

ORIGINALES

Diferencias de morbilidad obstétrica y perinatal entre la población autóctona y magrebí

J.M. Marqueta y C. Romagosa

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Palamós. Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà. Girona. España.

SUMMARY

Objective: Our intention is to know if differences exist in the degree of pregnancy care, obstetric morbidity, and perinatal outcome between Moroccan women and the autochthonous population; and to discuss the need to employ specific strategies as the number of immigrant women is now increasing greatly.

Material and method: We studied 115 pregnant Moroccan women who delivered in our centre in the year 2000, and an equal autochthonous sample, data being collected from the clinical notes. Parallely all Moroccan and autochthonous neonates admitted to the paediatric department in the year 2000 were studied using the admissions register. All statistical analyses were made by applying the χ^2 test.

Results: We found significant differences, with respect to the Moroccans. In their greater parity and age distribution, low levels of pregnancy control and lower number of analyses carried out, higher positive levels of *Streptococcus* β , lower number of scans carried out during the protocol period, greater number of obese patients and of those with insufficient weight gain during pregnancy, greater number of medical and obstetric pathologies registered, lesser need of analgesia during delivery, percentile differences in the weight of new-borns, and a higher number of neonatal admissions because of the risk of infection.

Conclusion: It is necessary to instigate measures which favour the integration of the immigrant community and improve their pregnancy control, however, determined aspects of their morbidity are not modifiable.

INTRODUCCIÓN

La inmigración, procedente de países magrebíes y centroafricanos, y últimamente de la Europa del Este, es una realidad social que no escapa a nadie. Tanto es así que está comportando cambios legislativos, sociales y culturales. Esta diversidad sociocultural también repercute en el ámbito sanitario de tal manera que se están llevando a cabo programas especiales tanto asistenciales como de educación sanitaria.

En el año 2000 el 21% de los inmigrantes regularizados del territorio español residían en Cataluña, lo que supone el mayor porcentaje junto a la Comunidad de Madrid. En Cataluña el 34,7% de esta población son magrebíes¹. Según el Padrón de 1999, en poblaciones de más de 2.000 habitantes el 8,1% de éstos son extranjeros y el 4,2% procedentes del norte de África. Además, hay un número considerable de no empadronados².

En el Baix Empordà, nuestro ámbito de referencia, esta población representó en el año 1988 el 3,14% de los partos asumidos en el Hospital de Palamós. En 1996 ya había crecido hasta un 15,77% y llegaba al 23,3% en 2000. Si concretamos en la inmigración magrebí, representa el 19,13% del total de partos. Este hecho, junto a la percepción de peor control gestacional y mayor morbilidad, tanto obstétrica como perinatal, es lo que nos lleva a hacer un estudio comparativo entre las mujeres magrebíes y las autóctonas que se controlan la gestación o paren en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la parte obstétrica se elaboran dos grupos de estudio (magrebíes y autóctonas) que han seguido un control del embarazo o parido en el Hospital de Palamós/CABE con una fecha de parto dentro del año 2000. Se identifica toda la población magrebí (115 casos) y un número igual de población autóctona, que será seleccionada con el criterio de ser el parto siguiente o la siguiente paciente derivada. Se excluyen

Aceptado para su publicación el 22 de julio de 2002.

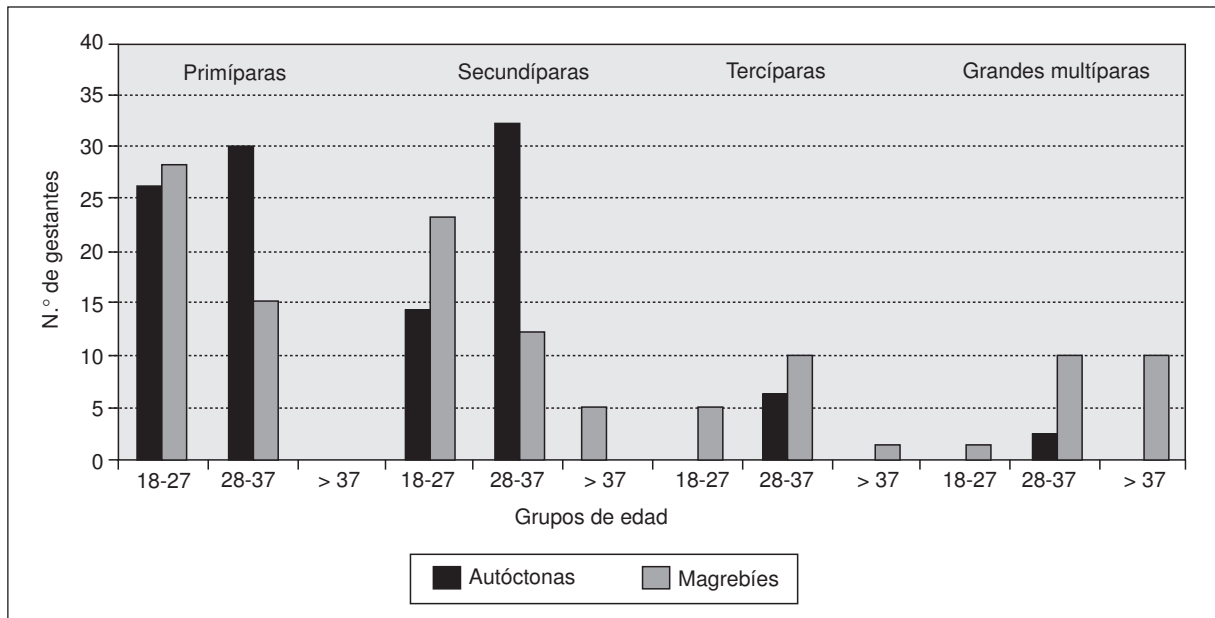


Fig. 1. Edad y paridad.

aquellas gestantes que no finalicen la gestación en nuestro centro, exceptuando las derivadas por enfermedad grave al hospital de referencia y aquellas que han parido pero de las que no disponemos de los datos de su control por haberlo realizado en otro centro. Se obtienen datos retrospectivos a partir de la historia clínica de la gestante sobre control del embarazo, parámetros analíticos y ecográficos, antecedentes obstétricos y parto. Se recogen un total de 50 variables.

Para la parte neonatal se utiliza el registro de altas hospitalarias de los recién nacidos ingresados (CMBDH) en el año 2000 de la Unidad de Pediatría. Obtenemos datos de todos los ingresos de recién nacidos (52 magrebíes y 110 autóctonos), hijos de los grupos poblacionales del estudio (114 magrebíes y 457 autóctonos), antes del alta neonatal, ya que en la historia clínica obstétrica sólo consta el ingreso neonatal del posparto inmediato. Se recogen tres variables.

El análisis estadístico de los datos se realiza aplicando la prueba de la χ^2 . Se considera que existe significación estadística con un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Edad y paridad

La media de edad entre las autóctonas es de 28,86 años, con una moda de 30 años. Entre las magrebíes la media es de 28,4 años y la moda de 25 años.

Mientras que en el grupo de autóctonas el 93,03% (107 de 115) se reparte entre primíparas y secundíparas, en el grupo de magrebíes tan sólo representan el 67,82% (78 de 115), y el 32,17% (37 de 115) restante se reparte entre tercíparas y grandes múltiparas; frente al 6,94% (8 de 115) de las autóctonas ($p < 0,01$).

Se crean tres grupos de edad: de 18 a 27 años, de 28 a 37 y mayor de 37. Agrupando primíparas y secundíparas, entre las autóctonas hay más gestantes mayores de 27 años (67 de 107), mientras que entre las magrebíes hay más menores de 27 años (51 de 78) ($p < 0,01$). Agrupando tercíparas y grandes múltiparas, en las dos poblaciones hay más gestantes mayores de 27 años (8 de 8 autóctonas y 31 de 58 magrebíes) ($p < 0,05$). En este segundo grupo no hay ninguna autóctona menor de 27 años (fig. 1).

Grado de control gestacional

Consideramos mal control de la gestación cuando se dejan de realizar tres o más visitas. Han mantenido un correcto control gestacional el 98,27% (113 de 115) de las autóctonas y el 72,17% (83 de 115) de las magrebíes ($p < 0,01$). Es más, solamente el 46,96% (54 de 115) de las magrebíes acuden a todas las visitas del embarazo frente al 88,7% (102 de 115) de las autóctonas ($p < 0,01$) (fig. 2).

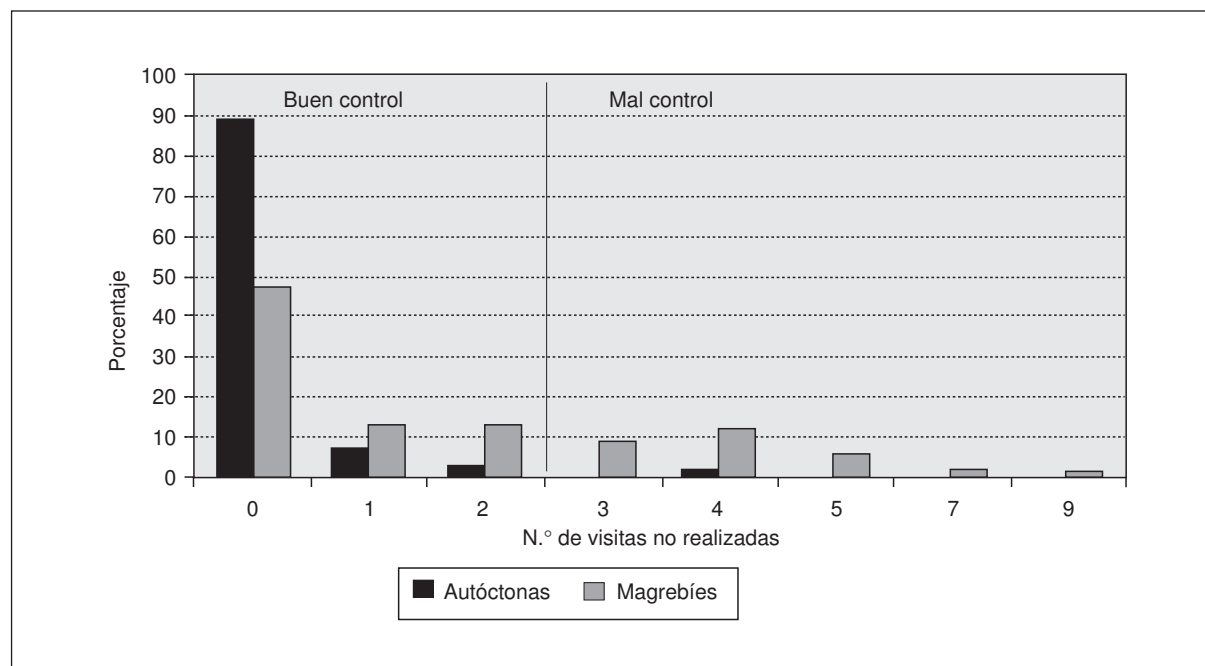


Fig. 2. Grado de control gestacional.

Si realizamos el análisis en función de la paridad, se observa que el 96,42% (54 de 56) de las primíparas autóctonas mantienen un buen control, frente a un 81,39% (35 de 43) de las magrebíes ($p < 0,05$). Entre las no primíparas autóctonas, mantienen un buen control el 100% (59 de 59) frente a un 66,6% (48 de 72) de las magrebíes ($p < 0,01$).

Analizando el inicio de control gestacional por trimestres encontramos que el 93,91% (108 de 115) de las autóctonas y el 69,91% (79 de 113) de las magrebíes lo inician al primer trimestre ($p < 0,01$), de las cuales el 100% de las primeras y el 91,13% (72 de 79) de las segundas mantienen un buen grado de control ($p < 0,01$). El 6,08% (7 de 115) de las autóctonas y el 27,43% (31 de 113) de las magrebíes lo inician al segundo trimestre; en este grupo un 71,42% (5 de 7) de las primeras y el 32,26% (10 de 31) de las segundas mantienen un buen grado de control ($p > 0,05$). Ninguna autóctona inició su control gestacional al tercer trimestre, frente a tres magrebíes (tabla I).

Acuden a todas las visitas el 88,7% (102 de 115) de las autóctonas y el 46,96% (54 de 115) de las magrebíes ($p < 0,01$). El total de visitas que han dejado de realizar las magrebíes es de 179 frente a 22 de las autóctonas.

TABLA I. Grado de control gestacional

PARIDAD		AUTÓCTONAS	MAGREBÍES
Primíparas	BC	54 (96,42)	35 (81,39)
	MC	2 (3,58)	8 (18,61)
Secundíparas	BC	51 (100)	24 (68,57)
	MC	0	11 (31,43)
Tercíparas	BC	6 (100)	13 (81,25)
	MC	0	3 (18,75)
Grandes múltiparas	BC	2 (100)	11 (52,38)
	MC	0	10 (47,62)
PRIMERA VISITA		AUTÓCTONAS	MAGREBÍES
Primer trimestre	BC	108 (100)	72 (91,13)
	MC	0	7 (8,87)
Segundo trimestre	BC	5 (71,42)	10 (32,26)
	MC	2 (28,58)	21 (67,74)
Tercer trimestre	BC	0	0
	MC	0	3 (100)

Se indica el número con el porcentaje entre paréntesis. BC: buen control; MC: mal control.

Analíticas

Se solicita una analítica por trimestre de acuerdo con el Protocolo de Seguimiento del Embarazo en Cataluña. El 96,52% (111 de 115) de las autóctonas y el 73,04% (84 de 115) de las magrebíes tienen los análisis de los tres trimestres realizados ($p < 0,01$).

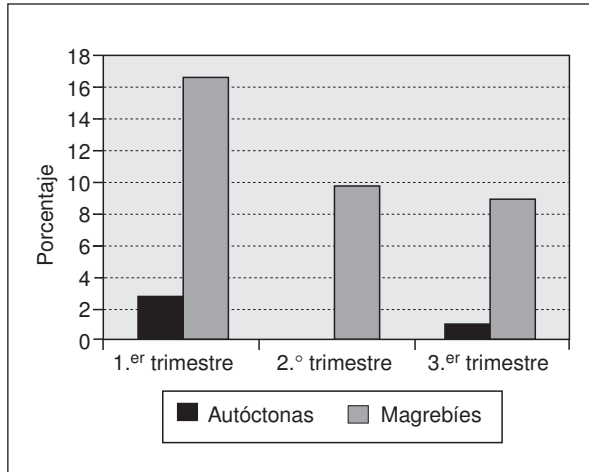


Fig 3. Analíticas no realizadas por trimestres.

aunque, si está realizado a principios del segundo trimestre pero separado de la analítica de éste, lo contamos como realizado. Un 16,52% (24 de 115) de las magrebíes no tienen el primer trimestre frente a un 3,47% (4 de 115) de las autóctonas ($p < 0,01$) (fig. 3).

Comparando el grupo y Rh se observa que el grupo de autóctonas Rh negativas es tres veces superior al de las magrebíes; 18 y 6 de 115, respectivamente ($p < 0,01$). En el test de O'Sullivan hay alteración (≥ 140 mg/dl) en 20 autóctonas (17,39%) y en 21 magrebíes (19,26%). Aparece el estreptococo B positivo, vaginal o rectal, en el 10,43% (12 de 115) de las autóctonas y en el 29,20% (33 de 113) de las magrebíes ($p < 0,01$). Al analizar las serologías (toxoplasma, rubéola, virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], lúes y hepatitis B) solamente destacan las 7 autóctonas negativas para rubéola frente a 13 magrebíes. En el cribado bioquímico, el 23,47% (27 de 115) de las magrebíes y el 5,21% (6 de 115) de las autóctonas no se realizó la prueba ($p < 0,01$). De las que se la realizan el 15,90% (14 de 88) de las magrebíes y el 7,33% (8 de 109) de las autóctonas presentan un riesgo elevado de cromosomopatía o defecto del tubo neural ($p > 0,05$) (tabla II).

Ha estado indicada la amniocentesis en los siguientes casos: sonolusencia nucal aumentada, triple cribado alterado, edad ≥ 38 años, historia familiar con riesgo de cromosomopatía y dilatación ventricular. De las 21 autóctonas con indicación tres la rechazaron (14,28%) frente a 8 de 24 magrebíes (33,33%) ($p > 0,05$). No hay ninguna magrebí que solicitara realizarse una amniocentesis sin motivo justificado y sí tres autóctonas. Hay tres magrebíes que la tendrían indicada por edad, pero no se la realizaron por inicio

TABLA II. Analíticas

	AUTÓCTONAS	MAGREBÍES
O'Sullivan		
Normal	95	88
Alterado	20	21
No realizado	0	6
Estreptococo B		
Positivo	12	33
Negativo	103	80
Toxoplasmosis		
Negativo	65	64
Inmune	50	51
Rubéola		
Negativo	7	13
Inmune	108	102
VIH		
Negativo	114	115
Positivo	1	0
Hepatitis B		
Negativo	114	110
Inmune	0	1
Positivo	1	3
No realizado	0	1
Lúes		
Negativo	115	114
Positivo	0	1
Triple cribado		
Normal	101	74
Alterado	8	13
AFP elevada	0	1
No realizado	6	27

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana;

AFP: alfafetoproteína.

tardío de su control gestacional.

Respecto al valor del hematocrito en el parto y a su variación a lo largo del embarazo, no encontramos ninguna diferencia entre los dos grupos cuando se hace la media: 36,02 y -0,68% para las magrebíes, y 36,39 y -1,42% para las autóctonas.

Si agrupamos los valores, 9 de 114 (7,89%) autóctonas y 13 de 108 (12,03%) magrebíes disminuyen más de 6 puntos su hematocrito, y dos de 114 (1,75%) de las autóctonas y 11 de 108 (10,18%) de las magrebíes lo aumentan más de 6 puntos.

Ecografías

Según el protocolo se realiza una ecografía por trimestre (11-13, 19-21 y 33-35 semanas). Tienen realizadas las tres ecografías en estos periodos el 53,04% (61 de 115) de las autóctonas y el 22,60% (26 de 115) de las magrebíes ($p < 0,01$). Si se dan por válidas las realizadas dentro del mismo trimestre, quedarían 9 trimestres sin hacer por las autóctonas y 38 por las magrebíes.

La media de ecografías por paciente es de 3,82

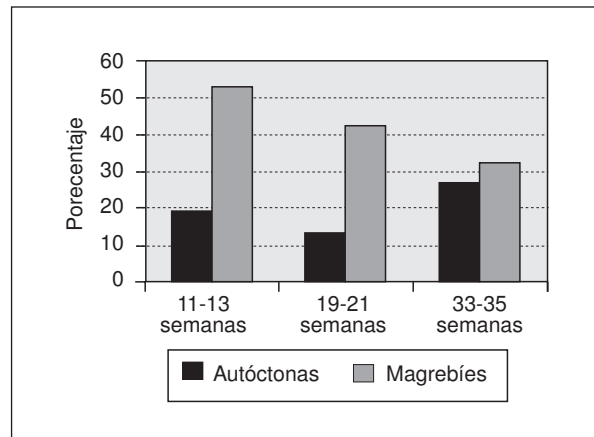


Fig. 4. Ecografías no realizadas en el período correcto.

para las autóctonas y 3,37 para las magrebíes.

Se realizan correctamente el primer trimestre el 80,87% (93 de 115) de las autóctonas y el 46,95% (54 de 115) de las magrebíes ($p < 0,01$). Para el segundo trimestre representa un 86,96% (100 de 115) y un 57,39% (66 de 115), respectivamente ($p < 0,01$), así como un 73,91% (85 de 115) y un 67,82% (78 de 115) para el tercer trimestre ($p > 0,05$) (fig. 4).

En la clasificación por cantidad de líquido amniótico hemos diferenciado líquido normal, oligohidramnios y polihidramnios. No encontramos diferencias entre los dos grupos poblacionales en lo que respecta al normal (106 autóctonas y 97 magrebíes) y oligohidramnios (4 autóctonas y 6 magrebíes), pero sí en el polihidramnios (1 autóctona y 5 magrebíes) ($p > 0,05$). Cuando se relaciona esta variable con el O'Sullivan alterado, la diabetes gestacional y pregestacional, sólo una de estas magrebíes presentaba cifras de glucosa en sangre normales ($p > 0,05$).

Respecto a la valoración ecográfica del crecimiento fetal encontramos entre autóctonas un 87,73% (93 de 111) y entre magrebíes un 70,27% (78 de 111) de crecimientos correctos; un 1,80% (2 de 111) de fetos pequeños en ambos grupos; un 13,51% (15 de 111) y un 27,92% (31 de 111) de fetos grandes, respectivamente ($p < 0,01$), y un solo caso de retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) (0,90%) dentro de las autóctonas.

Analizamos también otras anomalías de baja prevalencia que se detallan en la tabla III.

Globalmente, se detectaron 34 anomalías entre las autóctonas (0,29 anomalías por paciente) y 50 entre las magrebíes (0,44 anomalías por paciente). El 27,92% de las autóctonas presentaba alguna anomalía ecográfica frente al 38,39% de las magrebíes ($p >$

TABLA III. Anomalías detectadas por ecografía

	AUTÓCTONAS	MAGREBÍES
Ectasia renal		
No	108	110
Leve	3	1
Grave	0	1
Arteria umbilical única		
No	112	114
Sí	3	0
Crecimiento fetal		
Normal	93	78
Feto pequeño	2	2
Feto grande	15	31
Retraso del crecimiento	1	0
Otras malformaciones		
Hidrocele	2	1
Ventriculomegalia	1	0
Riñón pélvico	1	0
Quiste del plexo coroideo	1	1
Desprendimiento de amnios	0	1
Líquido amniótico		
Normal	106	99
Oligohidramnios	4	6
Polihidramnios	1	6

0,05).

Enfermedad médica y obstétrica

Estudiando las enfermedades obstétricas se obtienen resultados similares por lo que respecta a la diabetes gestacional, amenaza de parto prematuro, estados hipertensivos del embarazo, fetos muertos y enfermedad placentaria. Comentario aparte merece la hiperemesis, con 4 casos graves entre las magrebíes que precisaron ingreso frente a ninguno de las autóctonas, y las amenazas de aborto, con 8 autóctonas y 4 magrebíes.

Se calificaron de obesas 17 de 93 autóctonas (18,27%) y 28 de 64 magrebíes (43,65%) ($p < 0,01$); se detectó un incremento excesivo de peso en 21 de 93 autóctonas (22,58%) y en 7 de 64 magrebíes (10,93%) ($p > 0,05$) y un incremento insuficiente de peso en 8 de 93 autóctonas (8,60%) y en 23 de 64 magrebíes (35,93%) ($p < 0,01$) (tabla IV).

En algún momento del embarazo estuvieron calificadas de anémicas 7 de 114 (6,14%) autóctonas y 15 de 108 (13,88%) magrebíes.

Asimismo, se recoge en la historia obstétrica el criterio de mal control gestacional en 5 de 115 autóctonas (4,34%) y en 32 de 115 magrebíes (27,82%) ($p < 0,01$).

Se obtienen diferencias por lo que respecta a la positividad del antígeno Australia y la mala historia obstétrica, aunque el número de casos es muy pequeño.

Globalmente, hemos recogido 66 enfermedades

TABLA IV. Enfermedad médica y obstétrica

	AUTÓCTONAS	MAGREBÍES
Diabetes gestacional		
No	96	89
O'Sullivan alterado	18	17
Diabetes gestacional	1	3
Diabetes pregestacional	0	2
Amenaza de parto prematuro		
No	108	109
Leve	3	3
Grave	3	1
Hipertensión		
No	111	107
Leve	2	1
Grave	0	1
Crónica	1	1
Feto muerto		
No	114	113
Sí	0	1
Hiperemesis		
No	83	35
Leve	15	16
Grave	0	4
Amenaza de aborto		
No	92	47
Leve	8	4
Enfermedad placentaria		
No	110	113
Previa	0	1
Cotiledón aberrante	2	0
Nudo verdadero	2	0
Brida amniótica	1	0
Otros		
Cólico renal	2	0
Obesidad	17	28
Talasemia <i>minor</i>	1	0
Anemia	7	15
Miopia	1	0
Metrorragia II trimestre	2	0
Escoliosis	1	0
Candidiasis de repetición	2	1
Período intergenésico corto	2	3
Mal control gestacional	5	32
Hipotiroidismo	1	0
Útero septo	2	3
Telorrágia	1	0
Infección urinaria de repetición	1	0
Hepatitis B	1	4
Adenoma hipofisario	1	0
Incremento insuficiente de peso	8	23
Quiste de ovario	1	1
Mala historia obstétrica	1	4
Síndrome varicoso grave	2	3
Soplo cardíaco	0	1
Mioma	0	1
Pielonefritis aguda	0	1
Condilomas	0	1
Incremento excesivo de peso	21	7
Incompetencia cervical	0	1

obstétricas en cada uno de los grupos, así como 12 afecciones médicas entre las autóctonas y 13 entre las magrebíes. Cabe destacar que solamente encon-

TABLA V. Resultado del parto

	AUTÓCTONAS	MAGREBÍES
Tipo de parto		
Eutócico	62	69
Espátulas	16	14
<i>Vacuum</i>	7	8
Fórceps	6	6
Cesárea	22	16
Nalgas	1	1
Presentación		
Cefálica	108	108
Nalgas	4	4
Transversa	1	1
Cefálica-nalgas	1	0
Cefálica-cefálica	0	1
Sexo		
Mujer	54	57
Varón	61	58

tramos 4 magrebíes (3,50%) sin ningún registro de enfermedad frente a 27 autóctonas (23,47%) ($p < 0,01$) (tabla IV).

Ingresaron 7 gestantes autóctonas con una media de 8,85 días por ingreso y 8 magrebíes con una media de 3,75 días. Se derivaron tres gestantes: una gestación de gemelos prematuros de cada grupo y una magrebí que finalmente parió en el Hospital de Palamós.

Parto y recién nacido

Las semanas del parto se distribuyen de forma similar entre las dos poblaciones. Nacen 3 prematuros entre las autóctonas y 4 entre las magrebíes (uno a las 25 semanas). El 97,36% de los partos de las autóctonas (111 de 114) y el 94,73% de los magrebíes (108 de 114) fueron a término. Hay dos partos posmaduros entre las magrebíes.

No encontramos ninguna diferencia en la presentación fetal en el momento del parto ni en la distribución por sexos.

En la clasificación por tipo de parto tan sólo registramos diferencia en el número de cesáreas con un 19,29% (22 de 114) entre las autóctonas y un 14,03% (16 de 114) entre las magrebíes ($p > 0,05$) (tabla V). Distribuyendo los tipos de parto en función de la presentación no se obtienen diferencias.

En el estudio del tipo de analgesia durante el parto, en un 77,19% (88 de 114) de las autóctonas se efectúa con epidural frente a un 56,14% (64 de 114) de las magrebíes ($p < 0,01$). Además, 22 de 114 magrebíes no precisaron ningún tipo de analgesia (19,29%), lo que ocurrió sólo en 4 de 114 autóctonas (3,50%) ($p < 0,01$). Si se lleva a cabo el análisis ajustado por paridad, precisan epidural el 90,9% (50 de

TABLA VI. Motivos de ingreso del recién nacido

	AUTÓCTONOS			MAGREBÍES		
	NÚMERO	MOTIVOS (%) ^a	NEONATOS (%) ^b	NÚMERO	MOTIVOS (%) ^a	NEONATOS (%) ^b
Riesgo de infección	56	37,84	12,25	38	44,19	34,33
Ictericia	17	11,49	3,72	10	11,63	8,77
Prematuridad	12	8,11	2,63	4	4,65	3,51
Ectasia pilórica	9	6,08	1,97	3	3,49	2,63
Diabetes gestacional	6	4,05	1,31	3	3,49	2,63
Sufrimiento fetal agudo	3	2,03	0,66	5	5,81	4,39
Retraso del crecimiento intrauterino	7	4,73	1,53	0	0	0
Luxación congénita de caderas	1	0,68	0,22	1	1,16	0,88
Malformaciones menores	3	2,03	0,66	1	1,16	0,88
Ano anterior	1	0,68	0,22	0	0	0
Soplo cardíaco	1	0,68	0,22	3	3,49	2,63
Macrosomía	8	5,41	1,75	4	4,65	3,51
Fiebre intraparto	1	0,68	0,22	2	2,33	1,75
Hipertensión materna	1	0,68	0,22	0	0	0
Anemia congénita	4	2,70	0,88	0	0	0
Hidrocele	1	0,68	0,22	0	0	0
Taquipnea	3	2,03	0,66	4	4,65	3,51
Hipoglucemia	3	2,03	0,66	0	0	0
Hepatitis B materna	2	1,35	0,44	3	3,49	2,63
Metadona	1	0,68	0,22	0	0	0
Masa abdominal	1	0,68	0,22	0	0	0
VIH	2	1,35	0,44	0	0	0
Toxoplasmosis	1	0,68	0,22	0	0	0
Hipocalcemia	0	0	0	1	1,16	0,88
Melenas	1	0,68	0,22	0	0	0
Hijo de madre diabética	0	0	0	1	1,16	0,88
Hipoactividad	0	0	0	1	1,16	0,88
Hipotiroidismo	1	0,68	0,22	0	0	0
Lesión del plexo braquial	0	0	0	1	1,16	0,88
Disminución de peso importante	1	0,68	0,22	0	0	0
Cefalohematoma	1	0,68	0,22	0	0	0
Asfixia neonatal	0	0	0	1	1,16	0,88

^aPorcentaje sobre el total de motivos de ingreso; ^bporcentaje sobre el total de neonatos. VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

55) de las autóctonas y el 90,4% (38 de 42) de las magrebíes primíparas; el 66,6% (34 de 51) y el 42,85% (15 de 35), respectivamente, de las secundíparas, y el 50% (4 de 8) y el 29,7% (6 de 21) de las tercíparas y grandes múltiparas.

Respecto al peso de los recién nacidos, si se toman los incluidos entre los percentiles 10 y 90, se recogen 100 autóctonos (86,95%) y 87 magrebíes (75,65%) ($p < 0,05$) pero, si lo ampliamos a los incluidos entre -2 y $+2$ desviaciones estándar (DE), son 111 autóctonos (96,52%) y 104 magrebíes (90,43%) ($p > 0,05$). Por encima del percentil 90 hay 11 autóctonos (9,56%) y 22 magrebíes (19,13%) ($p < 0,05$). Por encima del percentil 2 DE hay 4 autóctonos (3,47%) y 9 magrebíes (7,82%). El peso promedio del recién nacido de madre autóctona es de 3.318,58 g, y de madre magrebí, de 3.503,51 g (184,93 g más).

Con el análisis del test de Apgar se obtiene una media al minuto de 8,91 para los autóctonos y de 8,64 para los magrebíes. Con Apgar inferior a 7 al minuto

hay tres autóctonas (2,63%) y 7 magrebíes (6,25%); a los 5 min hay un autóctono (0,87%) y dos magrebíes (1,78%), y a los 10 min hay dos magrebíes (1,78%).

Según los datos recogidos de las altas neonatales del servicio de pediatría (tabla VI) durante el año 2000 ingresan el 24,07% de los neonatos autóctonos (110 de 457) y el 45,61% de los magrebíes (52 de 114) ($p < 0,01$).

No hay diferencia estadísticamente significativa si se distribuyen los ingresos por sexos: entre los autóctonos hay 59 varones y 51 mujeres, y entre los magrebíes, 28 varones y 24 mujeres.

Se recoge un total de 148 diagnósticos de ingreso entre los autóctonos y 86 entre los magrebíes. Estas cifras suponen 0,32 motivos por neonato nacido en el grupo de autóctonos y 0,75 en el de magrebíes. Si nos limitamos a los neonatos ingresados, supone 1,34 diagnósticos por neonato autóctono y 1,65 por magrebí.

La duración del ingreso es de 3,51 días para los autóctonos y 3,0 para los magrebíes.

Los diagnósticos de ingreso más frecuentes en el grupo de autóctonos son: el riesgo de infección (50,9% de los neonatos ingresados), que incluye los neonatos hijos de madre con estreptococo positivo o desconocido y la amniorrhexis superior a 17 h, la ictericia neonatal (15,45%), la prematuridad (10,9%); ec-tasia piélica (8,18%) y la macrosomía (7,27%). En el grupo magrebí son: riesgo de infección (73,07%), ic-tericia (19,23%), sufrimiento fetal agudo (9,61%), prematuridad (7,69%) y macrosomía (7,69%). Se re-cogen hasta 32 motivos de ingreso (tabla VI). El úni-co diagnóstico de ingreso con significación estadísti-ca entre los dos grupos es el riesgo de infección; no obstante, también es superior el porcentaje de sufri-mientos fetales agudos en el grupo inmigrante.

Si se desglosa el riesgo de infección, el ingreso por madre portadora de estreptococo B o desconocido si-gue siendo significativo (44,54% de los autóctonos y 61,53% de los magrebíes; $p < 0,05$). Ninguno de los otros diagnósticos de ingreso presenta significación estadística entre los dos grupos.

Entre los neonatos autóctonos se recogen 27 diag-nósticos diferentes de ingreso, de los que los 5 prime-ros suponen un 68,91% (102 de 148). Entre los ma-grebíes se recogen 18 motivos, y los 5 más frecuentes representan un 70,93% (61 de 86).

Si se efectúa el análisis de morbilidad sobre el total de neonatos y no solamente sobre los que ingresan, tanto el riesgo de infección en conjunto (56 de 457 autóctonos y 38 de 114 magrebíes; $p < 0,01$) como desglosado en los dos componentes, las diferencias entre ambos grupos son significativas. Ésta es máxi-ma para los neonatos hijos de madre portadora de es-treptococo B o desconocido (49 de 457 autóctonos y 32 de 114 inmigrantes; $p < 0,01$), y menor para el riesgo por rotura de membranas prolongada (7 de 457 autóctonos y 6 de 114 magrebíes; $p < 0,05$).

Los índices de lactancia materna al alta son muy se-mejantes en ambos grupos, sólo que en el grupo de magrebíes hay más lactancias mixtas. Representa el 93,85% (107 de 114) en las autóctonas y el 92,92% (105 de 113) en las magrebíes; de éstas, es mixta el 5,71% de las autóctonas y el 10,47% de las magrebíes.

DISCUSIÓN

La inmigración aumenta de forma rápida en nues-tro entorno, llegando al año 2000 a condicionar uno de cada 4 partos atendidos en nuestro centro.

La dificultad para conseguir una atención sanitaria correcta en los colectivos inmigrantes africanos viene marcada por problemas de comunicación en sentido amplio, no sólo debido al idioma, sino también a ra-

zones culturales que en muchos casos se acompañan de limitaciones socioeconómicas. En el ámbito sani-tario esto se traduce en mala comprensión y/o acepta-ción del mensaje, con el consecuente incumplimiento de normas³.

Hay múltiples trabajos que demuestran diferencias en términos de salud entre etnias en un mismo entor-no, y en niños esto se puede traducir incluso en as-pectos de desarrollo físico o psicomotor⁴.

La edad de parto más frecuente entre las magrebíes es 5 años inferior a la de las autóctonas con una me-dia muy similar, debido a que, aunque las magrebíes inician la maternidad en edades más jóvenes, también es mayor el número de madres añosas, lo que hace que se igualen las cifras. Paralelamente, la paridad es superior entre las mujeres magrebíes, siendo la dife-rencia de tercíparas y grandes múltiparas estadística-mente significativa. Las autóctonas tienen menos hi-jos y empiezan más tarde a engendrar, mientras que las magrebíes lo hacen antes y tienen más hijos⁵.

Casi la totalidad de las autóctonas mantienen un buen control de su gestación, mientras que menos de la mitad de las magrebíes acuden a todas las visitas del embarazo. El grado de control disminuye entre las magrebíes según aumenta la paridad⁵.

El hecho de empezar el control en el primer trimes-tre de la gestación predispone en los dos grupos a un buen grado de control, mientras que el inicio a partir de las 13 semanas ya se asocia a un déficit de control en el grupo magrebí.

Se debería conseguir captar todos los embarazos en el primer trimestre, pues esto predispondría a un buen control teórico de la gestación. Este colectivo de mu-jeres inmigrantes accede con muy poca frecuencia al sistema sanitario, por lo que es difícil encontrar un agente que pueda inculcar esta idea. Consideramos, pues, que debería hacerse con la población más joven desde las escuelas educando sobre cómo y cuándo utilizar los sistemas sanitarios. Así, este grupo serviría a la vez como educador de nuevos inmigrantes que, por edad, cultura, idioma, entre otros motivos, no se relacionan con la población autóctona⁶.

Es menor el número de magrebíes que siguen el protocolo del embarazo; por lo que respecta a las ana-líticas, es estadísticamente significativa la no realiza-ción de la misma durante primer trimestre en este grupo. Se efectúa, significativamente, menos cribado bioquímico, y porcentualmente hay más del doble de alteraciones en este grupo, aunque esto no se traduce en el número de amniocentesis patológicas. Esta mis-ma observación llevó a los autores del programa in-formático para el cálculo del riesgo de cromosomopa-tías y defectos del tubo neural que se utiliza en

nuestro centro⁷ a introducir un factor de corrección para la etnia magrebí, al igual que ya se hacía para otros grupos raciales. Atribuimos el rechazo a la amniocentesis al desconocimiento de ésta, al miedo a su técnica y a motivos religiosos y culturales.

Hay más Rh negativos en el grupo autóctono.

De todos los parámetros analíticos estudiados el que mayor significación estadística presenta es la positividad al cultivo de estreptococo B vaginal o rectal en el grupo magrebí. No está en nuestras manos modificar esta variable, ya que su tratamiento no garantiza la negatividad en el momento del parto. La similitud en el porcentaje de inmunización a la toxoplasmosis entre los dos grupos difiere de la que encuentran Jeannel et al en el área de París⁸, donde la inmunización de las autóctonas es superior a la de las inmigrantes, pero sin diferencia significativa en el riesgo de seroconversión durante el embarazo.

El índice de inmunización para la rubéola en el grupo magrebí es menor. Si bien la incidencia de esta enfermedad en nuestro ámbito es muy baja, podría ser importante recomendar después del parto la vacunación de estas mujeres.

Es significativa la no realización, en el grupo magrebí, de las ecografías en las semanas que indica el protocolo, así como el número de gestantes que no se practican la del primer y segundo trimestres. Aun así, la media de ecografías por paciente es similar. Creemos que este hecho se debe al desconocimiento de la fecha de la última menstruación y al mayor número de obesas, factores que comportan más repeticiones. En el estudio realizado por el Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona sobre sus gestantes, la media de ecografías era de 5,2 y un 25% no tenían ecografía al quinto mes⁹.

La significación estadística en el número de fetos valorados como «grandes» (con biometrías por encima del percentil 90) es en parte debida al mayor número de obesas, que hace que el feto se sobredimensione por ecografía, pero que también se traduce después en un mayor porcentaje de macrosomías en los recién nacidos.

Dentro de la enfermedad obstétrica más prevalente, sólo se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las gestantes magrebíes con hiperemesis grave que precisan ingreso. El perfil de estas mujeres es mayoritariamente primípara, con poco tiempo de residencia en nuestro país y con problemas de comunicación, hechos que les generarían un grado de ansiedad que potenciaría la intolerancia digestiva.

Aunque el número de obesas es significativamente superior en el grupo magrebí, también es significativo

el mayor número de gestantes con incremento insuficiente de peso. El incremento excesivo de peso se da más en mujeres autóctonas, pero no es significativo. La variable del incremento de peso durante la gestación en mujeres magrebíes sólo se ha recogido en 64 de ellas y en algunas se parte del peso de la primera visita, que puede ser bastante tardía, ya que muchas desconocen su peso pregestacional.

Encontramos el doble de magrebíes que en algún momento del embarazo se califican de anémicas y que, aunque recuperan en parte su hematocrito, están por debajo de la media en el momento del parto.

Cabe destacar que únicamente hay 4 magrebíes sin ningún registro de enfermedad durante el embarazo o con antecedentes que supongan un riesgo para éste.

El número de ingresos y derivaciones es similar en los dos grupos, pero no así la estancia media, que es superior en el grupo de autóctonas. Esta diferencia podría atribuirse al reducido número de casos y a que entre las autóctonas hay dos ingresos de larga estancia por amenaza de parto prematuro.

No se encuentran diferencias significativas por lo que respecta a las semanas del parto, presentación, peso, sexo del recién nacido, test de Apgar y tipo de parto. Varios autores encuentran diferencias en la prematuridad y/o el peso^{5,10-14}, y Berardi et al opinan que éstas desaparecerían si se igualasen los niveles socioeconómico y cultural¹⁴. Respecto al tipo de parto, la diferencia encontrada en el mayor porcentaje de cesáreas entre las autóctonas es máxima en el grupo de secundíparas. El hecho de que se iguale el porcentaje en las tercíparas y grandes múltiparas puede ser consecuencia del pequeño número de éstas entre las autóctonas. No obstante, otros autores encuentran un mayor índice de cesáreas entre las inmigrantes norteafricanas¹¹, y otros no hallan ninguna diferencia¹⁵.

Aunque las medias en el test de Apgar son similares, hay diferencias en el número de neonatos con Apgar inferior a 7 al minuto, hecho que se traduce en un mayor número de ingresos neonatales por sufrimiento fetal agudo^{5,10}.

El requerimiento de analgesia epidural durante el parto, analizado según la paridad, es siempre superior entre las autóctonas, y esta diferencia crece conforme aumenta la paridad.

Los ingresos de neonatos magrebíes casi duplican en porcentaje a los autóctonos, llegando a ingresar casi la mitad de los magrebíes que nacen. Al mismo tiempo, cada uno de estos neonatos tiene más motivos de ingreso que el autóctono¹⁶. Eso supone un gasto sanitario adicional que, de mantenerse este incremento de población, irá creciendo progresivamente¹².

Ingresa prácticamente igual número de varones

que de hembras y se distribuyen de igual forma en los dos grupos poblacionales. La duración media de las estancias es ligeramente superior en los autóctonos.

Estructurando los diferentes motivos de ingreso por frecuencia, 4 de los 5 primeros coinciden en los dos grupos de estudio y representan un porcentaje sobre el total similar. Para los autóctonos son: riesgo de infección, ictericia, prematuridad, ectasia piélica y macrosomía. Para los magrebíes, en lugar de la ectasia piélica se encuentra el sufrimiento fetal agudo, igual que en otros trabajos^{5,10}.

El mayor número de diferentes motivos de ingreso en el grupo autóctono podría venir propiciado por el mayor número de neonatos, hecho que favorece la presencia de enfermedades de menor prevalencia.

El riesgo de infección es estadísticamente significativo tanto si se analiza el grupo de neonatos ingresados como el total de recién nacidos. Esta significación se mantiene tanto para los hijos de madre portadora de estreptococo B o desconocido como para la rotura de membranas superior a 17 h en el estudio del total de la muestra.

El grueso del riesgo de infección está constituido por el estreptococo B, variable que no está en nuestras manos modificar al no poder actuar sobre el estado de portador. En cambio, el ingreso motivado por la rotura prolongada de membranas, más prevalente en el grupo magrebí, podría verse influido por una mejor educación sanitaria informando en los grupos de educación maternal del significado y peligro de la rotura de membranas.

Hecha la revisión bibliográfica encontramos diferentes grupos de opinión. Hay quien considera que el hecho de ser inmigrante norteafricano ya es un factor de riesgo en sí mismo, ya que la morbilidad perinatal sigue siendo superior después de corregir factores como la paridad y el nivel sociocultural¹⁰. Otros encuentran que la morbimortalidad se iguala después de la integración sociolaboral de la población inmigrante¹⁶ y unos terceros autores lo condicionan a la culturización, la integración en el sistema y el soporte grupal que se desarrolle¹⁴.

Parece entonces que todos estamos de acuerdo en la mayor morbilidad perinatal de la población inmigrante y que cabe realizar actuaciones especiales sobre ésta (mejorar el control gestacional¹⁷, crear grupos de educación sanitaria¹², etc.), pero para conseguir que este colectivo acceda bien y haga un buen uso de los servicios primero se deberían eliminar barreras y favorecer su integración dentro de nuestra sociedad¹⁸.

En algunas áreas de Cataluña ya hace años que se

aplican programas específicos para mejorar la atención sanitaria de los inmigrantes³, y diferentes entidades públicas y privadas han promovido la difusión de documentos formativos al respecto^{19,20}. En nuestro entorno estamos iniciando un Plan de Actuación Comarcal²¹.

Una vez asumidos los objetivos, ¿habremos conseguido igualar los índices de morbilidad? Para responder cuestiones como ésta será necesario realizar este mismo estudio dentro de unos años o a la próxima generación de inmigrantes.

RESUMEN

Nuestro propósito es conocer si existen diferencias en el grado de control del embarazo, morbilidad obstétrica y resultado perinatal entre las gestantes magrebíes y autóctonas, así como discutir la necesidad de implantar medidas específicas, ya que el porcentaje de mujeres inmigrantes crece de forma importante en nuestro entorno.

Para ello estudiamos las 115 gestantes magrebíes que parieron en nuestro centro en el año 2000 y una muestra igual de población autóctona, recogiendo los datos a partir de la historia clínica. Se estudian paralelamente todos los neonatos magrebíes y autóctonos ingresados en el año 2000 a partir del registro de altas del servicio de pediatría. Se realiza un análisis estadístico aplicando la prueba de la χ^2 .

Encontramos diferencias significativas, por lo que respecta a las magrebíes, en su mayor paridad y distribución por edad, en su menor grado de control de la gestación, menor número de analíticas realizadas, mayor positividad frente al estreptococo B, menor número de ecografías realizadas en los períodos protocolizados, mayor número de obesas y de incremento insuficiente de peso durante la gestación, mayor número de registros de enfermedad médica y obstétrica, menor necesidad de analgesia durante el parto, diferencia en el peso del recién nacido entre percentiles y mayor número de ingresos neonatales por riesgo de infección.

En conclusión, siendo necesario llevar a cabo medidas para favorecer la integración del colectivo de inmigrantes y mejorar su control gestacional, existen determinados aspectos de su morbilidad no modificables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Documento semFYC n.º 17. La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable, 2001.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social.

- Consell Comarcal del Baix Empordà. Immigració econòmica en la comarca del Baix Empordà. La Bisbal, 2000.
3. Teixidor R, Sardañés P, Plaja P, Heras E. Projecte immigrants: una necessitat. But Soc Cat Ped 1999;53:42-5.
4. Plaja P, Pla E, Heras E, Tomas R, Foguet A, Adroher P, et al. Diferències racials en el desenvolupament psicomotor i relacional. Consideracions preliminars. Pediatria Catalana 1996;56:90-5.
5. Bona G, Zaffaroni M, Cataldo F, Sandri F, Salvioli GP. Infants of immigrant parents in Italy. A national multicentre case control study. Panminerva Med 2001;43:155-9.
6. Lichere F. The monitoring of pregnancy in immigrant women with traditional beliefs. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1991;20:63-8.
7. Sabrià J, Bachs C, Pont J. Programa para el *screening* del síndrome de Down. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta.
8. Jeannel D, Niel G, Costagliola D, Danis M, Traore BM, Gentilini M. Epidemiology of toxoplasmosis among pregnant women in the Paris area. Int J Epidemiol 1988;17:595-602.
9. Salvador J, Cunille M, Lladonosa A, Ricard M, Cabré A, Borrell C. Características de las gestantes y control del embarazo en Barcelona, 1994-1999. Gac Sanit 2001;15:230-6.
10. Kaminski M, Blondel B, Breart G, Franc M, Du Mazaubrun C. Outcome of pregnancy and prenatal care among immigrant women. Rev Epidemiol Santé Publique 1978;26:29-46.
11. Diani F, Forestieri C, Foschi F, Zaffagnini S, Scollo M, Turinetti A. Assisted labor among non european community pregnant women at the Gynecology and Obstetrics Clinic of the Verona University. Minerva Ginecol 2000;52:447-57.
12. Rumeau-Rouquette C, Breart G, Deniel M, Hennequin JF, Du Mazaubrun C. The concept of risk in perinatology. Results of epidemiologic surveys. Rev Epidemiol Santé Publique 1976;24:253-76.
13. Yudkin PL, Harlap S, Baras M. High birthweight in an ethnic group of low socioeconomic status. Br J Obstet Gynaecol 1983;90:291-6.
14. Berardi JC, Benslama F, Alexandre B. Prevention of prematurity in a community. Study in a community of magrebian immigrants. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1988;17:851-9.
15. Vangen S, Stoltenberg C, Skrandal A, Magnus P, Stray-Pedersen B. Cesarean section among immigrants in Norway. Acta Obstet Gynecol Scand 2000;79:553-8.
16. 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.
17. Essen B, Hanson BS, Ostergren PO, Lindquist PG, Gudmundsson S. Increased perinatal mortality among sub-saharan immigrants in a city-population in Sweden. Acta Obstet Gynecol Scand 2000;79:737-43.
18. Stengel B, Saurel-Cubizolles MJ, Kaminski M. Pregnant immigrant women: occupational activity, antenatal care and outcome. Int J Epidemiol 1986;15:533-9.
19. Plaja P, Teixidor R, Sardañés P. El sistema sanitari: font de salut. Quaderns d'informació per a immigrants estrangers n.º 1. Diputació de Barcelona, Ajuntament de Barcelona,