

Artículos Breves. Mes de Marzo 2007

Nota editorial: Las opiniones e informaciones recogidas no están necesariamente acordes con la línea editorial del Servicio Informativo de Bioética. En todo caso, se trata de información de actualidad que pensamos es necesario conocer.

Indice:

- 1.- Consenso internacional sobre la investigación con células madre embrionarias
- 2.- La buena muerte. Ignacio Sánchez Cámara
- 3.- Trece claves para implantar la circuncisión. La circuncisión reduce más de la mitad el riesgo de contagio por el VIH
- 4.- Los neonatólogos españoles coinciden en no actuar en los bebés de menos de 23 semanas

1.- Consenso internacional sobre la investigación con células madre embrionarias

MARÍA VALERIO (elmundo.es) 18 febrero 2007.

Expertos en ética, leyes y ciencia de 14 países diferentes han constituido el comité encargado de redactar las nuevas guías internacionales de investigación con células madre de origen embrionario. La Sociedad Internacional de Investigación con Células Madre (ISSCR, según sus siglas en inglés) ha dado a conocer el documento en las páginas de la revista 'Science'.

"Estas células pluripotenciales son muy valiosas para la biomedicina, pero diferentes perspectivas culturales, políticas, legales o religiosas pueden ser potenciales barreras en la colaboración internacional en este terreno", asegura el documento, que han firmado entre otros el profesor Ian Wilmut, padre de la oveja Dolly; George Q. Daley, del Hospital Infantil de Boston o Irving Weissman, de la Universidad de Stanford (ambos en EEUU).

Con el fin de fomentar la transparencia y servir al interés público derivado del uso de este material, la organización considera que estas guías pueden precisamente facilitar la colaboración entre científicos de todo el mundo y "animar a investigadores e instituciones a adherirse a unas prácticas uniformes".

Estas recomendaciones, apunta la principal organización mundial dedicada al estudio de las células madre, están sometidas a las leyes y regulaciones vigentes en cada país donde la investigación tenga lugar.

El primer principio que citan las nuevas guías se refiere a la necesidad de una especial supervisión y atención de estos trabajos, "por su naturaleza única y sensible", que vaya incluso más allá de los paneles institucionales de revisión

ya existentes. Además, el comité de sabios prohíbe cualquier experimento que carezca de una lógica racional convincente o despierte fuertes dudas éticas.

En este sentido, cita específicamente la clonación humana con fines reproductivos o el cultivo in vitro de embriones humanos de más de 14 días de vida, un período que marca la división entre los embriones más precoces y el momento en que comienza a producirse la formación de los órganos humanos.

Las guías también subrayan la importancia de obtener un consentimiento explícito de los donantes de óvulos y espermatozoides para proteger el derecho de los individuos a que sus tejidos no sean empleados para la investigación con células madre embrionarias.

Eso sí, los expertos no alcanzaron el mismo acuerdo respecto a si las mujeres que donan sus óvulos deben o no recibir algún tipo de compensación económica por ello. Mientras algunos de los ponentes consideran que la retribución puede hacer que muchas de estas mujeres ignoren los riesgos del proceso hormonal al que deben someterse, otros recordaron que los voluntarios que participan en otros procedimientos invasivos sí reciben alguna cantidad de dinero a cambio. Después de escuchar todas las opiniones, el panel considera que debe llevarse a cabo una revisión rigurosa en cada caso para cerciorarse de que las consideraciones económicas no representan "un aliciente indebido".

Para garantizar el máximo cumplimiento de estas recomendaciones, los expertos piden a las revistas científicas y a las agencias encargadas de otorgar becas y subvenciones que exijan a los investigadores un riguroso cumplimiento de estos principios. "Sabemos", admiten, "que nuevas investigaciones en el terreno de la ciencia la ética, las leyes y la política nos desafiarán con nuevas cuestiones". Por eso animan a todos los miembros de la comunidad científica y a la sociedad en general a la participación en el proceso "que decida la dirección de la ciencia".

Entre las instituciones representadas en este organismo figuran las universidades de Pekín (China), Singapur, Cambridge (Reino Unido), Oslo (Suecia), Toronto (Canadá), Wisconsin, Harvard, Johns Hopkins y California en EEUU, Utrecht en Holanda, el Instituto Karolinska (en Suecia) o el Max Planck en Alemania, entre otros.

2.- La buena muerte

Ignacio Sánchez Cámara

LA GACETA de los Negocios, lunes, 22 de enero de 2007

CON el mayor despliegue propagandístico, el más poderoso grupo mediático de España vuelve a exhibir su campaña en favor de la legalización de la cooperación al suicidio, o, si se prefiere, su apología de la muerte voluntaria y del asesinato filantrópico. Al menos, el debate sobre la llamada eutanasia opera contra el ocultamiento posmoderno de la muerte. En una de sus acepciones esenciales, la filosofía es tendencia hacia la muerte. Así se recoge

en el diálogo platónico Fedón: “Todos aquellos que se ocupan en debida forma con la filosofía parecen, en efecto, ocultos como están ante los demás hombres, no haber puesto sus miras en otra cosa, sino en sucumbir y en estar muertos”. Bien es verdad que se refiere a la búsqueda de la verdadera vida, de la inmortal. Es una forma precristiana del “muero porque no muero”. Para mentalidades laicas, acaso convenga recordar la tesis de Wittgenstein de que la muerte no es un acontecimiento de la vida, y la idea de Spinoza de que en nada piensa menos el hombre libre que en la muerte. Respeto a quien desea morir (todo hombre es acreedor al respeto por su mera condición personal), mas no veo nada heroico en su decisión. Mucho más mérito me parece que tiene quien acepta el dolor y valora y dice siempre sí a la vida. Nunca sabremos el valor que puede llegar a tener nuestro sacrificio, ni el dolor que nuestra muerte puede causar a otros. Lo que es absurdo e insufrible para uno puede constituir para los demás un ejemplo o, incluso, su salvación. Es equivocado considerar que la vida sólo es digna bajo ciertas condiciones. La vida es un don que no se recibe a beneficio de inventario. ¿Es que, acaso, es menos digna la vida de los enfermos incurables o terminales que deciden seguir viviendo? Por lo demás, el de eutanasia es un pésimo término para designar lo que pretende. No hay otra buena muerte que la que pone fin (para los creyentes en la inmortalidad, un final sólo mundano o terreno) a una vida buena. Es grave irresponsabilidad promover una decisión definitiva y mortal para quienes pueden padecer un transitorio episodio depresivo. Se invoca la libertad. Pero, ¿es imposible manipular la voluntad de quien sufre? ¿No es irresponsable ofrecerle una salida fácil a quien no tendrá la oportunidad de arrepentirse? Ni juzgo ni condeno a quien deja de desear vivir, pero eso no me permite estimar que su decisión sea igualmente valiosa y heroica que la de quien, en las mismas condiciones, quiere seguir viviendo. Nunca sabremos el efecto que nuestro eventual heroísmo puede surtir en otros, ni llegaremos a comprender cabalmente el efecto redentor del sufrimiento.

Todo lo anterior sería, a mi juicio, válido, aunque jurídicamente llegara a ser despenalizada la llamada eutanasia. Ni siquiera lo prejuzga, pues no toda la moral debe ser impuesta por el derecho. Ciertamente, tampoco se puede reducir la moral a lo jurídico. Sin embargo, sería extraño el tránsito repentino de la proscripción penal de una conducta a su recomendación como algo ejemplar. Al menos, cabría postular un periodo intermedio en el que la conducta despenalizada fuera estimada como moralmente no recomendable, aunque jurídicamente permitida. Por lo demás, la legislación española, en el artículo 143 del Código penal, castiga la inducción y la cooperación con actos necesarios al suicidio de una persona. En cualquier caso, no parece adecuado hurtar un debate a la sociedad y al poder legislativo, mediante la utilización de la vía de hecho y la impunidad consumada. Quienes propugnen la legalización del asesinato filantrópico o de la cooperación con el suicidio están legitimados, en una sociedad democrática, para defender sus posiciones y emprender un debate jurídico en el que esgriman sus argumentos, pero no lo están para vulnerar la ley ni forzar el triunfo de sus posiciones mediante la vía de hecho. Esto sería una forma ilegítima y antidemocrática de acción directa, que hurtaría algo esencial inherente a una sociedad democrática: debatir, argumentar y convencer.

Una última consideración. El poderoso grupo mediático ha hurtado a sus lectores, al menos hasta ahora, un testimonio muy relevante, el del hijo de la suicida, que ha denunciado a la Asociación en favor del Derecho a morir dignamente por haber inducido la muerte de su madre y cooperado con ella. En decisión tan íntima e irrevocable, han influido algunas personas, incluida la presencia de una periodista, pero no ha podido intervenir en ella nada menos que un hijo. La arbitrariedad de la voluntad no es criterio moral, pero incluso quienes la erigen en norma suprema deberían considerar las posibilidades de manipulación. No toda aparente decisión es libre. ¿Es seguro que no habría podido influir en la decisión fatal una opinión contraria del hijo? La opinión dominante cree que dos decisiones contrarias son igualmente respetables, pero la mía es que no pueden ser igualmente valiosas. Por mi parte, no creo que el suicidio sea una buena muerte.

3.- Trece claves para implantar la circuncisión. La circuncisión reduce más de la mitad el riesgo de contagio por el VIH

Actualizado viernes 23/02/2007 01:03 (CET)

ISABEL F. LANTIGUA (elmundo.es)

"Nos encontramos realmente ante la primera gran noticia en mucho tiempo. Contamos con una herramienta que puede reducir sustancialmente el número de contagios por VIH y salvar muchas vidas". El doctor Robert Bailey, de la Universidad de Chicago, se refiere con estas palabras a la circuncisión. Tres estudios han evidenciado que esta práctica reduce en más del 50% el riesgo de que los hombres se infecten con el virus.

En un especial que la revista 'The Lancet' dedica a este tema, varios expertos estiman que si se implantara la circuncisión a gran escala en África tendría el potencial de evitar alrededor de dos millones de nuevos contagios y más de 300.000 muertes a lo largo de la próxima década. En los siguientes 10 años, las cifras serían de 3,7 millones de infecciones evitadas y 2,7 millones de muertes.

Sin embargo, a pesar de estos números y de la probada eficacia de la circuncisión en los ensayos realizados en Sudáfrica, Kenia y Uganda, los investigadores indican que todavía quedan muchos aspectos éticos, médicos y sociales por debatir antes de que esta sencilla operación pueda introducirse como una política sanitaria más.

En Sudáfrica, docenas de niños y jóvenes mueren o sufren heridas a diario por culpa de circuncisiones mal practicadas. "Asegurar los medios necesarios y el personal cualificado para realizar estas intervenciones es esencial en estos países", escribe Marie-Louise Newell, del Centro de Estudios de Salud y Población de Sudáfrica, que se pregunta si "sería ético circuncidar a todos los varones o practicar la circuncisión a niños que no pueden dar su consentimiento". Cuestiones que aún están por resolver.

Retos y oportunidades

Para tratar de aclarar el tema y que la circuncisión pueda aplicarse cuanto antes, dados sus beneficios, investigadores estadounidenses y sudafricanos han identificado 13 puntos que se deben tener en cuenta:

1. Determinar el grado de aceptación: Algunos estudios realizados en África indican que sus ciudadanos aceptan bien la circuncisión. El 65% de los hombres y el 69% de las mujeres están a favor de esta práctica y el 81% de los padres operarían a sus hijos varones.

2. Comunicar bien los beneficios: Los beneficios de la circuncisión son relativos, no absolutos, y se debe dejar este punto claro a los pacientes que vayan a hacérsela. No sustituye al uso del preservativo ni a la reducción de parejas sexuales o la abstinencia.

3. Definir los riesgos: La percepción del riesgo está influida por aspectos culturales y sociales. En los países donde el VIH está muy extendido y el acceso a los medicamentos no tanto, la percepción del riesgo difiere mucho de la que se tiene en los países que no están tan acostumbrados a esta epidemia. No todos se acercan igual a la circuncisión y hay que tenerlo en cuenta.

4. Combinación de estrategias preventivas: La circuncisión masculina debe introducirse como una estrategia preventiva más, que no excluya a las otras.

5. Reforzar el debate sobre igualdad de género: El efecto protector de la circuncisión masculina supone una oportunidad para lanzar la discusión sobre las desigualdades de género y las socioeconómicas, que influyen en la evolución de la epidemia de sida.

6. Definir el efecto sobre las mujeres: El grado en el que la circuncisión masculina puede reducir el contagio a las mujeres se intuye, pero aún no se ha demostrado. Los expertos temen que los hombres circuncidados incurran en más comportamientos de riesgo.

7. Prácticas religiosas y culturales: El diálogo sobre la implantación de la circuncisión debe implicar a todos los sectores sociales, religiosos y culturales, ya que es una práctica que se ha hecho tradicionalmente por cuestiones éticas y religiosas.

8. ¿Cuándo hacer la circuncisión?: La circuncisión en los bebés se considera segura y menos cara que en la adolescencia o en la edad adulta, pero si se practica sólo a los recién nacidos, se tardará mucho tiempo en notar los efectos. Hay que debatir a qué adultos se les tiene que practicar.

9. Circuncisión frente a mutilación genital: El aumento de la circuncisión masculina puede llevar a un incremento de la mutilación genital femenina, conocida también como circuncisión femenina. Sin embargo, esta última no tiene ningún beneficio sobre la salud.

10. Seguridad y complicaciones: La circuncisión no está exenta de riesgos. Para disminuirlos es necesario contar con personal cualificado, instrumentos para practicar la intervención y condiciones higiénicas.

11. Sistemas de salud: La implantación de la circuncisión no debe perjudicar otras estrategias sanitarias ni quitar recursos para tratar otras enfermedades.

12. Salud sexual y reproductiva: Esta nueva estrategia abre una puerta para aumentar la información sobre la relación que existe entre la salud sexual con el VIH.

13. Relación de poderes: La manera en que los expertos quieren introducir una práctica en los países pobres que en Occidente no está aconsejada puede ser vista como una nueva forma de colonialismo.

4.- Los neonatólogos españoles coinciden en no actuar en los bebés de menos de 23 semanas

El Mundo 24 febrero 2007.

¿Es lícito reanimar a prematuros en el umbral de la viabilidad? Amillia, un bebé nacido a las 22 semanas y con 284 gramos de peso, recibe el alta médica en EEUU. En España no se actúa en prematuros de menos de 23 semanas de vida por las secuelas que pueden sufrir entre un 7% y un 10% de los recién nacidos españoles es prematuro, una cifra que aumenta. Pese a que los avances médicos han logrado elevar la supervivencia de estos bebés, el porcentaje de ellos que sufrirá graves secuelas no se ha reducido. Por eso, los expertos defienden no intervenir en los más inmaduros.

Amillia Taylor desafió a las leyes de la Naturaleza y ha ganado. Imagine la longitud de un bolígrafo y el peso de un entrecot: es lo que ella midió (24 centímetros) y pesó (284 gramos) al nacer. La mayoría de los niños viene al mundo tras una gestación de entre 37 y 40 semanas, pero Amillia quebrantó las reglas el pasado 24 de octubre al nacer a las 21 semanas y seis días de ser concebida con la ayuda de un tratamiento de fecundación 'in vitro'. Nadie, ni los médicos que la atendieron en el Hospital de Niños de Miami (EEUU), ni el resto de especialistas del mundo hubiera sospechado que la recién nacida - oficialmente la prematura más pequeña del mundo- se agarrara con tanta fuerza a la vida. Máxime si se valora que la mayoría de las sociedades de Neonatología y Pediatría internacionales, incluidas las españolas, considera que los bebés nacidos con menos de 23 semanas no son viables. Por este motivo, lo que algunos expertos han calificado de "milagro" otros tantos lo han considerado un "experimento médico". Al margen de opiniones enfrentadas está la realidad. La mayoría de los recién nacidos de menos de 24 semanas fallece y la mitad de los que sobreviven arrastra graves secuelas físicas y psíquicas toda su vida. Los neonatólogos consultados por SALUD insisten en que este caso es excepcional y no debe alentar falsas esperanzas en los futuros padres cuyos hijos decidan nacer demasiado pronto.

El caso de Amillia Taylor es insólito y único. No lo es, en cambio, el hecho de que, cada año, cerca de 13 millones de niños en todo el mundo precipiten su nacimiento. Y esta cifra va en aumento. En nuestro país, y según la Sociedad Española de Neonatología (SEN), el número de bebés impacientes por venir al mundo se ha incrementado en un 13% desde 2001, motivo que justifica que los especialistas reclamen más recursos sanitarios para hacer frente a lo que tachan como "problema sanitario de primer orden". Carmen Rosa Pallás, jefa del servicio de Neonatología del Hospital 12 de Octubre de Madrid, lo atestigua: "Nosotros estamos ampliando nuestra unidad debido al aumento de casos. El porcentaje actual de niños pretérmino (todo aquel que nace antes de la semana 37 de gestación) está entre el 7% y el 10% dependiendo del área geográfica. El crecimiento se está produciendo, precisamente, a costa de bebés cada vez más pequeños".

Gracias a la Red Española de Unidades Neonatales, integrada por 59 servicios y creada en 2002 por la SEN, y a su base de datos de recién nacidos con menos 1.500 gramos (de ahí el nombre SEN1500), se sabe que hace sólo dos años nacieron 46 niños de menos de 24 semanas dentro de nuestras fronteras: 12 de ellos murieron en el mismo paritorio, mientras que otros 27 fallecieron en la unidad neonatal (ver gráfico). En ese mismo año, otros 190 pequeños decidieron abandonar el vientre materno con 25 semanas de gestación, el 44% de ellos pereció.

A LA LARGA

Pese a los avances producidos en el campo de la neonatología y los esfuerzos denodados de los especialistas, que sacan adelante al 80% de los prematuros de menos de 1.500 gramos, la ciencia no ha logrado aún poner freno a los partos prematuros y, lo que es peor, reducir la mortalidad y las secuelas a largo plazo que pueden sufrir estos pequeños.

De hecho, un estudio pionero que vio la luz en 2002 en 'The New England Journal of Medicine', constataba que las desventajas educacionales asociadas a la prematuridad (rendimiento académico y cociente intelectual bajos) persisten a los 20 años. Aunque, eso sí, el trabajo demostraba que estos jóvenes toman menos alcohol y drogas que los nacidos a término.

Ésta es tan sólo una de las razones por la que los especialistas tienen claro cuándo no deben intentar reanimar a un prematuro y actuar con todo el armamento terapéutico disponible: por debajo de las 23 semanas de gestación. Entonces esperan a que la propia inmadurez del recién llegado no le permita vivir.

Tanto la propia SEN, como todos los expertos consultados por SALUD están de acuerdo en esta edad gestacional. También lo está la Asociación Americana de Pediatría, que considera a los bebés de menos de 23 semanas de gestación como no viables, al igual que los pediatras y neonatólogos británicos.

El año pasado, estos especialistas emitieron unas nuevas guías en las que se indicaba no resucitar a los prematuros de menos de 22 semanas de gestación.

Es más, los médicos no tienen la obligación legal de salvar a los nacidos con 23 semanas, incluso aunque sobrepasen ese tiempo en seis días, si consideran que actuar va en contra de los intereses de los pequeños.

Xavier Carbonell, vicepresidente de la SEN y jefe del servicio de Neonatología del Hospital Clínic de Barcelona, reconoce que "el caso de la prematura estadounidense es puntual y no es donde nosotros tenemos que centrar nuestros esfuerzos. Tenemos que luchar encarecidamente por los de 24 semanas y, pese a los esfuerzos, fallece un 50% de ellos. Lo que no se debe confundir es el peso con la edad gestacional del bebé". Esta es la razón por la que un feto de 370 gramos que vino al mundo hace seis años en el Hospital Valle de Hebrón (Barcelona) pudo sobrevivir.

Salvador Salcedo, jefe del servicio de Neonatología que atendió este caso, cuenta que "se trató de sacar adelante porque era un bebé con más madurez que el de EEUU. No reanimamos a prematuros por debajo de las 24 semanas. Las secuelas para él y el sufrimiento para la familia son desproporcionados", puntualiza.

La llegada de los corticoides prenatales que se inyectan en la madre ante la amenaza de un parto prematuro y la introducción del surfactante como profilaxis o tratamiento de la enfermedad de la membrana hialina (síndrome de dificultad respiratoria) son, en palabras del doctor Carbonell, "las dos herramientas que han revolucionado las cifras de mortalidad en todos los grupos de edad y peso de los prematuros, pero los avances en el campo de la prevención y el tratamiento de los problemas que pueden sufrir los más pequeños a largo plazo están estancados", aclara.

SECUELAS

Sus palabras se justifican en los datos obtenidos tras el seguimiento realizado durante seis años a los bebés que nacieron en su unidad. "El 15% de los recién llegados con 24 semanas sufre secuelas graves, al igual que el 11% de los de 25 y el 8% de los de 26", aclara.

Hablar de problemas a largo plazo es mencionar que, actualmente, el 50% de los niños con parálisis cerebral tiene el antecedente de haber nacido muy prematuramente. Entre las personas con déficit visual, el 17% fueron niños que pesaron en el momento del parto menos de 1.500 gramos. Además, los impacientes por nacer no sólo presentan con más frecuencia trastornos motores, psíquicos y sensoriales, sino que sufren más problemas de crecimiento, más procesos infecciosos y mayor incidencia de asma.

Por todo ello, reanimar o no al recién llegado prematuro es una decisión que se adopta en la sala de parto y con el consentimiento de los padres.

"Dicho así suena muy crudo, pero no es como la gente se puede imaginar. Primero, explicamos claramente a los padres los problemas a los que se enfrenta su hijo y las secuelas que puede llegar a tener en un futuro, pero cuando son de menos de 23 semanas, incluso en algunos casos de menos de 24, lo que hacemos es que si no fallecen en el momento del alumbramiento y

tienen signos vitales le reanimamos para que su muerte se produzca en las mejores condiciones", explica la doctora Pallás.

Así, los padres pueden estar el tiempo que la Naturaleza les otorgue despidiéndose de su hijo. "No les llevamos a cuidados intensivos, si no que les dejamos en una sala donde se les aplican cuidados paliativos. Se trata de que no sufran. Además, está demostrado que el duelo de los padres es más llevadero cuando pueden conocer a su descendiente y tocarlo. Este hecho ha cambiado mucho la forma en que los progenitores viven la pérdida del bebé", afirma la doctora del 12 de Octubre.

Los que deciden venir antes de tiempo, pero al menos pasadas las 24 semanas de gestación, también están siendo atendidos de forma distinta de como se hacía hace unos años.

En este sentido, el Hospital Universitario de la Paz (Madrid), donde precisamente se está tratando ahora a un bebé que nació con 400 gramos, tiene en marcha desde hace siete años un programa de alta precoz de los prematuros.

Jesús Pérez Rodríguez, del servicio de Neonatología, explica en que consiste este sistema: "Cuando valoramos que los pequeños están en buenas condiciones, comen bien, soportan su temperatura corporal fuera de la incubadora y cogen peso les mandamos a casa, donde una enfermera les visita para hacer su seguimiento. Sabemos que evolucionan mejor con sus padres que aquí. Se requiere que la casa, reúna unas condiciones ambientales adecuadas y que los padres, claro está, lo acepten. De esta forma, estamos dando el alta cuando alcanzan los dos kilos de peso. No obstante también hay casos que se van antes, con 1.800 gramos", puntualiza

Rocío Rodríguez, supervisora de la unidad explica que las enfermeras forman a los padres en los cuidados que deben recibir sus hijos. "Lo más importante es que no se sientan aterrados por la idea de llevar al niño a casa cuando todavía es pequeño pero, para eso, les explicamos todo y estamos disponibles con un teléfono móvil las 24 horas del día".

Esta enfermera recuerda, además, que "se les deja una báscula para que pesen al bebé todos los días y se les dice a qué horas es mejor sacarlos de paseo o aplicar ciertas medidas de higiene que son importantes. Al principio, todos se asustan un poco pero luego la experiencia es maravillosa. Sobre todo porque son familiares que ya han estado en el hospital largas temporadas, con su hijo en una incubadora. Sólo en el caso de que surjan complicaciones vuelven al hospital, pero no suele ser lo frecuente".

Un proyecto para saber la evolución de estos bebés

Ningún experto duda de las razones por las que cada vez hay más partos que se adelantan. "Hemos logrado eliminar ciertos factores que suponían un riesgo de alumbramientos prematuros, pero se han cambiado por otros. Así, y a pesar de que el 95% de los embarazos tiene un seguimiento muy estricto, la

incorporación de la mujer al mundo laboral está provocando un retraso en la maternidad que repercute en un mayor riesgo de parir anticipadamente. Hay que añadir el aumento de los tratamientos de reproducción asistida y de los embarazos múltiples", señala Carmen Rosa Pallás. El fenómeno de la inmigración también está incrementando los nacimientos antes de tiempo, debido a la falta de un adecuado control de algunas gestaciones. En este marco, la decisión de la Sociedad Española de Neonatología de crear el SEN1500, (en el que participan 59 unidades neonatales) parece de lo más acertado. "Es un proyecto que cuenta con la implicación de las principales unidades del país, y que va a proporcionar mucha información sobre la evolución de los niños prematuros y la valoración de las actuaciones médicas", recuerda Xavier Carbonell. Entre los objetivos del proyecto están conocer y contrastar la calidad de la asistencia neonatal en los bebés de muy bajo peso; saber qué factores socioeconómicos impactan en el grupo más vulnerable de la población neonatal, entender el desarrollo neurológico de estos niños a la edad de dos años, así como promover la investigación epidemiológica en el ámbito perinatal.