



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



EDITORIAL

Hay algunos problemas en nuestra especialidad que se hallan siempre en el primer plano de la actualidad, ya que nunca se han llegado a resolver de manera satisfactoria, aun a pesar de que la investigación no cesa.

En el ámbito de la perinatología, probablemente el paradigma de este tipo de problemáticas está representando por el tema de la prematuridad.

Desde la década de los sesenta del siglo pasado (con el inicio de las investigaciones encaminadas a obtener fármacos capaces de frenar la actividad del útero grávido) se han realizado profundas y constantes investigaciones destinadas a conocer las causas y mecanismos que desencadenan el parto prematuro, por una parte, y obtener preparados farmacológicos capaces de detener el parto iniciado prematuramente o al menos retrasar el nacimiento; al mismo tiempo, también han sido innumerables las tareas llevadas a cabo con el fin de mejorar la morbilidad del recién nacido prematuro.

A pesar de todo ello, el problema persiste y la realidad señala que, desde entonces, la reducción de las tasas de prematuridad ha sido escasa o nula, si bien es cierto que se ha experimentado una evidente mejoría en la supervivencia de los prematuros.

Por lo que se refiere al tratamiento obstétrico poco se ha progresado en las últimas décadas, como parece demostrarlo el hecho de que sigue siendo habitual encontrar en la literatura científica internacional trabajos que todavía se centran en la utilidad de los tratamientos que podríamos llamar clásicos: diversos tipos de betamiméticos, sulfato de magnesio, inhibidores de las prostaglandinas, antagonistas del calcio y, por último, antagonistas de la oxitocina (cuyas primeras publicaciones, dicho sea de paso, datan ya de 1986, con los trabajos de Melin, Akerlund, Turnbull y otros). Asimismo, se sigue especulando sobre la utilidad de la administración de corticoides con el fin de obtener la maduración del pulmón fetal, sobre la utilidad de los antibióticos profilácticos, y poco más.

Parece ser pues que, en el momento actual se podría concluir que:

«Parece evidente que se requiere una reflexión final que, como mínimo, oriente los nuevos caminos por los cuales parece posible que la actual tasa de prematuridad (estancada entre el 5–10%) puede ser reducida. A nuestro juicio, los elementos que deben conducir a la citada mejoría en los resultados son:

1. Incrementar y profundizar los estudios epidemiológicos en busca de parámetros posibles de predictibilidad de riesgo de prematuridad.
2. Mejorar los cuidados ante y prenatales con el fin de poder disminuir de forma significativa la prematuridad inducida.
3. Profundizar en la prevención y tratamiento de aquellas patologías de la gestación que con más frecuencia condiciona la aparición de la actividad del útero antes del término.
4. Búsqueda de soluciones a la rotura prematura de membranas y prevención de la corioamnionitis.
5. Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de todo caso de incompetencia cervical.
6. Diagnóstico precoz de las amenazas de parto prematuro y empleo juicioso, en terapéutica única o combinada de los distintos fármacos disponibles para la inhibición de la actividad uterina.

Aunque pueda parecer sorprendente para algunos, las anteriores recomendaciones forman parte de una publicación aparecida hace ahora 19 años». Esteban-Altirribia J, Durán-Sánchez P, Roca B, Martí A, y Ubieto-Lope JJ. Prematuridad. *Clín. Invest. Gin. Obst.* 1991; 18(8): 339–52.

A partir de lo dicho con anterioridad, y conociendo las tasas actuales de prematuridad, que cada cual saque sus propias conclusiones sobre el progreso real experimentado en los últimos veinte años en este trascendental problema perinatalógico.