



**Resultados perinatales con el uso de esteroides en pacientes con partos pretérminos.  
Hospital Ramón González Coro  
Enero/2021-Febrero/2022**

**Dra.Niobys Sánchez Ramírez<sup>1</sup>  
Dra.Rana Fadel Ali Haidarah Alsalmay<sup>2</sup>**

Hospital "Ramón Glz Coro". La Habana. Cuba. <http://orcid.org/0000-0003-0295-4134>  
Hospital "Ramón Glz Coro". La Habana. Cuba. <http://orcid.org/0009-0008-5662-6228>

## INTRODUCCIÓN

La prematuridad es en la actualidad uno de los grandes desafíos de la Medicina Perinatal.

La tasa de PP actualmente oscila entre el 6 y el 10% de todas las gestaciones, A pesar de los avances científicos y tecnológicos. A partir de los datos aportados por OMS, con las tasas actuales de prematuridad se esperan cerca de 14 000 000 de PP al año.

## PROBLEMA CIENTÍFICA:

El aumento de la incidencia del parto pretérmino ha determinado un incremento del bajo peso al nacer sobre todo menor de 1500 g, ha tenido una gran repercusión clínica ya que la morbilidad y la mortalidad que entraña es superior.

## JUSTIFICACIÓN:

En este grupo pacientes se concentra la mayor parte de la morbilidad y mortalidad perinatal y las complicaciones a corto y largo plazo.

Para mejorar el estado de salud y la calidad de vida de estos niños, evaluar el impacto de modificaciones de estrategias de tratamiento contribuye a mejorar los resultados.

## PREGUNTA CIENTÍFICA:

¿ Cuáles serán los resultados perinatales de los partos pretérminos cuando se utilizan dosis de esteroides en pacientes atendidas en el Hospital Ginecobstétrico Ramón González Coro durante el periodo de enero 2021 a diciembre 2022?

## OBJETIVOS:

### Objetivo General:

Identificar resultados perinatales en partos pretérminos con utilización de dosis de esteroides en pacientes atendidas en el Hospital Ginecobstétrico Ramón González Coro durante el periodo de enero a diciembre 2022.

### Objetivos Específicos:

- Describir las características obstétricas del grupo de gestantes, incluidas en el estudio.
- Determinar los beneficios con el uso de dosis de rescate, en las pacientes estudiadas.
- Identificar posible asociación entre las complicaciones neonatales y el uso de esteroides, en las pacientes estudiadas.

## MATERIAL Y METODO:

### - Tipo de estudio

La investigación clasifica como un estudio descriptivo de corte transversal.

### Universo:

Las gestantes con fetos únicos, parto entre 26 y 36,6 semanas y sus neonatos, atendidos en el Hospital Ginecobstétrico Ramón González Coro, en el periodo de enero de 2021 a diciembre de 2022, con historias clínicas completas.

## RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de pacientes con partos pretérminos según edad gestacional al parto.

Edad gestacional	No.	%
26 - 28.6 sem	1	0,92
29 - 33.6 sem	28	25,93
34 - 36.6sem	79	73,15
total	108	100,00

Como se puede observar en la tabla 1, el 73,15 % de las gestantes incluidas en el estudio tienen un tiempo de gestación entre 34 y 36,6 semanas, Mientras que, en este grupo de recién nacidos, se reducen las complicaciones asociadas al prematuridad y específicamente las complicaciones respiratorias, porque entre las semanas 34 y 36.6 del embarazo ya hay suficiente surfactante en los pulmones del feto como para permitir que los sacos de aire permanezcan abiertos por lo que no se indica el uso de esteroides en este grupo de gestantes.

Tabla 2. Distribución de pacientes con partos pretérminos según factores de riesgo.

Factores de riesgo de parto pretérmino	No.	%
Anemia	27	25,00
Infección urinaria	6	5,56
Infección vaginal	9	8,33
Enfermedades hipertensivas del embarazo.	29	26,85
Diabetes gestacional	11	10,19
Crecimiento intrauterino restringido	16	14,81
Rotura prematura de membranas	30	27,78
Amenaza de parto pretérmino	8	7,40
Hematoma retroplacentaria	5	4,63
Otras	5	4,63

Como se puede ver en la tabla 2, el factor de riesgo más frecuente es la rotura prematura de membranas con un 27,78% de las pacientes seguido de las enfermedades hipertensivas del embarazo (26,85 %) y de la anemia (25,00 %), en las pacientes con enfermedades hipertensivas 26,85 el parto fue por indicaciones maternas e interrumpir el embarazo por cesárea y no se usa el esteroides para la maduración del pulmón fetal por la presión arterial no controlada por lo que asociada con mayor riesgo de complicaciones del recién nacido por la prematuridad .

Tabla 3. Distribución de pacientes con partos pretérminos según edad gestacional al uso de esteroides.

Edad gestacional al uso de la dosis de rescate	Ninguno		Dosis inicial		Rescate		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
26- 28,6 semanas.	1	0,93					1	0,93
29-33,6 semanas	14	12,96	11	10,19	3	2,78	28	25,92
34-36,6semanas	43	39,81	30	27,78	6	5,56	79	73,15
total	58	53,70	41	37,96	9	8,33	108	100,00

El 39,81 % de las pacientes incluidas en el estudio entre las 34 y las 36,6 semanas no se usaron esteroides, seguido por 27.7%De la paciente que utilizaron la dosis inicial de esteroide entre el grupo 34-36 6 y en este grupo no predominan las complicaciones respiratorias, lo que explica la imprecisión en el uso de esteroides, mientras que antes de las 34 semanas, cuando se presentan complicaciones respiratorias por deficiencia de la surfactante , no se usaron esteroides incluyendo suficiente .

Tabla 4. Distribución de pacientes con partos pretérminos según indicación de cesárea.

Indicación de cesárea	No.	%
Preeclampsia agravada	14	25,00
Cesárea anterior	9	16,07
Preeclampsia y crecimiento intrauterino retardado	4	7,14
Crecimiento intrauterino retardado	4	7,14
Hematoma retroplacentaria	7	12,50
Presentación pelviana y Rotura prematura de membranas	3	5,36
Estado fetal intranquilizante	3	5,36
Otras	12	21,43
Total	56	100

Se aprecia en la tabla 4, que el 25,00 % de las pacientes con partos pretérminos distócicos fueron por indicación preeclampsia agravada, En este grupo, donde se realizó una cesárea urgente y no se usaron esteroides por presión arterial alta y otras condiciones maternas que contraindique el uso de esteroides, este grupo se asocia con una alta incidencia de complicaciones respiratorias.

**Tabla 5:** Distribución de pacientes con partos pretérminos según uso de esteroides y complicaciones respiratoria del recién nacido.

Uso de esteroide	Complicaciones respiratorias de recién nacido			
	Distrés respiratorio		Enfermedad membrana hialina	
	No.	%	No.	%
<b>Ninguno</b>	9	8,33	2	1,85
<b>12 mg</b>	1	0,93		
<b>24 mg</b>	5	4,63	2	1,85
<b>Uso de rescate</b>	2	1,85	2	1,85

En la tabla 5, se observa que el 10,18 % Distribución de los neonato, que presentaron complicaciones respiratorias no utilizaron esteroides, 0.93% presenta distrés respiratorio utilizo dosis inicial de esteroides única dosis 12 mg fue un recién nacido de una gestante con 29 años de edad con preeclampsia agravada, edad gestacional al parto 32.6 s, con tiempo de uso de esteroides hasta al parto menos de 24 hora, cesárea, peso al nacer 1775 gramos, Apgar al 5to minuto 9,9.

4.63% presentaron distrés respiratorio utilizaron dosis inicial de esteroides dosis 24 mg fue un recién nacido de una gestante con 29 años de edad con preeclampsia agravada, edad gestacional al parto 32.6 s, con tiempo de uso de esteroides hasta al parto menos de 24 hora, un recién nacido con edad gestacional al parto 31.1semanas con peso al nacer 1340 gramos, Apgar al 5to minuto 9,9 vía de parto cesárea por rotura prematura de membranas pretermino con meconio con tiempo de uso de esteroide hasta al parto 5 días, un recién nacido con edad gestacional al parto 35.3 semanas con peso al nacer 2125 gramos, Apgar al 5to minuto 9,9 vía de parto cesárea por preeclampsia agravada con tiempo de uso de esteroide hasta al parto más de 7 días , un recién nacido con edad gestacional al parto 35.1semanas con peso al nacer 2300gramos, Apgar al 5to

minuto 9,9 parto eutócico con tiempo de uso de esteroide hasta más de 7 días , un recién nacido con edad gestacional al parto 31semanas con peso al nacer 1995 gramos, Apgar al 5to minuto 9,9 , vía de parto cesárea por feto con crecimiento restringido y gestante en trabajo de parto con tiempo de uso de esteroide hasta al parto 7 días , un recién nacido con edad gestacional al parto 32.6 semanas con peso al nacer 1900 gramos, Apgar al 5to minuto 6,8 vía de parto cesárea por presentación pelviana ,prematuridad , y la gestante en trabajo de parto con tiempo de uso de esteroide hasta al parto menos de 24 hora .

1.85% presentaron Enfermedad membrana hialina utilizaron dosis inicial de esteroides dosis 24 mg, un recién nacido con edad gestacional al parto 32.2 semanas con peso al nacer 1870 gramos, Apgar al 5to minuto 9,9 vía de parto cesárea por hematoma retroplacentaria con tiempo de uso de esteroide hasta al parto 4 días , un recién nacido con edad gestacional al parto 32.6 semanas con peso al nacer 2054 gramos, Apgar al 5to minuto 9,9 vía de parto eutócico con tiempo de uso de esteroide hasta al parto más de 7 días y con infección vaginal durante el embarazo .

1.85% presentaron distrés respiratorio utilizaron dosis de rescate, un recién nacido con edad gestacional al parto 34.2 semanas con peso al nacer 1785 gramos, Apgar al 5to minuto 9,9 vía de parto eutócico con tiempo de uso de esteroide hasta al parto más de 7 días, un recién nacido con edad gestacional al parto 34.6semanas con peso al nacer 2750 gramos, Apgar al 5to minuto 9,9 vía de parto cesárea por rotura prematura de membranas con tiempo de uso de esteroide hasta al parto más de 7 días.

1.85% presentaron Enfermedad membrana hialina utilizaron dosis de rescate de esteroides, un recién nacido edad gestacional al parto 31.2semanas con peso al nacer 980 gramos, Apgar al 5to minuto 9,9 vía de parto cesárea por crecimiento restringido, preeclampsia no grave y líquido amniótico disminuido, con tiempo de uso de esteroide hasta al parto más de 7 días , y un recién nacido edad gestacional al parto 32.2 semanas con peso al nacer 1955 gramos, Apgar al 5to minuto 9,9 vía de parto cesárea por sospecha de corioamnionitis con tiempo de uso de esteroide hasta al parto más de 7 días.

## CONCLUSIÓN:

- Las indicaciones maternas y fetales han pasado a ocupar la primera causa de parto pretérmino.
- Las complicaciones respiratorias en los recién nacidos se asociaron a gestantes que no usaron ninguna dosis de esteroides o aquellas en que la administración del mismo sobrepasó los 7 días.

## **Referencias bibliográficas**

1. Núñez D, Nápoles D. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. Medisan. 2014; VI (18): p. 841-847.
2. Roura JM, Vicens L. XXVI Curso Intensivo de Formación Continuada, medicina materno-fetal. Centro Español de Derechos Reprográficos. 2018; I (12): p. 45-49.
3. Mendoza L, Claros D, Mendoza L, Arias M, Peñaranda C. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Revista Chilena de Obstet.[Internet] 2016 [citado 29 mayo 2019]; IV(81): p. 330-342:[aprox 8 p.]. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262016000400012](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012)
4. Consenso F.A.S.G.O. Consenso parto pretérmino. [Internet] 2014 [citado 5 septiembre 2019]. [aprox 12 p.]. Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso Parto Pretermino.pdf>
- 3.OMS. Organización Mundial de la Salud Estadísticas Anuales. [Internet] 2017 [citado 5 septiembre 2019]. [aprox 12 p.]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.
- 4.ACOG. Intrapartum Management of Intraamniotic Infection. Obstet Gynecolo. [Internet] 2017 [citado 26 junio 2019]; I(712): p. 1-7:[aprox 8 p.]. Disponible en: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Intrapartum-Management-of-Intraamniotic-Infection>.
5. Romero R. The preterm Labour syndrome. 3ra ed. Elder MG, Lamont RF, Romero R, editors. New York: Churchill Livingstone; 2017. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4191866/>.

6. Rivera A, Rueda A. Diagnóstico y prevención del parto pretérmino Barranquilla. Barranquilla: Universidad Libre Seccional Barranquilla, Medicina. [Internet] 2016 [citado 27 julio 2019]: [aprox 8 p.]. disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6118641.pdf>.

7. Cabero L, Ingermarsson I. Parto prematuro. Aspectos de géneros del nacimiento pretérmino. Buenos Aires: Médico Panamericana S.A; 2004.

8. Cabero L, Ingermarsson I. Parto prematuro. Aspectos de géneros del nacimiento pretérmino. Buenos Aires: Médico Panamericana S.A; 2004. 9. Prophylactic corticosteroids for preterm birth (Cochrane review). En: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software; 2000.

10. The pharmacological basis of therapeutics. Nueva York: Pergamon; 1990.

11. Liggins GC, Howie RN..

A controlled trial of antepartum glucocorticoids treatment for prevention of the respiratory distress syndrome in premature infants..

Pediatrics, 50 (1972), pp. 515-25.

12. Crowley P, Chalmers I, Keirse MJ..

The effects of corticosteroid administration before preterm delivery: an overview of the evidence from controlled trials (see comments)..

Br J Obstet Gynaecol, 97 (1990), pp. 11-25

Medline.

13 Ballard PL, Ballard RA..

Scientific basis and therapeutic regimens for use of antenatal glucocorticoids..

Am J Obstet Gynecol, 173 (1995), pp. 254-62.

14. ACOG. Clinical management guidelines for obstetrician gynecologist. Committee on Practice bulletins Obstetrics No. 788. [Internet] 2016 [citado 26 Agosto 2019]; IV (109): [aprox 9 p.]. Disponible en: <https://www.acog.org/About-ACOG/ACOG-Departments/Deliveries-Before-39-Weeks/ACOG-Clinical-Guidelines>

Atkinson M, Guinn D, Sullivan I. Single vs. weekly courses of antenatal corticosteroids for women at risk of preterm delivery: A randomized controlled trial. JAMA. [Internet] [citado 27 agosto 2019] ; XIII(286): p. 1581-1587: [aprox 8 p.]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/11765086\\_Single\\_vs\\_Weekly\\_Courses\\_of\\_Antenatal\\_Corticosteroids\\_for\\_Women\\_at\\_Risk\\_of\\_Preterm\\_Delivery\\_A\\_Randomized\\_Controlled\\_Trial](https://www.researchgate.net/publication/11765086_Single_vs_Weekly_Courses_of_Antenatal_Corticosteroids_for_Women_at_Risk_of_Preterm_Delivery_A_Randomized_Controlled_Trial).

15. Stewart JD, Sienko AE, González CL, Christnesen HD, Rayburn WF..

Placebo-controlled comparison between a single dose and multidose of betamethasone in accelerating lung maturation of mice off spring.

Am J Obstet Gynecol, 179 (1998), pp. 1241-7.

16. Prophylactic corticosteroids for preterm birth (Cochrane review). En: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software; 2000.

17. Ballard PL, Ballard RA..

Scientific basis and therapeutic regimens for use of antenatal glucocorticoids..

Am J Obstet Gynecol, 173 (1995), pp. 254-62 .

18. Machado Ramírez, Diana. "Efectos del tratamiento con glucocorticoides durante el embarazo. A propósito de un caso: características y consecuencias." *Revista Finley* 5.2 (2017): 139-144.

19. Pérez, J.C.H., Fonseca, J.M. and Sánchez, S.C., 2020. COVID-19 y embarazo: revisión de la bibliografía actual. *Revista Médica Sinergia*, 5(9), pp. e492-e492.

20. Ron, M.T.P., Villalobos, N., Mayorga, O.R.L., López, A.P.L., Cruz, V.E.R., Ron, M.A.P. and Cedeño, N.V., 2019. Tiempo de aceleración y tiempo de eyección de la arteria pulmonar fetal como predictor de madurez pulmonar. *Dominio de las Ciencias*, 5(3), pp.42-56.

21. Medina Fernández, S., 2022. Uso de corticoides antenatales para la maduración pulmonar fetal: ¿cambio de paradigma?

22. Diaz Llegado, R.M., 2019. Maduración pulmonar prenatal con corticoides como factor protector del síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos menores de 28 semanas de gestantes con ruptura prematura prolongada de membranas.

23. Viruez-Soto, J.A., Vallejo-Narváez, C.M., Briones-Garduño, J.C. and de León-Ponce, M.A.D., Esteroides en preeclampsia y anemia hemolítica microangiopática.

24. de la Huerga López, A., Alonso, M.S., Jiménez, A.P.J., del Pozo, V.M., Colomo, C.Á. and Moreno, M.F.M., 2019, December. Corticoides antenatales e incidencia de distrés respiratorio del recién nacido en las cesáreas programadas del pretérmino tardío y término precoz. In *Anales de Pediatría*(Vol. 91, No. 6, pp. 371-377). Elsevier Doyma.