

# 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