



Factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en El Salvador

Larisa Chavarría¹

¹Instituto Nacional de Salud

Recibido: 18 de junio de 2019 | Aceptado: 12 de julio de 2019
Correspondencia: Ichavarría@salud.gob.sv



Resumen

Introducción. El parto prematuro constituye un problema de salud pública, considerado como un factor de alto riesgo de morbilidad, discapacidad y mortalidad neonatal. **Objetivo.** Caracterizar los factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en El Salvador. **Metodología.** Estudio transversal analítico de los factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en mujeres que recibieron atención de parto en el sistema público de salud, a nivel nacional, durante el año 2017. Los datos fueron obtenidos del Sistema Informativo Perinatal. Se analizaron un total de 44 891 casos. Las variables cualitativas fueron analizadas a través de valores absolutos y frecuencias. Las variables cuantitativas fueron analizadas a través de valores absolutos, frecuencia y medidas de tendencia central. El análisis de los factores de riesgo se realizó a través del cálculo de razones de prevalencia de la exposición con un intervalo de confianza del 95%. Para el análisis de los datos se utilizaron los paquetes de datos SPSS versión 24 y Epidat versión 3.1. **Resultados.** El 9.5% de los partos atendidos fueron prematuros. El análisis de riesgo a través del cálculo de razones de prevalencia mostró que las mujeres con embarazo múltiple presentan 14 veces mayor probabilidad de presentar un parto prematuro. Por otra parte, el parto prematuro fue 4.7 veces más frecuente en las mujeres con antecedentes clínicos de diabetes mellitus y 2.4, con el antecedente de hipertensión arterial. **Conclusiones.** Las mujeres que presentan un embarazo múltiple y las embarazadas con antecedentes clínicos de enfermedades crónicas y antecedente obstétrico de preeclampsia tienen más posibilidades de presentar un parto prematuro. Así mismo, la obesidad y la edad inadecuada para el embarazo, principalmente, en mujeres mayores a 35 años.

Palabras claves. Parto prematuro, El Salvador, embarazo, factor de riesgo.

Abstrac

Introduction. Preterm birth is a public health problem, considered a high risk factor for morbidity, disability and neonatal mortality. **Objective.** Characterize risk factors related to preterm birth in El Salvador. **Methodology.** Analytical cross-sectional study of risk factors related to preterm birth, in women who received childbirth care in the national public health system, during 2017. Data was obtained from the Perinatal Information System. 44 891 cases were analyzed. Qualitative variables were analyzed through absolute values and frequencies, and the quantitative variables, through absolute values, frequency and central tendency measures, using the Statistical Package for the Social Science (SPSS) version 24 program. The analysis of relation of variables, was performed with the Epidat version 3.1 program, through the calculation of prevalence ratios (PR) and the calculation of Odds Ratio (OR), both analysis with a 95% confidence interval and a value of $p < 0.05$. **Results.** 9.5% of the deliveries attended were preterm. The risk analysis through the calculation of prevalence ratios showed that women with a multiple pregnancy were 14 times more likely to have a preterm birth. Preterm birth was 4.7 times more frequent in women with a clinical history of diabetes mellitus and 2.4 times more frequent, with a history of high blood pressure. **Conclusions.** Women who have a multiple pregnancy and pregnant women with a clinical history of chronic diseases, and an obstetric history of preeclampsia, are more likely to have a preterm birth. Likewise, obesity and inadequate age for pregnancy, mainly women over 35 years, are also related to preterm birth.

Keywords. Preterm birth, El Salvador, pregnancy, risk factor.



Introducción

El parto prematuro se define como el nacimiento que ocurre antes de completarse las 37 semanas o los 259 días de gestación, desde el primer día de la última menstruación¹ y constituye uno de los mayores desafíos para la medicina perinatal.

Se estima que alrededor de 15 millones de niños nacen prematuramente cada año a nivel mundial y más de 1 millón mueren por causas asociadas², lo que puede considerarse una epidemia. En América Latina y el Caribe, el 8.6% (10 800) del total de nacimientos en América Latina y el Caribe son prematuros².

La prematuridad constituye un factor de alto riesgo de morbilidad y mortalidad en los niños menores de 5 años², debido a las complicaciones asociadas, entre ellas las alteraciones nutricionales. Para ello se requiere: seguimiento nutricional, evaluación del crecimiento, desarrollo neurocognitivo y evaluación sensorial que incluyen el seguimiento oftalmológico, auditivo y de alteraciones motoras; la severidad de estas es inversamente proporcional a la edad gestacional³.

A nivel familiar también se genera una situación de crisis, debido al estado de salud del recién nacido y a la responsabilidad que asumirá la familia para realizar los cuidados básicos en el hogar, lo cual representa un desafío para la economía familiar, incluyendo los salarios perdidos. Además, se producen efectos emocionales como estados de ansiedad y depresión en los miembros de la familia⁴.

El parto prematuro se asocia con múltiples factores como el antecedente de parto prematuro⁵, la edad de la madre (<20 años o >35 años)^{5,6}, embarazos múltiples^{7,8}, hipertensión arterial⁵, enfermedades maternas como infección del tracto urinario, vaginosis bacteriana, enfermedad periodontal, entre otras⁶. Además, existen complicaciones propias del embarazo como la ruptura prematura de membranas⁵ y la enfermedad hipertensiva del embarazo que se asocian como causa del parto prematuro⁹.

El Salvador estableció un plan nacional a fin de reducir al menos hasta 8 por cada 1000 nacidos vivos las muertes prevenibles en niños menores de 1 año. Esto implica la detección oportuna del riesgo reproductivo y la vigilancia de la salud materna e infantil¹⁰.

Es así como se han alcanzado coberturas de más de 90% de atención prenatal y del 98% en parto institucional¹¹ y el Sistema Informático Perinatal (SIP) contribuye a la toma de decisiones en la atención materna y neonatal.

En El Salvador, a pesar de las estrategias implementadas para la mejora de la atención materna e infantil en vías de reducir la tasa de mortalidad en niños, la incidencia de la prematuridad alcanza el 10.7%, constituyendo más del 60% de todas las muertes ocurridas en niñas y niños en el primer año de vida¹². La tasa de mortalidad en menores de 5 años es de 9.2 por 1000 nacidos vivos¹³. La prematuridad, que está influenciada por diferentes factores de las mujeres, previo o durante el embarazo, ocupa el primer lugar entre las causas de mortalidad neonatal¹². Por esa razón, este estudio se plantea determinar los factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en El Salvador.

Metodología

Tipo y área de estudio

Este es un estudio transversal analítico, en el cual se incluyeron las mujeres que recibieron atención del parto en los hospitales públicos de El Salvador en el período de enero a diciembre 2017. Consiste en el análisis secundario de la base de datos del SIP, implementado en las 28 maternidades del Ministerio de Salud desde el año 2004 como una estrategia para el seguimiento y el análisis individual de la embarazada, a través de la captación de la información de las atenciones recibidas en los establecimientos públicos de salud a nivel nacional y que da paso a la creación de la base de datos.

Fuente y selección de datos

El formulario utilizado para la recolección de la información perinatal, es bajo el estándar establecido

por el Centro Latinoamericano de Perinatología¹⁴ y es registrada en los 28 hospitales que cuentan con atención obstétrica.

El proceso de atención perinatal consiste en la obtención de datos a partir de las etapas de confirmación del embarazo, inscripción en control prenatal, consultas antenatales, procedimiento obstétrico correspondiente y el egreso hospitalario de la madre y el recién nacido. Luego, esta información es registrada en el formulario de Historia Clínica Perinatal Regional del Centro Latinoamericano de Perinatología¹⁴. Finalmente, se pasa a la etapa de digitación de la información, que es incorporada en el SIP.

La base de datos fue exportada a una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2016, en la cual se seleccionaron las variables: domicilio, edad, escolaridad, estado civil, lugar del parto; antecedentes familiares, personales y obstétricos; datos de la gestación actual, datos de la atención del parto y del recién nacido, asignándole un código de identificación a cada caso.

La base de datos tenía un total de 58 665 partos registrados, de los cuales se excluyeron 156 casos duplicados, correspondientes a embarazos múltiples, 962 a mujeres de otras nacionalidades y 12 656 por falta de información en la variable "semana de gestación" o en el registro de dato antropométrico. El análisis se realizó tomando en cuenta un total de 44 891 partos.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables seleccionadas mediante el programa ^o (SPSS) versión 24. Luego, se realizó un análisis de relación entre variables a través del cálculo de razones de prevalencia (RP) de exposición, con un intervalo de confianza del 95% y una significancia estadística de $p < 0.05$, en el programa Epidat versión 3.1.

Aspectos éticos

Este estudio no estuvo vinculado al análisis de muestras provenientes de humanos; se realizó un análisis secundario de la base de datos a partir de los casos reportados por los hospitales públicos. El protocolo de

este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud (INS). Los casos incluidos fueron identificados con un código individual y la información fue manejada únicamente por el autor.

Resultados

Datos demográficos

Las 44 891 mujeres que recibieron atención del parto en el sistema público de salud se encontraban entre los 10 y 52 años (promedio de 23.5; desviación estándar, $DE = 6.87$). El 72.9% de ellas entre los 19 y 35 años. La edad gestacional promedio al momento del parto fue de 39 semanas. De acuerdo con la gravidez, el 73.2% eran primigestas. El 43.4% de las embarazadas estaba en peso normal al momento de la inscripción prenatal. El 58.7% asistió de manera adecuada al control prenatal (ajustado a la edad gestacional). Por otra parte, el 0.6% presentó embarazo múltiple. Además, se identificaron antecedentes de morbilidad, siendo las más frecuente la eclampsia (0.8%) y la hipertensión arterial (0.7%). El 9.5% (4252) presentó un parto prematuro.

Características demográficas de las mujeres con parto prematuro

Las principales características demográficas de las mujeres con parto prematuro muestran que el rango de edad en que se presentaron los embarazos, fue de 17 a 49 años. La edad gestacional promedio al momento del parto prematuro fue de 34 semanas (desviación estándar, $DE = 2.9$). El 78.1% (3322) de partos prematuros fueron mujeres adultas y el 21.9% (930) corresponden a adolescentes. Por otra parte, el 30.5% (1295) de embarazos prematuros se encuentra en personas menores de 19 años y mayores de 35.

En cuanto a la escolaridad, el 53.3% (2267) estudió hasta la secundaria o un grado mayor y el 46.7% (1985) hasta un nivel de primaria o menor. El 85.4% tenían una pareja estable y el 14.6% (621) eran solteras. La mayoría de las mujeres con parto prematuro (71%, es decir, 3021) se encontraba en su primer embarazo. El 57.7% (2454) presentaban estado nutricional inadecuado. La asistencia al control prenatal fue de manera adecuada

Tabla 1. Características epidemiológicas de las mujeres que recibieron atención del parto en el sistema público de salud, según SIP 2017

Factor de exposición	X ²	p	Total general 44 891	Prematuro n= 4 252	De término n= 40 639
Grupo etario					
Adolescente	3.8	0.05	9 300 (20.7%)	930 (21.9%)	8 370 (20.6%)
Adulta			35 591 (79.3%)	3 322 (78.1%)	32 269 (79.4%)
Edad para embarazo					
<19 y >35 años	27.5	<0.01	12 145 (27.1%)	1 295 (30.5%)	10 850 (26.7%)
19 a 35 años			32 746 (72.9%)	2 957 (69.5%)	29 789 (73.3%)
Escolaridad					
Primaria o menor	0	0.98	20 963 (46.7%)	1 985 (46.7%)	18 978 (46.7%)
Secundaria o mayor			23 928 (53.3%)	2 267 (53.3%)	21 661 (53.3%)
Estado civil					
Soltera	43.1	<0.01	5 182 (11.5%)	621 (14.6%)	4 561 (11.2%)
Pareja estable			39 709 (88.5%)	3 631 (85.4%)	36 078 (88.8%)
Gravidez					
Primigesta	10.5	<0.01	32 839 (73.2%)	3 021 (71%)	29 818 (73.4%)
Multigesta			12 052 (26.8%)	1 231 (29%)	10 821 (26.6%)
Estado nutricional					
Inadecuado	0.9	0.35	25 428 (56.6%)	2 217 (52.1%)	20 887 (51.4%)
Normal			19 463 (43.4%)	2 035 (47.9%)	19 752 (48.6%)
Control prenatal					
Inadecuado	38.7	<0.01	18 562 (41.3%)	1 568 (36.9%)	16 994 (41.8%)
Adecuado			26 329 (58.7%)	2 684 (63.1%)	23 645 (58.2%)
Embarazo					
Múltiple	758.5	<0.01	265 (0.6%)	156 (3.7%)	109 (0.3%)
Único			44 626 (99.4%)	4096 (96.3%)	40530 (99.7%)
Hipertensión arterial					
Sí	46.1	<0.01	335 (0.7%)	68 (1.6%)	267 (0.7%)
No			44 556 (99.3%)	4 184 (98.4%)	40 372 (99.3%)
Preeclampsia					
Sí	36	<0.01	372 (0.8%)	69 (1.6%)	303 (0.7%)
No			44 519 (99.2%)	4 183 (98.4%)	40 336 (99.3%)

Pasa a la siguiente página...

Viene de la página anterior...

Factor de exposición	X ²	p	Total general 44 891	Prematuro n= 4 252	De término n= 40 639
Eclampsia					
Sí	3.9	0.04	37 (0.1%)	7 (0.2%)	30 (0.1%)
No			44 854 (99.9%)	4 245 (99.8%)	40 609 (99.9%)
Diabetes					
Sí	131.7	<0.01	203 (0.5%)	67 (1.6%)	136 (0.3%)
No			44 688 (99.5%)	4 185 (98.4%)	40 503 (99.7%)
Cardiopatía					
Sí	4.5	0.03	42 (0.1%)	8 (0.2%)	34 (0.1%)
No			44 849 (99.9%)	4 244 (99.8%)	40 605 (99.9%)
Nefropatía					
Sí	2.8	0.09	13 (0.0%)	3 (0.1%)	10 (0.0%)
No			44 878 (100.0%)	4 249 (99.9%)	40 629 (100.0%)
Tuberculosis					
Sí	0.3	0.55	23 (0.1%)	3 (0.1%)	20 (0.0%)
No			44 868 (99.9%)	4 249 (99.9%)	40 619 (100.0%)
VIH					
Sí	0.2	0.66	7 (0.0%)	1 (0.0%)	6 (0.0%)
No			44 884 (100.0%)	4 251 (100.0%)	40 633 (100.0%)
IVU					
Sí	0.2	0.63	3226 (7.2%)	298 (7.0%)	2928 (7.2%)
No			41 665 (92.8%)	3 954 (93.0%)	37 711 (92.8%)
Violencia					
Sí	0	0.99	21 (0.0%)	2 (0.0%)	19 (0.0%)
No			44 870 (100.0%)	4 250 (100.0%)	40 620 (100.0%)

Fuente: Sistema Informático Perinatal, 2017.

en el 63.1% (2684). El 96.3% (4096) correspondieron a embarazos únicos y el 3.7% (156) restante a embarazos múltiples.

Los antecedentes personales de morbilidad se presentaron en el 2.9% (124) de mujeres con parto prematuro. En el 1.6% (68) de las embarazadas se registró el antecedente de hipertensión arterial. El

antecedente de preeclampsia se identificó en 1.6% (69); la eclampsia como antecedente en 0.2% (7). Por otro lado, el 1.6% (67) tenía antecedente de diabetes. La cardiopatía como antecedente se registró en 0.2% (8). El 0.1% (3) tenía antecedente de nefropatía y otro porcentaje igual de de tuberculosis. El VIH se registró en 1 caso.

La infección de vías urinarias al momento del parto se presentó en el 7% (298) de las mujeres que concluyeron con un parto prematuro. La situación de violencia se registró en 2 casos con parto prematuro.

Factores de riesgo

La Tabla 2, muestra las probabilidades de riesgo y de presencia de parto prematuro con base en los factores de riesgo. Las mujeres con edad menor a 19 años y mayor a 35 tienen más probabilidades de un parto prematuro (OR=1.20, IC95%=1.12 – 1.29). Por otra parte, en los embarazos múltiples existe 14 veces mayor probabilidad de concluir con un parto prematuro (OR=14.16, IC95%=11.06 – 18.13).

El parto prematuro tuvo mayor frecuencia en mujeres con enfermedades crónicas. Se identificó que en embarazadas con antecedente de diabetes, el parto prematuro se presenta casi cinco veces más que en quienes no la padecen (RP=4.71, IC95%=3.52 – 6.30). Así mismo, el parto prematuro fue más frecuente en mujeres con antecedente de nefropatía (RP=2.87, IC95%=0.79 – 10.41).

Las embarazadas con antecedentes de hipertensión arterial tienen dos veces más probabilidades de finalizar su embarazo con un parto prematuro (OR=2.46, IC95%=1.88 – 3.21). De igual forma, las mujeres con antecedente de cardiopatía tienen doble probabilidad de presentar un parto prematuro (OR=2.25, IC95%=1.04 – 4.87).

La prematuridad fue más frecuente en mujeres con obesidad detectada en su primer control prenatal (RP= 1.08, IC95% 1.02 – 1.15). A pesar de que el parto prematuro se presentó con mayor frecuencia en las mujeres con escolaridad de primaria o menor (RP= 1.00, IC95% 0.97 – 1.03), este dato no es estadísticamente significativo. El control prenatal inadecuado corresponde a un riesgo bajo de parto prematuro (RP= 0.88, IC95% 0.85 – 0.92).

Discusión

El parto prematuro en las mujeres salvadoreñas se presentó en 1 de cada 10 nacimientos, comparable con

los datos registrados a nivel mundial². Casi la tercera parte de las mujeres que presentó un parto prematuro se encontraba en edades extremas de la vida fértil. Algunos estudios han identificado que este grupo se asocia con mayor frecuencia con el parto antes de las 37 semanas de gestación, haciendo énfasis en el embarazo en mayores de 35 años^{9,15}, en quienes se suma la aparición de enfermedades crónicas. Sin embargo, existen estudios en los que la adolescencia no se ha identificado como un factor de alto riesgo de parto prematuro^{7,16}. Waldenström et al. encontraron que el parto prematuro se presenta con mayor frecuencia en el grupo de mujeres de 30 a 34 años y mayores, principalmente en el primer embarazo¹⁷.

Por otra parte, el nivel educativo en los casos de parto prematuro no resultó estadísticamente significativo, al igual que se identificó en el estudio de Astolfi¹⁸. No obstante, algunos estudios han encontrado que a medida que aumenta el nivel de escolaridad se reduce el riesgo de parto prematuro^{19–21}. El nivel educativo de la madre se ha considerado como un factor protector y suele ser un indicador de condiciones socioambientales favorables para el embarazo¹⁹.

Con relación a la gravidez, algunos estudios también han identificado que las primigestas presentan mayor riesgo de prematuridad^{7,19}. En las mujeres con parto prematuro se identificó una gravidez media de 2.12, con una prevalencia mayor de parto prematuro en las mujeres a partir de su segundo embarazo.

Los estudios que analizan la asociación entre la adherencia al control prenatal y la prematuridad^{19,22}, reconocen a este como un factor protector⁶; sin embargo, en este estudio no se identificó un incremento del riesgo en casos de pobre control prenatal. Esta diferencia permite hacer notar la importancia de la atención a la embarazada en el sistema de salud, haciendo énfasis en la calidad y no únicamente en el cumplimiento del número de controles, tal y como lo han identificado organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Nacional de Salud y Cuidados de Excelencia del Reino Unido (NICE, por sus siglas en inglés)^{23,24}.

Tabla 2. Probabilidad de riesgo y de presencia de parto prematuro con base en el factor de riesgo

Factor de exposición	OR (IC95%)	RP (IC95%)
Adolescencia	1.08 (1.00 – 1.17)	1.06 (1.00 – 1.13)
Edad: <19 y >35 años	1.20 (1.12 – 1.29)	1.14 (1.09 – 1.20)
Escolaridad: Primaria o menor	1.00 (0.94 – 1.06)	1.00 (0.97 – 1.03)
Estado civil: soltera	1.35 (1.24 – 0.96)	1.30 (1.20 – 1.41)
Primigesta	0.89 (0.83 – 1.20)	0.97 (0.95 – 0.99)
Obesidad	1.10 (1.03 – 1.20)	1.08 (1.02 – 1.15)
Control prenatal inadecuado	0.81 (0.76 – 0.87)	0.88 (0.85 – 0.92)
Embarazo múltiple	14.16 (11.06 – 18.13)	13.68 (10.73 – 17.43)
Diabetes	4.77 (3.55 – 6.40)	4.71 (3.52 – 6.30)
Hipertensión arterial	2.46 (1.88 – 3.21)	2.43 (1.87 – 3.17)
Cardiopatía	2.25 (1.04 – 4.87)	2.25 (1.04 – 4.85)
Preeclampsia	2.20 (1.69 – 2.86)	2.18 (1.68 – 2.82)
Eclampsia	2.09 (0.92 – 4.75)	2.08 (0.92 – 4.74)
Nefropatía	2.87 (0.79 – 10.43)	2.87 (0.79 – 10.41)
VIH	1.59 (0.19 – 13.24)	1.59 (0.19 – 13.23)
Tuberculosis	1.43 (0.43 – 4.83)	1.43 (0.43 – 4.82)
Violencia	1.01 (0.23 – 4.32)	1.01 (0.23 – 4.32)
IVU	0.97 (0.86 – 1.10)	0.97 (0.87 – 1.09)

Fuente: Sistema Informático Perinatal, 2017.

Al igual que en otros estudios^{16,21}, se identificó que el parto prematuro se presentó en mayor porcentaje en las embarazadas que no se encontraban casadas o conviviendo con su pareja. Aunque existe controversia sobre este como un riesgo de parto prematuro, se ha identificado que las embarazadas que no cuentan con el apoyo de su pareja presentaron mayor riesgo de un parto prematuro. Pero otros estudios han encontrado que el parto se presenta de igual forma en ambos grupos^{9,19}.

El embarazo múltiple es considerado como uno de los factores que contribuyen a la elevación de la tasa de prematuridad¹⁶. De acuerdo con el *National Vital Statistics Reports* de 2018, más del 50% de los embarazos múltiples terminan antes de las 37 semanas^{9,20}. Huaroto et al. encontraron que las mujeres con embarazo múltiple tienen 14 veces más probabilidad de un parto prematuro^{7,8}, el cual generalmente se le atribuye a la sobredistensión uterina que este embarazo genera²⁵. Como puede verse en este estudio, se encontró que el 59% de las mujeres con embarazo múltiple presentaron parto prematuro.

Además, se ha identificado que la prematuridad se incrementa en mujeres con hipertensión y diabetes, registrándose la obesidad como un factor asociado^{20,26}. Al estudiarse un grupo de mujeres que presentaron parto prematuro, se identificó que las embarazadas con diabetes mellitus insulino dependiente duplicaron la frecuencia de parto prematuro, al igual que las que padecían hipertensión arterial crónica²⁷. En este estudio, se encontró que el antecedente de diabetes mellitus incrementó más de cuatro veces el riesgo de presentar un parto prematuro. De igual manera, el padecer hipertensión arterial y enfermedades cardíacas duplicaron este riesgo.

Cabe mencionar que las morbilidades que se presentan durante el embarazo, también incrementan el riesgo de un parto prematuro, entre ellas la preeclampsia^{9,16}, la cual se ha encontrado con una frecuencia tres veces mayor en el embarazo gemelar y nueve veces más en los embarazos triples²⁸. A ella también se ha asociado la obesidad, que cada vez es más frecuente en la población¹⁹. Los trastornos hipertensivos del embarazo duplicaron la probabilidad de un parto prematuro en la

población en estudio.

La asociación entre infección y parto prematuro ha sido ampliamente estudiada, siendo las de mayor riesgo la corioamnionitis, cervicovaginitis^{9,16,20} y la infección de vías urinarias¹⁶. En la población estudiada la infección urinaria no presentó significancia estadística, aunque es la morbilidad infecciosa más frecuente durante el embarazo, debido a las modificaciones anatómicas y fisiológicas que el embarazo produce en la mujer²⁹.

La identificación de los signos del parto prematuro en su fase de amenaza y el manejo adecuado y oportuno de este y los factores desencadenantes, pueden evitar que el parto se presente. Por lo que es importante el control médico durante el embarazo, haciendo énfasis en la detección de los factores de riesgo³⁰.

Dentro de las limitaciones de este estudio se encontró la existencia de datos incompletos o la inconsistencia de algunos de ellos en las bases de datos. Estas se actualizan de manera periódica por los diferentes establecimientos públicos de salud. Para ello se utiliza un programa estadístico, siendo el uso del sistema en línea el ideal para el seguimiento adecuado de la embarazada establecido por el Centro Latinoamericano de Perinatología.

Conclusiones

Las mujeres que presentan un embarazo múltiple tienen altas probabilidades de presentar un parto prematuro. Además, se consideran como factores de riesgo importantes los antecedentes clínicos maternos de enfermedades crónicas, entre ellas, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la cardiopatía. La preeclampsia constituye el antecedente obstétrico más relevante, así como la obesidad y la edad inadecuada para el embarazo, principalmente la edad mayor a 35 años.

Recomendaciones

La historia clínica perinatal es un documento valioso para la detección y control adecuado de toda embarazada, por lo que se debe hacer un esfuerzo

especial para identificar y registrar oportunamente los posibles riesgos de un embarazo, con el fin de brindar el manejo perinatal apropiado.

Referencias bibliográficas

1. WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1977;56:247-53. doi:<https://doi.org/10.3109/00016347709162009>
2. March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. Born too soon: the global action report on preterm birth. CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. Geneva: World Health Organization; 2012.
3. Adams-Chapman I, Heyne RJ, DeMauro SB, Duncan AF, Hintz SR, Pappas A, Vohr BR, McDonald SA, Das A, Newman JE, et al. Neurodevelopmental Impairment Among Extremely Preterm Infants in the Neonatal Research Network. *Pediatrics.* 2018;141(5):e20173091. doi:10.1542/peds.2017-3091
4. Frey HA, Klebanoff MA. The epidemiology, etiology, and costs of preterm birth. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine.* 2016;21(2):68-73. doi:10.1016/j.siny.2015.12.011
5. Ahumada-Barríos ME, Alvarado GF. Risk Factors for premature birth in a hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* 2016;24(0). doi:10.1590/1518-8345.0775.2750
6. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Mendoza Tascón LI, Arias Guatibonza MD, Peñaranda Ospina CB. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Revista chilena de obstetricia y ginecología.* 2016;81(4):330-342. doi:10.4067/S0717-75262016000400012
7. Huaroto Palomino K, Pauca Huamancha MA, Polo-Alvarez M, Meza-Leon JN. Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú. *Rev méd panacea.* 2013;3(2):27-31.
8. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Osorio Ruíz MÁ, Mendoza Tascón LI, Peñaranda Ospina CB, Carrillo Bejarano JH, Londoño Romero F. Epidemiología de la prematuridad y sus determinantes, en una población de mujeres adolescentes y adultas de Colombia. *Revista chilena de obstetricia y ginecología.* 2016;81(5):372-380. doi:10.4067/S0717-75262016000500005
9. Rodríguez-Coutiño SI, Ramos González R, Hernández-Herrera RJ. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. *Ginecología y Obstetricia de México.* 2013;81:499-503.

10. Ministerio de Salud. Plan estratégico nacional para el abordaje integral de la salud materna y de la niñez 2015-2019. El Salvador: Ministerio de Salud; 2017.
11. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Resumen Estrategia de Cooperación de País 2017-2020.
12. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la atención integral en salud del prematuro con peso menor de dos mil gramos al nacer. 2013.
13. Ministerio de Salud de El Salvador. Informe de Labores 2017-2018. 2018.
14. Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS. Sistema Informático Perinatal. Uruguay; 2010.
15. Schimmel MS, Bromiker R, Hammerman C, Chertman L, Ioscovich A, Granovsky-Grisaru S, Samueloff A, Elstein D. The effects of maternal age and parity on maternal and neonatal outcome. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2015;291(4):793-798. doi:10.1007/s00404-014-3469-0
16. Osorno Covarrubias L, Rupay Aguirre GE, Chapuz JR, Lavadores May AI, Dávila Velázquez J, Echeverría Eguiluz M. Factores maternos relacionados con prematuridad. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2008;76(9):526-36.
17. Waldenström U, Cnattingius S, Vixner L, Norman M. Advanced maternal age increases the risk of very preterm birth, irrespective of parity: a population-based register study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2017;124(8):1235-1244. doi:10.1111/1471-0528.14368
18. Astolfi P, Zonta LA. Risks of preterm delivery and association with maternal age, birth order, and fetal gender. *Human Reproduction*. 1999;14(11):2891-2894. doi:10.1093/humrep/14.11.2891
19. Prunet C, Delnord M, Saurel-Cubizolles M-J, Goffinet F, Blondel B. Risk factors of preterm birth in France in 2010 and changes since 1995: Results from the French National Perinatal Surveys. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. 2017;46(1):19-28. doi:10.1016/j.jgyn.2016.02.010
20. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet*. 2008;371(9606):75-84. doi:10.1016/S0140-6736(08)60074-4
21. Thompson JMD, Irgens LM, Rasmussen S, Daltveit AK. Secular trends in socio-economic status and the implications for preterm birth. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2006;20(3):182-187. doi:10.1111/j.1365-3016.2006.00711.x
22. Sánchez-Nuncio HR, Pérez-Toga G, Pérez-Rodríguez P, Vázquez-Nava F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. *Revista Médica del IMSS*. 2005;43(5):377-380.
23. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva, Switzerland; 2016.
24. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Woman. London: RCOG Press; 2008. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance).
25. Murray SR, Stock SJ, Cowan S, Cooper ES, Norman JE. Spontaneous preterm birth prevention in multiple pregnancy. *The Obstetrician & Gynaecologist*. 2018;20(1):57-63. doi:10.1111/tog.12460
26. Cnattingius S, Villamor E, Johansson S, Bonamy A-KE, Persson M, Wikström A-K, Granath F. Maternal Obesity and Risk of Preterm Delivery. *JAMA*. 2013;309(22):2362. doi:10.1001/jama.2013.6295
27. Sibai BM, Caritis SN, Hauth JC, MacPherson C, VanDorsten JP, Klebanoff M, Landon M, Paul RH, Meis PJ, Miodovnik M, et al. Preterm delivery in women with pregestational diabetes mellitus or chronic hypertension relative to women with uncomplicated pregnancies. The National institute of Child health and Human Development Maternal- Fetal Medicine Units Network. *Am. J. Obstet. Gynecol*. 2000;183(6):1520-1524.
28. Hasbún J. El riesgo perinatal y materno del embarazo gemelar. *Revista Chilena de Salud Pública*. 2006;10(1):27-34.
29. Delzell JE, Lefevre ML. Urinary tract infections during pregnancy. *Am Fam Physician*. 2000;61(3):713-721.
30. Coordinador para la Emisión de Recomendaciones CONAMED. Tena Tamayo C, Grupo. Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. *Ginecología y obstetricia de México*. 2004;72(6):295-331.

Forma recomendada de citar

Chavarría L. Factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en El Salvador. *Revista ALERTA*. 2019; 2(2). DOI: <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i2.7922>