

Juan García-García^a
 Carmen Pardo-Serrano^a
 Antonio Hernández-Martínez^b
 Marca Lorenzo-Díaz^c
 Diana Gil-González^d

^aUniversidad de Castilla-La Mancha. Escuela Universitaria de Enfermería. Albacete. España.

^bServicio de Salud de Castilla-La Mancha. Complejo Hospitalario Mancha-Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real). España.

^cServicio de Salud de Castilla-La Mancha. Complejo Hospitalario Universitario. Albacete. España.

^dÁrea de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Alicante. Alicante. España.

Correspondencia:

J. García García.
 Escuela Universitaria de Enfermería. Campus Universitario.
 Edificio Benjamín Palencia. 02071 Albacete. España.
 Correo electrónico: juan.garcia@uclm.es

Fecha de recepción: 21/2/2007.

Aceptado para su publicación: 3/10/2007.

Diferencias obstétricas y neonatales entre mujeres autóctonas e inmigrantes

Obstetric and neonatal differences between autochthonous and immigrant women

RESUMEN

Objetivo: Identificar el perfil epidemiológico obstétrico y neonatal de las gestantes inmigrantes que parieron en el Hospital de Albacete durante los años 2004 y 2005.

Material y métodos: Estudio descriptivo realizado en 1.322 mujeres, 661 inmigrantes y 661 autóctonas. Se seleccionaron variables sociodemográficas, obstétricas y neonatales para ambos colectivos. Se practicó un análisis multivariante para aislar el efecto neto de ser inmigrante en los resultados obstétricos y neonatales.

Resultados: El número de partos en inmigrantes se incrementó un 29,5% y supusieron un 12,2% del total de mujeres. No presentan partos de mayor riesgo que las autóctonas. A diferencia de las autóctonas, son más jóvenes y multíparas, y utilizan menos la epidural.

Conclusiones: El perfil epidemiológico de los resultados obstétricos y neonatales en inmigrantes es similar al de las autóctonas. El tipo de parto y

el ingreso en pediatría no están condicionados por la nacionalidad. Ser joven y multípara son los principales factores de protección.

PALABRAS CLAVE

Inmigración internacional. Resultado del embarazo. Recién nacido. Grupos étnicos.

ABSTRACT

Objective: To identify the neonatal and obstetric epidemiological profile of pregnant immigrant women who gave birth in Albacete Hospital between 2004 and 2005.

Material and methods: We performed a descriptive study in 1,322 women (661 immigrants and 661 Spanish-born women). Sociodemographic, obstetric and neonatal data were gathered from both groups. A multivariate analysis was performed to isolate the effect of immigrant status on neonatal and obstetric outcomes.

54 Results: The number of deliveries in immigrants increased by 29.5 % (representing 12.2 % of the total number of women). No differences in delivery-related risk were found between the two groups. In comparison with Spanish-born women, immigrant women were younger and multiparous. The use of epidural was less frequent in immigrant women.

Conclusions: The epidemiological profile of neonatal and obstetric outcomes in immigrant women was similar to that in Spanish-born women. Type of delivery and admission to the pediatric service were not influenced by nationality. Being young and having had several children are protective factors for women.

KEY WORDS

International migration. Pregnancy outcome. Newborn. Ethnic groups.

INTRODUCCIÓN

La sociedad española asiste desde 1996 a un vigoroso crecimiento de la población inmigrante¹, especialmente extracomunitaria², debido, entre otros factores, a los desequilibrios Norte-Sur, al control migratorio desarrollado en el resto de Europa y a la coincidencia con un período intenso de crecimiento de la actividad económica española² que han convertido al Estado español en un destino cada vez más definitivo de los inmigrantes económicos^{3,4}. La segmentación del mercado laboral, con puestos de trabajo escasamente cualificados y fácilmente controlables para las mujeres⁵, y las políticas migratorias españolas definidas en la Regulación del 2000 y la Documentación por Arraigo del 2001⁶, que posibilitan el asentamiento por vínculos familiares^{4,6}, han favorecido el incremento de mujeres inmigrantes (feminización de la migración⁷), fundamentalmente de nacionalidades de Latinoamérica^{2,4,8,9}.

Este perfil migratorio es la causa de formas específicas de demandas sanitarias moduladas por las condiciones de vida en el país receptor¹⁰ y por los presupuestos de atención sanitaria de la Ley de Extranjería¹¹. Concretamente, la utilización de los servi-

cios sanitarios por parte de los inmigrantes está centrada en el área ginecoobstétrica¹² y pediátrica¹³⁻¹⁵. En un hospital de Valencia¹⁶, en 2002, el diagnóstico de alta más frecuente (sin contar el parto normal) fue «complicaciones del embarazo, parto y puerperio», con el 37,7% de los egresos hospitalarios. En otro estudio, en Barcelona¹⁷, se alcanzaron similares resultados; el 33,0% de los ingresos hospitalarios de inmigrantes fueron partos, lo que plantea la necesidad de recuperar un mayor peso los servicios de ginecología, obstetricia y pediatría.

En España es reciente el interés por estudiar los resultados obstétricos y perinatales de las mujeres inmigrantes y sus condicionantes. Mientras que algunos trabajos concluyen que no hay diferencias entre inmigrantes y sus hijos y las mujeres autóctonas^{15,18,19}, otros manifiestan más factores de riesgo obstétrico y perinatal en las primeras²⁰⁻²², fundamentalmente debido al escaso apoyo social y a las deficientes condiciones socioeconómicas, y sugieren realizar una captación mayor y más temprana de estas gestantes²³. En otros países con una amplia trayectoria sanitaria en materia de diversidad cultural, como EE.UU. y Canadá¹⁰, se ha tipificado el fenómeno denominado paradoja epidemiológica^{24,25} o paradoja latina²⁶, puesto que los resultados obstétricos y neonatales (bajo peso, prematuridad y mortalidad infantil) son mejores en mujeres latinas con bajo estatus socioeconómico (especialmente mexicanas) que los encontrados en mujeres blancas anglosajonas y afroamericanas. Al parecer, las prácticas culturales tradicionales mexicanas desempeñan un factor de protección en el embarazo y en el parto²⁷.

En el año 2005, Castilla-La Mancha fue la segunda comunidad autónoma, tras Andalucía, que experimentó un mayor incremento en el número de residentes extranjeros, fundamentalmente extracomunitarios, con un 28,1%²⁸. La provincia de Albacete cuenta con 20.520 (el 5,3% de la población total), por debajo de Toledo y Ciudad Real. La distribución de extranjeros en función de su origen para esta provincia, al igual que en la región, se corresponde fundamentalmente con 6 nacionalidades: rumana, marroquí, ecuatoriana, colombiana, ucraniana y búlgara²⁸. En Albacete, el número de nacimientos de madres extranjeras ha pasado de 53 en 2000 (1,4% respecto al total de nacidos) a 333 en 2004 (9,3%)²⁹. Si el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA)

atiende en torno al 90% de los partos de la provincia, podemos afirmar que su servicio de partos ha incrementado más de 6 veces el número de las usuarias de origen extranjero asistidas. Sin embargo, no hay información precisa acerca del impacto de la inmigración en la atención obstétrico-ginecológica de este centro.

En este sentido, se pretende identificar el perfil epidemiológico obstétrico y neonatal de las gestantes inmigrantes que dieron a luz en el servicio de partos del CHUA durante los años 2004 y 2005.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo en el servicio de partos del CHUA durante los años 2004 y 2005.

La población de referencia estuvo constituida por todas las mujeres que ingresaron en el servicio durante el período considerado ($n = 6.165$; 677 inmigrantes y 5.488 autóctonas). Se excluyó a 16 inmigrantes: 4 con parto gemelar, 2 con fetos nacidos muertos y 10 por nacionalidad mal recogida. La población final objeto de estudio (1.322) se constituyó a partir del total de la población inmigrante (661) y un número similar de población autóctona, seleccionada según el orden de registro inmediatamente anterior al de la mujer inmigrante en el libro de partos, única fuente de información.

El libro de partos constituye el documento oficial de la Consejería de Sanidad, que sirve de base para el diagnóstico temprano de metabolopatías congénitas. Recoge la totalidad de los nacimientos tanto intra como extrahospitalarios.

Las variables recopiladas para el análisis fueron las siguientes: nacionalidad, categorizada de forma dicotómica (autóctona/inmigrante), nominal por área geográfica (Latinoamérica, Magreb, países del este de Europa, autóctonas), y desagregada por países de procedencia; edad de la madre (en años cumplidos truncándola al incrementarla en 0,5 unidades).

Variables obstétricas: paridad, dicotómica (primipara/multípara); antecedentes obstétricos (número de embarazos, cesáreas, abortos e hijos); edad gestacional, clasificada ordinalmente como pretérmino/a término/postérmino, y de manera dicotómica (no a término/a término); tiempo total de parto (min); tipo de parto categorizado nominalmente como eutócico/instrumental/cesárea, y de manera di-

cotómica (eutócico/distóxico); parto en expansivo, dicotómica (sí/no) y empleo de analgesia regional, dicotómica (sí/no). Variables neonatales: peso del recién nacido (g); pH de arteria umbilical; prueba de Apgar (al minuto y a los 5 min) e ingreso en pediatría, dicotómica (sí/no).

Se efectuó una descripción de las variables estudiadas. El estudio de la normalidad se realizó mediante la creación de diagramas de caja y la aplicación de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Lilliefors. En el análisis bivariante, se emplearon las pruebas de la χ^2 y t de Student; como pruebas no paramétricas, la U de Mann-Whitney y la prueba de la mediana. La asociación entre variables se evaluó mediante razones de prevalencia y *odds ratio* de prevalencia para las variables dicotómicas, acompañadas de sus respectivos intervalos de confianza del 95%.

Se realizó un análisis multivariante por medio de la regresión logística binaria para aislar el efecto neto de ser una mujer inmigrante en la morbilidad obstétrica y neonatal, y se controlaron los posibles factores de confusión. Se han analizado dos variables dependientes dicotómicas: tipo de parto e ingreso en pediatría. En la primera, se han utilizado como variables predictoras dicotómicas la nacionalidad, el peso del recién nacido (normopeso/dispeso), el empleo de analgesia regional y la paridad, la edad de la madre y el número de cesáreas anteriores. En la segunda, las variables predictoras dicotómicas fueron la nacionalidad, el tipo de parto, la edad gestacional (término/no término), el peso del recién nacido y el parto en expansivo. En el análisis de subgrupos, se ha examinado el tipo de parto seleccionando a las mujeres autóctonas y a las procedentes de Europa del Este. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 11.5).

RESULTADOS

En el CHUA se produjeron 6.165 partos, 3.099 en el año 2004 y 3.066 en 2005. De éstos, 661 (10,7%) correspondieron a mujeres inmigrantes, 288 (9,3%) en el primer año y 373 (12,2%) en el segundo. Esto ha supuesto un incremento del 29,5%, y un crecimiento negativo en los partos de madres autóctonas (un 4,4%). Las mujeres latinoamericanas son mayoritarias (43,1%), y por nacionalidades, las más fre-

Tabla 1. Nacimientos de gestantes inmigrantes según nacionalidad y año

Nacionalidad	Frecuencias absolutas		Porcentajes	
	2004	2005	2004	2005
Rumana	70	120	24,30	32,17
Ecuatoriana	40	51	13,89	13,67
Marroquí	37	38	12,85	10,19
Colombiana	34	34	11,80	9,11
Boliviana	19	34	6,60	9,11
Paraguaya	12	22	4,17	5,90
Ucraniana	13	13	4,51	3,49
Búlgara	12	7	4,17	1,88
Resto nacionalidades	51	54	17,71	14,48
Totales	288	373	100,00	100,00

Tabla 2. Gestantes según características sociodemográficas y antecedentes obstétricos

	Autóctonas (n= 661)	Inmigrantes (n= 661)	p	DM ^a /RP ^b	IC del 95% ^c
Edad materna, media ± desviación estándar (años)	31,5 ± 5,0	27,2 ± 5,7	< 0,001	4,3	3,7-4,9
Primíparas	30,6 ± 5,1	25,9 ± 5,7	< 0,001	4,7	3,9-5,5
Multíparas	32,9 ± 4,6	28,8 ± 5,3	< 0,001	4,1	3,3-4,9
Edad de riesgo (años)	n (%)	n (%)	< 0,001		
Menores de 16 ^e	2 (0,3)	9 (1,4)			
De 16 a 35 años	487 (75,4)	571 (88,8)			
Mayores de 35 años	157 (24,3)	63 (9,8)			
Paridad	n (%)	n (%)	0,028		
Primíparas	390 (59,9)	349 (53,9)			
Multíparas	261 (40,1)	299 (46,1)			
Número de embarazos, media ± desviación estándar	1,8 ± 0,9	2,3 ± 1,5	< 0,001 ^d		
Número de partos, media ± desviación estándar	0,5 ± 0,7	0,7 ± 1,0	0,001 ^d		
Número de abortos, media ± desviación estándar	0,2 ± 0,5	0,4 ± 0,8	< 0,001 ^d		
Número de cesáreas	0,1 ± 0,3 ^f	0,1 ± 0,5 ^f	NS ^e		
Número de hijos	1,6 ± 0,7 ^f	1,9 ± 1,1 ^f	0,010 ^e		

NS: no significativo.

^aDiferencia de medias. ^bRazón de proporciones. ^cIntervalo de confianza de la diferencia de medias del 95%. ^dPor una vulneración importante de la normalidad, se ha empleado la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney. ^eAdolescentes.

cuentes han sido la rumana, la ecuatoriana, la marroquí y la colombiana (tabla 1).

En la tabla 2, se evidencia que las inmigrantes son más jóvenes ($p < 0,001$), la edad promedio ± desviación estándar de las inmigrantes primíparas fue de $30,6 \pm 5,1$ años frente a las autóctonas en las que fue $31,5 \pm 5,0$ años. En las inmigrantes multíparas fue de $28,8 \pm 5,3$ años y en las autóctonas, $32,9 \pm 4,6$ años.

Si tenemos en cuenta la edad considerada de riesgo obstétrico (menores de 16 años y mayores de 35 años), según el criterio de García et al³⁰, las in-

migrantes tuvieron un mayor porcentaje en riesgo bajo. Por el contrario, en las mujeres autóctonas hay que resaltar la elevada frecuencia relativa de mujeres añosas ($p < 0,001$). Los partos en adolescentes representan el 1,4% en las inmigrantes y el 0,3% en autóctonas ($p < 0,001$).

Las inmigrantes tienen un número significativamente superior de embarazos, partos (multiparidad), hijos y abortos respecto a las españolas. Sin embargo, no hay diferencias en el número de cesáreas previas.

Tabla 3. Gestantes según resultados obstétricos y neonatales del parto actual

	<i>Autóctonas (n = 661)</i>	<i>Inmigrantes (n = 661)</i>	<i>p</i>	<i>DM^a/RP^b</i>	<i>IC 95%^c</i>
Edad gestacional	n (%)	n (%)			
No a término ^d	59 (9,0)	87 (13,5)	0,009	1,5	1,1-2,1
A término	599 (91,0)	555 (86,4)			
Tiempo de parto (horas), media ± desviación estándar	261,0 ± 180,2	251,6 ± 196,6	NS		
Finalización del parto	n (%)	n (%)	0,022		
Eutóxico	393 (59,6)	436 (66,4)			
Instrumental	120 (18,2)	88 (13,3)			
Cesárea	146 (22,2)	134 (20,3)			
Uso de analgesia regional	n (%)	n (%)	< 0,001		
No	160 (25,2)	269 (42,8)			
Epidural	462 (72,6)	351 (55,8)			
Raquiánestesia	14 (2,2)	9 (1,4)			
Peso del recién nacido (g), media ± desviación estándar	3155,8 ± 546,9	3214,0 ± 611,7	NS		
Ingreso en pediatría	n (%)	n (%)	0,034		
No	623 (94,8)	602 (91,9)			
Sí	34 (5,2)	53 (8,1)			

NS: no significativo.

^aDiferencia de medias. ^bRazón de proporciones. ^cIntervalo de confianza de la diferencia de medias de 95%. ^dIncluye pretérmino y postérmino.

Los partos de mayor riesgo (tabla 3), no a término, son más prevalentes en las inmigrantes ($p = 0,009$) y suponen 1,5 veces más de probabilidades que los partos de riesgo en las autóctonas (intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,1-2,1). El porcentaje de partos pretérmino (anterior a la semana 37 de gestación³¹) en las mujeres de los países del Este es del 17,1% y el de las autóctonas del 9% ($p = 0,001$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la duración media del parto entre ambos colectivos ni en el porcentaje de partos en fase de expulsivo, pero sí en el tipo de parto. Las inmigrantes presentan mayor porcentaje de partos eutóxicos ($p = 0,022$), especialmente las mujeres del Este (el 74,4 frente al 59,6% de autóctonas; $p < 0,001$). Sin embargo, el análisis multivariante relaciona el tipo de parto solamente con el peso del recién nacido, la paridad, las cesáreas anteriores y la edad de la madre. La paridad podría actuar como factor de protección, de manera que las multíparas tendrían menor riesgo de parto distóxico.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a los resultados neonatales (peso, pH y Apgar), excepto en el ingreso en pediatría, que es mayor en los hijos de inmigrantes

($p = 0,034$) (tabla 3). En el análisis multivariante, el ingreso en esta unidad únicamente se relaciona con la edad gestacional y el peso del recién nacido (tabla 4).

El uso de analgesia epidural es más frecuente en las gestantes autóctonas que en las mujeres inmigrantes ($p < 0,001$). Por nacionalidades, el 48,1% de las magrebíes ($p < 0,001$), el 51,0% de las mujeres del Este ($p < 0,001$) y el 32,3% de las latinas ($p = 0,027$) no usan analgesia epidural frente a un 25,2% de las mujeres autóctonas.

DISCUSIÓN

El perfil epidemiológico de los resultados obstétricos y neonatales en inmigrantes es similar al de las autóctonas. El tipo de parto, así como el ingreso en pediatría y la vitalidad del neonato, no aparece condicionado por la nacionalidad. Las mujeres inmigrantes paren a edades más jóvenes que las autóctonas, presentan antecedentes obstétricos diferenciales, tienen mayor número de embarazos en la adolescencia y utilizan menos la analgesia epidural. Se identifica un alto porcentaje de partos distóxicos en ambas poblaciones.

Tabla 4. Regresión logística para la variable dependiente: tipo de parto

Variables	<i>P</i>	<i>OR</i>	<i>IC del 95%</i>
Nacionalidad	NS	1,006	0,934-1,084
Peso	0,032	1,530	1,038-2,257
Analgesia	NS	1,337	0,994-1,798
Paridad	< 0,001	0,174	0,128-0,236
Edad	< 0,001	1,059	1,033-1,086
Cesáreas	0,001	1,807	1,260-2,591
<i>Regresión logística para la variable dependiente: ingreso en pediatría</i>			
Nacionalidad	NS	1,312	0,712-2,418
Tipo de parto	NS	1,568	0,854-2,878
Edad gestacional	< 0,001	19,876	10,769-36,683
Peso	< 0,001	9,751	5,305-17,925
Parto expulsivo	NS	0,257	0,053-1,245
<i>Regresión logística para el tipo de parto entre autóctonas y mujeres del Este</i>			
Nacionalidad	NS	0,728	0,486-1,090
Peso	0,013	1,818	1,135-2,911
Analgesia	NS	1,320	0,919-1,897
Paridad	< 0,001	0,190	0,131-0,273
Edad	0,011	1,043	1,010-1,078
Cesáreas	0,041	1,594	1,019-2,494

IC: intervalo de confianza; NS: no significativo; OR: odds ratio.

Como limitaciones al estudio, se observa que dada la naturaleza de la fuente de datos utilizada, las variables incluidas no contienen todos los aspectos socioculturales y relativos al itinerario obstétrico-ginecológico de relevancia clínico-epidemiológica; el uso de la variable nacionalidad como concepto taxonómico de cultura no parece el más adecuado por su naturaleza estática y poco sensible a las diferencias¹⁰, incluso para la población autóctona³². Las variables que presentan un mayor subregistro son el tiempo total del parto (11,4%) y el pH arterial umbilical (7,5%), con escasa repercusión en los resultados obtenidos. Es posible que el perfil epidemiológico de mujeres inmigrantes se trate en publicaciones incluidas en bases bibliográficas sociológicas o antropológicas no consultadas por este equipo. La diferente tipificación cultural asignada en otros estudios internacionales (minorías étnicas frente a inmigrantes) y los distintos modelos de atención sanitaria vigentes en estos países relativizan su comparación con los resultados obtenidos.

El peso al nacer es un indicador de la bondad de desarrollo pre y posnatal, que tiene también importantes implicaciones en la salud y la viabilidad diferencial a corto y largo plazo^{20,33}. En este estudio, los resultados respecto al peso del recién nacido coinciden con diversos trabajos hospitalarios en el ámbito nacional e internacional. Marqueta y Romagosa²¹, en Palamós, encontraron que el peso promedio de los hijos de mujeres magrebíes y autóctonas era similar. Martínez et al²², en Zaragoza, no encontraron diferencias en el peso entre inmigrantes y mujeres autóctonas de forma global, pero identificaron un incremento del bajo peso en adolescentes nacionales por la gran población de etnia gitana que atiende el hospital y por el escaso control gestacional realizado por este colectivo. Pérez et al¹⁸, en Madrid, no hallaron diferencias relevantes entre los pesos de los hijos de inmigrantes y de mujeres procedentes de países desarrollados. Panagopoulus et al³⁴, en Grecia, identifican los mismos resultados respecto al peso entre mujeres griegas e inmigrantes, con un perfil de inmigración formado fundamentalmente por jóvenes y multíparas, muy parecido al del presente estudio. En Italia, las similitudes que encuentran Manganaro et al³⁵ entre italianas y extracomunitarias se explican por el grado de integración que tiene este colectivo a través del trabajo.

En los resultados de bajo peso se sustentan los estudios que han definido la denominada paradoja epidemiológica en población hispana de EE.UU.^{36,37}. Entre los factores relacionados con un mejor peso del recién nacido por edad gestacional en las hispanas respecto a las afroamericanas, con similares condiciones socioeconómicas e incluso diferencias del control prenatal y seguro privado médico a favor de las afroamericanas²⁵, se han referido la cultura tradicional^{27,38}, que incluye hábitos saludables (menor consumo de tabaco y alcohol en el embarazo)^{33,38-40}, y el sistema informal de cuidados prenatales prestados por las redes familiares y colectivas²⁶.

Hemos encontrado resultados discrepantes en el estudio de Martínez y López²³, en Almería, en el que se identifica un mayor porcentaje de pesos normales entre los hijos de gestantes autóctonas. La utilización de la comparación de proporciones en lugar de promedios, con un rango normal entre 2.500 y 4.000 g, haría estos resultados no comparables con los obtenidos. Armandá et al⁴¹, en Madrid, hallaron diferencias entre los pesos medios; los niños españoles pre-

sentaron valores menores que sus homólogos africanos y sudamericanos. Sin embargo, la diferencia observada de 113 g podría explicarse por el tamaño de la muestra analizada ($n = 3.857$). Igualmente, Chung et al³³, en cuatro hospitales del Memorial Health Care System, observaron diferencias entre grupos étnicos, pero clínicamente irrelevantes.

En cuanto a la puntuación de Apgar, Marqueta y Romagosa²¹, y Martínez y López²³ no encontraron diferencias significativas entre los dos tipos de población, al igual que los resultados obtenidos en este estudio. Martínez et al⁴² y Alonso⁴³ observaron diferencias pero utilizaron como medida los porcentajes de Apgar. La tesis de Alonso es la única que recoge el valor del pH arterial; se encontraron diferencias significativas pero clínicamente irrelevantes.

Tanto Marqueta y Romagosa²¹ como Alonso⁴³ identificaron una significación estadística en el ingreso mayoritario en pediatría de los hijos de inmigrantes, pero no realizaron un control de los factores de confusión, lo que puede justificar las diferencias con los hallazgos obtenidos.

El tipo de parto no aparece condicionado por la nacionalidad, lo que discrepa con otros estudios que efectuaron análisis bivariante^{22,41}. Ibison⁴⁴, en 3 hospitales de Londres, relacionó el tipo de parto con la etnidad mediante un análisis multivariante y encontró un mayor número de cesáreas e instrumentalización en las minorías étnicas respecto a la raza caucásica. Estudió a las mujeres primíparas de riesgo bajo, a diferencia del presente estudio, donde la paridad se presenta como un factor importante de protección.

Sánchez et al¹⁹, en Madrid, Martínez y López²³, en Almería, Panagopoulos et al³⁴, en Piraeus (Grecia), Rizzo et al⁴⁵, en Bolonia (Italia), y Vagen et al⁴⁶, en Noruega, con mujeres marroquíes, no encuentran diferencias significativas en el tipo de parto entre inmigrantes y mujeres autóctonas, si bien no se controlaron las posibles variables de confusión.

Resulta llamativo el elevado número de cesáreas y partos instrumentales en inmigrantes y mujeres autóctonas, al igual que en otros trabajos^{24,43-45}, respecto a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (10-15%)^{47,48}.

Se constató que las inmigrantes paren a edades más jóvenes que las autóctonas^{19,21-23,33-35,38,42,49-51} y son más multíparas^{21,22,33,34,42,49}, lo que suele asociarse a un menor riesgo obstétrico y configura, jun-

to con un mayor número de abortos^{19,43,49,52}, un patrón de fecundidad más semejante a los países de origen^{53,54}. Si la edad de la madre y la multiparidad explican el tipo de parto y definen el patrón de fecundidad de las inmigrantes, se deduce que la nacionalidad está relacionada con el tipo de parto de manera indirecta.

En el estudio de Sánchez et al¹⁹ se identificó un mayor porcentaje de gestantes primíparas en inmigrantes (no significativo). Esta diferencia podría explicarse por un perfil de nacionalidades que no incluye a las mujeres procedentes del Este de Europa, por lo que son mayoría las magrebíes y las latinas.

La nacionalidad sólo apareció asociada a los antecedentes obstétricos de fecundidad^{19,55}. Las rumanas son las más jóvenes⁵¹ y las de mayor número de abortos previos^{49,54}. Las magrebíes son más multíparas^{21,53}, con menos cesáreas y abortos previos, y las latinas presentan más cesáreas previas.

La edad gestacional evidenció pequeñas diferencias en el porcentaje de partos de riesgo (pretérmino especialmente), más frecuentes en rumanas. Diversos estudios^{18,21,41} no mostraron asociación estadística en las semanas de gestación entre mujeres inmigrantes y autóctonas. Sin embargo, en el estudio de Martínez y López²³ se evidenciaron más partos prematuros en inmigrantes; esta diferencia se atribuye a que las autóctonas tuvieron una captación más temprana del embarazo. Chung et al³³ identificaron una significación estadística en la edad gestacional entre blancas, hispanas y afroamericanas; las blancas y las afroamericanas aportaron un mejor indicador. Los autores manifiestan que la edad gestacional es un indicador difícil de comparar entre estudios debido a que el mejor método de estimación sería el grado de concordancia de la fecha de la última regla más la ecografía, técnica que pocos trabajos combinan. En el presente estudio hemos utilizado datos secundarios, por lo que no hemos tenido control sobre la forma de registro.

El elevado uso global de analgesia epidural consolida la medicalización del acto fisiológico de parir⁴⁸. No es posible explicar las diferencias por nacionalidad encontradas en cuanto a su uso. Éstas podrían reflejar tanto las dificultades idiomáticas de rumanas y magrebíes^{42,43} (son las que menos la utilizan, por este orden) como diferencias culturales y/o divergencias en el copago de esta prestación^{56,57} (y, por tanto, en el acceso físico y simbólico) entre los

60 sistemas sanitarios de origen y de llegada. En provincias con mayor presencia histórica de los movimientos migratorios, la tasa de empleo de analgesia epidural se ha incrementado paulatinamente hasta alcanzar cifras similares a la de mujeres autóctonas⁵⁸, lo que apunta a una flexibilidad de los patrones culturales^{10,59}. Puesto que la analgesia epidural es una prestación universal protocolizada, sería necesario profundizar sobre las diferencias étnicas en su acceso, especialmente en la población romaní por su reconocimiento como uno de los grupos étnicos europeos más discriminado^{49,60} y habida cuenta de que la mayoría son censados en España como rumanos.

Si al bajo riesgo obstétrico-neonatal añadimos el porcentaje relativo de nacimientos de inmigrantes en el CHUA y las escasas diferencias idiomáticas observadas (el 6,1% procede de países no hispanohablantes), el impacto actual de las inmigrantes es mínimo en la atención sanitaria. El bajo riesgo encontrado, y considerando la paradoja epidemiológica, haría necesario profundizar en los factores culturales que pueden estar amortiguando los efectos negativos de un contexto socioeconómico desfavorable en el país receptor. Otra cuestión sería el tipo y la frecuencia de demandas de urgencias que realizan las mujeres inmigrantes, donde podrían aparecer mayores riesgos, complicaciones y necesidad de atención

que las autóctonas. Además, el crecimiento notable de partos de inmigrantes en línea con los estimados por el Instituto Nacional de Estadística²⁹, amerita desarrollar, por parte de las instituciones sanitarias, un plan de atención a la diversidad cultural que incluya los servicios obstétrico-ginecológicos entre sus prioridades, y adaptar sus sistemas de información y registro, tan ajustados a normas y culturalmente homogéneos, a la complejidad sociocultural³² como el modelo clínico de evaluación de factores culturales aportado por Allué⁶¹. Uno de estos esfuerzos, originado en los EE.UU., constituye lo que se conoce como competencia cultural, que sustenta las Recomendaciones para patrones nacionales para servicios de salud cultural y lingüísticamente apropiados (CLAS), aprobadas en el año 2000 por la Oficina de Salud de las Minorías del Departamento de Sanidad del gobierno federal⁶².

AGRADECIMIENTOS

A la Unidad Docente de Matronas del CHUA y especialmente a los enfermeros internos residentes de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona), sin cuya colaboración no hubiera sido posible la realización del presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Birsl U, Solé C. Migración e interculturalidad en Gran Bretaña, España y Alemania. Rubí (Barcelona): Anthropos; 2004.
2. Izquierdo A. Panorama de la inmigración en España al alba del siglo xxi. En: Pimentel M, editor. Procesos migratorios, economía y personas. Almería: Caja Rural Intermediterránea, Cajamar; 2002.
3. Ramos M, García R, Prieto MA, March JC. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria de los inmigrantes económicos. *Gac Sanit*. 2001;15:320-6.
4. Izquierdo A. El proyecto migratorio de los indocumentados según género. *Papers*. 2000;60:225-40.
5. Moreno-Fontes G. Situación laboral de las mujeres migrantes en España. Ginebra: OIT; 2004.
6. Martínez R. La reciente inmigración latinoamericana a España. Serie población y desarrollo 2003 [accedido 7 Mayo 2006]; Disponible en: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/wxis.exe/>
7. Gregorio C. Migración femenina. Su impacto en las relaciones de género. Madrid: Nancea S.A.; 1998.
8. Instituto Nacional de Estadística. Extranjeros en España. Cifras INE 2004 [accedido 29 Abril 2006]. Disponible en: <http://www.ine.es>
9. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública y Participación. Guía de actuación en Atención Primaria para población inmigrante. Toledo: Consejería de Sanidad; 2005.
10. Meñaca A. Salud y migraciones. Sobre algunos enfoques en uso y otros por utilizar. En: Fernández G, editor. Salud e In-

- terculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas. Quito: Ediciones Abya-Yala; 2004.
11. Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. L.O. N° 14/2003 (20 noviembre 2003).
 12. Hernández A, De Dios R, Franco A, Tena G, Grueso E, Muedra M. Características de la asistencia a la población inmigrante en un Centro de Salud. SEMERGEN. 2004;30:431-6.
 13. Vázquez-Villegas J. Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad? [editorial]. Aten Primaria. 2006;37:249-50.
 14. Jansà JM. Inmigración y envejecimiento, nuevos retos en salud pública. Gac Sanit. 2006;20 Supl 1:10-4.
 15. Berra S, Elorza JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necesitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Generalitat de Catalunya; 2004.
 16. Salazar A, Navarro-Calderón E, Abad I, Alberola V, Almela F, Borrás R, et al. Diagnósticos al alta hospitalaria de las personas inmigrantes en la ciudad de Valencia (2001-2002). Rev Esp Salud Pública. 2003;77:713-23.
 17. Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. Gac Sanit. 2002;16:376-84.
 18. 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.
 19. Sánchez Y, Muñoz N, Pérez S, Robledo A, Pallás CR, De la Cruz J, et al. Mujeres inmigrantes: características del control prenatal y del parto. Prog Obstet Ginecol. 2003;46:441-7.
 20. Bernis C. Determinantes biológicos y culturales del peso al nacer en España 2000: valoración en hijos de mujeres inmigrantes y no inmigrantes. Antropol. 2005;10:61-73.
 21. Marqueta JM, Romagosa C. Diferencias de morbilidad obstétrica y perinatal entre la población autóctona y magrebí. Clin Invest Gin Obst. 2002;29:318-28.
 22. 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.
 23. Martínez E, López AF. Diferencias de morbilidad asociadas al embarazo y de resultados obstétricos y perinatales entre mujeres inmigrantes y autóctonas. Matronas Profesión. 2004;5:12-8.
 24. Rosenberg TJ, Raggio TP, Chiasson MA. A further examination of the «epidemiologic paradox»: birth outcomes among Latinas. J Natl Med Assoc. 2005;97:550-6.
 25. Gould JB, Madan A, Qin C, Chavez G. Perinatal Outcomes in Two Dissimilar Immigrant Populations in the United States: A Dual Epidemiologic Paradox. Pediatrics. 2003;111:676-82.
 26. McGlades MS, Saha S, Dahlstrom ME. The Latina paradox: an opportunity for restructuring prenatal care delivery. Am J Public Health. 2004;94:2062-5.
 27. Jones ME, Bond ML. Predictors of birth outcome among Hispanic immigrant women. J Nurs Care Qual. 1999;14:56-62.
 28. Consejo Económico y Social. Informe 2/2005 sobre el Plan Regional para la Integración Laboral de Inmigrantes en Castilla-La Mancha. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha 2006 [accedido 29 Abril 2006]. Disponible en: <http://www.jccm.es/ces/muestrat.php?tipo=2&anyo=2006>
 29. Instituto Nacional de Estadística. Demografía y Población. Nacimientos de madres extranjeras. Albacete, 2000. INEBASE 2006 [accedido 29 Abril 2006]. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/>
 30. García JA, Martín A, Ramírez O. Concepto de riesgo elevado y su detección. En: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), editor. Tratado de Obstetricia, Ginecología y Medicina de la Reproducción. Madrid: SEGO; 2003.
 31. Beischer NA, Mackay EV, Colditz P. Obstetricia y neonatología. 3.^a ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
 32. Comelles JM. El regreso de lo cultural. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo xxi. Cuad Psiquiatr Comunitaria. 2003;3:6-21.
 33. Chung JH, Boscardin WJ, Garite TJ, Lagrew DC, Porto M. Ethnic differences in birth weight by gestational age: At least a partial explanation for the Hispanic epidemiologic paradox? Am J Obstet Gynecol. 2003;189:1058-62.
 34. Panagopoulos P, Tsoukalos G, Economou A, Zikopoulos M, Kourtras I, Petrakos G, et al. Delivery and immigration: the experience of a Greek Hospital. Clin Exp Obstet Gynecol. 2005;32:55-7.
 35. 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.
 36. Hessol NA, Fuentes-Afflick E. The perinatal advantage of Mexican-origin Latina women. Ann Epidemiol. 2000;10:516-23.
 37. Markides KS, Coreil J. The health of Hispanics in the Southwestern United States: an epidemiologic paradox. Public Health Rep. 1986;101:253-65.
 38. Madan A, Palaniappan L, Urizar G, Wang Y, Fortmann SP, Gould JB. Sociocultural factors that affect pregnancy outcomes in two dissimilar immigrant groups in the United States. J Pediatr. 2006;148:341-6.
 39. Leslie JC, Galvin SL, Diehl SL, Bennett TA, Buescher PA. Infant mortality, low birth weight, and prematurity among Hispanic, white, and African American women in North Carolina. Am J Obstet Gynecol. 2003;188:1238-40.
 40. Leslie JC, Diehl SL, Galvin SL. A Comparison of Birth Outcomes Among US-Born and non-US-Born Hispanic Women in North Carolina. Matern Child Health J. 2006;10:33-8.
 41. Armandá MI, Alonso T, Alonso P. Aspectos epidemiológicos de los hijos de madres inmigrantes nacidos en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Toko Gin Pract. 2002;61:125-33.
 42. Martínez F, Sánchez-Dehesa M, Monzón A. Asistencia al parto en mujeres inmigrantes durante el 2001 en el H.C.U. Lozano Blesa de Zaragoza. Enfermería Científica. 2003;252-253:84-7.

62

43. Alonso P. Valoración epidemiológica, perinatal y del crecimiento fetal de los hijos de inmigrantes nacidos en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Pediatría; 2004.
44. Ibison JM. Ethnicity and mode of delivery in «low-risk? first-time mothers, East London, 1988-1997. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005;118:199-205.
45. 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.
46. Vagen S, Stoltenberg C, Skrondal A, Magnus P, Stray-Pedersen B. Cesarean section among immigrants in Norway. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000;79:553-8.
47. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza (Brasil). Lancet. 1985;2:436-7. Disponible en: <http://www.matronas-cv.org/documents/oms-fortaleza.pdf>
48. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Cuidados en el Parto Normal. Una guía práctica. Ginebra: OMS; 1999.
49. Consejo de Europa. Observatorio Europeo del Racismo y la Xenofobia (EUMC). Rompiendo barreras: la mujer romaní y el acceso a la sanidad pública 2003 [accedido 7 Mayo 2006]. Disponible en: <http://eumc.eu.int/eumc/material/pub/ROMA/ROMA-HC-ES.pdf>
50. Generalitat Valenciana. Los partos de inmigrantes en el Hospital Universitario Doctor Peset se multiplican por 17 en cinco años. Actualitat del Consell 2005 [accedido 3 Mayo 2006]. Disponible en: <http://www.pre.gva.es\portaveu\>
51. Instituto Nacional de Estadística. Hipótesis sobre la evolución futura de la fecundidad. INEBASE 2001 [accedido 1 Mayo 2006]. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/demogra/fecunnue.htm?L=0>
52. Jano online. Sanidad detecta un aumento del número de abortos entre las inmigrantes. Jano online. 2004 [accedido 1 Mayo 2006]. Disponible en: <http://db.doyma.es/>
53. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2006. Excluidos e Invisibles. UNICEF 2005 [accedido 9 mayo 2006]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/sowc06/pdfs/sowc06_fullreport_sp.pdf
54. UNICEF. Para toda la infancia Salud, Educación, Igualdad, Protección. Así la humanidad avanza. Resumen Oficial del Informe sobre el Estado Mundial de la Infancia 2006 [accedido 17 mayo 2006]. Disponible en: http://www.unicef.org/voy/spanish/explore/sowc06/explore_sowc06.php
55. Martínez F, Sánchez-Dehesa M, Monzón A, Falcón A. Variables socioculturales de las mujeres gestantes inmigrantes atendidas en el HCU Lozano Blesa de Zaragoza durante el año 2001. Enfermería Científica. 2003;252-253:79-83.
56. Rust G, Nebhard WN, Nichols M, Omole F, Minor P, Barosso G, et al. Racial and ethnic disparities in the provision of epidural analgesia to Georgia Medicaid beneficiaries during labor and delivery. Am J Obstet Gynecol. 2004;191:456-62.
57. Obst TE, Nauenberg E, Buck GM. Maternal health insurance coverage as a determinant of obstetrical anesthesia care. J Health Care Poor Underserved. 2001;12:177-91.
58. Segura MH. Análisis de los partos en mujeres inmigrantes en la zona de Levante-Alto Almanzora (años 2001-2003). Boletín informativo de la Asociación Andaluza de Matronas. 2004; 13:4-5.
59. Comelles JM. El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el S. xxi. En: Fernández G, editor. Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas. Quito: Abya-Yala; 2004.
60. Ferrero Turrión R. Nuevos socios, nuevas fronteras. Los procesos migratorios desde Europa Central y Oriental. Barcelona: Fundación CIDOB; 2005.
61. Allué X. Los límites de la competencia cultural. Murcia: Universidad Católica San Antonio y Universitat Rovira i Virgili; 2004.
62. Office of Minority Health. U.S. Department of Health and Human Services. Estándares Nacionales para los Servicios de Asistencia Sanitaria cultural y lingüisticamente apropiados. Office of Minority Health 2001 [accedido 7 Junio 2006]. Disponible en: <http://www.ohmrh.gov/assets/pdf/checked/spanishexeSum.PDF>