

---

# Intervenciones Obstétricas bajo el método Psicoprofiláctico\*

*Dres.: Saulo Muñoz Delgado y Hugo Campo Garrido*

Del Instituto "Fernand Lamaze" de Cali

El método psicoprofiláctico aplicado en pacientes cuyos partos se esperaban fuera normales se ha visto abocado a situaciones patológicas imposibles de predecir. Los buenos resultados obtenidos en estos casos, hizo que las indicaciones se ampliaran hacia algunas complicaciones obstétricas. Así hemos visto que el método ha mostrado ser muy favorable en los partos en presentación de pelvis, en las variedades posteriores de vértice, en partos con cesárea anterior, en pacientes cardíacas y pulmonares y últimamente se han ampliado aún más sus indicaciones, con la aplicación de fórceps profilácticos. En forma sistemática practicábamos la revisión del cuello y cavidad uterina inmediatamente después del alumbramiento, aprovechando la analgesia que habíamos utilizado durante la expulsión. Al iniciar el método Psico-profiláctico, tropezamos con el problema de suspender esta revisión o administrar anestesia, para poder efectuarla.

Fué así que paulatinamente decidimos practicar la revisión del cuello y la cavidad uterinos en forma delicada y cuidadosa, llevándonos la sorpresa de que la molestia era mínima, molestia que desapareció al perfeccionar una técnica apropiada.

Con un hecho concreto como el anotado anteriormente, nos dimos a la tarea de dar una explicación lógica de esta indolorización, que no podía ser sino el resultado de la preparación y colaboración de la paciente. En esta forma hemos invertido el orden acostumbrado en las etapas de toda investigación, haciendo primero una revisión sobre todo lo que se ha hecho sobre el tema y luego la investigación propiamente dicha. En cambio en este caso

---

\* Presentado al II Simposio Colombiano de Psicoprofilaxia Obstétrica. Medellín.

partimos del hecho demostrado de que la revisión del cuello y de la cavidad con la "técnica modificada" era indoloro, y buscamos la explicación a este hecho, la cual hemos venido a encontrar en las teorías Pavlovianas y sobre todo en los trabajos del Académico Bykov sobre los reflejos condicionados a partir de las interocepciones viscerales.

En el I Simposio Colombiano sobre Psicoprofilaxis, celebrado el año pasado, en la contribución que presentó el Instituto Fernand Lamaze de Cali, figuraba la revisión sistemática del cuello y de la cavidad uterina sin anestesia, lo cual fué motivo de comentarios desfavorables y hubo quienes dudaron de que esto fuera posible. Hoy día tenemos la impresión de que esto fué debido tal vez a una confusión entre lo que se entiende por "extracción manual de la placenta", y la "revisión del cuello y de la cavidad" práctica totalmente diferente de la anterior. Otra de las causas posibles de estos comentarios, fué tal vez la omisión que hicimos a los detalles de la técnica para la revisión, método que por su sencillez y por creerlo ampliamente conocido, no quisimos presentarlo como técnica de nuestra propiedad. Es tal vez esta "técnica modificada" uno de los métodos más fáciles, rápidos y seguros para conducir el alumbramiento. Además de esta sencilla maniobra creamos condicionamientos especiales para cada uno de los tiempos de la revisión los cuales facilitan mecánicamente la maniobra y suprimen cualquier sensación dolorosa.

Hoy venimos con el propósito de presentar estas maniobras para que ustedes puedan gozar de las ventajas que con ellas hemos tenido; no queremos dogmatizar ni tratar de convencer a los escépticos, sin hacer notar una posibilidad más dentro de la práctica de la Psicoprofilaxis Obstétrica.

Revisaremos algunos conceptos de fisiología nerviosa indispensables para la comprensión de nuestro trabajo y detallaremos la técnica de la revisión de la cavidad y explicaremos los condicionamientos.

*EL DOLOR:* La multiplicidad de los factores desencadenantes de la sensación dolorosa y la calidad estrictamente subjetiva de su percepción, han hecho de ella un tema obligado de investigación y discusión desde los más remotos tiempos. En el momento actual no existe un acuerdo total por parte de los fisiólogos, pero es notorio el hecho de que las teorías predominantes guardan puntos

de identidad dignos de una pronta solución, que llevará a la unificación del concepto científico sobre el dolor. Es el órgano receptor o elaborador de la sensación dolorosa el motivo de discrepancias. Para el fisiólogo inglés Head la calidad de percepción dolorosa es patrimonio del tálamo óptico, dando como prueba más contundente la especificidad dolorosa del síndrome de lesión falánica; no comparten esta idea Pavlov y su escuela para quienes la corteza cerebral y exclusivamente ella, es capaz de elaborar sensaciones a partir de estímulos íntero o exteroceptivos. La unidad funcional córtico viscosomática del ser humano se ha convertido en la bandera de la escuela rusa, esa unidad funcional está representada en el organismo por las vías y centros que a continuación enumeramos.

*VÍAS DE LA SENSACION DOLOROSA:* En fisiología nerviosa el hablar de vías de conducción hace suponer de base la existencia de zonas de emisión de estímulos y de órganos receptores de esos influjos.

Primitivamente se aceptaba que una estimulación excesiva de cualquiera de los receptores era capaz de producir una sensación dolorosa, sin embargo, la electrofisiología se ha encargado de demostrar que existen puntos especializados en la percepción dolorosa. Las fibras encargadas de la conducción del influjo doloroso son tanto mielínicas como amielínicas, se caracterizan por transmitir estímulos de poca amplitud y frecuencia, hecho demostrado por Adrian y Hoagland.

Las fibras mencionadas siguen distintos caminos que conducen al mismo órgano: la corteza cerebral. Unas, al llegar a la raíz medular posterior hacen contacto en el ganglio espinal y penetrando por la zona de Lissauer van a detenerse en el cuerno posterior de la medula, de allí parte una segunda neurona cuyo cilindro-eje forma el cordón anterolateral del lado opuesto y va como todas las que describiremos a continuación, al núcleo externo del tálamo óptico. Otras fibras portadoras de la sensación dolorosa van por el cordón lateral homólogo, algunas alcanzan los estratos superiores sin detenerse en los cuernos posteriores sino recorriendo los cordones de Goll y Burdach y como si todas las anteriores vías no fueran suficientes, algunos impulsos dolorosos pueden ser transmitidos por neuronas cortas de la sustancia gris de la medula, y es que la complejidad de la sensación dolorosa no

puede tener un substrato anatómico menos complejo. Del núcleo externo del tálamo óptico parten fibras que llegan a la corteza cerebral.

*ANALIZADOR DEL DOLOR:* La escuela de Pavlov llama "analizador del dolor" a la unidad funcional responsable de la sensación dolorosa y que no es otra cosa sino la representación dinámica de las vías atrás enumeradas con sus respectivos puntos de partida y llegada, es decir, funciona gracias a un centro cortical principal junto con múltiples células esparcidas por la corteza cerebral, una extremidad periférica y sus respectivas vías de comunicación. La alteración o funcionamiento especial de una de sus partes constitutivas trae consigo una modificación en la percepción del dolor. Es sobre la porción cerebral del analizador que obra la hipnosis, la sugestión y la psicoprofilaxia, como sobre las vías, la raquianestesia.

*DOLOR VISCERAL:* El dolor visceral es el resultado de la llegada a la corteza cerebral de un impulso especializado con punto de partida en cualquiera de los órganos.

Las condiciones en las cuales se presenta un dolor visceral son:

a) Excitación de los receptores por un estímulo adecuado, existiendo la integridad de las vías nerviosas y un centro cortical en estado de actividad es decir, que no haya inhibición ocasionada por la activación simultánea de otro foco cortical.

b) Una vinculación temporaria entre el analizador cortical del dolor y otro analizador. Esta vinculación substituye el estímulo adecuado y las vías de comunicación dando el mismo resultado: dolor visceral. Este concepto fundamental en nuestro trabajo, se resume en la siguiente frase de Bykov, académico de la interocepción: "La corteza cerebral puede elaborar lazos temporarios a los influjos interoceptivos viscerales" y continúa diciendo: "La rapidez de la formación de los lazos temporarios varía mucho para los diferentes órganos: cuanto menor es la relación directa o indirecta del órgano con el medio a través de otros sistemas funcionales, tanto menor es la posibilidad de elaborar rápidamente un reflejo. Los reflejos condicionados que responden a estímulos interoceptivos se elaboran más lentamente que los provocados por estímulos exteroceptivos".

*INTEROCEPCION:* Los órganos de los sentidos tienen receptores que son excitados exclusivamente por estímulos del medio ambiente, Sherrington los llamó exteroceptores, denominándose interoceptores a aquellos que están situados en los órganos internos. La excitación de los interoceptores no es registrada por la conciencia, sino en contadas ocasiones y generalmente desencadena una respuesta refleja determinada, esto no quiere decir que no sean percibidas y analizadas por la corteza cerebral; de donde deducimos que la corteza cerebral puede cambiar el estado de los órganos internos y a su vez éstos pueden variar el comportamiento del individuo con el medio exterior, así Bykov concluye: "Un lazo temporario se elabora únicamente sobre la base de una excitación percibida por la corteza cerebral".

*VIAS DE DOLOR GENITAL:* Demostrada la existencia de interocepciones por los trabajos de Bykov, el concepto antiguo sobre la ausencia de órganos receptores viscerales y por ende de sensibilidad de los órganos internos, ha sido revaluado. Hoy sabemos que los órganos genitales internos tienen terminaciones nerviosas libres y corpúsculos de tipo Vater-Pacini que lanzan influjos dolorosos cuando son sometidos a presión, estiramiento o desplazamiento inhabituales. Estos influjos siguen las vías simpática y parasimpática, recorren el nervio presacro y los ramificantes que a nivel de D-11 y D-12 llegan a la medula, para en último término informar a la corteza cerebral. Lotis demostró la existencia en el cuello uterino de receptores táctiles que permiten una interocepción táctil muy imperfecta.

*REFLEJOS CONDICIONADOS A PARTIR DE INTEROCEPCIONES UTERINAS:* Lotis y Airapetianz experimentando con una perra que tenía el útero perfundido lograron crear reflejos condicionados cuyo punto de partida era la excitación de la mucosa uterina; Zagvozdin obtuvo resultados similares. Esta comprobación experimental dio la demostración categórica de que es posible crear lazos temporarios a los influjos provenientes de los mecánicos y quimiorreceptores del útero.

El dolor del parto es una de las manifestaciones más claras de condicionamiento realizado sobre interocepciones uterinas por acción de la palabra.

El método psicoprofiláctico utiliza la capacidad que tiene el cerebro humano para crear condicionamientos y ha aprovechado

los adelantos de la fisiología aplicada en la creación de los lazos temporarios con punto de partida genital para suprimir el dolor durante el parto. Vale la pena anotar que los reflejos condicionados del segundo sistema de señalización pueden aparecer después de una sola y única asociación.

*MANIOBRAS EN PSICOPROFILAXIA:* Todas aquellas maniobras que remedan o simulan los influjos interoceptivos propios de un parto eutócico pueden realizarse aprovechando las condicionamientos creados a esas interocepciones. Los reflejos condicionados se han creado en la corteza cerebral a partir de los mecanoreceptores del aparato genital y la estimulación de los mismos es la que desencadena el reflejo, no importa cual sea el motivo que la determina: feto o mano del obstetra.

De la habilidad en la imitación de situaciones anteriormente vividas por la madre, gracias a sus interoceptores, depende el éxito en la indolorización de la maniobra; estas vivencias pueden haber sucedido o ser el producto del segundo sistema de señales: la palabra. De esta manera es como ha sido posible la aplicación de fórceps, la revisión del cuello y la cavidad uterina mediante la psicoprofilaxia.

*Aplicación de fórceps sin anestesia:* Hecho comprobado por todos los que nos dedicamos a la psicoprofilaxia obstétrica. Las interocepciones que determina esta intervención deben ser las mismas que ocasiona la salida paulatina del polo fetal, condición de origen técnico en una buena aplicación de fórceps; la paciente responde con un pujo voluntario y la sensación dolorosa no tiene lugar a aparecer.

*Revisión del cuello:* La sensación de contacto que determinan nuestros dedos al presionar la vagina para a manera de valva de peso, exponer el cuello uterino, determina en la paciente el reflejo innato, del pujo que ha sido canalizado y perfeccionado por la educación. En el cerebro se elabora una sensación particular que determina la respuesta adecuada, estos momentos de funcionamiento especial de la corteza cerebral se aprovechan para la presión y visualización del cuello uterino, que durante el pujo se hace más accesible. La creación del condicionamiento se ha hecho cuando decimos "cuando ponga mis dedos en la vagina y presiona su periné, usted va a pujar en forma sostenida" aprovechamos

de esta manera el aprendizaje que la paciente ha seguido para dirigir su período expulsivo.

*Revisión de la cavidad uterina:* Para revisar la cavidad utilizamos la respiración soplada que cumpliendo su principal objetivo cual es mantener un cerebro en actividad, permite al médico presionar el abdomen y deslizar las paredes uterinas sobre los dedos índice y medio de la mano opuesta. En esta maniobra la paciente tiene dos clases de sensaciones: una exteroceptiva que proviene de la mano colocada sobre su abdomen y otra interoceptiva de los dedos que por el cuello uterino alcanzan una cavidad que posee múltiples corpúsculos sensitivos. La paciente en este caso responde a una sensación combinada con una respiración especial y que se ha creado cuando le decimos "cuando le practique este examen interno usted va a realizar su respiración superficial soplada". Es esta una aplicación más del poder insospechado de la palabra: la respuesta dolorosa no aparecerá.

#### *"TECNICA MODIFICADA" PARA LA REVISION DEL CUELLO Y LA CAVIDAD UTERINA*

a) Tanto la asepsia como la cateterización deben haber sido practicadas para la atención del parto. En caso contrario se hacen antes de la revisión. Aplicación de campos estériles y una compresa sobre la región anal. Cambiarse de guantes o ponerse otro par encima del que se utilizó para el parto.

Aplicando tres o cuatro dedos de una mano contra la pared posterior de la vagina se visualiza el cuello uterino y se coloca pinza de corazón en su labio anterior. Con la otra mano se tracciona hasta exponerlo totalmente. Si no se logra así, deberá pinzarse en su labio posterior, hasta visualizarlo en su totalidad.

b) Introduciendo los dedos índice y medio de una mano en la vagina y con la otra colocada en el fondo uterino se acerca éste hacia abajo, hasta que los dedos vaginales se introducen en la cavidad y la revisan cuidadosa y ordenadamente.

*CONDICIONAMIENTO:* Buscamos un condicionamiento que nos sirviera simultáneamente para facilitar las maniobras de revisión del cuello, de la cavidad uterina y que aprovechara las enseñanzas dadas sobre el pujo y la relajación. De esta manera fué posible utilizar los reflejos condicionados creados con anteriori-

dad y únicamente agregamos el condicionamiento a la interocepción que implicaba la aplicación de los dedos dentro de la vagina y el útero.

a) Para la revisión del cuello hacemos pujar la paciente cuando colocamos los dedos a manera de valva en la pared posterior de la vagina. Así se despierta el reflejo natural del pujo, se facilita la exposición del cuello y se logra una mejor prehensión del labio anterior. Fig. 1

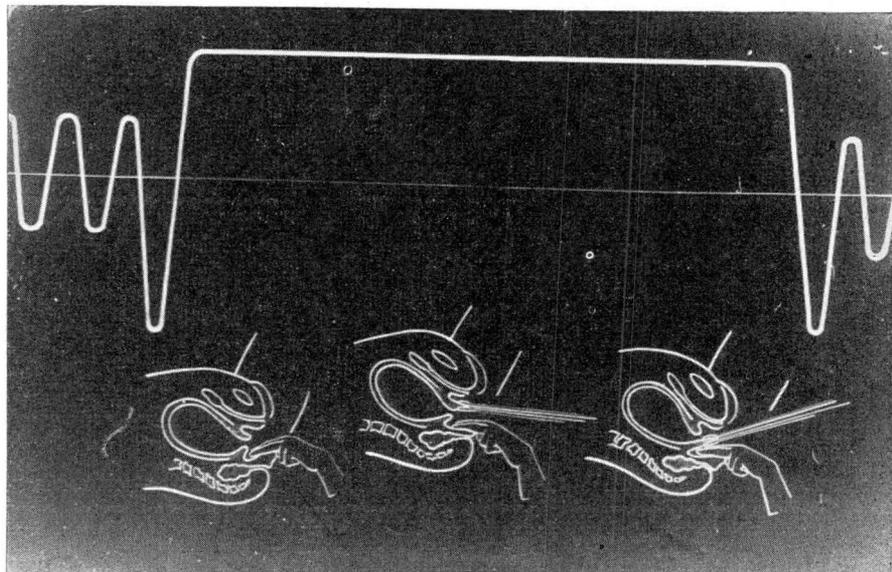


FIGURA N° 1

b) Para la revisión de la cavidad uterina aprovechamos la respiración superficial-acelerada y soplada. Se introducen los dedos índice y medio en la vagina y se hace respirar a la paciente hasta obtener una buena relajación de la pared abdominal. Dentro de esta respiración y aprovechando las primeras sopladas, introducimos los dedos en el útero a medida que lo hacemos descender con la mano colocada en el abdomen. Con las siguientes sopladas practicamos la revisión cuidadosa de la cavidad. Fig. 2

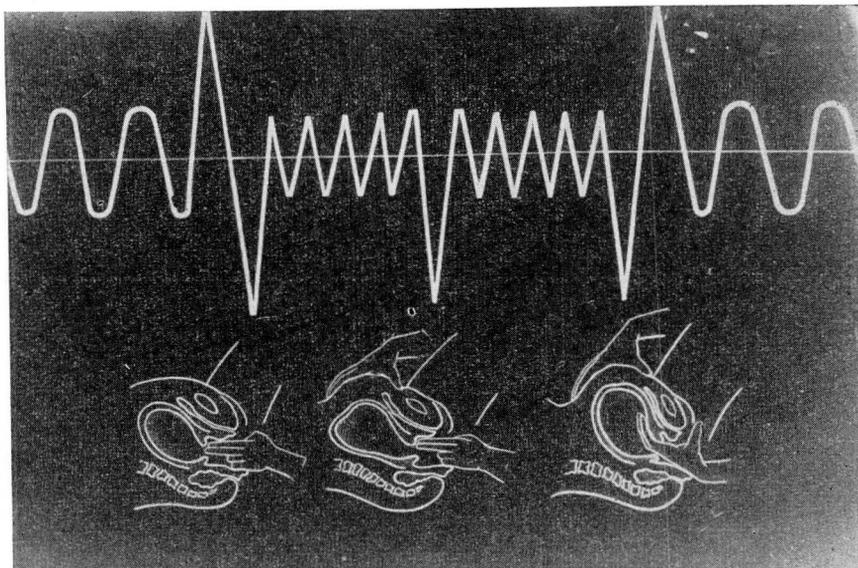


FIGURA N° 2

## REFERENCIAS

- NICOLAIEV A. **El parto sin dolor**. Ed. Cartago. Buenos Aires, 1957.
- PLATONOV K. **La palabra como factor fisiológico y terapéutico**. Ediciones en lenguas extranjeras. Moscú. 1958.
- LAMAZE F., VELLAY P. **Perspectivas abiertas por la experimentación del método psicoprofiláctico en algunos casos particulares de Obstetricia**. Comunicación al Congreso de Bruselas 1955
- VELLAY P. **Cinco años de experimentación en psicoprofilaxia**. Comunicación al Congreso de Turín. 1957.
- BYKOV K. **La corteza cerebral y los órganos internos**. Editorial Cartago, Buenos Aires, 1958.
- VERMOREL H. **El parto sin dolor**. Editorial Cartago, Buenos Aires 1957.
- LAMAZE F., VELLAY P., y col. **El parto sin dolor**. Editorial Ciencia y Vida, Buenos Aires 1957.
- ESCOBAR J., HENAO O., MUÑOZ S., SOLANILLA J., RIVERA A. **La preparación psicoprofiláctica de las embarazadas en el Instituto de Educación Prenatal "Fernand Lamaze" (Cali)**. Revista Colombiana de Obst. y Ginec. Vol. X, Sept. y Oct. 346, 1959.
- CARDENAS A. y CAMPOS H. **Aplicación del método psicoprofiláctico en la Clínica de Maternidad "David Restrepo"**. Revista Colombiana de Obst. y Ginec. Vol. X Sept. y Oct. 367, 1959.