

HIPNOSIS TERAPEUTICA

OPCION UNO

En el dolor post-operatorio y psicossomático
1200 pacientes operadas

Dr. Manuel Zuñiga Calle

ETAPA CIENTIFICA DE LA HIPNOSIS. - El médico de Manchester Inglaterra, el Dr. James Braid, creó la palabra "hipnosis" que significa sueño, aunque no es realmente el sueño fisiológico, lo que ha sido demostrado con las ondas del electroencefalograma en vigilia.

La HIPNOSIS se define según el Diccionario de Psicología del profesor Warren, como "Estado inducido artificialmente, por lo común aunque siempre parecido al sueño, pero artificialmente distinto de él, que se caracteriza por el aumento de sugestibilidad, como resultado de lo cual se puede inducir con mayor facilidad que en el estado normal, ciertos actos sensoriales motrices y de la memoria.

La hipnosis es un estado inducido artificialmente parecido al sueño. Los descubrimientos encefalográficos realizados en el laboratorio psicológico, demuestra que los registros de las ondas cerebrales durante los estados hipnóticos y de vigilia son visiblemente semejantes, pero evidencian una notable diferencia con los realizados en el estado de sueño fisiológico.

● Profesor Principal Universidad de Guayaquil

Jefe de Sala Hospit. G.O. "Enrique C. Sotomayor"

HIPNOTISMO MODERNO. - El sabio alemán Friedrich (Franz) Mesmer fue creador y expositor personal de las teorías del magnetismo. El sistema curativo del sabio alemán está basado en la creencia de que es perturbación de un "fluido", la causante de todas las enfermedades de la mente y del cuerpo, cuyo equilibrio puede ser restaurado, con la subsiguiente curación del sujeto, a través de la maniobra "magnética". Sus curaciones las realizaba en base de un ESTADO HIPNOTICO.

El profesor Heirdenhain afirmó que la hipnosis es causada por una "suave excitación de un sentido, lo que provoca la inhibición de la célula corticales, con la consecuente suspensión de la función cerebral superior", en forma temporal

RESUMEN

OBJETIVO: Investigar el valor terapéutico de la hipnosis, para terapia de dolor post-operatorio y alivio inmediato, a las 48 horas de la operación.

DISEÑO: Es un estudio prospectivo realizado de abril de 1997 a febrero de 1998.

LUGAR: Fue realizado en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, Sala Santa Margarita.

PACIENTES: 1.200 pacientes post operadas. La mayoría de ellas fueron sometidas a operación cesárea. Todas las pacientes que presentaban dolor post operatorio a las 48 horas, recibieron tratamiento para dolor por hipnosis terapéutica. Este tratamiento

fue altamente satisfactorio en forma inmediata. Las intervenciones quirúrgicas de estas pacientes fueron cesárea, cesárea-histerectomía, laparotomía por embarazo ectópico, apendicectomía, operación por quistes ovarios, etc. El dolor fue de intensidad variable en las zonas quirúrgicas en la mayoría de las pacientes. En unas pacientes el dolor se acompañó también de cefalalgia y lumbalgia.

METODOS: El método de la terapia aplicada fue *SUGESTION HIPNOTICA*. Es decir psicoterapia, previa relajación psicósomática. El tratamiento fue de grupos de pacientes en muchos casos y en otros, en forma individual.

RESULTADOS: 92% fue el resultado altamente satisfactorio; el resto de alivio moderado y leve pero siempre inmediato; El 8% no tuvo resultado, en este caso las pacientes tuvieron un feto muerto o un niño recién nacido muy enfermo, bajo cuidados intensivos.

CONCLUSIONES: La hipnosis es una excelente *OPCION TERAPEUTICA* para el alivio inmediato, del dolor post-operatorio mediato, a las 48 horas de la operación. También aplicamos la hipnosis terapéutica en las pacientes que no tenían suficiente producción de leche para lactancia, por factor psicógeno que libera el PIF. A demás la hipnosis terapéutica proporciona una rápida recuperación.

PALABRAS CLAVES: Hipnosis terapéutica, opción uno, dolor post-operatorio.

INTRODUCCION

DOLOR POST OPERATORIO NO COMPLICADO NEUROANATOMIA DEL DOLOR GINECOOBSTETRICO

El dolor generado en las estructuras del aparato genital, tiene que ser cuidadosamente interpretado por su calidad de imprecisión valiéndose de métodos complementarios de diagnósticos por imagen.

El dolor originado en procesos operatorios de este aparato, es descubierto en su origen periférico, por los **RECEPTORES**, que para esta especialidad, interesan en los siguientes grupos de la clasificación según su tipo de fibra aferente. Entre los **RECEPTORES SOMATICOS GENERALES**:

GRUPO DE LOS MECANORECEPTORES: Interesan los de piel, Tipo I y II; Receptores pilosos G2, Receptores de campo, receptores pilosos G1.

NOCICEPTORES: Interesan los receptores viscerales generales. La modalidad anatómica de estos receptores del dolor en las vísceras, no es muy conocida, pero responden a la presión intensa, a las temperaturas extremas y a la Anoxia. Funcionan asociadas con las fibras Grupo IV demielinizadas. Se cree que estos receptores se encuentran en: Las serosas que recubren a las vísceras y en las paredes de los vasos.

Estos receptores van a transmitir sus señales a la MEDULA ESPINAL a través de las NEURONAS MONOPOLARES de los ganglios de las raíces posteriores.

Estas neuronas, terminan en las LAMINAS III y IV del Asta Posterior Medular de la misma manera que las vías del dolor y de la Temperatura, del Sistema Gsa (Somático aferente general). Sin embargo, sus prolongaciones periféricas llegan a los receptores viscerales a través de las ramas comunicantes grises y de los ganglios de la cadena sinpática.

De este resumen neuronatómico, rescatemos los puntos más importantes todavía, para pasar a la Neurofisiología del dolor.

- A) Los RECEPTORES del dolor generado en el aparato genital femenino, son sensibles a la elevación de la temperatura (inflamación, fiebre) a la distensión extrema (inflamación, infección) y a la anoxia (hipoperfusión por edema o supresión de la circulación por émbolos).
- B) Las características de las sinapsis por vecindad, va a determinar la presencia de un dolor impreciso y que puede llegar a ser de gran intensidad.

Por la localización de los sensores en los sitios mencionados, la desaparición del dolor en forma espontánea, puede deberse a la presencia de necrosis y por tanto de perforación, de las serosas de recubierta, convirtiéndose en una señal de agravamiento del cuadro clínico.

NEUROFISIOLOGIA DEL DOLOR

Las neuronas están perfectamente adaptadas para funcionar como las unidades portadoras de información del sistema nervioso; la longitud de sus prolongaciones individuales varía desde una fracción de milímetro en el cerebro, hasta axones que miden más de un metro, como los que se encuentran en la médula espinal y en los nervios periféricos. La señal portadora de información que se desplaza a lo largo de la neurona es el fenómeno eléctrico denominado *IMPULSO*.

Una red muy compleja de células nerviosas, hace que los impulsos transmitidos por una neurona, desencadenen impulsos en otras, por medio de uniones que reaccionan químicamente y se llaman *SINAPSIS*.

Las sustancias químicas llamadas *NEUROTRANSMISORES*, son liberadas en estas sinapsis como respuesta a la llegada de impulsos a las *TERMINACIONES PRESINAPTICAS* de la primera neurona. Cuando hay suficientes impulsos se liberan más neurotransmisores y en la membrana neuronal se presenta un cambio *REVERSIBLE*, llamado *POTENCIAL DE ACCION*. Este último, a sus vez genera una pequeña corriente local, la cual desencadenará nuevos potenciales a todo lo largo del axón.

Refiriéndonos exclusivamente al DOLOR, diremos entonces, que las sensaciones de ese tipo generadas en la piel o mucosa de las regiones inferiores del abdomen, labios, vagina y vecindades, serán

captadas por *receptores somáticos* y transmitidas por los nervios sensitivos directamente a la Médula Espinal, en tanto que las sensaciones de aumento de temperatura, distensión y anoxia, serán captadas por los *receptores viscerales* y llegarán a la misma Médula espinal, vía sistema autónomo.

Por la vecindad de los mismos, se podrán producir imprecisiones en la localización del dolor y éste podrá ser *referido* a las zonas dermatoequivalentes de la pared abdominal. La Médula espinal como ya es conocido, iniciará un proceso de *modulación del dolor*, que es necesario revertir actuando en los cuernos posteriores de esta información tan importante, evitando el fenómeno químico electrónico de la despolarización y frenando la amplificación de los campos dendríticos y axonales de las neuronas medulares (plasticidad neuronal).

El impulso doloroso, llegará finalmente mediante las múltiples sinapsis, a las zonas sensitivas especializadas del Cortex, donde se conocerá y se valorará la dimensión del dolor.

Como ya se ha dicho en fascículos anteriores, el impulso doloroso es conducido en una sola dirección aferente, normodrómica, por lo que le recordamos aquí, que el camino del dolor comienza en el llamado territorio periférico, hace estación medular y finalmente, llega al Cortex.

ASPECTO CLINICO DEL DOLOR POST OPERATORIO

El ginecoobstetra va a encontrarse con demasiada frecuencia con dolor intenso generado en las áreas periféricas de sus pacientes y enriquecido - valga la expresión - por la plasticidad neuronal espinal.

Fuentes de dolor agudo post operatorio, son todos los procesos inflamatorio/infecciosos que pueden tener asiento en diversos tramos del aparato genital femenino tales como vaginitis, salpingitis, ooforitis, etc, que pueden ir a la abscedación y a la ruptura, después de la cual, el dolor cede, por falta de generación. El dolor post operatorio puede tener también asiento en cualquier parte del área quirúrgica.

Sólo nos permitimos aquí apoyar el criterio muy claro del ginecólogo sobre su patología, expresándole que el dolor, moderadamente, se estima en los primeros casos, como fisiológico, en tanto que en los casos especiales que ya hemos mencionado y en todas las situaciones de síndrome Séptico o Sépsis Uterina, el dolor pasa a comportarse como patológico, con serias posibilidades de complicar sensiblemente la evolución de su paciente.

La Cirugía ginecoobstétrica, aumenta la generación del dolor por su efecto de injuria e inflamación propia. Por tanto, es el caso recordar lo que Clifford Woolf, decía en 1991: El dolor, no es generado puramente en la periferia, sino además recibe una

considerable extensión en su fase aguda por alteraciones en el Sistema Nervioso que interpreta señales normales en los aferentes de bajo umbral en una forma anormal.

Se han hecho substanciales progresos en el descubrimiento de los mecanismos neurobiológicos responsables de la amplificación del dolor sentido.

GENESIS DEL DOLOR. AREAS

En ginecoobstetricia existen como en cualquier otra especialidad, TRES CAMPOS O AREAS DEL DOLOR.

A) Periférico

Involucra a la piel del perineo, del abdomen bajo, las mucosas y tejidos conectivos que rodean a todo el aparato genital femenino, con relación simática con las mamas, y el contenido abdominal y extraperitoneal de Utero y vagina. Este campo de captación, está lleno de sensores o receptores que van a tomar el impulso desde que sobre este campo haya actuado la INJURIA.

B) Medular

Que está asentado en las neuronas especiales de la Médula Espinal. Este campo o área, tiene un comportamiento UNICO en el Sistema, pues actúa por medio de mecanismos neuroquímicos como amplificador del dolor.

La posibilidad moderna de llegar a este sitio de estación del dolor, es tan importante que en estos días, se considera un logro más importante que el descubrimiento de los receptores morfínicos.

C) Central o cerebral

Asentado en la Corteza cerebral en las áreas especiales de terminal sensitiva, donde se conoce se localiza y se dá a la paciente la posibilidad de valorar el dolor. A estos centros corticales, el impulso llega previo pre procesamiento TALAMICO, vía Sistema Límbico.

El descubrimiento farmacológico más importante de esta década, es justamente la analgesia central que separa totalmente de los receptores morfínicos, se ha logrado en niveles pretálamicos con la identificación del ACIDO KYNURENICO.

El dolor parte desde la primera área y mediante el abastecimiento de la interpretación mdular puede alcanzar alturas insospechadas de intensidad.

Uno tiene que evitar que ello ocurra. Para ello debemos tener TRIPLE CONTROL ANALGESICO DEL DOLOR.

HIPNOSIS

Es una condición mental especialísima. Es un estado especial de al facultad para receptor las impresiones exteriores. Es una

comunicación especialísima de la mente interna de la paciente que siente el dolor, con la mente externa del médico hipnoterapeuta que está eliminando el dolor, a través de la sugestión hipnótica; refiriéndose a nuestro trabajo.

HIPNOTISMO

Es científicamente una ciencia rama de la medicina que estudia y trata todo dolor psicossomático, en nuestra referencia, así como también los trastornos psicossomáticos que puede sufrir una persona operada.

En nuestro trabajo de 1.200 pacientes post operadas, aplicamos esta terapéutica a toda enferma a las 48 horas o 72 horas de intervenida, que están de alta. Son pacientes que han pasado su post operatorio inmediato de 24 horas, encontrándose en su periodo post operatorio mediato de 2 y 3 días. Después de las 72 horas las pacientes entrarán en su periodo post operatorio alejado, en que el dolor continuará en un porcentaje de pacientes, dependiendo del tipo de intervención quirúrgica, por una parte y por otra, dependiendo del grado de susceptibilidad y tolerancia de la paciente, lo cual conlleva la variedad el dolor psicossomático. EL HIPNOTISMO APLICA LA PSICOLOGIA DE LA SUGESTION.

HIPNOSIS TERAPEUTICA

Es un recurso terapéutico valiosísimo para tratar el dolor psicosomático en nuestro grupo de pacientes operadas a las 48 horas y 72 horas, en que son dadas de alta en nuestro servicio hospitalario. Inducimos la terapia por sugestión hipnótica que es una psicoterapia respetable. La sugestión es un estado psíquico provocado en el que la paciente experimenta las sensaciones que le son sugeridas y cesa de experimentar las sensaciones que se les dice que no sientan.

En la analgesia por hipnosis terapéutica, las pacientes están conscientes, despiertas y eliminarán su dolor por la psicoterapia recibida. La terapia de la sugestión hipnótica se acompaña de una relajación saludable de la mente y del cuerpo, eliminando el dolor y proporcionando en esta forma analgesia central, (respuesta cortical), analgesia medular (bloquea la amplificación del dolor) y analgesia periférica (neutralizando el impulso).

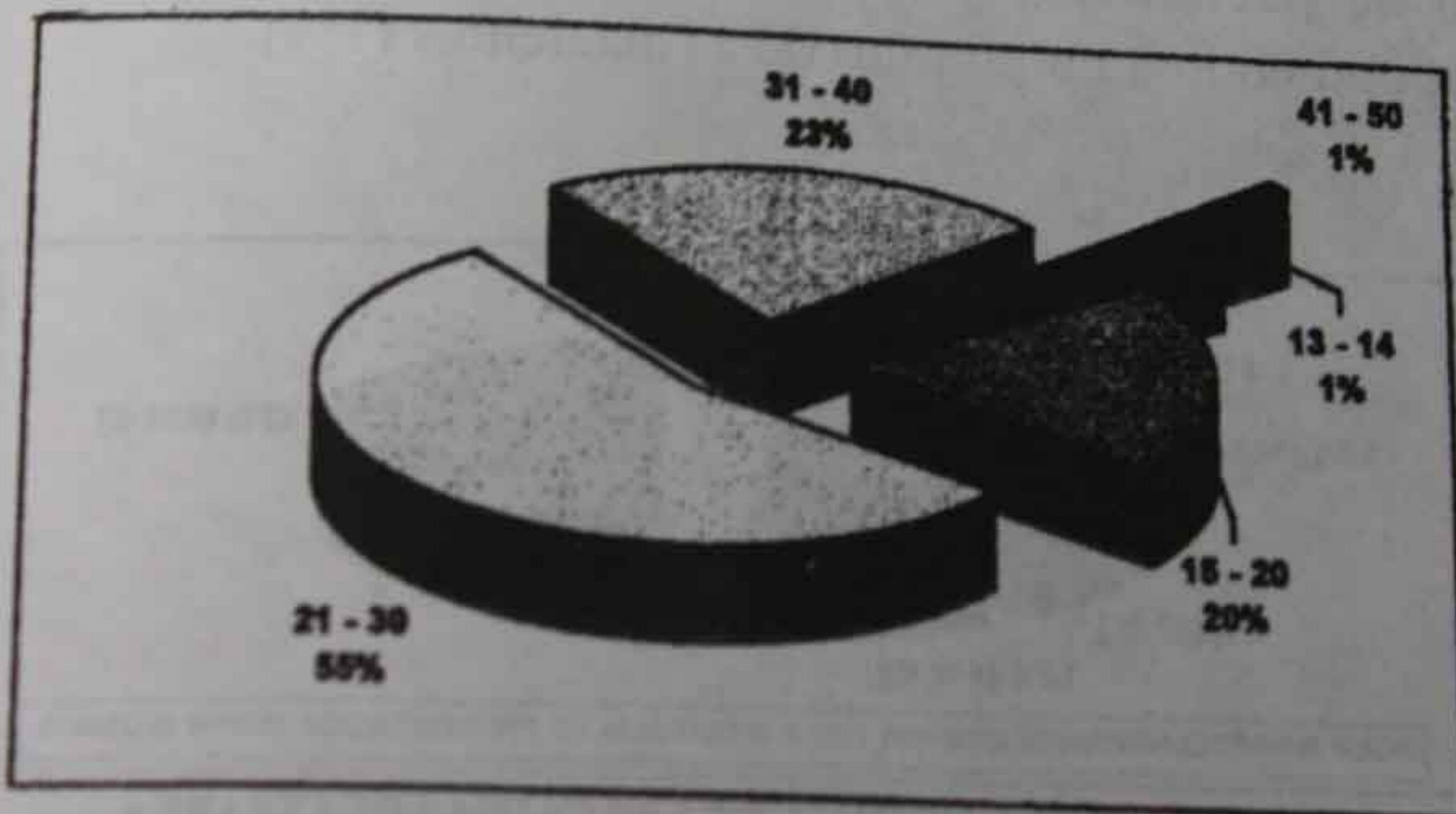
LA ANESTESIA HIPNOTICA pertenece a otro capítulo, a parte de nuestro trabajo.

MATERIALES Y METODOS

Hemos tratado 1.200 pacientes desde abril de 1997 a febrero de 1998 con hipnosis terapéutica para el dolor post operatorio a las 48 horas o 72 horas de operdas, con alivio inmediato, en nuestro

Hospital Ginecoobstétrico Enrique C. Sotomayor, Sala Santa Margarita.

En este trabajo de 1.200 pacientes post operadas la edad osciló entre 13 y 50 años. El tipo de cirugía obstétrica comprendió cesáreas, cesáreas-histerectomías, laparotomías por embarazo ectópico, apendicectomía, operación por quiste de ovario, entre otras operaciones. La hospitalización fue de 2 y 3 días. A las 48 horas y algunas pacientes a las 72 horas de operadas fueron dadas de alta en condiciones satisfactorias con todos los signos vitales normales. Las pacientes que presentaban dolor post operatorio recibieron la terapia por hipnosis para alivio inmediato de su dolor (92%); la hipnosis terapéutica requirió 5 minutos para un tratamiento de grupo en una paciente. El tratamiento individual fue aplicado con técnica de 15 segundos con alivio inmediato de dolor en otras pacientes. Son técnicas rápidas.

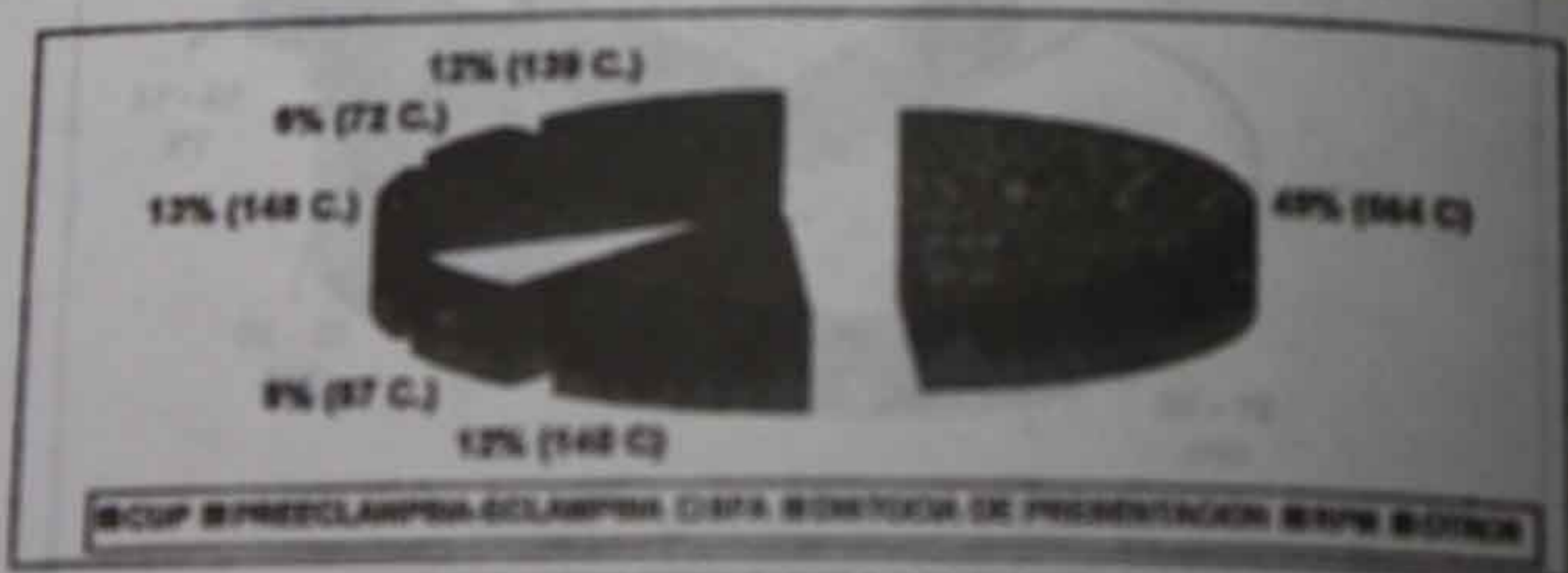


La población hospitalaria en nuestra Sala Santa Margarita del Hospital Ginecoobstétrico Enrique C. Sotomayor que fue sometida a tratamiento del dolor post-operatorio por hipnosis terapéutica tuvo una edad que osciló entre 13 años para la de menos edad y 50 años para la de mayor. Entre 13 y 14 años fueron un grupo menor de 7 pacientes, con menor de 1%.

El primer lugar lo ocupó el grupo de pacientes con una edad comprendida entre los 21 y 30 años de edad, correspondiendo a un número de 645 pacientes; es el grupo más numeroso que corresponde al 55%.

El segundo grupo de 274 pacientes tiene una edad que oscila entre los 31 años a 40 años; correspondiendo al 23%.

El tercer grupo menos numeroso fue de 238 pacientes cuya edad osciló entre 15 y 20 años (20%). Finalmente tenemos un cuarto grupo de pacientes con edades que van entre 41 y 50 años correspondiendo a un número de 11 pacientes (1%).



ESTUDIO PORCENTUAL DE LAS CAUSAS DE CESAREA

Del grupo de 1.200 pacientes, la gran mayoría correspondió a operadas de cesárea, siendo en número de 1.175 (98%). Las diferentes causas de cesárea fueron por cicatriz uterina previa (C.U.P), siendo en número de 564 (49%) de pacientes, éstas ocuparon el primer lugar. El segundo lugar de causa para cesárea fueron 148 (13%) pacientes con distocia de presentación. El tercer grupo correspondió a la cesárea por preeclampsia - eclampsia y fue de 140 (12%) pacientes. Las causas de cesárea por sufrimiento fetal (S.F.A) fueron 87 (8%) pacientes, ocupando así el cuarto lugar.

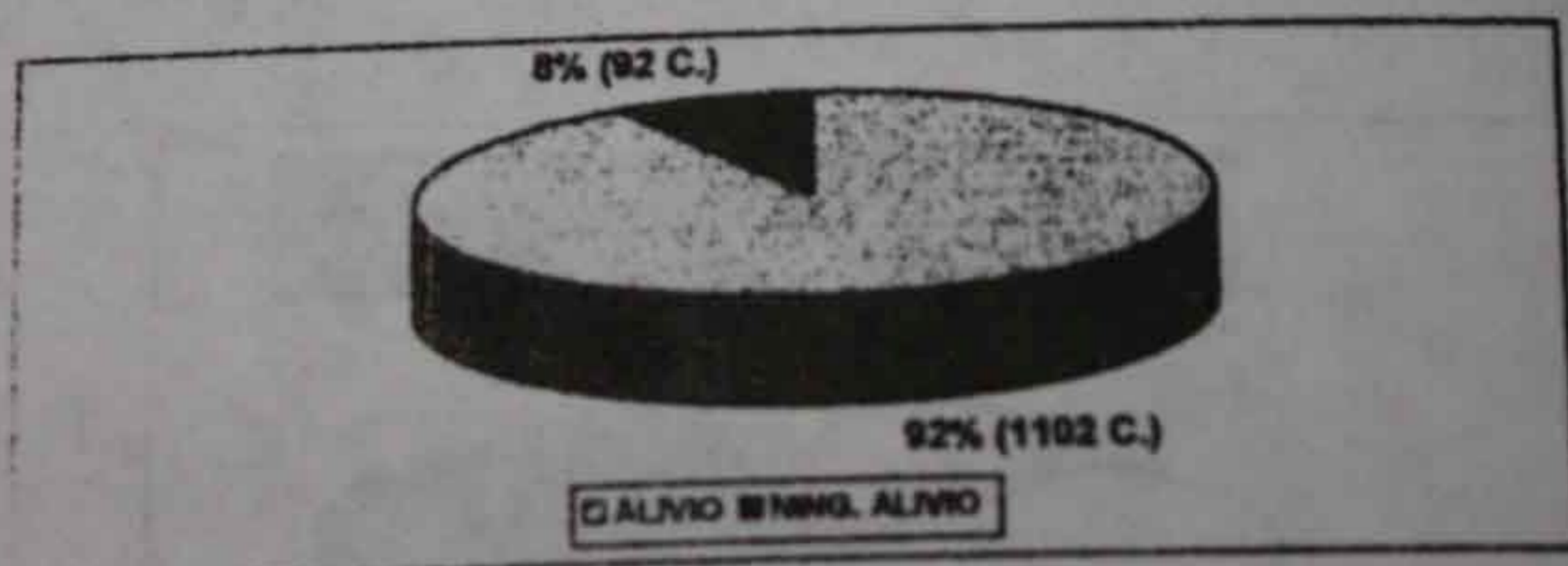
Otra causa de cesárea que estuvo en quinto lugar, fue la ruptura prematura de membranas (R.P.M) con 72 (6%) pacientes. En el grupo de pacientes para el sexto lugar hay múltiples causas, y el número fue de 139 (12%), entre las que están la desproporción cefalopélvica (D.C.P) 67 pacientes, el desprendimiento prematuro normoplacentario (D.P.N.P) 42 pacientes, oligoamnios severo 17 pacientes, placenta previa 12 pacientes, distocia de cordón 14 pacientes, embarazo gemelar 10 pacientes, amnionitis 5 pacientes, entre otras causas.



ESTUDIO PORCENTUAL DE LAS OPERACIONES GINECO-OBSTETRICAS

Las pacientes operadas que llegan a nuestra Sala Santa Margarita, son intervenidas por múltiples causas.

Así tenemos las intervenciones cesáreas que ocupan el primer lugar con 1775 (98%) pacientes entre 1200, ocupan el segundo lugar, las operadas por embarazo ectópico que son el número de 15 (1.25%) a 1200 pacientes. Las operadas por ruptura uterina correspondieron a un número de 5 (0.41%) pacientes. Las intervenciones de cesárea histerectomía fue el número de 2 (0.16%) pacientes. Correspondiendo a otras causas de intervención quirúrgica; 3 pacientes (0.25%); una de apendicectomía y 2 pacientes operadas por quiste de ovario.



ESTUDIO PORCENTUAL DEL ALIVIO DEL DOLOR POR HIPNOSIS TERAPEUTICA

El porcentaje de alivio inmediato con hipnosis terapéutica fue del 92% en las 1200 pacientes que padecieron de dolor post-operatorio; de acuerdo al dolor sea éste psicógeno, o psicósomático que sumados corresponden al 70%, o somático puro en el 20%.

En este grupo de pacientes, el alivio completo estuvo en 291 pacientes (24%), el alivio leve en 182 pacientes (15%), ningún alivio en 98 pacientes equivalente al (8%). Las pacientes que no respondieron al tratamiento fueron aquellas que presentaban un fuerte impacto psicológico como haber tenido un recién nacido muerto, o muy enfermo en cuidados intensivos, o las pacientes tenían problemas económicos. Por lo tanto el dolor psicósomático tenía una susceptibilidad muy alta y las pacientes no colaboraban al tratamiento, por su problema emocional grave.



METODOS

Empleamos el método de la SUGESTION HIPNOTICA, es decir que inducimos un estado psíquico provocado, en el que las pacientes experimentan las sensaciones que le son sugeridas y/o las que se le dice que no sienta. En esta forma le estamos sugiriendo una recuperación integral post-operatoria saludable y sin dolor.

A la paciente le inducimos el estado hipnótico, que es un estado especial de la facultad para receptor las impresiones exteriores. La hipnosis es así, una comunicación de la mente interna de la paciente que está despierta, con la mente externa del médico que le está haciendo la terapia.

Es importante recordar los 6 periodos o etapa de hipnosis: hipnosis letárgica o superficial (1), hipnosis en trance liviano (2), hipnosis en trance mediano (3), hipnosis en trance profundo (4), sonambulismo (5) y sonambulismo profundo (6). Las tres primeras se denominan mnésicas (con retención de la conciencia), las tres últimas amnésicas (sin recuerdo de lo sucedido).

Nosotros empleamos el método de la inducción de las ETAPAS MNESICAS (1,2,3), es decir hipnosis letárgica o superficial, liviana y mediana de acuerdo a la sugestibilidad de la paciente; en esta forma ella recibe el beneficio terapéutico del alivio inmediato, al dolor post-operatorio mediato al segundo o tercer día de operadas.

Empleamos TERAPIA DE GRUPO cuando hay varias pacientes a tratar, o TERAPIA INDIVIDUAL cuando es sólo una paciente.

La hipnosis terapéutica también la empleamos para provocar en la paciente producción de leche materna para la lactancia, cuando ella no tiene suficiente producción de leche, debido al factor psicógeno que libera el PIF (factor inhibidor de la prolactina). También éste método terapéutico alivia la cefalalgia que padecen algunas pacientes post operadas y finalmente, les proporciona una rápida recuperación post operatoria.





RESULTADOS

El 92% de las 1.200 pacientes se aliviaron inmediatamente del dolor post operatorio. El tratamiento es de sicoterapia hipnótica por conversión del factor psicógeno al somático o reacción del dolor somático al psicógeno. Un 8% no respondió al tratamiento porque tenían un fuerte impacto psicológico (*muerte de su bebé recién nacido, recién nacido en cuidados intensivos; bebé no deseado, o condiciones económicas bajas*).

COMENTARIOS

Toda paciente operada debe recibir psicoterapia previa, aunque no necesariamente con un psiquiatra. No es una panacea; puede combinarse alguna vez con un mínimo de medicamentos a

mínima dosis, porque no es competitiva con la terapia convencional.

DISCUSION

Esta terapia por hipnosis, requiere condiciones especiales:

- 1.- La paciente debe cooperar con confianza en la terapia que la va aliviar.
- 2.- Debe existir una indispensable comunicación entre el médico y la paciente.
- 3.- La paciente debe tener un cierto grado de sugestibilidad y concentración.

No todas las pacientes reúnen estas condiciones para el éxito ciento por ciento de la hipnosis terapéutica.