



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



ORIGINAL

¿Es la nacionalidad de la paciente un factor influyente en el proceso de embarazo, parto y puerperio?



J. Gallardo Martínez^a, M. Arnáez de la Cruz^b, Z. Frías Sánchez^{c,*}, I. del Río Romero^a, Z. Navalón Bonal^a, P. Polo Ballarín^a y M. Pantoja Garrido^a

^a UGC de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^b UGC de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario de la Merced de Osuna, Sevilla, España

^c UGC de Ginecología y Patología Mamaria, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Recibido el 3 de noviembre de 2019; aceptado el 5 de enero de 2020

Disponible en Internet el 21 de febrero de 2020

PALABRAS CLAVE

Inmigración;
Etnia;
Raza;
Complicaciones
gestacionales;
Resultados
perinatales

Resumen

Objetivo: Determinar si la nacionalidad de la paciente es un factor que influye en el seguimiento de la gestación, en las características del parto o en las complicaciones posteriores durante el puerperio.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se han recogido todos los partos registrados en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla durante un periodo de 5 meses. La muestra se ha dividido en 2 cohortes de estudio, una conformada por las pacientes de nacionalidad española y otra por las pacientes extranjeras.

Resultados: Se registraron los datos de 1.259 gestantes (1.135 españolas y 124 extranjeras). El número de visitas y pruebas prenatales fue mayor en la cohorte de pacientes españolas. El porcentaje de inducciones fue mayor en las pacientes españolas (22,1%); sin embargo, el porcentaje de partos eutócicos fue superior en las gestantes extranjeras, con igualdad (23,4%) respecto a la tasa de cesáreas entre ambas cohortes. La tasa de desgarros y el porcentaje de partos sin epidural fue mayor en las pacientes extranjeras, mientras que la tasa de episiotomías fue menor. Por último, el porcentaje de enfermedad gestacional y complicaciones puerperales fue mayor en las gestantes españolas, con un porcentaje ligeramente inferior de complicaciones del recién nacido respecto a las pacientes extranjeras.

Conclusiones: Nuestros resultados determinan que si bien el seguimiento del embarazo es más exhaustivo en las pacientes españolas, algunas variables como la tasa de inducción, parto instrumental, episiotomía o el porcentaje de pacientes que solicitan analgesia epidural son menores en la población extranjera.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fszoraida@gmail.com (Z. Frías Sánchez).

KEYWORDS

Immigration;
 Ethnicity;
 Race;
 Pregnancy
 complications;
 Perinatal outcome

Does the nationality of the patient have an influence on the process of pregnancy, childbirth and post-partum?**Abstract**

Objective: To determine whether the nationality of the patient is a factor that influences pregnancy follow-up, labour characteristics, and subsequent complications during post-partum.

Material and methods: An observational retrospective study was performed that included every delivery registered in Macarena Hospital in Seville during a 5 months period. The sample was divided into 2 cohorts, one including Spanish patients, and the other including foreign patients.

Results: Data from 1259 pregnant women (1135 Spanish and 124 foreigners) were registered. The number of visits and prenatal test was greater in the Spanish cohort. The rate of labour induction was higher among Spanish patients (22.1%). However, normal vaginal delivery rate was higher among foreign pregnant women. Caesarean section rate was equal (23.4%) between both cohorts. Tearing rate and non-epidural delivery was higher among foreign patients, while episiotomy rate was lower. Gestational disorders and complications post-partum were higher in the Spanish cohort, with a slightly lower percentage of newborn complications compared to the foreign cohort.

Conclusions: Our results show that pregnancy follow-up is more exhaustive among Spanish patients, but some variables such as rate of labour induction, assisted birth, episiotomy, or patients demanding epidural analgesia were lower among the foreign population.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La inmigración es una realidad tremendamente influyente en la conformación de la sociedad de nuestro país y del continente europeo, en la actualidad. En las últimas décadas, el impacto socioeconómico y cultural de la llegada de ciudadanos de otros países ha sido muy beneficioso en muchos ámbitos. Así, un 10% de la población censada en la actualidad en España es de origen extranjero, datos que no son del todo exactos, ya que no contabilizan el considerable porcentaje de inmigrantes en situación irregular¹. Mayoritariamente, se trata de una población joven, por lo tanto, en edad fértil, lo que influye de manera importante en la natalidad nacional y en el perfil de nuestras gestantes.

En la provincia de Sevilla la comunidad inmigrante representa un 3,5% de la población. Más de 2/3 (el 70%) son mujeres, de las cuales un 57% se encuentran en edad fértil. Por tanto, esta población representa el 7% del total de mujeres sevillanas en esta franja de edad¹. En cuanto a sus países de procedencia, el colectivo más numeroso proviene de Rumanía y de los países del este de Europa, seguido por Marruecos, China y Latinoamérica (Colombia, Bolivia, Brasil...). En un contexto de crisis económica como la atravesada por nuestro país en la última década, la población inmigrante ha ido disminuyendo progresivamente. Así, en 2012, año de realización de nuestro estudio, el porcentaje de inmigrantes sobrepasaba el 12%, mientras que en la actualidad está en torno al 10%¹. El regreso a los países de origen o el cambio de tendencia en la elección del país de destino han determinado esta merma en la población extranjera. También ha habido variaciones respecto a los países de procedencia: se ha experimentado un descenso de volumen poblacional en todos los orígenes excepto China, único país cuyos habitantes han seguido aumentando en número en

nuestra provincia. Cabe destacar la reducción significativa de la población latinoamericana, que en 2012 representaba el segundo origen más frecuente y que, en la actualidad, cae al cuarto lugar tras Rumanía, Marruecos y China, al disminuir en más de la mitad el total de habitantes de este origen. Esta mengua del impacto de la población inmigrante en nuestro país coincide con la caída, en los últimos años, de la tasa de natalidad: este podría ser uno de los factores más influyentes de dicho desplome.

Las diferencias étnicas y raciales en las enfermedades obstétricas han sido objeto de numerosos estudios a lo largo de los años: se ha demostrado que condiciones como la preeclampsia² o la incompetencia cervical³ son más frecuentes en mujeres de raza negra y que enfermedades como la diabetes gestacional son más prevalentes entre la población asiática o hispana⁴⁻⁷. Por todo ello, debido al auge migratorio de principios de este siglo, asociado a las circunstancias geopolíticas de nuestro planeta, es de creciente interés el estudio de los resultados obstétricos y perinatales en las gestantes inmigrantes y su comparativa con la población autóctona. Revisando la literatura científica, los resultados perinatales son, en general, más deficientes entre la población extranjera⁸⁻¹⁴. Muchos autores asocian estas diferencias al peor control prenatal de las pacientes inmigrantes, a la captación más tardía de los embarazos y a un seguimiento menos protocolizado¹⁵⁻¹⁸. Estas deficiencias pueden ser secundarias a la existencia de una barrera lingüística, al desconocimiento de los trámites administrativos para acceder a la atención sanitaria, a la ausencia de control sistemático de la gestación en sus países de origen, a la falta de autonomía de algunas de estas mujeres respecto a su pareja o a causas laborales/socioeconómicas que impiden su asistencia a las consultas; factores todos ellos que determinan un seguimiento más insuficiente del embarazo⁸.

Tabla 1 Características demográficas de la muestra

	Españolas	Extranjeras	<i>p</i>
Edad media años (DE)	31,25 (10,2)	28,11 (11,8)	0,051
Paridad (DE)	1,64 (1,2)	1,71 (1,43)	0,05
Índice de masa corporal en kg/m ² (DE)	24,5(5)	25,2(4,7)	0,067
Edad gestacional en el parto en semanas (DE)	38 (2,6)	38 (2)	0,57
Cirugías previas en % (n)	12,24 (139)	12,09 (15)	0,9
Cesáreas previas en % (n)	9,95 (113)	6,45 (8)	0,044

Así pues, nuestro objetivo con este trabajo es determinar si el origen geográfico o la nacionalidad de la paciente es un factor que puede influir en el seguimiento de la gestación, en las características del parto o en las complicaciones posteriores durante el puerperio.

Material y métodos

Se planteó un estudio observacional retrospectivo de cohortes con las gestantes que fueron controladas y atendidas en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla (España) que parieron en el periodo de tiempo comprendido entre marzo y julio del año 2012. Se recopiló información a través de la historia clínica y la entrevista personal con la paciente durante el seguimiento en consultas de obstetricia, ingreso hospitalario y posparto inmediato. Una cohorte la conformaron las pacientes de nacionalidad española y la otra cohorte estuvo constituida por las gestantes extranjeras.

Las variables estudiadas fueron la nacionalidad, paridad y edad de la paciente, número de visitas prenatales, edad gestacional de la primera visita, cumplimiento de las citas de ecografía de la semana 12, 20 y 32, realización de serología materna, cribado combinado de primer trimestre (edad materna, translucencia nuchal, β gonadotropina coriónica humana y proteína A del plasma sanguíneo asociada al embarazo) y cultivo de estreptococo del grupo B (EGB), enfermedad gestacional, edad gestacional del parto, tipo de parto, tasa de inducción y de analgesia epidural, porcentaje de desgarros vaginales y episiotomías, complicaciones del recién nacido, del parto y puerperio, APGAR al minuto 1, a los 5 y a los 10 minutos del nacimiento, necesidad de ingreso pediátrico del recién nacido, etc.

Se excluyó del estudio a aquellas pacientes en las que el parto o el seguimiento gestacional no se llevó a cabo en nuestro centro hospitalario en su totalidad.

Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se planteó un estudio estadístico descriptivo con la media, desviaciones estándar y porcentaje de las variables generales de las pacientes. La comparación de grupos se realizó mediante χ^2 de Pearson y el análisis asociativo entre variables mediante la prueba *t* de Student y χ . Consideramos significación estadística los resultados con valores de $p < 0,05$. Se utilizó el programa SPSS 21 para Mac para el análisis estadístico.

Tabla 2 Distribución por origen geográfico/nacionalidad

Origen geográfico/nacionalidad	N	%
Española	1.135	90,2
Europa del Este	40	3,2
Latinoamericana	39	3,1
Magrebí	17	1,4
Asiática	15	1,2
África subsahariana	11	0,9
Otras	2	0,2
Total	1.259	100

Resultados

Se registraron los datos de 1.259 gestantes: 1.135 españolas (90,2%) y 124 extranjeras (9,8%). La edad media de las pacientes españolas en el momento del parto fue de 31,25 años, mientras que en la cohorte de extranjeras fue de 28,11. La paridad media de las pacientes españolas fue de 1,64 partos por gestante, mientras que en la cohorte de pacientes extranjeras fue de 1,71. Estos datos están resumidos en la [tabla 1](#). La distribución en función del origen geográfico o de la nacionalidad se muestra en la [tabla 2](#).

Respecto al seguimiento y cumplimiento de las visitas durante la gestación (tanto con la matrona como con el médico del embarazo), las diferentes variables se encuentran resumidas en la [tabla 3](#).

El porcentaje de pacientes españolas que presentaron o desarrollaron alguna enfermedad o alteración de la normalidad gestacional fue del 41,6%, mayor que en la cohorte de gestantes extranjeras, que fue del 33,1% ($p=0,067$). Del 40,7% de las pacientes totales que presentaron enfermedades o alteraciones del embarazo, las más frecuentes fueron la rotura prematura de membranas (24,9%), la diabetes gestacional (2,38%) y el oligoamnios (2,38%). La edad gestacional media de las pacientes en el momento del parto fue de 38 semanas de amenorrea en ambas cohortes. La tasa de inducción fue del 22,2% en las gestantes españolas, mientras que en la cohorte de pacientes extranjeras fue del 14,5% ($p=0,13$). Las causas de inducción más frecuentes fueron la rotura prematura de membranas (40%) y la gestación cronológicamente prolongada (21,8%). El porcentaje de pacientes españolas que requirieron una nueva inducción por fallo de la inicial (incapacidad de desencadenar el trabajo de parto en las primeras 24 h, por lo que fue necesaria la repetición de la pauta farmacológica) fue del 19,6%, mayor que en la cohorte de gestantes extranjeras, que fue del 12,9% ($p=0,44$). Respecto a la vía del parto, los datos se resumen

Tabla 3 Seguimiento y cumplimiento de las visitas gestacionales

Variable de seguimiento	Españolas	Extranjeras	p
Edad gestacional media en la primera visita en semanas (DE)	9 (3,7)	10 (6,8)	0,01
Número medio de visitas durante la gestación (DE)	6,25 (1,8)	5,44 (2,2)	0,0001
% de pacientes que acudieron a la ecografía de primer trimestre	95,8	72,4	0,0001
% de pacientes que se realizaron cribado combinado de primer trimestre	90,6	61,8	0,0001
% de pacientes que acudieron a la ecografía morfológica de las 20 semanas	97,8	85,4	0,0001
% de pacientes que acudieron a la ecografía del tercer trimestre	98,3	84,7	0,0001
% de pacientes con serología gestacional completa	98,5	90,5	0,0001
% de pacientes que se realizaron el cultivo vagino-rectal de EGB	92,4	81,3	0,0001
% de pacientes que no se controlaron el embarazo	0,7	7,3	0,0001

Tabla 4 Vía del parto

Tipo de parto	Españolas % (n)	Extranjeras % (n)	p
Eutócico	60,5 (687)	63,7 (79)	0,83
Instrumental	15,8 (179)	12,9 (16)	0,77
Ventosa	9,5 (108)	8,9 (11)	
Fórceps	4,6 (52)	4 (5)	
Espátula	1,7 (19)	0 (0)	
Cesárea	23,4 (266)	23,4 (29)	0,99
Urgente	19,2 (48)	19,4 (5)	
Programada	4,2 (218)	4 (24)	
Mixta (gemelares)	0,3 (3)	0 (0)	0,91

en la [tabla 4](#), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,83$). La indicación más frecuente de cesárea fue la falta de progresión del parto (36,7%).

Si analizamos la tasa de desgarros del canal del parto, en la cohorte de gestantes españolas observamos un porcentaje del 39,8% (4,2% de desgarros de III-IV grado), mientras que en las pacientes extranjeras fue del 42,7% (5,6% de desgarros de III-IV grado), diferencias que no son estadísticamente significativas ($p=0,52$). Sin embargo, respecto a la tasa de pacientes a las que se les practicó una episiotomía, los valores se invierten, ya que en la cohorte de gestantes españolas fue del 29,3% y en la cohorte de pacientes extranjeras del 23,4% ($p=0,37$). Por otro lado, un 84,8% de las gestantes españolas solicitó analgesia epidural durante el proceso del parto, por un 71% de las pacientes extranjeras, diferencias estadísticamente significativas ($p=0,0001$).

Por último, respecto a las complicaciones asociadas al parto o al recién nacido, las diferencias entre ambos grupos no fueron significativas ($p=0,82$), ya que los porcentajes fueron muy similares: 4,4% en españolas y 4,8% en extranjeras; las causas más frecuentes fueron la prematuridad (1,9%) y el distrés respiratorio del neonato (1%). Estas diferencias son algo mayores en las complicaciones puerperales (2,9 y 0,8%, respectivamente; $p=0,17$); la más frecuente de ellas es la hemorragia puerperal/anemia (1,3%). El sexo del recién nacido fue más frecuentemente el femenino (51,2%) en españolas y el masculino (52,4%) en extranjeras, el peso medio del recién nacido fue de 3.245 g en la cohorte de gestantes españolas y de 3.342 g en las extranjeras, sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0,83$ y 0,052, respectivamente). Para finalizar, el test de APGAR a los 5 y

10 min del nacimiento tuvo el mismo valor medio en ambos grupos 9,7 y 9,8, también sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0,17$ y 0,89, respectivamente). Estos datos se resumen en la [tabla 5](#).

Discusión

Nuestros resultados con relación al *grado de control prenatal y seguimiento de la gestación*, indican que estos ítems son más deficitarios en la población inmigrante, lo que coincide con la mayoría de la bibliografía publicada^{8,9}. En estudios similares llevados a cabo en ciudades como Almería⁸, Madrid¹⁵ o Barcelona¹⁶, se objetivó también que la primera visita entre las gestantes extranjeras se produce más tarde y que el número total de visitas a la matrona o al especialista es menor, como en nuestro trabajo. Esta deficiencia se podría explicar por la situación irregular de muchas inmigrantes, la barrera lingüística o las diferencias respecto al control de la gestación en sus países de origen⁸. Sin embargo, autores como Guendelman et al.¹⁷ o Martin et al.¹⁸ afirman que la falta de control prenatal es independiente del grado de accesibilidad a la sanidad, puesto que dichos resultados son similares tanto en países con un sistema sanitario menos inclusivo o no público, como Estados Unidos, como en países con una sanidad universal (España o Francia).

Con relación a la *salud materna y la enfermedad obstétrica*, en un estudio desarrollado a nivel nacional en el Reino Unido¹⁹ se demostró como la morbilidad materna era mayor entre las gestantes extranjeras, y se concluyó que estas diferencias no se debían a razones socioeconómicas ni al perfil de la gestante, sino a factores relacionados con el control de la gestación y el tipo de parto. En Estados Unidos²⁰ y Holanda²¹, se plantearon estudios similares, y se objetivó también una mayor mortalidad en la cohorte de pacientes inmigrantes. Sin embargo, nuestro estudio presenta resultados contrarios a los publicados, ya que las pacientes españolas son las que desarrollaron un mayor porcentaje de enfermedades gestacionales, aunque estas diferencias respecto a la cohorte de extranjeras no fueron estadísticamente significativas.

Según se describe en la encuesta sobre salud materna y perinatal llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud en 2010²², la *tasa de inducción* del parto es superior en los países con más ingresos y se relaciona con una disminución de la mortalidad materna y perinatal. Además, las

Tabla 5 Resultados perinatales y complicaciones

	Españolas	Extranjeras	p
Peso del recién nacido en gramos (DE)	3.245 (532)	3.342 (632)	0,052
APGAR minuto 5 (DE)	9,7 (0,914)	9,7 (0,839)	0,17
APGAR minuto 10 (DE)	9,8 (0,87)	9,8 (0,531)	0,89
Distrés respiratorio del recién nacido % (n)	0,96 (11)	1,61 (2)	0,37
Complicaciones del parto o del recién nacido % (n)	4,4 (50)	4,8 (6)	0,82
Complicaciones maternas puerperales % (n)	2,9 (33)	0,8 (1)	0,17

poblaciones con un mayor nivel educativo tienen una mayor probabilidad de aceptar un parto inducido²³. No encontramos bibliografía que estudie y compare adecuadamente la tasa de inducción en la población inmigrante. En nuestros resultados, las gestantes extranjeras presentaron una tasa inferior, y requirieron, además, con menor frecuencia, una nueva inducción por fracaso de la inicial.

En cuanto a la *vía del parto*, la literatura es confusa, heterogénea y aporta conclusiones dispares. Diferentes estudios tanto nacionales como internacionales coinciden con nuestros resultados y no encuentran diferencias significativas entre ambas cohortes, en cuanto a la vía de finalización del parto^{16,24-28}. Yee et al.²⁹ hallan en su estudio un mayor índice de cesáreas en pacientes extranjeras y valoran si esto se debe a deficiencias en la aplicación de las estrategias de promoción del parto vaginal en función de la raza, aunque concluyen que tales diferencias no son las causantes de estos resultados. Por el contrario, en el estudio de Manzanares et al.⁸, la población inmigrante tiene una tasa de cesáreas menor que la población española, dato que en nuestro trabajo, sin embargo, se objetivó similar entre ambas cohortes.

Los resultados respecto a la *tasa de episiotomía* son igualmente diversos. Un estudio desarrollado en Austria³⁰ y otro realizado entre gestantes africanas que residían en Australia³¹ muestran un mayor empleo de la episiotomía y mayor número de desgarros perineales graves entre las gestantes extranjeras. Sin embargo, tanto en nuestro trabajo como en otro similar, pero con un porcentaje mayor de población extranjera desarrollado en Almería⁸, la episiotomía es más frecuente entre las pacientes españolas. Factores como las diferencias en la paridad o en el uso de anestesia epidural podrían explicar estos hallazgos.

Respecto al uso de *analgesia epidural*, nuestros resultados se corresponden con la evidencia actual, ya que parece ser que su solicitud es menos frecuente en la población inmigrante. Las diferencias culturales, el miedo a una técnica desconocida para muchas pacientes o las dificultades lingüísticas para solicitarla han sido propuestas como posibles explicaciones para dichos resultados⁸. Estos factores son importantes, ya que en áreas en las que la población inmigrante llevaba más tiempo conviviendo y estaba más arraigada en la comunidad, la tasa de epidural creció hasta alcanzar cifras similares a las de las gestantes autóctonas²⁴.

Los *resultados perinatales*, especialmente en términos de peso del feto al nacer, han sido objeto de estudio, debido, sobre todo, a su estrecha relación con la morbilidad neonatal. En este trabajo, los resultados respecto al peso del recién nacido no encuentran diferencias significativas

al comparar ambas cohortes. Esto coincide con diversos estudios desarrollados en Cataluña³², Zaragoza³³, Madrid¹⁶ Grecia²⁶ o Italia³⁴, en los que se comparan poblaciones de características similares a la nuestra, sin hallar tampoco diferencias significativas al respecto. Sin embargo, en otro grupo de publicaciones nacionales^{8,9} se encuentra una mayor frecuencia de bajos pesos para edad gestacional y de tasas de crecimiento uterino retardado entre las gestantes españolas. Por otro lado, Agudelo et al.⁹, con su análisis de los boletines estadísticos españoles de parto entre los años 2001 y 2005, concluyen que los recién nacidos de madres extranjeras presentan un menor riesgo de bajo peso. Plantean como posible explicación a dichos resultados «el sesgo del inmigrante sano», que llevaría a comparar a poblaciones no homogéneas en términos de estado de salud basal. Otra posible explicación estaría relacionada con las características culturales de los países de origen de estas pacientes. En este sentido, la «paradoja hispana», acuñada por Page y Smith^{35,36}, nos plantea la hipótesis de que los mejores resultados perinatales y obstétricos de las gestantes latinas en Estados Unidos (a pesar de su nivel socioeconómico más desfavorecido y difícil acceso a la sanidad), se atribuyen a unos mejores hábitos dietéticos y conductuales durante la gestación, importados desde sus países de origen. No obstante, en el estudio de Manzanares et al.⁸, los resultados perinatales en términos de mortalidad fetal fueron peores entre la población inmigrante. Sus autores lo relacionan de manera muy significativa con el grado de control de la gestación y concluyen que sería este el factor determinante y no el origen de la gestante. En este sentido, Hauck et al.¹⁰ muestran que en Estados Unidos, pese a que las principales causas de mortalidad neonatal (enfermedad relacionada con el parto pretérmino, malformaciones congénitas y complicaciones maternas) son similares, estas son hasta 3 veces más frecuentes entre las gestantes afroamericanas (mucho más desfavorecidas socioeconómicamente) que en la población blanca. En nuestro estudio las *complicaciones neonatales* rondaron el 4,5%; las más frecuentes fueron la prematuridad y el distrés respiratorio, sin diferencias significativas entre ambas cohortes. Sin embargo, un informe sobre nacimientos realizado anualmente en Estados Unidos¹¹ sí demuestra cada año las diferencias existentes en cuanto a prematuridad en función del origen: es mucho más frecuente entre los neonatos de raza negra no hispanos (13,9%) que entre los blancos no hispanos (9,1%). La explicación a esta realidad es desconocida, pues múltiples investigaciones¹¹⁻¹³ han demostrado como tales diferencias persisten independientemente del nivel socioeconómico de las gestantes o de su grado de acceso a los seguros sanitarios. También se han propuesto

hipótesis basadas en la variabilidad genética, pero parecen no explicar esta disparidad en cuanto al parto pretérmino³⁷.

Respecto a las *complicaciones puerperales*, en nuestros resultados destaca la hemorragia puerperal causante de anemia como la más frecuente entre las pacientes españolas. En este sentido, investigaciones americanas también encuentran una mayor tasa de hemorragia posparto entre las pacientes nativas³⁸.

Para finalizar, debemos exponer la limitación de nuestro trabajo respecto a la clasificación de las gestantes extranjeras por el mero hecho de serlo o no. En este sentido convendría utilizar índices que valorasen la situación socioeconómica de la mujer inmigrante, ya que todas las pacientes extranjeras no pueden clasificarse como un conjunto homogéneo, puesto que esta idea puede llevar a sesgos. Si bien es cierto que las características al respecto de nuestra muestra eran bastante homogéneas, se deben tener en cuenta dichos ítems para plantear futuros estudios relacionados con este tema. Por otro lado, nuestro tamaño muestral de gestantes extranjeras es demasiado limitado como para obtener diferencias significativas en condiciones de baja prevalencia, por lo que la falta de significación estadística en ciertas variables puede ser atribuible a este factor. Por ello, deberíamos considerar la inclusión de un mayor número de pacientes durante un periodo de reclutamiento mayor, con el fin de incrementar la casuística de este grupo y, por tanto, la significación de los resultados obtenidos en próximos trabajos.

Conclusiones

La evidencia actual que relaciona nacionalidad y gestación es muy heterogénea y no permite llegar a un consenso sobre si el origen de la paciente influye en el tipo de parto y las complicaciones materno-fetales posteriores, ya que existen factores socioeconómicos y culturales importantes que no se han analizado en este trabajo. Nuestros resultados parecen indicar que las pacientes extranjeras tienen un peor control de la gestación, que acuden más tardíamente a la primera visita y realizan un menor número total de controles prenatales. El uso de analgesia epidural intraparto fue significativamente más frecuente entre las pacientes españolas. Respecto a la vía del parto, tasa de enfermedad obstétrica o complicaciones neonatales, no se observaron diferencias significativas entre ambas cohortes. Así, consideramos necesarios nuevos estudios, con mayores tamaños muestrales y con más homogeneidad entre los grupos analizados, para evaluar las diferencias entre gestantes de diferente nacionalidad.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores científicos de este artículo declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística [actualizado: enero de 2019; consultado el 6 octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/listaoperaciones.htm>.
2. Gyamfi-Bannerman C, Pandita A, Miller EC, Boehme AK, Wright JD, Siddiq Z, et al. Preeclampsia outcomes at delivery and race. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2019;20:1–8, <http://dx.doi.org/10.1080/14767058.2019>
3. Tannera L, Tuckerb LY, Postlethwaite D, Greenberga M. Maternal race/ethnicity as a risk factor for cervical insufficiency. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;221:156–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.12.009>
4. Pu J, Zhao B, Wang EJ, Nimal V, Osmundonn S, Kunz L, et al. Ethnic differences in gestational diabetes prevalence and contribution of common risk factors. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2015;29:436–43, <http://dx.doi.org/10.1111/ppe.12209>
5. Ferrara A. Increasing prevalence of gestational diabetes mellitus: A public health perspective. *Diabetes Care*. 2007;30:141–6, <http://dx.doi.org/10.2337/dc07-s206>
6. Dabelea D, Snell-Bergeon JK, Hartsfield CL, Bischoff KJ, Hamman RF, McDuffie RS. Increasing prevalence of gestational diabetes mellitus (GDM) over time and by birth cohort: Kaiser Permanente of Colorado GDM Screening Program. *Diabetes Care*. 2005;28:579–84, <http://dx.doi.org/10.2337/diacare.28.3.579>
7. Thorpe LE, Berger D, Ellis JA, Bettgowda VR, Brown G, Matte T, et al. Trends and racial/ethnic disparities in gestational diabetes among pregnant women in New York City, 1990–2001. *Am J Public Health*. 2005;95:1536–9, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2005.066100>
8. Manzanares S, López MF, Gómez T, Martínez N, Montoya F. Resultados del mal control del embarazo en la población inmigrante. *Prog Obstet Ginecol*. 2008;51:215–23, [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5013\(08\)71079-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5013(08)71079-3)
9. Agudelo AA, Ronda E, Gil D, González L, Regidor R. Relación en España de la duración de la gestación y del peso al nacer con la nacionalidad de la madre durante el período 2001–2005. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83:331–7, <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272009000200015>
10. Hauck FR, Tanabe KO, Moon RY. Racial and ethnic disparities in infant mortality. *Semin Perinatol*. 2011;35:209–20, <http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2011.02.018>
11. Martin JA, Hamilton D, Osterman MJ, Driscoll AK, Drake P. Births: Final data for 2017. *Natl Vital Stat Rep*. 2017;67:1–50.
12. Collins JW, David RJ, Simon DM, Prachand NG. Preterm birth among African American and white women with a lifelong residence in high-income Chicago neighborhoods: An exploratory study. *Ethn Dis*. 2007;17:113–7.
13. Murray JL, Bernfield M. The differential effect of prenatal care on the incidence of low birth weight among blacks and whites in a prepaid health care plan. *N Engl J Med*. 1988;319:1385–91, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM198811243191205>
14. Barfield WD, Wise PH, Rust FP, Rust KJ, Gould JB, Gortmaker SL. Racial disparities in outcomes of military and civilian births

- in California. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996;150:1062-7, <http://dx.doi.org/10.1097/MOP.0b013e328344568f>
15. Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características socio-demográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria*. 2000;26:314-8, [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78671-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78671-9)
16. Pérez S, Muñoz N, Robledo A, Sánchez Y, Pallás CR, de la Cruz J. Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60:3-8, [http://dx.doi.org/10.1016/S1695-4033\(04\)78210-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1695-4033(04)78210-7)
17. Guendelman S, Buekens P, Blondel B, Kaminski M, Notzon FC, Masuy-Stroobant G. Birth outcomes of immigrant women in the United States, France, and Belgium. *Matern-Child-Health-J*. 1999;3:177-87.
18. Martín I, López MA, Lozano J, Mur A. Resultados perinatales de las inmigrantes gestantes. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64:550-6, <http://dx.doi.org/10.1157/13089920>
19. Knight M. Inequalities in maternal health: National cohort study of ethnic variation in severe maternal morbidities. *BMJ [Internet]*. 2009;338, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b542>
20. Callaghan WM, Mackay AP, Berg CJ. Identification of severe maternal morbidity during delivery hospitalizations, United States, 1991-2003. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199:133e1-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2007.12.020>
21. Zwart JJ, Richters JM, Ory F, de Vries JL, Bloemenkamp KW, van Roosmalen J. Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery and puerperium in the Netherlands: A nationwide population-based study of 371,000 pregnancies. *BJOG*. 2008;115:842-50, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01713.x>
22. World Health Organization. WHO Global survey on maternal and perinatal health. Induction of labor data. Ginebra: WHO; 2010.
23. WHO: World Health Organization Recommendations for Induction of Labour. Geneva. 2011.
24. García J, Pardo C, Hernández A, Lorenzo M, Gil D. Diferencias obstétricas y neonatales entre mujeres autóctonas e inmigrantes. *Prog Obstet Ginecol*. 2008;51:53-62.
25. Martínez E, López AF. Diferencias de morbilidad asociadas al embarazo y de resultados obstétricos y perinatales entre mujeres inmigrantes y autóctonas. *Matronas Prof*. 2004;5:12-8.
26. Panagopoulos P, Tsoukalos G, Economou A, Zikopoulos M, Koutras I, Petrakos G, et al. Delivery and immigration: The experience of a Greek hospital. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2005;32:55-7.
27. Rizzo N, Ciardelli V, Gandolfi C, Bonavita B, Parisio CH, Farina A, et al. Delivery and immigration: The experience of an Italian hospital. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;116:172.
28. Vagen S, Stoltenberg C, Skrandal A, Magnus P, Stray-Pedersen B. Cesarean section among immigrants in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000;79:553-8.
29. Yee LM, Constantine MM, Rice MM, Bailit J, Reddy UM, Wapner RJ, et al. Racial and ethnic differences in utilization of labor management strategies intended to reduce cesarean delivery rates. *Obstet Gynecol*. 2017;130:1285-94, <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002343>
30. Oberaigner W, Leitner H, Oberaigner K, Marth C, Pinzger G, Concin H, et al. Migrants and obstetrics in Austria—applying a new questionnaire shows differences in obstetric care and outcome. *Wien Klin Wochenschr*. 2013;125:34-40.
31. Belihu FB, Small R, Davey MA. Episiotomy and severe perineal trauma among Eastern African immigrant women giving birth in public maternity care: A population based study in Victoria, Australia. *Women Birth*. 2016;30:282-90, <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2016.11.008>
32. Marqueta JM, Romagosa C. Diferencias de morbilidad obstétrica y perinatal entre la población autóctona y magrebí. *Clin Invest Gin Obst*. 2002;29:318-28.
33. Martínez F, Monzón A, Falcón A, Pardo A. Partos de inmigrantes y jóvenes inmigrantes en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (España). *Index Enferm Gran*. 2002;38:15-7.
34. Manganaro R, Mami C, Palmara A, Gemelli M. Health status of neonates born to immigrants at the University Polyclinic of Messina in 1993-1998. A case-control study. *Pediatr Med Chir*. 2000;21:197-8.
35. Page RL. Positive pregnancy outcomes in Mexican immigrants: What can we learn? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004;33:783-90.
36. Smith PB. Sociologic aspects of adolescent fertility and child-bearing among Hispanics. *J Dev Behav Pediatr*. 1986;7:346-9.
37. David R, Collins J. Disparities in infant mortality: What's genetics got to do with it? *Am J Public Health*. 2007;97:1191-7.
38. Forna F, Jamieson DJ, Sanders D, Lindsay MK. Pregnancy outcomes in foreign-born and US-born women. *Obstet Gynecol Int J*. 2003;83:257-65.