

## MANEJO PRENATAL DEL PARTO PREMATURO<sup>1</sup>

● Se exponen los resultados obtenidos en un proyecto que se llevó a cabo en Paysandú, Uruguay, de tratamiento prenatal para detener el parto prematuro e inducir la madurez pulmonar fetal. Este proyecto forma parte de un programa integral que uniforma el manejo perinatal de la prematuridad en hospitales de maternidad de América Latina.

Se siguió un criterio uniforme para diagnosticar la amenaza de parto prematuro en sus etapas iniciales, así como para contraindicar el intento de prolongar una gestación amenazada por un parto prematuro.

En forma prospectiva se obtuvo información perinatal precifrada de todas las amenazas de parto prematuro, independientemente de su resultado. De igual manera, se registraron los índices de mortalidad pe-

rinatal, así como la incidencia y la mortalidad específica del grupo con bajo peso al nacer (<2,500 g). Durante el primer año (1977) (etapa de diagnóstico) se siguió el criterio terapéutico existente, sin modificarlo. Durante el segundo año del estudio (1978) (etapa de intervención) se inició un nuevo procedimiento uniforme, según el esquema prenatal que se indica a continuación:

*Terapéutica de ataque.* Se instiló por vía intravenosa fenoterol (Partusisten®) a razón de 1-4  $\mu\text{g}/\text{min}$  hasta un máximo de ocho horas. En algunos casos, el tratamiento de ataque se inició directamente por vía oral (5 mg cada 30 minutos, de acuerdo con la tolerancia indicada por la frecuencia cardíaca materna, hasta un total de 15 mg). Se administró diariamente indometacina en supositorios de 100 mg, únicamente durante tres días (dosis total, 300 mg). Cuando la gestación estaba entre la 26a. y la 34a. semanas, se administraron 12 mg diarios de betametasona durante dos días consecutivos.

<sup>1</sup> Actas del seminario "Manejo del Parto Prematuro", IX Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia, 25 a 31 de octubre de 1979, Tokio, Japón. R. Schwarcz, A. G. Díaz, R. Fescina, R. Belitzky, L. F. Burjel, H. Capurro, J. L. Díaz Rossello, M. Martell, F. Nieto y S. M. Tenzer, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), OPS/OMS, Casilla de Correo 627, Montevideo, Uruguay.

*Terapéutica de mantenimiento.* Fenoterol (Partusisten®), 5 mg cada seis horas vía oral, hasta la 36a. semana de embarazo. Betametasona (Celestone Cronodose®), una dosis de 12 mg cada 7 días, hasta la 32a. semana de embarazo.

Los resultados se obtuvieron al comparar los grupos siguientes:

a) Etapa de diagnóstico (N = 252 de 1,968 partos), con la etapa de intervención (N = 298 de 1,907 partos).

b) Partos prematuros que no recibieron tratamiento en ninguno de los dos años (N = 298), con los que se trataron con el esquema uniforme (N = 158).

c) Todos los partos prematuros que necesitan tratamiento pero que no lo recibieron (grupo testigo N = 125), con los que fueron tratados según el programa (grupo que recibió el tratamiento uniforme N = 89). Estos grupos se emparejaron con los siguientes criterios; no mostraron ninguna patología conocida, ni materna ni fetal, no hubo ruptura de membranas y el cuello presentaba una dilatación inferior a 4 cm.

## Resultados

*Peso al nacer.* Se encontró que era considerablemente mayor en los grupos que es-

taban en la etapa de intervención que en los que estaban en la etapa de diagnóstico ( $p < 0.01$ ). Este aumento, de 12% en promedio, se eleva al 27% si se incluyen únicamente los casos de la etapa de intervención que recibieron el tratamiento uniforme ( $p < 0.001$ ).

*Valoración de Apgar, síndrome de dificultad respiratoria (SDR), y muertes fetal y neonatal temprana.* La incidencia de la depresión neonatal en el primer minuto de vida, de SDR y de fallecimiento neonatales fue notablemente menor en el grupo que recibió el tratamiento uniforme que en el testigo que no recibió tratamiento (el grupo emparejado). No se encontraron diferencias importantes entre ambos grupos en cuanto a la incidencia de muertes fetales.

*Índices de mortalidad perinatal y neonatal.* Durante el año de la etapa de intervención se observó una disminución en los índices de mortalidad perinatal, así como en la incidencia y la mortalidad neonatal específica de los lactantes con bajo peso al nacer (2,500 g). Se obtuvieron resultados similares a partir de la información reunida de otros hospitales de maternidad incluidos en este programa perinatal.