Sicoprofilaxia y Terapéutica Medicamentosa

*Dr. Juan José Báez * --- Dr. Carlos M. Brusco*

Del "Instituto de Maternidad Alberto Peralta Ramos" — Bs. Aires - Argentina

En la preparación sicoprofiláctica para el parto, se aprecian ciertas dificultades en el uso de algunos preparados medicamentosos que disminuyen o hacen desaparecer los reflejos condicionados recientemente creados. La necesidad de utilizar sustancias sedantes nos ha obligado a buscar drogas que no anulen las estereotipias dinámicas, a la par que facilitan la relajación muscular. En principio es un serio problema encontrar la solución, sin entorpecer la conducta de la parturienta.

Felizmente la utilización en forma cada vez más creciente de los modernos sicofármacos, nos ha determinado a conocer sus estructuras químicas y distintas acciones farmacológicas, para valorar sus ventajas y limitaciones, ya que frente a esas drogas, cabe siempre la pregunta del especialista de cuáles serán las posibilidades de aplicación en la parturienta.

Presentamos a los colegas nuestra experiencia con el uso de los tranquilizantes, realizado en el Instituto de Maternidad Alberto Peralta Ramos y con pacientes de la clientela particular, desde 1955 hasta la fecha, haciendo previamente una indispensable reseña sintética de las drogas que hemos usado.

- A) FENOTIAZINA.
- B) DERIVADOS DE LA RAUWOLFIA SERPENTINA.
- C) DICARBAMATOS DEL PROPANEDIOL.
- D) CAPTODIAMINA.
- E) HIDROXICINA.

* Miembro Correspondiente de la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología.

A) — FENOTIAZINAS

En 1876 Lauth empleó el azul de metileno y de éste Bernthsen en 1883 preparó la fenotiazina. Veamos la estructura química del azul de metileno y la fenotiazina:

Azul de metileno

Fenotiazina

La primera fenotiazina usada en medicina fue la prometazina, un potente antihistamínico de acción prolongada. Pronto se demostró que este agente tenía efectos sobre el sistema nervioso central, provocando sedación sin llegar al verdadero sueño. Como consecuencias de estas observaciones se intensificaron los estudios sobre los derivados de la fenotiazina, substancia conocida desde el siglo pasado y utilizada como antihelmíntico en medicina veterinaria. Al mismo tiempo creció el interés en la obtención de nuevos compuestos análogos. Así en 1951 se sintetizó la clorpromazina, el primer preparado de alta potencia y mayores aplicaciones clínicas derivado de la fenotiazina. Introducida en terapéutica en 1952, fecha a partir de la cual fue utilizada intensamente con gran cantidad de indicaciones, aprovechando a veces empíricamente sus propiedades sedantes, antiemética, potenciadora de anestésicos y barbitúricos, etc.

Luego del éxito de la clorpromazina fueron introducidos en terapéutica nuevos preparados que totalizan once en la actualidad, estando en investigación un número aún mayor. Es notorio, pues, el lugar destacado que ocupan los derivados fenotiazínicos.

A pesar de que han pasado varios años desde la introducción de estas drogas en medicina humana, no se ha aclarado con precisión su modo y lugar de acción. Esto es comprensible si pensamos que actúan sobre el sistema nervioso central, complejo en su estructura, en su fisiología y en su metabolismo. Se sabe que producen depresión del sistema nervioso central y que tienen en mayor o menor grado propiedades antihistamínicas, antieméticas e hipotensoras. Provocan sobre él una acción similar a la reserpina, pero según algunos autores, sin actuar sobre la concentración de serotonina. Tampoco se han encontrado en los electroencefalogramas cambios que permitan interpretar la incidencia de accidentes convulsivos observados con el uso de algunos de estos derivados. Todas las evidencias indican que no solo tienen acción sobre la corteza cerebral, sino que actuarían a nivel de los núcleos diencefálicos y en la sustancia reticular del mesencéfalo. También ejercerían una notable acción depresora sobre los centros del vómito y termoregulador del bulbo.

Cuando se suministran por vía parenteral pueden provocar una hipotensión brusca, como resultado de la acción combinada sobre el mecanismo vasomotor central y la dilatación de la red vascular periférica. Los efectos secundarios que se observaron con el uso de los primeros preparados limitaron en parte su difusión y movieron al mismo tiempo a la investigación farmacológica. La hipotensión, las ictericias a veces severas observadas en un porcentaje relativamente considerable, la obnubilación y somnolencia en pacientes ambulatorios, las dermatitis, la depresión de la médula ósea, etc., impusieron la necesidad de tratar de obtener preparados que reduciendo o eliminando totalmente las acciones colaterales, mantuvieran o incrementasen los efectos terapéuticos de las drogas.

a) *Clorpromazina*

La clorpromazina, que tiene además propiedades antihistamínicas, produce apagamiento de los mecanismos activadores de

la sustancia reticular del mesencéfalo. Según Henwich y Rinaldi al producir el bloqueo de los alucinógenos del tipo de la LSD 25 y la mezcalina, libera la serotonina del cerebro, inhibiendo al hipotálamo y sustancia reticular del mesencéfalo. El simpático y parasimpático están regidos por el diencéfalo, el que a su vez recibe influjos corticales. La desconexión temporaria producida por la clorpromazina, si bien limita su acción a un tratamiento sintomático, ya que su acción desaparece al suspenderse el tratamiento, favorece la homeostasis, es decir, el perfecto equilibrio físico-químico del organismo en virtud del cual el protoplasma vivo realiza sus intercambios de materia y energía en el medio interno, en las mejores condiciones.

Al inhibir la producción de acetilcolina y adrenalina a nivel de las sinapsis, es discutible que una mujer en comienzo de trabajo de parto esté en mejores condiciones para su evolución posterior, ya que se habrá desconectado la porción del sistema nervioso simpático-parasimpático que facilita la iniciación de la contractilidad del útero en el parto.

Resultan importantes las experiencias hechas con monos, los cuales pierden interés por todo lo que les rodea, aún cuando se manifiestan desconfiados, siendo suficiente para que ello ocurra, dosis que no excedan de 300 miligramos diarios.

No solo la clorpromazina tiene una acción subjetiva disminuyendo el estado de tensión, sino que además electromiográficamente se ha demostrado que produce relajación en los músculos. Las reacciones secundarias son: congestión nasal, sequedad de la boca, constipación, hipotensión y taquicardia. Se ha observado con grandes dosis, dermatitis e ictericia.

Como síntesis diremos que la acción fundamental y más importante la ejerce sobre la corteza cerebral.

b) *Trifluorpromazina*

Uno de los más promisorios entre los nuevos derivados a que hacíamos referencia más arriba, con respecto a la fenotiazina, es la trifluorpromazina. Químicamente es la 10-(dimetilaminopropil)-2-(trifluorpromazina). Su molécula encierra el núcleo feno-

tiazínico, dos cadenas bencénicas unidas por un átomo de nitrógeno y un átomo de azufre en posición opuesta y posee, además, tres átomos de flúor.

Trifluorpromazina

Los estudios de laboratorio efectuados, indican que tiene una actividad farmacológica similar a la de la clorpromazina con dosis menores. Estos datos fueron corroborados con la experiencia en la medicina humana.

Ha demostrado también ser un agente terapéutico psíquico efectivo, poseyendo tres veces la potencia de la clorpromazina. Su efecto sedante unido a sus otras propiedades: antiemética, potencializadora de anestésicos y barbitúricos, reductora de la temperatura corporal, junto con la baja incidencia de efectos colaterales, permiten decir que la trifluorpromazina ocupa ya su lugar en los tratamientos de la parturienta.

B) — DERIVADOS DE LA RAUWOLFIA SERPENTINA

La raíz de la rauwolfia serpentina es empleada desde la antigüedad en la India y se la conoce en Europa desde hace más de 300 años, especialmente para el tratamiento de los estados de ansiedad.

Reserpina. — La estructura química de la reserpina muestra su relación con la de las sustancias llamadas psicomiméticas y algunas alucinógenas. En general se ha estudiado la farmacología de la rauwolfia en base a los efectos de la reserpina.

Ha sido usada como agente hipotensor, lo mismo que la clorpromazina. Produce inhibición respiratoria, estimula la función antidiurética del sistema hipotálamo hipofisario e inhibe la fun-

ción tireotrópica de la hipófisis. Como reacciones secundarias produce: fatiga, congestión nasal, diarrea, hipersalivación y temblor de tipo parkinsoniano y a veces, sueños aterradores que los anti-histamínicos reducen.

El 50 al 60% de la reserpina es eliminada del organismo al cabo de tres a cuatro horas. El 25% como anhídrido carbónico y la mayor parte con la orina y las materias fecales, en forma de trimetoxibenzoato. Con marcaciones especiales se observa un depósito abundante e inmediato en el cerebro y más lento en el hígado. Se encuentra en el cerebro hasta 48 horas después de inyectada.

La reserpina potencia la acción hipnótica de los barbitúricos, lo mismo que hace la serotonina. Es posible que exista en el cerebro una decarboxilasa específica que elabore la serotonina cerebral a partir del 5-hidroxitriptofano que le provee el hígado. Pero también es necesario consignar, que experiencias hechas en animales demuestran que la reserpina disminuye fuertemente el contenido de serotonina del cerebro, aspecto en el cual se diferenciaría de las fenotiazinas.

La acción central inhibidora de la reserpina tiende hoy a atribuirse a una excitación del sistema reticular inhibidor del tronco cerebral. Las manifestaciones de hipertono vagal, serían la consecuencia de una inhibición simpática central.

Experiencias efectuadas en ratas condicionadas a las que se inyectó reserpina después de tener bien establecido el reflejo condicionado, demostraron la incapacidad del animal para el aprendizaje.

Alseroxylylon. — Las dosis de seis miligramos diarios de alseroxylylon dados durante siete días, se reducen a dos miligramos cuando el tratamiento es ambulatorio, comenzando los efectos máximos a las 2 semanas.

En cuanto a la reserpina: 0.25 mgrs., dos veces por día, debiendo suspenderse el tratamiento a las 3 semanas.

C) — *DICARBAMATOS DEL PROPANEDIOL*

En 1946 Berger destacó las propiedades sedantes y anticonvulsivantes de la mefenesina, pero de acción corta e inconstante.

La mefenesina, que es estable en los jugos gástrico e intestinal, provoca parálisis reversibles de los músculos voluntarios sin afectar el sistema neurovegetativo. Esta propiedad emana de su acción sobre el sistema nervioso central donde actúa inhibiendo las conexiones nerviosas y sobre la médula, interrumpiendo las conexiones internunciales.

Es antagonista de la estriknina y aumenta el efecto de los barbitúricos. Tiene poca actividad sobre la unión mioneural, no interfiriendo en la conducción de los nervios periféricos. En las reacciones perjudiciales, eritema generalizado, urticaria y prurito, los histamínicos son suficientes para contrarrestar los efectos tóxicos; si fracasan, los esteroides resultan efectivos como tratamiento.

La mefenesina es un polvo blanco, cristalino, amargo, que funde a 105°C. poco soluble en agua, pero soluble en los solventes orgánicos. Es un relajante muscular, anticonvulsivante y de efecto tranquilizador. La más conocida en nuestro medio es Tolseron (3-orto toloxi 1,2 propanediol) de acción relajante solo para los músculos esqueléticos.

En 1950 Ludwig y Piech sintetizaron los meprobamatos (Miltown de Lederle, Equanil de Wyeth, Mepantin de Lepetit y Placidon de Franco-Inglesa).

Los meprobamatos producen el bloqueo de las interneuronas con acción selectiva sobre el tálamo y las estructuras subcorticales cuyas terminaciones son particularmente sensibles a la droga. No afecta la acción mioneural, ni la conducción nerviosa periférica. La electroencefalografía muestra una sincronización de las ondas cerebrales con moderada disminución de su frecuencia. El 10% se elimina por la orina sin modificaciones y el 90% restante se excreta aparentemente conjugado con el ácido glucorónico. No existen técnicas para determinar su concentración en la sangre.

No se han observado efectos tóxicos importantes. En ocasiones somnolencia y a veces vómitos. No producen vértigos, ni mareos, ni diarrea, ni sequedad de la boca, etc. La dosis máxima diaria es de 6.400 miligramos en ocho tomas, siendo las corrientes en obstetricia entre 400 y 1.200 miligramos. No provocan hábito, ni existe la observación de que hayan sido utilizados para quitarse la vida. En aquellos que lo intentaron fue suficiente la ingestión de café caliente como antídoto.

D) — CAPTODIAMINA

A raíz de la búsqueda del factor sedante de la difenhidramina, ensayando distintos compuestos, Weidmann y Petersen encontraron que el clorhidrato de p-butil-mecaptobencidrildimetilaminoetilsulfuro, poseía la mayor acción sedante, sin provocar hipnosis con propiedades estimulantes del trofismo muscular y acción espasmolítica. Se ha observado así mismo, que en los deprimidos y melancólicos en quienes se usa en altas dosis no actúa sobre la médula ósea, ni produce erupciones. Comercialmente es conocido con el nombre de Covatina.

E) — DIFENILMETANO - HIDROXICINA

Atarácico tiene su raíz griega en ataraxia que significa tranquilidad de conciencia, estabilidad emocional o liberación del estado confusional.

Pertenece a este grupo el Atarax, que es una hidroxicina, derivado disustituído de la piperazina, que tiene una acción electiva sobre el tálamo y que comienza a los quince minutos de su ingestión, siendo su margen terapéutico superior al de los meprobamatos.

A la mujer intensamente emotiva, hipernerviosa, agotada por exceso de actividad cerebral, ansiosa o deprimida, le permite mantener íntegra su conciencia y el dominio de su voluntad haciéndole proceder en forma equilibrada. Los reflejos se mantienen normales y su actividad cerebral no se modifica. No da signos de toxicidad, ni provoca vértigos, ni sequedad de la boca, produce rápidamente la respuesta deseada y su uso no trae acostumbra-

to, siendo sus efectos secundarios mínimos. Solo las grandes dosis producen, a menudo, una excesiva estimulación cerebral y excitaciones cercanas a la manía.

No se conoce perfectamente el mecanismo de acción de la hidroxicina, pero es probable que libere la serotonina del cerebro al bloquear los alucinógenos del tipo de la mezcalina y ácido lisérgico. Para Henwich y Rinaldi, citado entre nosotros por Tallaferrero y Figueras, inhibe no solo la actividad del hipotálamo sino también al sistema activante de la formación reticular del mesencéfalo. Conviene recordar que esto es válido también para la clorpromazina y reserpina, aquella en pequeña y esta última en grandes dosis.

Cuando ejerce una acción positiva en las manifestaciones psíquicas, se traduce en los registros bioeléctricos cerebrales del electroencefalograma.

De los cinco grupos de sustancias tranquilizantes no es difícil decidirse por los meprobamatos y la hidroxicina, cuando se trata de grávidas que han seguido la educación prenatal, pues cumplen mejor con la tranquilidad de conciencia, la estabilidad emocional y la relajación muscular, sin alterar los reflejos, ni la conciencia.

No tenemos en este aspecto experiencia con la reserpina, pero la citamos porque a alguien puede interesarle y nosotros mismos, más adelante pensamos hacer experiencias con ella. En cuanto a las demás son sumamente útiles si se las usa en sus indicaciones precisas.

Con los meprobamatos y la hidroxicina, como hemos visto en el estado de ataraxia experimental, se mantiene en las parturientas una quietud que llega hasta sustraerlas del medio ambiente, permaneciendo intactos sus reflejos y su actividad motriz. Se conserva la conciencia de los estímulos afectivos y reaccionan como personas perfectamente equilibradas, permaneciendo intacta la actividad cerebral.

No tenemos experiencia sobre el uso de placebos y debemos confesar que siempre se mantiene nuestra duda sobre si las cua-

lidades que atribuimos a los tranquilizantes son propias de la preparación psicoprofiláctica, pero la verdad es que la psicoterapia es más efectiva.

CONDUCTA A SEGUIR EN LAS EMBARAZADAS PREPARADAS

De una manera general pueden considerarse como partes integrantes de la terapéutica, una higiene de vida, una correcta dietética, una atención médica-obstétrica y una buena preparación psicoprofiláctica.

a) *Profiláctica*

1) — *En el último mes de la gravidez:*

A pesar de las clases formativas pueden presentarse, en menor o mayor grado, distintos trastornos emocionales: irritabilidad, inestabilidad psíquica, tensión, temor, cefáleas (no gestósica) e insomnio.

La mujer, por su estado de gravidez, no puede dejar de pertenecer al medio en que vive y se desarrolla su vida, haciéndose esclava con suma frecuencia de todos los trastornos síquicos que le provocan sus pensamientos sobre su próximo parto. Su desorientación al no saber a qué atenerse, la conduce a la inestabilidad psíquica. Generalmente es una predispuesta y para luchar contra ella concurre a la consulta médica y ampárase en la preparación sicoprofiláctica que la mejora, hecho que se acentúa al ir tomando en el curso de las lecciones creciente confianza en la palabra asesora que le infunde superación sobre su incertidumbre. Pero si investigamos en el curso de las últimas clases la presencia de focos negativos, a menudo ellos no han desaparecido.

La calma de la grávida nace de lo que ella misma se ha creado después del perentorio estado de tensión. La preparación a veces origina verdaderos conflictos entre lo que se aprende y lo que ha dominado su mente gran parte de la vida y que no puede desarraigar, porque el medio que la rodea se encarga de mantenerlo presente.

Dando por sentado que se han cumplido todos los requisitos previos de la preparación, en todas estas ocasiones es muy útil además la ayuda que recibe de parte de los meprobamatos, captodiamina e hidroxicina, para poner orden en su mente. Toma posesión de su vida no en forma de conformismo y adaptación, sino en forma optimista y positiva.

Las dosis a emplear son mínimas, debiéndose aumentar en la medida de sus necesidades y si es necesario poder contar con la consulta del médico psicólogo.

Deseamos dejar presente que en algunas ocasiones ha cooperado de manera inesperada, para solucionar el problema, el uso de la fluorpromazina.

También hemos observado mujeres cuya dificultad para la relajación era evidente. La mefenesina puede ayudar a resolver la situación.

2) — *A su ingreso para la asistencia del parto:*

No es infrecuente que la grávida que está tomando tranquilizantes lo haga por su propia iniciativa, al salir de su domicilio. Valorado bien el caso debe aconsejarsele que así sea, para que todos los pasos o etapas que irán ocurriendo hasta el primer examen obstétrico y tocológico, no tengan trascendencia sobre su estado anímico.

Así es, como en forma burlona algunas nos han manifestado que quienes más necesitan la medicación eran los familiares.

Los medicamentos usados en esta ocasión son los meprobamatos, la captodiamina y la hidroxicina, por vía oral o rectal.

b) *Parto prematuro:*

Es una contingencia desagradable y hay que estar preparado para ella. La embarazada no está suficientemente condicionada y de no contar con una personalidad especial muy sugestionable, no pensamos resolver esta patología de los últimos dos meses del embarazo, con la medicación tranquilizante.

Si recordamos que la clorpromazina inhibe la producción de acetilcolina y adrenalina a nivel de las sinapsis y la observación de que en las hipertensiones preexistentes medicadas con este derivado de la fenotiazina, a pesar de apreciar contracciones frecuentes del útero, no se iniciaba el parto, nos movió a su uso en los casos de amenaza de parto prematuro.

Si bien no podemos ser absolutos, ya que se necesita una experiencia mayor, podemos adelantar que la nuestra es favorable tanto con la clorpromazina por vía parenteral, como con la trifluorpromazina por vía oral.

c) *Preparto*:

..

En las embarazadas preparadas lo habitual es que la actividad contráctil del músculo uterino sea intrascendente durante el preparto y más lo será, cuando han sido medicadas con los atarácicos aconsejados anteriormente, durante el último mes.

Pero de ninguna manera podemos asegurar que se encontrará ausente. Las contracciones del preparto pueden malograr el pronóstico más optimista que se haya hecho durante el embarazo. No se nos debe pasar por alto esta circunstancia tan propicia para el descondicionamiento de la preparada y es entonces cuando al observarla, debemos medicar con premura.

Excepto los derivados de la rauwolfia que no hemos utilizado, todas las demás drogas citadas en la primera parte de este trabajo, nos han dado resultados satisfactorios. Si así no fuese quedará abierto el camino para todos los demás.

d) *Parto*:

1) — *Parto normal*:

Somos partidarios, por ahora, de que debe respetarse la espontaneidad en la iniciación del trabajo del parto. Y decimos por ahora, porque tal vez estamos meditando demasiado el cambio de conducta si podemos presumir la posibilidad de un embarazo prolongado, la bestia negra de la preparación psicoprofiláctica.

Fácil resulta ponerse de acuerdo al expresar que la correcta conducción del parto abrevia su duración y esto permite mantener el condicionamiento. Un parto, en una nulípara, cuya duración sea menor de ocho horas, mantiene mejor su conducta.

Para lograr esta finalidad, debemos revisar dos conceptos que consideramos parte integrante de la conducta terapéutica. La primera es la ya citada como profiláctica, vale decir las pequeñas dosis de tranquilizantes tomadas durante las cuatro últimas semanas de la gestación. La segunda, es crear el condicionamiento de que el parto recién comienza cuando el cuello está borrado y tiene dos centímetros de dilatación y en estas condiciones las contracciones uterinas tienen una frecuencia de una o dos cada diez minutos en la nulípara.

En estas condiciones no es raro encontrar en el primer examen a su ingreso, que el cuello está con una dilatación de dos a tres centímetros, como mínimo, borrado, blando y central. Si la bolsa de las aguas está íntegra, la suerte nos acompaña ya que su rotura artificial y el agregado de mefenesina, meprobamatos, captodiamina o hidroxicina, nos dará una evolución francamente favorable, como para poder asegurar que en pocas horas más se completará la dilatación.

Ya en el período expulsivo el oxígeno resulta un buen coadyuvante y tal vez no se recurre a él con la frecuencia requerida. Si la parturienta está muy deprimida el uso de coramina o aminas despertadoras, puede ser de utilidad, pero sobre todo la estimulación con ocitócicos en dosis suficiente, es indispensable. Nuestra opinión es de que la interpretación de las características de la dinámica uterina nos dará la pauta de la cantidad y la repetición de la dosis para que en breve tiempo se inyecten hasta 20 unidades si es necesario. En este aspecto somos categóricos.

Por otra parte, también somos partidarios de la infiltración perineal con xilocaína al 2%, iniciándola durante un pujo.

2) — *Parto patológico:*

Debemos repetir lo que dijimos para el parto, si bien la preparación de la embarazada disminuye las posibilidades de una

distocia de contracción, no impide su presencia, siendo entonces nuestra obligación proceder primero con un conjunto de actos que al mismo tiempo complementen al método que cada vez nos brinda más satisfacciones.

Larga e incompleta sería la lista de medicamentos usados que debieron ser desechados por actuar sobre la corteza cerebral en forma intensa. Los barbitúricos sintéticos que parecieron un progreso, no lo fueron, ya que una experiencia mayor demostró que a la limitación anterior se unía su toxicidad.

Una iniciación espasmódica del trabajo obliga a su medicación y a veces con esta favorecemos la anulación de todo lo conseguido durante los tres meses de clases educativas y formadoras de condicionamientos. Debemos aceptar y admirar a los procedimientos que trataron de encausar las anomalías de la sinergia funcional, ya que fueron los precursores de la analgesia obstétrica y a los cuales a veces debemos recurrir, pues constituyen hoy día los pilares que favorecen las posibilidades del parto por las vías naturales, aunque nos bloquee la actividad cerebral de la mujer.

En estos casos, el reemplazo de los medicamentos llamados antiespasmódicos por el meprobamato, la hidroxicina y la captodiamina, nos han dado, a veces, buenos resultados. La vía oral, rectal o parenteral, según el medicamento, no nos impide recurrir ante su fracaso a los habitualmente conocidos.

Podemos expresar que el parto médico realizado de esta manera cumple su misión en forma bastante aproximada al clásico difundido.

La hipersistolia también encuentra con los mismos ataráxicos una espléndida indicación y la hiposistolia halla en la Calgluquina y los ocitócicos un necesario complemento.

Pero con quienes debemos declararnos fracasados es con el dolor sacro y la hipertonia, si bien esta última eventualidad es muy poco frecuente.

En cuanto al período expulsivo, en algunas ocasiones, dentro de su bajo porcentaje, hemos aplicado el forceps sin anestesia general.

Nos declaramos así partidarios de los métodos de aceleración del parto, de los cuales, desde luego, el primero es la preparación psicoprofiláctica.

Desde que conocimos los trabajos de Sardiñas Ramírez en Cuba y nuestra experiencia en más de un millar de casos estamos en condiciones de expresar que es aconsejable el uso de los medicamentos arriba citados, no solo porque vencen las resistencias del cuello uterino, vagina y periné, sino porque no disminuyen la dinámica, ni deprimen el centro respiratorio, ni la corteza cerebral materna, así como tampoco el centro respiratorio del feto. Los opiáceos producen en el feto hipoxia, cuya intensidad es difícil de prever debido a que la relación entre el peso del cerebro y el peso fetal es de 1 a 8, mientras que en el adulto esa misma relación es de 1 a 40.

El alción o martin pescador, según la mitología griega, fué la conversión de Alcyone y Ceyx por haberse querido llamar a sí mismos respectivamente Hera y Zeus. Los vientos cesaban de soplar en los siete días anteriores y siete posteriores al solsticio de invierno, por condescendencia de Zeus para que pudieran hacer sus nidos sin que las tormentas arrastraran sus huevos.

Para que la embarazada entre en su solsticio propicio, no debemos olvidar que debemos ser poseedores de una sólida preparación, un buen aprendizaje de parte de la embarazada, un medio ambiente que colabore con ella y con nosotros, un buen conocimiento de la dinámica uterina, el mejor aislamiento posible de la parturienta, la contribución del personal subtécnico preparado y una técnica terapéutica que se adapte a las necesidades, en cantidad suficiente y asociado con psicoterapia.

Cuando estas premisas se lleven a cabo, mayores serán las posibilidades para que se cumpla el objeto perseguido en la EDUCACION PRENATAL PARA EL PARTO.

BIBLIOGRAFIA

- 1) STONE H. H.: The use of Vesprin as an adjunct to the anesthetic management of the surgical patient. Monographs on Therapy. 3: N° 1, 1, 1958.
- 2) GOLDMAN D.: Observations on the clinical use of Vesprin. Monographs on Therapy. 2: N° 4, 177, 1957.

- 3) GOLDMAN D.: The results of treatment of psychotic states with newer phenothiazine compound effective in small doses. The Amer. Journ. of Med. Sc. 235: Nº 1, 67, 1958.
- 4) MOREHOUSE W. G.: Vesprin in the treatment of mental disease. Monographs on Therapy. 3: Nº 24, 32, 1958.
- 5) VOGT M.: Algunos aspectos farmacológicos de las drogas tranquilizantes. Sem. Méd., 115: 5, 163, 1959.
- 6) LEHMANN H. E.: Tranquilizantes y otras drogas psicóticas en la práctica clínica. Cand. Med. J.; 79: 9, 1958.
- 7) FIORE J. M. and NOOMA F. M.: Agranulocytosis due to Mepazine (phemothiazine). New Eng. J. of Med. 260: 8, 375, 1959.
- 8) GURRENT. Concepts in Therapy. 260: 20-24, 1959.
- 9) GOLD M. I.: Tranquilizing drugs: classification and structural interrelations. Amer. Pract. Dig. of Treat. 10: 2, 241, 1959.
- 10) MECHANIC R. C. and MEYERS L.: Ghloraromazine - cholangitis - report of a case occurring after the administration of prochlorperazine. New Eng. J. of Med. 259: 16, 778, 1958.
- 11) SHAW E. B. et al.: Phenothiazine tranquilizers as a cause of severe seizures. Pediatrics, 23: 3, 485, 1959.
- 12) LEHMANN H. E. and HANRAHAN G. E.: Chlorpromazine. Arch. Neurol. and Psychiat., 71: 227, 1954.
- 13) ANA SINGERMAN: Meprobamate. Estudio toxicológico experimental. La Prensa Médica Argentina. Nº 12 Vol. XLIV 1957. Pág. 915.
- 14) HENRY A. BELAFSKY, M. D., SAMUEL BRESLOW, M. D. y JACK E. SHANGOLD M. D.: Meprobamate in Pregnancy.
- 15) L. PEREZ ROJAS y A. BANDERAS. El uso de la clorpromazina en cien pacientes en trabajo de parto. V Congreso Cubano de Obstetras y Ginecólogos. 1955.
- 16) J. J. POSEIRO, PEDRO TOST y ROBERTO CALDEYRO BARCIA. Acción de la clorpromazina sobre la contractilidad uterina. Anales de Ginecología. Años II y III. Tomo II. Pág. 73. Montevideo, 1954.
- 17) JORGE A. INSUA: Rauwolfia en Neuropsiquiatría. Medicina. Tomo XIX. Nº 2 1959. Pág. 91 a 105.
- 18) W. BENSOR HARER: Los Medicamentos tranquilizantes en Obstetricia y Ginecología. Estudios con Trilafon. Obstetric and Gynecology Vol. II Pág. 273-279. Marzo 1958.