

2013

## FACTORES DE RIESGO DE AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA FUNDACION HUMANITARIA PABLO JARAMILLO, CUENCA, ECUADOR; Y HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, CAUQUENES, CHILE.

*Estudio descriptivo, retrospectivo; donde se incluyó mujeres, que acudieron a la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo FPJC (Cuenca, Ecuador) y al Hospital San Juan de Dios HSJD (Cauquenes, Chile) por presentar sintomatología compatible con Amenaza de Parto Pretérmino (APP), donde se determinó y comparó los factores de riesgo, además del tratamiento establecido con datos recolectados a partir de Enero 2009 hasta Enero 2012*



CABRERA PALACIOS DANIELA; ESPINOZA ASTUDILLO CAROLINA  
UNIVERSIDAD DEL AZUAY FACULTAD DE MEDICINA  
27/09/2013



# FACTORES DE RIESGO DE AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA FUNDACION HUMANITARIA PABLO JARAMILLO, CUENCA, ECUADOR; Y HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, CAUQUENES, CHILE.

DANIELA CABRERA PALACIOS  
CAROLINA ESPINOZA ASTUDILLO

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE MEDICINA  
CUENCA – ECUADOR  
2013

## AUTORES

DANIELA CABRERA PALACIOS  
LUIS MORENO MORA 3-42  
TELF: 2881320  
EMAIL: ua038293@uazuay.edu.ec  
CAROLINA ESPINOZA ASTUDILLO  
AV. LOJA S/N  
TELF: 2385295  
EMAIL: ua043743@uazuay.edu.ec

**RESUMEN:** Este es un estudio descriptivo, retrospectivo; donde se incluyó mujeres, que acudieron a la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo FPJC (Cuenca, Ecuador) y al Hospital San Juan de Dios HSJD (Cauquenes, Chile) por presentar sintomatología compatible con Amenaza de Parto Pretérmino (APP), donde se determinó y comparó los factores de riesgo, además del tratamiento establecido con datos recolectados a partir de Enero 2009 hasta Enero 2012. Un factor sociocultural importante fue el estado civil, las pacientes que desencadenaron Amenaza de Parto Pretérmino en la población de Cuenca eran casadas en un 62%, a diferencia de Cauquenes en donde el 40% eran solteras. La edad materna estuvo entre 20 y 30 años de edad en ambas poblaciones. La infección de vías urinarias fue el desencadenante principal, con un 52% (HSJD) frente a 53% (FPJC). Referente al tratamiento, el tocolítico más utilizado en HSJD fue el Feroterol en el 81% de las pacientes, mientras que en FPJC el uso de Nifedipino fue en el 65% de pacientes. La edad gestacional promedio fue de 32.3 semanas gestacionales (SG), frente a 32,6, en HSJD y FPJC respectivamente.

## ABSTRACT

### RISK FACTORS FOR PRETERM LABOR IN PATIENTS HOSPITALIZED AT FUNDACION HUMANITARIA PABLO JARAMILLO, CUENCA, ECUADOR; AND SAN JUAN DE DIOS HOSPITAL, CAUQUENES, CHILE

This is a descriptive and retrospective study, which includes women who attended Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo FPJC (Cuenca, Ecuador) and San Juan de Dios Hospital HSJD (Cauquenes, Chile) for presenting symptomatology compatible with Threatened Preterm Birth (PTB), where risk factors were determined and compared; in addition to the treatment established from data collected from January 2009 to January 2012.

An important sociocultural factor was their marital status. The patients who triggered Threatened Preterm Birth in the population of Cuenca were married by 62%, unlike the ones in Cauquenes, where 40% were single. Maternal age was between 20 and 30 years of age in both populations. Infection of urinary tract was the main trigger, with 52% (HSJD) versus 53% (FPJC). For the treatment, the tocolytic agent most used in HSJD was Feroterol in 81% of patients, while the use of Nifedipine in FPJC was in 65% of patients. Gestational average age was 32.3 SG, against 32.6 in HSJD and FPJC respectively.



Translated by:  
Lic. Lourdes Crespo

**INTRODUCCIÓN:** Los partos prematuros representan cerca del 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo (en América Latina y el Caribe, cada año nacen cerca de 12 millones de niños, 400 000 mueren antes de cumplir cinco años, 270 000 en el primer año de vida, 180 000 durante el primer mes de vida y 135 000 por prematuridad<sup>12</sup>. Además de la pérdida de vidas, el nacimiento prematuro representa costos económicos y emocionales considerables para las familias y las comunidades. Por este motivo, las instituciones de salud deben establecer protocolos para enfrentar la amenaza de parto pretérmino, monitoreando las causas más frecuentes y las características asociadas a las pacientes que sufren de esta condición durante la gestación.

El parto pretérmino afecta aproximadamente del 10 al 15% de todos los nacimientos, presentando diferencias según el nivel de desarrollo de cada país, a pesar de los avances tecnológicos y del cuidado neonatal, su prevalencia no ha variado en las últimas décadas. La prematurez continua siendo la mayor causa de morbimortalidad neonatal y la responsable del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido<sup>4</sup>.

**MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, con datos obtenidos en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo Crespo (Cuenca-Ecuador) y Hospital San Juan de Dios de Cauquenes (Chile). Se incluyeron todas aquellas mujeres que acudieron a estos establecimientos por haber presentado sintomatología compatible con amenaza de parto pretérmino (APP); quienes fueron diagnosticadas e ingresaron para recibir tratamiento en estas instituciones.

En la FHPJC, las pacientes que acudieron fueron en su mayoría del área urbana y en menor porcentaje del área rural a diferencia de Cauquenes que acuden mayor cantidad de pacientes del área rural, durante el periodo comprendido 2009-2012. Los datos obtenidos se tomaron de fichas médicas de los departamentos estadísticos de estos establecimientos y fueron ingresados en una base de datos para ser analizadas, procesadas y tabuladas a través del software de bioestadística SPSS versión 11 y Microsoft Excel versión 10.

**RESULTADOS:** A través de los datos recolectados y procesados se obtuvieron 106 mujeres con APP en Cauquenes de las cuales 16 fueron eliminadas del estudio por ser transferidas a otra casa de salud, obteniendo una población total de 90 pacientes, en Cuenca 52 mujeres fueron diagnosticadas de APP sin embargo 6 pacientes salieron del estudio por no encontrar sus fichas, por lo que nos quedamos con un total 46 pacientes que formaron parte de nuestro estudio.

Con estos datos se analizó el tratamiento que recibieron las pacientes quienes cursaban un embarazo de 28 – 34 semanas de gestación, en donde el 82,22% de las mujeres en Cauquenes recibieron maduración pulmonar y el 81,11% recibió Fenoterol como medicación principal para la APP, y apenas un 2,22% de todas las pacientes recibió Nifedipino.

Por otro lado en Cuenca el 78,26% de las pacientes recibió maduración pulmonar, el 73,91% recibió Nifedipino y solo un 8,69% recibió Fenoterol, de aquellas pacientes quienes recibieron Fenoterol todas habían recibido previamente Nifedipino y como fármaco de segunda línea se empleó el Fenoterol al no tener respuesta con Nifedipino, el resto de terapias que recibieron en ambas instituciones se muestran en las tablas 1 y 7.

En Cauquenes se presentó más en mujeres solteras con un 40% y en Cuenca se presentó más en mujeres casadas con un 67,39%; el factor de riesgo asociado con APP fue el mismo en ambas poblaciones encontrándose infección del tracto urinario en 52,77% en mujeres de Cauquenes y 53,12% en mujeres de Cuenca.

FACTORES DE RIESGO DE PARTO PRETERMINO ECUADOR Y CHILE 2009 – 2012				
FACTOR	CUENCA		CAUQUENES	
	N°	PORCENTAJE	N°	PORCENTAJE
PREECLAMPSIA	3	9,37%	2	5,55%
ITU	17	53,12%	19	52,77%
RPM	1	3,12%	6	16,66%
ABORTOS A REPETICION	1	3,12%	4	11,11%
VAGINOSIS	6	18,75%	4	11,11%
HTG	1	3,12%	1	2,77%
FISTULA AMNIOTICA	2	6,25%	0	0
EMBARAZO GEMELAR	1	3,12%	0	0
N°	32	99,97%	36	99,97%

TRATAMIENTO PARTO PRETERMINO CAUQUENES - CUENCA 2009 – 2012				
TRATAMIENTO	CUENCA		CAUQUENES	
	N°	PORCENTAJE	N°	PORCENTAJE
BETAMETASONA + FENOTEROL	73	81,11%	0	0%
CERCLAJE	2	2,22%	0	0%
CESAREA	4	4,44%	4	8,69%
CLINDAMICINA + METRONIDAZOL OVULOS + HIDRATACION + REPOSO TRASLADO	2	2,22%	0	0%
NO REFIERE	2	2,22%	0	0%
HIDRATACION	1	1,11%	0	0%
CEFADROXILO 1G/D	1	1,11%	0	0%
PROGESTERONA + HIDRATACION	1	1,11%	0	0%
NIFEDIPINO			0	0%
BETAMETASONA + NIFEDIPINO	1	1,11%	30	65,21%
HIDRATACION + BETAMETASONA + NIFEDIPINO + FENOTEROL	0	0%	4	8,69%
OTROS TRATAMIENTOS	0	0%	6	13,04%
PARTO	0	0%	2	4,34%
N°	90	100%	46	100%

**DISCUSION:** El desarrollo de complicaciones en el término del embarazo puede estar asociado a diversos factores, el estado civil es un factor importante dentro de este estudio, ya que la ansiedad o estrés a la que puede estar sometida la paciente soltera puede llevar a una labor pretérmino, sin embargo los resultados demuestran que la mayor parte de las pacientes que desencadenaron Amenaza de parto pretérmino en la población de Cuenca - Ecuador eran casadas en un 62%, a diferencia de Cauquenes- Chile en donde el 40% eran pacientes solteras.

En varios estudios se reporta la edad como factor de riesgo importante sobre todo en ambos extremos de la vida (>40 años y < 15 años), en este estudio la edad de mayor prevalencia se presentan entre los 20 y 30 años en ambas poblaciones.

Los datos obtenidos indican que la infección de vías urinarias es el desencadenante principal para el inicio de una labor pretérmino. Tanto en Cauquenes como en nuestra ciudad, se encontró este factor de riesgo, en un 52% frente a 53% respectivamente, en segundo lugar se encontraron la RPM (16% Cauquenes frente a 3% Cuenca) y vaginosis (18% en Cuenca frente a un 11% Cauquenes).

En lo referente al tratamiento en Cauquenes, el tocolítico de primera línea es el fenoterol, se administró conjuntamente con betametasona (fármaco de elección para maduración pulmonar) en un 81% de las pacientes, siguiendo los protocolos de manejo establecidos en Chile, mientras

que en Cuenca el tocolítico de primera línea es el Nifedipino, se utilizó conjuntamente con betametasona para la maduración pulmonar, este tratamiento se llevó a cabo en el 65% de pacientes con Amenaza de parto pretérmino. La edad gestacional promedio en la población de Cauquenes es de 32.3 semanas; en el Ecuador la edad gestacional fue de 32,6 semanas.

Los resultados posteriores a la instauración del tratamiento nos llevaron a conocer que en Cauquenes apenas un 3% de las pacientes concluyeron su embarazo pretérmino en parto y 4% terminaron su embarazo pretérmino en cesárea, mientras que en la población Cuencana un 10% llevaron su embarazo pretérmino a parto y 21% cesárea por labor de parto pretérmino.

Aquellas pacientes que culminaron su embarazo, respondiendo de manera adecuada al tratamiento tocolítico en Cauquenes, tuvieron cesárea en un 14% y parto eutócico en el 55%; en Cuenca, la resolución fue de 23 y 21% respectivamente sin haber mayor diferencia entre ambas incluso con un leve aumento de porcentaje de cesáreas a término.

**CONCLUSIONES:** Como conclusión con estos resultados podemos estimar que las poblaciones estudiadas tienen algunos datos similares mientras que en otros discrepan; lo más importante son los resultados obtenidos con el tratamiento elegido y lo que ilustra esta conclusión es un embarazo a término obtenido tanto de partos como cesáreas siendo el mayor beneficio es el producto de un recién nacido sano y a término con el mínimo riesgo de complicaciones y menor uso de salas de neonatología que como se sabe es un costo no solo para la familia sino para la economía de un país; en este tema nos podemos dar cuenta que Chile es el que mejor alcanza esta meta con embarazos a término.

En cuanto al tratamiento utilizado, en el Ecuador es el uso de Nifedipino como fármaco de elección en Chile el uso de Fenoterol es mayor y puede haber contribuido con mejores resultados al momento de útero-inhibición en relación con el Nifedipino aunque en la bibliografía actual el Nifedipino es el fármaco de elección, con menores efectos adversos y con resultados similares al Fenoterol.

Este estudio presenta que la infección de vías urinarias es una de las mayores causas establecidas como factor de riesgo para APP, por tanto su tratamiento debe estar dirigido a esta causa, se debe diagnosticarla de manera oportuna y adecuada, además del uso de corticoides en todo embarazo menor de 34 SG, está indicado en todas las guías clínicas, con el fin de evitar complicaciones posteriores en el neonato.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Iams JD. Prediction and early detection of preterm labor. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 402-412.
2. Jaramillo-Prado, J., López-Giraldo, I., Arango-Gómez, F. (2006). Factores asociados con parto pretérmino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales. Julio 2004 – Junio 2005. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 57(2), 74 – 81.
3. Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of membranes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4.
4. Lombardía Prieto J, Fernández Pérez M. Amenaza de parto pretérmino. En: *Ginecología y Obstetricia. Manual de consulta rápida*. 2<sup>nd</sup>ed. TEDEC MEIJI. Editorial médica Panamericana 2007: 376.
5. Martín M, Cabrillo E, Carreras E. Amenaza de parto prematuro y rotura prematura de membranas. En: *Urgencias en Ginecología y Obstetricia: Aproximación a la Medicina basada en la evidencia*. Cañete ML, Cabero L. Ed FISCAM, 2007: 128-129; 129-132; 134-135.
6. McDonald H, Brocklehurst P, Parsons J, Vigneswaran R. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy, 2007.
7. MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica PREVENCIÓN PARTO PREMATURO. Santiago: MINSAL, 2010. ISBN: 978-956-8823-84-9, 1<sup>a</sup> Edición: 2005, Revisión y Actualización: Diciembre 2010.
8. Protocolos SEGO: Amenaza de parto prematuro 2004
9. Smaill F. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4.
10. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4.

11. Thomas McElrath MD. Midtrimester preterm premature ruptura of membranas. En: UpToDate, Rose, BD (Ed), UpToDate, Waltham,MA, 2008.
12. Villanueva, L., Contreras, A., Pinchardo, M., Rosales, J. (2008). Perfil epidemiológico del parto prematuro. Ginecología y Obstetricia de México, 76(9):542 -548

ANEXOS: TABLAS

CAUQUENES

TABLA 1: TRATAMIENTO CAUQUENES

TRATAMIENTO CAUQUENES HSJD	PORCENTAJE	
BETAMETASONA + FENOTEROL	73	81,11%
CERCLAJE	2	2,22%
CESAREA	4	4,44%
CLINDAMICINA + METRONIDAZOL OVULOS + HIDRATAACION + REPOSO	2	2,22%
TRASLADO	2	2,22%
NO REFIERE	2	2,22%
HIDRATAACION	1	1,11%
CEFADROXILO 1G/D	1	1,11%
PROGESTERONA + HIDRATAACION	1	1,11%
NIFEDIPINO	1	1,11%
BETAMETASONA + NIFEDIPINO	1	1,11%
TOTAL:	90	100%

TABLA 2: ESTADO CIVIL CAUQUENES HSJD

ESTADO CIVIL						
AÑO	2009	2010	2011	2012	TOTAL	PORCENTAJE
SOLTERA	19	10	7	0	36	40,0%
CASADA	14	6	3	1	24	26,6%
UNION LIBRE	4	21	4	1	30	33,3%
TOTAL:	37	37	14	2	90	100%

TABLA 3: FACTORES DE RIESGO CAUQUENES HSJD

FACTORES DE RIESGO	PORCENTAJE	
PREECLAMPSIA	2	5,55%
ITU	19	52,77%
RPM	6	16,66%
ABORTOS A REPETICION	4	11,11%
VAGINOSIS	4	11,11%
HTG	1	2,77%
FISTULA AMNIOTICA	0	0
EMBARAZO GEMELAR	0	0
TOTAL:	36	100%

**TABLA 4: EDADES CAUQUENES HSJD**

EDAD PREDOMINANTE EN CAUQUENES						
EDAD						PORCENTAJE
25	5	2			7	7,77%
26	3	2	2	1	8	8,88%
27	4	1	2		7	7,77%

**TABLA 5: RESOLUCION**

RESOLUCION CAUQUENES HSJD		PORCENTAJE
DESCONOCIDA	5	5,55%
TRANSFERENCIA	15	16,66%
PARTO A TERMINO	50	55,54%
CESAREA TERMINO	13	14,44%
PARTO PRETERMINO	3	3,33%
CESAREA PRETERMINO	4	4,44%
TOTAL	90	100%

**TABLA 6: PROMEDIO EDAD GESTACIONAL**

PROMEDIO DE SEMANAS GESTACIONALES POR AÑO EN CAUQUENES HSJD	
AÑO	PREMEDIO SG
2009	32,32
2010	33
2011	32,2
2012	32,05
TOTAL	32,39

**CUENCA**

**TABLA 7: TRATAMIENTO CUENCA FHPJ**

TRATAMIENTO CUENCA	PORCENTAJES	
CESAREA	4	8,69%
PARTO	2	4,34%
HIDRATACION + BETAMETASONA + NIFEDIPINO + FENOTEROL	4	8,69%
BETAMETASONA + NIFEDIPINO	30	65,21%
OTROS TRATAMIENTOS *	6	13,04%
<b>TOTAL:</b>	46	100%

**TABLA 8: ESTADO CIVIL CUENCA FHPJ**

ESTADO CIVIL						
AÑO	2009	2010	2011	2012	TOTAL	PORCENTAJE
SOLTERA	3	2	1	0	6	13,04%
CASADA	11	10	9	1	31	67,39%
UNION LIBRE	1	5	1	0	7	15,21%
DIVORCIADA	0	1	0	0	1	2,17%
VIUDA	0	1	0	0	1	2,17%
<b>TOTAL:</b>	15	19	11	1	46	100%

**TABLA 9: FACTORES DE RIESGO CUENCA FHPJ**

FACTORES DE RIESGO	PORCENTAJE	
PREECLAMPSIA	3	9,37%
ITU	17	53,12%
RPM	1	3,12%
ABORTOS A REPETICION	1	3,12%
VAGINOSIS	6	18,75%
HTG	1	3,12%
FISTULA AMNIOTICA	2	6,25%
EMBARAZO GEMELAR	1	3,12%
<b>TOTAL:</b>	32	100%

**TABLA 10: EDADES CUENCA FHPJ**

EDAD PREDOMINANTE						
EDAD						PORCENTAJE
19	1	1	1	1	4	8,69%
22	2	2			4	8,69%
24	3	1			4	8,69%
27		2	2		4	8,69%

**TABLA 11: RESOLUCION**

RESOLUCION CUENCA FHPJ	PORCENTAJE	
DESCONOCIDA	10	21,71%
PARTO A TERMINO	10	21,71%
CESAREA A TERMINO	11	23,91%
PARTO PRETERMINO	5	10,86%
CESAREA PRETERMINO	10	21,71%
<b>TOTAL:</b>	46	100%

**TABLA 12: PROMEDIO EDAD GESTACIONAL**

PROMEDIO DE SEMANAS GESTACIONALES POR AÑO EN CUENCA FHPJ	
AÑO	PREMEDIO SG
2009	33,6
2010	31,5
2011	32,2
2012	33
<b>TOTAL</b>	32,58