

LA ATENCION DEL PARTO POR EL METODO PSICOPROFILACTICO

*Dr. Hernando Navas Angel**

La razón de la lógica, la cuidadosa preparación a que se ha sometido la paciente embarazada durante un curso de entrenamiento psicofísico en que además de ella misma, sujeto y objeto, han tomado parte activa todos los miembros de un equipo de psicoprofilaxis, conferencistas, preparadoras, médico de cebecera, compañeras de curso y esposo, en condiciones ideales, debe dar siempre resultados excelentes. Pero, cuáles han de ser esas condiciones ideales? Chougom, citado por Chertok (2), las resume diciendo: "Una correcta organización del trabajo del personal de la clínica de Maternidad, constituye el eslabón decisivo y final del método psicoprofiláctico". En la práctica rutinaria del método se tropieza todavía con inconvenientes nacidos de los errados criterios que aún prevalecen; las clínicas inadaptadas generalmente, donde se atiende sin discriminación a pacientes preparadas y no preparadas y donde los gritos y gemidos de estas últimas pueden descondicionar a mujeres bien instruídas; el personal de internos, anestesiólogos y enfermeras que, ignorante, escéptico o francamente adverso al sistema, es un factor negativo constante.

Desgraciadamente y hasta el momento actual, estos inconvenientes siguen siendo insuperables en nuestro

medio y esta circunstancia nos ha impuesto la necesidad de adoptar un sistema asistencial que, hasta donde ello es posible, aisle a la paciente de contactos personales que puedan ser de efecto negativo, creándole un medio ambiente en el que solo participen, desde el comienzo del trabajo, su esposo debidamente preparado, su obstetra y su instructora. En cumplimiento de este sistema, procuramos controlar personalmente la evolución del trabajo desde el ingreso de la paciente a la clínica, para lo cual la instruimos previamente a fin de que nos informe con oportunidad acerca de la aparición de los primeros síntomas, lo que nos permite tranquilizarla, orientarla sobre el momento en que debe trasladarse a la clínica e iniciar allí oportunamente su atención con la colaboración de la instructora, monopolizando, por así decirlo, el cuidado de la parturienta. Un gran número de casos, aún con buena preparación, pueden llegar al completo descondicionamiento, ocasionado por la ausencia del médico que tanto les ofreció su personal apoyo psicológico, recalcándoles sobre su importancia en el logro de los buenos resultados del método (1). La paciencia y la constancia necesa-

* Profesor de Obstetricia. Universidad Nacional.

rias para ejercer este monopolio de la psiquis de la paciente imponen naturalmente un mayor trabajo al obstetra y a la instructora, que bien se justifica con la obtención de los buenos resultados que se esperan del método psicoprofiláctico.

La atención del parto por este método debe conducirse siguiendo un protocolo muy bien definido, que comprende dos aspectos diferentes: (3).

1) Observación y aplicación concisa de la fisiología pavloviana, distinguiendo en el plano obstétrico los casos normales y los casos distócicos;

2) Observación y aplicación de las reglas clásicas de la obstetricia, inherentes a los conocimientos y al buen sentido clínico del obstetra.

La práctica del método psicoprofiláctico no debe convertirse en rutina mecánica puesto que impone frecuentes modificaciones que solamente el obstetra puede poner en práctica.

Técnica en los casos normales

1) Ingreso de la paciente a la clínica.

Desde ese momento es indispensable crear lo que Lamaze llama el "clima del parto" constituido por la suma de condiciones que permiten a la gestante encontrar estimulación en lugar de la inhibición masiva que antes era habitual. La paciente debe ser acogida con simpatía, y la calma, la gentileza y la comprensión deben ser las tres cualidades de que deben hacer gala quienes la reciben. La comunicación previa con el obstetra y la instructora evita en la mayoría de los casos la hospitalización precoz que en otras circunstancias bien podría ser determinada por un falso trabajo, y facilita además la oportu-

na presencia de estos en la clínica para iniciar su labor asistencial.

Si la paciente está tranquila será examinada con suavidad, cuando no presente contracción uterina y será informada sobre los resultados del examen. Al mismo tiempo, el médico y la instructora le recordarán desde este momento los elementos más importantes de su preparación y recalcarán acerca del comportamiento que deben tener cada uno de los períodos del parto. Si por el contrario, llega agitada o ansiosa convendrá investigar las razones de su descondicionamiento, alejar a los acompañantes no preparados y de manera insistente, utilizando el segundo sistema de seañles, eliminar los estímulos negativos, para luego practicar el examen que habrá de determinar la conducta subsiguiente.

2) Período de borramiento cervical (pre-parto).

Si las contracciones son espaciadas y el proceso de la dilatación está apenas en su iniciación, la conducta dependerá de la condición de primigestante o multigestante que tenga la paciente así como la hora, diurna o nocturna, en que se haya producido la hospitalización. Solo el criterio del obstetra podrá indicar si la paciente debe quedarse en la clínica o regresar a su casa y a sus labores habituales, por algunas horas más. De ninguna manera debe dársele la impresión de que está en trabajo de parto sino, por el contrario, explicarle que solamente se trata de fenómenos preparatorios que no imponen todavía conducta especial. De esta manera se le ayudará a luchar contra uno de sus peores enemigos: el tiempo (3).

3) Período de dilatación.

La presencia del obstetra y de la instructora o de uno de los dos, se

hace indispensable ya desde este período, con el fin de dirigir y corregir si es el caso, la práctica de la relajación y del tipo de respiración que parezca más aconsejable en cada caso y momento particular. En las primeras etapas de éste período, cuando las contracciones son aún espaciadas, la paciente debe distraerse conversando sobre temas agradables con la instructora o con su esposo, pero no debe en ningún caso dormir ya que, según Lamaze, el sueño en éste período es perjudicial porque inhibe la corteza cerebral e impide la participación activa de la mujer en su parto. Si la parturienta acusa molestias en el epigastrio o en la región lumbar, puede iniciarse la utilización de los procedimientos indolorizantes, practicados por la paciente misma o por la instructora y en el orden y forma que imponga su estado. Esta será instalada en una cama confortable, en posición de Fowler que le permitirá relajarse de manera más completa, ejerciendo un perfecto control neuromuscular que viene a ser el mejor de los procedimientos indolorizantes en virtud de que constituye, más que una actitud de pasividad, un fenómeno de concentración de la atención y de activación cortical (2).

El criterio clínico del obstetra moderno, practicante del método psicoprofiláctico, incluye en beneficio de los buenos resultados que con él se buscan, la conveniencia de utilizar los sistemas de "parto dirigido". A la preparación previa de las embarazadas que ya constituye un medio de conducción, se suma la directa vigilancia de los procesos del parto que con más celo se realiza y que permite apreciar cualquier alteración de la dinámica uterina normal así como la aparición de los distintos elementos de distocia que eventualmente

amenacen con comprometer los buenos resultados del parto. En este orden de ideas, la amniotomía precoz, el refuerzo de la intensidad de contracciones insuficientes por medio de infusiones endovenosas de débiles soluciones de acitocina, la administración de fármacos que corrijan estados de incoordinación de las contracciones uterinas y el suministro de atarácicos a las pacientes que acusen angustia o prodromos de descondicionamiento, son procedimientos comunes en nuestra práctica.

En las pacientes atendidas con el método psicoprofiláctico son de rara ocurrencia las distocias dinámicas y éste hecho es señalado por Schwarcz quien adjudica a la psicoprofilaxis del dolor del parto una función preventiva del "stress" obstétrico y de las distocias dinámicas del útero (1): un estímulo excesivo originado en el útero daría lugar en una corteza cerebral no activada por la psicoprofilaxis, a la integración psíquica temor-dolor, que como alarmógenos y por la vía córtico-talámica, va a poner en tensión el hipotálamo, dando lugar a reacción de alarma, con el consiguiente aumento de ocitocina y mayor excitación del simpático. Por el estímulo suprarrenal y por el aumento de hormonas adrenérgicas, se produciría un desequilibrio en el sistema nervioso vegetativo. Simultáneamente se originaría en el sistema hipotálamo hipófiso-córtico-adrenal un aumento de la secreción de ACTH y de corticosteroides, que alterarían el balance electrolítico. En trabajos de parto prolongados, según Hava King y Nixon, citados por el mismo Schwarcz, disminuye el agua plasmática, sube el sodio plasmático y en cambio baja el potasio así como el cloro y el calcio y la relación potasio-sodio plasmática. La disminución del potasio plasmático contribuiría a

la inercia y a la prolongación ulterior del trabajo. Además, el incremento de adrenalina y noradrenalina, cuya acción conjunta aumentaría el tono uterino (hipertonía) y disminuiría su actividad (mayor frecuencia pero menor intensidad de la contracción), y el aumento de acetilcolina y acetilcolina, traería aparejada la alteración de la normalidad de la contracción uterina (1).

4) Estado de dilatación cervical avanzada.

Frecuentemente este estado, en especial con pacientes multigestantes o con aquellas en quienes las membranas ovulares están ya abiertas, se ve marcado por dificultad grande para practicar la relajación y por la aparición a veces precoz del reflejo del pujo determinados por un comienzo del descenso de la presentación, previamente encajada. Si al examen se encuentra un grado avanzado de dilatación, cercano a la dilatación completa, debe ordenarse el traslado de la parturienta a la sala de partos y el cambio de actitud de ella en el sentido de iniciar los esfuerzos de pujo dirigidos; si el estado de la dilatación, aunque avanzado, permite suponer que habrá de transcurrir todavía algún tiempo antes de ser completa, se debe instruir al respecto a la parturienta, explicándole que el pujo, extemporáneo en esos momentos, puede ser inconveniente por originar edema del cuello uterino y por causar fatiga antes de que se inicie realmente el período expulsivo. Solamente la oportunidad con que se diagnostique esta situación y se controle el estado anímico de la paciente, pueden evitar el descondicionamiento en este crucial "período de transición".

En este período la mujer no debe estar sola y el obstetra la mantendrá

pendiente de sus indicaciones, utilizando al máximo el segundo sistema de señales. Ninguna falta contra el sistema puede cometerse, ningún ruido intempestivo debe romper la calma y la atmósfera de confianza que deben rodear a la parturienta a quien se administrará oxígeno si se considera necesario por el esfuerzo que está realizando.

5) Período expulsivo.

En esta etapa, el obstetra debe asumir en forma total el comando de las acciones de la paciente y de quienes lo asesoran. Al comenzar cada contracción emitirá las órdenes de manera precisa, incisiva y monótona: "Inspire, expulse todo el aire, inspire nuevamente llenando sus pulmones, no expulse el aire ahora, levante el tronco, traccione fuertemente las agarraderas de la mesa, puje fuerte hacia abajo como si tratara de hacer una deposición difícil". A mitad de la duración de la contracción ordenará: "Expulse el aire, inspire nuevamente, no deje salir el aire y vuelva a pujar fuerte y sostenido". Al terminar la contracción: "Respire honda y lentamente, relájese y descansen completamente hasta la próxima contracción". Le informará de los progresos que hace el parto y la animará para hacer esfuerzos cada vez más fuertes; en la fase final del período expulsivo, el pujo será progresivo para lograr con facilidad la deflexión de la cabeza y obtener una dilatación lenta y progresiva del orificio vulvar. Si se hace necesaria la episiotomía, se practicará aprovechando la máxima distensión del periné durante una contracción, que tiene un señalado efecto indolorizante, o previa aplicación de anestesia local que podrá practicarse sobre la base de una prueba de tolerancia practicada con anterioridad.

Es prudente evitar los tactos repetidos que excitan los músculos perineales y cuando la presentación ha llegado a gran coronamiento debe ordenarse la respiración de jadeo, superficial y rápida a fin de que la expulsión no sea brusca y se cumpla solo a expensas de la contracción uterina. Después de un corto reposo se ordena pujar nuevamente para lograr el descenso del hombro anterior y a continuación se terminará el parto de la manera habitual. Lamaze da gran importancia al hecho de colocar enseguida el niño sobre el vientre materno lo que constituye para la madre motivo de gozo indescriptible y máxima recompensa a su esfuerzo.

Después del período de reposo fisiológico y cuando se hagan presentes los signos de desprendimiento placentario, se animará a la paciente para pujar nuevamente a fin de obtener el alumbramiento o bien se le ordenará respiración de jadeo para practicar suavemente la maniobra de Credé. Si se hiciera necesaria la revisión uterina, ésta puede practicarse con la técnica descrita como "maniobra de Cali".

Variantes de la técnica

La técnica que hemos descrito, aplicable a los cursos normales, puede tener multitud de modificaciones en cuya ejecución juega principal papel el criterio del obstetra (3). En la práctica pueden contemplarse dos situaciones:

1) La paciente reúne las condiciones obstétricas requeridas para la práctica del método psicoprofiláctico, pero se descontrola en algún momento de su trabajo.

a) Si se logra recuperar un buen condicionamiento por medio del se-

gundo sistema de señales bien dirigido, no habrá dificultad para proseguir con la conducta antes descrita:

b) Si no se consigue, aún con insistencia, que la paciente recobre su control, se hace necesario cambiar de técnica utilizando los medios medicamentosos de analgesia obstétrica, lo que según Nicolaiev servirá, con miras a partos posteriores, para disociar en el cerebro de la paciente, la idea de parto del reflejo condicionado al dolor.

2) La paciente no reúne las condiciones obstétricas para el parto espontáneo por el MPP. En estos casos Lamaze aconseja asociar la psicoprofilaxis a la medicación analgésica de escogencia en cada caso, para resolver la distocia de acuerdo con el criterio del obstetra. Creemos sin embargo, y basamos nuestro criterio en la experiencia, que cuando la distocia es susceptible de ser corregida para lograr el parto vaginal, muchas de las maniobras manuales o instrumentales, como rotaciones o aplicaciones bajas de fórceps pueden ser practicadas utilizando el efecto indolorizante de la respiración de jadeo, superficial y rápida.

Indicaciones para el puerperio

Después de practicar revisión de los genitales externos de la madre y reparación de los desgarros o incisiones perineales bajo anestesia local, se debe tener una pausa de observación en relación con posibles hemorragias del puerperio inmediato, durante la cual y dado que la paciente se encuentra en un ligero estado de inhibición, se hacen sugerencias en cuanto al período puerperal(2). Se le sugiere que tendrá deseo de orinar

cada vez que se lave las manos, que al día siguiente tendrá evacuación intestinal espontánea, que tendrá secreción normal de leche cuando el niño succione el pezón. A este respecto, Platonov y Zdravomyslov, citados por Chertok, han comunicado buenos resultados del empleo de la sugestión verbal para la regulación de la lactancia.

BIBLIOGRAFIA

- 1 SILVA MOJICA, FERNANDEZ BASTIDAS y cols. La preparación psicoprofiláctica de las embarazadas. Pág. 57. Ediciones Lerner. Bogotá, 1963.
- 2 CHERTOK L. Los métodos psicósomáticos del parto sin dolor. Edit. L'Expansion. París 1958.
- 3 Encyclopedie Médico-Chirurgicale. Obstetrique. Fiche 5017 H10. París 1956.
- 4 LACOMME M. Pratique Obstetricale. Tome I. Pág. 277. Edit. Masson-París 1960.