

# Profilaxis de la prematuridad

Dres. Italo J. Machado\*, Juan J. Poseiro\*\*

## INTRODUCCION

Para llevar a cabo este estudio, tomamos como base el trabajo de uno de nosotros (12-13), que nos ha servido como guía para estudiar una población del interior del País.

La mortalidad perinatal continúa, en más del 70%, asociada a nacimientos prematuros: éste factor predominante de mortalidad perinatal, y responsable de secuelas neurológicas definitivas, es todavía un problema médico-social a nivel mundial.

La medida más recientemente conocida y tomada en la actualidad, es tratar de frenar el trabajo de parto prematuro con útero-inhibidores y brindarle una mejor calidad de asistencia a la madre y al recién nacido prematuro, contando con las técnicas de monitoreo materno-fetal y de reanimación neonatal evolucionadas.

A pesar de ello, las cifras de mortalidad perinatal continúan elevadas, ya que éstas medidas anteriormente citadas, no cubren todos los casos problema.

Intentando disminuir la incidencia de prematuridad mediante la aplicación de medidas preventivas, tomamos el Sistema de Thalhammer modificado por Poseiro y colaboradores (12), como base para estimar una población de riesgo de tener un parto prematuro.

En este trabajo usaremos como sinónimos los términos prematuro y de bajo peso; somos concientes de que ello no es así, pero dadas las dificultades en la obtención de datos seguros en base a esa terminología, las usaremos indistintamente.

## OBJETIVO

Exponer los resultados obtenidos con un betamimético, el fenoterol (Partusisten R, Boehringer), utilizado por vía oral, a un grupo de gestantes de riesgo elevado de prematuridad (según escala de riesgo) con la finalidad de prevenir el parto prematuro.

\* Equip. Alf. Méd. Jefe del S.S. del Reg. Cab. Mec. No. 5  
Tbó. Médico Obstetra del Centro de Salud de Tacuarembó.  
M.S.P.

\*\* Jefe de Departamento de Obstetricia D.G.S.S. Prof. Agreg.  
Clin. Ginecotocológica. Fac. de Medicina.

## MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 27 gestantes asistidas en el **Centro de Salud de la ciudad de Tacuarembó**, en el período comprendido entre mayo de 1981 y julio de 1982. Esta población está compuesta por gestantes dependientes del Hospital Central de las FF.AA. y del M.S.P.

A todas las pacientes se les estimó el riesgo de tener un parto prematuro en su embarazo actual, aplicando el puntaje de Thalhammer modificado (TABLA I).

No fueron incorporadas al estudio aquellas pacientes que presentaban: incompetencia cérvico-istmica, trastornos endócrinos goseros y malformaciones uterinas.

Se hicieron dos grupos: un grupo control y otro grupo tratado tomados al azar.

Se comenzó el estudio entre las 20 y las 27 semanas de amenorrea en ambos grupos. El grupo tratado comenzó su tratamiento a las 27 semanas.

**Grupo control:** Integrado por 11 pacientes a las que se les aplicó las siguientes medidas terapéuticas:

1. Reposo en cama, en decúbito lateral.
2. Apoyo psicológico, haciendo comprender el valor del embarazo y la necesidad de cumplir fielmente con el tratamiento.
3. Control clínico mensual en el Centro de Salud, siendo citadas las pacientes cada 15 días al 7o. mes y semanal después del 8o. mes. Para dichos controles se permitió deambular a la paciente y se realizó, como habitualmente se hace en cualquier policlínica obstétrica.

**Grupo tratado:** Integrado por 16 pacientes que fueron evaluadas al igual que el grupo control y además, al comienzo, fueron evaluadas del punto de vista cardiovascular, a los efectos de descartar alguna patología que contraindicara el tratamiento con betamiméticos. A este grupo se le realizó el siguiente tratamiento:

1. Reposo en cama en posición semisentada o acostada, en decúbito lateral.
2. Suspensión de cualquier tratamiento farma-

**TABLA I**  
Factores de riesgo que se tomaron en cuenta para evaluar  
la probabilidad de tener un parto prematuro

Factores Obstétricos	Factores Coincidentes	Factores Sociales y Demográficos	Puntos
Gestosis Precoz	Aumento excesivo de peso.	Actividad laboral inadecuada.	10
	Talla < 1.50 m Edad > 30 años Edad < 21 años Infección febril del 1er. trimestre.		11
Hiperemesis	Fumadora Antec. 1 aborto	Bajo nivel cult.	12
			13
Hemorragias del segundo trimestre	Antec. 2 abortos	Edad < 18 años	18
	Antec. 1 parto premat. c.u.	Peso 50 kg	19
Dificultades en la concepción		Madre soltera	30
Hemorragia del 1er. y 3er. trimestre	Antec. 1 parto distoc.		30
		Edad < 15 años	32
Peso estacionado, falta de crecimiento de la alt. uterina	Antec. de más del 50% de abortos en 3 o más gestas		40
Embarazo múltiple			62
Placenta previa			100

Factores que configuran un mayor riesgo de prematuridad en el embarazo actual de acuerdo con sus antecedentes puntuados arbitrariamente; el puntaje se expresa en la columna vertical de la parte derecha de la figura (Thalhammer, modificada por los autores).

cológico que se estuviera realizando, para evitar variables interferentes.

3. Apoyo psicológico, haciendo comprender el valor del embarazo y la necesidad de cumplir fielmente el tratamiento.

4. Control clínico quincenal en el Centro de Salud, única instancia en la que se permitió la deambulación a la paciente.

En este control, aparte de los controles de rutina, se enfatizó sobre los síntomas y signos cardiovasculares, presencia de contracciones uterinas percibidas por la paciente o durante el examen clínico.

5. Vigilancia periódica por parte de Asistente Social, del cumplimiento de las indicaciones sugeridas.

6. Fenoterol (Partusisten R, Boheringer) 10mg/día vía oral, dividida en cuatro dosis diarias, comenzando a las 27 semanas de amenorrea cumplidas.

Este esquema de tratamiento se continuó hasta las 38 semanas de gestación, momento en el cual se interrumpió. En una sola paciente el parto se produjo con anterioridad a dicha fecha.

## RESULTADOS

Todos los casos fueron clasificados de acuerdo a la escala de Thalhammer modificada (TABLA I).

1. **Distribución de la población:** 10 casos del grupo control tuvieron puntajes por encima de 40, sólo un caso tuvo puntaje de 29; 14 casos del grupo tratado tuvieron puntajes por encima de 40, sólo 2 casos tuvieron puntajes de 19 y 30 respectivamente (TABLA II).

Una paciente del grupo tratado muestra un puntaje de 121, corresponde a un embarazo gemelar.

2. **Edad gestacional en el momento del parto:** En la Fig. 1 observamos como se distribuyen las edades gestacionales en el momento del parto.

En el grupo control, la edad gestacional media al parto fue de 34 semanas; mientras que en el grupo tratado, fue de 38 semanas. Comparando estos resultados entre grupos control y tratado, se encontró una diferencia altamente significativa con estudio estadístico por  $\chi^2$  ( $p < 0.0001$ ).

3. **Prolongación de la gestación por encima de las 37 semanas:** La Fig. 1 nos muestra además, que ninguna de las 11 pacientes del grupo control sobrepasó las 37 semanas de gestación, mientras que 13 de las 16 pacientes del grupo tratado lo hicieron.

4. **Momento del parto en las pacientes agrupadas de acuerdo con el puntaje de Thalhammer modificado:** En el grupo control, la edad gestacional en el momento del parto tiende a ser menor cuanto más alto es el puntaje de Thalhammer, mientras que en el grupo tratado no se aprecia dicha tendencia, Fig. 2.

5. **Número de controles:** El correcto seguimiento de todo embarazo, nos indica que aquellas pacientes que tienen mayor número de controles, tienden a disminuir el número de partos prematuros.

**TABLA II**  
Puntaje de Thalhammer

Control		Tratado	
29	1	19	1
42	1	30	1
49	1	48	1
58	1	49	2
59	1	51	1
60	1	55	1
68	1	59	1
72	2	60	2
76	1	68	1
78	1	73	1
		78	1
		97	1
		99	1
		121	1
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>Total</b>	<b>16</b>

Esto lo vemos reflejado en la Fig. 3 y TABLA III. En el grupo control, las gestantes que concurren a visita prenatal, lo hicieron con una frecuencia aproximada de 4 veces; y la edad gestacional media al parto fue de 35 semanas.

Mientras que en el grupo tratado, los controles prenatales presentan una frecuencia aproximada de 6, con una edad gestacional al parto de 39 semanas.

6. **Peso de los recién nacidos:** Se encontró una diferencia significativa entre los grupos control y tratado, en cuanto al peso de los recién nacidos.

En la Fig. 4 se muestra el significativo aumento de peso en los recién nacidos del grupo tratado, y con

mayor número de controles, respecto al otro grupo. El porcentaje de recién nacidos de bajo peso, alcanzó a una F.R. de 63.6% en el grupo control; mientras que en el grupo tratado lo hizo en un 6.2% (F.R.) ( $p < 0.0001$ ).

7. **Mortalidad perinatal:** En el grupo control hubieron 2 muertes perinatales; 1 óbito fetal y una muerte neonatal; lo que nos da una tasa relativa de mortalidad perinatal de 181/1000 nacidos vivos, mientras que en el grupo tratado hubo una sola muerte neonatal precoz, lo que da una tasa relativa de mortalidad perinatal de 61.8/1000.

La tasa de mortalidad perinatal del Departamento de Tacuarembó en ese período fue de 29.7/1000.

8. **Tiempo de uso del fenoterol:** Varió de 28 a 112 días, con una media de 72 días. Esta variación temporal se debió a la diferencia en el inicio del tratamiento y a las distintas fechas de parto.

9. **Efectos adversos:** En ningún caso hubo que interrumpir el tratamiento por efectos adversos a la administración de la droga.

10. **Medio social:** El 45% de las pacientes del grupo control, y el 62% del grupo tratado, viven en zonas aledañas a la Ciudad de Tacuarembó (Barrios).

## DISCUSION

En el Hospital Regional de Tacuarembó, donde se realizan aproximadamente 450 partos anuales, hay una incidencia de 7 a 9% de partos prematuros, lo que llevado a cifras numéricas nos muestra que anualmente surgen 30-40 niños que sufrirán las consecuencias de dicho evento.

En este estudio, se pudo comprobar la eficacia de una escala de riesgo de tener un parto prematuro, para predecir qué paciente corre mayor peligro de finalizar su embarazo antes de término.

Con la adopción de medidas preventivas mediante la administración de útero-inhibidores, fue posible prolongar en forma notoria el embarazo de estas pacientes "de riesgo" de prematuridad, hasta llegar a su término, con una madre y recién nacido en perfectas condiciones.

Si bien conocemos un conjunto de elementos: locales y generales, específicos o no, que pueden llegar a desencadenar un parto prematuro, aún nos queda en la ignorancia la causa última que desencadena precozmente la contractilidad uterina.

**TABLA III**

Grupo Control		Grupo Tratado	
Primer control	20 semanas	Primer control	22 semanas
No. de controles	4 (mediana)	No. de controles	6 (mediana)
Fecha de parto	35 semanas (mediana)	Fecha de parto	39 semanas (mediana)
		Inicio del tratamiento con Fenoterol	27 semanas

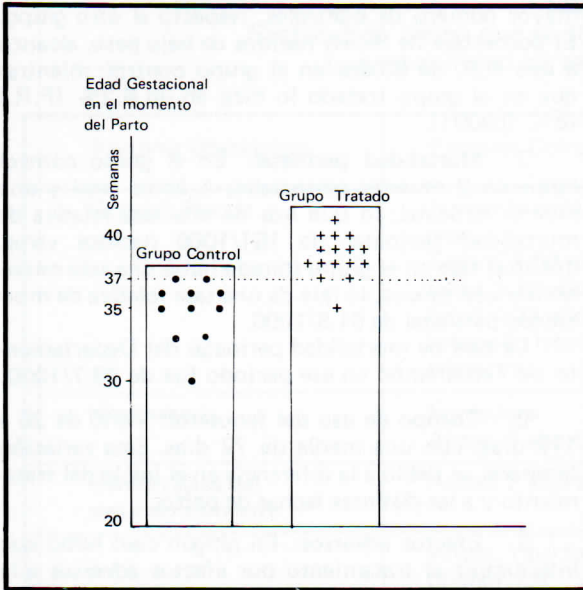


Fig. 1

Ante este hecho, toda población de alto riesgo de prematuridad debe beneficiarse de una supervisión prenatal reforzada y de medidas terapéuticas apropiadas como es la administración profiláctica de tocolítics.

### RESUMEN

Se estudiaron 27 gestantes que concurrieron al Centro de Salud de la Ciudad de Tacuarembó.

Todas presentaban factores de riesgo de prematuridad evaluados por la escala de Thalhammer modificada por Poseiro y col.

Fueron divididas en un grupo control al que se le instruyó sobre el tratamiento de rutina, y un grupo

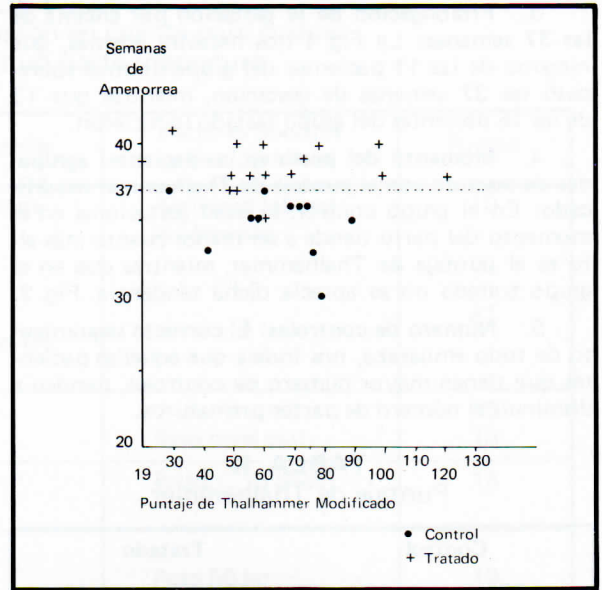


Fig. 2

tratado con fenoterol 10mg diarios por vía oral, controladas quincenalmente.

La duración del embarazo fue significativamente mayor en el grupo tratado que en el grupo control.

### SUMMARY

Twenty seven pregnant women who were assisted at the Health Center of Tacuarembó (Uruguay) were studied. All of them presented risk factors of prematurity evaluated according to Thalhammer's scale modified by Poseiro and col.

The patients were divided into: a control group who were indicated the routine treatment, and a group

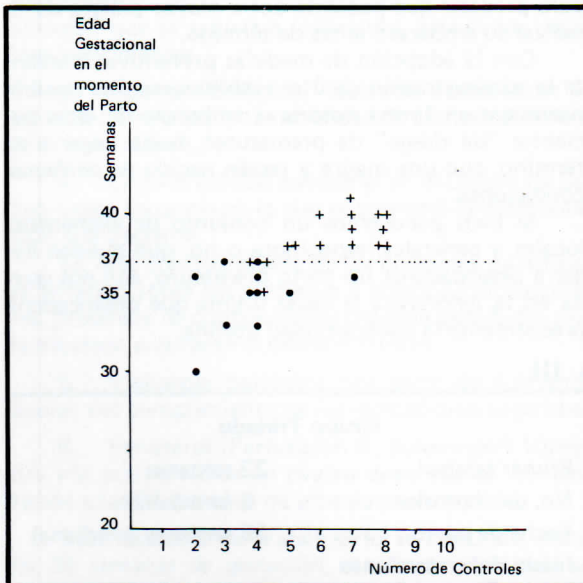


Fig. 3.

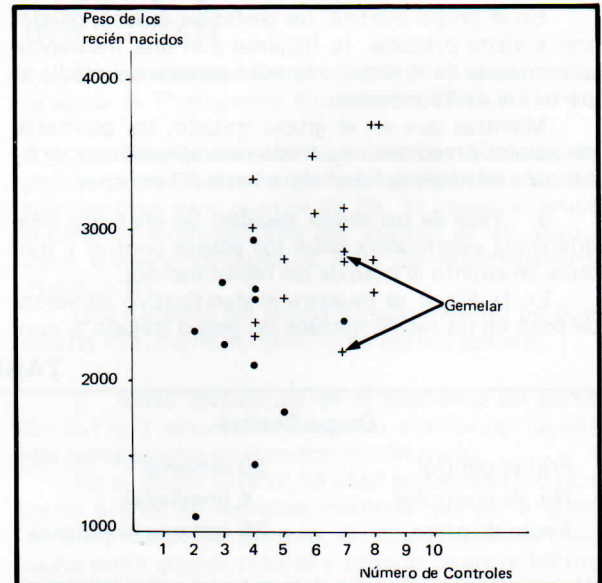


Fig. 4.

treated with oral phenoterol 10mg daily who were controlled every fortnight.

The duration of pregnancy was significantly longer in the group treated than in the control group.

## RESUME

Les auteurs rapportent le résultat d'une étude à propos du 27 femmes enceinte qui se sont présentées au Centre de la Santé à (Tacuarembó).

Le groupe présentait risques d'une menace d'accouchement prématuré d'après l'échelle de Thalhammer modifiée par Poseiro et col.

On a composé un groupe contrôle en lui apportant de données sur le traitement de routine; et un groupe traité avec phénoterol 10 mg par jour, administré par voie buccale, contrôlés tous les quinze jours.

La durée de la grossesse fut beaucoup plus significatif dans le groupe traité que dans le groupe contrôle.

## BIBLIOGRAFIA

1. **Briscoe CC:** Failure of oral Isoxupride to prevent prematurity. *Am J Obstet Gynec* 1966; 95:885
2. **Butler NR and Albertman ED:** Perinatal Problems. The second part of the 1958 Brit. Perinatal Survey. Edinburgh S. Livingstone Ed. 1969
3. **Castren O, Gummerus M and Saarikoski S:** Treatment of imminent premature labor. *Acta obstet and Gynec Scand* 1975; 54:95
4. **Frederick J.** Antenatal Identification of women at high risk of spontaneous preterm birth. *Brit J of Obst and Gynec* 1976; 83:351
5. **Graaf G:** Failure to prevent premature labor with ethan. *Am J Ob and Gyn* 1971; 110, 878
6. **Jurado García E:** Epidemiología de la prematuréz. *Bol. Hosp. Inf. México, México* 1968; 25, 105
7. **Johnson JWC, Dubin NH:** Prevention of preterm labor. *Clinical Obstet and Gyn* 1980; 23:51-73
8. **Kaltreider DF, Khol S:** Epidemiology of preterm delivery. *Clinical Obstet and Gyn* 1980; 23:17-31
9. **Marivate M, de Villiers KO, Fairbrother P:** Effects of prophylactic outpatient administration of fenoterol on the time of onset of spontaneous labor and fetal growth rate in twin pregnancy. *Am J Obstet and Gyn* 1977;128: 707
10. **Papiernik E:** Le coefficient du risque d'accouchement premature (GRAP). *La Presse Med* 1969; 77:793-794
11. **Poseiro JJ, Guevara Rubio G, Magaña JM, Caldeiro Barcia R:** Acción de la Orciprenalina (Allupent®) sobre la contractilidad del útero humano grávido, el sistema cardiovascular materno y la frecuencia cardíaca fetal. *Arch Gin Obst* 1968; 23
12. **Poseiro JJ, Ballejo G, Estol P, Gortari E:** Profilaxis de la prematuréz. *An Fac Med Montevideo, 2a. época.* 1980; 3:15-25
13. **Poseiro JJ, Estol P, Ballejo G:** Efectos del trimetoquinol sobre la contractilidad uterina. *Obstet y Ginec Latinoamericana.* Nov.Dic. 1980
14. **Schneider L, Coulbeuf G et Engelstein M:** Acouchements prematures spontanés. *Encycl. Med-Chir., Paris, Obstetrique,* 1977; 12, 5076 A-10
15. **Schwarcz RL, Capurro H, Bejar R, Vinacur J, Belitzky R, Díaz Rossello JL, Martell M:** Detención del parto prematuro. Programa de normatización diagnóstica y terapéutica para maternidades de América Latina, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). *Publicación Científica No. 726,* Montevideo, 1977
16. **Thalhammer O, Coradello H, Pollak A, Scheibenreiter S:** Prospective and retrospective examination of an easily aplicable score to predict the probability of premature birth defined by weight. *J Perinat Med* 1976; 4:38
17. **Thalhammer O:** *Soc. Alemana de Med. Perinatal.* Nov. 25, 1967 (Traducción Rev.Ciba Med. Perinatal) Barcelona, 1975