

anos apenas e depois recaem no analfabetismo;

- menos de 1% das crianças em idade pré-escolar tem acesso a serviços de creche;

- metade da população das favelas é composta de crianças; as populações faveladas aumentam três ou quatro vezes mais rapidamente do que as populações das áreas mais modernas das cidades e muitas vezes a uma taxa anual de 10 a 15%;

- mais de 810 milhões de bebês e crianças estão sendo criados em áreas rurais remotas, onde as taxas de mortalidade infantil, de analfabetismo e de desnutrição infantil são muito altas e onde são poucos—quando existem—, os serviços básicos para atendê-las;

- a inflação atinge a todos e, devido a ela, os fundos de programas a longo prazo para assistência à infância estão-se desvalorizando, ameaçando o já precário acesso de milhões de crianças à saúde, à vida e ao futuro.

Segundo Gabriela Mistral, grande amiga

e defensora da infância, a criança chama-se *Hoje*. Para os milhões de crianças que morrerão antes de atingir a adolescência, nos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, de nada valerão o aumento do PNB e a ilusória elevação da renda média *per capita*. A que título deverão essas crianças ser sacrificadas a um hipotético bem-estar das gerações futuras?

Salvar a criança da morte, do sofrimento, da fome, da ignorância, da criminalidade, é o desafio que o Ano Internacional da Criança nos lança neste último quartel do século XX, II milênio do cristianismo, quando construímos naves espaciais para pesquisar a vida em outros planetas e deixamos morrer de fome crianças no nosso planeta.

NORMATIZACION DE LA ATENCION PERINATAL: PROPUESTA DE PROGRAMA DE INTERVENCION NORMATIVA PARA EL MANEJO PERINATAL DE LA PREMATUREZ¹

Por el Dr. Ricardo Schwarcz²

La reducción del número de recién nacidos con insuficiencia ponderal puede resolverse, en parte, dentro de los centros asistenciales maternoinfantiles por medio del diagnóstico precoz y de la aplicación racional y uniforme de un tratamiento prenatal precoz con objeto de evitar el parto prematuro.

Diagnóstico de situación en América Latina

Las altas tasas de mortalidad neonatal en América Latina no han disminuido de manera significativa en los últimos 10 años. En el momento actual, alrededor del 70% de los niños que mueren en el período neonatal pesan menos de 2,500 g al nacer, lo que se considera

insuficiencia ponderal. La mortalidad neonatal de estos recién nacidos es 30 a 40 veces superior a la correspondiente a nacidos con peso mayor a 2,500 g. La frecuencia de recién nacidos con peso insuficiente, que no ha experimentado cambios en el último decenio en América Latina, oscila entre el 10% y el 25% de los nacidos vivos. En algunas regiones esta cifra puede ser aún mayor.

De los niños con insuficiencia ponderal, el 50% a 70% corresponde a prematuros con peso adecuado para su edad gestacional. El prematuro tiene graves problemas de adaptación a la vida extrauterina por la inmadurez de sus órganos y sistemas. Entre los más graves, a título de ejemplo, se menciona el

¹ Trabajo basado en: *Manejo Perinatal de la Prematurez*. P. Schwarcz (h), H. Capurro, R. Béjar, J. Vinacur, R. Belitzky, A. Gonzalo Díaz, J. L. Díaz Rossello y M. Martel. Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), Montevideo, Publicación Científica 755, febrero de 1978.

² Consultor, Organización Panamericana de la Salud, Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), Castilla de Correo 627, Montevideo, Uruguay.

síndrome de dificultad respiratoria idiopático (SDRI) o enfermedad de membrana hialina, que produce del 20% al 30% de las muertes neonatales. La incidencia estimada de SDRI en niños que pesan menos de 2,500 g es de alrededor del 15%. Los niños nacidos a término muy ocasionalmente presentan SDRI. La incidencia de secuelas neurológicas en los niños nacidos con peso insuficiente que sobreviven es, muchas veces, mayor que en los que nacieron con un peso superior a los 2,500 g.

Estrategia institucional

Las acciones ideales para reducir el nacimiento de niños con insuficiencia ponderal son, fundamentalmente, las que se dirigen al

mejoramiento del nivel socioeconómico y cultural de la población. Además de este logro, cuya consecución es lenta, el problema, en parte puede y debe resolverse dentro de los centros asistenciales maternoinfantiles por medio del diagnóstico precoz y de la aplicación racional y uniforme de un tratamiento prenatal igualmente precoz para detener el parto prematuro.

Las acciones curativas son bastante diferentes según se trate de una gestación prematura o no (con un retardo del crecimiento fetal) o de un parto prematuro (con un feto de crecimiento normal para su edad gestacional). El programa se dirige hacia esta última patología que abarca el 50% a 70% de todos los nacidos con insuficiencia ponderal.

FIGURA 1—Ubicación geográfica de los hospitales de América Latina que participaron del Programa de Intervención Normativa sobre el Manejo Perinatal de la Prematuridad.



Programa propuesto

Se describe a continuación el Programa de Intervención Normativa sobre el Manejo Perinatal de la Prematuridad que se extiende a la mayoría de los países de América Latina (figura 1). Muchas maternidades y hospitales en los que funciona el Programa participan en la recolección uniforme de los datos perinatales que se requieren.

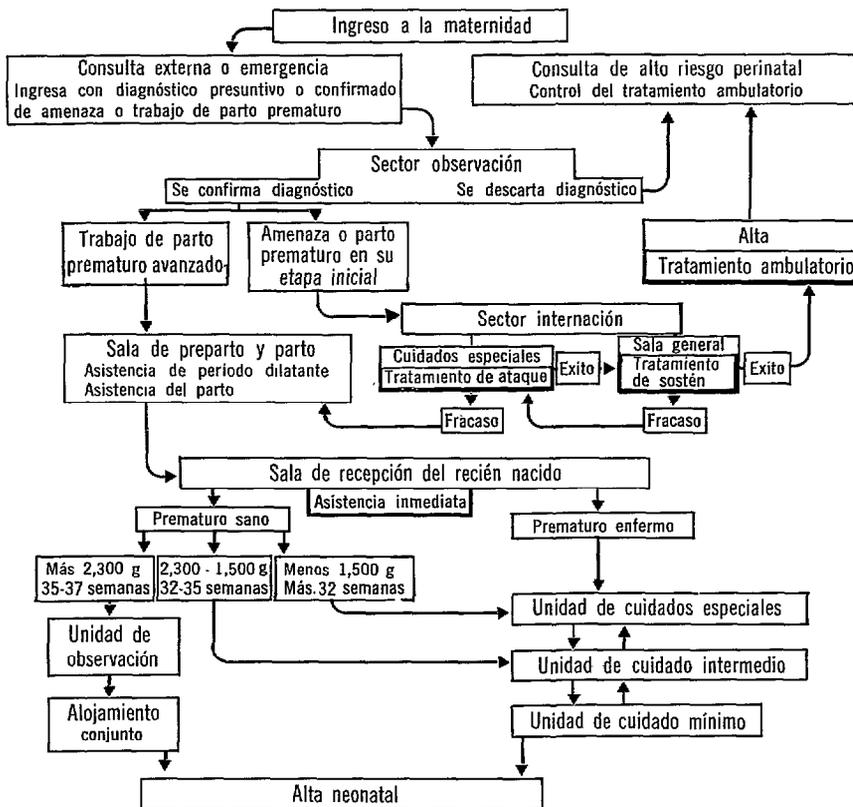
El Programa otorga importancia al diagnóstico y tratamiento prenatal uniforme y precoz de las embarazadas que llegan a los servicios de salud con amenaza de parto prematuro o en parto prematuro en su etapa inicial, situación que, como ya se ha mencionado, representa un grave problema asistencial y de salud. La gestación normal permite

el nacimiento de niños maduros, capaces de adaptarse mejor a la vida extrauterina.

Para los casos en que es inevitable el nacimiento de un niño prematuro con grave insuficiencia ponderal, el Programa ha normatizado un tratamiento precoz y adecuado para contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad de este período y las secuelas neurológicas.

Para lograr la meta del Programa se han establecido normas diagnósticas y terapéuticas tanto para la amenaza del parto prematuro como del parto prematuro mismo que, aplicadas precozmente, permiten prolongar la gestación. Además, como ya se ha dicho, se establecen normas uniformes para asistir de manera adecuada al recién nacido prematuro, en especial con respecto a la asistencia

FIGURA 2—Detención del parto prematuro y atención del recién nacido prematuro.



inmediata, el control de infección y la alimentación.

Las normas se adecuan a distintos niveles de complejidad institucional, de modo que pueden aplicarse al ámbito latinoamericano, respetando sus diferentes posibilidades. La respuesta satisfactoria a las medidas se alcanza por medio de la aplicación de normas específicas en cada uno de los sectores por los cuales deben pasar las embarazadas con riesgo de prematuridad y los recién nacidos prematuros.

En la figura 2 se detallan las etapas de asistencia a la embarazada desde que ingresa en la maternidad hasta que se le da de alta, después del parto; igualmente se pueden seguir en la figura las etapas de asistencia del recién nacido.

Contenidos del Programa

El tipo de atención médica, así como los cuidados generales, dependen del diagnóstico obstétrico, el cual, según el Programa, se realiza con rapidez sobre la base de los criterios ya establecidos, con uniformidad.

Todo el personal responsable de la atención de la embarazada discute las normas diagnósticas que se aplican ante la amenaza de parto prematuro o en el parto prematuro, así como las normas posteriores. Fundamentalmente, la discusión se basa en el conocimiento de la edad gestacional, de la frecuencia de contracciones uterinas y de las características del cuello uterino. Se destaca además la existencia de otros elementos predisponentes y desencadenantes que ayudan al diagnóstico.

Tratamiento prenatal

El tratamiento se realiza en tres etapas sucesivas: de ataque, de sostén en reposo y de sostén ambulatorio.

La base fisiológica del tratamiento prenatal consiste en el uso simultáneo de distintos fármacos para inhibir la contractilidad ute-

rina y para acelerar la madurez pulmonar fetal, entre ellos los fármacos de acción betamimética. Dado que la administración intravenosa de estos fármacos betamiméticos requiere un control especial, solo se utiliza esta vía en las maternidades equipadas de manera adecuada. En cambio, en aquellos establecimientos que no disponen de personal suficiente y adiestrado para este tipo de cuidados especiales, el fármaco betamimético se administra oralmente. Si bien por esta vía es menos potente y más lento en actuar, resulta más seguro, pues se evitan posibles accidentes que la unidad no podría enfrentar con un control intensivo de la embarazada.

Evaluación

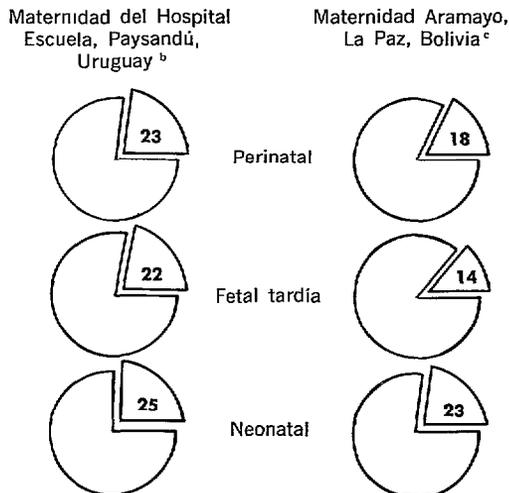
La maternidad que adopta el Programa de Intervención Normativa sobre el Manejo Perinatal de la Prematuridad se evalúa antes y durante la aplicación del Programa mediante un sistema de registros maternos, fetales y prenatales. Esta evaluación tiene por objeto permitir las correcciones y adaptaciones necesarias de acuerdo con las características locales.

Cuando no es posible aplicar el tratamiento prenatal, por captación tardía de la embarazada (parto prematuro avanzado), cuando este tratamiento está contraindicado o, cuando en un determinado caso, el mismo no es eficaz para detener el parto, el Programa propone normas para la atención del parto prematuro y del recién nacido prematuro. Están dirigidas a las maternidades que carecen de dichas normas o que desean revisar las existentes.

En la Maternidad del Hospital Escuela de Paysandú, dependiente del Ministerio de Salud Pública de Uruguay, y en la Maternidad de Aramayo de la Paz, Bolivia, se puso en práctica este Programa de Intervención Normativa durante períodos aproximadamente semejantes de 11 a 13 meses. Se trataron 9,714 partos consecutivos.

En ambas maternidades se registró un descenso en la mortalidad prenatal precoz. La

FIGURA 3—Disminución porcentual de las tasas de mortalidad, luego de implantado el Programa de Intervención Normativa sobre el Manejo Perinatal de la Prematurez en dos centros materno-infantiles sobre 9.714 partos consecutivos.^a



^a Coordinación general: Dres. Ricardo Schwarcz, Angel Gonzalo Díaz, R. Belitzky, Ricardo Fescina, Haroldo Capurro. CLAP, OPS/OMS.

^b Proyecto Paysandú, Uruguay. Coordinación local: Dr. Luis Burjel, Paysandú, Uruguay.

^c Proyecto La Paz, Bolivia. Coordinación local: Dres. Fernando Alvarez y Eduardo Wilde. La Paz.

disminución fue a expensas de la correspondiente a los recién nacidos con insuficiencia ponderal (figura 3) y se asocia con tres factores:

- Aumento del peso al nacer (caída de la incidencia de prematurez) por prolongación de los embarazos amenazados de interrupción prematura tratados con uteroinhibidores.
- Disminución de la incidencia de dificultad respiratoria idiopática o síndrome de membrana hialina, por el tratamiento prenatal inductor de la madurez pulmonar y por la mayor edad gestacional de peso al nacer (caída de la letalidad).
- Probable mejoramiento de la atención del parto y del recién nacido prematuro.

En ambos proyectos se observó también un descenso de la mortalidad fetal. Este impacto indirecto podría ser explicado, en parte, por el mejor seguimiento de la embarazada con riesgo de prematurez.

La experiencia de este Programa que se ha esquematizado con suma brevedad, puede servir de base para realizar una amplia acción de salud pública cuyo objetivo sea la disminución, a nivel continental, de una de las causas más graves de la morbimortalidad perinatal en América Latina.