Método psicoprofiláctico de los dolores del parto

Primeros resultados obtenidos por trabajo en equipo en Colombia.

Trabajo presentado por el grupo de estudios psicofísicos de Analgesia Obstétrica al Tercer Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología, reunido en diciembre de 1957 en Ibagué.

Doctores: Carlos R. Silva Mojica (Coordinador), Miguel A. Fernández (Secretario-Tesorero), Hernando Amaya L., Belisario Calderón M., Alberto Gómez Tamayo, Guillermo López Escobar, Juan B. Castaño Castillo (Psicólogo-Pediatra), Guillermo Lesmes A. (Pediatra), señora Cecilia de Mojica (enfermera).

INTRODUCCION HISTORICA

El renovado interés por los métodos psicológicos al que hemos asistido durante el presente siglo, nos ha traído un enfoque inusitado hacia la Maternidad y el Parto, como un fenómeno natural y normalmente indoloro.

Indudablemente es Grantly D. Read a quien debemos considerar, usando una anglicismo, como el "Pionero" de esta nueva orientación. Su primera publicación en 1933: "Natural Childbirth" (2) llamando la atención acerca de los factores emocionales en las funciones reproductivas y luego la cristalización de su método en "Childbirth without Fear" (3) escrito en 1942 y publicado por primera vez en 1944 constituyen un jalón en estos temas. Como muy bien lo anota el profesor FI. Browne (citado por Thoms, 4), de la Universidad de Londres: "Nada ha sido tan notable en la práctica de la obstetricia durante los últimos diez años como el creciente reconocimiento del valor de los principios enunciados por E. Jacobson en su libro "Relajación Progresiva" y su aplicación en la obstetricia por Read". Sin embargo este reconocimiento ha tenido que recorrer un camino largo, tortuoso y descorazonante aún para el mismo Read, pues sus ideas fueron acogidas con escepticismo dentro y fuera de la Gran Bretaña. Poco a poco diversas clínicas comenzaron a experimentar sobre grupos

de pacientes y en América el primer estudio en forma fue publicado por H. Thomas de Yale en 1950, bajo el título de "Training for Childbirth (4).

Por aquel entonces Nikolaiev publica por primera vez: "Las bases teóricas de la psicoprofilaxis del dolor en el parto" (5), y comienzan a conocerse en el Mundo Occidental los trabajos de la Medicina Soviética en especial los de Platonov, Chernov y Nikalaiev (5) (6), sobre el llamado Método de Psicoprofilaxis del dolor en el parto. Abocando el problema con una filosofía totalmente distinta, con unas bases tal vez más lógicas y científicas que las de Read y con unas estadísticas formidables a las que se juntaron las de la China Roja, hicieron el afianzamiento de estos métodos. A la difusión de ellos en Europa y el Mundo Occidental contribuyó decisivamente el establecimiento por Lamaze, después de su viaje a Rusia en 1951, de la Clínica de los Metalúrgicos en París como Clínica de Psicoprofilaxis y los trabajos de él y sus colaboradores agrupados en un tomo publicado en 1954: "El Parto sin Dolor" (7).

Así como creemos que es a Read a quien se debe considerar como el pionero de estos métodos, estamos convencidos que es gracias a los esfuerzos de Nikolaiev y de Lamaze que, citando a Amos Christie (citado por Thoms 4), "Ellos como el cine parlante están aquí para quedarse". Se que se nos argüirá que son dos métodos diferentes. Si bien es cierto que la interpretación, la filosofía y el enfoque de los dos métodos son diferentes, quien compare el planeamiento de las conferencias, de los ejercicios y de la forma de llevarlos a cabo tendrá que aceptar que estos métodos son muy emparentados y similares en su realización (1). Citemos no más como ejemplo el libro: "Parto sin Temor y sin Dolor" de Gavensky (8), quien entrenado en estas disciplinas en la Clínica de Thoms, en Yale, publica su libro y hace referencia a él, aunando los métodos como Método de Psicoprofilaxis; y en la literatura reciente cada vez es más frecuente encontrar a los seguidores de Read hablando de Psicoprofilaxis y a los Psicoprofilácticos dando argumentos para desligarse de las ideas originales de Read como si existiera un cierto complejo de culpa. Es claro que la sombra genial de Pavlov se proyecta intensamente sobre la interpretación Soviética de la Psicoprofilaxis del Dolor en el Parto y como lo anota Lamaze (7) "El nombre de Pavlov es inseparable del dolor en el parto". Es claro también que los trabajos de Pavlov datan de decenas de años antes de que Read su-

giriera el parto como normalmente indoloro. Pero, sin amenguar en lo más mínimo el mérito de Pavlov de por sí inamenguable, pensamos que no se puede desconocer el valor de los trabajos de Read como iniciadores de esta nueva fase de la analgesia del dolor en el parto, pues si lo hiciéramos, siguiendo el mismo orden de ideas deberíamos colocar como pionero ya no a Pavlov, sino a Lope de Vega quien doscientos años antes (1615) hace una magistral descripción de lo que tres siglos después se llamaría un reflejo condicionado en la comedia: "El Capellán de la Virgen" y por boca de Mendo, el Sacristán, uno de los personajes (11).

Al presente en la mayoría de los países aunque no en todas las clínicas se practican estos métodos: en los países soviéticos se hace por ley; en Francia no solo los Metalúrgicos y otras clínicas lo han establecido sino que el Consejo Municipal de París dictó una resolución aceptando tales procedimientos en las Maternidades de la Asistencia Pública; en Alemania se han publicado varios libros; en Suiza De Wateville los practica en el Hospital de Maternidad de Ginebra; en Estados Unidos de Norteamérica, a más de Yale, el Centro de Maternidad de Nueva York se ha convertido en el principal medio de difusión. De Argentina nos han llegado libros y trabajos, etc.

Ya que hemos presentado un breve esbozo de lo sucedido en el extranjero, queremos hacer una pequeña historia del recorrido que estos métodos han tenido entre nosotros: a raíz de la publicación del libro de Read en 1944, uno de nosotros (López-Escobar) principia a interesarse por estos métodos y desde 1948 comienza a practicarlo en la clientela privada. Aunque aisladamente y supeditado a las dificultades del medio, obtiene algunos buenos resultados y en 1953 visita la Clínica de los Metalúrgicos en París. En 1954, en la residencia de otro de los miembros del equipo (Fernández B.), se hacen reuniones en las que se comentan y discuten los trabajos de Platonov y Nikolaiev, y otro de ellos (Silva M.), inicia a los estudiantes en estos temas en la Cátedra de Obstetricia de la Universidad Nacional. El mismo, en 1955 en el primer Seminario de Educación Médica (12), en el parágrafo octavo correspondiente a las recomendaciones de Obstetricia escribe: "Recalcar al estudiante y al personal docente la necesidad de la preparación psicológica o mejor psicoprofiláctica en su doble aspecto educativo y afectivo para lograr la colaboración activa y apacible de la parturienta en los procesos de su parto". Y en 1956 prepara por primera vez pacientes en grupo. En

este año también se inicia una tesis sobre psicoprofilaxis en el Hospital de San Juan de Dios. En un curso para post-graduados celebrado en abril de 1956, en la Universidad de América, los doctores López-Escobar y Riaño dictan sendas conferencias sobre el parto por métodos psicoprofilácticos (1), con lo que se hacen las primeras publicaciones. Los componentes del actual equipo de estudios psicofísicos que habían venido practicando el método aisladamente, se reúnen y cristalizan el equipo que comienza sus labores efectivas a mediados del mismo año de 1956, dentro de la clientela privada, en la Clínica Palermo, de Bogotá. La Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología dedica toda una de sus sesiones regulares a la discusión de estos temas. El doctor Gustavo Isaza, recién llegado de Europa, inicia la preparación de pacientes en Medellín. En febrero de 1957 se funda el primer equipo para clientela hospitalaria por el doctor Calderón en el Hospital de San José. En agosto el equipo hace el primer curso para post-graduados sobre los Métodos de Psicoprofilaxis del Dolor en el Parto. El doctor Isaza publica entonces su libro "Maternidad sin Dolor" (3). En septiembre se inicia el primer curso para instructoras en psicoprofilaxis y en la Universidad Javeriana se dicta todo un ciclo de conferencias al respecto, patrocinado por la Sociedad Médica Javeriana. Desde entonces varios nuevos equipos se han fundado, como el llamado de Fernand Lamaze, el de la Clínica Restrepo, el de la Clínica de Marly, el de la Providencia, todos en el Distrito Especial de Bogotá, y otros en Pereira, Ibagué, etc.

Bases fundamentales de los procedimientos psico-físicos para el parto sin dolor

Los procedimientos psico-físicos para la analgesia obstétrica, han dado los resultados que se esperaban.

Si los Médicos Obstetras en un principio criticaron los métodos, más tarde tuvieron que aceptarlos ante la realidad de los hechos y buscar la manera de explicar los éxitos obtenidos.

Al principio las dos escuelas, dualista la una y materialista la otra, hicieron despliegue de sus doctrinas y poco después sus tipos de enseñanza se fundieron prácticamente en uno solo, aun cuando la explicación científica es totalmente distinta (9), (7).

Las bases fundamentales para la aplicación del parto sin dolor son las que tratamos de sintetizar en estas pocas páginas.

Existen experiencias fisiológicas aceptadas por la colectividad científica, como son los reflejos condicionados, los procesos de excitación e inhibición de la corteza cerebral (17).

Basados en estos estudios y teorías de los científicos, nos queda fácil aceptar los siguientes hechos:

1º—Los animales de experimentación, así como el hombre, pueden condicionarse, descondicionarse y recondicionarse.

2º—El dolor en el parto es la consecuencia de un reflejo condicionado.

3º—El miedo al dolor del parto es también un reflejo condicionado.

4º—El miedo que no desaparece con la realidad de los hechos, no es miedo, sino angustia.

5º—El miedo desencadena un estado de **"Alerta Tensional"**, que lleva al síndrome de **"Temor-Tensión-Dolor"**.

6º—Al descondicionar la mujer y condicionarla hacia aspectos emotivos agradables, en relación con su embarazo, parto y puerperio, quitamos el dolor del parto, o lo disminuímos en la mayoría de los casos normales.

7º—La educación (reflejo condicionado) hace de la corteza cerebral un cerebro cerrado para las interocepciones uterinas en el momento del parto.

8º—La educación aislada no da los resultados que se obtienen con la educación en grupo.

9º—La psicoterapia racional para la profilaxis del dolor se encuentra únicamente en la educación que recibe la mujer.

Estas conclusiones incontrovertibles son el fundamento de la analgesia obstétrica que ha seguido el método psicoprofiláctico (10).

El reflejo condicionado de **Parto igual Dolor**, o bien **Contracción uterina para el Parto igual Dolor,** se encuentra formado de la siguiente manera (9):

1º—**Condicionamiento verbal:**

a) Anatema Bíblico.
b) Creencia general de que el parto es doloroso.
c) Conversaciones con otras madres que informan del dolor.
d) Creencia de que el dolor es muy penoso.
e) Creencia de que el dolor es necesario para el fin de la maternidad.

f) Creencia de que el dolor es útil, pues sin él no hay parto.
g) Informaciones médicas al respecto.
h) Informaciones de las enfermeras en la clínica.
i) Informaciones de los médicos internos en la clínica.
j) Lecturas, historias, cines, etc.

2º—Aparición de contracción uterina. Reflejo absoluto.

3º—Resultado final. Dolor. Que aumenta el estado tensional de la mujer y así constituye el círculo vicioso **Temor-Tensión-Dolor.**

Si queremos condicionar a la mujer, tenemos que suprimir las vinculaciones anteriores y crear nuevos reflejos condicionados hacia estados afectivos positivos con el recién nacido; en la misma forma condicionamos la contracción uterina con un tipo especial de respiración y de relajación.

Estos dos últimos factores, relajación y respiración, juegan un papel importantísimo durante el desarrollo del parto, pues son los encargados en la parte física de cerrar el cerebro, ya que en la psíquica tenemos la educación emocional y el conocimiento biológico y fisiológico del embarazo y parto.

Cada uno de nuestros músculos tiene su representación en la corteza cerebral, que al ponerla bajo la acción de un excitante, produce un **"Frenado"** que impide a la contracción uterina hacer su entrada a la conciencia (5), (6).

Si a la función de relajación (acto negativo, que produce idénticos efectos que la excitación), sumamos un tipo cerebral de respiración y la parte psíquica se encuentra llena de "Frenados", es lógico deducir que la analgesia obstétrica, por el procedimiento o método psico-profiláctico, sea exitosa.

Otro de los pilares básicos del método es el temor. La interpretación que Read da al temor, haciendo de su centro al tálamo, es la siguiente:

La contracción uterina en el momento del parto produce una excitación positiva, la que llega a la corteza cerebral. Por causa de la civilización, de influencias sociales desfavorables, etc., se ha provocado en el espíritu de las mujeres una interpretación errónea del parto que produce "Miedo", el miedo aumenta mientras mayor es la cultura de las razas y habiendo afirmado que el parto es una prueba peligrosa y muy dolorosa. Así, pues, la corteza cerebral interpreta la contracción uterina erróneamente con la impresión de dolor; el dolor así interpretado jun-

to al temor, hace entrar en acción al "Sistema de Defensa" del organismo por intermedio del simpático.

Puesto en juego el "Sistema de Defensa", aparece un aumento tensional generalizado (fibras circulares uterinas, músculos vaginales, periné) que se opone abiertamente al normal funcionamiento del útero. Rota así la "Sinergia Funcional" la contracción se hace verdaderamente dolorosa y este verdadero dolor establece el círculo vicioso.

El temor que produce un estado de "contracción es originado inicialmente por "Reflejos Condicionados" como demostró Paulov en los perros y como se está comprobando en los partos.

Hagamos desaparecer el miedo del parto y veremos con sorpresa que la tensión no existió, o si existe, es verdaderamente tolerable. Recordemos el aforismo de Read que tanto repetimos a nuestras pacientes: mujer tensa, cuello tenso; mujer tranquila, cuello blando (15), (16), (17), (18).

Existen otros factores secundarios que predisponen a un aumento del dolor; la práctica obstétrica en todos los tiempos había insistido en el cuidado que debía tenerse con el control de la gestante, en cuanto al cuadro hemático se refiere, buscando una mejor oxigenación para el feto y asegurando un mayor rendimiento de los intercambios tisulares; nunca se había pensado que el descenso de la hemoglobina aumentara el dolor, o mejor disminuyera el umbral de percepción dolorosa.

Fue Read quien observó que las anémicas, en las que el porcentaje de hemoglobina es inferior a 70%, pasado el octavo mes hacen partos largos, agotadores y muy dolorosos; además la convalescencia en su puerperio está caracterizada por ser demasiado lenta; estas pacientes sufren de cefaleas, astenia, disnea, palpitaciones, etc., síntomas que nos hablan de su estado anémico.

Cuando al descenso del hematocrito se suma el **Cansancio físico,** el umbral de la percepción dolorasa baja aún más. Parece que el "surmenage" físico, así como el psíquico, son factores coadyuvantes en el aumento del dolor.

Una mente cansada, bien sea por exceso de trabajo intelectual o por una mala preparación para el parto, derrumba el potencial de la corteza cerebral y los estímulos internos hacen su entrada con gran facilidad al cerebro.

Todas las causas que produzcan "surmenage" mental hacen que en la corteza cerebral los **Frenados** no existan y por ello ha-

blamos de cerebros abiertos. Son estos los motivos por los cuales el "Parto Civilizado" es tan sumamente doloroso.

Cuando la parturienta se encuentra en el período de dilatación, entre los siete y diez cantímetros, la invade el cansancio al mismo tiempo que se desilusiona y deprime al ver que el tiempo pasa y su gran esfuerzo no está premiado con la rápida terminación del parto; es un período negativo intenso, en el cual si abandonamos la mujer y no la apoyamos científicamente y moralmente, el condicionamiento desaparece y el dolor se hace presente.

El médico permanecerá al lado de su paciente dirigiéndola, recordándole la instrucción al respecto, evitando que cualesquiera de los acompañantes digan o hagan mención de casos o frases que puedan reactivar en su mente el torbellino de misterio que tenía envuelta la maternidad; no hay que olvidar que los recuerdos de antiguos "Partos Civilizados" y las vinculaciones del lenguaje son los principales enemigos del Método Psico-profiláctico.

Cuando la desilusión y la depresión toman posesión de la embarazada, el descontrol valora erróneamente los estímulos nacidos de la contracción uterina; en estos momentos no hay ya dirección que sirva y la mujer experimenta una agonía imposible de detener; la mente ha sufrido el impacto consecuencial de una deficiente preparación psíquica y física; las experiencias pasadas, los casos oídos de sus mejores amigas, los relatos macabros de antiguos partos, la imaginación, etc., han hecho presa de su víctima, llevándola irremediablemente al sufrimiento más terrible y agotador.

La lucha contra este medio hostil es la creadora de los Principios del Alivio del Dolor:

1º—Descondicionar a la mujer por medio de la educación, explicándole el por qué el parto no es doloroso. La psicoterapia racional de grupo es el arma más poderosa y efectiva contra el reflejo: Contracción Uterina igual Dolor.

2º—Creación de nuevos Reflejos Condicionados, que vinculen el parto con estados Afectivos Positivos Agradables.

3º—Educación Neuro-Muscular de la paciente (15).

4º—Condicionar un tipo de respiración cerebral que coincida con la iniciación de la contracción uterina.

5º Condicionamiento del personal subalterno de la Clínica (Internos, Enfermeras, Hermanas, etc.).

6º—Educación a los familiares que están en más contacto con la gestante.

Estos principios son las bases primordiales que encierran la definición del Método Psico-profiláctico:

Procedimiento de Analgesia Obstétrica en donde la Psicoterapia de grupo hace la profilaxis del dolor.

PEDIATRIA Y PSICOPROFILAXIA

La influencia que sobre el niño tienen los períodos de la gestación o sea el embarazo, parto y puerperio, son conocidos desde hace mucho tiempo por el obstetra y el pediatra; pueden ser controlados por el examen médico prenatal, por exámenes de laboratorio, etc. obteniendo un resultado satisfactorio especialmente para el futuro del niño en cuanto a su desarrollo psico-somático.

Al lado de estos factores controlables, existen otros imponderables que se han reducido con el parto psico-profiláctico, gracias al menor traumatismo que sufre el niño, en comparación al parto que no ha sido preparado por el método.

El ejercicio físico, el control de nutrición, la consulta prenatal en las pacientes que asisten al curso las coloca en condiciones más satisfactorias para un parto eutócico. El peso del niño en los casos atendidos hasta la fecha tiene mayor frecuencia entre los 2.500 y 3.500 gramos o sea el tamaño óptimo para un parto normal desde luego se han encontrado límites varios como lo demuestran las tablas que se encuentran en este trabajo. Se sabe desde luego que el momento mismo de iniciarse el parto significa para el niño un verdadero **stress** y el hecho de someterlo a la acción de agentes medicamentosos o trauma, viene a prolongar el período de recuperación, por tanto será más incierto el futuro del niño.

La nula o mínima cantidad de fármacos anestesia, etc., en el momento del parto y el aporte de oxígeno dado en este momento a la madre, han disminuído los trastornos respiratorios del recién nacido en forma apreciable. Esta oxigenación prematura estimula las funciones vitales del niño, estimulan su poder de defensa contra los agentes exteriores, hace más vivos los reflejos de succión, los movimientos cardio-respiratorios más regulares, el tono muscular más vivo.

El traumatismo obstétrico, debido a maniobras (aplicaciones de forceps), está igualmente en descenso por la preparación y colaboración de las pacientes.

El tiempo reducido en que se efectúa por lo general un parto psico-profiláctico es de por sí una recomendación desde el punto de vista pediátrico para su ejecución correcta.

Factor de primera importancia en el nacimiento es que la madre puede ver a su hijo en el momento mismo del parto; este factor afectivo liga en forma preponderante a la madre y el hijo, y su fruto a través de la vida ha de tener una ventaja que se traduce por mayor vigilancia, preocupación por el niño, y deseo de alimentarlo.

De los resultados comparativos ente la duración de la lactancia en casos corrientes y los controlados posteriormente del método psico-profiláctico se comprueba que es más completa y deseada en estas madres educadas y sin temor que en los casos corrientes, influyendo desde luego su mejor estado físico (2), (4).

RESULTADOS ESTADISTICOS DEL METODO PSICO-PROFILACTICO EN LA CLINICA PALERMO

Tiempo de estudio: 14 meses.

Iniciación del trabajo en equipo: 1º de agosto de 1956.

Límite de este estudio: septiembre 30 de 1957.

Total de pacientes preparadas hasta septiembre 30 de 1957: 215.

Número de partos atendidos: 135.

Pacientes en preparación actualmente: (octubre 1º de 1957): 60.

Pacientes retiradas del entrenamiento: 20 (9.03%).

Tipo de pacientes: de alto nivel social, cultural y económico: 95%.

Clasificación de resultados

Excelente:

a) Paciente sin medicación sedante, analgésica o anestésica (salvo anestesia local para episiotomía).

b) Testimonio de la paciente sobre ausencia de dolor o dolor tolerable.

c) Paciente consciente y lúcida en el momento del nacimiento.

Bueno:

a) Paciente que necesitó alguna clase de analgesia durante el trabajo (drogas y dosis máximas permitidas: demerol, 100 mg. o barbitúricos, 0.20 gr. o atrinal o similares 2 amp. o clorpromazina, 25 mgs.; proscrito el uso de escopolamina).

b) Paciente consciente y lúcida en el momento del nacimiento:

Regular:

a) Período de dilatación indoloro o con dolores tolerables.
b) Período expulsivo doloroso.
c) Paciente inconsciente en el momento del nacimiento.

Malo:

a) Trabajo doloroso (dolores intolerables tanto en período de dilatación como en período expulsivo).
b) Paciente inconsciente en período de dilatación y anestesiada en período expulsivo.

Clasificación general

Exitos:

Pacientes que han estado conscientes en el período expulsivo (casos exelentes y buenos).

Fracasos:

Pacientes que han estado inconscientes en el período expulsivo (casos regulares y malos).

I

Resultados según paridad de las pacientes.

Primíparas: 52. Exitos: 56 %

Multíparas: 83. Exitos: 77 %

Paridad	N.º casos	RESULTADOS Excelentes		Buenos		Regulares		Malos	
I	52	20	38.46 %	9	17.30 %	8	15.37 %	15	28.84 %
II	35	22	62.85 %	5	14.28 %	7	20 %	1	2.85 %
III	19	5	26.31 %	8	42.10 %	3	15.79 %	3	15.78 %
IV	15	14	93.33 %	—		1	6.67 %	—	
V	6	2	33.33 %	1	16.66 %	1	16.66 %	2	33.33 %
VI	3	1	33.33 %	1	33.33 %	1	33.33 %	—	
VII	4	3	75 %	1	25 %	—		—	
X	1	1							
Totales	135	68	50.37 %	25	18.51 %	21	15.56 %	21	15.56 %
		93	68 88 %				42	31.12 %	
		Exitos					Fracasos		

II

Clasificación de pacientes por edad

Edad	No. Pacientes	
17	1	
18	2	5 Pacientes
19	2	
20	10	
21	14	
22	10	56 Pacientes
23	7	
24	15	
25	6	
26	9	
27	9	42 Pacientes
28	13	
29	5	
30	9	
31	4	
32	3	22 Pacientes
33	2	
34	4	
35	2	
36	1	
37	3	10 Pacientes
38	2	
40	2	
Total:	135	

III

Resultados en edades límites

Límite mínimo (menos de veinte años)

Edad	RESULTADOS				
	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Total
17	—	1	—	—	1
18	1	—	—	1	2
19	1	—	1	—	2
Total:	2	1	1	1	5

Límite máximo (más de treinta años)

Edad	RESULTADOS				
	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Total
31	Para IV Para IV Para I	Para I	—	—	4
32	Para IV	Para II	Para V	—	3
33	Para III Para II	—	—	—	2
34	Para III	Para VI	Para VI	Para I	4
35	—	Para V	—	Para I	2
36	Para II	—	—	—	1
37	Para VI Para IV	Para VII	—	—	3
38	Para VII Para VII	—	—	—	2
40	Para IV	—	—	Para V	2
Total:	13	5	2	3	23

IV

Resultados según temperamento

Temperamento	RESULTADOS						
	Excelente	Bueno	%	Regular	Malo	%	TOTAL
	Exitos			Fracasos			
Estables Calmadas Optimistas	47	11	58 76.32 %	9	9	18 23.68 %	76
Inestables Angustiadas Consentidas Nerviosas	21	14	35 59.32 %	12	12	24 40.68 %	59
TOTALES	68	25	100	21	21	100	135

V

Análisis de resultados en determinado tipo de pacientes

Tipo de pacientes	RESULTADOS				
	Excelente	Bueno	Regular	Malo	TOTAL
Sra. de médico	9	3	1	2	15
Enfermeras	2	—	2	—	4
Intelectuales	1	—	—	—	1
Con conflictos emocionales	5	3	2	—	10
TOTALES	17	6	5	2	30
	Exitos: 23		Fracasos: 7		

ENTRENAMIENTO DE LAS PACIENTES PARA EL PARTO INDOLORO

Lugar de la preparación.—Salón de Conferencias del Equipo en la Clínica Palermo.

Iniciación de la preparación.—Sexto mes de embarazo aproximadamente.

Tipo de pacientes.—Pacientes particulares de los médicos del equipo, consideradas eutócicas, con buen grado de cultura, de clase social distinguida y de medios económicos suficientes en su gran mayoría.

Número de clases teóricas: 8.

Estas clases tratan sobre nociones de anatomía, fisiología de los órganos genitales femeninos; mecanismo del parto; actividad cerebral y reflejos condicionados; síndrome temor-tensión-dolor; comportamiento en el parto, puericultura y aspectos emocionales del embarazo. Los maridos asisten con sus esposas a la última conferencia que se efectúa en forma de mesa redonda con intervención de todo el equipo (22), (19), (20), (21).

Número de clases prácticas (Kinesiterapia obstétrica): 12.

Las prácticas de entrenamiento neuromuscular se refieren especialmente a enseñanza de los tipos de respiración y relajación muscular progresiva (23), (24), (25).

La preparación comprende también: visita a la Clínica, a la sala de partos, a las piezas y entrevistas con pacientes hospitalizadas que hubieren tenido su parto por el método psico-profiláctico.

Clasificación de la preparación:

Buena: Paciente que ha asistido a 6 o más conferencias (no haber faltado a conferencia sobre actividad cerebral y comportamiento en el parto) y a 8 o más clases prácticas.

Mala: Aquélla que no cumple los requisitos anteriores.

VI

Resultados de acuerdo con la preparación

	RESULTADOS				
Tipo de preparación	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Total
Buena	58	19	13	17	107
Mala	10	6	8	4	28
Totales	68	25	21	21	135

VII

Resultado según la presentación y variedad

	RESULTADOS				
Tipo de presentación	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Total
Vértice anterior	55	16	16	12	99
Vértice posterior	5	5	4	2	16
Vértice transverso	4	2	1	5	12
Vértice en O. S.	2	1	—	2	5
Pelvis	2	1	—	—	3
Cara	1	—	—	—	1
Totales	69	25	21	21	136 (*)

(*) Con un embarazo y parto gemelar.

VIII

Duración del trabajo con y sin ocitócicos

CUADRO COMPARATIVO

Tipo de pacientes	Duracion trabajo (mayor frecuencia) 1er. pdo. Horas	2.o pdo. Minutos	Duración total
Primíparas sin medicación ocitócica	6-8 h.	30	6½ a 8½ horas
Primíparas con medicación ocitócica	10-12 h.	20	10½ a 12½ horas
Multíparas sin medicación ocitócica	4-5 h.	15	4¼ a 5¼ horas
Multíparas con medicación ocitócica	4-6 h.	5-15	4 a 6¼ horas

IX

Resultados sin y con medicación ocitócica

	Resultados en período de dilatacion					Resultados en período expulsivo				
Primíparas	No. pacientes	E	B	R	M	No. pacientes	E	B	R	M
Para I sin ocitócicos	33	13	6	5	9	27	15	5	3	4
Para I con ocitócicos	19	7	3	3	6	25	5	4	5	11
Totales.....	52	20	9	8	15	52	20	9	8	15
Multíparas sin ocitócicos.....	59	29	12	13	4	61	30	13	13	5
Multíparas con ocitócicos.....	24	19	4	—	2	22	18	3	—	1
Totales.....	83	48	16	13	6	83	48	16	13	6

Edad de embarazo: A término: 125.
Prematuros: 10.

Episiotomías: 77.

Desgarros: 17 (1er. grado).

Inducciones: 10 (7 excelentes, 1 regular, 2 malos).

Forceps: 24 (3 excelentes, 3 buenos, 5 regulares, 13 malos).

Las aplicaciones se debieron a falta de rotación, falta de descenso o descontrol de la paciente.

Complicaciones del alumbramiento	retención de placenta: ..	3
	hemorragia	3
	Total:	6

Pacientes con antecedentes de cesáreas: 4.

Excelentes: 2.

Bueno: 1.

Malo: 1 (parto intervenido por forceps).

Embarazo gemelar: 1 caso (resultado excelente).

X

Resultado en función del peso del recién nacido

PESO	RESULTADOS				
	Excelente	Buenos	Regulares	Malos	Totales
Menos de 2.500 gramos Prematuros	6 (*)	3	1	1	11
De 2.500 a 2.999 gramos	19	5	5	4	33
De 3.000 a 3.249 gramos	13	9	5	7	34
De 3.250 a 3.499 gramos	12	7	5	5	29
De 3.500 a 3.749 gramos	13	—	4	4	21
De 3.750 a 4.000 gramos	6	1	1	—	8
Totales	69	25	21	21	136

(*) Dos casos excelentes de parto gemelar.

Resultados en pesos límites: **Mínimo** 2.050 grs. (R. bueno).

Máximo: 3.940 grs. (R. excelente para X.). 3.980 grs. (R. excelente para I).

Estado físico del recién nacido: **Bueno:** 132; **Regular:** 3 (1 cianótico por circular y desprendimiento en OS. (R. exelente). 1 meconiado por circular (R. bueno). 1 asfixia leve por presentación de pelvis.

Malo: 1 feto muerto y macerado (Resultado excelente). Feto muerto in útero varios días antes del parto.

Sexo: Femenino: 67; masculino: 69.

Estudio de los casos malos

Historia número 2. Primípara de 35. Forceps, falta de progreso de la presentación.

Historia número 5. Multípara nerviosa; no creía en el método.

Historia número 24. Poco convencida del método. Nerviosa. Inconstante.

Historia número 29. Nerviosa en extremo. Antecedentes de cesárea con feto muerto.

Historia número 31. Primípara de 29. Nerviosa. Falta de progreso de la presentación.

Historia número 34. Primípara de 34. Sra. de M. D. Nerviosa. Temor al parto. No tuvo apoyo suficiente durante el parto.

Historia número 36. Señora M. D. Temor al parto. Muy nerviosa.

Historia número 40. Forceps. Falta de rotación. Cree que el método no se hizo para ella.

Historia número 43. La inducción la desalentó. Mala preparación.

Historia número 45. Inestable. Inducción. Preparación insuficiente.

Historia número 56. Forceps; episiotomía. Falta de progreso. Para I.

Historia número 61. Para I, 27 años. Estable. Forceps. Episiotomía. Falta de rotación y descenso OS.

Historia número 68. Forceps. Falta de rotación.

Historia número 70. Descontrol por los sucesos políticos de mayo (V-5-57). Dificultad en llegar a la clínica por el toque de queda.

Historia número 80. Psicosis en el 5º mes. Estuvo hospitalizada por esta causa. Temores varios.

Historia número 81. Conflicto matrimonial grave. Forceps. 8 familiares en la clínica.

Historia número 87. Primípara extranjera. Se descondicionó por ambiente político de revuelta (V–6-57).

Historia número 104. Para I. Nerviosa, consentida, preocupada por enfermedad grave de los padres. El vómito la descontroló. Forceps.

Historia número 107. Para I. Nerviosa. Forceps por OS.

Historia número 115. Para I. Tranquila. Se descontroló por dolor intolerable.

Historia número 117. Para I. Descontrol por dolor intolerable. Forceps de desprendimiento.

Estudio comparativo con otras estadísticas

Para poder obtener un dato más exacto acerca de los datos de nuestra limitada estadística tenemos que **depurarla,** es decir, descontar los casos distócicos no contemplados en las otras estadísticas.

En nuestros casos tendremos que descontar las aplicaciones de forceps, en los cuales no tiene cabida el método psicoprofiláctico.

XI

Datos sin depurar	Casos de forceps descontados	Datos depurados	
E: 68 (50.37%)	3	65 (58.55%)	Exitos
B: 25 (18.51%)	3	22 (19.83%)	78.38%
R: 21 (15.56%)	5		
M: 21 (15.56%)	13	16 (14.42%)	Fracasos
	—	8 (7.20%)	21.62%
135	24	111	

XII

Cuadro comparativo.

Lamaze. París 4.847 casos, 1955		Watteville. Ginebra 707 casos, 1956		Equipo Médico. Bogotá, 111 casos, 1957	
E: 41.06%	82.96%	25.5%	74%	58.55%	78.38%
B: 41.90%		48.5%		19.83%	
R: 12.28%	17.04%	11.8%	26%	14.42%	21.62%
M: 4.76%		14.2%		7.20%	

Informe de las pacientes

Toda paciente atendida por el método Psicoprofiláctico debe llenar un cuestionario en los primeros días del puerperio. No fue posible hacer el estudio sobre todos los informes de las pacientes porque algunas no lo habían escrito aún, otros están elaborados en forma imperfecta y además los de los primeros casos no figuran aquí por estar presentados en un tipo de cuestionario muy distinto al adoptado posteriormente en forma definitiva.

Presentamos tan solo algunos puntos del cuestionario sobre 45 casos:

1º—¿Cuál conferencia la animó más?

En 19 ocasiones la referente a la actividad cerebral.
En 17 ocasiones la referente al comportamiento en el parto.
En 5 ocasiones la referente al mecanismo del parto.
En 4 ocasiones la referente a la fisiología genital femenina.
En 3 ocasiones la referente a aspectos emocionales del embarazo.
En 2 ocasiones la referente a puericultura.
En 2 ocasiones la referente a ventajas del método psicoprofiláctico.
En 7 ocasiones gustaron todas las conferencias.

2º—¿Cuál conferencia la atemorizó?

Ninguna: 39 casos.
Comportamiento en el parto: 2 casos.
La película: 2 casos.
Cuidados prenatales: 1 caso.

3º—¿Confiaba usted en la bondad del método?

Sí: 42 casos.
No: 3 casos.

4º—¿La educación prenatal modificó sus ideas y conceptos respecto al parto?

Sí: 42 casos.
No: 4 casos.

5º—¿Qué temores experimentó durante su embarazo?

A fracasar con el método: en 15 ocasiones.
A malformaciones en el hijo: en 14 ocasiones.
A morirse: en 8 ocasiones
A la deformación de la figura: en 6 ocasiones.
A los vómitos: en 6 ocasiones.
Al parto: en 5 ocasiones.
A la mascarilla: en 5 ocasiones.
A la limitación de la actividad física: en 5 ocasiones.
A abortar: en 1 ocasión
A hemorragias: en 1 ocasión.
A factor Rh.: en 1 ocasión.
Ningún temor: en 7 ocasiones.

6º—¿Colaboró su marido en la preparación para el parto?

Sí: 32 casos.
No: 13 casos.

7º—¿Practicó los ejercicios en su casa?

Diariamente: 16 casos.
Con alguna frecuencia: 17 casos.
Poco: 10 casos.
Nada: 2 casos.

8º—¿Le costó trabajo aprender a relajarse?

Sí: 22 casos.
No: 23 casos.

9º—¿Qué tipo de respiración la alivió más?

a) ¿Al principio de la dilatación? abdominal: 39 casos; jadeante: 5 casos.

b) ¿Al final de la dilatación? abdominal: 5 casos; jadeante: 38 casos.

10.—¿Cuál fue su experiencia con el pujo?

Fácil: 19 casos.
Fatigante: 11 casos.
Soportable: 14 casos.

11.—¿Qué sensación experimentó durante el período de dilatación?

Presión en hipogastrio y región lumbar: en 20 ocasiones.
Presión lumbar: en 8 ocasiones.
Fatiga: en 10 ocasiones.
Sed: en 8 ocasiones. Adormecimiento en cara y miembros: en 5 ocasiones.

Sueño: en 4 ocasiones. Angustia: en 4 ocasiones.
Desvanecimiento: en 2 ocasiones.
Temor a fracasar con el método: en 2 ocasiones.
Agrieras: en 1 ocasión.
Calor: en 1 ocasión.
Confianza: en 16 ocasiones.
Seguridad: en 10 ocasiones.
Tranquilidad: en 22 ocasiones.

12.—¿Perdió el control durante el parto?

Poco: 19 casos.
Medianamente: 11 casos.
Nada: 12 casos.
Mucho: 3 casos.

13.—¿En qué momento se descontroló?

Al final de la dilatación: en 10 ocasiones.
En ningún momento: en 10 ocasiones .
Al empezar el pujo: en 9 ocasiones.
Al principio de la dilatación: en 6 ocasiones.
En la mitad de la dilatación: en 4 ocasiones.
En la sala: en 3 ocasiones.
Al pasar a la sala: en 3 ocasiones.
En el momento del nacimiento: en 3 ocasiones.

14.—¿Cuál fue la razón para perder el control?

Parto prolongado: en 11 ocasiones.
Período expulsivo demorado: en 11 ocasiones.
Dolor: en 10 ocasiones.
Temor a fracasar con el método: en 5 ocasiones.
Fatiga: en 3 ocasiones.
Dificultad para relajarse: en 2 ocasiones.
Vómito: en 2 ocasiones.
Preguntas inoportunas del interno y la enfermera: en 1 ocasión.
El pujo: en 1 ocasión.
Respiración defectuosa: en 1 ocasión.
Aplicación de dextrosa: en 1 ocasión.
Ausencia del médico: en 1 ocasión.
Parto muy rápido: en 1 ocasión.
Temblor: en 1 ocasión.
Distracción: en 1 ocasión.
Demora en pasar a la sala: en 1 ocasión.

15.—¿En el período de dilatación experimentó dolor?

Sí: 35 casos.
No: 10 casos.
Tolerable: 32 casos.
Intolerable: 3 casos.

16.—¿En el período expulsivo experimentó dolor?

Sí: 21 casos.
No: 12 casos.
Tolerable: 16 casos.
Intolerable: 5 casos.

17.—¿Cómo le pareció la anestesia local? (si fue empleada en usted).

Pasó desapercibida: 16 casos.
Dolorosa o incómoda: 3 casos.

18.—¿Estaba usted consciente en el momento del nacimiento?

Sí: 36 casos.
No: 9 casos.

19.—¿Qué sensación experimentó en el momento del nacimiento de su hijo?

(Si estaba usted consciente).
Alegría: 14 casos.
Felicidad: 19 casos.
Satisfacción: 3 casos.
Alivio: 16 casos.
Fatiga: 1 caso.

20.—¿Volvería a tener otro hijo por el método Psicoprofiláctico?

Sí: 45 casos.

21.—¿Por qué resolvió usted seguir el método Psicoprofiláctico?

Por insinuación de mi médico: 34 ocasiones.
Por insinuación de una amiga: 7 ocasiones.
Por insinuación de un familiar: 2 ocasiones.
Por la lectura de una revista: 2 ocasiones.

22.—En su opinión ¿cómo considera su caso?

Exelente: 20 casos.
Bueno: 19 casos.
Regular: 3 casos.
Malo: 3 casos.

Observaciones generales de las señoras

"Insinuar a enfermeras e internos aun en el caso de señoras que no sigan el método, no hablar de dolores".

"El método es un éxito. Mi primer parto fue muy demorado; éste fue muy rápido. El parto anterior fue con cesárea. Espero mejorar en el futuro".

"Me descontrolé ligeramente por la rapidez del caso. Una gran emoción experimenté al oir llorar mi niño".

"Mi parto fue más corto que los anteriores. Los dolores fueron perfectamente tolerables y sobre todo no tuve hemorragias, que era lo que más me atemorizaba".

"El período de dilatación me pareció suave y tolerable a tal punto que creía que no se tratara del parto. En el período expulsivo pujé 4 veces. Considero mi caso excelente".

"Considero mi caso excelente. Prácticamente no sufrí nada, y me dí cuenta de la evolución de todo mi parto".

"El período expulsivo fue un poco largo. Pero estuve consciente hasta el nacimiento de mi hijo".

"Considero mi caso excelente; fue muy rápido: 5 horas tratándose de una primeriza".

"Mi caso fue excelente, porque me di cuenta completa de todo mi parto. A pesar de mi temperamento (insegura, nerviosa, tímida, desconfiada, consentida)".

"Estoy muy agradecida con mi médico y con los demás especialistas que practican el método por la gran ayuda que nos prestan a las madres y por la felicidad tan grande que nos dan al poder ver nacer nuestro hijito".

"Estaba consciente; sentí felicidad inenarrable porque por primera vez (he tenido 7 hijos), contemplé a mi hijito en el momento de nacer, y mentalmente di gracias a Dios".

"La sensación que se experimenta en el parto estando consciente, es una cosa tan maravillosa que sólo se acierta a darle gracias a Dios. Físicamente después del esfuerzo del pujo se siente un descanso enorme".

"A pesar de ser tan nerviosa me di cuenta que tener un hijo no es lo desagradable y molesto que todas mis amigas y familiares me decían".

"Sentí gran felicidad (paciente extranjera), no podía creer que una persona **poder** (sic), hacer un trabajo tan maravilloso".

"En el último parto,, siguiendo el método psicoprofiláctico, no tuve necesidad de ningún calmante. Además el tiempo de trabajo que en los 3 primeros partos pasó de 12 horas, no alcanzó a las seis en éste. El sufrimiento y desesperación presentados en los otros, no los tuve en éste".

"Emocionalmente es difícil describir la alegría y satisfacción que se siente al alzar la cabeza y poder contemplar al hijo aun antes de cortar el cordón. Una vez que la vi y la saludé (Hello Helen), me recosté de nuevo a dar gracias a Dios".

"Considero bueno mi caso porque a pesar de las pocas prácticas y conferencias a que asistí, no experimenté la angustia de mi parto anterior".

"Mi parto fue muy rápido. Mi hija nació sin que yo experimentara ningún dolor".

"Es muy emocionante darse cuenta de todos los momentos del parto y recibir el niño conscientemente".

"No tuve temor en ningún momento. Las contracciones fueron tolerables".

"Considero mi caso malo por haber pasado 2 días con dolores sin que progresara el trabajo (Aplicación de forceps en OS)".

"Siempre sentí dolor. Las molestias fueron más soportables en relación con los partos anteriores".

"No estuve consciente, pues se necesitó anestesia para aplicación de forceps. En mi concepto el método es magnífico, pues las contracciones fueron perfectamente tolerables".

"Una inmensa alegría de ver a mi hija viva y completa. Derramé algunas lágrimas de felicidad".

"Estuve completamente consciente en el momento del nacición. El pujo no es doloroso pero sí requiere mucho esfuerzo".

"Estuve completamente conciente en el momento del nacimiento".

"No esperaba tan buen resultado del método. El dolor que sentí fue soportable. En el momento del nacimiento físicamente no experimenté ninguna sensación".

"Me sentí muy feliz al oir llorar mi hijo, a pesar de haber sufrido contratiempos en los últimos días. Considero mi caso excelente. Recomiendo el método a todas las madres".

"Estoy sorprendida con el maravilloso resultado del método, pues creo que para toda buena madre es muy placentero conocer a su hijo desde que nace".

"Experimenté gran alegría al ver nacer a mi hijo sin complicaciones. Intensificándose aún más mi agradecimiento al método, ya que en mis 4 partos anteriores el efecto de la anestesia me había privado de ella".

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

1º—Después de 14 meses de practicar el M. P. P. consideramos que es perfectamente posible su aplicación en clientela particular. Efectuado por el sistema de "trabajo en equipo" implica un ligero recargo de trabajo para el obstetra, ampliamente justificado.

2º—A pesar de la resistencia y escepticismo que en un principio encontramos tanto en los pacientes como en los médicos, el M. P. P. se ha impuesto paulatinamente: en la actualidad la tercera parte de nuestras pacientes particulares lo solicitan espontáneamente y con el nuestro funcionan en Bogotá, D. E., cin-

co equipos de obstetras debidamente organizados, que practican el método en pacientes particulares.

3º—En la Clínica Palermo, que atiende un promedio de 200 partos al mes, tan sólo en un 6 a 8% se ha aplicado el M. P. P.

4º—Se comprende que los fracasos de estos primeros resultados, como sucede en la iniciación de todo método o procedimiento, han sido debidos a estos factores: inexperiencia de los médicos del equipo, etapa de ensayo, resistenc ia de las pacientes, falta de buena selección de los casos, organización incipiente, etc., lo cual se comprueba porque los resultados obtenidos en los últimos meses han sido muy superiores a los iniciales debido a la mejor organización del Equipo, a la corrección de muchas fallas, al mejor "apoyo" durante el trabajo y a la mejor selección de los casos.

5º—Como es obvio nuestros resultados (78% de éxitos) son aproximados tan solo ya que nuestra estadística es limitada (135 partos). La comparación con otras estadísticas la hacemos por vía de información y como pauta en el perfeccionamiento del método.

6º Con el número de casos tratados consideramos que tan sólo en el 75% de pacientes particulares seleccionadas sería posible practicar el método con probabilidades de éxito. El 25% restante correspondería a distocias, a pacientes con graves conflictos emocionales o escépticas del método (en 155 casos nuestros, 20 abandonaron el método; entre éstos hubo algunas cesáreas) y en 24 no había lugar para el método por tratarse de aplicaciones del forceps.

7º—Los resultados del método los hemos analizado en función de algunos factores, por ejemplo:

a) Paridad: 52 primíparas con un 56% de éxito y 83 multíparas (77% de éxito). Dieron mejor resultado fueron las Para IV (de 15 casos hubo 14 excelentes).

b) Edad: la mayor frecuencia fue de 20 a 24 años (56 casos). Se estudiaron resultados en edades límites. No hubo sino 5 pacientes menores de 20 años (3 éxitos y dos fracasos). Como límite superior se tomó una edad por encima de 30 años y se halló en 23 casos, 18 éxitos y 5 fracasos.

c) Temperamento: en 76 pacientes clasificadas como estables o calmadas u optimistas, hubo 58 éxitos (76%) y 18 fracasos (23%).

En 59 pacientes clasificadas como inestables, o angustiadas o consentidas o nerviosas, hubo 35 éxitos (59%) y 24 fracasos (40%).

De donde se deduce que en pacientes cuyo temperamento corresponde al 2º grupo, debe prestarse una mayor atención psicoterápica tendiente a la solución de sus problemas emocionales.

Anotamos además que se hace necesaria una clasificación científica sobre "perfil caracterológico" de las pacientes.

d) Pacientes conflictivas. Así han sido catalogadas algunas pacientes por ser poco o nada propicias a adaptarse al método o a aceptarlo (esposas de médicos, enfermeras, intelectuales y pacientes con conflictos emocionales gravísimos). En 30 casos de este tipo hubo 23 éxitos y 7 fracasos.

e) Entrenamiento. En 107 casos con preparación **buena** hubo 77 éxitos (72%) y en 28 casos con preparación mala hubo 16 éxitos (57%).

f) Presentación y variedad. No podemos presentar conclusión segura (ver cuadro VII) sobre vértice posterior, vértice transverso, vértice en OS, pelvis y cara por el escaso número de observaciones. En vértice anterior sobre 99 casos hubo 71 éxitos (71%).

g) Duración del trabajo (ver cuadro VIII). Tanto en primíparas como en multíparas la duración total del trabajo se encontró notablemente reducida, sobre todo en casos en que no se aplicó ocitócido alguno. Además se hicieron 10 inducciones, con resultado excelente en 7 casos.

h) Aplicación de acitócicos en el M. P. P. (ver cuadro IX). En el número de casos estudiados comprobamos que el número de éxitos es sensiblemente igual sin o con acitócicos y algunas veces hubo más éxitos con la aplicación de acitócicos (multíparas en período expulsivo). Por tanto un acortamiento del trabajo por medio de una muy prudente aplicación de acitócicos parece ser favorable al método.

i) Peso del recién nacido (ver cuadro VII).

El peso más frecuentemente observado fue de 2.500 gramos a 3.249 gramos. Mayor número de casos excelentes (79) se presentaron con peso de 2.500 a 2.990 gramos. En los casos estudiados el peso del niño ya fuera mínimo o excesivo no fue causa de fracaso la mayor parte de las veces.

8º—El estudio de los casos malos reveló como principales causa de fracaso: aplicaciones de forceps por falta de rotación y por demora en el descenso. Primíparas de edad avanzada. Des-

prendimiento de OS. Pacientes muy nerviosas o con graves conflictos conyugales, o poco convencidad del método, o con preparación insuficiente. Hay el caso de una paciente que presentó una psicosis franca en su embarazo. Hay dos casos cuyo descontrol se debió al ambiente político agitado de la primera semana de mayo del presente año.

9º—El estudio de los informes escritos de las pacientes sobre sus respectivos partos nos ha dado estos resultados prácticos:

a) El testimonio en forma de "relato del caso" no tiene mayor valor científico ni estadístico. Los detalles dados en esta forma son vagos, extensos y no siempre ceñidos a la realidad por el obvio compromiso con el obstetra. Un estudio científico o estadístico sobre este material sería dispendioso si no imposible.

b) El informe presentado en forma de "cuestionario", sí nos ha reportado una verdadera utilidad práctica ya que a la paciente se le hacen preguntas concretas sobre puntos determinados del entrenamiento o del parto dejándole además espacio suficiente para "observaciones generales". Así el estudio y codificación de estos informes es relativamente fácil.

Gracias a estos informes hemos logrado notorio progreso en estos puntos:

a) Corregir y mejorar el estilo de las conferencias.

b) Mejorar el material fotográfico: transparencias y películas.

c) Suprimir detalles innecesarios de las conferencias.

d) Modificar determinados ejercicios.

e) Seleccionar mejor los casos.

f) Modificación de algunas condiciones de la clínica.

g) Reforzamiento del "apoyo" durante el trabajo, especialmente en ciertos momentos.

10—En el corto período de observaciones no es posible presentar resultados sobre influencia o relación del M. P. P. con la lactancia. Sin embargo el pediatra, en algunos casos seguidos por él, sí ha notado mejor lactancia en la pacientes del M. P. P.

11.—En una próxima comunicación presentaremos informes sobre estos puntos:

a) Efectos de la Kinesiterapia en el embarazo y en el parto.

b) Modificaciones de la capacidad vital en pacientes preparadas por el M. P. P. y en no preparadas, y

c) Cambios ácido-básicos en la sangre tanto en el embarazo y en el parto producidos por el tipo de respiración impuesto a la paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. LOPEZ_ESCOBAR G.—"Cuidados pre y post-natales". Rev. Col. Soc. Obst. y Ginec. V. VII N. Dic/56 p. 417-430.

2. READ GRANTLY D.—"Natural Childbirth". W. Heineman Ltd. Ed. Londres. 1933.

3. READ GRANTLY D.—"Chilbirth without Fear". Harper & Brothers Publ. Ed. Nueva York. 1944.

4. THOMS H.—"Training for Childbirth". Mc Graw Hill Book Co. Inc. Ed. Nueva York. 1950.

5. NICOLAIEV A. P.—"Las bases teóricas de la psicoprofiláxis del dolor en el parto". Obstetricia y Ginecología. 1952. N. 5.

6. PLATONOV K. I.—La parole en tane que facteur psicologique et therapeutique. "Obstetrique-Ginecologie". Juin. 1955.

7. LAMAZE F. et al.—"El Parto sin Dolor". Ciencia y Vida. Ed. Buenos Aires. 1954.

8. GAVENSKY R.—"El Parto sin Temor y sin Dolor". El Ateneo. Ed. Buenos Aires. 1956.

9. READ GRANTLY D.—"Parto sin Dolor". Editorial Central. Buenos Aires. 1956.

10. DE WATEVILLE P. H.—"The use of obstetrical Analgesia at the "Maternity Hospital of Geneva". Am J. Obst. & Gynec. V. 73. Nº 3. Marzo 1957. Pág. 473, 491.

11. LOPE DE VEGA.—"El Capellán de la Virgen. 1615.

12. Primer Seminario de Educación Médica. Universidad del Valle. Cali. Diciembre de 1956.

13. ISAZA GUSTAVO.—"Maternidad sin Dolor".

14.—SHULZE H.—"El entrenamiento autógeno". Editorial Científico-Médica Barcelona. Lisboa. Madrid. 1954.

15. JACOBSON E.—"Relaxation Methods in Labor". Am. J. Obst. & Gynec. V. 67. Nº 5. May. 1954. Págs. 1.035, 1.048.

16. BENENSOHN S J.—"Comprehensive Prenatal Care". Surg. Clin. of North America. W. B. Saunders Co. Ed. Filadelfia. Londres. Feb. 1953.

17. FIGURNOV K.—"Painless Childbirth". Foreing Languages Publ. House. Moscú. 1955.

18. BOWERS p. A.—"Natural Childbirth". Surg. Clin. of North America W. B. Saunders Co. Ed. Filadelfia, Londres. Nov. 1955.

19. BIKOW.—Au sujet du probleme des processus nerveux. Medicina Soviética. III: 107. 1956.

20. ORBELI.—"Le probleme de l'ainhibition". Medicina Soviética. III: 113. 1956.

21. NICOLAIEW.—"Psycchoprophylaxia de la sonleur dan l'accouchement". Medicina Soviética. III: 127. 1956.

22. PIO XII.—La Sagrada Escritura no prohibe el parto sin dolor. "El Catolicismo". Nº 638. 1956. Bogotá.

23. LAVENSKY R.—Método psicoprofiláctico del dolor del parto. "La Semana Médica" de Buenos Aires. Nº 3. 1956.

24. PALACIOS COSTA W. y LAVENSKY R.—Concepto de Read y Nocilaiew en la preparación de la embarazada para el parto sin dolor. "La Semana Médica". Buenos Aires. Nº 10. 1956.

25. Tratado Argentino de Kinesiología. Librería "El Ateneo". Editorial. Buenos Aires. 1955.