

## **La preparación sicoprofiláctica de las embarazadas en la Clínica Los Angeles, de Barranquilla (\*)**

**Doctores Fernando Navas Uribe, Eduardo Acosta Bendek, Fabián Jiménez Arango, Hugo Flórez Moreno, Jorge Telle Quijano, Atilio Marino, Eduardo Martínez Gómez.**

Fecha de la fundación del equipo, el 18 de junio de 1958.

No ha habido reuniones regulares de equipo.

Trabajos desarrollados por el equipo:

Conferencia dictada por el doctor Fernando Navas Uribe en el Teatro de Bellas Artes, a las madres católicas, con asistencia de 500 señoras.

Folletos: el discurso del Papa, que se distribuye a todas las señoras del curso.

En varias oportunidades se obtuvo la proyección en "Femenino" en el Teatro Colón, de la película "El Momento Sublime".

### **I PARTE**

#### **PROGRAMA DE LAS CLASES TEORICAS**

Las clases son dictadas por los médicos, semanalmente y en número de ocho, según programa adjunto. Se inician a los seis meses de embarazo. El número de las alumnas se ha limitado a quince. El sitio del salón de clases es la Clínica Los Angeles. Las alumnas pertenecen a las primeras clases sociales, que es la clientela general de esta clínica. A los maridos se les dictan dos conferencias, la primera y la última de cada curso. Medios de enseñanza: tablero, proyecciones, prácticas en las salas de control y de partos. Las clases tienen una duración de cuarenta y cinco minutos y se dictan en un lenguaje apropiado.

---

(\*) Contribución al primer Simposio Colombiano sobre el método sicoprofiláctico del parto.

## CURSO PARA EL METODO SICOPROFILACTICO DEL PARTO

### PROGRAMA DE CLASES TEORICAS

**I) Aspectos sicosomáticos de la maternidad. Método sicoprofiláctico.**—(Con asistencia de los esposos. 8 p. m. Doctor Navas Uribe).

Introducción al curso. Aspectos sicosomáticos del embarazo. Necesidad de que el marido conozca estos aspectos. Ignorancia. Temor. Historias alarmantes.

Aspectos sicosomáticos del parto. Creación y evolución del método sicoprofiláctico. Reflejos simples, condicionados, desacondicionamientos y acondicionamientos de nuevos reflejos.

Aplicación y extensión del método. Concepto del Vaticano. Plan del método: 1º a) Preparación intelectual (médica y obstétrica); b) Preparación emocional; c) Preparación física (comparación con deporte).

Posibilidades de éxito. Uso de drogas. Cómo era antes el parto y cómo es ahora. Colaboración del esposo. Sentido maternal. Permanencia del niño en el cuarto de la madre. Alimentación materna.

**II) Anatomía y fisiología de los órganos femeninos de reproducción. Embarazo.** Doctor Flórez Moreno.

Anatomía de la pelvis. Anatomía y fisiología de los órganos de reproducción. Relaciones de los órganos pélvicos. Ciclo ovárico. Menstruación. Ovulación. Fecundación. Nidación. Embarazo. Desarrollo del embrión y el feto. Situación. Posición. Presentaciones más frecuentes (no hablar de distocias). Envoltura del huevo. Líquido amniótico. Cordón umbilical. Placenta y sus funciones. Modificaciones producidas por el embarazo. Crecimiento del abdomen. Senos. Piel. Pigmentos. Estrías. Lordosis lumbar. Marcha. Respiración. Higiene prenatal. Cuidados del embarazo. Alimentación. Vestidos. Visitas al médico (pasar las placas).

**III) Mecanismo del parto** (Doctor Acosta Bendek).

Fisiología uterina. Contracciones. Fibras del cuerpo y del cuello. Signos premonitorios del parto (pre-parto). Contracciones: necesidad de saber percibir las; sus características, peso en las caderas por descenso de la cabeza, etc. Signos del comienzo

del parto: borramiento, dilatación, encajamiento, descenso, desprendimiento de cabeza, de hombro, expulsión total, alumbramiento, descenso, desprendimientos de cabeza, de hombro, expulsión total, alumbramiento y puerperio. Duración del parto. Obstáculos del parto: cuello y periné, bolsa de las aguas. El recién nacido: ligaduras del cordón (hacerles ver que las hernias no se producen por la mala técnica de la ligadura). Pasar placas y pintar las fibras uterinas en el tablero.

#### IV) Preparación para el parto (Doctor Jiménez Arango).

Parto. Deporte. Entrenamiento físico. Respiración. Oxigenación. Modificaciones torácicas producidas por el embarazo. Adaptación respiratoria (Véase Lamaze, páginas 67 a 72). **Relajación.** Objeto de la gimnasia: aliviar el dolor lumbar, dar mayor movilidad a las articulaciones y adaptarlas mejor al parto, proporcionar sensación de relativa agilidad y de verdadero bienestar físico, etc. Objeto de la relajación muscular. Educación neuro-muscular (Véase Lamaze, páginas 67 a 72).

#### V) Comportamiento en el parto (Doctor Tello Quijano).

Prácticas en las salas, signos del comienzo, informar personalmente al médico —en qué momento ir a la clínica— cómo comportarse en los primeros momentos de la dilatación. Insistir con gran énfasis sobre la necesidad de no llevar familiares a la clínica: un solo acompañante es suficiente. Proceso de rutina en la clínica. Período de dilatación. Lavado intestinal. Afeitada. Tactos. Durante las contracciones: relajación y respiración abdominal. Dextrosa (con micoren) y oxígeno. Tranquilizadores. Período expulsivo: cómo se puja y posición para el pujo. Bloqueo de la respiración. Importancia de saber relajar el periné (ademán de micción). Expulsión del feto. Señalar que es el momento de máxima emoción en que la madre ve y oye a su hijo (el premio del campeonato). Alumbramiento. Período de calma y actitud tranquila.

#### VI) Aspectos mentales y emocionales del embarazo (Doctor Martínez).

Aspectos emocionales del embarazo. Necesidad de perder el temor al embarazo y al parto. El parto como fenómeno natural. Principales temores de las embarazadas y su falta de fundamento. El embarazo debe ser aceptado. Inconvenientes del rechazo al embarazo. Efectividad del método sicoprofiláctico si colabora la paciente. Higiene mental de la embarazada.

**VII) Puericultura (Doctor Marino).**

Ventajas para el niño. Darle instrucción para atender personalmente al hijo desde los primeros días. Alimentación materna. Ventajas de la permanencia en la misma pieza de la madre. Ombligo, baño, deposiciones, teteros, higiene, vómitos, regurgitaciones, flemas, catarros, llanto. Causas: ropa, educación, control de peso y estatura, enfermedades del primer año, vacunación (viruela y poliomielitis). ¿Es ventajoso que a las niñas les dé las enfermedades eruptivas a virus?

**VIII) Repaso general con asistencia de los esposos. 8 p. m.**  
(Doctor Navas Uribe).

**II PARTE**

PROGRAMA DE CLASES PRACTICAS (Entrenamiento neuromuscular).

Las clases prácticas las dicta la enfermera instructora: una semanal, a continuación de las conferencias teóricas, en número de doce, que se inician desde los seis meses de embarazo. El número de alumnas se ha limitado a quince. El salón se encuentra en la Clínica Los Angeles, y su dotación consta de colchonetas, almohadas y sillas. La instructora es enfermera graduada. Las alumnas tienen varias clases prácticas en las salas de partos y control.

**III PARTE**

ESTUDIO SOBRE APOYO DEL TRABAJO Y CONDICIONES DE LA CLINICA

Apoyo del parto. La mayoría de los obstetras permanecen con la señora desde el momento en que ésta se interna en la clínica. La enfermera de control asiste a la señora durante todo el trabajo de parto. En ocasiones la enfermera instructora, que es diferente a la de control, asiste a la señora desde su ingreso a la clínica. No hay diferencia de conducta en cuanto a primíparas y múltiparas. En el periodo de dilatación, y con bolsa intacta, se permite que la señora permanezca levantada hasta una dilatación de cinco centímetros. Después se acuesta en la cama para que la relajación sea lo más perfecta posible. Al final de este periodo se le suministra oxígeno durante la contracción. Con dilatación

de ocho a diez centímetros se pasa la señora generalmente caminando a la sala de partos y sólo se coloca en posición ginecológica cuando el niño corona para acortar en cuanto sea posible dicha posición, en la cual se ha observado que es un poco difícil obtener una buena relajación. La respiración se deja a la elección de la señora, ya sea la abdominal profunda o la jadeante, indistintamente o combinadas. La mayoría de las señoras han obtenido una relajación completa durante todo el trabajo. La posición durante el trabajo también se deja a la elección de la señora, como se sienta más cómoda. En todas las primíparas y las múltiparas que lo necesiten se efectúa episiotomía con anestesia local (xilocaína). La mayoría de los esposos han sido muy buenos colaboradores del método; a ellos se les permite estar en la sala de control y en los partos a quienes así lo desean. Sólo se permite un acompañante; sobre esto se insiste en las clases. La clínica se ha acondicionado para que sea lo más favorable posible el método. El médico residente y las enfermeras de control conocen el método. Cuando la dilatación es aproximadamente de cinco centímetros se le aplica a la mayoría de las señoras, si las contracciones son intensas, media ampolla de demerol y una de efosina. También se han usado tranquilizadores tipo ecuanil u oblivón. Para acortar el período expulsivo se usa pitocín; dos unidades generalmente son suficientes. Hasta la fecha no se han presentado distocias. Hubo un caso de presentación de pélvis que evolucionó normalmente. Se han efectuado dos inducciones por inercia secundaria con suero pitocinado con resultados satisfactorios. La reparación de lesiones perineales se efectúa con anestesia local (xilocaína). Los alumbramientos han sido dentro de los límites normales. A una señora hubo necesidad de hacer extracción manual con trilene. La duración del trabajo ha sido así:

Tiempo promedio de todas las señoras (60) 8 horas 50 minutos

Primíparas . . . .	17	12	"	10	"
Secundíparas . . . .	16	8	"	32	"
Múltiparas . . . .	27	6	"	30	"

#### IV PARTE

##### DATOS ESTADISTICOS

Número de pacientes preparadas . . . . .	101
Número de partos . . . . .	60

Para la clasificación de resultados se emplea tanto el criterio del médico como el de la paciente, primando el primero, como es natural.

Las causas principales de los fracasos se deben a la mala selección de las pacientes, deficiencia en la práctica de los ejercicios en la casa, ambiente familiar desfavorable, apoyo insuficiente por parte del médico durante el trabajo de parto.

**Calificación de resultados:**

Excelentes: . . . . .	36 casos	60%
Buenos, . . . . .	17 "	28.4%
Regulares: . . . . .	5 "	8.4%
Malos . . . . .	2 "	3.2%
<hr/>		<hr/>
Total: . . . . .	60 "	100%
<hr/>		<hr/>

**Asistencia a clases:**

Nº de clases	%	Nº de señoras	%
8	100%	37	61.05
7	87.6	10	16.94
6	75	8	13.55
5	62.5	3	5.08
4	50	1	1.69
1	12.5	1	1.69
<hr/>		<hr/>	<hr/>
Total . . . . .		60	100.0%
<hr/>		<hr/>	<hr/>

**Asistencia a ejercicios:**

Nº de ejercicios	%	Nº de señoras	%
12	100	27	45.7
11	91.6	9	15.2
10	83.3	13	22.
9	75	4	6.7
8	66.6	3	3.3
7	58.3	2	3.3
5	41.6	1	1.6
4	33.6	1	1.6
<hr/>		<hr/>	<hr/>
Total . . . . .		60	100%
<hr/>		<hr/>	<hr/>

## V PARTE

## ASPECTOS PEDIATRICOS DEL METODO

La principal ventaja para el niño es la falta de intoxicación de origen anestésico, por lo cual lloran espontáneamente y las condiciones al nacer son excelentes.

Durante las clases se le insiste a las madres sobre las ventajas de la alimentación materna para el niño, comparadas con la alimentación artificial.

**Datos estadísticos:**

Peso promedio . . . . .	7.9 libras
Peso mínimo . . . . .	5.4 "
Peso máximo . . . . .	9.8 "
Talla promedio . . . . .	51 1 cm.
Talla máxima . . . . .	54
Talla mínima . . . . .	46
Número de niñas . . . . .	31 — 51 6%
Número de niños . . . . .	29 48 2%
Mortalidad infantil . . . . .	0%

**N. de la R.**—Como se hizo notar en el simposio, el trabajo del equipo de la Clínica "Los Angeles", de Barranquilla, fue uno de los más brillantes, pues sus datos estadísticos arrojan tan solo un 3.2% de fracasos. Conviene transcribir el comentario de Universitarias Médica, de la Universidad Javeriana (Volumen IV. Número 2, febrero de 1959): "El trabajo del doctor Fernando Navas Uribe, desarrollado en la Clínica Los Angeles, de Barranquilla, es un ejemplo sin igual para todos los obstetras colombianos por la perfecta adaptación de la clínica para el método. De ahí el número de fracasos insignificantes del doctor Navas. Por tal motivo la comisión de conclusiones recomendó adaptaciones especiales en las clínicas".

### INFORME DE COMISION SOBRE LA DIFUSION DE LA PREPARACION SICOPROFILACTICA EN COLOMBIA

**Doctores Torrado, Hernando Amaya León y Carlos R. Silva Mojica**

Aceptando lo que afirma Nicolaiev que el método sicoprofiláctico de analgesia obstétrica es un sistema de masas, hemos elaborado un programa con fines a una mayor difusión del mismo,

pues es ésta la única forma de aplicar estos principios, cuyos beneficios, si bien son inmediatos, serán más evidentes en las futuras generaciones.

El método sicoprofiláctico es netamente dinámico: dinámico en su inspiración, dinámico en su esencia científica; asimismo debe serlo en su práctica. Sus proyecciones y finalidades son de tal repercusión, que tan solo aquellos que se han preocupado de conocerlo en detalle pueden vislumbrar sus enormes perspectivas sociales.

Tan solo el total desconocimiento de sus bases científicas y su contenido humano, justificará la apreciación de quienes califican la sicoprofilaxis como un "método más de analgesia obstétrica"; son éstos precisamente los que han continuado en el error inicial de considerar el dolor como inevitable y hasta necesario para el parto; el mérito de los iniciadores del método reside exactamente en haber tomado otro punto de partida, intuyendo la sicogénesis del dolor y la impreparación de la embarazada y aceptándolo tan sólo cuando el parto se realiza fuera de su natural fisiologismo.

Cuando se logre descondicionar universalmente el reflejo: contracción-dolor, reemplazándolo por el de contracción-esfuerzo, y cuando se pueda educar al futuro médico y sus auxiliares dentro del concepto de que el dolor en el parto no sólo es evitable sino perjudicial y de que esto se puede lograr con la preparación sicofísica de la gestante, se estaría entonces sí ante el verdadero objetivo del método. Esto es aún utópico afirmarlo: será una bella realidad; por eso volvemos a repetir que el parto sin dolor por el sistema sicoprofiláctico, no es ciertamente para la madre moderna, sino para la madre del mañana.

A continuación enumeraremos los siguientes puntos del proyecto de norma que hemos acordado los miembros de la comisión para una mayor difusión del método; los primeros numerales se relacionan principalmente con la formación y capacitación del personal médico y auxiliar; los últimos se dirigen a una campaña más exactamente de tipo social.

#### **PROGRAMA PARA LA DIFUSION DE LA SICOPROFILAXIS OBSTETRICA EN COLOMBIA**

1º Organización de cursillos teórico-prácticos en cada una de las sedes. Actualizaciones.

2º Intensificación de la enseñanza del método a los estudiantes de medicina y enfermeras, en los diferentes centros docentes.

3º Organización de cursos de información sobre el método para médicos y enfermeras en los sitios donde no se haya practicado.

4º Interesar a los hospitales y clínicas de Provincias en la práctica del método.

5º Proyectos de financiación por las casas de drogas para la publicación de folletos e información general sobre el método.

6º Incluir literatura sobre la sicoprofilaxis obstétrica en las secciones científicas de la prensa ordinaria y otros medios de difusión (radio y TV).

7º Recomendar y auspiciar la presentación de documentales o películas relacionadas con el método.

8º Inclusión de nociones sobre el parto sin dolor en los cursos de preparación pre-matrimonial.

9º Tratar con las autoridades competentes sobre una posible inclusión de nociones sobre sicoprofilaxis obstétrica en los planteles de segunda enseñanza.

10. Recomendar a los médicos que practican el método una mayor información sobre éste, y una participación más activa y convincente en su difusión.

## I N F O R M E

### DE LA COMISION DE HISTORIA CLINICA Y ESTADISTICA.

#### CONCLUSIONES

Doctores Carlos R. Silva Mojica, Alberto Gómez T., Efraín González,  
Guillermo Lesmes y A. Gutiérrez.

#### I

Elaboración de un formato de historia clínica sencillo, de fácil codificación, con los datos más importantes referentes a la Preparación S. P. Este formato debe ser adoptado por todos los miembros de la SCOSS en sus diferentes sedes y propuesto a todos los equipos de sicoprofilaxis con miras a una unificación estadística.

## II

En todas las clínicas donde se practique sicoprofilaxis se dejarán esqueletos de esas historias a disposición de los obstetras, quienes procederán a llenarlos después del parto. Posteriormente se entregarán las historias completas a la comisión de estadística, quien las revisará y luego las pasará a codificación.

## III

Se debe anotar el sistema de codificación por tarjetas, correspondientes a cada uno de los numerales del esqueleto de historia, con las adiciones del caso a cada uno de los numerales. En esta forma se mantendrá una estadística exacta y al día. La Secretaría de la SCOSS, con un debido entrenamiento en el manejo del fichero, facilitará enormemente esta labor.

## IV

La parte pediátrica de la historia fue consultada con los correspondientes especialistas, quienes propusieron un sistema científico para la valoración del recién nacido (Esquema de Apgar). Los pediatras de la SCOSS, en sus diferentes sedes, colocarán en las salas de parto una hoja con el mencionado esquema y las explicaciones del caso.

Se ha elaborado también una hoja para control futuro del niño, que será manejada por los pediatras.

## V

En cuanto al criterio para la calificación de resultados, se debe seguir por el momento lo acordado en el Primer Simposio.

## VI

En cuanto a la calificación de la preparación, se debe tener en cuenta no el número de clases a que haya asistido la señora, sino el aprovechamiento y asimilación del método, comprobados por el obstetra en las cercanías del parto o en el parto mismo.

**El modelo de historia clínica para apreciar los resultados del parto es el siguiente:**

SOCIEDAD COLOMBIANA DE OBSTETRICIA SICOSOMATICA  
PREPARACION SICOPROFILACTICA DE LAS EMBARAZADAS  
PARA EL PARTO

R E S U L T A D O S

---

**Instrucciones para llevar esta Hoja de Control.**

SUBRAYE O LLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO CUANDO CORRESPONDA

---

Nº de Historia

- |                 |                              |
|-----------------|------------------------------|
| 1. Paciente     | 4. Edad                      |
| Fecha del parto | 5. Grávida ..... para .....  |
| 2. Médico       | 6. Nº de partos con P. S. P. |
| 3. Equipo       | 7. Edad del embarazo         |
|                 | 8. Ocupación                 |
- 

9. Examen Sicológico:

---

10. Complicaciones durante el embarazo: amenaza de aborto; amenaza de parto prematuro. Placenta previa. Toxemia. A. Renal. Hiperemesis. Cardiopatía. Hidromnios. Trauma siquico. Rechazo al embarazo. Isoinmunización Rh. Anemia. Otros.
- 

**Preparación:**

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| 11. Nº de conferencias     | 13. Preparación extemporánea                |
| 12. Nº de clases prácticas | 14. Calificación de la preparación B. R. M. |
- 

**Parto:**

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| 15. Espontáneo                | 24. Membranas: Ruptura: espontánea, artificial, precoz, prematura, tempestiva, tardía. |
| 16. Inducción                 | 25. Episiotomía: con anestesia, sin anestesia.   |
| 17. Conducción                | 26. Desgarro, grado  |
| 18. Presentación y variedad   | 27. Sutura perineal: con anestesia, sin anestesia.                                     |
| 19. Rotación: fácil, difícil  |  |
| 20. Expulsión: fácil, difícil |  |
| 21. Duración de la dilatación |  |
| 22. Duración de la expulsión  |  |
| 23. Duración total            |  |

28. Forceps. Indicación: con anestesia  
 29. Fórceps: Indicación sin anestesia  
 30. Otras maniobras obstétricas:

**Drogas aplicadas** (Incluido oxígeno y analgésicos). Dosis:

31. En el borramiento  
 32. En la dilatación  
 33. En la expulsión  
 34. En el alumbramiento  
 35. En el Post-parto

**Anestesia**

36. Clase de anestesia  
 a) general  
 b) regional:  
 c) local:  
 37. Tiempo de parto en que fue aplicada:  
 38. Indicación  
 39. Duración  
 40. Complicaciones:

**Alumbramiento**

41. Espontáneo  
 42. Natural  
 43. Artificial  
 44. Tiempo: a los minutos  
 45. Maniobras: extracción manual, otros:  
 46. Revisión uterina  
 47. Complicaciones

**Recién nacido**

48. Peso  
 49. Talla  
 50. A término  
 51. Prematuro  
 52. Postérmino  
 53. Reanimación  
 54. Cuidados especiales:  
 a) incubadora  
 b) oxígeno  
 c) otros  
 55. **Estado físico (Apgar)**  
 color 2 1 0  
 respiración 2 1 0  
 pulso 2 1 0  
 tono muscular 2 1 0  
 respuesta al estímulo 2 1 0

56. **Calificación**

--

### Complicaciones

- |   |  |
|---|--|
| <p>57. <b>En la dilatación:</b> fatiga, vómito, lumbalgia, calambres, parestesias, dolor, temor.</p> <p>distocia cervical:<br/>distocia dinámica:<br/>sufrimiento fetal:<br/>otros:</p> | <p>58. <b>En la expulsión:</b> fatiga: vómito, calambres, lumbalgia, parestesia, dolor, temor</p> <p>distocia cervical:<br/>distocia dinámica:<br/>sufrimiento fetal:<br/>otros:</p> |
|---|--|
- 

### Descondicionamiento

- |   |  |
|---|--|
| <p>59. En el borramiento</p> <p>60. En la dilatación</p> <p>61. En la ruptura de las membranas</p> <p>62. En la fase de transición</p> <p>63. Al pasar a la sala</p> <p>64. En la expulsión</p> | <p>65. Causa del descondicionamiento</p> |
|---|--|
- 

66. Puerperio. Normal. Sepsis. Complicaciones inmediatas o tardías:

---

67. Estado de la madre a la salida de la clínica:

68. Estado del niño a la salida de la clínica:

69. **Observaciones de la madre:**

---

70. **Observaciones de la instructora:**

---

**71. Observaciones del obstetra:**

Relajación:

Respiración:

Procedimientos indolorizantes:

Pujo:

Otros medios de condicionamiento:

---

**72. Calificación del caso: E. B. R. M.**

---

**73. Causas del fracaso:**

Obstetra:

Doctor \_\_\_\_\_