"Síndrome Depresivo Emetizante de las Embarazadas y su Tratamiento por Hipnosis"

Dr. Hernando Camacho-Paz

Bogotá, D. E., Agosto de 1961

Este trabajo ha sido dirigido por el Dr. CARLOS ROBERTO SILVA MOJICA, quien ideó el término de SINDROME DEPRESIVO EMETIZANTE DE LAS EMBARAZADAS para designar los mal llamados "Vómitos del Embarazo", sea en su forma leve o .'Vómitos Simples" o en su forma grave o "Hiperemesis Gravídica".

Debo así mismo manifestar mi agradecimiento a los Dres. RAFAEL ZORNOSA DEL VALLE y JOSE MANUEL ZALDUA CORREDOR, miembros del equipo de RELAJACION MEDICA de la Caja Distrital de Previsión —fundado a comienzos del año de 1960 con el objeto primordial de estudiar las aplicaciones de la Medicina Sicosomática a la Obstetricia— quienes gentilmente colaboraron en los capítulos destinados a Etiología y Sintomatología del S. D. E.

Los tratamientos y el estudio clínico de las pacientes se realizaron, en su mayoría, en la Clínica del Dr. RODULFO CAMERO C. de Bogotá. — H. C. P.

I — *DEFINICION*

Aplicamos esta denominación a los mal llamados "Vómitos del Embarazo", ya sea en su forma leve o "Vómitos Simples" o en su forma grave de "Vómitos incoercibles" o "Hiperemesis Gravídica".

Convencidos de la etiología principalmente sicológica o emocional de este fenómeno, nos ha parecido más acertada esta denominación de Síndrome Depresivo Emetizante (S. D. E.). Por otra parte queremos hacer resaltar que lo fundamental de esta complicación del embarazo no es el vómito, sino un conflicto emocional profundo con modificaciones sicológicas notorias en la paciente.

Lamentablemente la mayoría de los obstetras, con formación puramente organicista, se han limitado hasta el presente, en muchas ocasiones, a tratar nada más que el vómito, el cual no es más

que un síntoma del complejo cuadro del S. D. E. y la parte menos importante del que representa una fase evolutiva final, dejando de lado el factor fundamental constituído por una grave perturbación sicosomática.

II — *ETIOLOGIA*

Muchos son los factores que se han analizado para reconocer el origen de la Emesis Gravídica. Hemos recopilado las diferentes opiniones, unas sin fundamento, las otras demostradas únicamente por los hallazgos de laboratorio y las pruebas terapéuticas, que no se pueden valorar exactamente, pero que en todo caso eran los únicos datos que explicaban dicho síndrome.

En cuanto al origen orgánico podemos enunciar: Se ha demostrado que durante el embarazo hay menor motilidad del estómago. Según Hensen, el tiempo de vaciamiento se prolonga entre 50 y 130 minutos más allá del período de 2 horas que se considera normal en la mujer no embarazada, y aún más, en algunas pacientes el vaciamiento no se efectúa completamente. Esto, como puede suponerse, constituye claramente una éstasis gástrica que favorece el vómito. Dicha evacuación depende de la motilidad gástrica, que a su vez está subordinada a la cantidad de ácido clorhídrico, estando claramente demostrado que durante el embarazo existe normalmente hipoclorhidria. Stanley Way comprobó que la cantidad de ácido clorhídrico está en relación inversa con la cantidad de gonadotropina en la orina, y ésta alcanza su mayor nivel en el primer trimestre del embarazo.

Gowan, sostiene que en el embarazo hay una enfermedad en el tracto biliar de tipo espasmódico, y así explica el vómito: similar al espasmo duodenal que se produce en individuos con la administración de morfina.

Merkel, postula que hay una anormalidad en la fragilidad capilar que produce un ingreso de vellosidades coriales en la circulación materna que acarrea alteraciones endocrinas y metabólicas, que aún en el embarazo normal indican la existencia de un estado especial, que por la causa más pequeña puede dar origen a síntomas clínicos. En otras palabras, hay una transferencia entre el factor vómito y una anormalidad funcional u orgánica de la placenta.

Si se piensa en los cambios metabólicos que origina la gravidez normal desde el momento de la implantación ovular hasta la soldadura de los capuchones amnióticos hacia el tercer mes, y se tiene por cierto que el trofoblasto establece de inmediato relaciones ovo-endometriales, y después ovo-feto-placentarias, se comprenderá que desde el principio el organismo materno se encuentra influído por las vellosidades coriales de la placenta. Así vemos que la gestosis y las neoplasias del corion como la mola hidatiforme y el coriocarcinoma, tienen un común denominador endocrino ya que en ambas se encuentra aumentada la gonadotropina coriónica y su excreción por la orina. Es notorio el aumento de los síntomas náusea y vómito en estas entidades.

Etiológicamente se le puede imputar el vómito y su expresión grave, la hiperemesis, a alteraciones de la corteza suprarrenal. Las investigaciones hormonales han demostrado que en mujeres que padecen de vómitos del embarazo se eliminan en menor cantidad por vía renal, los corticoides provenientes de la corteza suprarrenal (Ufer). El cuadro clínico de los vómitos graves se parece mucho a la Enfermedad de Addison (deshidratación que conduce a hipovolemia, hemoconcentración, tendencia a la acidosis, adinamia, hipotonía, alteraciones del metabolismo electrolítico, especialmente alteraciones de la glucogenolisis con propensión a la hipoglicemia). May, reporta un caso de gran deplección de glicógeno en la madre, que provocó seis anormalidades fetales por disturbios en el metabolismo de los carbohidratos en el embrión en una paciente vomitadora. Estas semejanzas clínicas y metabólicas sugieren la existencia de un factor adrenocortical en la etiología de los vómitos graves. Es sinembargo más probable que la hipofunción de la corteza suprarrenal sea el efecto secundario de los vómitos del embarazo. Habla más en favor de esta suposición el hecho de que la eliminación de corticoides en pacientes con hiperemesis aumenta tras la inyección de ACTH (Ufer).

Finch, relaciona el vómito como una reacción alérgica producida por secreciones endógenas del cuerpo amarillo, lo mismo que Marañón, quien destaca su coincidencia con los primeros tiempos del período gravídico que hace pensar que estos vómitos están en relación con el "intenso desarrollo" del cuerpo amarillo. Finch, practica reacciones intradérmicas con extractos de cuerpo

amarillo que van a producir reacciones proporcionales a la severidad de la emesis.

Schuck, reporta la deficiencia de metionina en pacientes que sufren de emesis (citado por Wager).

Bertling, reporta los beneficios que se obtienen con dosis de etilestilbestrol, basándose en las investigaciones de Smith y Smith, quienes concluyen que el etilestilbestrol aumenta la secreción de progesterona durante el embarazo a expensas del aumento y utilización de la gonadotropina coriónica, obteniéndose así un mantenimiento en la normalidad de la placenta que previene la isquemia, considerada por otros como causa de la enfermedad.

Pero, según Taylor y colaboradores, los esteroides placentarios determinan retención de sal y agua en las toxemias del embarazo y originan edema; y el edema del tubo gastrointestinal puede originar náusea y vómito. Esto se ha demostrado administrando grandes cantidades de etilestilbestrol a mujeres castradas o menopáusicas comprobándose luego, por endoscopia, edema de la mucosa del estómago. Sin embargo, los autores anteriormente citados no descartan la influencia de la sugestión ya que no se han comprobado los resultados mediante la administración de placebos a pacientes testigos; además, parece que grandes cantidades de estrógenos (etilestilbestrol) disminuyen la cantidad de progesterona.

Se habló también de deficiencias vitamínicas, especialmente de piridoxina, parte del complejo B, jugando un gran papel etiológico, pero Heseltine, no ha podido observar una clara diferencia entre las pacientes tratadas con Piridoxina y los obtenidos con placebos. Otros hablan de deficiencias de vitaminas C y K, y hacen tratamientos con éstas.

Volviendo a la teoría del edema del tubo gastrointestinal, la única explicación que puede aducirse para la elección del intestino y del estómago como lugar de origen del vómito se basa en la teoría sicoanalítica de impregnación oral. Así trataremos de inmediato los argumentos sicoanalíticos referentes al vómito.

El factor neurogénico ha sido aceptado por la mayoría de los obstetras como el principal contribuyente en la producción de la emesis. Los estados emocionales, tales como resentimiento o rechazo inconciente al embarazo, inadecuado amoldamiento a esa

situación, inseguridad, personalidad conflictiva, etc., se reconocen como los más frecuentes hallazgos.

Aunque los disturbios emocionales puedan ya excitar o inhibir la motilidad, la tensión mental produce siempre hiperactividad. Las áreas corticales cuando son estimuladas tienen una gran influencia sobre la motilidad gastrointestinal, estableciéndose así regulación desde los centros nerviosos más altos.

La elección del intestino para la manifestación fisiológica de la emoción puede originar vómito cuando se sujeta a estímulos específicos.

Es posible que las modificaciones emocionales que se producen en el embarazo no deseado, junto con el desequilibrio endocrino propio de ese estado, ocasionen la ansiedad y tensión nerviosa necesarias para reactivar esta forma de conducta del tubo digestivo, que constituye un factor etiológico importante de la emesis gravídica. Así una mujer predispuesta puede manifestar la repulsión conciente o inconciente por medio del vómito. Desde hace años Hurst, está convencido de que los vómitos del embarazo son siempre de naturaleza sicógena y no admite que exista una forma tóxica.

Muller, fue uno de los primeros en considerar los factores síquicos, y se preguntaba "si no sería conveniente estudiar este problema a la luz de los métodos del moderno sicoanálisis, ya que el microscopio y la química y los exámenes de laboratorio no nos aclaran nada".

Merger y Lévy (1955), explican los vómitos del embarazo por la teoría pavloviana, que a sus ojos, tiene la ventaja de restablecer la unidad del sistema nervioso y de sus funciones: Interoceptivo, el sistema vegetativo depende estrechamente del sistema cerebro-espinal exteroceptivo. El cortex ejerce constantemente una acción de coordinación y de control. El estado patológico puede resultar: a) de excitabilidad anormal de los centros subcorticales; b) de una inhibición o de un debilitamiento cortical; c) de la combinación de los dos procesos. En tal forma, la enfermedad gravídica aparece como una respuesta refleja de los centros subcorticales solicitada por estímulos de punto de partida uterino u ovular, respuesta que el córtex no ha sabido o podido inhibir. Se trata de un diálogo entre "polo ovular" y "polo nervioso", en el cual el "polo ovular" habla primero.

El vómito parece ser un síndrome de la civilización occidental. Es raro en los esquimales y en las tribus africanas e indígenas de Norte-América y Méjico. Erickson, cree que el significado del vómito es la repulsión y la expulsión. Pero cuando una civilización acepta los vómitos como cosa tradicional y los convierte en norma, es difícil distinguir entre la repulsión inconciente al embarazo y la aceptación del vómito como reacción fisiológica normal; así, mujeres que desean fervientemente el embarazo tienen la convicción de que el vómito hace parte del cuadro de la gestación, y se convierte la hiperemesis en el resultado lógico y natural de una sugestión social profundamente arraigada.

Según Roemer, opinión que comparte con Heynemann y Kehrer, no hay vómito del embarazo que no haya comenzado sicogénicamente, o que no se pueda comprender como neurosis en sentido estricto. Estos autores dan el dato de que el 90% o más de las neurosis del primer trimestre del embarazo tienen como síntoma corporal el vómito.

Freud, con el descubrimiento de la sexualidad infantil es quien ha dado el aporte más grande para la interpretación de múltiples problemas ginecológicos debido a la regresión de los mecanismos de la evolución sico-sexual.

Así, la mujer que permanece fijada en la fase oral, identifica inconcientemente el pene con la mama, la vagina con la boca, y la esperma y la orina con la leche. Cuando averigua que es su madre la que tiene los hijos, este primer conocimiento va acompañado de la suposición de que la madre ha ingerido el pene, el cual se transforma luego en niño y se excreta por el ano. En la imaginación de la niña pequeña, el estómago de la madre contiene diversos penes-niños. Si por un motivo cualquiera, la niña convertida en mujer rechaza inconcientecente la maternidad, si conserva todavía (inconcientemente) las ideas infantiles de impregnación oral, tratará de expulsar el pene-niño por la misma supuesta vía de ingreso, es decir, por la boca.

"Es bien conocida de los sicoanalistas la creencia corriente entre la infancia que la madre queda fecundada oralmente; así la persistencia conciente de esta creencia en la edad adulta, puede originar el intento de liberarse del embarazo no deseado mediante la expulsión oral (vómito). Es evidente que en la mayoría de los casos la mujer sabe cómo quedó embarazada, pero si este es-

tado reactiva conflictos que no puede resolver, es probable que regrese al estado de desarrollo en que creía en la impregnación oral y solucione el problema por medio del vómito" (Kroger).

Van aún más allá los estudios de los sicoanalistas y explican que esta regresión a la fase oral-anal tiene también su equivalente en el parto. Menninger, citado por Kroger, escribe: "Algunas mujeres se comportan en el parto de un modo histérico, hacen fuerza cuando no debieran, sin atender a los consejos del médico; no adaptan los esfuerzos voluntarios al ritmo de las contracciones uterinas ni a las indicaciones del médico, a pesar del dolor ocasional que este modo de proceder les ocasione; actúan regresivamente, expeliendo el feto como si se tratara de heces fecales, a la fuerza y sin suavidad".

Es posible que una mujer desee el embarazo concientemente, pero que existan motivos que su siquis conciente desconoce y que originen una oposición inconciente al papel maternal; sin querer decir que toda mujer que vomite presente dicha aversión.

Hay además otros factores que pueden actuar como agravantes en la producción de náuseas y vómito, como relaciones sexuales perturbadas, intenso cariño a la madre, mujeres con sentimientos hostiles hacia el padre, tendencias dispépticas iniciadas antes del matrimonio y vómitos infantiles; mujeres nacidas en circunstancias humildes y cuya vida ha estado dominada por la aspiración de una mejor situación económico-social, etc. Roberson insiste a pesar de todo, que la gravedad de la emesis no está en relación directa con la siconeurosis en sí, ya que algunas neuróticas no padecen el síndrome aunque presenten los factores sicosomáticos mencionados. Aún más, no es absolutamente necesario que la misma paciente neurótica presente el cuadro de vómito en los diferentes embarazos.

Estudiando el problema síquico de dicha entidad, Sawyer observa que las náuseas y vómitos suelen cesar cuando se produce la placentación, y formula las siguientes preguntas: "Si son de origen neurótico, por qué desaparecen en un período tan preciso?". "Es en este período del embarazo cuando se resuelven los conflictos síquicos que existían al principio del mismo?". Hay que destacar que estos fenómenos suelen suspenderse cuando la percepción de los movimientos del nuevo ser no permiten negar la localización anatómica de los cambios y sensaciones notados;

interpretación que está de acuerdo con la de otros autores: Deutch, Benedeck, que demuestran que la madre después de los tres o cuatro meses considera ya al feto como una entidad distinta, aunque unida a ella parasitariamente.

Para algunas personas que se caracterizan por una reactividad elevada del centro del vómito, es suficiente oír conversaciones sobre olores nauseabundos o recordarlos, para que se produzcan en ellas náuseas e incluso vómito. Este hecho demuestra que la reacción se produce a través de la corteza cerebral, o sea, por vía reflejo-condicionada (reacciones reflejo-condicionadas estables). Es conocido ya que se puede provocar un acondicionamiento al vómito en los animales, y en estado de hipnosis de vigilia o de sueño sugerido. Platonov y colaboradores moderan la acción emetizante de la apomorfina a sugerencias post-hipnóticas realizadas.

III — *SINTOMATOLOGIA*

Estudiando nuestras pacientes, e interrogándolas con un enfoque sicológico, pudimos comprobar que la iniciación de su estado "nauseoso y emetizante" está caracterizado por marcados rasgos de depresión consistentes en: expresión facial de decaimiento y tristeza; facies de angustia, a veces; sensación de aislamiento y soledad; pérdida del deseo de trabajar o de realizar mínimas ocupaciones domésticas; sensación de debilitamiento muscular y de agotamiento físico; sensación de tristeza acompañada de llanto. Temores por diversos motivos; a pérdida de la vida, a interrupción o complicaciones del embarazo, al parto, a la clínica, a la salud del niño esperado, etc. Rostro rígido, con gesto de dolor y tristeza, marcha pesada o vacilante. Lenguaje alterado: quedo, entrecortado y monótono. Y toda esta sintomatología acompañada de las siguientes proyecciones somáticas: trastornos cardíacos (palpitaciones, opresión precordial); molestias digestivas (dispepsia, pesadez gástrica, anorexia, estreñimiento, posteriormente náusea y vómito); cefálea; criestesia; parestesias diversas; trastornos respiratorios (disnea, sensación de falta de aire o incapacidad para respirar). En la esfera cenestésica: molestias difusas, no localizables, en todo el cuerpo. Insomnio. A veces frigidez o franco rechazo al coito.

Posteriormente la náusea y el vómito llegarán a ser los síntomas más llamativos y espectaculares; por este motivo las pa-

cientes acuden al obstetra y lo consultan. Ellas generalmente ignoran el conflicto sicológico, o no le dan importancia, o lo reprimen, o interesadas en ocultarlo no lo comunican al médico, quien impresionado por el aspecto prominente del síndrome trata tan solo el vómito, o sea el síntoma, descuidando por completo su fundamento sicológico, lo cual consideramos tan erróneo como si alguien en la Malaria tratara los accesos febriles ignorando el Plasmodium.

En cuanto a la clasificación de esta forma de Depresión, lo más posible es que sea de tipo reactivo, es decir, desencadenada por el hecho del mismo embarazo, su aceptación o rechazo, por los temores a las complicaciones o peligros inherentes a él (incomodidad, hemorragias, incapacidad física, dolores), o por las circunstancias conflictivas o traumatizantes del medio en que evoluciona: penuria económica, disturbios conyugales, incomprensión del marido o infidelidad, dependencia de la madre, problemas afectivos o económicos con los padres o con familiares próximos; educación defectuosa, excesivamente rígida y puritana incompatible con una aceptación normal y placentera por el sexo y por cuanto atañe o deriva de él.

En cuanto a las fases del Síndrome Biológico, se pueden individualizar dos: "La primera fase se caracteriza por oliguria, la presencia mayor o menor de cuerpos cetónicos en la orina; una cloremia prácticamente normal o ligeramente baja; el sodio y el potasio se encuentran por debajo de sus cifras normales. En la orina el sodio y el cloro se hallan bajos, y el potasio elevado en forma relativa. Durante esta fase las pacientes presentarán náuseas, ptialismo, vómitos, anorexia absoluta y pérdida de peso.

Las vomitadoras se encuentran entonces en plena fase catabólica. Este catabolismo exagerado va a entrañar en ellas una cetosis más o menos intensa, realizando el cuadro de la acidosis metabólica, pero pareciendo acompañarse de una combinación de signos de alcalosis metabólica con cambios en el metabolismo del potasio tipo hipopotasemia.

Las proteínas plasmáticas se modifican en su repartición, con una baja de las albúminas y una elevación de las globulinas.

Hay hemoconcentración, con elevación del hematocrito, de la numeración eritrocítica y de la proteinemia. Esta reducción de la

masa plasmática podrá enmascarar una anemia que se verá en el curso del tratamiento.

No solamente se reduce el volumen plasmático, sino también el volumen del agua extracelular.

El ataque al sector celular es una destrucción progresiva, una autofagia.

La segunda fase del síndrome correctamente tratado, se caracteriza por una disminución más que una desaparición de la acidosis. La diuresis aumenta, la eliminación urinaria de cloro y sodio aumenta, el potasio disminuye; la cloremia y la natremia se elevan. Es a menudo, al principio de este período, que se registran las cifras más bajas de la potasemia y que los accidentes clínicos y electrocardiográficos consecuentes se registran.

Las vomitadoras están ahora en plena fase anabólica. Este anabolismo tiene por resultado la reconstitución de las proteínas celulares destruídas en el curso de la fase precedente. La paciente se rehidrata, la sed y el hambre hacen su aparición, el peso aumenta y todas las cifras de los electrolitos vuelven a sus valores normales". (Riviére, Chastrusse y col.).

IV — *TRATAMIENTO DE LOS VOMITOS DEL EMBARAZO*

El tratamiento de la hiperemesis gravídica ha sido tema del mayor interés para los obstetras desde hace muchos años.

Dubrisay en su "Précis d'Accouchement", decía allá por el año de 1915 que en el tratamiento de esta entidad debían tenerse en consideración tres períodos: un primer período correspondiente a un estado clínico de adelgazamiento; un segundo, correspondiente al estado clínico de taquiesfigmia, y un tercer período, correspondiente a un estado clínico de fenómenos nerviosos. (Paul Dubois).

Refiriéndose al primer período aconsejaba, primeramente descartar causas locales genitales, tales como retrodesviación uterina, ulceraciones cervicales, etc., asegurando que al tratarlas desaparecerían los vómitos. En caso de no existir tales factores, sería importante estudiar un posible fondo histérico de la paciente, siendo entonces primordial dirigir la terapéutica hacia tal trastorno por medio de cambios de aire, salidas y paseos de una enferma aislada por largo tiempo, emociones violentas, SUGES-

TION. Si la enferma deseara un alimento cualquiera, debería satisfacérsela; pero aseguraba el mencionado autor, que frente a los verdaderos vómitos incoercibles de origen tóxico, permanecerían impotentes tales medidas, aconsejando entonces el método de Forgue d'Etampes modificado por Caseaux, consistente en la evacuación del intestino por medio de lavados purgantes, limpiándolo luego con grandes enemas (10 litros y más) de suero fisiológico, y administrando, al mismo tiempo, a la enferma, un purgante que sería renovado hasta su tolerancia. M. Bonnaire empleaba en estos casos agua de Sedlitz (5 a 6 botellas). Este tratamiento produciría el desembarazo del organismo de una gran cantidad de toxinas. Se recomenzaría al día siguiente hasta que los accidentes disminuyeran. Sería necesario, al mismo tiempo, tratar de nutrir a la enferma, fuera haciéndole absorver leche, ya por medio de pequeñas cantidades, helada o adicionada de agua de Vichy, ya con la ayuda de enemas alimenticios; se emplearía simultáneamente suero fisiológico en inyecciones subcutáneas hasta de 1.000 cc. diarios. Al mismo tiempo aconsejaba calmar la irritabilidad nerviosa, por pulverizaciones de éter sobre el epigastrio antes de la ingestión de las comidas, con el aparato de Richardson, o por el método de Chapman, el cual era la aplicación de bolsas de hielo en la columna vertebral. Se preconizaba también la galvanización de los nervios neumogástricos.

Durante el segundo período, de aceleración del pulso, ya no sería posible continuar intentando tratamientos médicos, ya que si la aceleración del pulso proseguía, acompañándose de un mal estado general y/o adelgazamiento de un 30 a un 35% del peso primitivo, se impondría el aborto terapéutico, y se decía con Paul Dubois que era mejor un aborto inútil que arriesgar la vida de una enferma. Se aconsejaba entonces recurrir al método de Coopmann (desprendimiento de las membranas a través del orificio cervical), que en el caso de no surtir el efecto terapéutico deseado, constituiría el primer tiempo del aborto provocado.

Más tarde, con Doderlein, comenzó a tomar forma lo que pudiera llamarse el tratamiento clásico de la Hiperemesis Gravídica, basado en primer lugar en la modificación de los factores síquicos, y en segundo lugar en la desintoxicación del organismo. Para lo primero, especialmente en tratándose de enfermas neuropáticas constitucionales, o en las que tuvieren antecedentes de Hiperemesis Gravídica, la permanencia al aire libre, moderado

ejercicio, y alimentación que exija el menor esfuerzo digestivo para la mejor acción de los órganos desintoxicadores, agregando una menor ingestión proteica y de grasas, procurando satisfacer las necesidades con hidratos de carbono. Se recomienda la administración de calcio asociado a hierro.

Algunos autores franceses y alemanes (Hofbauer), proponen la administración de cuerpo amarillo, considerando que los vómitos se deben a su insuficiencia. Otros (Devraigne), foliculina cristalizada. En fin, se han propuesto varios tratamientos opoterápicos como se verá en el aparte correspondiente.

Sostenía Doderlein, que en el caso de que los vómitos se hicieran muy pertinaces las medidas anteriores no tendrían mayor utilidad, siendo necesario recurrir a otras medidas antitóxicas tales como suero de Ringer alcalinizado; soluciones de Glucosa al 10% en inyección endovenosa, con el objeto de bajar la acidosis sanguínea por la disminución del metabolismo de los albuminóideos.

En el caso de que los vómitos pasaran a constituír un verdadero cuadro tóxico (que se caracterizaría por oliguria, albuminuria, cilindruria, y la presencia de ictericia), se practicaría el aborto artificial.

REVISION DE LOS TRATAMIENTOS QUE HAN SIDO CONSIDERADOS CLASICOS:

He creído conveniente para la mejor ordenación de este capítulo, dividirlo con De Lee, en cuatro partes:

1) Tratamiento general;
2) Tratamiento medicamentoso;
3) Tratamiento ginecológico, y
4) Tratamiento obstétrico.

1) *TRATAMIENTO GENERAL:* Estricto aislamiento en Clínica u Hospital; proscripción de cualquier cosa por la boca durante las primeras 24 horas; luego se puede iniciar la Dieta de Dewees: hacer que la enferma se despierte temprano y darle una taza de café caliente con galletas; durante el día se le hacen ingerir pequeñas cantidades de alimentos (principalmente hidratos de carbono: cereales, azúcar, pan, galletas; verduras frescas y frutas), cada dos horas| Los líquidos (ginger-ale, limonadas)

se dan en pequeñas cantidades (no más de 100 cc. cada vez), helados; el té, el café se darán calientes, nunca tibios pues aumentarían el vómito. Si la enferma no vomita, se harán cada vez mayores las cantidades de alimentos, hasta llegar a dar una dieta rica en vitaminas. Los alimentos prescritos deberán ser de fácil ingestión. Se pondrá atención a la correcta evacuación intestinal. En caso de que la enferma continuase vomitando, sería necesaria la alimentación por medio de la sonda gástrica (Levin), introducida por la nariz (M. M. Portis) y fijada a la mejilla; por medio de ella se puede suministrar a la paciente gran cantidad de líquido rico en vitaminas, pero su introducción debe ser lenta (cincuenta gotas por minuto). Los líquidos también pueden suministrarse por vía rectal.

Se administrarán a la enferma soluciones de glucosa al 5 o al 10%, por vía endovenosa especialmente durante las primeras veinticuatro horas (a razón de 2.500 a 3.000 cc. diarios), y soluciones salinas subcutáneas.

Durante los primeros días de esta terapia de la deshidratación por medio de perfusiones de sueros, se aprecia una gran cantidad en el aumento de la diuresis (la enferma elimina tanto líquido como es posible inyectarle). Si la vía es la subcutánea, de más lenta difusión, a una rápida mejoría seguirá una disminución de la diuresis con retención de iones cloro y sodio y de agua, manifestándose una deficiencia posible de potasio por su mayor dilución. Es interesante adicionar a la terapéutica anterior la Insulina, ya que al ayudar a la combustión de los glúcidos y permitir sus mejores absorción y asimilación, disminuye la cetosis. La insulina favorece la glucogénesis, y el glicógeno a su vez, la mejora de la reserva de potasio en las células.

El aporte de potasio es importante y debe ser administrado preferentemente por vía bucal; si la intolerancia a los líquidos es absoluta, puede administrarse por vía endovenosa (cloruro de potasio 2 grs. por 1.000 cc. de sol. glucosada isotónica). "Su prescripción debe ser mesurada y prolongada. El potasio extracelular no representa sino el 5% del potasio del organismo, por tanto una carga demasiado brusca entraña riesgos de hiperpotasemia, y una administración poco prolongada no será suficiente para reparar las pérdidas celulares" Riviére, Chastrusse y col.). Es pues indispensable controlar su administración por medio de la

diuresis, la potasemia y el electrocardiograma, ya que su exceso puede provocar alteraciones cardíacas, sensoriales y del sistema nervioso central. Las primeras se manifiestan por modificaciones electrocardiográficas (afilamiento de la onda T, depresión del segmento ST, alargamiento del segmento PR y desaparición de la onda P), y clínicas (arritmia, bradicardia, hipotensión arterial, colapso vascular periférico, ruidos cardíacos velados); las alteraciones sensoriales se manifiestan por dolor y parestesias; se presentan también náuseas, cólicos gastrointestinales y algunas veces diarrea.

2) *TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO:* a) *Opoterápico:* Carey desde 1917 pregonó el uso del extracto de placenta desecado, aduciendo que ésta sería una glándula endocrina que con sus secreciones vendría a estimular el funcionamiento de Tiroides y Adrenales, favoreciendo la oxidación de productos parcialmente metabolizados presentes en la sangre.

Garnett sugirió la transfusión con sangre de pacientes puérperas, alegando que los vómitos serían causados por la falta de una hormona antagonista de la toxemia, causada por un veneno. Se ha usado también suero del esposo.

Hirst creía en 1921, y más tarde Wright (1924) y Carter (1926), que el cuerpo lúteo jugaba un importante papel en el tratamiento de la Hiperemesis Gravídica, hecho afirmado también por algunos autores franceses y por el alemán Hofbauer. Devraigne aconsejaba el uso de la Foliculina cristalizada. Carter, en 1926, recomendaba el extracto ovárico.

Aunque para Titus, el mejor tratamiento de la Hiperemesis en el caso de la presencia de acidosis (mostrada por la caída del poder de la sangre para combinar el C02, hasta valores de menos de 30 vls.%), era la glucosa sola, Thailheimer introdujo la combinación de ésta con insulina (1 unidad de insulina por cada 2 grs. de glucosa). Más tarde se usó el Lactato de sodio, del cual, mediante la modificación de Hartmann y Senn a la fórmula de Palmer y Van Slyke, puede saberse la cantidad necesaria para aumentar la potencia sanguínea en la combinación de C02:

$$\text{Aumento deseado de C02 (Volúmenes \%)} = \frac{2.24 \times \text{ml. de Lactato de sodio}}{\text{Peso en Kgrs.} \times 0.67}$$

Después de los trabajos de Freeman en 1937 (Corteza adrenal), de Anspaugh en 1950 (Dexedrine), y de los de Wells en 1953, se pensó que la hiperemesis se debiera a una insuficiencia parcial o total de las Suprarrenales, hechos acordes con el pensar de Rebuad y Kempt. Perolo, Carreras, Staemmler y Wells, han efectuado satisfactoriamente terapias con Corticotrofina y con Cortisona. Ya que existe en las vomitadoras un cuadro parecido al de la Enfermedad de Addison (astenia, hipotensión, adelgazamiento, baja de las hormonas corticosteroides), se ha pensado (Riviére, Chastrusse y otros), en la conveniencia de administrar Cortisona, especialmente Delta Hidro Cortisona y Delta I Hidro Cortisona que ayudan a la reconstitución de los líquidos extracelulares. Pero esta terapéutica aumenta la tasa de cuerpos cetónicos urinarios, hecho que puede compensarse por la administración de una hormona anabolizante, la Androsterona (0.05 grs. por día), la cual acelera el proceso de curación biológica. La supresión del tratamiento con Cortisona debe hacerse paulatinamente. Vokaer desaconseja el uso de esta hormona, diciendo que no siempre puede comprobarse la insuficiencia suprarrenal en la hiperemesis, de la cual se desconocería su verdadera etiología.

El A.C.T.H. ha sido sugerido por Staemmler, basándose en la baja de corticoides urinarios en las vomitadoras; pero produce edemas; debe administrarse con vitamina C que interviene en la síntesis de las hormonas corticosuprarrenales.

Otros autores han usado con mayor o menor éxito, extracto hepático (Muhl en 1938), Dietilestilbestrol (BERTLING y Burwell); Testosterona (Eastman en 1950); extracto paratiroideo (Sussman); solución de Lugol (Falls).

Albeaux-Federt, Bugard y Romani han tratado con éxito la hiperemesis (mejoría del estado general, del peso, de la tensión, del estado sicológico, y el aumento de 17-cetosteroides y 17-hidroxicorticosteroides), por la administración de ácido Adenosín trifosfórico (20 mgrs. diariamente intramusculares).

b) *Vitamínicos:* Dicker en 1937 aconsejaba el uso de la vitamina C; más tarde se usó en combinación con la vitamina B para evitar la polineuritis (Reid y Teel). En estos casos de poli-

neuritis se ha preconizado el uso de Tiamina (50 a 100 mgrs. diarios). Algunos autores sostienen que por la insuficiencia de vitamina B se presenta una fragilidad de los vasos capilares retinianos que puede provocar hemorragias. Se ha utilizado también la vitamina B-6, piridoxina, sola (Westein, Mitchell y Sustendal), o combinada con la vitamina B-1 (Conell y Pickett).

También se ha preconizado la administración de la vitamina K (De Morais, Leme, Merkel).

c) *Sedantes:* Se han sugerido diversos tipos de sedantes, desde calcio y bromuros administrados en leche por vía rectal, fenobarbital en la misma forma, hasta la inyección hipodérmica (0.065 a 0.120 grs. cada 24 horas) de luminal sódico.

Se han empleado sedantes como el hidrato de cloral por vía rectal. Bardiaux ha utilizado con éxito el oxalato de Cerinum.

La Novocaína al 1% por vía intravenosa ha sido preconizada por Tran-Dinh-De.

Erchova en URSS. ha provocado la inhibición protectora del sistema nervioso central (cura de sueño) por medio del Borbomiel al 1%.

Becker en URSS. ha utilizado la asociación Bromo-Cafeína que había sido sugerida por Pavlov.

Los derivados de la Fenotiazina y de la Fenazina, de acción desconocida sobre el hipotálamo y de un efecto periférico de tipo autónomo, requieren baja dosificación, especialmente las últimas (1 mgr. de diclorhidrato de flufenazina); tienen como contraindicación los estados de depresión severa.

Los derivados de la Promazina: de acción neuropléjica sobre el sistema neurovegetativo periférico y central, vago y simpáticolíticos, sedativos y antieméticos; requieren control por su efecto hipotensor, y en las primeras dosis debe hacerse permanecer a la paciente acostada.

La hibernación artificial por la Clorpromazina asociada al Gardenal, ha sido utilizada por Berbouignan y Régnier.

De acción neurovegetativa: Eserina, en simpático-tónicos (reflejo óculo-cardíaco abolido, taquiesfigmia, región solar dolorosa). Belladona (sulfato neutro de atropina) en vago-tónicas

(reflejo óculo-cardíaco positivo, pulso relativamente lento, sialorrea abundante). Eserina, Belladona y también tratrato de Ergotamina, en las anfo-tónicas (en quienes el simpático y el vago están excitados).

De acción sobre las vías de conducción: a) Bloqueos de los plejos pelvi-genitales: Correa de Costa efectuaba la resección del nervio presacro, especialmente cuando hubiere anomalía genital (retrodesviación, cervicitis). b) Bloqueo del simpático cervical que ha dado buenos resultados a Poschen, pero que según Merger y Lévy, hay que reconocerle una acción central a estos procedimientos.

d) *Otros Medicamentos:* Se ha propuesto toda la gama de antihistamínicos y de antiespasmódicos, solos o asociados a sedantes.

Wager, propone el uso de la siguiente preparación: Fenobarbital (10.8 mgrs.); Pentobarbital sódico (10.8 mgrs.); Epoxiaminoxitropina (0.25 mgrs.); Aminoxitropina (0.25 mgrs.); Procaína clorhidrato (125 mgrs.); Piridoxina clorhidrato (10 mgrs.); Gel de hidróxido de aluminio (250 mgrs.). Se basa el autor para efectuar tal recomendación en: 1) la acción antiespasmódica de la procaína; 2) la disminución de la irritabilidad cortical y de la secreción gástrica y de la sedación parasimpática provocadas por los alcaloides (Escopolamina y Atropina); 3) la acción depresora central de los barbitúricos; 4) la acción metabólica sobre las proteínas y la normalización de la úrea sanguínea de la Piridoxina; y, 5) la acción antiácida, potencializada por la procaína, del hidróxido de aluminio.

Curtis, usó la Naucaína (Clorhidrato de Procaína) libre de toxicidad. Acusa del 88 al 95% de éxito.

El metilsulfato de prantal (N,N dimetil 4-piperidylidene 1,1 difenil metano), droga anticolinérgica, demostró ser efectiva en un gran porcentaje de casos.

Semmens ha tenido éxito en un elevado porcentaje de casos tratados por la Bonoamina (Meclizina clorhidrato), antihistamínico.

Geiger y otros, sustentan el uso del Bendectin, alcanzando una respuesta favorable en el 94% de los casos.

Conklin y otros como Nesbitt, han tratado las náuseas y vómitos del embarazo por el antihistamínico Buclizine, asegurando dichos autores un resultado efectivo, exento de respuesta colateral indeseable. Su acción se manifiesta a las 24 o 48 horas de iniciada su ingestión.

Se han propuesto también en la terapia de la hiperemesis, la Oxigenación, los Abscesos de Fijación, los Rayos Ultravioletas, los Rayos Roentgen (irradiación del simpático dorsolumbar), y aún la Acupunctura por el método chino (Pery y Roche).

3) *TRATAMIENTO GINECOLOGICO:* Este se limita a investigar y a tratar posibles alteraciones de los órganos genitales, que pudieran hallarse comprometidos en la etiología de la hiperemesis, tales como retroposiciones uterinas, ulceraciones del cuello, cervicitis, etc.

4) *TRATAMIENTO OBSTETRICO:* Aconsejan los autores clásicos, como un último recurso, el efectuar el aborto artificial. Son sus causas: la agravación del proceso tóxico (hecho manifiesto por el aspecto general de la paciente, taquiesfigmia, fiebre de ½ a 1 grado, fetidez del aliento, lengua seca y gran depresión); los signos reveladores de graves lesiones hepática y renal (tales como ictericia, albuminuria, cilindruria, oliguria); retinitis hemorrágica (Stander); disminución de la agudeza visual y alteraciones de los campos visuales (Ballantine).

SICOTERAPIA Y SUGESTION

Brindeau en 1919 aseguraba no haber tenido ningúna fracaso con el empleo de la sicoterapia. Aconsejaba que durante el examen se le dijera a la paciente que el útero se hallaba fuera de posición, y que con el dedo se había corregido esta alteración; que se tomara luego un pesario de Dumontpellier Nº 5 ó 6 para mantenerlo en tal posición.

Dubrisay, recalcaba la importancia de efectuar la sugestión, e insinuaba que en muchos casos era de gran resultado el cambio de aire, los paseos, etc., en pacientes que habían permanecido aisladas.

El desprendimiento del polo inferior del huevo (método de Coopeman) era muchas veces útil para actuar sobre el siquismo de las enfermas. Los autores franceses, sin embargo, en su ma-

yor parte, aseguran que el aislamiento y la sicoterapia no pueden tener su efecto pleno sino cuando el sistema nervioso de las enfermas está sometido a una sedación. Pero sostienen, la gran importancia de la realización simultánea de la sicoterapia (persuación, sugestión, tratamientos que impresionen la memoria y la imaginación de la enferma, aún la simulación del aborto provocado).

Debe investigarse la presencia del elemento neurotónico que ha de influír en mayor o menor grado sobre la etiopatogenia de la hiperemesis para corregirlo. De Lee sustenta el hecho de que las terapias son favorables gracias a la sugestión. Si la paciente padece de temor al parto, de problemas familiares, etc., deben desterrarse por medio de consejos, etc. Se tratará a la enferma con afabilidad y discreción. Se logrará que se familiarice con su maternidad. Kling, basándose en la multiplicidad y variedad de medicamentos empleados con igual éxito, asegura que la comprensión, la confianza, la simpatía, el aliento y la guía, probablemente son los responsables de tales resultados. "La fé en nuestras drogas y métodos es la más grande ayuda en el éxito de la profesión" (Osler). "Confidencia y esperanza hacen más bien que lo físico". (Galeno).

El anteriormente citado Kling, ha ideado la fórmula de la curación de la hiperemesis:

$$\frac{t + c + x}{df + fs} = \text{Curación.}$$

(En esta fórmula, *t* representa el tiempo; *c* el conocimiento de la paciente por el médico y su aproximación a ella; *x* una medicación cualquiera o un placebo; *df* el disturbio fisiológico del embarazo de naturaleza desconocida; *fs* el factor sicológico adverso).

Realmente la primordial labor que debe cumplir el médico frente a una paciente con hiperemesis, es la reeducación apropiada que la enseñe a corregir su mala adaptación sicosexual. Será importante investigar si ella rechaza el embarazo y por qué causas; si tiene temor al parto; si existe en la enferma una dependencia de la madre; si hay frigidez o aversión a las relaciones sexuales. Su tratamiento debe ser especial para cada paciente:

"Antes que las investigaciones médicas señalen el tratamiento específico, la mujer antes que la náusea debe ser tratada". Se evitarán los procedimientos sádicos tales como las intubaciones, las agujas hipodérmicas bajo los senos, las amenazas con la práctica del aborto, etc. La habitación de la enferma debe ser agradable y sus compañías amables.

HIPNOTERAPIA:

Neurofisiología: Nada más claro y concreto que la cita que de I. Pávlov hace Platonov: "La sugestibilidad está determinada por la propiedad de las células corticales de pasar fácilmente al estado de inhibición. El mecanismo fundamental de la sugestibilidad está relacionado con la fragmentación del trabajo normal, es decir, unificado, de toda la corteza cerebral. Por esto lo sugestionado no está sujeto a las influencias ordinarias de las demás partes de la corteza cerebral.

"Así pues, hay que considerar que la condición fisiológica fundamental de la sugestibilidad es la disminución del tono de la corteza de los hemisferios cerebrales y la facilidad con que se desarrolla la desconexión funcional de la actividad cortical".

Según la fórmula clásica de Pávlov, el sustrato de los fenómenos de sugestión y autosugestión reside en la existencia de zonas de excitación concentrada en los hemisferios cerebrales en forma de irritación determinada o su huella, que adquiere una función predominante. "Esta excitación existe y actúa, es decir, se concretiza en movimientos y actos motores —dice I. Pávlov— no porque esté sostenida por toda clase de asociaciones, en cuyo caso el resultado sería un acto voluntario y racional, como es lo natural en una corteza normal y fuerte, sino porque siendo la corteza débil y de tono bajo, esta excitación concéntrica se acompaña de una inducción negativa intensa, que la desconecta y aisla de todas las influencias ajenas necesarias.

Hay que tener en cuenta que en estado de hipnosis la corteza de los hemisferios cerebrales, consecuencia de la irradiación de la inhibición, se caracteriza por la disminución de su tono positivo. "Cuando en este estado se envía la palabra como estímulo a un punto determinado de la corteza cerebral como por ejemplo: la orden del hipnotizador, este estímulo concreta el proceso excitativo en el punto correspondiente y va acompañado inmedia-

tamente de un proceso de inducción negativa, que, gracias a la poca resistencia que encuentra, se propaga a toda la corteza; por esta razón, la palabra, la orden, queda completamente aislada de todas las influencias y se convierte en estímulo absoluto, invencible, que actúa fatalmente, incluso cuando el sujeto recobre el estado de vigilia". (Platonov).

En cuanto a procedimiento hipnótico y técnicas, se verán en el capítulo destinado a Material y Métodos.

V — *MATERIAL Y METODOS*

Nuestras observaciones se efectuaron especialmente con veinticinco (25) pacientes de tipos socio-económicos mediano y bajo, pertenecientes en su mayoría a la Caja de Previsión Social de Bogotá y al Instituto Colombiano de Seguros Sociales (I.C.S.S.). Estudiamos también siete (7) pacientes privadas.

En ningún momento dijimos a nuestras pacientes que el tratamiento que iban a seguir consistía en Hipnosis, ya que este término en nuestro medio inspira temor, recelo y desconfianza. El nombre que hemos dado al tratamiento hipnótico es el de Relajación Médica, según lo propuesto por Dave Elman. Presentando en esta forma la Hipnosis, nuestras pacientes aceptaron en forma dócil el tratamiento, sin aprehensión de ninguna clase. Algunas, en el curso de la terapia reconocieron que era hipnosis, —y así nos lo manifestaron— aceptando al mismo tiempo sus indudables y benéficos resultados.

PROCEDIMIENTO HIPNOTICO: En la primera entrevista con la paciente elaboramos una minuciosa historia clínica, anotando no solamente datos obstétricos y ginecológicos, sino también estos otros: ocupación de la paciente, tipo económico-social, ocupación del marido, concepto de la paciente sobre relaciones sexuales, embarazo, parto y lactancia; frigidez, antecedentes emetizantes y depresivos en estado grávido o fuera de él, relaciones con los padres, los suegros, los hermanos; clase de vivienda, independiente o en compañía con familiares; agrado o disgusto por el embarazo; temor al parto y a la clínica; abortos provocados; relaciones con los hijos y control de la natalidad.

En esta primera sesión iniciamos en seguida la hipnosis, siempre con el sentido de RELAJACION, y como un entrenamiento progresivo. Iniciamos la sesión estableciendo el "Rapport"

con una explicación sencilla, adaptada a la mentalidad de la paciente, sobre lo que es la relajación, las sensaciones experimentadas con ella y la finalidad buscada. En seguida, con la paciente recostada o sentada inducimos la hipnosis con el método de Elman descrito por él con el nombre de ANY ONE CAN RELAX, con el cual la llevamos a un estado profundo en un plazo de 3 a 10 minutos, según la susceptibilidad. Generalmente despertamos a las pacientes en seguida con sugerencias apropiadas de mejoría completa. Posteriormente las condicionamos a esta señal: "de ahora en adelante, siempre que su médico le indique cerrar los ojos y relajarse (o dormirse, según la clase de paciente) profundamente, usted va a cerrar los ojos, si usted desea, y va a relajarse (o a dormirse) cada vez más profundamente de lo que está ahora".

En muchas pacientes procedimos a hacer hipno-análisis desde esta primera sesión, aunque preferimos dejar estas técnicas para sesiones posteriores, cuando ha aumentado la confianza de la paciente por el tratamiento y ha progresado en la relajación hasta entrar en estado sonambúlico.

Para comprobar el sonambulismo practicamos el test de amnesia por el procedimiento de Elman, y también, en algunos casos, hacemos el test de habilidad para captar las sugerencias post-hipnóticas (test 4).

Las técnicas que hemos empleado son las siguientes:

1ª *Simples sugerencias post-hipnóticas* de mejoría completa y restablecimiento total (nunca sugerimos: Ud. va a dejar de vomitar).

2ª *Rememoración.*

3ª *Hipnoanálisis* por diferentes técnicas; entre otras:

a) *Técnica del telón de cine,* o sea, la proyección de una película en que figuran las causas del S. D. E. (alucinación).

b) *Hipnografía,* por medio de la cual la paciente representa con dibujos sus conflictos, según la Técnica de Meares.

c) *Escritura automática.*

4ª *Hipnosis de Vigilia.* (Presentamos un caso).

Como seguimos un criterio riguroso para valorar los resultados de la hipnoterapia, tratamos de no asociarla con droga al-

guna de las usadas generalmente en estos casos, lo cual nos fue posible en la mayoría de nuestras pacientes. Claro está que en estado de vigilia hicimos algún tipo de sicoterapia.

En ninguna de las pacientes tratadas encontramos alteración orgánica digna de consideración, salvo una retroversión uterina que fue sencillamente corregida. A todas se les practicaron los exámenes de laboratorio de rutina en el control prenatal y en ningún caso hallamos alteración significativa. En tres pacientes hospitalizadas se hizo control de electrolitos, no encontrándose modificación alguna de importancia.

DATOS ESTADISTICOS

CUADRO I

Número de casos tratados: 32
Edad de las pacientes: 20 a 42 años
Edad más frecuente: 25 a 30 años (15 casos)

Ocupación:	Hogar: 13 Profesoras de educación primaria: 9 Enfermeras auxiliares: 4 Celadoras: 3 Domésticas: 3
Clase de pacientes:	Particulares: 7 Caja de Previsión: 22 Seguros Sociales: 3
Tipo socio-económico:	Alto: 2 Medio: 11 Bajo: 19

CUADRO II

Nº de Embarazo:	G1	7 casos
	G2	1 "
	G3	4 "
	G4	6 "
	G5	4 "
	G6	3 "
	G7	3 "
	G8-9-10-11-12-14: 1 caso de cada uno.	
Edad del Embarazo en la primera consulta:	1½ meses	5 casos
	2 "	11 "
	3 "	3 "
	3½ "	1 "
	4½ "	1 "
	5½ "	2 "
	6½ "	3 "
Edad del Embarazo al comienzo del S. D. E.:	1 mes	18 casos
	1½ meses	7 "
	2 "	3 "
	5 "	4 "

CUADRO III

Grado de Depresión:	Leve:	6 casos
	Severa:	26 casos
Número de vómitos al día:	2— 3 veces	3 casos
	3— 4 "	9 "
	4— 6 "	8 "
	6— 8 "	2 "
	8—10 "	6 "
	10—12 "	2 "
	12—20 "	2 "

Corresponderían a la llamada "Verdadera Hiperemesis": 10 casos.
Necesitaron hospitalización: 7 casos.
Se aplicaron drogas (Vitaminas, clorpromazina, dextrosa, etc.): 8 casos.

CUADRO IV

Tipo de Tratamiento:	Sugerencias de mejoría: Todas	
	Rememoración:	8 casos
	Hipnosis de Vigilia:	1 "
	Hipnoanálisis:	14 "
	Escritura Automática:	3 "
	Hipnografía:	6 "

CUADRO V

Nº Sesiones de Tratamiento	Número de casos	Nº Horas de Tratamiento	Número de casos
1	3	1	4
2	2	2	9
3	3	2½	2
4	7	3	2
5	4	3½	2
6	4	4	3
7	2	5	6
8	1	6	2
9	2	7	1
10	2	10	1
11	1	—	—
15	1	—	—

RESUMEN DEL CUADRO V:

Número de sesiones de tratamiento para cada paciente: 1—15.
Número de sesiones para las 32 pacientes: 174.
Promedio de sesiones por paciente: 5,4.
Número de horas de tratamiento para cada paciente: 1—10.
Número de horas de tratamiento para las 32 pacientes: 111.
Promedio de horas de tratamiento por paciente: 3,4.
Número de sesiones de control en consulta prenatal: 1—5.

CUADRO VI

MEJORIA DEL S. D. E.:

Desde la I Sesión	8 casos
Desde la II "	8 "
Desde la VIII "	1 "
Desde la IV "	7 "
Desde la V "	2 "
Desde la VI "	1 "
Desde la VII "	2 "
Nó mejoraron	2 "

CUADRO VII

RESULTADOS DE LA HIPNOTERAPIA EN EL S. D. E.:

BUENO: (Desaparición total del S. D. E.)	26	casos
REGULAR: (Desaparición parcial del S. D. E.: persistencia de la depresión o el vómito, continuo o periódico)	4	"
MALO: (Ninguna modificación del S. D. E. o agravación)	2	"

CUADRO VIII

MOTIVOS DEL S. D. E.: — OBSERVACIONES:

I	— Temor, verdadero pánico al parto	13	casos
II	— Problemas con el esposo	9	"
III	— Rechazo al embarazo	4	"
IV	— Penuria económica	4	"
V	— Problemas con los hijos	4	"
VI	— Causa no aparente	3	"
VII	— Problemas con el papá	2	"
VIII	— Celos	1	"
IX	— Complejo de culpa	1	"

MOTIVOS DEL S. D. E.
OBSERVACIONES GENERALES DE HISTORIAS CLINICAS E HIPNOANALISIS:

Historia Nº 1 — Caso regular. Pielonefritis que impidió mejoría completa. Antecedentes: los dos primeros embarazos con hiperemesis terminaron en aborto espontáneo a los dos meses. En los dos últimos embarazos que llegaron a término, presentó hiperemesis. Estuvo hospitalizada en las dos ocasiones por tal motivo. **Rechazo** al embarazo.

Historia Nº 2 — Caso bueno. Separación del hijo mayor consentido (se entró a un convento).

Historia Nº 3 — Caso bueno. Verdadero pánico al parto. Al suspenderse el vómito presentó amenaza de aborto; aborto de 2½ meses.

Historia Nº 4 — Caso bueno. Rechazo al embarazo. Señora mimada, sobreprotegida. Numerosos hijos. Marido neurótico, dipsómano y violento.

Historia Nº 5 — Caso bueno. Verdadero pánico al parto. Hija única sobreprotegida. Ausencias frecuentes del marido.

Historia Nº 6 — Caso bueno. Abortos de repetición. Unico hijo con cesárea. Pánico a la operación. Hijito enfermo. Angustia por la vida del marido aviador.

Historia Nº 7 — Caso bueno. Embarazo a disgusto. Pánico verdadero al parto. Primer parto, en el extranjero, con eclampsia.

Historia Nº 8 — Caso bueno. Paciente humilde. Bajo nivel mental. Penuria económica. Rechazo al embarazo. Familia numerosa (8 hijos).

Historia Nº 9 — Caso bueno. Paciente poco expresiva. Bajo nivel mental. No se encontró motivo.

Historia Nº 10 — Caso bueno. Mejoró el vómito pero persistió la depresión. Trauma síquico: hijo, a quien ella castigaba, muerto hace tres meses por leucemia: complejo de culpa; cancerofobia. Temor a abortar.

Historia Nº 11 — Caso bueno. Rechazo al embarazo. Penuria económica. Marido parásito.

Historia Nº 12 — Caso bueno. Problemas conyugales relacionados con los hijos naturales (legitimados) del marido.

Historia Nº 13 — Caso bueno. Descontento con el matrimonio. Marido de condición social inferior a ella (obrero).

Caso Nº 14 — Caso bueno. Madre asmática. Paciente asmática desde los 8 años. No se encontró motivo.

Historia Nº 15 — Caso bueno. Embarazo a disgusto.

Historia Nº 16 — Caso bueno. Embarazo a disgusto.

Historia Nº 17 — Caso bueno. Temor al parto. Comenzó a vomitar desde la muerte (ocurrida en el parto) de una amiga.

Historia Nº 18 — Caso bueno. Marido de condición social inferior (obrero); ella lo va a matricular en una escuela nocturna.

Historia Nº 19 — Caso bueno. Temor al parto. Disgustos con el marido.

Historia Nº 20 — Caso bueno. Hipnosis de vigilia. Paciente de baja mentalidad. No se encontraron motivos.

Historia Nº 21 — Caso bueno. Temor al parto. Mejoría inmediata pese a la mentalidal muy pobre de la paciente.

Historia Nº 22 — Caso bueno. Marido infiel. Temor a la Clínica, al parto. Al ceder el S. D. E. presentó amenaza de aborto.

Historia Nº 23 — Caso bueno. Temor al parto. Marido violento.

Historia Nº 24 — Caso bueno. Abandono del marido. Temor al parto.

Historia Nº 25 — Caso bueno. Celos con el marido, quien trabaja en otra localidad.

Historia Nº 26 — Caso regular. Embarazo a disgusto. Marido descontento con el embarazo. Deficiencia económica. Familia numerosa. Presentó amenaza de aborto.

Historia Nº 27 — Caso regular. Temor al parto. Señora infantil; dependencia de la madre.

Historia Nº 28 — Caso bueno. Paciente angustiada por ser hija natural. Penuria económica. Marido violento e indiferente. Complejo de inferioridad.

Historia Nº 29 — Caso bueno. Pánico al parto. Rechazo al embarazo. Diferencias conyugales. Disgustos en el trabajo. Dependencia de la mamá.

Historia Nº 30 — Caso regular. Temor al parto. Frígida. Aversión al coito. Infantil.

Historia Nº 31 — Caso malo. Paciente del ICSS. El padre tiene una amante. Las condiciones de la Clínica del ICSS. no permitieron aplicar una correcta hipnoterapia.

Historia Nº 32 — Caso malo. Hiperemesis en los tres embarazos anteriores. Disgustos con el papá por una amante y por dinero. Paciente del ICSS. Condiciones poco propicias para aplicar una correcta hipnoterapia.

RESUMEN Y CONCLUSIONES:

I — Se propone el término de "SINDROME DEPRESIVO EMETIZANTE DE LAS EMBARAZADAS" en cambio del tradicional de "Vómitos o Hiperemesis Gravídica" por estar más de acuerdo con la base sicosomática y la neurofisiología del cuadro.

II — Se presenta una experiencia de Hipnoterapia en el S. D. E. de treinta y dos (32) pacientes de tipo socio-económico medio y bajo en su mayoría, con los siguientes resultados: BUENO: 26 casos; REGULAR: 4 casos; y MALO: 2 casos.

III — Se usa la HIPNOSIS con el concepto de RELAJACION MEDICA según lo propuesto por Elman, y se hace la inducción con la técnica lenta de este autor, que da buenos resultados en medios donde existe temor y desconfianza por la Hipnosis.

IV — Como medida terapéutica se emplean sugerencias de mejoría total, rememoración, hipnosis de vigilia o hipnoanálisis con diferentes técnicas.

V — El procedimiento, para ser aplicado, necesita algunas condiciones de comodidad y tranquilidad del medio; paciencia, tiempo suficiente, dedicación especial y gran esfuerzo por parte del Obstetra. Por tal motivo puede ser difícil su aplicación en todos los casos.

VI — En la mayoría de los casos se encontraron motivos sicológicos y emocionales concientes o inconcientes para el S. D. E.: los principales prueban temor al parto, rechazo al embarazo y graves conflictos con el esposo.

VII — Aunque la base principal del S. D. E. es de naturaleza sicológica, sobre la cual actúa directamente la hipnoterapia, es posible para mejores efectos, que en algunos casos, sea necesario asociarla con fármacos.

VIII — En el tratamiento de S. D. E. lo ideal sería su prevención por medio de una educación apropiada y de una sicoprofilaxis orientada en tal sentido. Al respecto recordamos las frases de Marie Langer: "El embarazo y el parto están acompañados de malestar, angustia y dolor por todos los factores sicogenéticos. Si logramos educar hijas sanas que tengan un mínimo de angustia y sentimiento de culpa, y que puedan aceptar gozosamente su feminidad, podemos esperar que el embarazo y el parto sean nuevamente lo que son en algunas sociedades o para algunas mujeres felices de nuestra societad: el máximo logro de sus facultades biológicas acompañado por la plena conciencia de intervenir en la más grande experiencia posible: haber gestado y alimentado dentro de sí a un nuevo ser y haberlo dado a la vida".

BIBLIOGRAFIA

1 MIRA Y LOPEZ. **Siquiatría.** Tomo II: 553. Librería El Ateneo. Buenos Aires 1954.
2 ROF CARBALLO. **Patología Sicosomática.** Pág. 263. Editorial Paz Montalvo. 1949.
3 **El cuadro de las depresiones.** Publicaciones de J. R. Geigy, en relación con el Tofranil. Basilea (Suiza).
4 LANGER M. **"Maternidad y Sexo".** Pág. 297. Editorial Nova. Buenos Aires. 1951.
5 DOYLE L. **Manual de Obstetricia y Ginecología.** Pág. 76. Ediciones Morata. Madrid, 1952.
6 ELMAN DAVE. **"Curso de Hipnosis médica".** Resumen mimeográfico de sus conferencia dictadas en San Luis. U. S. A. 1959.
7 ELMAN DAVE. **Any one can relax.** Disco de 33½ R.P.M. N.Y. U.S.A.
8 SILVA MOJICA C. R. **Concepto de la hipnosis como Relajación Médica.** Conferencia. Sociedad Colombiana de Hipnología. Abril, 1961.
9 MEARES A. **Hypnography.** Charles C. Thomas. Publisher. Springfield Illinois. 1957.
10 HERON W. T. **Clinical Aplicatione of Suggestion and Hypnosis.** Charles C. Thomas. Springfield. Illinois 1959.
11 LE CRON. **Experimental Hypnosis.** The Mac Millan Company. N.Y. 1956.
12 WOLBERG. **Medical hipnosis.** Grune Stratton. N.Y. 1948.
13 ANDRES DE FARIA O. **Manual de Hipnosis médica y odontológica.** Ed. José M. Cajicá. México. Lima. Buenos Aires. 1958.
14 SPITERI H. W. **Tratado de Hipnosis médica.** Talleres gráficos Buenos Aires. 1960.
15 DUPRAT. **Hipnotismo.** Imprenta Bella Casa. Buenos Aires. 1956.
16 SILVA MOJICA y col. **Educación prenatal para el parto indoloro.** Ed. El Gráfico. Bogotá, D. E., 1959.
17 STEPHEN W. GIORLANDO and RICHARD MASCOLA. **The treatment of Hyperemesis Gravidarum with hypnotherapy.** American Journal of Obstetrics and Ginecology. 73: 444. 1957.
18 MERGER R. et LEVY J. **Patogenie et traitement de la maladie gravídique precoce.** Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. de langue. Francaise, 1956. 7, Nº 11 bis, 234. 270.
19 WAGER, W. P. **Emesis gravidarum; Mechanism and control; with a review of literature.** Obst. and Ginec. 6: 99, 1955.
20 FINCH, J. W. **The etiology of nausea and vomiting of pregnancy.** J. A. M. A. 111; 1368, 1938.
21 EASTMAN, N. J., **Obstetricia de Williams.** UTHA. México. 1960.
22 RIVIERE, M., CHASTRUSSE, L. et al.: **Considerations sur la biologie des vomissementes graves du début de la grossesse.** Gynecologie et Obstetrique. 1:18, 1960.
23 ROEMER, HANS, **Neurosis orgánicas.** Madrid, 1955. **Neurosis ginecológicas.** Alhambra, S. A.

Nº	NOMBRE	EDAD	OCUPACION	ENTIDAD	CLASE SOCIO-ECONOMICA.	GRAVIDAD	PARA	EDAD EMBARAZO	COMIENZO SDE	Nº SESIONES TRATAMIENTO	Nº SESIONES DE CONTROL	HORAS DE TRATAMIENTO	SIMPLES SUGERENCIAS DE MEJORIA	REMEMORACION	IPNOANALISIS: TEATRO	IPNOANALISIS: VISITA	IPNOANALISIS: TELON CINE	IPNOANALISIS: SUEÑO	IPNOANALISIS: ESCRITURA AUTOMATICA.	IPNOANALISIS: HIPNOGRAFIA	ANTECEDENTES. VOMITOS	DROGAS	DEPRESION	Nº VOMITOS	MEJORIA DESDE	EVOLUCION DEL EMBARAZO	RESULTADO	OBSERVACIONES
1	H. de P.	27	Enfer.	Caja	Baja	5	2	2m	1m	6	4	5	+	+	-	-	-	-	-	-	+++	Madribon -	++	4-6	4a.	Nausea todo el tiempo.	B.	Pielonefritis que impidió mejoría completa. Parto. Antecedentes: dos primeros embarazos con abortos de dos meses con hipermesis. Dos ultimos embarazos S.D.E. (hospitalizada en tres ocasiones cada vez. Rechazo al embarazo.
2	E. de R.	38	Hogar	Part.	Media	8	7	6m	5m	4	4	2	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+++	3-4	1a.	Normal	B.	Parto. Separación del hijo mayor (se fué al convento).
3	T. de G.	24	Hogar	Part.	Alta	4	3	1½m	1m	4	4	2	+	+	+		+	-	-	-	Si	-	++	3-4	2a.	Aborto 2½ m.	B.	Verdadero pánico al parto. Al suspenderse al S.D.E. Amenaza de aborto. Aborto de 2½ meses.
4	O. de G.	27	Hogar	Part.	Media	7	5	1½m	1m	3	3	1	+	-	[illegible]		-	-	-	-	Si	-	+++	4-6	1a.	Normal	B.	Parto. Rechazo al embarazo. Familia númerosa. Marido atarban. Sobreprotegida.
5	G. de E.	25	Hogar	Part.	Alta	4	2	6m	5m	3	2	1	+	-	[illegible]		-	-	-	-	Si	-	+++	3-4	1a.	Normal	B.	Parto. Verdadero pánico al parto. Hija única, sobreprotegida. Largas ausencias del marido.
6	E. de G.	28	Hogar	Part.	Media	5	1	2m	1½m	4	2	2	+	-	[illegible]		-	-	-	+	-	-	+++	3-6	2a.	Normal	B.	Unico niño vivo por cesárea. Pánico a la operación. Temor por la vida del marido aviador.
7	G. de R.	27	Hogar	Part.	Media	4	3	3m	1½	4	4	2	+	-	[illegible]		-	-	-	+	-	-	+++	3-4	1a.	Normal	B.	Primer parto con eclampsia (en el extranjero). Embarazo a disgusto. Pánico por el parto.
8	M. del C.d O.	42	Celadora	Caja	Baja	9	8	2½	1½	10	4	6	+	-	[illegible]		-	-	-	-	-	-	++++	8-10	2a.	Normal	B.	Paciente humilde. Bajo nivel mental. Penuria económica. Rechazo al embarazo. Familia numerosa.
9	A. M. de E.	23	Hogar	Caja	Baja	6	3	2½	2	2	2	2	+	-	[illegible]		-	-	-	-	-	-	++++	8-10	2a.	Normal	B.	Paciente poco expresiva. Bajo nivel mental. Motivo no aparente.
10	M.V. de R.	36	Enfer.	Caja	Baja	7	4	1½	1	9	4	5	+	-	[illegible]		-	+	-	-	-	-	++++	8-10	8a.	Normal	B.	Mejoré el vómito, persistio la depresión. Trauma síquico. Hijo muerto hace tres meses de Leucemia. Cancerofobia. Temor al aborto. Complejo de culpa.
11	M. A.de R.	38	Profes.	Caja	Baja	14	8	2½	1½	7	2	5	+	-	[illegible]		-	+	+	-	-	Vitaminas	+++	8-10	7a.	Normal	B.	Rechazo al embarazo. Penuria económica. Marido parásito.
12	F. de B.	28	Hogar	Caja	Baja	4	3	1½	1	5	1	4	+	-	[illegible]		-	-	-	-	Si	-	++++	8-10	4a-	Normal	B.	Problemas conyugales relacionados con los hijos naturales (legitimados) del marido.
13	B.C. de G.	21	Profes.	Caja	Media	1	0	2½	1	4	1	2	+	-	[illegible]		-	+	-	-	-	-	++	3-4	2a.	Normal	B.	Descontenta con su matrimonio: Marido de condiciones social, económica y cultural bajas (obrero) Ella lo va a poner a estudiar.
14	G.R. de P.	30	Hogar	Caja	Baja	3	2	4½	1	6	1	5	+	-	[illegible]		-	-	-	-	Si	-	+++	3-6	5a.	Normal	B.	Madre asmática. Paciente asmática desde los 8 años. Motivo no aparente.
15	R. de G.	25	Hogar	Caja	Baja	5	3	5½	2	5	1	3	+	-	[illegible]		-	-	-	-	Si	-	+++	1-5	4a.	Normal	B.	Emabarazo a disgusto.
16	C. de R.	25	Profes.	Caja	Media	3	2	2½	1½	4	3	3½	+	-	[illegible]		-	+	-	+	Si	-	++	2-3	2a.	Normal	B.	Embarazo a disgusto.
17	R.V. de L.	30	Of.dom.	Caja	Baja	4	2	5½	5	3	2	2	+	-	[illegible]		-	-	-	-	-	-	++	3-4	2a.	Normal	B.	Temor al parto: Comenzo el S.D.E. desde que una señora conocida falleció en el parto.
18	M- de D.	23	Profes.	Caja	Media	1	0	2	1	1	1	1	+	-	[illegible]		-	-	-	-	-	-	++	2-3	1a-	Normal	B.	Diferencias de tipo socio-económico con el marido (obrero).
19	J. de M.	32	Celadora	Caja	Baja	10	5	3	1	5	1	3½	+	+	[illegible]		-	-	-	-	-	-	+++	4-5	2a.	Normal	B.	Temor al parto. Tensión conyugal.
20	M. de O.	28	Obrera	Caja	Baja	11	10	2	1	2	1	2	+	-	[illegible]		-	-	-	-	-	-	+++	5-10	1a.	Normal	B.	Hipnosis de vigilia. Paciente de mentalidad muy mediocre. Motivos no aparentes.
21	D. O. de T.	40	Enfer.	Caja	Baja	12	8	2½	1	1	1	1	+	-	[illegible]		-	-	-	-	-	-	+++	5-8	1a.	Normal	B.	Temor al parto. Mejoría inmediata pese a la mentalidad muy pobre de la paciente.
22	L. D. de V.	24	Profes.	Caja	Baja	1	0	3	2	1	2	1½	+	-	[illegible]		-	-	-	-	-	-	+++	4-5	1a-	Amenaza de Aborto.	B.	Problemas conyugales: Marido infiel. Temor a la clínica, al parto. Al mejorar el S.D.E., presentó amenaza de Aborto.
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	6	2	2½	+	-	[illegible]		-	+	-	-	-	Vitaminas	++ +++	10-12	4a.	Normal	B.	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	4	2	2½	+	-	[illegible]		-	-	-	-	-	Vitaminas	+++	6-8	1a.	Normal	B.	[illegible] Parto. Abandono del marido. Temor al parto.
25	L.A. de M	28	Enfer.	Caja	Baja	1	0	6	5	5	3	3	+	+	[illegible]		-	-	-	-	-	-	+++	4-6	4a.	Normal	B.	Parto con hipnosis. Celos del marido que trabaja en otra ciudad-.
26	B. de S.	34	Hogar	Part.	Media	7	5	2	1	6	2	4	+	+	[illegible]		+	-	+	-	++	Vits. Larg.	+++	4-6	4a-	Amenaza de Aborto-	R.	Mejoría del vómito (no completamente). Mejoría parcial de la depresión. (Se agregó [illegible] de Largactil por la noche. Embarazo a disgusto. Marido descontento. Pobreza. Familia [illegible] .. Ver hipnografía.
27	E. de A.	20	Hogar	ICSS	Baja	1	0	2	1	8	3	5	+	-	[illegible]		-	-	-	-	-	Vitaminas	+++	3-6	7a.	Normal	R.	Temor al parto. Señora infantil. Vive con los padres, Sobreprotegida. Mejoría.
28	Y.T. de R.	27	Profes.	Caja	Media	1	0	2	2	7	4	4	+	+	[illegible]		-	-	-	+	-	-	+++	2-3	5a.	Normal	B.	Señora angustiada por ser hija natural. Marido borracho, violento, poco cariñoso. Penuria económica. Ver hipnografía.
29	E. de C.	23	Profes.	Caja	Media	2	1	2	1	10	5	6	+	-	[illegible]		+	+	+	+	Si +++	-	+++	5-6	6a.	Normal	B.	Parto. Rechazo al embarazo. Pánico al parto. Influencia de la mamá. Disgustos en el trabajo. Diferencias conyugales.
30	A.R. de G.	25	Profes.	Caja	Media	3	1	1½	1	11	5	7	+	+	[illegible]		+	-	-	-	Si +++	Dext-Larg-	++++	8-12	4a.	Normal	R.	Parto. Resultado Regular: hubo que aplicar drogas. Temor al parto. Frigidez. Disgusto por las relaciones sexuales. Siguió vomitando periodicamente y con depresión. Cuando se casó pensaba q' los niños los traía el Niño Dios. Señora muy infantil. Conceptua q' el Coito es repugnante.
31	A.R. de M.	26	Obrera	ICSS	Baja	1	0	2	1	9	5	5	+	+	[illegible]		-	-	-	-	-	Toda clase droga	++++	10-20	Nada		M.	Al principio mejoro el S.D.E., luego empeoró. Primero A.M. + y luego negativo, y R.M. Grado I. Hubo que aplicar toda clase de drogas. Antes de ingresar a la Clínica diversos tratamientos sin resultado. El papá tiene una amante con quien vive, causa de disgustos. Motivo no aparente.
32	A.M. de L.	34	Hogar	ICSS	Baja	3	2	2	1½	15	3	10	+	+	[illegible]		+	+	-	+	Si	Toda clase droga	++++	10-20	Nada		M.	S.D.E. en los tres embarazos anteriores. Disgustos con el papá, quien tiene una amante y no le quiso dar $5.000.- para su casa. El tratamiento la empeoró. Vomito abundante. En los HA. y los sueños figurab: siempre el papá o algo que lo representaba. Hubo necesidad de varias drogas.

24 KROGER, WILLIAM, FREED, CHARLES. **Ginecología Psicosomática.** Salvat S. A. Barcelona, 1955.
25 PLATONOV, K. **La palabra como factor fisiológico y terapéutico.** Moscú. 1958.
26 UFER, J. **Hormonoterapia en ginecología.** Editorial Alhambra, S. A. Madrid. 1960.
27 MARAÑON, G. **Manual de Diagnóstico etiológico.** Espasa Calpe. S. A. 1950.
28 DE LEE, GREENHILL. **Principles and practice of Obstetrics.** Eight Edition. Philadelphia. 1943. pág. 350.
29 SEEMENS, JAMES. **Hiperemesis. Evaluation and treatment. Gravidarum.** Obst. and Gynec. 9: 5, 1957.
30 MAY A. J. Obst. and Ginec. 78: 1959.
31 FRAGOSO, DAVID. **Aspectos endocrinos de las gestosis, en la mola hidalídica y en el coriocarcinoma.** Memorias del III Congreso Latino Americano de Obstetricia y Ginecología. México. Tomo II 1958. pág. 554.
32 BEST, CH. TAYLOR, N. B. **"Bases Fisiológicas de la Práctica Médica".** U.T.E.H.A. 1954.
33 CURTIS, A. J. **"Ginecología".** Ed. II Salvat. 1947.
34 DAVIS, CARL HENRY. **"Gynecology and Obstetrics".** Vol. I Edit. W. F. Prior Company, Inc. 1944.
35 DE LEE, JOSEPH, GREENHILL, J. P. **"Principios y prácticas de Obstetricia".** Vol. I. U.T.E.A. 1945.
36 DEVRAIGNE, L. **"Manual de Obstetricia".** Espasa Calpe, S. A. Madrid 1943.
37 DODERLEIN, A. **"Tratado de Obstetricia".** Vol. II. Edit. Labor S. A. Segunda Edición. 1938.
38 DUBRISAY, et JEANNIN. **"Précis D'Accouchement".** París J. Lamarre. Quinta Edición.
39 EASTMAN J. NICHOLSON. **"Obstetricia de Williams".** U.T.E.A. 1960.
40 KROGERT, WILLIAM: **"Ginecología Sicosomática".** Edit. Salvat. 1955.
41 PLATONOV, K. **"La palabra como factor fisiológico y terapéutico".** Ediciones de Lenguas Extranjeras. Moscú. 1958.
42 PERALTA C. RAFAEL. **"Obstetricia y Clínica Obstétrica".** Vol. I. Editorial Antares 1956.
43 SCHERING. **"Terapia Hormonal en la Práctica".** Edit. Erich Baschker. Berlín. 1954.
44 VARON, J. BROCHIER, A. **"Encyclopedie Medico-Chirurgicale".** Obstetrique. Vol. I. París, 18, rue Seguier.
45 GARMA. Conferencia dictada en Bogotá en 1961.
46 FREUD, S. **"Obras Completas". Interpretación de los sueños.** Vol. I.
47 CONKLIN, J. NESBITT, R. **"Buclinize Hidrocloride for Nausea and Vomiting of Pregnancy".** Obst. & Gynec. Vol. II Nº 2. 1958.
48 CURTIS, D. **"Naucaine Therapy in Nausea and Vomiting of Pregnancy".** Obst. & Ginec. Vol. 5 Nº 2. 1955.
49 EICHNER, E. **"Prantal Methylsulphate in Vomiting of Pregnancy".** Obst. & Ginec. Vol. 2 Nº 5 1953.
50 GEIGER, C. FAHRENBACH, D. HEALEY, F. **"Bendectin in the treatment of Nausea and Vomiting in Pregnancy".** Obst. & Ginec. Vol. 14 Nº 5 1959.
51 HURST, A. **Hyterical Nature of so-called Perniciosus Vomiting** Clinical. Jour. 72. 1943.
52 KING, A. **"The Treatment of Pregnancy Nausea with a pill.** Obst. & Ginec. Vol. 6. Nº 3. 1955.
53 MARVAN, A. GUERRERO, J. GOMEZ. M. A. **"Corticotrofina y Esteroides Corticosuprarrenales en Ginecología y Obstetricia".** Memoria Segundo Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Vol. I. 1955.
54 RIVIERE, M. CHASTRUSSE, L. DUBECO, J. P. MALEVIALE, G. **"Consideracions sur la Biologie des Vomissements graves du debut de la Grossesse".** Ginec et. Obst. Tomo 59 Nº 1 1960.
55 SEMMENS, J. **"Hiperemesis Gravidarum. Evaluation and Treatment".** Obst. & Gynec. Vol. 9 Nº 5 1957.
56 WAGER. H. **"Emesis Gravidarum: Mechanism and Control".** Obst. & Ginec. Volumen 6 Nº 1 1955.