

Los trastornos del tercer trimestre del embarazo: acercamiento global psicósomático

Evaluación cronológica de la última fase del embarazo

Dr. Claude-Emile Tourné.
Toco-ginecólogo. Perpignan (Francia)

TROUBLES IN THE LATEST PERIOD OF PREGNANCY: A PSYCHOSOMATIC APPROACH. TOURNE CE

Keywords : Obstetrics, Delivery, Pregnancy, Psychosomatic medicine.

English abstract : In the latest phase of pregnancy we can find several pathologies like a possible premature delivery, retardation of fetus growing, gravidic diabetes and pre-eclampsy. These are physical problems that must be treated also from a psychosomatic point of view. It is evident that first of all we must have a precise diagnosis of these problems, and after we must have a dynamic treatment, and also a physic and psychologic treatment, because psycical reactions can lead to serious therapeutic handicaps.

Los transtornos del tercer trimestre del embarazo son, esencialmente, cuatro patologías individualizadas como tales:

- amenaza de parto prematuro (APP)
- retraso de crecimiento intrauterino (CIR)
- diabetes gestacional
- pre-eclampsia

Las definiciones clásicas de estos síndromes son bien conocidas:

- amenaza de parto prematuro, es la aparición de dinámica uterina capaz de modificar el cuello antes de las 37 semanas de embarazo. El diagnóstico se basa en la clínica y la monitorización.
- retraso de crecimiento intrauterino, es la presencia de un feto demasiado pequeño para la edad gestacional. (*small for date*). El diagnóstico se basa en el control ecográfico y la clínica.
- diabetes gestacional es una anomalía en la tolerancia a los hidratos de carbono. El

diagnóstico se puede hacer a través de la clínica. Se confirma mediante pruebas de tolerancia a la glucosa tales como Test de O'Sullivan, TTOG, y ocasionalmente, sobrecarga por vía endovenosa.

- La pre-eclampsia es un síndrome clínico que asocia albuminuria, HTA y edema. Supone un alto riesgo de eclampsia. Es la única patología del embarazo que hoy en día sigue suponiendo un riesgo para la vida de la madre.

Estas cuatro patologías, tienen varias características comunes:

- 1- Son específicas del embarazo.
- 2- Suponen un alto riesgo para la salud inmediata y diferida del feto, y también de la madre.
- 3- Las terapéuticas propuestas son poco efectivas, y la medicina perinatal moderna suele encontrar la única solución en la finalización del embarazo lo antes posible. El precio es la prematuridad inducida. Solo en el caso de la

diabetes gestacional puede intentarse el tratamiento con insulina. Las verdaderas APP se ha demostrado que tienen una respuesta media de prolongación de 2 días de la gestación con el uso de betamiméticos. Los casos de CIR no conocen tratamiento. La pre-eclampsia, aunque se han intentado tratamientos (controvertidos) con antiagregantes plaquetarios, solo puede ser tratada con éxito finalizando el embarazo.

4- La etiología es discutida y en más de la mitad de los casos quedan como «inexplicables, o desconocidas», sin embargo los mecanismos se conocen mejor cada día: insulinoresistencia para la diabetes gestacional, transtornos placentarios para la pre-eclampsia, transtornos metabólicos o circulatorios para el CIR, e irritabilidad del útero para la APP.

5- La relación con los factores socioeconómicos asociados se ha establecido desde hace mucho tiempo y lo mismo ocurre con los factores psicológicos. Pero aunque las publicaciones que citan estos factores llegan a la conclusión

de que es necesario mejorar las condiciones de vida de la madre, mejor alimentación, descanso y sostén psicológico, es sin embargo muy raro que propongan una actitud preventiva coherente de acuerdo a estos factores.

6- En cuanto a la profilaxis, se trata de un vocablo desconocido por los obstetras de prestigio en materia de patologías del embarazo.

7- Se presentan (son reconocibles como síndromes), en el tercer trimestre del embarazo, es decir, cuando ya han transcurrido dos trimestres de embarazo. Parece una necesidad señalar algo tan evidente, sin embargo me sirve para introducir este trabajo que me lleva a afirmar que cada uno de estos síndromes es el resultado de la evolución propia y única del embarazo que complica.

En 1987, a partir del análisis y estudio de la toxemia gravídica, proponíamos una visión global de esta patología basada en la visión dinámica de la psicopatología que complica este síndrome (1). Nuestra reflexión nos llevó a confirmar esta hipótesis formulada por Redman algunos años antes:

«Toda mujer embarazada está destinada a desarrollar una preeclampsia, pero esto será o no evidente según el momento en que se produzca el parto» (2).

A partir de esta propuesta, propusimos el concepto de enfermedad gravídica, puesto que el síndrome solo existe en el curso del embarazo. Señalamos además que esta patología es específicamente humana puesto que todas las tentativas de reproducirla en animales de laboratorio han fracasado.

Siguiendo bajo el concepto de enfermedad gravídica, nos hemos dado cuenta de que las condiciones para su aparición están relacionadas a la exageración de la tendencia evolutiva de un parámetro propio de la fisiología del embarazo: la coagulación de la sangre.

Normalmente este parámetro evoluciona en todos sus

componentes hacia la hipercoagulabilidad, con un aumento del tamaño medio del coágulo (3). El embarazo aparece como un acontecimiento fisiológicamente programado, con un final previsto, de tal manera, que la hipercoagulabilidad no resulte patológica. La mayoría de los parámetros biológicos medibles durante el embarazo evolucionan de la misma manera.

Nuestro análisis de los trastornos del tercer trimestre, se centrará especialmente en los tres parámetros que conducen a las enfermedades propias del embarazo: la coagulabilidad de la sangre, la tolerancia a los hidratos de carbono y la actividad contráctil del útero.

Analizaremos de manera paralela los dos parámetros más físicos: el crecimiento del feto y el envejecimiento placentario.

También asociaremos la característica específicamente humana, la dimensión psíquica con los corolarios de la imaginación y la creatividad. Esta dimensión la analizaremos a través de su expresión psicósomática, especialmente la forma de la tolerancia psicósomática.

A partir de aquí ya podemos dar la definición de lo que entendemos por dinámica gravídica, en oposición al concepto de «estado de embarazo».

La coagulación sanguínea

Normalmente, a lo largo del embarazo, la coagulabilidad de la sangre va en aumento desde el principio hasta el final:

- el fibrinógeno aumenta progresivamente.
- los factores VII, VIII, IX y X, están netamente incrementados.
- El TCK, que señala globalmente los niveles de acción de estos factores, aumenta en el 2º y 3er, trimestres. El TP (índice de los factores I, II, V, VII y X) aumenta en el tercer trimestre.

- La adherencia y agregabilidad plaquetarias están aumentadas al final del embarazo. Esto también se refleja en aumento del tamaño del coágulo, y en el tromboelastograma (TEG).

- La actividad fibrinolítica del plasma medida por el tiempo de lisis de los euglobinas decrece progresivamente y es prácticamente nula al final del embarazo (4,5).

La tolerancia a los hidratos de carbono

Esta tolerancia disminuye a lo largo del embarazo:

- Durante el embarazo existe un hiperinsulinismo, especialmente post-estimulación, y un aumento de las resistencias periféricas a la insulina. Este doble mecanismo conduce en un primer tiempo a una aparente mejora de la tolerancia a la glucosa, pero en un segundo tiempo a un lento deterioro de la misma (6). Este doble mecanismo explica resultados aparentemente contradictorios en la evolución de estas patologías.

- Fisiológicamente el estudio de la tolerancia a los hidratos de carbono se ha hecho mediante pruebas de hiperglicemia provocada por vía oral (TTOG) o por vía intravenosa, en una serie de trabajos a los que nosotros mismos hemos contribuido.

- Los dos tipos de prueba dan resultados que concuerdan y su estudio simultáneo muestra una buena correlación (7).

- El coeficiente K, analizado en la prueba intravenosa, se ve incrementado al principio del embarazo para empezar a descender a lo largo de toda la gestación, y de manera claramente notable a partir de las 24 semanas. Este coeficiente K es el testimonio de la eficacia periférica de la insulina más que de la secreción pancreática (8,9).

- Durante las primeras 24 semanas, la forma de la curva de TTOG, es modificada con una horizontalización terminal, luego los valores de glicemia aumentan. Los valores de insulinemia en los distintos momentos de la prueba

La limitación de los aportes de azúcares de absorción rápida desde el principio del embarazo será una actitud preventiva ante el riesgo de desarrollo de una diabetes gestacional

Convertirse en madre a lo largo del embarazo puede y debe ser un proceso exento de sufrimiento, pero no ocurrirá sin esfuerzos, ni sin trabajo, ni sin sensaciones nuevas que habrá que incorporar, evaluar, positivar en el sentido progresivo de la nueva situación como madre

aumentan progresivamente en cada período con una fase de meseta especialmente neta a partir de las 32 semanas (10).

- A fin de mantener la coherencia de la presentación, trazaremos la curva de la intolerancia progresiva a los hidratos de carbono. Podremos notar el despegue evidente a partir de las 24 semanas de amenorrea.

La actividad contráctil del útero

Aumenta progresivamente durante todo embarazo normal (11). El registro sistemático por un sistema tipo Holter ha permitido demostrar que esta actividad contráctil llega a afectar al 95% de la población normal.

- La media de registro es de 1,3 c.u. por hora entre 21 y 24 semanas de amenorrea, 2,9 c.u. por hora entre 28 y 32 semanas, y 4,9 c.u. por hora entre 38 y 40 semanas.

- Las dos terceras partes de estas contracciones se producen durante la noche. Su intensidad aumenta hasta un factor 4 durante las relaciones sexuales. La intensidad es menor durante la noche.

- Representaremos este aumento mediante una curva ascendente que es asintomática, según las coordenadas, en el momento del parto.

El envejecimiento placentario

Definiremos este parámetro en función de los datos anatómicos y, especialmente, del resultado funcional que éstos suponen para la satisfacción potencial de las necesidades fetales de sustratos energéticos, de aportes respiratorios y capacidad de evacuación de los desechos del metabolismo. Dependerá de la superficie de intercambio, de la permeabilidad de la membrana celular a los sustratos y de la circulación placentaria. Este conjunto está bien representado por la masa placentaria eficaz en relación a la masa fetal a alimentar, y por las modificaciones progresivas de la histolo-

gía y de la morfología placentaria. El índice feto-placentario que culmina en la 16 semana de embarazo es un elemento de medida de esta evolución funcional (12). El Índice Placentario Circulatorio isotópico y su evolución son una buena representación de esta realidad funcional estudiada desde otro ángulo. Este Índice disminuye significativamente a partir de las 35 semanas (13).

Tres estudios personales, demuestran ciertos aspectos de este envejecimiento funcional cada vez que conducen a trastornos evidentes del desarrollo fetal.

Ofrecen resultados sobre los caracteres hispotatológicos, morfométricos y de la placenta y las modificaciones del mIPC en los CIR (14, 15, 16).

Una ineficacia progresivamente creciente de la placenta se definirá como envejecimiento placentario.

El crecimiento fetal

Lo representaremos a partir del modelo conocido de crecimiento biparietal y diversos parámetros fetales básicos.

A fin de conservar la homogeneidad del esquema representaremos la curva clásica en espejo y alrededor de la diagonal del plano.

La tolerancia psicossomática

Es el parámetro más difícil de representar. Lo definiremos a partir del criterio de Claude Revault d'Allones, como el resultado entre el poder del deseo de retener y el deseo de expulsar al bebé (17). De acuerdo con este autor existe un pico de intolerancia durante el primer trimestre de embarazo relacionado con la imposibilidad de localizar en el esquema corporal el proceso gravídico «que se desarrolla». El segundo trimestre es el de la calma, la percepción de los movimientos fetales. La intoleran-

cia sufre una nueva ascensión progresivamente acelerada durante el tercer trimestre con las transformaciones del cuerpo, los fantasmas de engordar hasta estallar, miedo al desgarro, etc.

La evolución de la ciencia y la técnica desde la época de C. Revault d'Allones, han modificado sensiblemente este ritmo de evolución.

Las técnicas de la imagen permiten visualizar el feto y su vitalidad desde épocas precoces del embarazo. Permiten dar respuesta a cierto número de inquietudes sobre como será este bebé cuando nazca. La mayoría de malformaciones pueden ser detectadas. La evolución del crecimiento da una idea de la normalidad del desarrollo. Las técnicas de diagnóstico de anomalías cromosómicas suprimen la ansiedad de la trisomía.

Pero al mismo tiempo, crean nuevos períodos con una dinámica de la tolerancia psicossomática modificada. El tiempo de espera del resultado de una amniocentesis es un período muy intenso de reactivación de toda clase de ansiedades. La prescripción de tratamientos o de dietas para mejorar un crecimiento fetal lento que podría resultar un CIR, exigen un tiempo para producir efectos. Los intervalos entre los controles también son fases de perturbación de la tolerancia psicossomática. Estos períodos, más o menos mensuales, son suficientemente largos para tener consecuencias.

También representaremos este parámetro bajo la forma de curva difásica, tal como la presentó d'Allones, puesto que la estructura no ha cambiado desde entonces.

Representación gráfica

Si colocamos las curvas que representan los diferentes parámetros sobre una misma gráfica teniendo como abscisa el tiempo y como ordenada la intensidad del fenómeno estudiado, podremos observar que ninguna de las curvas

sobrepasa el nivel de la patología aunque si evolucionaran espontáneamente lo alcanzarían. Veremos como la dinámica gravídica conduce al parto, fenómeno que pone punto final a esta dinámica antes de que se alcancen los límites de la patología (Fig.1).

La evolución de estos diferentes parámetros podrá verse afectada de dos maneras: sea por una exageración de la tendencia evolutiva de las condiciones propias del desarrollo del embarazo, sea por un desnivel hacia arriba de la curva señalando una patología preexistente.

Siguiendo la evolución hasta franquear el límite patológico que le es propio, explica, para cada uno de los parámetros, la aparición de una patología específica:

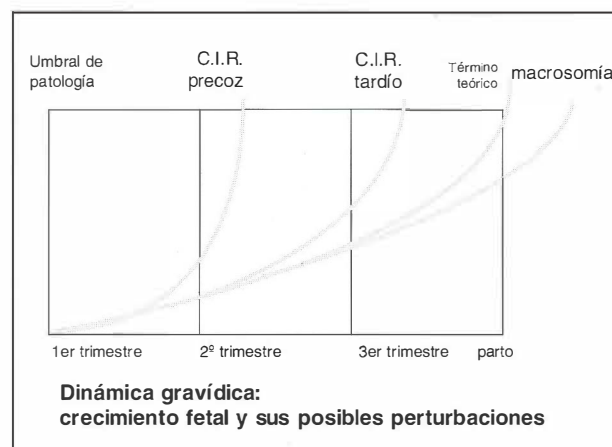
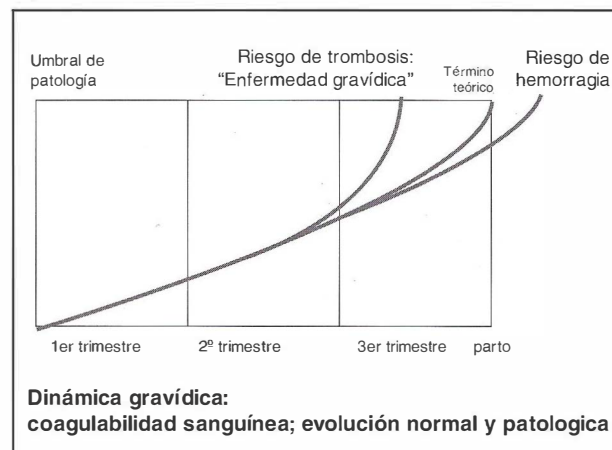
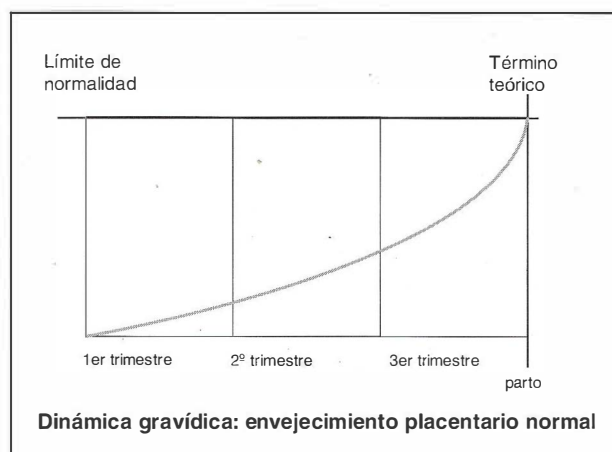
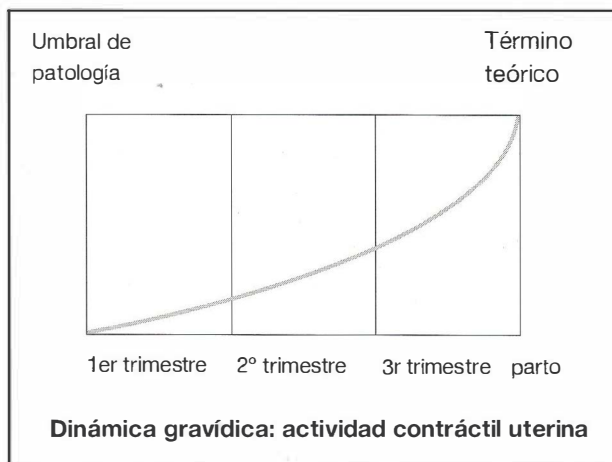
- La agravación de la intolerancia a los hidratos de carbono conducirá a una diabetes gestacional. Pero esta evolución variará según el parámetro dominante perturbado (hiperinsulinismo o aumento de las resistencias periféricas). El predominio habitual de hiperinsulinismo al principio del embarazo será responsable de las hipoglicemias («mareos, caídas de tensión»), asociados a elementos carentes de razón y especialmente a una acetonemia matinal que se traduce en las náuseas y vómitos clásicos. El aumento de peso se acentúa. A continuación la predominancia de las resistencias periféricas llevará a una diabetes gestacional verdadera.

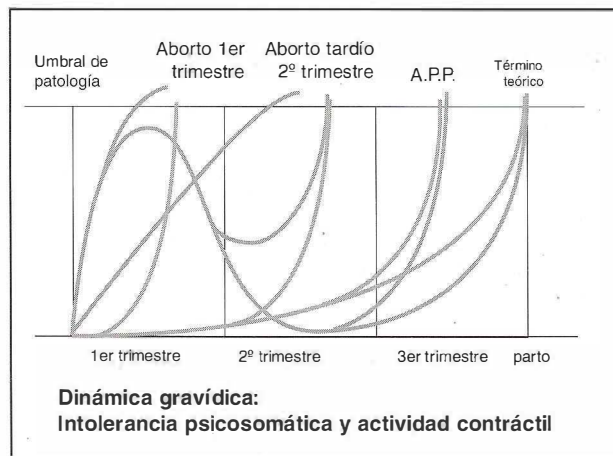
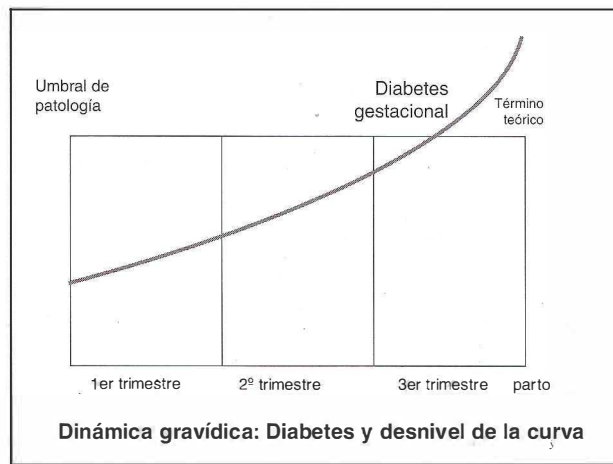
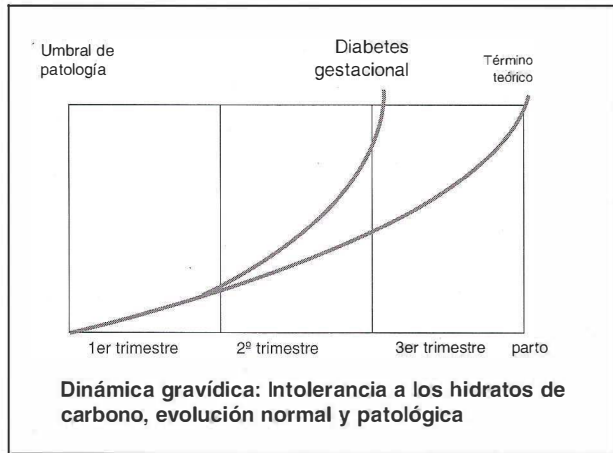
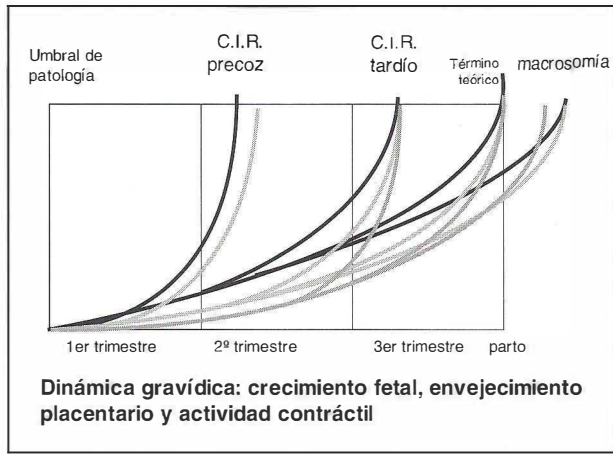
- La acentuación de la tendencia hipercoagulable conducirá a un riesgo de trombosis o de CIVD con sus consecuencias, especialmente la enfermedad gravídica.

- El aumento más allá de un cierto límite de la actividad contráctil uterina conducirá a la amenaza de aborto, precoz en el primer trimestre, tardío en el segundo y amenaza de parto prematuro en el tercero.

- El crecimiento fetal y el envejecimiento placentario aparecen relacionados.

El envejecimiento placentario, considerado en su resultante funcional podrá verse





afectado en su evolución sea de manera progresiva, sea de manera brutal :

- La aceleración progresiva provocará un sufrimiento fetal crónico que en la mayoría de casos se traducirá en un CIR.

- La aceleración brutal (infarto placentario, hematoma-retroplacentario), provocará un sufrimiento fetal tanto más agudo como importante sea el fenómeno.

- Un envejecimiento placentario lento, acompañará a un embarazo que se desarrollará en armonía al tiempo calculado, sin problemas para nutrir al feto, presentando incluso algún macrosoma no patológico.

- La actividad contráctil del útero parece estar relacionada con los dos parámetros anteriores. Un envejecimiento placentario acelerado está asociado a un CIR y muy a menudo con un inicio del trabajo de parto antes del término teórico. Un envejecimiento placentario ralentizado, retrasará el trabajo de parto mientras el aporte de nutrientes al feto, sea suficiente.

- Las alteraciones de la tolerancia psicósomática nos proporcionaran la explicación lógica de numerosas patologías o mecanismos fisiopatológicos que quedan como «inexplicables».

- Durante el primer trimestre la exageración de la intolerancia psicósomática es el factor clave de los abortos clasificados como de «causa desconocida». Esta intolerancia permitirá comprender la exageración de ciertos síntomas simpáticos como los vómitos incoercibles tan difíciles de explicar si no se adjudican a anomalías del metabolismo de los Hidratos de Carbono.

- En el segundo trimestre también por esta causa, se produzcan abortos tardíos originando un contexto de ansiedad y de sentimientos de culpabilidad exacerbados, la deformación del istmo y del cuello uterino «en forma de obús» y posterior ruptura de las membranas provocando un alivio de la ansiedad y un

aumento de la sensación de culpabilidad.

- En el tercer trimestre es el origen de las amenazas de parto prematuro también clasificadas como «inexplicables»

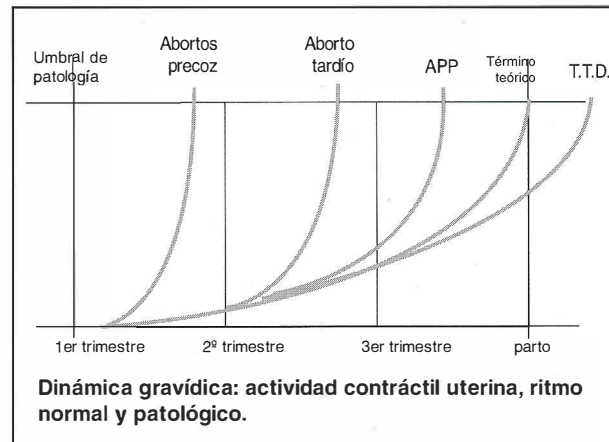
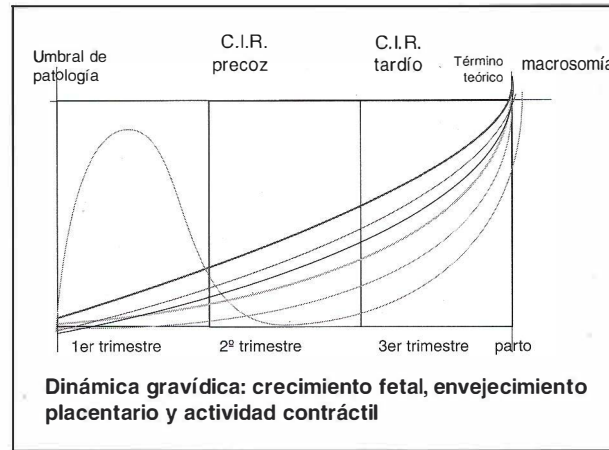
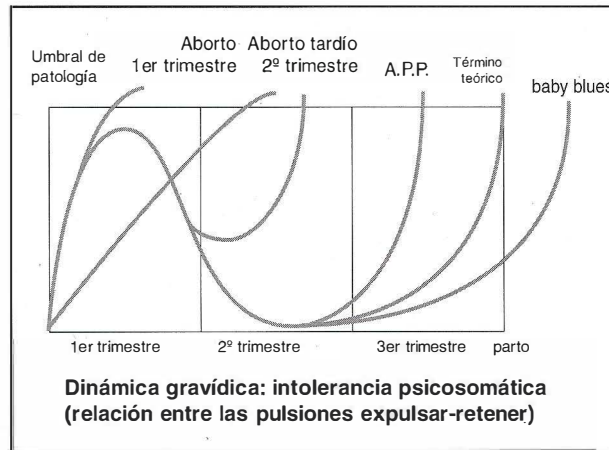
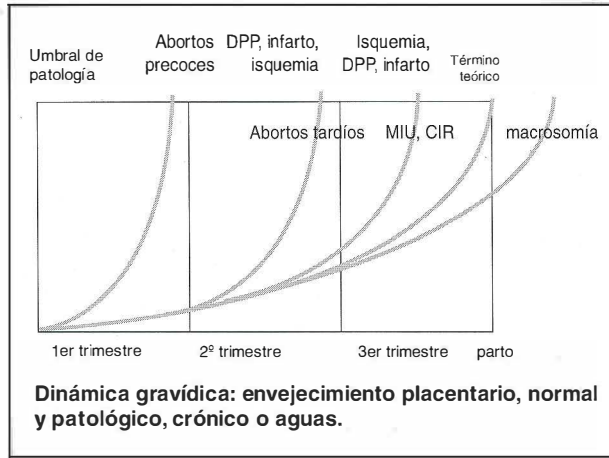
- La manifestación más frecuente de esta exageración de la intolerancia psicósomática es la dinámica uterina.

- Más solapadamente la intolerancia psicósomática del embarazo se asimila al estrés permanente, una agresión que la mujer no puede rebatir ni por la huida ni por la lucha. Es lo que podría estar incriminado en la génesis de ciertas hipertensiones arteriales gravídicas que llevan a la enfermedad gravídica mediante la modificación de la media arterial seguida de un mecanismo propio de la hipertensión extra-gravídica, cuya relación con el estrés está bien demostrada. Desde este punto de vista podrá asimismo influir en el envejecimiento placentario, la coagulabilidad de la sangre, el crecimiento fetal y el momento del parto.

Desnivel de la curva hacia arriba

Esta visión dinámica permite también darse cuenta de la influencia de una patología, o al menos de un terreno fisiopatológico fragilizado antes del embarazo de acuerdo a la evolución de los parámetros estudiados. El terreno fragilizado provocará, la mayoría de veces, una aceleración de la tendencia evolutiva. Una patología preexistente provocará un desnivel de la curva hacia arriba. En ambos casos el punto de franqueo del límite patológico será más precoz.

- Una diabetes potencial preexistente, provocará la aparición de una diabetes gestacional (aceleración). Una diabetes latente, sea ésta química o clínica, provocará un desnivel de la curva hacia arriba. Esto explica las diferencias de las consecuencias en el desarrollo fetal en función de la clase de diabetes evaluada según la clasificación de White, macrosomía para la clase A, CIR para las demás.



El concepto de dinámica gravídica, permite comprender que las patologías específicas del embarazo no son patologías más que por sus consecuencias

Sólo la especie humana perturba voluntariamente su fertilidad

- Una estasis venosa de los miembros inferiores, varices, antecedentes de trombosis, también desplazarán hacia arriba la curva de coagulabilidad.

- Un útero irritable, aquejado de una patología circulatoria (irrigación disminuida) u orgánica (mioma) tendrá una mayor tendencia a la contractilidad.

- Una patología placentaria, sea genética (arteria umbilical única) sea funcional (insuficiente flujo uterino), desplazará hacia arriba la curva de envejecimiento placentario.

- Una patología genética o malformativa fetal acentuará la perturbación del crecimiento.

- Una fragilidad emocional, un embarazo no deseado, un entorno psicológico o socioeconómico desfavorables, desplazarán la curva psicosomática hacia arriba. Un estrés recurrente, un problema de pareja, un duelo, un despido, el diagnóstico de una pequeña anomalía (en algunos casos puede ser solo el sexo no esperado), acentuarán la velocidad de evolución de la intolerancia abocándola a sobrepasar el nivel de la patología en cualquier momento del embarazo.

- Y al contrario, una vivencia especialmente positiva, un bienestar excepcional, pueden incluso alargar este «estado de gestación», al ralentizar la evolución de la intolerancia psicosomática. Y si el parto se produce a término, precisamente el enlentecimiento de la intolerancia puede entonces ser el origen del *baby blues* clásico, y en ciertos casos de fragilidad psicológica, a ciertas formas de melancolía post-parto.

Observemos finalmente que nuestra especie está dotada de superestructuras neuropsíquicas capaces de la imaginación y de una creatividad infinita. Esto nos ha dado los medios para una intervención directa artificial sobre los procesos naturales. En el caso del embarazo, esto nos ha permitido inventar consecuencias específicas a la exageración de la evolución de la intolerancia psicosomática, no solo no poniendo en juego los mecanismos naturales, sino

incluso perturbándolos: la interrupción voluntaria del embarazo durante el primer trimestre, la interrupción legal del embarazo en cualquier época del mismo y la inducción al parto cuando se acerca la fecha de término prevista.

Evolución fisiológica

Nos quedaría por discutir el carácter fisiológico de los diversos parámetros estudiados. La hipótesis hecha al principio de la exposición, es que la intolerancia progresiva a los hidratos de carbono, la tendencia a la hipercoagulabilidad y la actividad contráctil del útero, son partes integrantes de la fisiología del embarazo y que es la exageración de su evolución lo que les confiere un carácter patológico.

- La tendencia a la hipercoagulabilidad, especialmente sensible en el último trimestre del embarazo parece tener como función permitir la homeostasis en el postparto inmediato. Las consecuencias de una fibrinólisis en este momento aportan una prueba de lo contrario.

- La intolerancia progresiva a los hidratos de carbono es la consecuencia de la acción «antiinsulina» de la HCS desde el principio de la gestación. Su función parece ser el hacer subir la glicemia a fin de asegurar un aporte correcto al feto. Es totalmente opuesta a la insulina: es hiperglicemiantes disminuyendo la utilización periférica de la glucosa, también es catabolizante, proteolítica y lipolítica.

- La actividad uterina, tiene probablemente el mismo efecto para el músculo uterino en desarrollo que la actividad muscular para cualquier otro músculo. El desarrollo muscular formidable del útero responde esencialmente a requerimientos hormonales y al desarrollo del huevo. Pero la actividad contráctil progresivamente creciente es la base de su preparación para la función que debe desempeñar en el momento del parto. (19, 20, 21)

- En cuanto a la tolerancia psicosomática, es específica

de la especie humana, igual que lo son las intervenciones personales y sociales desarrolladas alrededor del deseo de embarazo, su desarrollo, la aceptación de su duración y condiciones, la aceptación del niño cuando nace, etc... Solo la especie humana perturba voluntariamente su fertilidad, trata de compensar la infertilidad cuando esta se presenta, interrumpe gestaciones normales, induce los partos, rechaza amamantar y eventualmente rechaza o maltrata a sus hijos. Solo la especie humana se ha dotado de medios humanos y técnicos de control y de intervención mediante un equipo de cuidadores especializados. Hay pues que admitir que esto entra en el orden de la fisiología de esta especie.

Acercamiento global psicosomático

Así pues el embarazo es una dinámica compleja y los trastornos del tercer trimestre no deberían ser tratados independientemente de este concepto dinámico. Los distintos elementos que la constituyen como fenómeno natural, tienen una evolución que responde a ciertos criterios lejos de los cuales la reproducción se aboca al fracaso. Las patologías específicas del embarazo son el resultado de una perturbación de la evolución de los fenómenos normales de la gestación. La visión dinámica del embarazo permite razonar de manera más eficaz el embarazo y su control, la profilaxis, el diagnóstico, prevención y tratamiento de las patologías.

- Antes de llegar a un CIR, se puede detectar que el crecimiento no es adecuado

- Antes de un estado de toxemia gravídica, trastornos infraclínicos de los parámetros de coagulación pueden ser identificados

- Antes de llegar a una diabetes gestacional, pequeñas señales asociadas obtenidas en el interrogatorio, pueden dar pistas para reconocer la tendencia.

Lo que sí es seguro es que la noción estática de «estado de

embarazo», asociada a la noción estática de «patología del embarazo», exige que antes de tratar cualquier patología, se establezca un diagnóstico, también estático, emitido en un momento determinado, a partir de criterios estáticos. Y esta concepción clásica, la más expandida actualmente, no deja lugar a la dimensión psicosomática de la fisiología y de las patologías humanas en general y gravídicas en concreto.

Si tras una reflexión sobre los síntomas «idiopáticos», las patologías «inexplicables» algunos temerarios todavía se arriesgan mantenerse en esta dimensión, el término a utilizar es «psicológico», «psíquico», aunque realmente querrán decir: «psiquiátrico». En todos los casos, tal «etiología» no se correspondería con conceptos médicos serios. Formados para tratar las patologías orgánicas, los médicos tienen la necesidad de caracterizar cualquier perturbación siguiendo los criterios estrictos del organicismo. Cualquier otra consideración que se aparte de la clínica, las imágenes y las pruebas complementarias biológicas es tenida como nula y no aceptada. Aquello que nosotros definimos como síndrome utilizable para el diagnóstico y el tratamiento, combinación del síntoma aportado por el paciente y del síntoma objetivado por el médico, para la mayoría de obstetras de hoy en día necesita ser reducido a síntoma objetivo (22). Es decir que las condiciones de la patología deben aparecer conjuntamente para ser identificadas cuando las consecuencias sobre el bebé y la madre se han dejado sentir ampliamente. Se ha perdido un tiempo precioso.

La profilaxis comprende el conjunto de medidas destinadas a evitar que entren en juego las condiciones para que aparezca una patología. La concepción dinámica, integrando la dimensión psicosomática en todas las etapas de la fisiología y de la patología, conociendo y teniendo en cuenta las posibilidades de manifestarse, permite tomar medidas profilácticas:

En todo embarazo, la liberación casi inmediata de la hormona HCS (Coriónica-somato-mamotrófica, anteriormente denominada HPL) tiene, entre otros, un efecto antiinsulínico. Ella estará en el origen de una insulino-resistencia casi inmediata. La limitación de los aportes de azúcares de absorción rápida desde el principio del embarazo será una actitud preventiva ante el riesgo de desarrollo de una diabetes gestacional.

Alrededor de la semana 20, el tamaño del útero es suficientemente importante y ya no cabe en la pelvis. Entonces sube hacia la cavidad abdominal. Esta ascensión uterina es fácilmente percibida por la madre porque se suele producir «de golpe», una mañana al levantarse «el vientre de repente ha crecido». La consecuencia inmediata es la compresión de la vena cava inferior oprimida entre el promontorio pélvico y el útero en ascenso. Es el comienzo de una serie de síntomas circulatorios de los miembros inferiores: tensión venosa, pequeños derrames, riesgo de varices por exceso de tensión en las paredes venosas, calambres nocturnos por insuficiencia de drenaje muscular.

La basculación de la pelvis estando de pie, libera la vena cava. Este ejercicio será sistemáticamente recomendado. Debe asociarse con la instalación de tacos en los pies de la cama, de manera que durante las horas de reposo el desnivel de la cama favorezca el descanso de las venas. El decúbito lateral izquierdo libera la vena cava. Las túnicas venosas se recuperan y el drenaje muscular se lleva a cabo, entonces los síntomas desaparecen.

A partir del séptimo mes la compresión de la vena cava llega a nivel de las venas renales. Esto supone una disminución importante de la diuresis al estar de pie. El funcionamiento renal solo consigue su pleno rendimiento en decúbito lateral izquierdo. Las gestantes pronto advierten que sólo duermen bien sobre su lado izquierdo y deben levantarse varias veces durante la noche para orinar. Si el período

de reposo acostada durante las 24 horas no es suficiente, se producirá una acumulación de líquidos de varias decenas de mililitros cada día, hasta llegar a una verdadera retención de líquido.

Una medida preventiva sistemática será aconsejar un mínimo de 12 horas diarias de reposo acostada a partir de la semana 30.

Asimismo en este período la demanda energética del huevo es muy importante en el conjunto del organismo materno. Un exceso de gasto energético, manifestada en forma de fatiga, puede enlentecer el desarrollo fetal. El reposo en los casos en que se efectúe un trabajo muy agotador, especialmente a partir del séptimo mes de embarazo, constituye una buena prevención de la fatiga patológica.

La concepción dinámica integra la preparación al nacimiento, especialmente concebida como un sistema de profilaxis de los sufrimientos psicosomáticos (23)

Aquel que nace, el bebé en camino, situado en el centro del fenómeno del nacimiento, justifica las actitudes y los comportamientos para mejorar las condiciones del proceso. Es necesario tener una conciencia clara de los elementos que afectan al desarrollo del bebé para aceptar la coacción que supone la profilaxis, el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de los trastornos gravídicos (24).

La madre sometida a su propia responsabilidad durante todo el tiempo de embarazo y parto del bebé, autonomizada en esta responsabilidad por los aprendizajes, los conocimientos adquiridos y apoyo permanente, aceptará consciente y voluntariamente las imposiciones de la profilaxis, del diagnóstico, de la prevención y del tratamiento si éste es necesario. Su propio autoconocimiento reforzado por la práctica de la kinestesiología, le permitirá superar las perturbaciones. También le permitirá controlar la eficacia de las medidas instauradas. Así su objetivo preventivo,

El marido deberá convertirse en padre para participar del nacimiento

Los medios no deben ser una pantalla técnica entre el cuidador y la pareja

terapéutico, será básicamente mantener o restablecer un equilibrio de su propio organismo que no es más que el entorno del bebé. Para que el niño esté bien, es necesario que la madre esté bien; y que ella lo sienta de esta manera, tanto en su cuerpo como en su mente. Las transformaciones de su cuerpo, el paso de un estatus de amante, esposa, ciudadana, a un estatus de madre que pone en tela de juicio los anteriores, exige una adaptación constante. La preparación es un espacio para la palabra, un lugar de intercambio con otras parejas en la misma situación. La palabra intercambiada en el grupo de preparación distingue y generaliza la experiencia individual y le da la posibilidad de llegar a ser la base de una nueva adaptabilidad en respuesta a las modificaciones objetivas de su propia realidad durante el embarazo. Convertirse en madre a lo largo del embarazo puede y debe ser un proceso exento de sufrimiento, pero no ocurrirá sin esfuerzos, ni sin trabajo, ni sin sensaciones nuevas que habrá que incorporar, evaluar, positivar en el sentido progresivo de la nueva situación como madre. Esta mutación es una de las principales mutaciones de la vida femenina. Exige un proceso de duelo de una parte de sí misma, para al mismo tiempo, convertirse en otro sí mismo, integrando lo que ha pasado con lo que está por llegar, teniendo como único elemento positivo el futuro anunciado, pero acompañado de los elementos negativos propios de este futuro, lo desconocido. Unos senos pesados, un cuerpo deformado, la autonomía motriz disminuida, la autonomía energética limitada, modelos sociales de parto inquietantes, incertidumbre del futuro: ¿qué quedará de la capacidad seductora de aquel cuerpo, de su competencia deportiva, de la libertad de movimientos con un bebé? Y tantas otras preguntas capaces de inducir trastornos psicosomáticos tales como la ansiedad, la reacción de inhibición (25).

El padre está invitado en todo momento a participar de estas reflexiones y de estas

responsabilidades. Él mismo será responsable de una gran parte de los elementos que constituyen la estabilidad de la madre, no solamente en el plano físico sino especialmente en el plano psicoafectivo. Deberá abrazar este cuerpo de gestante tan diferente de aquel que le sedujo, encontrar en él las seducciones que esconde, aceptar las transformaciones y compartirlo con el bebé que se ha instalado en su interior para formarse, ahora en el embarazo y después durante la lactancia.

El marido (compañero, amante,...) de la madre, deberá convertirse en padre para participar activamente en el nacimiento. Si a la madre le apetece un pedazo de pastel, el enamorado marido/compañero/amante escogerá para ella el mejor trozo, pero el padre es posible que deba prohibírselo explícitamente. Quizá tenga que ocuparse de la compra, de hacer la cama o lavar los platos de manera habitual. En cualquier caso, habrá que dar apoyo a esta madre que lleva en sí al bebé, abrazarla y cuidarla como ella abraza y cuida al bebé. Y esto debe transcurrir en las mejores condiciones de equilibrio psicosomático para el padre, quien para que la madre esté bien, él debe estar bien.

Diagnóstico y prevención

El control del embarazo debe ser riguroso. Lo peor sería considerar a la tecnología moderna como un enemigo de la armonía psicosomática. Los medios a disposición del equipo de cuidadores alrededor del parto deben ser considerados herramientas. Como todas las herramientas, pueden ser la mejor y la peor de las cosas. Si interfieren en la relación, si se convierten en una pantalla técnica entre el cuidador y la pareja, que impide tener en cuenta las necesidades, las ansiedades, los miedos, para sustituirlos por gráficos, medidas, registros preparados para decir que todo va bien (incluso cuando se sabe que algo va

mal), entonces están mal utilizados. Si de estos registros, medidas y gráficos se derivan conductas en las que no existe un intercambio real con los padres, entonces pueden convertirse por sí mismos en factores perturbadores del equilibrio psicosomático.

Pero si estos medios se integran en los controles regulares de manera que se produzca además de un examen clínico, la discusión, la preparación, entonces son grandes aliados para conseguir un diagnóstico sistemático del inicio de ciertas patologías y actuar previniendo sus consecuencias. Y en los casos poco claros, pueden ser beneficiosos para obtener la necesaria tranquilidad y seguridad.

- Un aumento excesivo de peso entre dos consultas, hipoglicemias (descritas como "bajadas de tensión"), llaman la atención hacia una diabetes gestacional que exige un control: entonces el Test de O'Sullivan permite detectar si existe un hiperinsulinismo, o si ha aparecido una diabetes gestacional. De todas maneras ello conducirá a la prescripción de un régimen controlado de hidratos de carbono (en general 1.800 calorías, y 180 gr de hidratos de carbono repartidos en 5 tomas)

- La aparición de una vena más tensa, más sensible o la emergencia de hemorroides, muestran la agravación brutal de las condiciones circulatorias en la parte inferior del cuerpo (drenado por la vena cava inferior), e indican la existencia de un problema de coagulación. Un análisis buscará los signos de hipercoagulabilidad, especialmente la hiperagregabilidad plaquetaria cuya relación con la preeclampsia es bien conocida. Personalmente utilizamos de referencia el tromboelastograma, único examen biológico que nos da estos parámetros. Según los resultados se instaura un tratamiento específico y personalizado a base de antiagregantes plaquetarios e incluso anticoagulantes (heparina de baja densidad), si es preciso.

- Un cambio en el tipo de contracciones uterinas, una modificación del cuello, indi-

can la amenaza de parto prematuro; reposo total inmediato y un registro de la patología recurrente, especialmente urinaria, seguidos de tratamiento si es preciso. En esta situación en concreto, es necesario además apoyo psicológico sistemático.

El tratamiento de la infección urinaria constituye una prevención para la APP, el tratamiento de la hipercoagulabilidad, incluso si es necesario con heparina, es un prevención de la trombosis venosa y también de la pre-eclampsia, un régimen alimenticio estricto constituye una buena prevención de los trastornos derivados de la diabetes gestacional, macrosomía fetal o desarrollo de una diabetes insulino-dependiente, mientras que cuando se trata de un hiperinsulinismo es una prevención de ciertos CIR.

Tratamiento

Todo caso de desvío comprobado de la evolución de un parámetro, incluso aunque la patología no sea completamente evidente, supondrá de manera prioritaria, la instauración de un tratamiento lo más adaptado posible, sin esperar las consecuencias, puesto que entonces el tratamiento ya no sería preventivo. Los anticoagulantes, la insulina, los tocolíticos deben ser utilizados antes de que el feto sufra o sea expulsado.

El concepto de dinámica gravídica, permite comprender que las patologías específicas del embarazo no son patologías más que por sus consecuencias. En sí mismas no son más que la exageración de un fenómeno natural. Su tratamiento no debe ser razonado como el de una patología extragravídica, el parto hará desaparecer la patología, puesto que el embarazo desaparecerá.

Razonar como en las patologías extragravídicas ha conducido durante mucho tiempo a graves errores:

- prescribir regímenes sin sal en los casos de edema del embarazo: hoy en día sabe-

mos que esto es muy peligroso para esta mujer hiponatremica.

- Se han administrado diuréticos en casos de pre-eclampsia: hoy en día sabemos que es peligroso para esta mujer hipovolémica.

- El intento de romper el círculo vicioso de la pre-eclampsia ha ido por el camino de la prescripción de antiagregantes plaquetarios a título preventivo. Pero estos son insuficientes si ya se ha iniciado el proceso. Los anticoagulantes deben ser prescritos sin esperar, en cualquier momento del embarazo y aunque no se pueda prever la duración del tratamiento. Las interdependencias de la enfermedad gravídica, exigen intervenir lo antes posible a fin de romper este círculo vicioso que conducirá inevitablemente a poner en peligro la madre y también al hijo. (27).

Asimismo todos los parámetros de embarazo que hemos estudiado en este trabajo aparecen relacionados, tanto por sus consecuencias como por su concomitancia. La constatación del inicio de uno de ellos exige examinar los otros. Una diabetes gestacional hace necesario buscar pequeños trastornos de la coagulación, un signo relacionado con la pre-toxemia hace necesario estudiar de cerca el metabolismo de los hidratos de carbono. Una dinámica uterina anormal debe llevarnos en busca de indicios de CIR y al mismo tiempo estudiar la coagulación y el metabolismo de los hidratos de carbono. Y ante la menor duda, sin esperar una patología comprometida, instaurar un tratamiento.

Subrayaremos una vez más que la exageración de la intolerancia psicósomática, supone un riesgo para la dinámica gravídica, con las mismas consecuencias potenciales de la pre-eclampsia, la diabetes gestacional y la APP. El diagnóstico de su inicio es tan importante como los anteriores. La profilaxis que supone la preparación de la pareja para el nacimiento basada en el concepto de Psicoprofilaxis Psicósomática, es la mejor de las herramientas.

La reflexión que comporta este tipo de preparación, es bidireccional de manera que es tan útil al equipo que acompaña a la pareja en el nacimiento de su hijo como para la propia pareja.

Uno de los aspectos básicos de esta preparación es la más rigurosa asepsia verbal y comportamental de cada uno de los que intervienen, de todo el equipo, de todos los rangos de la jerarquía, desde el jefe de servicio hasta la señora de la limpieza. Si somos capaces de comprender como una palabra, un gesto, una actitud influirán en la pareja en función de sus propios criterios, es necesario que cada actitud esté reflexionada, que cada palabra esté pensada. Porque sino, situaciones agresivas imaginarias procedentes de la descodificación de propuestas mal expresadas podrían acceder a las estructuras nerviosas. Se derivarían entonces sufrimientos psicósomáticos globales, con todas las consecuencias de un sufrimiento del organismo materno (nivel englobante para el bebé) y del propio bebé (nivel englobado). Estarán acompañados simultáneamente de una pérdida de confianza que repercutirá sobre la calidad de las relaciones y la posibilidad de corregir nuevas perturbaciones.

Conclusión

Sólo nos falta para acabar explicar el concepto de equilibrio psicósomático. Ya hace tiempo que hemos desechado el concepto clásico de "psicósomático" en un sentido único, derivado de los estudios de FREUD y que consiste en considerar bajo esta denominación las perturbaciones somáticas que tienen su origen en las perturbaciones psicológicas. Estas perturbaciones corresponden mayormente a la situación de inhibición de la acción.

Para nosotros la realidad psicósomática de los seres humanos es una característica propia de la especie. (28)

Existe pues una fisiología psicósomática que responde a

La realidad psicósomática del ser humano es una característica propia de la especie

La actitud consumista derivada de los argumentos de seguridad ideológicamente desarrollados será una solicitud para el intervencionismo

las condiciones de funcionamiento armónico de estos individuos constituyendo una unidad psíquica y somática. Para evidenciar esta unidad hemos propuesto escribirlo así:

PSYCHO SOMATICA

El especial psiquismo de esta especie confiere a sus superestructuras nerviosas competencias desconocidas para otras especies animales: conocimiento de sí mismo, capacidades asociativas de su córtex que permiten construir estructuras imaginarias y la creatividad, el lenguaje que permite la elaboración de la consciencia y la comunicación con los demás, especial habilidad de transformación de la naturaleza (el trabajo) destinado a la producción, las estructuras sociales jerarquizadas, las nociones de rol y de estatus en el interior de estas estructuras sociales.

Esta característica permite a cada uno tener su propio sentido de la realidad, a menudo diferente de lo que es en realidad (el significado). Este sentido no es el mismo para todos los individuos y para cada uno puede cambiar en función del lugar y del momento.

Es este sentido otorgado a la realidad de las cosas y de las situaciones que condiciona la manera de vivirlas y de reaccionar ante ellas. Los modelos que sirven para la elaboración de este sentido, pueden ser experimentales o culturales.

En materia de nacimiento, especialmente durante el primer embarazo, es evidente que serán utilizados en primer lugar los modelos culturales.

En nuestras sociedades donde la preferencia social va hacia la producción en detrimento de la reproducción, la situación de embarazo está desvalorizada.

Los argumentos de seguridad ideológicamente desarrollados, ponen su acento en los peligros a los que en todo

momento están expuestos la madre y el hijo, el sentido será el del peligro permanente como factor de ansiedad. En este mismo contexto la incompetencia de la madre a manejar bien el conjunto del proceso es un buen argumento para justificar el intervencionismo médico.

La actitud consumista derivada de estos argumentos ampliamente mediatizados será una solicitud de intervencionismo, trasladando la responsabilidad sobre los otros (los cuidadores), puesto que está claro que los padres son incompetentes.

Este modelo de actuación, va en el sentido de un desequilibrio psicosomático progresivo, reforzado por los cambios perceptibles del organismo materno, mantenido por los exámenes médicos considerados como métodos de presunción de anomalías de la madre o del hijo, a lo que se añaden las experiencias de otros ampliamente difundidas a título individual por los otros miembros de la sociedad.

La inhibición de la acción que, resulta de la conjunción de la ansiedad, de la incompetencia para actuar, de la información inquietante, es el factor decisivo del desequilibrio psicosomático.

Sólo un acercamiento psicosomático global nos parece susceptible de mantener el equilibrio psicosomático y así evitar, entre otros problemas, que los trastornos del tercer trimestre del embarazo se transformen en hipotecas sobre la calidad de vida y supervivencia de la madre y del hijo.

Bibliografía

1- TOURNÉ, C.E. (1987): La maladie gravidique, *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 16, 1023 - 1037

2- REDMAN C.W. (1984): The definition of pre-eclampsia, *Scand J Clin Lab Invest*, 169 Suppl., 7-14

3- BLANC B, CONTE M, GUIDICELLI B, BOUBLI L, BERNARD Y, BARRY B. (1988): Modifications de l'organisme maternel au cours de la grossesse, *Encycl Med Chir (Paris, France) Obstetrique* 5008 A 10, 12-

4- RENAUD R, GANDAR R, BRETTE J-P, BOCK A. (1975): Modifications generales de l'organisme maternel au cours de la grossesse, *Encycl Med Chir, Paris, 9-, Obstetrique*, 5008 A-10

5- SOUTOUL J-H, KAMINA P, BERTRAND J, PIERRE F. (1992): Guide pratique des explorations fonctionnelles en obstetrique, Maloine Editeur, Paris.

6- PINGET M. (1976): Etude analytique des tests d surcharge glucosée a l'aide d'une méthode statistique. Application a l'etude de la tolerance glucidique au cours de la grossesse normale., *Thèse Université Strasbourg*.

7- PINGET M, TOURNÉ CE, DORNER M, GANDAR R, BRETTE J-P, KRUMMEL Y. (1980): L'hyperglycémie provoquée par voie orale et l'hyperglycémie provoquée par voie intra-veineuse au cours de la grossesse: Etude comparative, *Se Hôp Paris* 56, n° 9-10, 418-423

8- PINGET M, TOURNÉ CE, DORNER M, GANDAR R, DOFFOEL M, WALCHA R. (1977): Le coefficient K d'assimilation glucidique et ses variations chez la femme enceinte non diabétique, *Diab Met* 3, 211-212

9- PINGET M, TOURNÉ C-E, DORNER M, BROGARD J.M., GANDAR R, BRETTE J.P. (1980). Les variations du coefficient d'assimilation glucidique au cours de la grossesse normale, *Diab Mét* 6, 31-37

10- PINGET M, TOURNÉ CE, DORNER M, BRETTE J.P., GANDAR R, BROGARD J.M., WALCH R. (1979): L'épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale au cours de la grossesse normale, *Nouv Presse Méd* 8, 3717-3721

11- MOORE TR, IAMS JD, REASY RK, BURAU KD, DAVIDSON AL. (1994): Diurnal and gestational pattern of uterine

activity in normal human pregnancy, *Obstet Gynecol*, 83, 517-523.

12- PHILIPPE E. (1986): *Pathologie foeto-placentaire*, Masson Éditeur, Paris.

13- WALCH, R. (1975): L'indice placentaire circulatoire. Intérêt de sa détermination dans les grossesses à risque (Thèse Université Strasbourg).

14- RAFFI F, TOURNÉ CE, ROSENTHAL C, JACQUETIN B, RITTER J, TAUBERT C, REINAUD R, GANDAR R. (1976): Caractères morphométriques du placenta de l'hypotrophie, Société Nationale de Gynécologie et Obstétrique. Groupement de Strasbourg. Réunion du 6 mars 1976.

15- TOURNÉ CE, TAUBERT C, WALCH R, PHILIPPE E, RITTER J, GANDAR R. (1977): Placenta histopathology and intrauterine fetal growth, European Symposium en poor intra-uterine fetal Growth. Parma/Italy, 14-16 september.

16- WALCH R, TOURNÉ CE, GRAMFORT J.L, GUEZ G, GROB JC, GANDAR R. (1977): Isotopic placental blood flow estimation in poor uterine fetal growth, European Symposium en poor uterine fetal Growth, Parma/ Italy, 14-16 september

17- REVAULT D'ALLONES C.

18- TOURNÉ CE. (1989): Menace d'accouchement prématuré: Reevaluation theorique et pratique, *Dossiers de l'Obstétrique*, 167, 9-15

19- TOURNÉ CE. (1997): La dynamique gravidique, Communication au 3ème. Forum National de Gynecologie et d'Obstétrique, Nantes 24-25/1/97

20 - TOURNÉ CE. (1985): Mécanique Obstetricale. Phase intermediaire et phase d'enfantement, *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 14, 965-972

21- GANDAR R, TOURNÉ CE, PINGET M, BRETTE J.P, DORNER M. (1976): Conception actuelle du traitement du diabete

au cours de la grossesse, *Sem Hôp Paris*, 52, 1229-1230

22- TOURNÉ CE.: (en imprènta) La santé en l'an 2000 – La relation soignants patients à l'épreuve du marché.

23- TOURNÉ CE. (1991): Sur son petite bonhomme de chemin. Itineraine d'un accoucheur – L'Air du temps, Ed. Elné.

24- TOURNÉ CE. (1992): De la nécessité du concept de Naissant – Les Dossiers de l'Obstétrique, 273, 3-14.

25- TOURNÉ CE. (1996): Et s'il fallait du temps pour naître?, Ed. Trabucaire, Perpignan.

26- MAMELLE N, SEFGUEILLA M, MUÑOZ F, BERLAND M. (1997): Prevention of preterm birth in patients with symptoms of preterm labor. The benefits of psychologig support, *Amer J Obstet Gynecol.*, 177, 947-952

27- Ibid. Note 1

28- TOURNÉ CE. (1997): Le

Naître Humain – Cette Naissance qui vient a l'Homme, L'Harmattan Ed., Paris.

29- TOURNÉ CE. (1997): Approche psychosomatique globale en obstétrique (4 parties), *Les Dossiers de l'Obstétrique*, 248, 11-17, 250, 17-29, 251, 31-38, 252, 39-43.

Rx Línea Rx

Soluciones avanzadas en manos del profesional

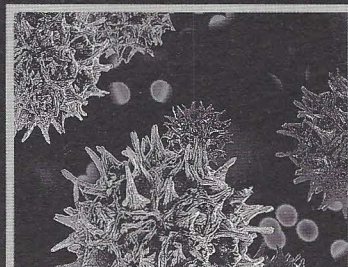
Nature's Plus®



Rx-Bone



Rx-Energy



Rx-Immune



Rx-Brain



NATUR-IMPORT

C/. Calders, 182-184 - Tel. 93 712 38 70 - Fax 93 711 40 35 - 08203 SABADELL (Barcelona)

LÍNEA DIRECTA DE CONSULTA TÉCNICA: 93 711 15 32