

PARTO SIN TEMOR *

DR. BERNARDO J. GASTÉLUM
Académico de Número

Señor Presidente, Señores Académicos:

HACE ALGUNOS años el Prof. Leriche, aseguró: que el dolor no existe ni en el planteamiento de la vida ni en el ordenamiento de lo fisiológico y que fuese un elemento esencial a la vida del hombre como la vista, el gusto, la audición... son los místicos, los que con un alto pensamiento religioso ven en el dolor un bien para el hombre y cuando sobre el camino del dolor encuentro a alguien que sabe utilizar las sensaciones más penosas para engrandecer su edificación espiritual, yo lo admiro, pero trato de aliviarlo y siempre he visto manifestar un gran agradecimiento el día que se les ha librado de su martirio.

Generalmente los científicos metidos a filósofos lo hacen muy mal, y es natural: la filosofía ve el ser desde el punto de vista de lo universal, de la totalidad; la ciencia es un trozo de ese ámbito del ser que lo define y se dedica exclusivamente a él, se puede decir que es una provincia recortada de ese continente.

Cuando las mentes de España encontraron cerrado el camino del mundo exterior, era la época de Erasmo, del Concilio de Trento, por circunstancias que no es del caso referir, no les quedó otra ruta para expresar la fortaleza de su carácter y los anhelos de su espíritu que la vida interior, y en ese espacio, surgió esa pléyade de ingenios que fueron y siguen sien-

* Leído el 10 de abril de 1957.

do la admiración del mundo: los místicos. ¿Se puede aseverar, como lo hace Leriche, que fueron a ellos los que el hombre tomó como pretexto para ensayar la coquetería del dolor? ¿Y quién puede dudar que en "el planteamiento de la vida", el nacimiento del hombre, existe el dolor? Lo que sí debe llamarnos la atención es, que sea ese proceso fisiológico, el único que se verifica con dolor, y esta circunstancia por sí misma encierra una apasionante interrogación: ¿por qué el parto se verifica con dolor? ¿Será acaso porque esa tortura encierra problemas de naturaleza psíquica de gran trascendencia en las relaciones de la madre con el hijo y que se irán subrayando en su proyección social en el transcurso de su existencia? Es posible, pues para que un hijo lo sea de verdad no basta parirlo, sino una relación más íntima entre él y sus padres y no sería extraño que la base inicial de esta aproximación lo sea el sufrimiento que establece nexos de afectividad y comprensión que hacen que la madre se dé toda al hijo. Según se asegura, no sucede lo propio cuando ella queda ausente, por la anestesia, al acto más trascendental de su vida: el alumbramiento; posteriormente se la ve ajena a las peripecias del niño, a sus angustias, a sus conflictos y preocupaciones y tal cosa se manifiesta cuando desde luego lo pone en las manos mercenarias de la nodriza, después de la institutriz y más tarde, cuando llega la edad escolar, lo envía a los internados. La regresión moral del hogar no es extraña a tales circunstancias y es por ello que se ha planteado de nuevo el regreso al parto natural, al parto sin temor, para estar de acuerdo con la época.

Un análisis objetivo a través del tiempo y de las etapas que constituyen el parto desde el punto de vista del dolor, en los casos observados por nosotros mismos cuando la anestesia no era una costumbre o bien que el obstetra ejercía en lugares en donde no era posible, nos lleva a considerar que hay cierta desproporción entre los fenómenos fisiológicos del parto y el sufrimiento acusado por la gestante, aun en aquellos momentos llamados de desesperación que corresponden a la dilatación del cuello y a la expulsión del feto. Las estadísticas sobre el dolor que se han formulado relatan que en un diez por ciento de las mujeres, el padecimiento es prácticamente soportable; además, aquellas que pertenecen a las clases acaudaladas y que desde niñas han estado sujetas a una crianza que las hace poco resistentes, su sensibilidad se encuentra más exaltada que las que carecen de recursos para procurarse algún confort, o que viven más cercanas a la naturaleza, o bien que han adquirido por educación o por hábito fortaleza física o moral.

Dice el Dr. Allan Nicholson que "la enfermedad es una idea" a propósito de que un día que se encontraba combatiendo en el Sudán, una

epidemia de peste, se llenó de pavor frente a un caso; "a partir de ese momento me sentí susceptible de contraer el mal y a pesar de todas las precauciones tomadas no escapé a la enfermedad." Los médicos saben que sólo cuando principian a tener miedo, su salud está amenazada. El temor, como sucede en muchos casos, trae un desequilibrio hormonal, que se ha estudiado con mayor propiedad en investigaciones realizadas sobre stress, por 75 psiquiatras agrupados con este propósito en el Hospital del Monte Sinaí, de Nueva York.

Existen, como sabemos, muchos padecimientos considerados como psicósomáticos, es decir, provocados por la incapacidad del organismo para vencer el choque emocional y el parto es uno de esos procesos. Tal cosa no quiere decir que el dolor en el parto no sea un fenómeno real, pero su resonancia sobre la sensibilidad de la persona le da proporciones, algunas veces, extraordinarias. ¿En qué dimensión se encuentra la voluntad de la persona para soportarlo?

Desde el punto de vista fisiológico el padecimiento se debe entre otras cosas, a la compresión mecánica de las terminaciones nerviosas intramurales, a la anoxia celular de las fibras musculares, hechos en que se traduce la contracción uterina, y que son conducidos, por lo que toca a la sensibilidad uterina por la vía simpática, por lo que se refiere al cuello, por la parasimpática, y por los nervios espinales en lo que se relaciona al periné. (Dr. M. Rivière y col. R. Franc de Gyn et Obs, 1954, 9, 247). El tálamo es el centro de la afectividad, masas nucleares, núcleo ventral posterior, núcleo medio dorsal; de estos núcleos proceden fibras nerviosas, tálamo corticales, y de la corteza, las córtico talámicas. La percepción dolorosa se localiza en el núcleo ventral pósterolateral. Los impulsos pasan a la circunvolución pósterolateral por las fibras tálamo corticales. El tálamo está en relación con la corteza cerebral para el control emocional; la corteza analiza los estímulos, que también llegan por fibras nerviosas periféricas, raíces medulares, mesencéfalo. En algunos casos dicho control escapa a la corteza y es entonces cuando se establece una reacción en cadena, por la cual, la respuesta de los centros de la corteza al estímulo afectivo en cada vez más violenta, y se pone en marcha por excitaciones en cada ocasión más débiles; por este motivo estas reacciones subcorticales dan lugar a estados viscerales que se llaman psicósomáticos.

Hay que esperar que en breve, tengamos mayor certidumbre del conocimiento del dolor a través de la anatomía, de la fisiología del sistema nervioso de la vida vegetativa, de relación elemental y superior y de la propia psicología de lo que nos permite hasta ahora la observación de la persona humana.

Desde el punto de vista psicológico, los dolores insoportables, no habrán llegado a serlo por la formación de reflejos condicionados, unos adquiridos por herencia y otros por la propia parturienta? El córtex es el lugar material y exclusivo de todo reflejo condicionado. M. Riviére y Cabal. *Ev de Gyn y Obst* 1954-9, 27. El psiquismo juega un papel trascendente en la percepción del dolor; el miedo y la ansiedad son elementos fundamentales en el proceso futuro del parto. Los prejuicios y la ignorancia son factores que encienden el miedo.

Para Grantly Dick Read, médico inglés, el dolor del parto es el resultado de un círculo vicioso. Temor-Tensión-Dolor. Existe una serie de fenómenos emocionales durante el trabajo, que son estereotipados y definitivos en su esencia, en forma tal, que para poder interpretar las etapas sucesivas del parto, se deben considerar y correlacionar los aspectos físicos y emocionales del trabajo de influencia recíproca.

El temor despertado por relatos distorsionados, por inseguridad financiera, por enfermedades, etc., actúa, a través del sistema nervioso vegetativo perturbando la coordinación fisiológica que debe existir entre las fibras longitudinales y circulares del cuello y del cuerpo respectivamente. Las impresiones sensoriales que arrancan de las paredes del útero llegan al tálamo óptico, órgano donde asienta la interpretación difusa, no interpretativa, del dolor y de las emociones, especialmente del temor. Algunas sensaciones pasan a centros diencefálicos inferiores, sueño, presión arterial, metabolismo del agua, etc., y otras se dirigen del tálamo a la corteza donde se correlaciona la experiencia pasada y presente y controla los estímulos sensoriales que se hayan magnificado a su paso por el tálamo; la corteza reacciona de acuerdo con la intensidad del estímulo y también por su propia interpretación, que si es exagerada, resulta en reacción motriz a través del simpático sobre el sitio de la estimulación. De modo que un estímulo que nace de las paredes del útero y que apenas puede ser desagradable, "interpretado" en la corteza con fuerte tono aprensivo, resulta convertido o transformado en dolor y en descarga motora sobre el lugar de origen, dando motivo a un estado de tensión en el mismo.

Los nociceptores de Sherrington, corpúsculos sensoriales que sólo acusan dos clases de estímulos: tensión excesiva y laceración, son los encargados de registrar la tensión. La tensión excesiva así impuesta por centros superiores, determina dolor real.

Frente a todo ataque el organismo presenta dos clases de reacción: lucha contra el agresor o huye del peligro. En la lucha, tenemos primero una reacción de alerta, el organismo llama en su ayuda a todas sus fuerzas defensivas, se adapta a la resistencia, el sistema vegetativo actúa

aumentando la actividad de los músculos esqueléticos; en la huida, la preparación depende de la emoción protectora del miedo que se traduce en fuga o tensión paralizadora. En forma parecida se encuentra la mujer en el parto. Persuadida del peligro y no pudiendo luchar ni escapar de él, se ve sujeta a través del sistema vegetativo a una tensión generalizada. Tal cosa produce un aumento tónico de las fibras circulares del útero, una mayor tensión. La entrada en acción de un grupo muscular supone la inhibición del grupo opuesto; en cambio, la tensión de las fibras circulares ofrece resistencia a la acción dilatadora que sobre el cuello ejercen las longitudinales; tenemos dos grupos musculares antagónicos actuando al mismo tiempo, y la consecuencia de ello al prolongarse su actividad, traerá la perturbación del curso fisiológico del trabajo y en seguida el cansancio y el agotamiento del músculo uterino si no de la misma paciente; porque la tensión no sólo radica en el útero sino también en todo el sistema esquelético. Además, la tensión registrada por los nociceptores de Sherrington es interpretada como dolor, que a su vez exagera el temor e instala un círculo vicioso, temor-tensión-dolor.

Para un trabajo normal es necesario que la armonía neuromuscular no sea perturbada por influencias emocionales. No es bastante que la embarazada sea anatómicamente perfecta y químicamente balanceada, sino que su estado emocional se mantenga dentro de un límite de normalidad tal que no inicie reflejos de tensión. Read sintetiza su concepto expresando: mujer tensa, cuello tenso; mujer en relajación, cuello blando.

Hay que combatir el temor para atacar el síndrome temor-tensión-dolor; tal cosa se logra por la educación que lo anula y también por medio de la relajación muscular que neutraliza la tensión.

Estas son las ideas de Read expuestas por los Dres. Nicanor Palacios Costa y Ricardo V. Gavensky.

El Método Psico Profiláctico del Dolor del Parto, a la cabeza del cual se encuentra el Prof. Nicolaiev, de la Escuela de Medicina de Leningrado, descansa en la teoría de la actividad nerviosa superior creada por el fisiólogo ruso Ivan Pavlov. La sensación dolorosa es un fenómeno esencialmente de la corteza cerebral aunque exista un relevo talámico; la corteza es el órgano de la formación de los reflejos condicionados. Para el parto sin temor, el sistema nervioso de la madre y el fondo psíquico sobre el que acciona el mecanismo reflejo del parto, son de la mayor importancia.

A la mujer hay que educarla a tener el hijo y para ello se pone en práctica una profilaxia psíquica que consiste en términos generales: darle a la paciente un conocimiento del proceso y de la naturaleza del parto

que destruya prejuicios y aclare ignorancias para despertar la entereza de la gestante. Enseñarla cómo debe respirar en el momento preciso, la manera de resistir y de colaborar con el dolor y de superarlo. Explicarle los beneficios que le resultan al niño y a ella misma al sustraerse a la anestesia; mantenerla en condiciones físicas y psíquicas normales.

En el momento del parto: llegar a él sin temor considerándolo como algo irremediable; pero si el dolor supera a cualquiera consideración, utilizar analgésicos, entre ellos el más adecuado por el momento, el Demerol; recurrir a los medios psíquicos, la importancia y la nobleza de la función materna, la salud del niño, etc.; ilustrar a la paciente de los recursos que puede poner en práctica para hacer más efectivos los dolores del parto, medios para acelerarlo cuando así convenga, suprimir obstáculos para la salida del niño, pujo, relajación muscular.

Entre la escuela de Read en los Estados Unidos y la rusa, hay pocas diferencias; con Read, el dolor se localiza en el tálamo, su origen es el temor, su fisiopatología, temor-tensión-dolor y su profilaxia, suprimir el temor persuadiendo a la enferma; para Nicolaiev, el dolor lo refiere a la corteza; su origen, condicionamiento entre dolor y parto, como temor, etc.; la fisiopatología, ausencia de la formación en la corteza de "estereopatías dinámicas" favorables ligadas a la participación de la mujer en el parto, y la profilaxia, condicionar el parto a un fenómeno feliz natural; el dolor no es inevitable. La producción de las zonas corticales activas inducen a su alrededor zonas inhibitorias en cuyo nivel todos los estímulos que llegan desde el útero quedan bloqueados. (Cuadro de los Dres. Palacio Costa y V. Gavensky. La S. M. de B. A. pág. 323, T. 18, 3-8-56.)

Las ideas de Pavlov (Los Reflejos Condicionados. 23 Lecciones. 1923) que sirven de base para modificar por acondicionamiento el carácter doloroso del parto, son en síntesis y en lo conducente, las siguientes: toda actividad del organismo se realiza conforme a leyes evidentes; reacciona adecuadamente ante el mundo exterior para que quede asegurada su existencia. Los reflejos son los factores de esa adaptación o de equilibrio constante.

Descartes, hace cerca de 300 años dió el concepto específico de lo que es un reflejo; fenómeno que es inherente a la constitución del sistema nervioso y que tiene relación con las reacciones orgánicas en su totalidad. El motivo del reflejo es un estímulo y cada uno de estos produce un cierto efecto y puede reforzar o interferir cualquier otro estímulo.

El acto reflejo es caracterizado por una reacción inevitable a un estímulo estrictamente definido también. Tal definición se adapta no sólo al que es innato sino al concepto de reflejo señal; la única diferencia es-

triba en que en este caso la reacción depende de un mayor número de condiciones, pero tal cosa no entraña diferencia fundamental.

En circunstancias normales el animal responde no sólo a los estímulos que por sí mismos pueden producirle beneficio o perjuicio, sino a los agentes físicos o químicos que son como la señal de aquellos estímulos provechosos o perjudiciales por sí mismos. El ruido que produce en el bosque una fiera, señala al animal débil su presencia y por tal motivo huye; no lo mata el ruido, sino las garras y los dientes en el momento que lo tocan. La importancia del estímulo señal radica, no en que inicie, precisamente, reacciones reflejas, sino que en condiciones diferentes, estos mismos estímulos promueven respuestas completamente distintas, e inversamente, la misma reacción puede ser determinada por estímulos que no sean iguales a los anteriores.

Un estímulo nocivo que provoca dolor incondicionado, si se combina en forma apropiada y en las condiciones necesarias, en vez de sufrimiento, puede dar indiferencia al dolor o serenidad; transferencia que depende de circunstancias que no es posible señalar dentro de los límites de este trabajo. Tal es el caso del parto.

El reflejo condicionado se provoca en condiciones fisiológicas dadas y con la mayor facilidad; su control lo ejerce el experimentador y se encuentra sometido a las mismas leyes que cualquier otro proceso fisiológico.

A medida que se conozcan mejor por una investigación acuciosa los hechos a que me he referido, podremos tomar una regla de conducta por lo que se contrae al parto sin temor. Sería una ligereza rehusar a la parturienta los beneficios que en ciertos momentos del parto le presta una anestesia inteligente, antes de resolver problema tan intrincado como el que se relaciona a la alta actividad psíquica de la mujer. Por otra parte, no es posible aplicarle los resultados obtenidos en el estudio de los animales sino en condiciones determinadas. Y a pesar de que la alta actividad nerviosa de la corteza del hombre y en el animal superior, reposan sobre los mismos fundamentos, la conducta de aquél es extraordinariamente compleja.

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. BERNARDO J. GASTELUM:
"PARTO SIN TEMOR" *

DR. ALCIBIADES MARVÁN.
Académico de Número

Señor Presidente,
Señores Académicos:

COMENTAR EL TRABAJO reglamentario de un distinguido Académico, que ya en 1924 publicaba sus "Lecciones de Ginecología" auspiciado por la Universidad Nacional de México, resulta para mí, tarea difícil y hasta podría parecer atrevida si los Reglamentos de esta H. Institución no me llevaran a ello.

Respetando la inquietud y los conceptos filosóficos que el Dr. Gastélum vierte en el prólogo de su trabajo no voy a tocarlos. Pienso concretarme en este comentario a glosar algunos de los conceptos y hechos expuestos, transcribiendo opiniones publicadas, y expresando mi criterio al respecto, en la forma más breve posible.

El año de 1954, pareció especialmente fecundo en publicaciones acerca del parto natural; parto natural sin analgesia ni anestesia, indoloro o poco doloroso, logrado exclusivamente por educación prenatal y persuasión. Los trabajos de Grantly Dick Read, los estudios fisiológicos de Ivan Pavlov y las observaciones realizadas por Nicolaiev (expuestas ya, por el doctor Gastélum) llamaron la atención de obstetras e investigadores, tratando ambos de lograr el control del dolor del parto, sin recurrir a drogas analgésicas y agentes anestésicos.

* Leído el 10 de abril de 1957.

Philip A. Reynolds, de Los Angeles, después de experimentar y valorizar resultados, concluye que el obstetra puede "efectivamente ayudar a la parturienta", explicando a la embarazada los hechos físicos del parto y convenciéndola de que su caso, tiene características o matices individuales que lo harán realizarse con facilidad. Se manifiesta opositor a toda instrucción escrita o lectura de divulgación: "ningún libro o lectura, dice, podría reducir la ansiedad de una paciente, cuya personalidad está debilitada por una actitud grande de temor acerca de la crisis por la cual tiene que pasar". Con Read valoriza el círculo vicioso del síndrome "temor-tensión-dolor" y lo hace responsable del sufrimiento en el parto, cree y afirma Reynolds, que el dolor severo o insoportable puede evitarse eliminando el temor y la tensión, pero agrega: "esto no quiere decir que se eliminen el uso de drogas y analgésicos, pero permite usarlos en menor cantidad y disminuir así el riesgo para la madre y para el niño".

Thoms y Widembach publican en el Journal of American Medical Association en el mes de septiembre, los resultados obtenidos con procedimientos semejantes y desde el punto de vista materno se manifiestan convencidos de que "el proveer a la mujer de una atmósfera de amistad, interés, entendimiento y valor" es una medida efectiva que ayuda a que la parturienta "haga lo óptimo por sí misma en el momento del parto".

El Lancet, en junio del mismo año de 1954 publica los resultados obtenidos por De Lee siguiendo el método de Read en 142 pacientes. Dicho autor modificó para su estudio la técnica original de Read "la que no consideró suficientemente consistente" con los conocimientos obstétricos de la época en que fué verificado el estudio.

Bowles (postgrad Med 16.522 dic 1954) compara un grupo de 309 primigestas a las cuales se les dió instrucciones antepartum con otras que no recibieron esta educación, encontrando que las pacientes del primer grupo, estuvieron "más calmadas y más manejables aunque las dosis de analgésicos les fueron reducidas".

Hall (Medical Journal, Australia 2.289, agosto 21-54) "cree que el nacimiento natural sin dolor es relativamente adaptable a unas madres pero a otras no".

Mayer (Rev. Med. Social 2609, 1954) "discute su experiencia con educación psicológica en las embarazadas, su objetivo es *reducir la mortalidad neonatal* y lleva a cabo el parto natural después de haber explicado sobre el proceso a sus pacientes, éstas deciden, con absoluta libertad después, si desean o no el nacimiento natural.

(Autores citados por Gringell, Anuario de Ginecología y Obstetricia de 1955-1956).

El asunto no ha perdido actualidad, De Wateville con interés y acierto se ocupa del método de "Preparación Psicoprofiláctica" para la atención del parto. Y publica su estudio el próximo pasado mes de marzo de 1957, volumen 73, número 3, de la *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.

De Wateville estudia los resultados obtenidos siguiendo la técnica de Margaret Morris inspirada en las ideas de Read, y los compara con la analgesia con trileno y óxido nítrico, bloqueo pudendo, y anestesia caudal continua. Consiste el método, en los siguientes tiempos esenciales:

1. Establece contacto entre las embarazadas y los residentes del hospital por medio de lecciones impartidas por ellos sobre anatomía y fisiología obstétricas.
2. En todas estas lecciones se procura menospreciar el dolor como factor intrínseco al acto fisiológico.
3. Adiestramiento respiratorio progresivo enseñando a las pacientes a lograr una oxigenación óptima.
4. Educación neuromuscular hasta que la mujer aprenda a relajar sus músculos esqueléticos.
5. Explicación clara de la fisiología de las contracciones de Braxton Hicks, hasta lograr que se vuelven conscientes para la embarazada y aprovechables, para ensayar cuando éstos producen movimientos respiratorios; primero profundos y lentos, después frecuentes y superficiales. (Esta experiencia hará de la inspiración un reflejo condicionado al estímulo de la contracción.)
6. Ambos tipos respiratorios serán empleados por la parturienta en el curso del período de la dilatación del cuello.
7. La enseñanza para la expulsión, parece más compleja estriba en lograr que la mujer aprenda a pujar sin contraer los músculos del suelo pélvico y hacer de este movimiento un reflejo condicionado a señales verbales.

Esta preparación se complementa con pláticas y comentarios de mujeres que recientemente han dado a luz con ayuda del procedimiento "psicoprofiláctico".

Cuando la dilatación ha llegado de 7 a 9 centímetros se administra a la paciente en forma constante, inhalaciones de oxígeno "cuyo papel analgésico ha sido señalado por Fleckestein, Notter, Pigeud y Rust."

De Wateville dice haber obtenido los siguientes resultados en 707 casos. (27% de los partos atendidos en la maternidad de Ginebra):

Excelente en el 25%; bueno en el 50%; moderado en el 11% (parto doloroso) y fracaso absoluto en el 14%.

En lo personal, juzgo difíciles de realizar este tipo de observaciones sin caer en un subjetivismo peligroso, sin embargo, me atrevo a considerar:

1º Es un hecho la existencia de una corriente actual, para hacer el parto natural más frecuente y mejor tolerado.

2º Este movimiento es a nuestro juicio una reacción, explicada y justificada plenamente, por el incremento de accidentes maternos y fetales a que ha dado origen el desarrollo y generalización de la Anestesia y Analgesia Obstétricas.

3º Como toda reacción, esta será incapaz de volver el orden de cosas al pasado, y a nuestro juicio, solo contribuirá a limitar y perfeccionar el movimiento que le dió origen: Analgesia en el período de dilatación, Anestesia en la expulsión y extracción del producto.

* * *

Cuando terminaba de redactar esta nota surgieron en mi interior algunas dudas...

¿Corren nuestros pacientes y especialmente el recién nacido un riesgo mayor por falta de estudio y aplicación de estos procedimientos?... ¿Negligencia o suficiencia de parte nuestra influyen en ello?... ¿Existe algún obstáculo o inconveniente serio para usar estas técnicas como complemento a las que habitualmente empleamos?... Tal vez el trabajo del doctor Gastélum despierte en otros miembros de esta H. Academia inquietudes semejantes a las que en mí ha producido; por ello, le felicito cordialmente y agradezco al Señor Presidente el que me haya encomendado este comentario.