

APUNTAMIENTO SOBRE EL DOLOR EN EL PARTO *

BERNARDO J. GASTÉLUM

Académico de número

Una de las preocupaciones que han embargado a la medicina desde que principia su historia, es, a no dudarlo, la supresión del dolor el que una vez cumplida su misión de advertir a la conciencia de que algo no está en orden, queda como el proceso más ominoso que agobia al hombre; porque el dolor altera el equilibrio psíquico, perturba gravemente el organismo, deprime o anula la voluntad y la resistencia física y conduce al hombre hasta la desesperación. Se comprende, por lo mismo, por qué el opio señaló desde el punto de vista del dolor, el primer progreso evidente de la terapéutica, que por más de tres siglos dedicó a esta droga maravillosa que calmaba el sufrimiento y producía el sueño, sus capítulos más apasionados. Antes que la digital, encontró su empleo en algunos padecimientos del corazón; con la morfina, las noches de los pacientes fueron mejores y continúan siéndolo a distancia considerable de aquella época. Si aparece un dolor mortal, un desequilibrio nervioso, una angustia que supera a los recursos habituales, ahí tenemos otra vez a la morfina para calmarlos. Aun de aquellos padecimientos de las que fué proscrita aduciendo que paralizaba el intestino, vuelve a ser reivindicada y los operados de afecciones gastrointestinales, encuentran en ella el sosiego deseado. Thomas Lewis en una excelente monografía, estudia el dolor en sus diferentes tipos y mecanismo de producción, pero no es precisamente a este dolor al que voy a referirme, sino al que se produce en el parto y que, si bien como dolor puede ser igual al de cualquier otro origen, es diferente desde el punto de vista de su finalidad, ya que el parto es el único proceso fisiológico que se verifica con dolor.

Es extraño que la naturaleza haya acompañado de dolor al drama humano del cual cada uno de nosotros somos el personaje más importante. El dolor del parto implica un estado especial de espíritu distinto al que provoca cualquier otro dolor, pues se aceptan todas las molestias por la alegría de

* Trabajo reglamentario leído en la sesión del 20 de mayo de 1953.

tener un hijo; es una situación dolorosa que reporta la utilidad de dar vida a un nuevo ser. Se sabe que es indispensable para que el parto se realice. Sin dolor no hay trabajo y sin trabajo no hay parto; es un dolor por el cual se camina hacia la liberación de él; pero es a veces tan intenso, que lleva a la desesperación y hasta perturbaciones psíquicas transitorias. De ahí la conveniencia de suprimirlo como a todos los demás dolores y de hacer un parto sin dolor. Pero, ¿se puede suprimir el dolor sin entorpecer el desarrollo del trabajo que lleva el parto?, ¿puede independizarse la percepción del dolor de la contracción uterina eficaz? Este es el punto a estudiar. Cuando hablamos de dolor en el parto, nos estamos refiriendo a la contracción de los músculos lisos que componen el útero, contracción fisiológicamente dolorosa que tiene un propósito determinado: expulsar el feto. No podemos, por lo tanto, hablar de parto sin dolor, porque ello quiere decir sin contracciones uterinas; sino de partos en que el dolor no sea percibido por la gestante. Esta es la forma correcta de plantear el problema. Buscamos borrar de la conciencia de la parturienta el dolor, de ahí las transacciones de la narcosis con un dolor útil y el uso de ocitócicos para sostenerlo durante la anestesia y la analgesia. Es posible que la percepción de este dolor sea semejante a la provocada por otro motivo cualquiera, pues no se ha precisado un centro nervioso especial que le pertenezca. En el dolor, la conciencia se forma en ocasiones con referencias claras al órgano en que se produce, como en el caso del parto; en otras, muy numerosas, la imagen es indefinida, brumosa, con relación más bien al espacio, al sitio del padecimiento, como cuando nos quejamos de un dolor de cabeza, de intestino, de estómago. El útero no es el único órgano que se contrae; entre los que lo hacen, podemos señalar, principalmente, al estómago, al intestino, a la vejiga, a la uretra; pero sus contracciones sólo son dolorosas cuando en el camino que recorre lo que tiene que transitar por él, se interpone un obstáculo; en el estómago una lesión que obstruya el píloro; en el intestino, una estenosis, un estrangulamiento, un cálculo; en la vejiga, un impedimento en el cuello o en la uretra. A semejanza de lo que acontece en estos órganos, ¿en el útero sucederá lo propio?, ¿la contracción uterina se hará dolorosa por los obstáculos que el feto encuentra en su camino? En primer lugar, el cuello, que normalmente permanece cerrado hasta el momento del parto; en seguida, las partes blandas, canal vaginaperineal, que, como el cuello, sufren una preparación especial que reblandece los tejidos y que los hacen distenderse ante el feto, que, empujado por el útero que con una presión calculada por Schatz, en más o menos diez kilos, se abre paso hacia el exterior. El feto es, por lo tanto, el agente determinante de la dilatación de los tejidos que ocasiona el dolor,

que es agudo cuando la cabeza atraviesa el cuello uterino y cuando pasa por el segmento inferior de la vagina, llamado perineal, por estar incluido en la aponeurosis perineal media y adherido a las fibras musculares inextensibles que la constituyen. Es la parte más estrecha de la vagina y la menos dilatable; de ahí que el dolor sea el más intenso del parto. Al dolor de las partes blandas debemos agregar el de la contracción uterina, que por algunas experiencias y padecimientos ginecológicos parece pertenecerle en propiedad. Son dos, por lo visto, los pretextos de dolor en el parto: el que ocasiona la contracción uterina y el que provoca la dilatación de las partes blandas, que se produce, como en cualquier otro lugar, cuando el estímulo (en este caso el feto) alcanza un nivel mayor que el normal, nada más que los tejidos del canal cérvicovaginoperineal pueden llevarla a cabo, como ningún otro tejido, sin romperse.

Sería ideal, como es nuestro propósito, conocer el dolor en el parto a través de la anatomía y fisiología del sistema nervioso central y de las de los órganos genitales; pero la índole de este padecimiento no permite descender a detalles tan complejos como las investigaciones realizadas sobre este problema no aclaradas suficientemente en su aspecto más fundamental: los centros cerebrales nerviosos del dolor.

Los estímulos que se traducen en un dolor son numerosos; pero el centro nervioso adonde concurren da la impresión, hasta el momento, de ser único. Se le sitúa en tálamo, masas nucleares, núcleo ventral posterior y núcleo dorsomedial. Su percepción y algunas respuestas dependen de la corteza frontal a través de fibras nerviosas procedentes de esos núcleos, fibras tálamocorticales y córticotálámicas que van de la corteza a los núcleos. La percepción dolorosa se localiza en el núcleo ventral pósterolateral; los impulsos pasan a la circunvolución pósterocentral por las fibras tálamocorticales. Los motivos que dan lugar al dolor se transmiten en forma semejante a otros estímulos por fibras nerviosas periféricas, raíces medulares, medula mesencéfalo y, por último, tálamo, de donde pasan a la circunvolución postcentral de la corteza cerebral y a otras zonas de la corteza frontal. Todavía hay una gran incertidumbre en estas localizaciones y aun en la innervación uterina, en la que el simpático tiene una intervención destacada.

Los genitales (Doderlein, t. I, 445), como los demás órganos internos, reciben sus impulsos de dos zonas distintas del sistema nervioso central; esta innervación doble es también antagonista. La vasoconstrictora, de la parte superior de la medula lumbar por los ramos comunicantes lumbares y del plexo hipogástrico; y por otra parte, de la medula sacra inferior, por los nervios pelvianos vasodilatadores. Los impulsos motores pueden proceder

de los ganglios cercanos al útero, especialmente al cuello, plexo úterovaginal, ganglio cervical del útero o de Frankenhauser. Los fundamentos anatómicos de la sensibilidad de la vagina y del útero (H. Thaler. T. IV, 316-317, *Biología y patología de la mujer*) se hallan en las ramificaciones nerviosas que, partiendo de los nervios viscerales de los órganos pelvianos, irradian por el tejido ligoconjuntivo subperitoneal, situado por encima del diafragma de la pelvis, hacia el útero y los dos tercios superiores y medio de la vagina. Los nervios viscerales del tejido conjuntivo conducen, probablemente, elementos espinales sensitivos, procedentes de una anastomosis de los nervios sacros con los nervios viscerales mencionados. Esta anastomosis se halla formada por finos haces nerviosos que unen los nervios pelvianos con los espinales a través del foramen obturador. La sensibilidad de los dos tercios superiores de la vagina, de la portio y de las paredes del útero, excluyendo su revestimiento peritoneal, es, en general, muy poco acentuada para la presión, la incisión y el pellizcamiento. Los nervios viscerales del tejido conjuntivo de la pelvis constituyen el substrato anatómico de la sensibilidad; sus ramificaciones animan las trompas y la serosa del útero. La sensibilidad de los ovarios, que se manifiesta a la presión o al aplastamiento, se debe, en su mayor parte, al plexo que se irradia por su interior y que procede del ligamento suspensor del mismo; este plexo se anastomosa con otro situado más arriba por fibras nerviosas que acompañan a los vasos ovarianos. Los genitales internos y sus inmediaciones, así como el resto de la cavidad abdominal, están inervados por el simpático; no interviene para nada el vago. (Experiencias de Kocher y Kappis.) La conducción de los estímulos desde el simpático a la medula tiene lugar, en parte, por los nervios esplánicos y los ramos comunicantes con los segmentos lumbar y sacro. La masa principal de los nervios sensitivos genitales externos proceden de la parte parietal del plexo pudendo; el nervio de este nombre va a la cavidad isquiorrectal, por debajo del diafragma de la pelvis. Sus fibras, principalmente, vienen del tercer nervio sacro, y en parte del segundo y cuarto; dan sensibilidad a la región anal y al periné, en lo que interviene además el plexo coxígeo.

Pero no sólo del dolor del parto toma conocimiento la psiquis, sino también de lo que determina: la contracción de los músculos lisos del útero, músculos que no están bajo el dominio de la voluntad; por lo mismo, si ésta puede aumentar indirectamente, por medio de la presión abdominal, la propulsión material del útero aunque no la intensidad de su contracción, no le es dable disminuirla ni hacer que principie. El que la conciencia se entere de la contracción de los músculos lisos del útero es un hecho que hay que subrayar y que en condiciones normales es único. Lo significativo de los procesos

psicológicos a que dan lugar el dolor de la contracción uterina es que, como vamos a verlo en seguida, podemos borrar de la conciencia de la gestante el dolor y, sin embargo, conservar como fenómeno psicológico el de la contracción con la colaboración eficaz de la parturienta. El proceso psicológico del dolor como tal es subjetivo, propio de cada persona; su carácter no depende de la sensación transmitida que, como tal, es igual en todos los casos, sino de las ideas, de la educación, de la cultura y del temperamento de la persona. De aquí que sea diferente en cada individuo; cada quien construye con su imaginación su dolor como edifica sus esperanzas o su desesperación. Por su parte, la contractibilidad uterina involuntaria parece tener su centro en la medula. Ilumina esta creencia, el observar lo que acontece en una de las mejores anestias para pulmonares practicada en el parto y que, según los tocólogos del Chicago Lyng-in Hospital, "tiene muchas ventajas y ningún inconveniente", a pesar de que en las posiciones posteriores de vértice, en las primíparas, no hay rotación y hay que terminar el parto con fórceps. Me voy a referir a la llamada en silla de montar con nupercaína pesada. Se designa así porque se utiliza el clorhidrato de nupercaína (5 mg. con 100 de glucosa en 2 cm³ de agua destilada). Este producto tiene mayor densidad que la del líquido céfalorraquídeo, por lo que se deposita en el lugar más declive del canal raquídeo. No voy a describir la técnica, bien conocida por todos los obstetras, sino señalar el hecho de lograr por interrupción de la conductibilidad, la ausencia completa de dolor con la conservación absoluta de la conciencia de la contracción y de la participación activa de la gestante en la terminación del parto. La anestesia se funda en que los impulsos aferentes (sensitivos) del útero y del resto del canal, entran en la medula a un nivel inferior de aquel por donde salen los impulsos eferentes (motores). Clelland encontró que la corriente sensitiva del fondo del útero humano entra en la medula al nivel de la undécima y duodécima dorsales, y la del cuello, vagina, periné, vejiga y recto, a nivel de la segunda, tercera y cuarta vértebras sacras, en tanto que los componentes motores del fondo uterino nacen de la medula entre la cuarta y la duodécima vértebras dorsales. Esto explica cómo una anestesia que llegue hasta las raíces de la undécima dorsal produce analgesia sin afectar la inervación motora del fondo uterino. De los nervios de la segunda, tercera y cuarta sacras, que, al unirse, forman los pudendos y perineales, se deriva la inervación del periné. Los componentes motores y sensitivos penetran y abandonan el sistema nervioso a estos niveles. De ahí que la anestesia regional que alcance a la undécima dorsal, paraliza completamente la motilidad y la sensibilidad del periné y la vagina; la mujer colabora y oye el llanto del niño.

Desde el punto de vista especulativo, la anestesia de este género, método de acción centrípeta, parece ser el camino indicado que nos llevará a suprimir de la conciencia el dolor, dejando intacta la contractilidad uterina y la participación voluntaria de la paciente en el parto. No podemos decir lo mismo de la anestesia por inhalación que ataca desde un principio la psiquis, excluyendo pasajeramente la mayor parte de los centros cerebrales no imprescindibles para la vida e imposibilitando la participación voluntaria de la gestante en el parto. Si la narcosis es profunda, interfiere la contractilidad uterina e imposibilita la presión abdominal, de la que excepcionalmente puede prescindirse. Thaler (*Biología y patología de la mujer*, T. IV, 283), quien ha estudiado bien esta cuestión, asegura una grave limitación de la contracción uterina, la que se recupera inmediatamente al interrumpir o disminuir la narcosis; por ello, cuando se necesita de la energía de la contracción y de la cooperación de la gestante, se hace disminuir la narcosis hasta llegar a un estado de semiconciencia. Con el mismo propósito de conservar, a pesar de la narcosis, la contractibilidad de los músculos lisos del útero, se emplean ocitócicos. Wenderhake (obra citada, T. IV-283) afirma que una semiconciencia obtenida por éter permite conservar la presión voluntaria abdominal, la regularidad de la contracción y, por su acción anti-espasmódica la dilatabilidad de los tejidos. Es lo que pretende alcanzar una anestesia sabiamente conducida, pues, a pesar de los progresos realizados en anestesia y analgesia y de que no haya ninguno de estos productos que no influya más o menos en el parto y en el niño, la anestesia general sigue siendo, por los beneficios evidentes para la parturienta, el método más utilizado. Algunos de los analgésicos nos ofrecen, con la raquia, la posibilidad de eliminar el conocimiento del dolor conservando la eficacia de la contracción uterina con la colaboración voluntaria de la gestante. Para ello se ha venido buscando en estas drogas el suprimir aquellos elementos que intervienen modificándolas en las funciones cerebrales y dejándoles en cambio su actividad sobre la percepción del dolor. Al lograrse este propósito, sería la analgesia el procedimiento perfecto en el parto; pero, a pesar de los constantes descubrimientos de la química y de las investigaciones de la farmacología, no se ha encontrado hasta ahora una completa inocuidad sobre las funciones del cerebro en las analgésicos usados en el parto. Del demerol, producto que goza de la simpatía de los obstetras y del cual dice H. M. Carter que con él nos encontramos muy cerca del método analgésico ideal en obstetricia y que, sólo o asociado a la escopolamina y otros fármacos, supera a todos los analgésicos probados hasta ahora, debemos agregar que es ineficaz en el período terminal del parto y que se hace necesaria la narcosis general. No sabemos,

a pesar de lo que dice la propaganda sobre el demerol-clorhidrato de etil-1-metil-4-fenilpiperidina-4-carboxilato-neperidina o isonipecaína, semejante química y farmacológicamente a la morfina y atropina, cómo obra. El *U.S. Dispensatory*, 24 Edition, 1424-1425-1426, dice: "se ha pretendido fundar el uso del demerol en razones de orden fisiológico; de hecho, se puede asegurar que no se conoce su mecanismo sobre el sistema nervioso; parece que obra sobre los impulsos dolorosos en el tálamo y en la corteza cerebral; pero todavía continúan investigándose las vías de los impulsos y percepciones dolorosas". Esto mismo se puede asegurar de todos aquellos analgésicos en los que se ha eliminado la acción hipnótica; no sabemos si obran interrumpiendo los impulsos o actuando sobre ellos en la corteza y tálamo. El *Ocyto Nargenol*, fórmula de Clin-Comar, de París, producto compuesto de varios fármacos: dihidroxicodeinona, canfosulfato de escopolamina, sulfato de esparteína, canfosulfato de efebrina, fenilpropionato de dihidroxicodeinona y solución salina al 0.8 por ciento; y que uso con más frecuencia que el demerol, tiene, sobre éste, la ventaja de que el dolor apenas se percibe o no lo siente la enferma y de que hace innecesaria la narcosis general en el período terminal del parto y para efectuar reparaciones en el periné. Una investigación en relación al demerol y que estamos por llevar a cabo en el Hospital Jesús Pérez Alemán, definirá estos puntos, que, más que al asunto a que se refiere este apuntamiento sobre el dolor en el parto, es tema que bien puede pertenecer a los que tratan Lull y Hingson en su magnífico libro *Control del dolor en el parto*.

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DOCTOR BERNARDO J. GASTELUM

M. MATEOS FOURNIER

Académico de número

He sido designado para comentar el interesante trabajo del doctor Bernardo J. Gastélum intitulado "Apuntamiento sobre el dolor en el parto", lo que estimo como una distinción muy honrosa.

En verdad, considero que sólo es posible tratar este tema tan vasto y apasionante, así como lo enuncia su autor, pues, por cualquier ángulo que se desee abordar, filosófico, religioso, anatómico, fisiológico, patológico o terapéutico, se podrían hacer consideraciones tan extensas como un tratado.

Por años y siglos se ha hablado del dolor y se ha tratado de darle explicación y remedio. Util en algunas circunstancias para el diagnóstico y localización de ciertas enfermedades, no se presenta en otras, como, por ejemplo, en las mentales. Se han dado muchas vueltas en torno de su enigmática existencia y por muchos se ha aceptado que es indispensable para la vida, porque advierte peligro y obliga a la defensa y curación.

Bien compenetrados de sus formas, consideramos que es todavía muy discutible la razón de su existencia y que pasará mucho tiempo aún, antes de que sea posible aclarar científicamente esta enorme incógnita, si prescindimos de los dogmas religiosos para su explicación, sobre todo cuando pensamos en el dolor del parto, que acompaña al más grandioso y sublime acto concedido al ser humano y que es el de la reproducción. Como aquellos otros colores sin objeto posible y que se presentan en las horas o días que preceden a la muerte y durante la muerte misma, cuando toda finalidad biológica no puede ya existir, ni siquiera como forma útil o medio orientador o indicador del mal.

El impulso sexual es feroz y en igual proporción que el hambre, rige los destinos de la humanidad. Termina con el acto carnal que procura al ser humano y seguramente al animal, un placer intenso, que es el más grande de todos los que existen, en la edad comprendida dentro de los

límites de la actividad genital. Su consecuencia es el engendro de un nuevo ser que se concibió en el placer y que, como tributo al mismo, tiene que darse a luz en medio de crueles sufrimientos, los que habrá de experimentar precisamente la mujer, quien menos culpa tiene, si culpa se puede llamar al cumplimiento de esa imperiosa función del organismo.

La historia de la humanidad, nos revela que el dolor en el parto ha existido siempre, sin que se hubiese hecho nada por mitigarlo en otras épocas. La inteligencia del hombre, incomparable atributo que lo hace superior, le ha servido para luchar a través de los siglos contra las mil paradojas de la vida, aunque a veces muy tardíamente, como han sido los intentos de suprimir el dolor, principalmente el más injusto de todos ellos, pues fué hasta mediados del siglo pasado cuando surgió Simpson, el descubridor de la anestesia por inhalación de cloroformo a las parturientas, precedido en unos cuantos años por Morton y otros, que dieron los primeros pasos en firme para suprimir el dolor en las operaciones quirúrgicas por el uso del éter en inhalación.

En las épocas que precedieron a esas fechas, los prejuicios religiosos habían impedido toda tentativa para el alivio de los sufrimientos de la mujer en el trance del parto, y aun Simpson y sus colaboradores y contemporáneos hubieron de luchar desesperadamente contra todas las corrientes adversas, que los calificaron de inmoral y contrario a todas las normas impuestas por el clero. Una vez abandonados los prejuicios, la ciencia ha trabajado incesantemente, y cada vez se adquiere mayor número de procedimientos, variables en valor y eficacia, sin que hasta la fecha haya surgido el definitivamente bueno que permita abolir totalmente el sufrimiento en el parto.

A primera vista, parece imposible que esto pueda suceder, porque el elemento esencial del proceso del parto es la contracción uterina y es ella en sí dolorosa en muy diferentes grados, desde el dolor leve y tolerable, hasta aquel que hace arracar gritos espantosos y desesperantes a la mujer. El doctor Gastélum dice textualmente en un párrafo de su trabajo: "No podemos, por lo tanto, hablar de parto sin dolor, porque ello quiere decir sin contracciones uterinas; sino de partos en que el dolor no sea percibido por la gestante".

Ya esto me había sido revelado por el doctor Gastélum en un comentario oficial a esta misma Academia, cuando tuve el honor de preentar meses pasados, mi trabajo reglamentario sobre "Nuevas consideraciones sobre el Parto Rápido". El concepto me parece muy discutible, pues aunque la idea corriente es la de que el dolor es la contracción, nosotros hacemos

hincapié en que hay contracciones dolorosas y otras indoloras y que, aunque la intensidad de las mismas está casi siempre en relación directa con su eficacia, diversos procedimientos médicos, pueden hacerlas intensas y por lo tanto eficaces, en una mujer privada de la conciencia y a quien, por consecuencia, se ha suprimido el dolor, sin que tengamos que hablar, como el doctor lo hace, de dolor útil sino de contracción útil.

Indudablemente que es necesario distinguir entre lo que es el dolor consciente y lo que es el dolor inconsciente, pues tienen ambas condiciones distintas aplicaciones prácticas y aun tratándose del dolor del parto, diverso significado.

Podría decir, por ejemplo: la mujer en estado de coma eclámptico, en trabajo de parto, no tiene conciencia de sus dolores, aunque frecuentemente la vemos quejarse y agitarse durante las contracciones manifestando dolor. Si sobrevive a esta complicación, no conservará recuerdo de sus dolores y es, para ella, como si no los hubiese tenido. En cambio, a la mujer anestesiada le podemos apreciar contracciones indudables, muy frecuentemente intensas, ya naturales o artificialmente reforzadas por medicamentos ocitócicos y sin que exista manifestación externa de dolor.

A principios del siglo que corre, y en virtud de una larga serie de inconvenientes y aun defunciones por el uso de éter y del cloroformo durante el parto, se pensó en utilizar métodos más benignos, y así surgió la Escuela Alemana, que utilizó la morfina para insensibilizar a la mujer, mezclada con el alcaloide del beleño, la escopolamina o hioscina, a cuyos efectos analgésicos se une cierto grado de amnesia que esta droga origina.

Las mujeres, en estas condiciones, daban a luz en un estado semiconsciente, denominado "crepuscular" por sus autores. El Ocyto Nargenol de la Casa Clin que el doctor Gastélum menciona al final de su trabajo, está basado en el mismo principio, y es una mezcla de sales de codeína con escopolamina que permite analgesias e hipnosis, que no son sino el sueño crepuscular de Kröning y Gaus quienes persiguieron borrar de la conciencia de la mujer el recuerdo del sufrimiento, mitigado al mismo tiempo por el componente analgésico. El gran número de molestias secundarias, como la sequedad exagerada de la boca y la garganta y la frecuente excitación, que es motivo de seria preocupación y alarma de familiares y personas que rodean a la enferma, como son los gritos exagerados en cada contracción y acción de levantarse y abandonar la cama, haciendo además imposible para el médico el control indispensable de la enferma para impartirle cuidados de asepsia y antisepsia, han hecho que no se utilice más tal procedimiento y sólo en determinados casos apropiados se administre escopolamina,

con ciertas limitaciones en las dosis, teniendo en cuenta además, la experiencia que ha revelado evidentes perjuicios al niño, por depresión del centro respiratorio, y que en algunos casos ha originado su muerte por apneas irreversibles, a pesar de los múltiples recursos de resucitación actualmente en uso.

Lo mismo podemos decir de una multitud de disciplinas usadas poco en algunos hospitales de E.U.A. y mucho menos entre nosotros, a base de bártitúricos como amital sódico, nembutal, seconal, tuinal como sedación e hipnosis en la primera y segunda fases del parto y que precede a la anestesia general.

Es necesario puntualizar, además, que el dolor del parto no es solamente la contracción uterina. Es un complejo doloroso en donde interviene tanto la distensión exagerada del segmento inferior, cuello y vagina, como la presión sobre los tejidos y órganos vecinos, y se añade en la parte final del acto, el estiramiento de la vulva y periné, con sus frecuentes desgarros de mucosa y piel. Esto quiere decir que no sólo la preocupación reside en el dolor de la contracción, sino en todos los dolores que origina el paso del producto por el canal genital.

La anestesia regional por la técnica de Edwards y Hingson, denominada "caudal continua", basada en brillantes estadísticas y con el uso de la metihcaína, abrió un nuevo y entusiasta campo de acción a todos los médicos del mundo y hasta las revistas y periódicos sociales se encargaron de vulgarizar el sensacional procedimiento, publicando fotografías de enfermas sonrientes en el trance del parto, o contemplando eufóricas a su recién nacido, enseñado por el médico tratante.

Las exigencias del vulgo arrojaron a los médicos al uso precipitado e inadecuado del procedimiento, y nosotros mismos, como muchos más, lo utilizamos también, hasta que sufrimos las angustias con enfermas, que, muy antes de dar a luz, se encontraron en inminente riesgo de muerte. Así fue uno de los casos que el que esto escribe, presentó a esta H. Academia, con amplias consideraciones sobre el procedimiento y con el consejo de proceder con más cautela, y no considerarlo como una panacea.

La anestesia regional en "Silla de Montar" de Pitkin, Adriani y Román Vega de Nueva Orleans, con el uso de la Nupercaína hiperbárica, es en realidad un excelente procedimiento y algunos obstetras de México lo utilizan con magníficos resultados. Para no citar a uno, recordaremos que el joven doctor Jorge Orizaba Samperio, distinguido alumno de la clínica, presentó por nuestro consejo, en 1950, su tesis recepcional sobre este método, con 50 casos de observación perfectamente estudiados y analizados, y de los que dedujo que es cien por ciento efectivo sobre el alivio del dolor y absoluta-

mente innocuo, con tal de que se limite su uso al período de expulsión, pues su duración es de dos horas como máximo. Como todo procedimiento, tiene sus contraindicaciones y algunas desventajas, como el necesario uso del fórceps en el 18 por ciento de los casos.

Nosotros no lo usamos por la psicología especial de nuestras enfermas, que le temen extraordinariamente a la anestesia raquídea, y le atribuyen todos cuantos males se le presenten después, aún en el resto de su vida, y eso sin contar con las dificultades especiales técnicas que significan la posición necesaria y adecuada en enfermas embarazadas frecuentemente gordas, excitadas y con dolor.

No es posible hacer consideraciones más extensas en relación con el límite de tiempo que se concede al comentarista, y sólo habré de insistir y en que nuestro procedimiento del parto rápido, presupone el previo uso de Demerol, a veces con escopolamina en la fase inicial del parto. Es analgésico, antiespasmódico y sedante, exactamente como la Dolantina alemana y la Gevelina francesa. No la usamos hasta producir hipnosis y amnesia total, pues en ese grado es peligroso para la madre y el niño. Buscamos sobre todo su acción antiespasmódica que trae consigo el ablandamiento del cuello y el encajamiento profundo de la presentación; para, bajo anestesia general por inhalación, dilatar manualmente la vulva y vagina y terminar la del cuello, haciendo descender al producto por ocitócicos y Kristeller. A veces, con presentaciones altas, por versión por maniobras internas, si profundizando la anestesia tenemos amplio espacio y relajación, sin contar un solo caso de ruptura uterina o daño de tomarse en consideración.

Las contracciones necesarias son precisamente indoloras por que se trata de enfermas sujetas a narcosis verdadera que recobran la conciencia cuando todas las maniobras fueron terminadas, sin que se precise de la colaboración expulsiva consciente de la parturienta a quien le suprimimos la mitad del segundo período, el tercero en total, y el alumbramiento, y además se mitiga y seda el primero.

Creo haber tocado todos los puntos del trabajo del ponente, menos el aspecto anatómico y fisiológico del dolor. Reitero mis agradecimientos al señor Presidente de esta Academia y al doctor Gastélum por haberme dado oportunidad de comentar tan interesante tema, aunque sea tan superficial y rápidamente como lo exige el reglamento.