

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO. IMPORTANCIA DE LA CONTENCION PSICOLOGICA*

Dras. Cristina Lattera, S. Casini, Elsa Andina, Cintya Levi Hara

División Obstetricia. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Introducción

Los datos epidemiológicos señalan que entre el 8 y el 10% de todos los partos en el mundo se producen en forma prematura.¹ Estas cifras no sólo se repiten en nuestro país sino que en algunas zonas del mismo, especialmente las más pobres, pueden llegar a duplicarse.² El parto pretérmino (APP) es la causa principal de morbilidad y mortalidad neonatales.⁴ La importancia que adquiere esta patología para la salud pública de nuestro país es relevante. Una idea de su magnitud la ofrece los datos del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá ya que esta institución es centro de derivación y referencia de todo el país. En el año 1997 sobre un total de 6.809 recién nacidos vivos se produjeron 537 partos de niños pretérmino (entre la semana 24 a la 36) representando un 7,8% del total. De los bebés fallecidos el 78% fueron prematuros o de bajo peso al nacer.⁵ La amenaza de parto pretérmino APP no solo afecta a nuestro país sino que también se considera un problema de salud pública a nivel internacional.⁶ Desde la década del 80 se han realizado investigaciones donde se postula la hipótesis de que el parto pretérmino es la manifestación somática de dificultades psicológicas relacionadas con el embarazo y diversos autores^{7,8} han hallado evidencias de la relación entre estos dos fenómenos.

La teoría de que el estrés es causa determinante de los fenómenos psicósomáticos (FPS), sean estos orgánicos o funcionales, es ya bien conocida.¹⁰⁻¹⁴ ¿A qué llamamos *estrés* y qué relación posee con los procesos anímicos?

Considerado desde el punto de vista *orgánico* se define estrés a las reacciones generales no específicas del organismo ante influencias anormales o dañinas para las cuales no está adaptado.¹⁵

Desde el plano *psicológico* el estrés es el resultado de emociones intensas, que no pueden ser ligadas por una representación, es decir por una idea. Es un cúmulo de líbido que no logra ser tramitado, descargado por la vía correspondiente que sería del orden simbólico, es decir la *palabra*.

“El shock emocional y los estados de tensión emocional provocados por situaciones de conflicto pueden resultar en traumas biológicos. Sus efectos patógenos pueden engendrar toda clase de perturbaciones funcionales y orgánicas.

El pasaje de la emoción a la lesión, no es más que un caso particular de una ley muy general, a saber que un desorden del sistema neurovegetativo provoca manifestaciones funcionales que por su intensidad o su repetición, se *organizan* y por lo mismo, se *organicizan*”.¹⁶

El estrés se encuentra asociado a lo postraumático; consiste en conductas que no pueden ser elaboradas de otra manera y quedan enquistadas en una situación de estrés.¹⁷

Nuestra *hipótesis* es que la amenaza de parto prematuro mejora su evolución cuando la paciente recibe información y contención psicológica durante su internación aumentando consiguientemente la duración de su embarazo.

Diseño del estudio

Para alcanzar este objetivo el diseño utilizado fue prospectivo, controlado, no randomizado y de intervención.

Material y métodos

Población

Se trabajó con las pacientes internadas con diagnóstico de APP; un grupo recibió información y contención psicológica (GA) y el otro grupo no lo recibió (GB).

Esto quedó determinado según la sala donde estuviera internada la paciente.

Criterios de inclusión

Todas las pacientes internadas con diagnóstico de APP comprendidas entre las 24 y 36 semanas de gestación en el período comprendido entre octubre de 1994 y marzo de 1996. Se incluyeron aquí otras patologías como hipertensión arterial leve, diabetes potencial, diabetes gestacional sin insulina y retardo de crecimiento intrauterino. Cabe aclarar que estas patologías no tienen influencia directa en el desencadenamiento del parto prematuro durante el transcurso del embarazo.

Criterios de exclusión

Pacientes RH negativas sensibilizadas, polihidramnios, ascitis o malformación fetal, incompetencia ístmico-cervical, pacientes que tenían colocado un dispositivo intrauterino, embarazo doble o múltiple, preeclampsia, diabetes gestacional con insulina, diabetes clínica, rotura prematura de membranas, hemorragias genitales de cual-

* Beca Roemmers de investigación.

quier causa, infección urinaria y corioamnionitis o cualquier otro signo de infección ovular. Se considera que estas patologías asociadas al parto pretérmino podrían actuar como variables de confusión.

Criterios de eliminación

Aparición de una patología comprendida dentro de los criterios de exclusión, negativa de las pacientes a colaborar y fuga de las pacientes en estudio.

Las pacientes con APP fueron divididas en dos grupos: GA y GB.

A ambos se les administró un cuestionario semi-pautado. El GA recibió charlas grupales informativas en la sala de internación y seguimiento psicoterapéutico en los casos que así lo requerían; el GB no recibió charlas ni seguimiento. El criterio de selección utilizado fue de acuerdo a la sala en que estuvieran internadas (Sala 1: recibió charlas; Sala 2: no recibió charlas) intentando de esta manera evitar la contaminación.

Temas de las charlas grupales

Duración de un embarazo normal. ¿Qué es una contracción? ¿Por qué el reposo? ¿Por qué la internación? Angustia que provoca la internación prolongada. Dificultades para respetar las indicaciones médicas. Complicaciones que puede causar el parto prematuro para el bebé. Otros temas que surgieran por asociación.

Se estudiaron los *factores de riesgo para APP* desde el punto de vista clínico según normas del Hospital en las pacientes de los dos grupos (antecedente de recién nacido pretérmino; recién nacido de bajo peso; feto muerto; multiparidad; edad materna menor de 17 y mayor de 35 años; más de dos abortos previos; fumadora; madre analfabeta; intervalo intergenésico menor a un año).

Cuestionario (Apéndice)

Se realizó previo *consentimiento escrito* de las pacientes. La confección y elaboración del cuestionario requirió de tres pruebas piloto, a fin de poder incluir en el mismo la posibilidad de obtener datos cualitativos traducibles a datos cuantitativos. Por otra parte cada ítem se fue adaptando y modificando de acuerdo al grado de comprensión de las pacientes. Cabe aclarar que el profesional que administraba el cuestionario era el mismo que realizaba el seguimiento de la paciente si así lo requería.

El cuestionario constó de veintisiete ítems. Los primeros comprendían datos personales; a partir de la octava pregunta se relacionaban con la historia personal, su vinculación con este embarazo y el registro de lo que le estaba sucediendo. La última pregunta, quedaba abierta permitiendo la asociación libre de la paciente.

Definición operacional de las variables

Amenaza de parto pretérmino: se denomina así a la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de

una cada 10 minutos de 20 segundos de duración palpatoria que se reiteran durante un lapso de 60 minutos con borramiento del cerviz uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor de 3 cm entre las 20^a y las 36^a semanas de gestación.³

Variable resultante

Evolución del embarazo: la evolución se clasificó en *buena* cuando el embarazo a partir del día de la internación se prolongó más allá de dos semanas, *regular* entre una y dos semanas y *mala* menos de una semana.

Variable predictora

Información, charlas, contención psicológica.

Se estudiaron como posibles *variables de confusión* a través del interrogatorio materno y del cuestionario: edad materna; gesta y paridad; nivel de escolaridad; vivienda; conciencia de enfermedad; relación entre nivel de escolaridad y conciencia de enfermedad; nacionalidad y migración.

Análisis estadístico

Se utilizó como base de datos y procesador estadístico el programa Epiinfo. Se evaluó el grado de asociación de la intervención con el test de Chi cuadrado y se midió magnitud del efecto con la razón de proporción de eventos (Riesgo Relativo) con un intervalo de confianza del 95%.

Las variables continuas fueron analizadas por la prueba de t de Student o el test no paramétrico de Mann-Whitney según correspondiera.

El nivel de significación se fijó en -0,05.

Resultados

Se incorporó un total de 164 embarazadas de las cuales 16 fueron eliminadas (4 porque no tuvieron su parto en el Hospital, 3 porque no completaron cuestionario o no recibieron las charlas y el resto por aparición de alguna patología comprendida en los criterios de exclusión), quedando 148 pacientes para estudio.

La edad promedio de los dos grupos fue similar; el porcentaje de adolescentes y mayores de 34 fue mayor en los dos grupos comparado con la población general del hospital (*Tabla 1*) cifras que coinciden con la literatura.¹⁸

En cuanto al número de gestaciones y partos previos no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos (*Tabla 1*).

La amenorrea a la internación no presentó diferencias significativas. La forma de terminación del parto fue similar en ambos grupos. En cuanto al estado de dilatación del cuello a la internación no se encontraron diferencias significativas (*Tabla 1*).

Con respecto a la incidencia de prematuridad y bajo peso

al nacer si bien las diferencias no alcanzaron nivel de significación, la tendencia fue a favor del grupo que recibió intervención. En cuanto a las características socio-económicas la proporción de embarazadas provenientes de países vecinos fue similar en ambos grupos. Cuando se evaluó el tipo de vivienda y el nivel de escolaridad no hubo diferencias significativas entre los dos grupos, de ello se concluye que estas dos poblaciones pertenecen al mismo nivel sociocultural.

Cuando asociamos el nivel de escolaridad con relación a la conciencia de enfermedad no se constató la existencia de una relación directa entre el reconocimiento de la enfermedad y el nivel de estudios (*Tabla 2*).

Cuando analizamos la *prolongación* del embarazo a

partir de la internación el GA presentó buena evolución en el 82,2% en comparación con el GB (67%) diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 4,38, p=0,036$) siendo el Riesgo Relativo 1,83 (IC 95% 1,03-3,27) y el RAP 0,26 (0,01-0,51).

Discusión

Los conocimientos sobre los mecanismos patógenos que explican la APP han mejorado en los últimos años e incluyen entre los más importantes: hemorragias genitales; sobredistensión uterina; factores inmunológicos; infecciones ascendentes en las vías genitales; estrés fetal y materno.

Si bien los últimos estudios sobre el tema están destinados a constatar que la causa *infecciosa* sería uno de los factores condicionantes de mayor importancia existe un número relevante de pacientes en las cuales no se ha encontrado el motivo que justifique la APP.

El estrés de la gestante y el feto han sido vinculado al parto pretérmino por diversos autores,^{19,20} quienes observaron niveles aumentados de CRH en mujeres que más adelante dieron a luz antes del término sin signos de infección intra-amniótica en comparación con otras que tenían la misma edad gestacional y que más adelante dieron a luz un producto al término de la gestación o las que mostraron APP vinculado con infecciones.

Los niveles de CRH aumentan progresivamente en la segunda mitad del embarazo, alcanzan su máximo en el trabajo de parto, para disminuir después del parto muy rápidamente. Los glucocorticoides inhiben la liberación de CRH por el hipotálamo pero estimulan la expresión de dicha hormona en placenta, membranas ovulares y deciduas. La CRH intensifica la producción de prostanoïdes por parte de células del amnios, corion y decidua aislada. A su vez los prostanoïdes y la oxitocina estimulan la liberación de CRH por células placentarias aisladas y de este modo se inicia un asa de retroalimentación positiva potencial local-parácrina que incita el inicio del parto.¹

Tabla 1: Amenaza de parto pretérmino. Características de la muestra.

Variable	Intervención (Grupo A) n= 84	Sin intervención (Grupo B) n= 64	p
Edad (años)	25	24	ns
Gesta (n)	3,3	3,2	ns
Paridad (n)	1,7	1,6	ns
Amenorrea a la intervención (semanas)	29,3	30,5	ns
Analfabetas y primaria incompleta %	10	7	ns
Primaria completa y secundaria incompleta %	71	70	ns
Secundaria completa y terciario %	19	23	ns
Factores de riesgo %	64	57	ns
Edad gestacional RN <37semanas %	42,7	47,3	ns
Peso < 2.500 g %	42,9	47,1	ns
Parto espontáneo %	69	73	ns
Nacionalidad argentina %	83	79	ns

Tabla 2: Conciencia de la enfermedad en relación al nivel de escolaridad.

	Analfabetas Primario incompleto	Primario completo y secundario incompleto	Secundario completo y terciario
Con conciencia	5,5%	65,0%	29,5%
Sin conciencia	12,5%	68,0%	19,5%

Los resultados de nuestra investigación nos llevan a pensar que las pacientes con APP que alargaron su tiempo de embarazo se sintieron contenidas en su patología y mejoraron su evolución.

Se observó que la mayor parte de las pacientes refirieron que su mejoría se debía a cuestiones relacionadas a razones afectivas relativas a los cuidados y contención recibidos en la institución.

Esto hemos podido constatarlo en una amplia mayoría de las pacientes que se encontraban internadas (las diferencias entre las dos poblaciones resultaron significativas).

Nicole Mamelle⁶ en un estudio realizado en el Centro Hospitalario Lyon Sud en donde analizó la evolución de las embarazadas que presentaban amenaza de parto pretérmino y que recibieron contención y apoyo psicológico y aquellas con las mismas características que no lo recibieron, encontró una diferencia significativa en la evolución perinatal y en el porcentaje de partos pretérminos entre las dos poblaciones.

En un estudio de cohortes que abarcó 8.719 embarazadas M. Hendergar evaluó la asociación entre sufrimiento psicológico y parto pretérmino y encontró una fuerte asociación entre los problemas psicológicos

Los cuidados y sostén psicológico de la internación junto con las charlas informativas dentro de un marco transferencial, haciendo hincapié en su problema actual constituyen un adecuado entramado de contención que permite controlar la APP, alargar el tiempo de latencia y mejorar su evolución durante por lo menos dos semanas.

que se presentaban a partir de la semana 30 y el nacimiento pretérmino.²¹

A raíz de estudios realizados en Francia (Papienik)²² en la década del ochenta donde se sustenta la teoría que el estrés laboral y profesional podría adelantar la fecha del parto, se realizaron cambios en el estilo de vida, licencias prolongadas y otros logrando disminuir significativamente el nacimiento de niños menores de 37 semanas ya que de 8,2% de niños nacidos antes de las 37 semanas en 1972 pasaron a 5,1% en 1989.

La ventaja de nuestra investigación es que la población que tomamos en nuestro estudio tiene la característica de no presentar patología orgánica diagnosticada como causa de APP.

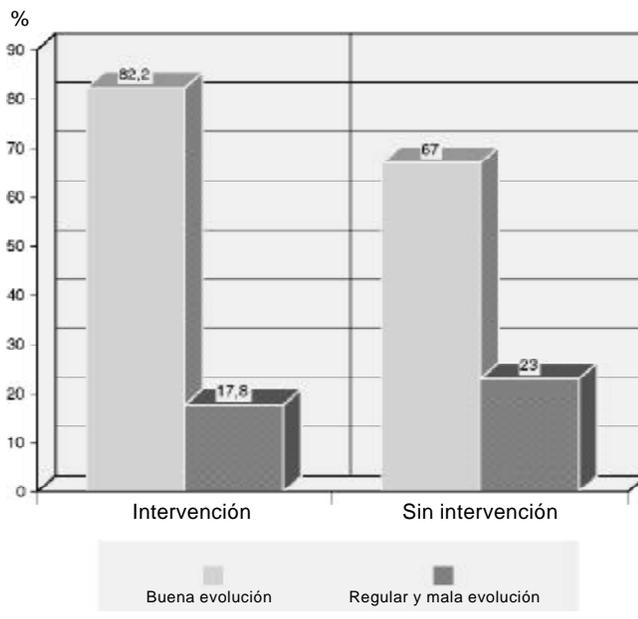
Por el contrario la mayoría de los trabajos que investigan factores psicológicos no hacen esta discriminación, introduciendo así factores de confusión a las muestras (incluyendo los antes mencionados).

Podemos entonces concluir que los cuidados y sostén psicológico de la internación junto con las charlas informativas dentro de

un marco transferencial, haciendo hincapié en su problema actual constituyen un adecuado entramado de contención que permite controlar la APP, alargar el tiempo de latencia y mejorar su evolución durante por lo menos dos semanas.

Queda por delante un arduo trabajo en este campo. Se plantea a partir de aquí numerosos interrogantes como por ejemplo, analizar los factores de riesgo psicológicos que inciden en el desencadenamiento del APP y poder determinar así que población sería la mayor beneficiada con este tipo de intervenciones que contribuyan a bajar la tasa de prematuridad en nuestra población.

Figura 1: Influencia de la información y contención en la evolución.



Bibliografía

1. Iams J. Trabajo de parto pretérmino. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de EE.UU 1995; IV:643.
2. República Argentina. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Propuesta normativa Perinatal tomo II, octubre 1993.
3. Normatización Hospital Ramón Sardá. Amenaza de parto prematuro, 1994.
4. Bercowitz G, Papiernik E. Epidemiology of preterm birth. Epidemiology Rev 1993; 15: 414-440.
5. Grandi C, Largaña M, Rittler M. Estadísticas del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 1996. Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 1998; 17: 211-228.
6. Mamelle N. Prevention of preterm birth in patients

- with symptoms of preterm labor the benefits of psychologic. Support Am J Obstet and Gynecol 1997; 177: 947-52.
7. Bercowitz G. The role of psychological factors in spontaneous preterm delivery. Psychosom 1983; 27: 283- 290.
 8. Omer H, Everly GS. Psychological factors in preterm labor: Critical review and theoretical synthesis. AM J Psychiatry 1988; 145: 1507-13.
 9. Dyson DC. Preterm birth in high risk patients: The role of education and provider contact versus home uterine monitoring. Am J Obstet Gynecol 1991; 164: 756-62.
 10. Laplanche J, Pontalis J. Diccionario de psicoanálisis Editorial. Barcelona: Labor, 1981.
 11. Gorali V (comps.). Estudios de psicología. Buenos Aires: Atuel, 1994.
 12. Courel R. La cuestión psicopatológica. Manantilla Argentina, 1996.
 13. Sigmund Freud. Sobre la sexualidad femenina. Tomo XXI. Amorrortu, 1927-31.
 14. Sigmund Freud. La negación. Tomo XX. Amorrortu, 1925.
 15. Salvaneschi, JP. Endocrinología Clínica. El Ateneo, Buenos Aires 1984; 111.
 16. Bekei M. Trastornos psicopatológicos en la niñez y la adolescencia. Buenos Aires: Nueva Visión, 1984.
 17. DSM - Clasificación internacional de los criterios diagnósticos específicos de cada trastorno mental. IV Breviario Criterios diagnósticos Masson. Barcelona, España, 1998.
 18. Iams J. Prevention of preterm Birth. N Eng J Med Jan 1998; 339.
 19. Wolfe CDA. Plasma CRH in abnormal pregnancy. Br J Obstetric Gynecol 1998; 95: 1003-1006.
 20. Warren W. Elevated maternal plasma corticotrophin-releasing hormone levels in pregnancies complicated by preterm labor. Am J Obstetric Gynecol 1992; 166: 1198-1207.
 21. Hedegard M. Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. British Medical Journal 1993; 307: 234.
 22. Papiernik E. Interventions to prevent preterm delivery. Contemporary Obstetric and Gynecology 1993; 3: 74.

Apéndice

Hospital Materno Infantil
Ramón Sardá

Cuestionario Nro.:	Entrevistador:	Fecha			
--------------------	----------------	-------	--	--	--

1. Nombre y Apellido:

2. Nacionalidad:

3. Fecha de nacimiento: Edad:

4. Nivel de escolaridad:

A. Analfabeta	<input type="text"/>
B. Estudio primario - último año cursado:	<input type="text"/>
C. Estudio secundario - último año cursado:	<input type="text"/>
D. Estudio terciario - último año cursado:	<input type="text"/>

5. Domicilio:
Localidad: Teléfono:

6. Tipo de vivienda:

Tiene agua corriente	<input type="text"/>	o bomba de agua	<input type="text"/>
Tiene baño	<input type="text"/>	no tiene baño	<input type="text"/>
Tiene cloacas	<input type="text"/>	o tiene pozo	<input type="text"/>
Tiene gas natural	<input type="text"/>	o gas de gorrifa	<input type="text"/>
Debe subir escaleras: Sí	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>
¿Cuántos ambientes tiene?	<input type="text"/>		

7. Ocupación:

A. ¿Realiza Ud. las tareas del hogar? Sí No

B. ¿Recibe Ud. ayuda en las tareas del hogar? Sí No

¿De quién/es? ¿En qué tipo de tareas?

C. ¿Realiza otro trabajo dentro o fuera de la casa? Sí No

¿Qué actividad realiza?

¿Cuántas horas diarias? 1 a 4 5 a 8 más de 8

¿Cuántos días semanales? 2 3 a 5 6 a 7

8. Con quién vive actualmente

	Parentesco	Ocupación	Edad	Nivel de escolaridad
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

9. ¿En este embarazo estuvo internada antes? Sí No

A. ¿Cuándo?

B. ¿Por qué?

C. ¿Dónde?

10. ¿Cómo llegó al hospital para internarse en este embarazo? 1- Sola
 2- Acompañada por: Pareja Madre Suegra Vecina Otros

11. ¿Sabe Ud. por qué está internada? A- Contracciones
 B- Dilatación
 C- Bolsa rota
 D- Otros
 E- No sabe

12. Los días previos a que la internaran, ¿pasó algo en especial que desee mencionar?

		Propio	De otro u otros
A. Accidente			
B. Disgusto	Pelea		
	Mala noticia		
	Problema		
C. Pérdida de alguien cercano			
D. Estuvo nerviosa			
E. Sufrió algún golpe			
F. Hizo algún esfuerzo			
G. Otro			
H. No pasó nada que mencionar	<input type="checkbox"/>		

13. 1. A partir de la internación, ¿ha notado cambios?
 A. Cedieron las contracciones B. Cedieron los dolores
 C. Cedieron las molestias D. Está más tranquila
 13. 2. A qué lo atribuye? _____

14. Si no notó cambios, ¿puede explicar cuál sería el motivo?

15. ¿Cuántos embarazos ha tenido?

16. Número de partos
 Cesáreas
 Abortos
 Nacidos muertos
 Muertes neonatales
 Muertos en la infancia

17. Este embarazo fue:

	Por Ud.	Su pareja	Ambos
Deseado			
Planeado			
Aceptado			
Ocurrió sin haberlo planeado			

18. Pensaron alguna vez Ud. o su pareja en interrumpir el embarazo?
 Usted: Sí No Su pareja: Sí No

19. ¿Estaba usando algún método anticonceptivo?
 No Sí ¿Cuál?

20. ¿Desea darle el pecho a su bebé? Sí No No sé

21. ¿A su hijo anterior le dio pecho? Sí No ¿Cuánto tiempo?
22. Su papá: A. ¿Vive? Sí No B. ¿Lo conoció? Sí No
 C. ¿Mantiene actualmente algún tipo de relación con él? Sí No
 D. ¿Con qué frecuencia se ven? Una vez al año Una vez a la semana
 Una vez al mes Todos los días

Elija tres o más frases con las que se sienta identificada

- Con sólo mirarla ya se da cuenta qué le pasa
 Nunca sabe lo que le pasa
 Le motiva contarle sus cosas
 Nunca se cuentan nada
 A él no le interesa lo que le pasa
 Cuando tienen algún problema, se ayudan
 Necesita saber de él
 Él necesita saber de Ud.
 Prefiere no saber nada de él
 Los consejos de él son muy importantes para Ud.
 Quiere acercarse a él y no sabe cómo
 Está muy encima suyo

23. Su mamá: A. ¿Vive? Sí No B. ¿La conoció? Sí No
 C. ¿Mantiene actualmente algún tipo de relación con ella? Sí No
 D. ¿Con qué frecuencia se ven? Una vez al año Una vez a la semana
 Una vez al mes Todos los días

Elija tres o más frases con las que se sienta identificada

- Con sólo mirarla ya se da cuenta qué le pasa
 Nunca sabe lo que le pasa
 Le motiva contarle sus cosas
 Nunca se cuentan nada
 A ella no le interesa lo que le pasa
 Cuando tienen algún problema, se ayudan
 Necesita saber de ella
 Ella necesita saber de Ud.
 Prefiere no saber nada de ella
 Los consejos de ella son muy importantes para Ud.
 Quiere acercarse a ella y no sabe cómo
 Está muy encima suyo

24. Si tuvo embarazos anteriores: ¿Hubo complicaciones?
 No Sí ¿Cuáles?

25. Si tiene pareja: ¿Qué opina de este embarazo?
 A Está de acuerdo E Al principio no estaba de acuerdo pero ahora sí
 B Está contento F Tiene miedo
 C No le parecía el momento oportuno G Está preocupado
 D No le dijo nada al respecto

26. Su pareja, ¿tiene empleo actualmente? Sí ¿Cuál?
 Empleo permanente: desde cuándo? Transitorio: hasta cuándo?
 Tiene segundo empleo ¿Cuál?
 ¿Cuántas horas diarias le ocupan el (los) empleo (s)?
 No Desde cuándo?

27. ¿Qué opina Ud. de esto que le está pasando?

