los aires acondicionados que ponen los médicos para confort de ellos mismos, y se olvidan de que el niño estaba en un tibio nido intrauterino, y tiene que enfrentarse con el frío de una sala que está tal vez a 20 grados, cuando él estaba a 36°. Esto no le hace bien a nadie.

Otra vez voy a recurrir a Hipócrates, que sabía del valor inmenso de la semiología. El decía: "el examen debe hacerse en sitio confortable para el paciente, por ejemplo, la luz es inofensiva para los que curan, pero no lo es, a veces, para los que vienen a curarse".

Este señor tenía muy en claro quién tenía la prioridad acerca del confort. Y sabía bien quién era la estrella absoluta: el paciente: en este caso, el recién nacido.

Cuando el niño nace, el pediatra-neonatólogo, toma al niño en sus brazos, en una compresa ya lista para eso, y corre. Corre rápidamente, muy rápido.

El destino es la mesa de recepción, donde están todos los elementos de tortura. Podría vencer los 100 metros con obstáculos, porque tiene que vencer al anestésista, a los equipos que tiene el anestésista; después tiene que hacer un movimiento justo y preciso para abrir con la cadera la puerta vaivén que lo separa de su destino, y además tiene que cuidarse muy bien de que no haya ningún padre o abuelo imprudente que esté intentando mirar lo que pasa.

Una vez que llega a la mesa de examen, lo fricciona con una energía inusitada. En esta tarea a veces lo ayuda la enfermera, y es una fricción a 4

manos. Entonces el niño llora. Esto es celebrado habitualmente, porque se supone que el niño tiene que llorar. En realidad, el niño no tiene que llorar: tiene que respirar, que es distinto. Seguramente por eso de que tiene que llorar, es aquella imagen cinematográfica de la palmada en la cola, que no tiene ninguna evidencia científica.

Después de que le ha hecho todas las fricciones, le introduce la sonda en la boca, esófago y estómago, para aspirar las secreciones. Esta introducción de la sonda se hace con frenético entusiasmo. Yo muchas veces les he preguntado a los médicos si ellos alguna vez han sido sondados, y generalmente me dicen que no, pero admiten que no debe ser nada grato, sobre todo para alguien que está tratando de sobrevivir, de modificar estructuras cardíacas, de respirar, de hacer un manejo apropiado de la temperatura, en fin, de "transmundearse" , como decía Escardó.

Todas estas maniobras se hacen rápido, y por lo tanto, son bruscas, entonces el niño llora más todavía, lo cual es celebrado para quien no conoce la fisiopatogenia de la transición.

Después la rutina establece que tiene que haber un buen baño, como para sacar todo el vémix protector. Sigue llorando.

Después viene la vitamina K inyectable. Después se lo pesa, se lo mide, se va anotando todo con mucha prolijidad, y después de esto, otra vez la sonda, pero esta vez por vía rectal, porque hay que determinar la continuidad del recto. Esta es una maniobra que es inútil en 4.999 casos, porque la incidencia de la malformación es de 1 en 5000. Con un poco de observación uno puede determinar esa situación con mucha mayor naturalidad.

Es difícil explicar esa idea de la urgencia en hacer todas estas cosas. La única urgencia del niño es reencontrarse con su madre, esa es la auténtica urgencia, sin embargo eso se deja para un segundo paso, cuando se deja.

Cuando los médicos y las enfermeras, y todos los miembros del equipo de salud actúan de esta manera, están desperdiciando la oportunidad única e irrepetible de constituirse en privilegiados espectadores de un momento absolutamente trascendental. La madre y el niño se miran. La madre se acerca mucho al niño, y nadie nunca le dijo que el niño tiene visión corta, sin embargo ella sabe eso. Debe estar metido dentro de los genes de las mujeres, porque ellas saben eso y se acercan mucho al niño. Le hablan con una voz más aguda que la normal, porque es lo que el niño sabe oír mejor.

Lo tocan, al principio con un poco de prudencia, y después lo abrazan, que es precisamente lo que el niño necesita.

Alguien imagina algún lugar más perfecto para la cabeza de un recién nacido que el espacio que hay entre las mamas de una mujer?? La mujer,

mientras tanto, lo mira embelesada, y entonces uno realmente se da cuenta de que es un privilegiado espectador de esa situación.

A mi me parece que aún aquellas personas que no son capaces de conmoverse con otras cosas, se enternecen ante una imagen semejante. Es difícil no enternecerse con esas miradas, que ahora sabemos que tienen importancia para la bajada de la leche.

Si la madre tiene suerte, después de este reencuentro, no van a pasar demasiadas horas hasta que vuelva a estar con su niño, porque la rutina exige que deben ir separados a la internación conjunta. Hay un miedo reverencial a que la madre se desmaye, es un mito, y entonces van separados. Cada uno llega a ese lugar según las ganas, la disposición de los camilleros que llevan a cada una de estas dos personas.

Todo esto es, si la institución y los médicos no consideran que tienen que estar en un sector de observación. El sector de observación se llama así, porque nadie nunca observa nada. Quienes propician ese tipo de sectores, deberían observar, que la mejor observadora es la madre, no importa su nivel de preparación: todas las madres, así como saben tantas otras cosas que nosotros apenas intuimos, ellas también sabe hacer esto mucho mejor que la enfermera más eficiente.

En la sala de internación conjunta, hay muchas personas a las que les parece que hay que mantener ciertas reglas y cierto orden: nada de que el niño esté en brazos de su madre porque se malcría. Pretenden que el niño que acaba de nacer, tiene una capacidad intelectual como para hacer una elucubración de tipo "voy a llorar para que así me alcen". Tiene que estar en la cuna y portarse bien.

Es curioso que en estos últimos tiempos el niño tiene que dormir boca arriba, pero si a la madre uno no le dice nada y la deja que lo tome con ella y lo tenga con ella en la cama, lo va a tener abrazado boca arriba. La única vez que lo va a poner boca abajo, es cuando lo ponga sobre su pecho, pero en ese caso, no hay ningún problema respecto del síndrome de muerte súbita infantil, porque el niño copia los movimientos de su madre y aprende de una manera natural y formidable, a respirar y dormir al mismo tiempo, sin que esto le genere ningún tipo de problemas.

En esta sala, después aparece la cuestión de la ictericia. El niño se pone icteríco, pero no puede ser de otra manera, porque antes de nacer, tiene una presión parcial de oxígeno circulando muy baja, así que tiene que formar muchos glóbulos rojos para compensar la hipoxia. Pero cuando nace y tiene mucho oxígeno, tiene que romper con muchos glóbulos rojos, y la única vía de rotura es aumentar la cantidad de bilirrubina, así que uno no debe extrañarse de que la cantidad de bilirrubina aumente en los primeros días.

Hay una especie de empecinamiento terapéutico en el tratamiento de la ictericia fisiológica, pero tratarla es insensato, como tratar cualquier cosa fisiológica, porque es normal. Cuando el niño tiene una ictericia fisiológica, no está enfermo: está icterico, que suelen ser dos cosas diferentes.

El médico adiestrado sabe la diferencia entre la ictericia fisiológica y la patológica, y deberá hacer el tratamiento que corresponda, según sea o no pertinente. Lo que también sabe el médico experto, es que cuando la bilirrubina comienza a aumentar, tiene un comportamiento que uno puede adelantar: es posible anticipar cómo va a comportarse la bilirrubina, de manera que no hace falta hacer el análisis cada 6 u 8 horas. No tiene sentido hacer punciones que son francamente dolorosas cuando no riesgosas.

Las rutinas acrílicas en cuanto a la lactancia materna son infinitas. Desde el temor reverencial a la hipoglucemia, pasando por la aplicación de horarios fijos para la alimentación. El niño cuando acaba de nacer, no tiene hambre, está recuperándose del stress del nacimiento, así que no quiere comer como quiere la enfermera que coma. Y en cambio después quiere comer a cada rato, cada media hora, y la enfermera dice que no, que tiene que comer cada cuatro. No tiene sentido.

La otra rutina muy generalizada es la que dice que algunas madres no tienen suficiente leche. Como todos sabemos, todas pueden si son mujeres, y si han sido bendecidas por la maternidad. La lactancia forma parte del proceso de la reproducción, no son cosas separadas. Es la culminación del proceso de la reproducción. Así que si una madre pudo gestar y parir, no puede no amamantar. Es el mismo proceso.

Todas pueden si son estimuladas, si no son presionadas para que introduzcan alimentos impertinentes, que no tienen ninguna necesidad de ser introducidos, y sobre todo si tienen un niño hambriento que envía mensajes constantemente al cuerpo de la madre para que ella fabrique la leche a la hora justa, a la temperatura exacta y en la cantidad necesaria.

Imaginemos que el mundo hubiera inventado el producto ideal para amamantar a todos los bebés. Imaginemos también que ese producto estuviera al alcance de todos, que no requiriera almacenamiento ni distribución, y que ayudara a las madres a planificar su familia y disminuyera al mismo tiempo el riesgo de cáncer. E imaginemos que el mundo se negara a aprovecharlo.

Hacia el fin del siglo XX, de descubrimientos e invenciones in precedentes, en una época en que los científicos descubren el origen de la vida, la situación descrita no es, lamentablemente, ficticia. El producto ideal ES la leche materna, a la que todos tenemos acceso al nacer, y a la que sin embargo no estamos aprovechando.

Es una paradoja casi increíble que se vincula con esta sociedad de consumo en la que estamos todos inmersos, que valora más lo sofisticado que lo natural y que no cuesta nada. Que tiene presiones comerciales, que necesitan consumidores, y estas presiones suelen ser a veces más importantes que las presiones de la gente que sabe, y de la gente que orienta, y a quien le interesa la salud auténticamente.

Seguramente todos ustedes asistieron a muchas ceremonias de casamientos religiosos, en las que el oficiante hace mención de las bodas de Caná, donde la Virgen María le pide a su hijo que haga algo porque faltaba el vino, entonces se produce el milagro de la transformación de agua en vino. En este mismo instante, en millones de lugares, millones de madres están transformando aceitunas, achicoria, galletitas, en leche, en la mejor leche posible, llevando a cabo un milagro cotidiano y permanente, que no cesa, y que no estamos aprovechando.

En esta aventura de la humanidad, parece que a alguien se le ocurrió que la vaca podía disputarle a la mujer su privilegio de alimentar a sus niños, y también que se podía crear un artefacto como para tener a los niños no en brazos de su madre, sino en el bebesit, un aparato de tela y alambre.

Pero cuando el niño no está en contacto con su madre, pierde la oportunidad de establecer con ella el lenguaje de la piel, que es excitante y sedante al mismo tiempo.

También se inventó el látex, con la idea de asimilarse a un pezón materno. No les salió nada bien, porque no se parece en absoluto. Ningún proceso industrial, por más inteligente que sea, va a poder jamás ni siquiera parecerse a la calidad de la leche de las madres, de cualquier madre, de todas las madres. Ya sea una saludable rubia y alta vikinga, que nace en Noruega, o una morena petisita, pobre desnutrida en el Africa. La leche sigue saliendo de buena calidad, aún en circunstancias extremas, incluso de desnutrición, y hay múltiples evidencias al respecto.

Toda esta actividad médica tiene que estar vinculada con evidencias y argumentos, porque nosotros estamos trabajando nada menos que con la vida de las personas. La tecnología ha aportado unos avances increíbles. Yo pertenezco a la generación de médicos que asistíamos a niños con problemas de enfermedad hemolítica y hacíamos un promedio de dos exanguineotransfusiones por día. Esa enfermedad prácticamente está acabada, y eso es gracias a la tecnología que se impuso. También hay una inmensa cantidad de pacientes muy pequeños, muy inmaduros, que antes estaban desahuciados o condenados a una cantidad enorme de secuelas, que ahora se recuperan bien, todo en base a la tecnología. Pero no hace falta usar SIEMPRE toda esa tecnología, si no cuando hace falta, nada más.

Antes de existir un monitor, había (y hay) un estetoscopio. Una ecografía prenatal no sustituye a las manos experta de un obstetra. Las baterías de análisis-que son métodos complementarios- no pueden sustituir un examen minucioso y sustancioso de un médico clínico experto.

Todos esos son métodos complementarios, y no pueden sustituir a la actividad médica orientada al diagnóstico y al tratamiento.

Pero también las tecnologías apropiadas se vinculan con aspectos epidemiológicos. Aquellos servicios que no hacen el análisis epidemiológico, están cometiendo rutinas acrílicas, porque hay que hacerlos para darse cuenta de cómo está trabajando uno. En un servicio de neonatología donde se interna más de un 15% de los recién nacidos, hay un problema: o la obstetricia es muy mala, o hay un sobrediagnóstico pediátrico, porque no existe una situación en la cual la internación de los niños pueda superar ese porcentaje.

Todas las tecnologías apropiadas se vinculan también con ese trato cordial del que hablamos al comienzo, y con palabras apropiadas.

Últimamente hay mucho temor a los juicios de mala praxis. Los expertos en prevenir estos contenciosos jurídicos establecen que la mejor forma de evitarlos es hacer un trato cordial con el paciente y explicarle con palabras sencillas, que entienda todo el mundo.

Hipócrates decía: "es fundamental que el que hable de este arte, diga cosas inteligibles para los profanos; Si se falla en hacerse comprender por ellos, se está fuera de la realidad".

Qué hace que un médico no emplee palabras adecuadas cuando trata con sus pacientes que son profanos? Es incapacidad idiomática o hay algún deseo subconsciente de establecer claramente quién tiene la hegemonía del conocimiento?

Si de verdad nosotros queremos curar a nuestros pacientes, o por lo menos aliviarlos, o aunque sea consolarlos (que son las tres alternativas que ofrece la medicina) entonces vamos a tener que usar nuestros sentidos y la razón.

Hay un enfoque universitario que privilegia la patología complicada por sobre las otras cuestiones sencillas. Hay como una especie de sensación de que las cosas que sabe la gente, no deberíamos saberlas nosotros. Pero hay mucha gente que sabe muchas cosas más que nosotros. Nosotros estamos aprendiendo permanentemente de la gente muchas cosas que no sabemos.

La otra cosa es la incapacidad de adiestramiento permanente. La gente no se pone a estudiar mucho. No hay una capacitación permanente, entonces es más fácil seguir con lo que se venía haciendo, que se supone que

está bien establecido, que debe ser así, entonces, qué vienen a decir estos de que hay que lavarse las manos, que hay que hacer ciertas cosas, o el trato cordial? Es ignorancia, porque esto del trato curiosamente se piensa que si se le dice "callate y pujá", el parto se va a hacer más pronto, y es exactamente al revés. Son situaciones que complican y retrasan un proceso normal de parición.

Hay otra cosa más, y es que hay una presión muy importante por parte de los fabricantes de tecnologías. Cuanto más sofisticada la tecnología, tanto mejor, y esta presión maximiza las virtudes y morigera los defectos, entonces la gente se engancha fácil con eso. En muchos servicios de recién nacidos, el jefe del servicio insiste hasta la muerte ante las autoridades, para que le compren los equipos respiradores, cuando hay muchas cosas antes que esa, que los médicos no hacen. Antes de comprar el surfactante pulmonar, que es carísimo, hay que hacer muchas otras cosas. No se puede empezar por lo más complicado sin hacer cimentado antes el edificio que puede mejorar esta situación.

(pregunta sobre episiotomías)

La episiotomía no ha demostrado que tenga un efecto profiláctico respecto de los prolapsos. Más aún, hay un incremento de los desgarros perineales en las segundas gestas de mujeres a quienes se les sometió a episiotomía en la primera gestación. No es una indicación precisa, es una rutina que es muy resistida.

Hay una cantidad enorme de resistencias muy fuertes, como la posición para parir. Sé de servicios donde se prohíbe el parto vertical.

En CLACYD (Córdoba) se determinó que en los hospitales públicos, la cantidad de cesáreas era del 16% y en el ámbito privado, del 43%. Esto no tiene ninguna relación con lo que está indicado desde el punto de vista médico.

Doctor, viene de "docere" que quiere decir enseñar. Tenemos que enseñarles a los pacientes.

(pregunta sobre relación en oxitocina y bilirrubina patológica)

Hay una relación causal: más oxitocina = más ictericia, pero esta producción de bilirrubina no es demasiado importante, así que no puede decirse que la bilirrubina sea debida a la oxitocina que recibió la madre.

Una tecnología apropiada puede transformarse en una rutina acrítica y viceversa. Poner glucosa a un niño con hipoglucemia es una tecnología apropiada, pero ponérsela cuando hay apenas una sospecha sin demostrarla, es una rutina acrítica.