



Condicionantes del parto pretérmino en Galicia

Andrea Vila-Farinas^a, Nerea Mourino-Castro^a, Leonor Varela Lema^a, M.ª Isolina Santiago-Pérez^b, Alberto Malvar Pintos^b, Julia Rey Brandariz^a, Cristina Candal-Pedreira^a, Mónica Pérez-Ríos^c

Publicado en Internet:
04-octubre-2022

Leonor Varela Lema:
leonorvarela@usc.es

Resumen

Introducción: los recién nacidos prematuros tienen más riesgo de padecer complicaciones tras el nacimiento, siendo la prematuridad la principal causa de muerte en los recién nacidos. El objetivo principal del estudio es caracterizar los partos pretérmino en Galicia.

Material y métodos: en 2016, se realizó en Galicia un estudio transversal enmarcado en el Sistema de Información sobre Conductas de Riesgo (SICRI). La población objetivo fue la de las mujeres de 18-49 años que dieron a luz en Galicia entre septiembre de 2015 y agosto de 2016 ($n = 18\ 822$) y sus hijos nacidos vivos ($n = 19\ 204$). La recogida de información se realizó entre noviembre de 2016 y enero de 2017 mediante entrevista telefónica asistida por ordenador (sistema CATI). Se estimó la prevalencia de parto pretérmino (<37 semanas) en global y en función de las variables de interés. Se ajustó un modelo de regresión logística para identificar las variables asociadas al parto pretérmino.

Resultados: se obtuvo información de 6436 mujeres de 18 a 49 años. La tasa de respuesta fue del 76%. En 2016, el 7,9% de los partos en Galicia fueron pretérmino. La prevalencia aumentó con la edad de la mujer. La prevalencia más elevada se observó entre las mujeres con un embarazo múltiple. Se identificaron como factores que aumentan la probabilidad de parto pretérmino características obstétricas y conductas de riesgo para la salud. La asistencia a clases de preparación al parto y el aumento de más de 12 kg de peso durante el embarazo se identificaron como factores que disminuyen la probabilidad de tener un parto pretérmino.

Conclusiones: en Galicia, 8 de cada 100 partos son pretérmino. Algunos de los factores identificados como condicionantes del parto pretérmino son modificables, por lo que los profesionales de la salud deberían tenerlos en cuenta en la atención al embarazo.

Palabras clave:

- Educación sanitaria
 - Embarazo
- Parto pretérmino

Determinants of preterm birth in Galicia

Abstract

Introduction: premature infants are at higher risk of complications after birth, and prematurity is the leading cause of death in the neonatal period. The main objective of this study was to characterize preterm births in Galicia, Spain.

Material and methods: in 2016, we carried out a cross-sectional study in Galicia using the Risk Behavior Information System, or SICRI. The study universe consisted of all Galician women aged 18 to 49 years who gave birth between September-2015 and August-2016 ($n=18\ 822$) and their liveborn infants ($n=19\ 204$). Data were collected between November 2016 and January 2017 through computer-assisted telephone interviews with participants. We estimated the prevalence of preterm birth (before 37 weeks of gestation), overall and based on different variables. We fitted a logistic regression model to identify variables associated with preterm birth.

Results: we obtained information from 6436 women aged 18 to 49 years. The response rate was 76%. In 2016, 7.9% of births in Galicia were preterm. The prevalence increased with age. The highest prevalence was found in women with multiple pregnancies. Obstetric characteristics such as multiple pregnancy and primiparity and risk behaviours were identified as factors that increase the probability of preterm birth. Attendance to childbirth classes and a pregnancy weight gain greater than 12 kg were identified as protective factors.

Conclusions: in Galicia, 8 out of 100 births are preterm. Some of the identified factors that increase the risk of preterm birth are modifiable, and health providers should take them into account in prenatal care.

Key words:

- Health education
 - Pregnancy
- Preterm birth

Cómo citar este artículo: Vila-Farinas A, Mourino-Castro N, Varela Lema L, Santiago-Pérez MI, Malvar Pintos A, Rey Brandariz J, et al. Condicionantes del parto pretérmino en Galicia. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;24:249-59.

INTRODUCCIÓN

Cada año nacen en el mundo aproximadamente 15 millones de niños prematuros. Esto ocurre como consecuencia de un parto ocurrido antes de la semana 37 de gestación o parto pretérmino¹. Entre los recién nacidos prematuros podemos distinguir los extremadamente prematuros, nacidos antes de la semana de gestación (SG) 28, muy prematuros (28-31 SG), moderadamente prematuros (32-33 SG) o prematuros tardíos (34-36 SG)². Debido a la inmadurez de los órganos y del sistema inmune, los recién nacidos prematuros tienen más riesgo de padecer complicaciones como la enterocolitis necrotizante, la hemorragia intraventricular o la displasia broncopulmonar³. Por ello, la prematuridad es la principal causa de muerte en recién nacidos y la segunda causa, después de la neumonía, en niños menores de 5 años⁴. Además, se ha observado que la prematuridad podría repercutir negativamente en el rendimiento escolar y desarrollo durante la infancia³, y en la salud cardiovascular durante la vida adulta, al aumentar el riesgo de presentar peores parámetros de funcionalidad cardíaca⁵.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en casi todos los países de los que se disponen datos, el número de partos pretérmino está aumentando⁴. En España, la prevalencia de parto pretérmino aumentó del 6,9% en 2011⁶ al 7,5% en 2016⁷.

Estas prevalencias sitúan a la prematuridad como un problema relevante en nuestro país, poniendo de manifiesto la necesidad de explorar sus condicionantes.

A pesar de que en los últimos años se ha avanzado en la identificación de los factores de riesgo obstétricos asociados al parto pretérmino⁸, poco se conoce sobre su relación con otros factores ambientales y sociales. El objetivo principal de este estudio es caracterizar los partos pretérmino en Galicia en 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS

Lugar de realización

El estudio se realizó en Galicia, comunidad autónoma situada en el noroeste de España que contaba en 2016 con 2,7 millones de habitantes. La población de Galicia se concentra en 7 ciudades, con poblaciones en el año 2016 que varían entre 68 308 y 292 817 habitantes, y en las franjas costeras del noroeste y el suroeste.

Diseño

En 2016, se llevó a cabo un estudio transversal enmarcado en el Sistema de Información sobre Conductas de Riesgo de Galicia (SICRI). La población objetivo fueron 18 822 mujeres de 18 años y más, residentes en Galicia, que dieron a luz entre el 1 de septiembre de 2015 y el 31 de agosto de 2016, y sus 19 204 hijos nacidos vivos durante ese periodo. El marco empleado para seleccionar la muestra de mujeres fue el registro del Programa de Detección Precoz de Enfermedades Endocrinas y Metabólicas durante el periodo Neonatal. El muestreo fue aleatorio estratificado por grupos de edad (18-24, 25-29, 30-34, 35-39 y 40 años o más) y, en una segunda etapa, se seleccionó un niño por cada madre en caso de partos múltiples. El tamaño de muestra de las madres se calculó independientemente para cada estrato de edad con una prevalencia esperada del 50% y un error de muestreo inferior al 2%. El tamaño de muestra teórico fue de 6777 madres y sus hijos nacidos vivos. La recogida de información se realizó entre noviembre de 2016 y enero de 2017 mediante entrevista telefónica asistida por ordenador (sistema CATI).

Variables

El instrumento de recogida de información fue un cuestionario desarrollado específicamente para el estudio y posteriormente validado en una muestra de la población objetivo. Se incluyeron preguntas sobre comportamientos, actitudes y experiencias referidas a los 6 meses anteriores al embarazo, al embarazo, al parto y al momento de la encuesta.

Se valoraron diferentes características sociodemográficas y de salud:

- Características sociodemográficas: edad materna referida al momento de recogida de información. Se categorizó en cuatro grupos de edad (18-29, 30-34, 35-39 y 40 o más); país de nacimiento (España u otro); ámbito de residencia (urbano, semiurbano o rural); nivel de estudios (básico: no sabe leer ni escribir, sin estudios pero sabe leer y/o escribir o estudios primarios incompletos; medio: estudios de graduado escolar, EGB hasta octavo, ESO, bachillerato elemental o superior, BUP, grado medio o superior de formación profesional; superior: estudios universitarios medios o superiores); situación de convivencia (vive en pareja vs. no vive en pareja) y situación laboral (ocupada: con trabajo o excedencia; parada: en paro o no trabaja; inactiva: estudiante, dedicada a las tareas del hogar sin buscar empleo o pensionista por estar jubilada, prejubilada o por otro motivo).
- Antecedentes de embarazos: primípara e interrupción voluntaria del embarazo (interrupción voluntaria de embarazo [IVE] previo).
- Características obstétricas-planificación y seguimiento del embarazo: embarazo planificado, embarazo por fecundación artificial, consultas de planificación del embarazo con un profesional sanitario, embarazo de riesgo, embarazo múltiple, reposo durante el embarazo, asistencia a clases de preparación al parto. Todas estas variables se trataron como dicotómicas (sí/no). Se obtuvo información sobre el estado ponderal antes del embarazo, clasificándolo según el índice de masa corporal (IMC) en: bajo peso, peso normal, sobrepeso u obesidad, y sobre el aumento de peso de más de 12 kg durante el embarazo (sí/no).
- Indicadores del estado de salud: estado de salud autopercebido antes y durante el embarazo (muy bueno, bueno, normal, malo o muy malo) y la toma de tratamiento antes o durante el embarazo para dormir, estar más relajada, para la depresión y/o para la diabetes.

- Estilos de vida maternos: consumo de tabaco y de alcohol (nunca, antes del embarazo o durante el embarazo); realización de actividad física (antes y durante el embarazo) y cumplimiento de las recomendaciones dietéticas (antes y durante el embarazo). Estas dos últimas variables se consideraron indicadores de estilo de vida; se consideró que realizaban actividad física aquellas mujeres que así lo declararon, independientemente de la frecuencia e intensidad, y que cumplían las recomendaciones dietéticas si declararon que tomaban fruta o verdura a diario y pescado todas las semanas.

Para identificar los partos pretérmino se preguntó a las mujeres por la semana en la que habían dado a luz. Se define como parto pretérmino aquel parto ocurrido antes de la 37 SG.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo un análisis descriptivo y se estimó la prevalencia de parto pretérmino en función de diferentes características de las madres. Todos los porcentajes obtenidos se acompañan de intervalos de confianza (IC) del 95%.

Para identificar los condicionantes del parto pretérmino, se ajustó un modelo de regresión logística multivariante en el que la variable dependiente fue tener un parto pretérmino y como explicativas se incluyeron las variables sociodemográficas relativas al embarazo, antecedentes de embarazo, características obstétricas, de estado de salud y de conductas relacionadas con la salud que se asociaron significativamente con la variable dependiente ($p < 0,2$) en un análisis bivariante previo. En el modelo final se mantuvieron las variables con $p < 0,05$, y a partir de ese modelo, se calcularon *odds ratio* (OR) ajustados de tener un parto pretérmino. Los OR obtenidos se acompañaron de IC del 95%.

El análisis se realizó con la muestra ponderada con el programa Stata v14.2.

Aspectos éticos

Debido a que este estudio fue voluntario y garantizaba la confidencialidad, no se precisó de la autori-

zación de ningún comité de ética. El estudio fue telefónico y, por tanto, el acuerdo de las mujeres para participar en él implicó consentimiento.

RESULTADOS

Se obtuvo información de 6436 mujeres de 18 a 49 años. La tasa de respuesta fue del 76%.

La edad media de las mujeres en el parto fue de 33,4 años; el 9,9% tenían 40 años o más. Las mujeres primíparas (57,0%) tenían de media 2 años menos que las no primíparas (32,4 y 34,6 años, respectivamente). El 44,1% tenían estudios superiores, el 94,7% estaban casadas o vivían en pareja, el 11,9% fumaban durante el embarazo y el 59,6% asistieron a clases de preparación al parto (Tabla 1).

El 7,9% (IC 95%: 7,2-8,7) de las embarazadas tuvieron un parto pretérmino. La prevalencia más elevada se observó entre las mujeres con un embarazo múltiple y con un estado de salud autopercebido como malo o muy malo antes del embarazo, 31,0% (IC 95%: 24,9-37,2) y 17,4% (IC 95%: 10,9-24,0), respectivamente (Tabla 2). En esta tabla no se muestran las prevalencias en el caso de las características que no resultaron asociadas con el parto pretérmino.

La probabilidad de tener un parto pretérmino aumenta entre las mujeres con un embarazo múltiple (OR: 4,3) o de riesgo (OR: 2,3). Otros factores asociados con una mayor probabilidad de parto pretérmino fueron: reposo durante el embarazo (OR: 1,7), consumo de tabaco durante el embarazo (OR: 1,6), toma de tratamiento para dormir o estar más relajada (antes y durante el embarazo) (OR: 1,5), primiparidad (OR: 1,5), estado de salud autopercebido como malo o muy malo durante el embarazo (OR: 1,5), embarazo por fecundación artificial (OR: 1,4) y consultas de planificación del embarazo con un profesional sanitario (OR: 1,3).

La probabilidad de parto pretérmino disminuye entre las mujeres que asistieron a clases de preparación al parto (OR: 0,5) o aumentaron más de 12 kg de peso durante el embarazo (OR: 0,6) (Figura 1).

DISCUSIÓN

En Galicia, 8 de cada 100 embarazadas tuvieron un parto pretérmino en el año 2016. El factor que más aumenta la probabilidad de parto pretérmino es el embarazo múltiple. Algunos de los factores asociados con el parto pretérmino, como el consumo de tabaco o la ganancia de peso durante el embarazo, son modificables. Se han identificado dos factores que disminuyen la probabilidad de parto pretérmino: la asistencia a clases de preparación al parto y la ganancia de más de 12 kg en el embarazo.

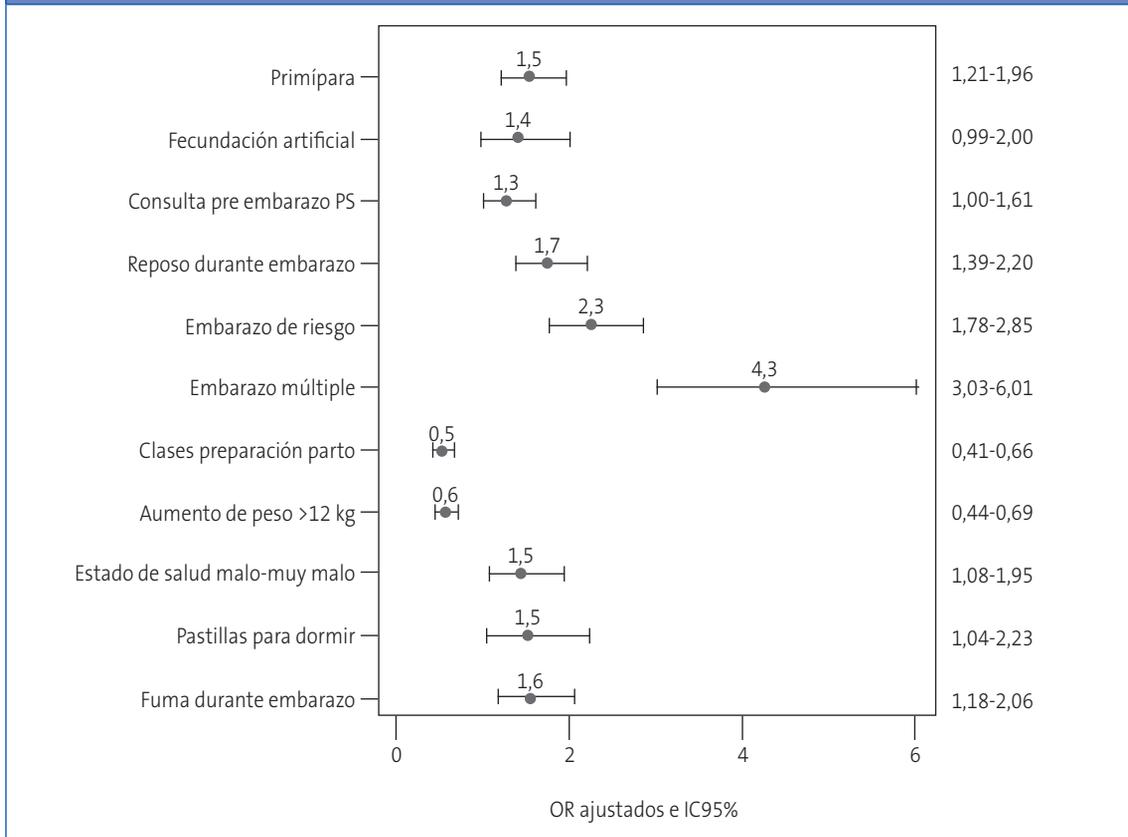
En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)⁷, en 2016 el 7,5% de los partos fueron pretérmino, porcentaje similar al estimado en este estudio en Galicia. La información aportada por el INE no permite conocer cuáles son las características de las mujeres que tienen un parto pretérmino en España, aspecto clave en el diseño de estrategias preventivas. Diferentes estudios identificaron los determinantes biológicos como los principales factores de riesgo del parto pretérmino⁹. Entre ellos destaca como factor de riesgo la edad materna extrema (menor de 18 años o mayor de 40 años)¹⁰⁻¹². La valoración de la influencia de la edad extrema en nuestro estudio no se puede analizar en detalle, ya que no se incluyeron mujeres menores de 18 años. En relación con los embarazos en mujeres de 40 años y más, en el análisis bivariante se observó que la prevalencia de parto pretérmino era más alta entre ellas, si bien la edad extrema no se mantuvo como variable explicativa, probablemente por la relación que mantiene con variables como la fecundación artificial o el embarazo múltiple. En consonancia con estudios previos, la primiparidad o el embarazo múltiple se asociaron con un aumento de la probabilidad de sufrir parto pretérmino^{8,13}. El riesgo de parto pretérmino entre las mujeres primíparas se asocia principalmente a un mayor riesgo de preeclampsia, con el consecuente aumento de parto pretérmino iatrogénico¹³. Cuando el embarazo es múltiple, la caracterización del parto pretérmino debe abordarse en un contexto amplio, ya que puede explicarse por factores que se asocian al parto pre-

Tabla 1. Características de las mujeres entre 18 y 49 años que dieron a luz en Galicia entre septiembre de 2015 y agosto de 2016. Porcentajes con intervalos de confianza del 95% (IC 95%)

Sociodemográficas		%	IC 95%
Grupo de edad	18-29	21,3	21,1-21,5
	30-34	34,1	33,9-34,3
	35-39	34,7	34,5-34,9
	40 y más	9,9	9,8-10,0
País de nacimiento	España	89,1	88,3-89,9
	Otro país	10,9	10,1-11,7
Ámbito de residencia	Urbano	71,0	69,9-72,1
	Semiurbano	19,5	18,6-20,4
	Rural	9,6	8,8-10,3
Nivel de estudios	Nivel básico	18,8	17,8-19,7
	Nivel medio	37,1	35,9-38,3
	Nivel superior	44,1	42,9-45,4
Situación de convivencia	Vive en pareja	94,7	94,2-95,3
	No vive en pareja	5,3	4,7-5,9
Situación laboral	Ocupadas	71,7	70,6-72,9
	Paradas	18,6	17,6-19,6
	Inactivas	9,7	9,0-10,4
Antecedentes de embarazos	Primípara	57,0	55,8-58,3
	Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) previa	8,7	8,0-9,4
Características obstétricas - Planificación y seguimiento del embarazo		%	IC 95%
Embarazo planificado		80,1	79,1-81,1
Embarazo por fecundación artificial		6,9	6,3-7,6
Consultó con un profesional sanitario		39,8	38,6-41,1
Embarazo de riesgo		20,4	19,4-21,4
Embarazo múltiple		3,6	3,2-4,1
Reposo durante el embarazo		26,9	25,8-28,1
Clases de preparación al parto		59,6	58,4-60,9
Estado ponderal antes del embarazo	Bajo peso	4,8	4,3-5,4
	Peso normal	66,3	65,1-67,5
	Sobrepeso	21,0	19,9-22,0
	Obesidad	7,9	7,3-8,6
	Aumento de peso > 12 kg	39,8	38,5-41,0
Estado de salud (ES)		%	IC 95%
ES autopercebido antes del embarazo	Muy bueno	25,1	24,0-26,2
	Bueno	47,6	46,3-48,9
	Normal	25,2	24,1-26,3
	Malo-Muy malo	2,1	1,7-2,5
ES autopercebido durante el embarazo	Muy bueno	33,1	31,9-34,3
	Bueno	37,4	36,1-38,6
	Normal	20,4	19,3-21,4
	Malo-Muy malo	9,2	8,5-10,0
Toma de tratamiento antes o durante el embarazo	Tomaba tratamiento para dormir o estar más relajada	4,5	4,0-5,1
	Tomaba tratamiento para la depresión	3,6	3,1-4,1
	Tomaba tratamiento para la diabetes	2,9	2,5-3,3
Estilos de vida		%	IC 95%
Consumo de tabaco	Nunca	72,1	71,0-73,3
	Antes del embarazo	16,0	15,0-16,9
	Durante el embarazo	11,9	11,1-12,8
Consumo de alcohol	Nunca	45,8	44,6-47,1
	Antes del embarazo	51,5	50,2-52,8
	Durante el embarazo	2,7	2,3-3,1
Antes y durante el embarazo	Realización de actividad física	18,0	16,9-19,0
	Cumplimiento de recomendaciones de dieta	41,4	40,1-42,7

Tabla 2. Prevalencia de parto pretérmino en función de las características de las mujeres con intervalos de confianza del 95% (IC 95%)				
Sociodemográficas		%	IC 95%	Valor p
Grupo de edad	18-29	6,6	5,4-7,7	0,012
	30-34	6,9	5,7-8,1	
	35-39	6,7	5,5-7,9	
	40 y más	10,2	8,4-12,1	
Nivel de estudios	Nivel básico	8,6	7,0-10,2	0,093
	Nivel medio	6,9	5,8-8,0	
	Nivel superior	6,6	5,6-7,6	
Situación de convivencia	Vive en pareja	6,9	6,3-7,6	0,044
	No vive en pareja	9,9	6,6-13,2	
Antecedentes de embarazos		%	IC 95%	Valor p
Primípara	No	6,4	5,4-7,4	0,077
	Sí	7,6	6,7-8,5	
Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) previa	No	6,8	6,1-7,5	0,014
	Sí	9,8	7,2-12,4	
Características obstétricas-Planificación y seguimiento del embarazo		%	IC 95%	Valor p
Embarazo por fecundación artificial	No	6,4	5,8-7,1	<0,001
	Sí	16,1	12,7-19,5	
Consultó con un profesional sanitario	No	6,0	5,2-6,8	<0,001
	Sí	8,7	7,6-9,9	
Embarazo de riesgo	No	4,8	4,1-5,4	<0,001
	Sí	16,2	14,1-18,2	
Embarazo múltiple	No	6,2	5,6-6,8	<0,001
	Sí	31,0	24,9-37,2	
Reposo durante el embarazo	No	5,1	4,4-5,7	<0,001
	Sí	12,6	11,0-14,2	
Clases de preparación al parto	No	9,3	8,1-10,5	<0,001
	Sí	5,6	4,8-6,3	
Aumento de peso >12 kg	No	8,2	7,3-9,1	<0,001
	Sí	5,4	4,5-6,3	
Estado de salud (ES)		%	IC 95%	Valor p
ES autopercebido antes del embarazo	Muy bueno	4,8	3,8-5,9	<0,001
	Bueno	7,0	6,1-8,0	
	Normal	8,6	7,1-10,0	
	Malo-Muy malo	17,4	10,9-24,0	
ES autopercebido durante el embarazo	Muy bueno	5,3	4,3-6,3	<0,001
	Bueno	6,4	5,4-7,5	
	Normal	8,1	6,6-9,6	
	Malo-Muy malo	13,9	11,0-16,8	
Tomaba tratamiento para dormir o estar más relajada (antes o durante el embarazo)	No	6,8	6,1-7,4	<0,001
	Sí	13,4	9,3-17,4	
Tomaba tratamiento para la depresión (antes o durante el embarazo)	No	6,9	6,2-7,5	<0,001
	Sí	13,3	8,5-18,0	
Tomaba tratamiento para la diabetes (antes o durante el embarazo)	No	7,0	6,3-7,6	0,029
	Sí	11,3	6,6-16,0	
Estilos de vida		%	IC 95%	Valor p
Consumo de tabaco	Nunca	6,6	5,9-7,4	<0,001
	Antes del embarazo	6,6	5,0-8,2	
	Durante el embarazo	10,5	8,3-12,7	
Realización de actividad física (antes y durante el embarazo)	No	7,4	6,7-8,2	0,033
	Sí	5,5	4,1-6,9	

Figura 1. Características asociadas al parto pretérmino. Odds Ratio (OR) acompañados de intervalos de confianza del 95% (IC 95%)



término espontáneo (como la distensión uterina), por su asociación con los tratamientos de fertilidad o de fecundación artificial, además de por el mayor número de inducciones al parto asociadas a complicaciones de la gestación múltiple^{14,15}. Diferentes causas de infertilidad materna podrían predisponer al parto pretérmino, aunque se desconoce el mecanismo desencadenante^{16,17}. Entre estas causas está el retraso de la maternidad en los países desarrollados, con la consecuente disminución de la reserva ovárica¹⁸.

En nuestro estudio se asocian con el parto pretérmino diferentes cuidados que reciben las mujeres durante el embarazo. Entre ellos está solicitar una consulta de planificación del embarazo o el reposo. Las mujeres que solicitan consultas preconcepcionales con los profesionales sanitarios podrían haber tenido alguna patología y/o malos anteceden-

tes obstétricos como, por ejemplo, embarazos de riesgo o abortos previos. Este aspecto no lo podemos valorar con los datos de los que disponemos, ya que no conocemos en detalle los antecedentes obstétricos previos. El reposo en nuestro estudio se ha identificado como un factor que aumenta la probabilidad de parto pretérmino, si bien desconocemos la razón por la que fue recomendado y podría presentarse un sesgo de causalidad inversa si el reposo fue recomendado por riesgo de parto pretérmino. Los profesionales sanitarios recomiendan que las mujeres embarazadas con preeclampsia grave o ruptura prematura de membranas pretérmino guarden reposo estricto o modificado en cama desde su diagnóstico hasta el final de la gestación¹⁹.

Un aspecto importante que deben tener en cuenta los profesionales sanitarios es la ganancia ponde-

ral durante el periodo gestacional. Al igual que en un estudio previo²⁰, el aumento de peso superior a 12 kg durante el embarazo se asocia con una menor probabilidad de parto pretérmino. Actualmente, en España se suelen tomar como referencia las pautas del Institute of Medicine (IOM) y las recomendaciones de aumento de peso varían entre 5 kg y 25 kg en función del IMC materno previo al embarazo y de si el embarazo es múltiple o no. Para un embarazo no múltiple con un peso materno normal (IMC 18,5 a 24,9 kg/m²) se recomienda una ganancia ponderal en el embarazo de 11,5 a 16 kg. Un incremento superior o inferior a las recomendaciones del IOM está asociado con resultados perinatales adversos, incluyendo bajo peso al nacer o prematuridad cuando la ganancia de peso es insuficiente²¹.

Depresión, ansiedad o estrés materno podrían conducir a cambios hormonales, derivados de la activación del eje hipotalámico-pituitario adrenal, que precipiten un parto pretérmino²². Además, sufrir un trastorno de la salud mental durante el embarazo puede derivar en que las mujeres perciban un peor estado de salud o que incluso necesiten tratamiento farmacológico para controlarlo. Al igual que en estudios previos⁸, en nuestro estudio fue más alta la probabilidad de sufrir parto pretérmino entre las mujeres que tomaban tratamiento, antes o durante el embarazo, para dormir o estar más relajadas y que tenían una autopercepción mala o muy mala de su estado de salud.

Generalmente, las mujeres modifican sus conductas durante el embarazo, estableciendo hábitos de vida más saludables. Esto se observa entre las mujeres gallegas que durante el embarazo abandonan el consumo de tabaco y, especialmente, el de alcohol. A pesar del descenso observado en la prevalencia de consumo de tabaco, el 12% de las embarazadas siguen fumando, un porcentaje que resulta alarmante. Los efectos que el consumo de tabaco tiene en la salud del niño están establecidos, y se asocian a la vasoconstricción e hipoxia fetal que causan diferentes componentes del tabaco tras atravesar la placenta. Entre estos efectos en la salud fetal destacan el riesgo de desprendimien-

to de la placenta, la rotura prematura de membranas o la restricción del crecimiento fetal²³. El consumo de tabaco se sitúa como el factor modificable prioritario sobre el que los profesionales sanitarios encargados de proveer cuidados a las mujeres embarazadas gallegas deberían intervenir. A pesar de que entre las mujeres que continuaron fumando durante el embarazo el número de cigarrillos consumidos disminuyó (datos no mostrados), esto no es suficiente y se debería avanzar hacia el cese total del consumo de tabaco. Para ello, los profesionales sanitarios deberían disponer de mensajes de salud claros que objetiven el riesgo asociado al consumo de tabaco.

Hasta donde sabemos, este es el primer estudio que identifica las clases de preparación al parto como un factor protector del parto pretérmino en Europa. Un estudio previo obtuvo resultados similares en Estados Unidos²⁴. En Galicia, las clases de preparación al parto constituyen un proceso asistencial incluido en la cartera de servicios del Sistema Gallego de Salud²⁵. Constan de al menos 8 sesiones grupales estructuradas, impartidas por matronas, orientadas a la educación y a la promoción de la salud dirigidas a las mujeres y a sus acompañantes a partir de la 28 SG. En ellas se abordan diferentes aspectos del embarazo, parto, puerperio, lactancia materna, cuidados del recién nacido, sexualidad y anticoncepción. Una revisión Cochrane del año 2016²⁶ puso de manifiesto que los cuidados de las matronas, basados en el respeto de la fisiología del embarazo, parto y postparto con la mínima intervención posible (*midwife-led continuity model*), se asocian con un descenso en la probabilidad de parto pretérmino, a diferencia de lo observado en otra revisión previa⁷ que no encontró diferencias.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran las relativas al diseño transversal, y a que la información se obtuvo mediante autodeclaración materna tras el nacimiento. Este último aspecto se puede asociar a un sesgo de memoria, debido a que se realizaron preguntas referidas a los 6 meses anteriores a conocer el embarazo. También podría estar presente un sesgo de deseabilidad social que

podría derivar en una ocultación de conductas, especialmente cuando se pregunta acerca del consumo de tabaco, alcohol, tratamiento para la depresión y para dormir o estar más relajada. Debido a la naturaleza transversal del estudio, en ocasiones no podemos establecer de forma correcta la secuencia causa-efecto; esto se objetivó cuando se trató de valorar la influencia del reposo en el parto pretérmino. Otras dos limitaciones derivan de no haber incluido mujeres embarazadas menores de edad, ni a embarazadas que no dieron a luz a un niño vivo.

Una de las fortalezas de este estudio es la alta tasa de participación y el tamaño muestral, ya que se incluyeron más de 1 de cada 3 de las casi 19 000 madres que dieron a luz en Galicia durante el periodo de estudio. Además, su diseño permite la generalización de las conclusiones, ya que las mujeres no procedían de un sistema de salud específico y eran una muestra representativa de las embarazadas.

Se debe destacar que muchos de los estudios publicados hasta la fecha sobre parto pretérmino presentan un enfoque patogénico orientado a evaluar intervenciones terapéuticas específicas, perdiendo el enfoque poblacional. Este estudio se ha realizado desde un enfoque de salud pública, concediendo especial relevancia a aquellas variables susceptibles de ser modificadas. Los resultados obtenidos respaldan la importancia de una adecuada educación sanitaria en el embarazo al proporcionar recomendaciones sobre el estilo de vida en las consultas prenatales (por ejemplo, ganancia de peso idónea durante el embarazo) y de fomentar la asistencia a las clases de preparación prepar-

to. En España, durante la pandemia provocada por el SARS-CoV-2, las clases de preparación al parto se consideraron prescindibles en la mayor parte de los centros públicos, siendo excepcional que se proporcionara a las mujeres una alternativa segura, como la vía *online*, para el mantenimiento de las mismas.

CONCLUSIONES

En Galicia, 8 de cada 100 partos son pretérmino; algunos de los factores identificados que aumentan la probabilidad de parto pretérmino son modificables, por lo que los profesionales de la salud deberían tenerlos en cuenta a la hora de proporcionar recomendaciones a las mujeres embarazadas durante las revisiones prenatales. El haber identificado las clases de preparación al parto como un factor que disminuye la probabilidad de parto pretérmino es importante y orienta hacia un estudio en el que se pueda valorar de forma específica el impacto de esta intervención.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

IC: intervalos de confianza • **IMC:** índice de masa corporal • **INE:** Instituto Nacional de Estadística • **IOM:** Institute of Medicine • **IVE:** interrupción voluntaria de embarazo • **OR:** *odds ratio* • **SG:** semana de gestación • **SICRI:** Sistema de Información sobre Conductas de Riesgo de Galicia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Liu I, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2016;388:3027-35.

2. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Osorio Ruíz MÁ, Mendoza Tascón LI, Peñaranda Ospina CB, Carrillo Bejarano JH, et al. Epidemiología de la prematuridad y sus determinantes, en una población de mujeres adolescentes y adultas de Colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2016;81:372-80.

3. Shapiro-Mendoza CK, Barfield WD, Henderson Z, James A, House JL, Iskander J, et al. CDC Grand Rounds: Public Health Strategies to Prevent Preterm Birth. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016;65:826-30.
4. March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Geneva. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization; 2012 [en línea] [consultado el 23/08/2022]. Disponible en www.marchofdimes.org/materials/born-too-soon-the-global-action-report-on-preterm-.pdf
5. Telles F, McNamara N, Nanayakkara S, Doyle MP, Williams M, Yaeger I, et al. Changes in the Preterm Heart From Birth to Young Adulthood: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2020;146:e20200146.
6. Nacimientos por tipo de parto, tiempo de gestación y grupo de edad de la madre 2011 [Todos los partos, Todos los Tiempos, Todas las edades]. En: Instituto Nacional de Estadística [en línea] [citado el 8/05/2021]. Disponible en www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e301/nacim/a2011/10/&file=01011.px&L=0
7. Nacimientos por tipo de parto, tiempo de gestación y grupo de edad de la madre 2016 [Todos los partos, Todos los Tiempos, Todas las edades]. En: Instituto Nacional de Estadística [en línea] [citado el 8/05/2021]. Disponible en <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e301/nacim/a2016/10/&file=01011.px&L=0>
8. Cobo T, Kacerovsky M, Jacobsson B. Risk factors for spontaneous preterm delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;150:17-23.
9. Ceriani Cernadas JM. The main causes of prematurity and their very common associated disorders. *Arch Argent Pediatr*. 2019;117:210-1.
10. Lawlor DA, Mortensen I, Andersen A-MN. Mechanisms underlying the associations of maternal age with adverse perinatal outcomes: a sibling study of 264 695 Danish women and their firstborn offspring. *Int J Epidemiol*. 2011;40:1205-14.
11. Fuchs F, Monet B, Ducruet T, Chaillet N, Audibert F. Effect of maternal age on the risk of preterm birth: A large cohort study. *PLoS One*. 2018;13:e0191002.
12. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of Young Maternal Age with Adverse Reproductive Outcomes. *N Engl J Med*. 1995;332:1113-8.
13. Ferrero DM, Larson J, Jacobsson B, Di Renzo GC, Norman JE, Martin JN, et al. Cross-Country Individual Participant Analysis of 4.1 Million Singleton Births in 5 Countries with Very High Human Development Index Confirms Known Associations but Provides No Biologic Explanation for 2/3 of All Preterm Births. *PLoS One*. 2016;11:e0162506.
14. Refuerzo JS. Impact of multiple births on late and moderate prematurity. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2012;17:143-5.
15. Kulkarni AD, Jamieson DJ, Jones HW, Kissin DM, Gallo MF, Macaluso M, et al. Fertility Treatments and Multiple Births in the United States. *N Engl J Med*. 2013;369:2218-25.
16. Schieve LA, Meikle SF, Ferre C, Peterson HB, Jeng G, Wilcox LS. Low and Very Low Birth Weight in Infants Conceived with Use of Assisted Reproductive Technology. *N Engl J Med*. 2002;346:731-7.
17. Pandey S, Shetty A, Hamilton M, Bhattacharya S, Maheshwari A. Obstetric and perinatal outcomes in singleton pregnancies resulting from IVF/ICSI: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2012;18:485-503.
18. Fortuño C, Labarta E. Genetics of primary ovarian insufficiency: a review. *J Assist Reprod Genet*. 2014;31:1573-85.
19. Artal R. Exercise during pregnancy and postpartum period. En: Uptodate [en línea] [citado el 29/03/2021]. Disponible en www.uptodate.com/contents/exercise-during-pregnancy-and-the-postpartum-period#
20. Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, Misso M, Boyle JA, Black MH, et al. Association of Gestational Weight Gain With Maternal and Infant Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2017;317:2207-25.
21. Rogozińska E, Zamora J, Marlin N, Betrán AP, Astrup A, Bogaerts A, et al. Gestational weight gain outside the Institute of Medicine recommendations and adverse pregnancy outcomes: analysis using individual participant data from randomised trials. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19:322.
22. Lockwood CJ. Spontaneous preterm birth: pathogenesis. En: Uptodate [en línea] [citado el 8/04/2021]. Disponible en: www.uptodate.com/contents/spontaneous-preterm-birth-pathogenesis?search=preterm%20birth&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3

23. Kyrklund-Blomberg NB, Cnattingius S. Preterm birth and maternal smoking: risks related to gestational age and onset of delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 1998;179:1051-5.
24. Cunningham SD, Lewis JB, Shebl FM, Boyd LM, Robinson MA, Grilo SA, *et al.* Group Prenatal Care Reduces Risk of Preterm Birth and Low Birth Weight: A Matched Cohort Study. *J Womens Health (Larchmt).* 2019;28:17-22.
25. Guías técnicas del Plan de Atención Integral a la Salud de la Mujer: Grupo de trabajo del plan de atención integral a la salud de la mujer. Guía técnica do proceso de educación prenatal e postnatal. Xunta de Galicia; 2008. Disponible en www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/40/PMG05.pdf
26. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015:CD004667.



Original

Sensibilidad del test de diagnóstico rápido SARS-CoV-2 Panbio en Atención Primaria

Ana M.^ª Alonso Rubio, Mercedes Garrido Redondo, Rosario Bachiller Luque, Marisa Vega Gutiérrez, Cristina García de Rivera, Beatriz Liras Muñoz, Teresa Palencia Ercilla, Mónica Sanz Fernández, María Alonso Ballesteros, Mari Fe Muñoz Moreno, Paula Borregón Garrido

Introducción y objetivos: los pediatras de Atención Primaria necesitamos técnicas de diagnóstico rápido (TDR) fiables para prevenir la propagación de la enfermedad COVID-19 mediante un cribado temprano y eficaz a la espera de una vacuna. El objetivo de este trabajo fue evaluar como novedad en Atención Primaria, tanto en adultos como niños, sintomáticos y contactos asintomáticos, la sensibilidad (S) de los test de antígeno SARS-CoV-2 Panbio del laboratorio Abbott respecto a la reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Pacientes y métodos: se incluyeron 591 pacientes (222 menores de 14 años) (249 sintomáticos y 342 contactos). Se calculó la sensibilidad (S) y la especificidad (E) junto con sus intervalos de confianza (IC) del 95%. La independencia de los dos resultados ha sido analizada mediante el test de McNemar.

Resultados: la S del test en adultos fue del 81% (IC 95%: 66,16-96,34) y en niños del 80% (IC 95%: 34,94-100) dentro de los 5 primeros días. En contactos se evaluó la S en los cinco primeros días, en adultos (68%; IC 95%: 51,13-86,37), del 5.º al 9.º día (85%) y en niños (66%; IC 95%: 30,31-100). El tipo de contacto más frecuente fue domiciliario en un 52% de los casos. La E fue 100% en todos los casos.

Conclusiones: el test rápido de antígeno SARS-CoV-2 Panbio puede ser útil para diagnóstico de adultos y niños los primeros cinco días de inicio de síntomas, así como entre el 5.º y 9.º día tras el contacto con positivo COVID-19 confirmado, pendiente de interpretar en futuros estudios.

Cómo citar este artículo: Alonso Rubio AM, Garrido Redondo M, Bachiller Luque R, Vega Gutiérrez M, García de Rivera C, Liras Muñoz B, *et al.* Sensibilidad del test de diagnóstico rápido SARS-CoV-2 Panbio en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;24:e283-e289.