
Causas de Fracaso en Sicoprofilaxis Obstetrica *

Dr. C. R. SILVA-MOJICA **

Dr. M. A. FERNANDEZ-BASTIDAS **

Bogotá-Colombia.

Hoy está demostrado que a pesar de una alta frecuencia de éxitos obtenidos en sicoprofilaxis, existen algunas excepciones que nos podrían hacer pensar que el método no sería aplicable a todas las mujeres con la misma eficacia.

Las estadísticas soviéticas señalan un número apreciable de fracasos que corresponde a un 10%; en Francia entre resultados mediocres y fracasos se llegó a un 14%, cifra que más tarde ha sido notablemente disminuída. Entre nosotros en las primeras comunicaciones, (5) se presentaron como fracasos los casos regulares y malos, y su porcentaje ascendió al 31% y más tarde en series de casos más limitadas un 17% (7) y hasta un 0% (8).

Valiéndonos pues de un artículo citado por Vermorel y publicado en "La Revue de la Nouvelle Medicina" de París, (1) (10) podemos clasificar cinco causas de fracaso:

- a) Causas debidas al experimentador.
- b) Causas debidas a las condiciones ambientales.
- c) Causas debidas a las condiciones de vida de la parturienta.
- d) Causas debidas a la mujer misma.
- e) Causas asociadas con los tipos nerviosos.

A.- CAUSAS DEBIDAS AL EXPERIMENTADOR.

* Trabajo presentado al II Simposio Colombiano de Sicoprofilaxis Obstétrica. Medellín. Colombia, mayo de 1960.

** Miembros del Equipo Médico de Estudios Sicofísicos de Analgesia Obstétrica de Bogotá (EMESFAO).

Entre las causas debidas exclusivamente al médico que trata de poner en práctica el sistema, debemos considerar dos de primordial importancia: el insuficiente conocimiento de la fisiología pavloviana y una técnica imperfecta o improvisada.

En el primer caso es lógico pensar que aquel experimentador que ha omitido el estudio de los principios básicos sobre los cuales se ha estructurado el método, no habrá podido obtener otro resultado diferente al fracaso.

B.- CAUSAS DEBIDAS A CONDICIONES AMBIENTALES

Entre las causas de fracaso debidas a condiciones desfavorables del ambiente que rodea a la paciente, debemos considerar las condiciones materiales y aquellas que tienen que ver con el personal encargado de tratar con las pacientes en entrenamiento.

Refiriéndonos a las condiciones materiales volvemos a citar a **C. Jeanson** (9) quien describe en esta forma la clínica ideal: "Esta debe tener un acceso fácil, enmarcado por jardines, debe ser aireada y absolutamente tranquila. Nada que pueda dar aspecto frío o austero, es decir, nada que pueda en un momento producir inquietud". Igualmente en las recomendaciones dadas por **Lamaze** (2) a sus colaboradores podemos leer: "Es necesario señalar en primer lugar, la falta de espacio, los locales pequeños y mal situados. En nuestra maternidad de cuarenta y dos camas, nosotros sufrimos de dos males: lo exiguo del espacio y la abundancia de mujeres, en tal forma los resultados no podrán ser mejores. En ningún momento y a ningún precio se debe olvidar que la calma es la regla indispensable. Toda atmósfera tensa o agitada conduce al fracaso aún a las mujeres mejor preparadas".

En cuanto al personal que actúa en las maternidades, no vencido en la mayoría de los casos; constituye una de las más difíciles causas de fracaso para ser corregidas. En efecto el logro de un "clima humano" como bien dice Vermorel, no se obtiene sino desechando del lenguaje la palabra hiriente o la indiferencia en el trato de las pacientes. Con altas fines, el entrenamiento continuo y sistematizado del personal auxiliar no puede nunca menospreciarse. En la misma forma un personal insuficiente o incoordinado puede aumentar la frecuencia de los fracasos.

De todos es conocida la necesidad de un permanente condicionamiento de la embarazada; por lo tanto para ponerlo en práctica se requiere un numeroso grupo de médicos y enfermeras dedicados a él. Pero si tal grupo no trabaja de manera coordinada su labor seguramente se verá condenada al fracaso, pues la sicoprofilaxis es la práctica médica que requiere mayor colaboración entre los obstetras, el personal de instructores, de enfermeras, de siquiátras, pediatras, etc.

C.- CAUSAS DEBIDAS A LAS CONDICIONES DE VIDA DE LA PACIENTE

Este grupo de causas de fracaso puede resumirse en dos primordiales: dificultades de orden social y hostilidad y escepticismo social. La primera ya contemplada por nosotros en trabajos llevados a cabo con clientela hospitalaria (4) comprende falta de asistencia a conferencias y prácticas por imposibilidad de abandonar las labores del hogar o dejar de asistir a un empleo; y en no pocas ocasiones las dificultades de movilización del hogar al hospital o clínica. Por tales motivos, el grado de preparación y su calificación debe tener en cuenta el número de faltas de asistencia que influyeron en el fracaso. La creación de guarderías en aquellos servicios hospitalarios frecuentados por mujeres con niños pequeños contribuirá a infundir a las madres la confianza y tranquilidad indispensables para poder aprovechar la instrucción sicoprofiláctica.

En la misma forma las dificultades financieras producidas por un sueldo insuficiente devengado por el jefe del hogar y que no alcanza a cubrir las necesidades de la familia, tiene que influir sobre las causas de fracaso; pues a consecuencia de ésto, la preocupación por la llegada de un nuevo niño va a poner en problemas a una madre reducida en no pocos casos a un espacio vital mínimo.

Además las deficiencias nutrimentales producidas por factores ya analizados, pueden restarle en no pocos casos aptitudes físicas a una madre para completar por el pujo el segundo período.

En cuanto a la hostilidad al método y a quienes lo ponen en práctica; es de todos conocido como factor descondicionante productor de fracasos. El escepticismo con que es mirada por algunas mujeres o aún por ciertos médicos, la paciente que dice estar practicando el método sicoprofiláctico, en no pocas ocasiones, y en especial cuando no se le ha inculcado aún una confianza suficiente en él, explicaría el fracaso de mujeres cuyo mundo social en que actúan, rodeado de excesiva frivolidad, trata de ahogar la confianza que inculca el médico durante la instrucción sistematizada y que súbitamente puede desaparecer de un día para otro.

D.- CAUSAS DEBIDAS A LA MUJER MISMA

Considerando aisladamente las primigestantes y las multigestantes tenemos:

a) En las primigestantes; a algunas muy jóvenes, generalmente inmaduras tanto emocional como fisiológicamente, quienes consideran imposible que su hijo pueda nacer en forma natural, y que en la mayoría de las veces influenciadas desfavorablemente por la madre o por la suegra llegan al parto, a pesar de la instrucción, en un completo derribe psicológico.

Casos de mujeres tratadas largamente a causas de su esterilidad, que llegan a desarrollar verdaderas crisis de angustia, cuyo climax al coincidir con el momento del parto pueda dar lugar a un estado de verdadera sicosis incompatible a todas las luces con un resultado exitoso.

Aquellas mujeres intelectuales que por su misma erudición tienen tendencia a ver todos los aspectos de su embarazo y de su parto en forma complicada y desenfocada de la realidad, y cuya instrucción es un tanto difícil, hace que sean casos mas tarde catalogados como fracasos. Con el objeto de hacer este estudio de resultados, correlacionado con pacientes intelectuales (profesionales, escritoras, enfermeras, esposas de médicos, etc.) en nuestra primera comunicación presentada al III Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología las catalogamos como pacientes conflictivas designadas así por "ser por poco o nada propicias adaptarse al método o a aceptarlo". (7).

b) En las multigestantes el escepticismo con que en algunos casos es tomada la preparación, por haber tenido partos distócicos, prolongados, dolorosos, cuyo recuerdo, máxime si existe el antecedente de mortinatos, hace que la paciente tienda hacia al fracaso.

Además de las anteriores causas relacionadas con la paridad de la paciente, deben tenerse en cuenta las causas locales, obstétricas, causas psicológicas, causas físicas, fracasos debidos a falta de preparación y fracasos debidos a falta de condicionamiento o pérdida de él en el curso del trabajo del parto.

Cabe señalar entre las causas obstétricas de fracaso las variedades posteriores cuyo encajamiento y posterior rotación a occipito púbica se hacen más demorados, alargando la duración total del parto, y siendo causa de un aumento en el tono y frecuencia de la contracción.

Las presentaciones de pelvis cuyo mecanismo de evolución en el parto difiere notablemente a lo explicado y aprendido por la paciente durante las conferencias de instrucción, puede ser motivo de descondicionamiento.

El antecedente de una cesárea practicada por indicación diferente a distocia ósea, crea un terreno de angustia muy explicable por la perspectiva de su repetición.

En lo relativo a causas psicológicas además de las ya señaladas como estados de angustia sin causa específica, debemos considerar el caso de la paciente pasada del término, o el caso de la paciente que inicia el trabajo prematura o precozmente. El caso de la paciente que ha tenido un grave choque emocional días antes del término (muerte del marido abandono de éste, etc.). Madres solteras que durante todo el embarazo están con un permanente complejo de

culpa, y que en el momento del parto sienten la obligación de sufrir con él como una compensación expiatoria. O el caso de la primigestante que tiene su parto antes de los nueve meses de matrimonio y le aterra el "qué dirán" de sus amistades.

Entre las causas físicas tendríamos aquellas enfermedades crónicas tales como TBC, las cardiopatías, las deformaciones óseas, etc., que pueden crear una inferioridad orgánica de la mujer durante el parto dando lugar a una sensación de imposibilidad para tener el hijo por el método.

Por último, como causas de fracaso emanadas de la paciente misma debemos considerar aquellas reacciones desfavorables vividas por ella en los últimos días del embarazo (falsos trabajos) y en el momento de su hospitalización (mala acogida por el portero a la madrugada, enfermeras mal educadas e irasibles) o bien excesiva congestión en los pisos de maternidad o en las salas con pacientes no preparadas por el método cuyos gritos y comportamiento alcanza por vecindad o crear un estado aprensivo y muy cercano al fracaso.

E.- CAUSAS EN RELACION CON LOS TIPOS NERVIOSOS

De todos es conocida la importancia dada por algunos autores como Nicolaiev a los tipos nerviosos en relación con resultados pero también es de todos conocido que tales tipos nerviosos han dado lugar a una polémica, por el hecho de que tales tipos son tomados de experiencias llevadas a cabo en animales.

Por estos motivos las clasificaciones tal como la insinuada por nosotros en nuestra primera comunicación (7) y consistente en: paciente estables, calmadas, optimistas y por oposición: inestables, angustiadas, consentidas, nerviosas, adolece de varias fallas y solamente después de una apropiada clasificación tipológica (llevada a cabo por los siquiátras y motivo de una nueva comunicación) se podrá tener en cuenta la influencia de cada tipo nervioso sobre la mayor o menor aparición de fracasos.

FRACASOS EN S. P. O. HISTORIAS CLINICAS

Presentamos a continuación el estudio de 25 historias de fracasos sobre 201 casos estudiados (12%) atendidos por el EMESFAO. (Equipo Médico de Estudios Sico-físicos de Analgesia Obstétrica de Bogotá) durante el año de 1959 en la Clínica Palermo de Bogotá.

1° — G2 P2 a término vértice. Trabajo: 2 horas 20. Episiotomía: Regular. Masculino de 3.500 gr.

Causa del descondicionamiento: Dolor y temor en la dilatación y expulsión. Dice la señora que la rapidez del parto la descontroló.

El obstetra anota que no llamó a la instructora; no tuvo apoyo suficiente, a pesar de todo la paciente recomienda el método.

2° — G3. P3. a término. Preparación extemporánea. Trabajo 3½ horas. Masculino de 3.600 gramos. Trabajo doloroso. Anestesia general. Temor. La paciente manifiesta pesar por no haber hecho el curso. La preparadora anota: se descontroló en la expulsión; no supo pujar.

3° — G2. P2. a término. Preparación extemporánea, en vista de que no asistió sino a una sola clase. Trabajo: 6 h. 28'. Conducción del trabajo. Masculino de 3.500 gr. Trabajo doloroso. Anestesia general.

4° — G11. G11. a término. Preparación extemporánea. Conducción del trabajo. Duración 6½ horas. Vértice. Masculino de 3.200 grs. Trabajo doloroso. Anestesia general. La paciente reconoce no haber hecho el curso completo.

5° — G3. P3. de 8 meses. Feto prematuro. Preparación buena. Conducción. Desprendimiento prematuro de placenta. Dice la paciente que notó gran afán en el obstetra. **Causa de fracaso:** desprendimiento de la placenta.

6° — G1. P1. a término. Preparación buena. Parto espontáneo. Duración: 3½ horas. Masculino de 2.820 gr. Dolor y temor. Se descondicionó al pasar a la sala y en la expulsión. **Causa del fracaso:** una mamá y tres familiares acompañantes que la miraban aterrados.

7° — G1. P. a término. Preparación regular. Parto espontáneo; vértice. Duración 6½ horas. Trabajo doloroso, gran fatiga y temor. Dice la paciente que a pesar de su esfuerzo no podía soportar las contracciones. El obstetra anota como **causa de fracaso** el temperamento de la paciente. (gran inestabilidad emocional).

8° — G3. P2. a término. Preparación buena. Parto espontáneo. Duración 7 horas. Masculino de 3.580 gr. Trabajo doloroso. **Causa del fracaso:** temor por parto anterior difícil.

9° — G1. P1. a término. Preparación regular. Conducción. Duración 5½ horas. Femenino de 2.800 gr. Lumbalgia, dolor y temor. La paciente se muestra partidaria del método. **Causa del fracaso:** el obstetra n o hace ninguna anotación.

10° — G1. P1. a término. Señora consentida, inestable. Preparación regular. Parto espontáneo. Duración 8 horas. Trabajo doloroso. Masculino de 3.040 gr. Descontrol completo en la sala especialmente por dolor y angustia.

11 — G1. P1. a término. Señora angustiada y consentida. Preparación buena. Parto espontáneo. Vértice. Duración 7 horas. Trabajo doloroso. Femenino de 3.570 gr. El obstetra anota fracaso debido al temperamento de la paciente y a la presencia de numerosos familiares en la pieza.

12.— G1. P1. a término. Toxemia. Preparación buena. Parto espontáneo. OIA. Duración 12 horas. Femenino de 2.900 gramos. Trabajo: fatiga, dolor y temor. Causa: dilatación prolongada por distocia dinámica.

13. — G1. P1. a término. Inestabilidad emocional. Conducción Duración 7½ horas. Trabajo dolor, temor. La señora anotó que la descontroló el hecho de que su médico tenía otro caso en la clínica. El obstetra anota como causa de fracaso el temperamento de la paciente.

14. — G1. P1. a término. Preparación buena. Conducción. Expulsión difícil. Forceps. Duración 10 horas. Femenino de 3.000 grs. Trabajo: fatiga, dolor y temor.

15 — G1. P1. de 8 ½ meses. Preparación buena. Conducción Presentación de pelvis. Expulsión difícil. Duración 6½ horas. Femenino de 2.700 grs. Trabajo: fatiga, dolor, temor, lumbalgia. Dice la señora: trabajo muy prolongado. Obstetra: fracaso por expulsión demorada.

16 — G1. P1. a término. Preparación buena. Conducción. OIA. Duración 6 horas. Expulsión demorada. Forceps. Masculino de 3.220. Trabajo: dolor y temor.

17. — G1. P1. a término. Preparación buena. Conducción Pelvis Expulsión difícil. Duración 9½ horas. Masculino de 3.560 grs. Trabajo: fatiga, lumbalgia, dolor y temor. La paciente manifiesta haber sentido franco dolor. El obstetra anota como fracaso: el temor de la paciente a la presentación de pelvis.

18. — G1. P1. a término. Preparación buena. Parto espontáneo. OIA. Expulsión difícil 7½ horas. Masculino de 3500 gramos. Trabajo: lumbalgia, dolor, temor. Dice la señora: me descontrolé por falta de la instructora quien no pudo asistir. Lo mismo reconoce el obstetra.

19. — G1. P1. a término. Esterilidad de 5 años. Preparación buena. Inducción. OIA. Duración 11 horas. Femenino de 2.900 gramos. Trabajo: parestesias, fatiga, dolor, y angustia. El obstetra anota: fracaso por embarazo ligeramente prolongado. Antecedente de esterilidad. Esposa de Médico.

20. — G1. P1. a término. Temperamento infantil: gran temor al parto y a la clínica. Preparación buena. Parto: oligosistolia. In-

ducción. Expulsión difícil Forceps. Duración 28 horas. Trabajo: dolor y temor. Parto muy difícil: variedad posterior; desprendimiento en Os.

21. — G2. P2. a término. Antecedente de cesárea y temor al parto por esta causa. Cesárea por desproporción. Masculino de 3.350 gramos. Trabajo: lumbalgia, dolor, temor. Dice el obstetra: se hizo prueba de trabajo por no existir desproporción aparente: descontrol fué completo en este lapso.

22. — G3.P3. a término. Señora angustiada por factor Ph. negativo. Parto espontáneo. Duración 6 horas. Femenino de 2.960 gramos. Trabajo: calambres, dolor y temor. Dice la paciente que a pesar del fracaso el método es muy bueno pues ella había sufrido mucho más en sus dos partos anteriores. Causa del fracaso anotada por el obstetra: preparación deficiente.

23. — G1. P1. a término. Inmadurez emocional. Anémica. Preparación buena. Inducción. OIA. Expulsión difícil. Trabajo 3½ horas. Forceps. Masculino de 2.900 gramos. Trabajo: fatiga lumbalgia, dolor, temor. Dice la paciente: el método es magnífico, me ayudó mucho. Dice el obstetra: fracaso por el temperamento de la señora.

24. — G1. P1. a término. Esposa de Médico. Angustiada, Hipermesis al principio del embarazo. Preparación buena. Parto espontáneo. ODP; expulsión difícil. Duración: 23 horas. Forceps. Femenino de 3.400 gramos. Trabajo: fatiga, lumbalgia, dolor. Dice el Obstetra: la envié al curso con la seguridad de que fracasaría. Lo hice por mejorar su estado síquico.

25. — G3. P3. a término. Segundo parto con P.S.P. Preparación regular. Parto espontáneo. OIA. Duración 4 horas. Femenino de 3.160 gramos. Trabajo: temor, fatiga y dolor. Dice la paciente: fracasé esta vez (el anterior fué éxito) porque no me sentía bien preparada. El obstetra confirma su mala preparación.

ANALISIS DE LOS CASOS.- Podemos precisar las siguientes circunstancias ligadas al fracaso:

1ª — Mala preparación en 4 casos, que suben a 7 si se tiene en cuenta 3 preparaciones extemporáneas. Vale la pena anotar aquí que en toda estadística de resultados se debe discriminar los casos (nosotros no lo hicimos). Por Ej.: resultados en partos normales. Resultados en distocias (Forceps, cesárea, etc.) y resultados en preparación extemporánea.

2ª — Ausencia de la instructora: dos casos.

3ª — Inducción: dos casos.

4ª — Conducción: 6 casos. Creemos que tanto ésta como la inducción no perjudican los resultados siempre y cuando sean bien indicadas y manejadas y la paciente bien apoyada. En algunos de estos casos figuran trabajo muy cortos, en primíparas ($3\frac{1}{2}$ horas y $5\frac{1}{2}$ horas) lo que hace suponer inducciones poco cuidadosas que precipitaron unas contradicciones imposibles de controlar con P.S.P.

5ª — Factor médico. Descontrol y afán del obstetra en dos casos, ante un desprendimiento prematuro de placenta, dato anotado por la misma paciente el primero; el segundo por el hecho de estar atendiendo a dos pacientes al mismo tiempo.

6ª — Presencia de familiares traumatizantes 2 casos (a pesar de la insistencia que el E.M.E.S.F.A.O. hace a sus pacientes sobre este punto).

7ª — Temperamento o factor emocional, en 6 casos.

8ª — Temor debido a dificultades en partos anteriores: 3 casos.

9ª — Causa desconocida: 3 casos. En los cuales cabe suponer (falta analizar estos detalles en las historias) factores dependientes del obstetra y muy posiblemente de la paciente (conflictos emocionales, tanto de la embarazada como del médico, o recargo de trabajo de éste).

10ª — Primiparidad: 16 casos. Como lo hemos anotado nosotros en dos comunicaciones anteriores, las primíparas presentan el más alto índice de fracasos.

RESUMEN

Se mencionan todas las causas de fracasos en sicoprofilaxis obstétrica. Se analizan veinticinco casos de fracaso, sobre un total de doscientas una pacientes preparadas y atendidas en la Clínica Palermo de Bogotá durante el año de 1959; señalándose un índice de fracaso del 12%, que incluye en su mayor parte a casos atendidos en primíparas.

BIBLIOGRAFIA

- (1) VERMOREL H. El parto sin dolor - Editorial Cartago. Buenos Aires - 1957.
- (2) LAMAZE F. El parto sin dolor - Editora Ciencia y Vida. Buenos Aires - 1955.
- (3) NICOLAIEV A. El parto sin dolor - Editorial Cartago - Buenos Aires - 1957.
- (4) FERNANDEZ-BASTIDAS M. Analgesia Obstétrica por métodos sicofísicos. "Obstetricia y Ginecología Latino-Americana" XVII. 360. 1959. Buenos Aires.

- (5) SILVA-MOJICA C. R., FERNANDEZ-BASTIDAS M. y Col. Método sicoprofiláctico de los dolores del parto. Primeros resultados obtenidos por trabajo en equipo en Colombia "Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología" VIII, 6, 307. 1957.
- (6) CALDERON BELISARIO y Col. El método sicoprofiláctico en clientela hospitalaria. Primera comunicación del Hospital San José. Rev. Col. de "Obstetricia y Ginecología" VIII. 6, 341, 1957.
- (7) SILVA -MOJICA C. R., FERNANDEZ- BASTIDAS M. y Col. La preparación sicoprofiláctica de las embarazadas en el Equipo Médico de estudios sicofísicos de Analgesia Obstétrica (EMESFAO). "Rev. Col. de Obstetricia y Ginecología" IX. 1960.
- (8) ISAZA MEJIA G. La práctica del método sicoprofiláctico para el parto sin dolor en Medellín. "Rev. Col. de Obstetricia y Ginecología". Vol. X. 226. 1959.
- (9) JEANSON C. Principes de l'acouchement sans douleur. Éditions du Seuil. 1.954 - Paris.
- (10) LAMAZE (F), VELLAY (P), et HERSILIE (H). Essai de interpretation des causes d'echecs. "Revue de la Nouvelle Medicine" 1: 129-140, N° 3 mai 1954. citados por Vermorel.