

INFORME SOBRE EL CONGRESO MUNDIAL DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA

Doctor *Carlos R. Silva-Mojica*

Se reunió este congreso en París durante los días 24 y 25 de julio (1965). Fue organizado por la Sociedad Internacional de Psicoprofilaxis Obstétrica. Asistieron cerca de 100 profesionales provenientes de 18 países (Inglaterra, Bélgica, España, Grecia, Holanda, Italia, Portugal, Suiza, Francia, EE. UU., Méjico, Argentina, Colombia, Chile, Venezuela, Nicaragua y Japón). Fue patrocinado por las siguientes corporaciones y personas de Francia y de París: Ministerios de Educación, Trabajo, Salud Pública e Información; Deán de la Facultad de Medicina de París; Presidente del Concejo Municipal de París; Director de Asistencia Pública; Directores de Organismos de Seguridad Social. Profesores Merger, Lacomme, Thoyerhozat, Grasset y Jamain; embajadores de 11 naciones ante el gobierno francés residentes en París. Fue Presidente del Congreso el Profesor Ravina y las reuniones tuvieron lugar en el

torreón de la Nueva Facultad de Medicina.

Sociedades participantes

Presentamos una reseña de los organismos que tomaron parte en el Congreso porque ésto da una idea clara del movimiento psicoprofiláctico en el mundo.

1º *Sociedad Internacional de S.P.O.* Fue fundada en 1958 por voluntad del doctor Lamaze. Cuenta con filiales en 18 países. Es la entidad rectora de la psicoprofilaxis en el mundo. Su secretario es el doctor P. Vellay.

2º *Centro de Estudio del Parto sin dolor.* Fue creado en París en 1959 por un grupo de mujeres convencidas de la eficacia del M.P.P. y puesto bajo el patrocinio de médicos, parteras y preparadoras. Su finalidad es difundir al máximo el M.P.P. por medio de conferencias y películas, y de crear una clínica-piloto para la formación de médicos y preparadoras de todas las nacionalidades.

3º *International Childbirth Education Association (ICEA).* Es un organismo

P.P.O.: Psicoprofilaxis obstétrica.
P.P.P.: Preparación psicoprofiláctica.
M.P.P.: Método psicoprofiláctico.
P.P.: Psicoprofilaxis.

americano con sede en Milwaukee, fundado en 1960 por personas (médicos y no médicos) interesadas en los métodos de educación para el parto, en los varios aspectos de la maternidad, de la familia, de los cuidados del recién nacido y de la lactancia materna natural. Está dirigida por una mesa directiva, una junta de directores y una junta de consultores de diversos países. Entre sus actividades se cuentan: convenciones bienales, publicación de un boletín trimestral, conferencias, cursos, organización de grupos de trabajo, informaciones diversas, libros, películas y material de enseñanza. EMESFAO es miembro de ICEA desde hace 2 años, por tal motivo damos razón de su enorme actividad y de su asombroso crecimiento. Basta citar estos datos: al fundarse ICEA en 1960 contaba con 18 grupos y 8 miembros individuales. Al presente cuenta con 40 grupos activos, 45 grupos asociados y más de 300 miembros individuales. Se tiene calculado que dentro de 5 años habrá 340 grupos y 11.000 miembros individuales.

4º *American Society for psychoprophylaxis in Obstetrics (ASPO)*. Fue

fundada en Nueva York por la misma época de ICEA por el doctor Heinz Luschinsky con la finalidad única de difundir el método de Lamaze en EE. UU. Su organización es semejante a la de ICEA, presta los mismos servicios, y la actividad con que desarrolla sus objetivos se puede apreciar en los siguientes hechos: publica un boletín trimestral que consta de 10.000 ejemplares. Recientemente creó la "Fundación Marjorie Karmel", en memoria de esta señora fallecida a comienzos de este año quien introdujo el método de Lamaze en los EE. UU. Esta fundación va a funcionar con un capital inicial de US \$ 200.000, aportados por sus miembros y simpatizantes. En tal forma, dice Luschinsky presidente de ASPO, nuestra organización saldrá de su estado infantil y llegará a ser una entidad plenamente productiva que ocupará un puesto destacado en la escena nacional. Gracias a la acción de estas dos sociedades los métodos psicósomáticos para el parto cada día se introducen más en los hospitales americanos como lo podemos ver en los dos cuadros siguientes (ASPO NEWS. Vol. IV. Nº 1, 1965).

ENCUESTA RECIENTEMENTE LLEVADA A CABO EN EL AREA METROPOLITANA DE NUEVA YORK

<i>Hospital</i>	<i>Clases prenatales Lamaze</i>	<i>Otros</i>	<i>Año de iniciación</i>	<i>Esposos en trabajo</i>	<i>Esposos en parto</i>	<i>Rooming In</i>
Beth-Israel	—	—	1960	sí	sí	no
Brookdale	sí	—	1964	sí	no	no
Brooklyn	—	—	1961	sí	sí	—
Brooklyn Jewish	—	—	1960	sí	no	no
Columbus	—	—	1964	sí	sí	sí
Flower-Fifth	sí	—	1961	sí	no	no
French	—	—	1960	sí	sí	no
Lenox Hill	sí	sí	1964	sí	sí	no
N. Y. Hosp.	—	sí	1960	sí	sí	sí
N. Y. Infirmary	sí	—	1962	sí	no	no
Presbyterian	—	sí	1954	sí	no	sí
Whitestone	sí	—	1963	sí	sí	no
Woman's	—	sí	1962	ocasionalmente		sí

En nueve de los hospitales enumerados se tiene una actitud oficial positiva hacia los métodos de preparación del parto. En cuatro la actitud es solamente "permisible".

JUD HARVEY R. N.

Recientemente acreditado como profesor de la ASPO, reporta mucho progreso en los hospitales de Long Island.

<i>Hospital</i>	<i>Se permite en sala de partos</i>	
	<i>Padre</i>	<i>Instructora</i>
Central General	no	sí
Glen Cove Community	sí	no
Huntington Hospital	sí	no
L. I. Jewish	sí	no
Mid-Island	sí	sí
Norath Shore	sí	no

Con motivo de este movimiento psicoprofiláctico americano, Vellay comenta en el Boletín de la Sociedad Internacional de Psicoprofilaxis Obstétrica: "Numerosos profesores universitarios se interesan en esta evolución en

Obstetricia y parecen decididos a pesar de las dificultades de adaptación en los hospitales americanos, a poner todo en obra para llevar con éxito esta nueva experiencia. Ellos deben emprender una verdadera revolución para modificar las

costumbres, la rutina anestésica y obstétrica pero ellos están apoyados por un firme movimiento de opinión de reacción contra la anestesia que es sostenido por la International Childbirth Education Association (ICEA). (Bull. Off. Soc. Int. P.P.O. Tomo 6, Nº 1).

Temas propuestos

I. Estado actual de la psicoprofilaxis en el mundo actual. Su evolución, transformaciones y dificultades.

a) Aplicación del método según los medios. b) Valor e influencia del equipo de preparación. c) Resultados. Fracasos. d) Posición de la psicoprofilaxis frente a los medios terapéuticos modernos y a los analgésicos y anestésicos.

II. Revisión de las investigaciones a llevar sobre un plan obstétrico y psicológico y unificación de métodos de trabajo y de investigación.

a) Estudios de la contracción uterina en P.P. b) Variación de los electrolitos esenciales en la mujer preparada. c) Investigación de las modificaciones neuro endocrinas en el curso de la preparación y del parto. d) Influencia de las condiciones exteriores y el medio sobre el éxito o fracaso de la P.P.P. e) Papel de la influencia del padre en P.P. f) Criterio objetivo para determinar el valor del método tanto en el plan materno como en el fetal.

Resumen de los trabajos presentados

Sólo han sido resumidos algunos de los trabajos más interesantes en la siguiente forma:

Mac Donald de Guatemala, quien aprendió el M.S.P. en Colombia (en Bogotá y Medellín) fue el iniciador del sistema en su país. En 1962 fundó un equipo que ha cumplido estas labores: aplicación del método de Lamaze y Vellay, práctica de la preparación extemporánea, cursos de P.P. para médicos e instructores y conferencias de divulgación. Sobre una experiencia inicial de 200 casos presenta resultados muy alentadores a tal punto que ha solicitado y espera obtener, la implantación del método en el Seguro Social. Considera que los resultados son proporcionales al interés, al cumplimiento en las clases y al esfuerzo personal de la paciente.

Tzigounis de "El Pireo" (Grecia) presenta una experiencia sobre 921 casos atendidos en una clínica privada con estos resultados: E 3%, MB 10%, B 22%, R 23%, mediocre 23% y fracaso 19%. Anota una disminución en las intervenciones y una marcada tendencia a emplear más la ventosa que el forceps: ventosa 8.35%; forceps 4.52% y cesárea 5.17%. Analizando los obstáculos que tiene que vencer el método anota estos factores: económicos, sociales y fallas en la preparación de los obstetras pues considera que si desde un principio los futuros médicos no están familiarizados con la concepción pavloviana córtico visceral del dolor del parto, será muy difícil condicionarlos ulteriormente.

Moyano de La Plata (Argentina) presenta resultados obtenidos en un medio hospitalario gratuito en cerca de 500 casos. Considerando el bajo nivel de cultura y la situación económica y so-

cial de esas embarazadas, solamente el 3% podía recibir una preparación completa. Para remediar esta situación introdujo una modificación en el método consistente en dictar una clase única que se repetía cada semana. En esta forma consiguió preparar el 14% de las embarazadas y los fracasos bajaron del 29% al 10%. Cabe anotar que este sistema ya fue ensayado en Colombia, en la Clínica David Restrepo con buenos resultados, y según nuestro parecer esta sería una de las maneras de iniciar el método en servicios obstétricos muy congestionados como los del Seguro Social o de la Caja de Previsión.

La doctora Rennert, de París, en asociación de dos parteras y de una fisioterapeuta presenta una contribución sobre "El papel y responsabilidad de la monitora en el parto sin dolor", en la cual ponen de presente que ser "monitora" o "instructora" de P.P.O. constituye hoy día una verdadera especialidad, para la cual no están preparadas ni las parteras ni las enfermeras. Aspiran ellas con mucha razón a que se reglamente y dé aprobación a esta especialidad y que para poder cumplirla a cabalidad se deben crear escuelas de monitoras donde se imparta una sólida instrucción sobre estos temas: 1º conocimientos referentes a la fisiología del embarazo y del parto. 2º Conocimientos kinesiterápicos referentes al control neuromuscular, masajes, posturas obstétricas y función respiratoria. 3º Elementos de la fisiología pavloviana relacionados con la reflexología y la actividad nerviosa superior, base del M.S.P. y 4º. Nociones de fisiología y pedagoga

para poder dar una enseñanza clara y apropiada.

PAUS, Profesor de obstetricia de la Universidad de La Plata (Argentina) presenta un trabajo sobre "valor e influencia del equipo de preparación en el M.P.P." en el cual recalca la necesidad de instruir debidamente a todo el personal de la clínica (médicos, enfermeras y religiosas) que está en contacto con la paciente en trabajo, como también separar las pacientes preparadas de las no preparadas para evitar descondicionamiento. Dice que todo el personal médico y paramédico debe actuar con entusiasmo, confianza y convicción y emplear un trato amable con las pacientes. Su experiencia se basa en 640 casos (190 pacientes privadas y 450 hospitalarias). Obtiene mejores resultados en clientela privada (buenos, excelentes 88% y mediocres y malos 12%) que en pacientes hospitalarias (B-E 71% y M-M 20%), lo cual se debe a una mejor organización del equipo y a un control más estrecho de la mujer en trabajo.

Vellay, de París, en una comunicación sobre "la partera y la P.P.O.". Analiza diferentes aspectos de esta profesión su iniciación en remotos tiempos en Egipto, Grecia y Roma, su práctica exclusiva por mujeres, el gran renombre de algunas de ellas, la influencia ejercida con su comportamiento en la psicología de las madres, la reglamentación como profesión en el siglo XVI, la fundación de la primera escuela de parteras en el siglo XVIII por Mme Lachapelle, los conflictos y rivalidades surgidas desde el siglo XVII

por la ingerencia del hombre en este campo: primero cirujanos, luego parteros o comadrones y finalmente obstetras. Comenta también los problemas surgidos en los últimos años entre parteras y P.P.P. Muchas de ellas se sometieron a aceptar el nuevo sistema, lo aprendieron correctamente, modificaron su mentalidad y llegaron a ser primordial factor de progreso del método y de valiosa colaboración con el obstetra. En cambio otras han permanecido aferradas a su rutina, a su léxico traumatizante y a su actitud descondicionadora, o en el peor de los casos tratan de aplicar la P.P. sin haberle estudiado, han ideado métodos a su manera, sistemas híbridos, que no han conducido sino al fracaso y al descrédito de la P.P.P. Por estos motivos considera Vellay que se debe "revalorizar" la profesión de partera instruyéndolas desde su formación en la escuela de parteras sobre las bases del M.S.P. Ya que en nuestro medio no existe la profesión de parteras, estas consideraciones de Vellay sí tienen aplicación en cuanto se refiere a nuestras enfermeras y nuestras auxiliares quienes si tuvieran un adecuado conocimiento del método facilitarían mucho su difusión en todas las clínicas obstétricas.

Yahía, Profesor de obstetrica y ginecología de la Escuela de Medicina de Harvard (U.S.A.) en asocio de Priscilla Ulin, enfermera, comentan "Una prueba preliminar de un programa psicósomático de preparación para el parto" y dicen que el fin principal de estos métodos es conseguir que la paciente sea apta para tolerar el embarazo y el parto como procesos fisiológi-

cos normales que le producirán por tanto una recompensa psicológica y emocional y una seguridad física para ella misma y para su niño. Reconocen que Read fue el iniciador de estos métodos psicológicos y citan experiencias americanas con su método efectuadas por Castello, Portmuff, Laird, Morris y Tylden quienes observaron una disminución en la duración del trabajo y en la aplicación de sedantes y anestésicos. Los autores se iniciaron con el método de Read pero al no encontrar resultados plenamente satisfactorios, adoptaron el método clásico de Lamaze sobre el cual presentan una pequeña experiencia de 169 casos (105 primíparas y 64 múltiparas) con estos resultados: en primíparas *éxito* (muy bueno, bueno y regular) 73.3%. *Malo*: 26.7%. Y en múltiparas *éxitos*: 92.2%. *Malo* 7.8%. En cuanto a intervenciones: episiotomías 95%; fórceps en primíparas 33%; fórceps en múltiparas 17%; inducciones 10% en primíparas y 46% en múltiparas; conducciones 25% en primíparas y 15% en múltiparas, cesáreas 3%. Dan además una gran importancia a la preparación del marido y le permiten que apoye a la esposa en el trabajo y que entre a la sala de partos. Basados en su experiencia expresan que el M.P.P. no es en absoluto una forma primitiva de atender partos como han sostenido algunos autores americanos que desconocen la influencia del psiquismo en los procesos orgánicos y la teoría de la actividad nerviosa superior.

Dellepiane, profesor de la Universidad de Turín, expone los resultados en "Diez años de experiencia en la P.P.P."

En este tiempo se han preparado 10.000 pacientes en la Clínica Obstétrica y Ginecológica de la Universidad de Turín de las cuales 8.000 han tenido el parto en esta clínica. Anota los siguientes efectos favorables en pacientes preparadas: disminución de accidentes toxémicos y acortamiento del trabajo. Considera que la calificación es satisfactoria en el 80% de los casos. Informa que en Italia existen actualmente numerosos centros de P.P.P. pero que solamente se benefician de ella un reducido número de pacientes pues hay factores socio-culturales que impiden que un mayor número de mujeres puedan seguir los cursos. Por estos motivos pregunta el autor si convendría la intervención del Estado en este sentido, como también si convendría una nueva orientación en el método usando tranquilizantes e hipnosis.

Calliga de Atenas (Grecia) hace comentarios sobre 224 casos atendidos con P.P.P. en la "Maternidad Alexandra" de Atenas, en el curso de los 2 últimos años. Solamente recibe preparación el 1.5% de las pacientes atendidas, pues hay un marcado rechazo por parte de las embarazadas a ir a la clínica a recibir cursos de P.P.P. Emplea el M. P.P. clásico pero le da gran importancia al entrenamiento físico como también a la inducción y conducción por medio del llamado "parto acelerado" (a base de petidina, espasmocibalgina y orastina) empleado en pacientes con o sin preparación habiendo obtenido en estas últimas (21.314 casos) una duración media del trabajo de 3 horas 32 minutos. Aunque en pacientes preparadas el trabajo es más breve conclu-

ye el autor que sus resultados son muy discutidos por el reducido número de casos.

La doctora Stopen, de Méjico, con título de kinesióloga de la Universidad París y con entrenamiento psicoprofiliático en el equipo de Vellay y en el Hospital de los Metalúrgicos relata en una primera comunicación su experiencia con el método en la ciudad de Méjico a partir de 1961. Las dificultades, oposición y escepticismo que ella encontró en un comienzo, como nos ha pasado a todos, fueron inmensos. Parece increíble que en una ciudad de 5 millones de habitantes dice ella, no hubiera una sola mujeres que quisiera tener su hijo sin dolor. Pero gracias a su entusiasmo y al apoyo del doctor Castelazo y otros ha logrado preparar 400 pacientes de alto nivel socio-económico con resultados muy satisfactorios. En un segundo informe sobre "Educación física y P.P.P." "hace resaltar el valor de la kinesiterapia y su influencia en los buenos resultados del método. Dice que las condiciones físicas insuficientes en la mayoría de las mujeres, inclusive las deportistas es causa del parto difícil y doloroso. Mejorar las condiciones físicas equivale a mejorar las condiciones psicológicas y obstétricas. Con los ejercicios físicos se consigue suprimir la hiperlordosis lumbar y aumentar la elasticidad perineal; aumentar la resistencia física, menguada por las comodidas de la vida civilizada actual; regularizar la función respiratoria y mejorar la coordinación muscular especialmente el período expulsivo en el cual la contracción abdominal debe ser simultánea con la relajación pe-

rineal. Así pues mejorando las condiciones físicas, se influye favorablemente en la actitud mental y en las condiciones obstétricas, especialmente por la corrección de la postura y por la tonificación de la musculatura abdominal. La manera como ella desarrolla sus clases es la siguiente: al comienzo elabora con cada paciente una ficha física que comprende un examen estático, cinético, respiratorio y muscular. En los tres primeros meses enseña relajación, respiración, balanceo pélvico y posturas. A partir del 4º mes, ejercicios físicos (grandes rectos y oblicuos del abdomen y músculos perineales), relajación, posturas y tipos respiratorios. Desde el 8º mes, ensayos de expulsión.

Cárdenas-Escobar de Bogotá (Colombia) director de la Clínica David Restrepo, analiza la "Evolución de la Psicoprofilaxis" basado en su experiencia de Bogotá, la P.P.P. dice, "ha llegado a ser uno de los más notables progresos en los dominios obstétricos, educativos y sociales". Su experiencia con el método de Lamaze durante seis años comprende pacientes privados y también de clase económicamente débil (Clínica Restrepo). Sigue una metodología muy estricta y los equipos de preparación son bastante homogéneos gracias a la elección de obstetras dedicados al entrenamiento, a la aplicación correcta del método durante el trabajo y a la difusión de la P.P.P. En tal forma la Clínica Restrepo ha llegado a ser una escuela para la formación de obstetras con nueva mentalidad y de preparadoras que en número de 40 aplican el método en Bogotá y otros cen-

tros. Los resultados son valorados según la clasificación colombiana: B, R y fracaso, pero dando más importancia a la satisfacción y al comportamiento de la mujer que a la interpretación de datos subjetivos sobre la supresión del dolor. Asegura que la preparación debe reforzar todos los valores positivos de la mujer frente a la maternidad y que la indolorización del parto llega a ser una consecuencia lógica del buen condicionamiento. Finaliza aclarando la posición de la P.P.P. frente a los medicamentos, lo cual hoy día no es objeto de discusión: la P.P.P. no está reñida con las técnicas obstétricas modernas sino que tiene en cuenta las ventajas de los agentes psicofarmacológicos, espasmolíticos, ocitócicos y anestésicos.

Cárdenas-Escobar en otro trabajo "Investigaciones en psicoprofilaxis, Bases para el estudio de la contracción uterina" comenta que entre los hechos susceptibles de una observación clínica objetiva la contracción uterina es una de las más reveladoras. Por medio de una experiencia inicial ha comprobado el valor de la tocografía externa registrada con el sencillo aparato de Lorand cuyos datos de interpretación fácil y directa permiten diferenciar los trazados regulares de pacientes preparadas de los trazados irregulares de pacientes no preparadas o con problemas psicósomáticos. Presenta además gráfica de la presión amniótica (con la técnica de la escuela de Montevideo) en una paciente preparada y con polihidramnios. Los resultados de esta experiencia tiendan a demostrar la importancia de los factores psicósomáticos en las distocias dinámicas.

Winter de París presenta un extenso trabajo sobre el problema de "Las Lumbalgias Obstétricas". Considera él que esta es una seria complicación del embarazo y del parto por cuya causa puede interrumpirse la preparación o conducir al fracaso en el parto. La descomposición del síndrome doloroso lumbar del parto permite aislar una afección característica del embarazo y del parto: "las lumbalgias obstétricas" que por definición excluyen las lumbalgias sintomáticas de afecciones viscerales (urológicas, gastrointestinales ginecológicas, vasculares, neurológicas o por lesiones del aparato locomotor). Las lumbalgias obstétricas denominadas a menudo "comunes" son un diagnóstico de eliminación, y asocian en proporción variable, un factor mecánico de distorsión raquídea con restricción articular de sector, contracturas musculares y respeto relativo de la integridad anatómica del disco intervertebral y un factor neurótico a veces evidente o enmascarado que debe ser investigado con técnicas psicológicas. Las lumbalgias obstétricas son psicósomáticas en su mayoría y deben recibir por tanto un tratamiento tanto físico como psicológico. Además de las manipulaciones articulares el tratamiento tendrá que ser preventivo y debe asociar la gimnasia al equilibrio psicológico y emocional de la paciente. El método del entrenamiento autógeno de Schultz ha demostrado ser el mejor tratamiento psicósomático en estos once casos asociado a una psicoterapia individual por medio de "conversaciones libres" más o menos extensas.

Notter y Moine de Lyon presentan un trabajo sobre "Asistencia instrumental en el parto psicoprofiláctico". La preparación que estos autores dan a sus pacientes sigue en general las normas del M.P.P. pero agregan una originalidad consistente en un entrenamiento respiratorio muy minucioso controlado con espirometría. En tal forma en cada sesión anotan la medida espirométrica en una ficha especial y la relacionan posteriormente con los resultados del parto comprobado que a mejor función respiratoria corresponden los casos de éxito. En cuanto a las intervenciones concluyen que la P.P.P. reduce el intervencionismo bajo anestesia general pero aún queda un porcentaje apreciable de atención instrumental en la primípara (4.9% de forceps). Salvo que haya sufrimiento fetal, dicen ellos, no se debe aplicar forceps o ventosa hasta haber verificado lo siguiente: 1º Que la paciente haya comprendido bien la técnica correcta del pujo. 2º Que pueda pujar en posición correcta, en una mesa apropiada y con apoyo adecuado para las piernas y los brazos. 3º Que la detención de la presentación no esté ligada a una rigidez exagerada del periné fácilmente vencida con episiotomía bajo anestesia local, 36% de episiotomías se han efectuado así en primíparas de clientela privada; 12% de ventosas en pacientes privadas y 1.2% en pacientes hospitalarias. Aplican forceps de ramas paralelas en el 4.9% de los casos (de los cuales el 3% con anestesia local). Usan el forceps más para orientar y guiar la cabeza fetal que para traccionar con fuerza, consideran que la ven-

tosa es el instrumento ideal para atender la expulsión de una primípara preparada pero solamente con variedades anteriores de presentación. En lo referente a consecuencias de la ventosa sobre el niño los autores no participan del pesimismo de otros, pues en sus casos no han observado ningún incidente serio por que limitan su empleo a fetos a término, en variedad anterior y en pacientes previamente preparadas.

El profesor Sirtori, de Milán comenta la "Acción favorable sobre el período de dilatación de la thiomuscasa en pacientes preparadas". Dice el profesor que la dificultad en la dilatación del cuello se debe principalmente a un factor cortical debido al temor y también a un factor local cervical presentado en rigidez motivada por diversas causas. Sobre el factor cortical actúa muy bien la P.P.P. como es sabido, pero conviene actuar directamente sobre el cuello empleando la *thiomuscasa*, que es un factor de difusión, de naturaleza enzimática mucho más activa que la hialuronidasa, que aumenta la permeabilidad del tejido conjuntivo y que ayuda a la reabsorción de los líquidos intersticiales por medio de una depolimerización del ácido condroitin-sulfúrico. En tal forma aplica 1 supositorio diario de thiomuscasa en las últimas 2 semanas del embarazo, con estos resultados en 44 pacientes (41 primíparas y 3 multíparas) en cuanto a duración del trabajo: de 2 a 4½ horas, 20 casos; de 5 a 6 horas: 14 casos; más de 6 horas: 8 casos. Hubo además 2 ventosas, 2 forceps y 2 cesáreas. Al finalizar dice el autor que la administración del producto en supositorios ha demostrado ser eficaz por de-

terminar una mayor elasticidad en los tejidos del canal cervico-vagino-perineal.

La doctora Cladakis-Coujas, de Atenas (Grecia), presenta un informe sobre "Psicoprofilaxis, tranquilizantes y anestesia" basada en una experiencia de 850 casos. Explica que es indispensable dirigir el parto para acortar el trabajo y eliminar la fatiga de la paciente. Por tal motivo ella utiliza sedantes y tranquilizantes suaves en el primer trimestre mientras comienza la P.P.P. Repite la utilización de estos calmantes, especialmente la benzodiazepina (librium) en la última semana, ya que esta droga actúa específicamente sobre el sistema límbico sin producir inhibición cortical. Agrega además en las primíparas en parto hioscina butil bromuro (buscopan-supositorios) que actúa especialmente sobre el sistema parasimpático sin inhibir la corteza. Durante el parto rechaza enfáticamente los neurolépticos que inhiben la corteza del tipo morfina, dolantina y dolosal. En la aplicación de forceps dice que no es necesaria la anestesia porque el equilibrio cortical es el mejor anestésico. En esta forma ha atendido 850 casos con resultado muy satisfactorio (fracaso 1.53%).

El profesor Muller y otros, de Strasburgo, comentando "el papel del padre en la P.P.P. Analizan primero el comportamiento de un grupo de maridos cuyas mujeres habían sido preparadas con el de un grupo de maridos cuyas mujeres no recibieron ninguna preparación. Comenta el papel del padre a través de las civilizaciones: en un comienzo predominaba el estado ma-

triarcal en el cual "el padre no era sino el hombre casado con la madre, que vivía en la misma casa y que formaba parte del mobiliario". El paso al patriarcado se hizo luego progresivamente y comienza a tenerse noción de las prerrogativas paternas. Sin embargo en las actuales civilizaciones el padre queda excluido de algunos de los estados de la maternidad y se le prohíbe su presencia en el hospital y en la sala de partos con pretextos de higiene y seguridad.

Nosotros agregamos que si tenemos en cuenta las elucubraciones de Huxley, llegará a la época en que el hombre tampoco será necesario para las relaciones sexuales porque la fecundación se efectuará con procedimientos de laboratorio. Con la P.P.P. es posible vincular nuevamente el padre al nacimiento. Los autores estudian además los motivos para desear la preparación del padre y su presencia en el parto. Es particularmente el deseo de vivir juntos el nacimiento y por la ayuda moral y física que el marido da a la esposa. Con frecuencia el esposo presenta problemas emocionales con ocasión del embarazo de la esposa como tratan de demostrar los autores a través de una encuesta hecha a 50 esposos normales. De éstos, 22 habían hecho P.P.P. y no presentaron ninguna manifestación somática o psíquica durante el embarazo y el parto de la esposa. En cambio en los otros 28 esposos que no habían hecho P.P.P. se presentaron estos problemas: 3 casos de alteración digestiva (cólicos, vómitos y diarrea); 3 casos de alteración ponderativa (aumento de peso de 4 a 6

kilos). Uno de estos anotaba que su apetito fue tan exagerado que "comía por dos"; "3 casos de problemas dentales y 9 casos de perturbaciones del sueño y "pesadillas" relacionadas con el nacimiento del hijo. Parece que los conocimientos adquiridos con la P.P.P. al quitar el misterio del embarazo y del parto impiden las manifestaciones de angustia. Los argumentos en contra de la presencia del padre en el parto no nos parecen justificados, dicen los autores, basados en su propia experiencia y en la de otros, especialmente en la del americano Bradaley, de Denver, a quien citan, quien posee una experiencia de más de 4.000 casos atendidos con la presencia del padre y con resultados plenamente satisfactorios.

Silva-Mojica de Bogotá (Colombia) informa sobre los "Resultados de la P.P.P. en pacientes privadas". Hace primero un recuento de las actividades del Equipo Médico de Estudios Psicológicos de Analgesia Obstétrica de Bogotá (EMESFAO) a través de 9 años de labores en el campo de los métodos psicossomáticos para el parto sin dolor. EMESFAO ha adoptado una posición ecléctica frente a la teoría del método y ha hecho modificaciones al sistema original de acuerdo al medio en que actúa. De su experiencia se deduce que se puede obtener resultados parecidos con otros métodos psicossomáticos, de ahí la inutilidad de sostener una actitud dogmática e inflexible. Sostiene el autor que la P.P.P. no es sino una forma muy práctica y científica de hacer sugestión y sofronización. EMESFAO, como miembro de ICEA, ha organizado cursos de lactancia materna

natural porque la P.P.P. sola no ha cumplido esta finalidad. Resultados en 2.500: B 52.9%; R 32.0% y M 14.9 por ciento. Inducciones 18%. Conducciones 36%, fórceps 25%, cesáreas 5.8%, episiotomías 71%. Sedantes 60 por ciento, anestesia 80%. Sin drogas (sedantes ni anestesia) 20 por ciento. Resultados fetales: APGAR 10/10, 83%, Prematuros 6%. Mortalidad perinatal 1.2%. Como causas de fracaso se anotan: factores psicológicos, distocias diversas, intervencionismo elevado, fatiga y conductas obstétricas erradas. Concluye el autor afirmando que la P.P.P. es una buena medida de higiene mental que además humaniza la práctica obstétrica.

Silva-Mojica en una segunda comunicación se refiere a los "Aspectos psicológicos de la P.P.P. y su relación con los resultados". El autor revisa algunos trabajos sobre tipos nerviosos, rasgos de carácter y temperamento. Señala las dificultades para llevar a la práctica la clasificación tipológica de Pavlov. Anota que EMESFAO se ha interesado en esta correlación pues los resultados de la P.P.P. han dado un alto índice de fracaso (20%). Aplicando el test de la figura humana (Machover) en 109 pacientes obtuvo estos resultados: rasgos normales 17%; rasgos histéricos 45%; rasgos neuróticos 28%; rasgos psicóticos 6%; virilismo 1.8%. Encontró además que las pacientes con rasgos histéricos obtienen éxito y que las pacientes con rasgos neuróticos dan fracaso. Por la alta frecuencia de rasgos histéricos concluye que sería preferible emplear sofronización únicamente o como com-

plemento de la P.P.P. Comprueba esto con dos experiencias: 1º en 320 pacientes de P.P.P. sofronizadas en grupos pequeños los fracasos bajaron al 13%. 2º en 116 pacientes de P.P.P. se agregó sofronización individual y los fracasos bajaron el 11.20%. Además en otra experiencia con el "cuestionario de Berger" se estudiaron 22 embarazadas de P.P.P. y se concluye que pacientes con "temperamento apasionado" obtienen éxito con mayor probabilidad. Estudiados los resultados con el "Índice de Contingencia" se demostró que ellos no son sino un breve indicio por tratarse de una muestra demasiado pequeña.

Conclusiones

Aunque el Congreso no llegó a precisar en forma oficial conclusiones o recomendaciones especiales, nosotros hacemos un resumen de los principales criterios expresados en aquella reunión y que presentamos a manera de conclusiones.

1º Teniendo en cuenta que la P.P.O. es un hecho cultural y educativo, es explicable que su expansión sea sumamente lenta y esté supeditada a dificultades muy serias por parte de estos factores: pacientes, médicos, instructores, enfermeras, clínicas, equipos, y aspectos económicos, sociales y familiares. Es muy conocido el hecho que en la Unión Soviética el M.P.P. se encuentre ampliamente extendido, pues está amparado por las leyes del estado. En cuanto a los países europeos, posiblemente es en Francia, y en especial en su capital, donde más atención se

ha prestado a la P.P.O. debido al esfuerzo y entusiasmo particular de los obstetras. En París según Chertok, el 50% de los partos son atendidos por este sistema. Por estos hechos se comprende que en países en vías de desarrollo como el nuestro, con bajo nivel cultural y con un conocimiento muy superficial de la fisiología de Pavlov, el método haya encontrado inmensos obstáculos. Es de lamentar que no se hubieran presentado comunicaciones de grupos latinos muy representativos, como los de Sao Paulo, Río de Janeiro y sobre todo de Buenos Aires donde la experiencia puede ser equiparable a la de los franceses. Por otra parte es un signo de pronóstico muy favorable el apoyo que comienzan a prestarle los americanos lo cual indudablemente se va a traducir en una significativa expansión del método en los próximos años. Este movimiento americano tiene a su favor estos factores de éxito: a) el prestigio de sus directivas (E. Jacobson, R. A. Kimbrough, F. W. Goodrich, J. C. Moloney, M. Newton, H. Thoms y otros). b) La perfecta y dinámica organización de sus sociedades. c) Amplios y efectivos medios de publicidad y d) respaldo económico.

2º No ha habido mayor progreso en cuanto a aspectos experimentales del método. A pesar de las recomendaciones de congresos anteriores sobre la necesidad de la ingerencia de especialistas en neurología, fisiología y psiquiatría para que estudien la indolorización, la contractilidad uterina, los tipos nerviosos, los factores emocionales y otros, solamente algunos de estos puntos apenas fueron tratados en el Congreso.

3º Hay una marcada tendencia a emplear el entrenamiento físico como coadyuvante del M.P.P. y como indudable factor de éxito.

4º Se hacen consideraciones sobre el abuso de la anestesia en forma sistemática y generalizada como también sobre el empleo de drogas depresoras de la corteza cerebral (tipo meperidina), y también se confirma lo acordado en el Congreso anterior: "la medicación debe emplearse dentro de la psicoprofilaxis, sea para corregir la dinámica uterina, o simplemente para aliviar a la mujer".

5º Es notoria la tendencia a abreviar la duración del parto por medio de la inducción o de la conducción prudentemente manejadas, o del empleo de drogas que coordinen la contractilidad uterina, faciliten la dilatación cervical y relajen el piso perineal.

6º Tanto los franceses como los americanos se muestran muy partidarios de preparar a los esposos y de permitirles participar en el trabajo y en el parto de sus cónyuges. Con estadísticas muy significativas demuestran la conveniencia de esta medida.

7º Teniendo en cuenta que está aceptada desde el Congreso anterior "La Coexistencia Pacífica" de los diferentes métodos psicósomáticos para el parto, en vista de que todos pueden ser igualmente eficaces a condición de ser aplicados correctamente, y de que EMES-FAO ha mantenido hasta el presente una posición ecléctica, nosotros recomendamos que en lo sucesivo se unifiquen los criterios alrededor del método

de Lamaze y Vellay únicamente, con las mínimas modificaciones posibles referentes al entrenamiento físico. Esta conducta al fijar un derrotero único basado en las leyes de la actividad nerviosa superior enunciados por Pavlov,

evitará anarquía en las conductas y por tanto mejorarán los resultados y hará que el M.P.P. sea entre nosotros la realidad que ha sido para todos aquellos que lo han practicado honestamente y a conciencia.

VII CONGRESO COLOMBIANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA.

Sede: Cúcuta — Fecha: 1967

Ponencias oficiales:

1^a Planificación Familiar.

Relator: Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Cartagena. Correlatores: Obligatoriamente cada una de las Sociedades de Obstetricia y Ginecología del país.

2^a Poliquistosis Ovárica.

Relator: Sociedad Antioqueña de Obstetricia y Ginecología.

3^a Esterilidad: Factores que fijará la Sociedad de Obstetricia y Ginecología del Norte de Santander.

Relator: Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Caldas.

4^a Infección Pélvica en Ginecología y Obstetricia.

Relator: Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología del Valle.

Ponencias Sustitutivas y preferencia de temas libres:

1^a Aspectos inmunológicos en Ginecología y Obstetricia.

Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Bogotá.

2^a Sufrimiento Fetal.

Sociedad de Obstetricia y Ginecología del Cauca. Popayán.