

Artículo Original

Parto prematuro e inmigración

Preterm delivery and immigration

M. F. López Gallego¹, T. Gómez Hernández², S. Manzanares Galán¹,
N. Martínez García², A. Puertas Prieto¹, F. Montoya Ventoso¹

López Gallego MF, Gómez Hernández T, Manzanares Galán S, Martínez García N, Puertas Prieto A, Montoya Ventoso F. Parto prematuro e inmigración. *Cienc Ginecol* 2005; 4: 203-208

Resumen

Introducción: La prematuridad es la principal causa de morbilidad perinatal. Existe un amplio espectro de factores de riesgo, algunos de ellos con mayor frecuencia en la población inmigrante.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de la incidencia de prematuridad, factores relacionados con el control de embarazo, parto y morbilidad perinatal en un grupo de inmigrantes y otro de mujeres con nacionalidad española.

Resultados: La incidencia de parto pretérmino fue ligeramente superior en la población inmigrante sin alcanzar significación. La principal diferencia entre ambos grupos fue el inadecuado control prenatal observado en el grupo inmigrante y una menor utilización de la anestesia epidural.

Discusión: Aunque los factores asociados al parto prematuro son más frecuentes en población inmigrante, la incidencia de parto prematuro y los resultados perinatales obtenidos en este estudio son similares en ambos grupos.

Palabras clave: Prematuridad. Inmigración. Cuidados perinatales.

Summary

Introduction: Preterm delivery is the first obstetric factor associated to perinatal morbidity. There are many risk factors, most of them with a high incidence in immigrant population.

Patients and method: Retrospective study of preterm delivery incidence, factors related to pregnancy surveillance, labor and perinatal morbidity in an immigrant group and another of spanish nationality pregnant women.

Results: Preterm delivery was slightly higher in immigrant population without statistical significance. The main difference between two groups was inadequate prenatal surveillance in immigrant group and a lesser use of epidural analgesia.

Comment: Although factors related to preterm delivery are frequent in immigrant population, preterm delivery incidence and perinatal outcome are similar in both groups.

Key words: Premature birth. Emigration and immigration. Perinatal care.

Introducción

El trabajo de parto pretérmino se define como el inicio del parto antes de la semana 37 de gestación (1). Su consecuencia más trascendental es la

¹ Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

² Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)

Recibido: 23.03.05

Aceptado: 14.06.05

prematuridad que continúa siendo una de las principales causas de morbilidad perinatal, determinando más del 60% de la mortalidad neonatal en el mundo, además del gran coste económico que se deriva de la atención a este tipo de recién nacidos.

Existe un amplio espectro de causas relacionadas con el nacimiento de niños pretérmino, entre las que destacan ciertos factores relacionados con el nivel socioeconómico de los padres, los antecedentes reproductivos, los hábitos dietéticos y estilos de vida, así como las complicaciones durante el embarazo (2, 3).

Algunos autores han detectado una asociación entre la atención médica prenatal y el riesgo de parto pretérmino, evidenciándose un mayor riesgo de parto pretérmino en las mujeres con una inadecuada asistencia prenatal, o cuando esta asistencia se inicia una vez transcurrido el primer trimestre del embarazo (4).

Dado que algunos factores de riesgo descritos en la bibliografía se presentan en mayor medida en población inmigrante que procede de países deprimidos, nos planteamos analizar la tasa de partos pretérmino en una cohorte de mujeres inmigrantes y compararla con mujeres nacionales, así como estudiar factores relacionados con la prematuridad y los resultados perinatales en ambos grupos.

Pacientes y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó 1.874 partos de mujeres inmigrantes procedentes de países deprimidos que tuvieron lugar entre enero de 1997 y junio de 2003 en el Hospital de Poniente (El Ejido, Almería), comparándose con un grupo control determinado por una muestra de otros 1.874 casos que correspondían al parto siguiente recogido en el Libro de Partos del hospital, de mujeres con nacionalidad española.

En cada uno de los grupos se revisaron los partos que tuvieron lugar antes de la 37 semana de gestación, así como los factores relacionados con el control de embarazo, parto y morbilidad neonatal.

La comparación estadística se realizó mediante el test de χ^2 para variables cualitativas y t de student para variables cuantitativas.

Resultados

La incidencia de partos pretérmino fue ligera-

TABLA I

País de origen de las gestantes inmigrantes

Nacionalidad	n	%
Magreb (Marruecos, Túnez, Argelia)	54	39,41
Europa Este	40	29,19
Subsahariana (África Negra)	25	18,24
Latino América	13	9,48
Resto de Europa	4	2,92
Asia	1	0,73

mente superior en la población inmigrante con respecto al grupo control de gestantes nacionales (7,31% vs. 6,72%), aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa.

En el análisis del origen de procedencia de las gestantes inmigrantes incluidas en el estudio, el grupo más importante estaba constituido por mujeres de origen magrebí (39%), seguidas por las de Europa del Este (casi el 30%) y un 18% de mujeres subsaharianas (Tabla I).

La edad materna fue ligeramente superior en el grupo de gestantes nacionales (27,18 vs. 28,6 años), el porcentaje de gestantes menores de 20 años fue mayor en el grupo de inmigrantes (16% vs. 12%) mientras que la tasa de gestantes mayores de 35 años fue mayor en el grupo de gestantes nacionales (11 vs. 19%), aunque ninguna de estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

En cuanto a la paridad no se observaron diferencias significativas, siendo el porcentaje de mujeres con más de 2 hijos ligeramente mayor en el grupo de inmigrantes (22 vs 16%). Se observó una mayor tasa de abortabilidad en las inmigrantes, principalmente en las que procedían de Europa del Este donde la frecuencia de interrupción voluntaria es muy alta.

El control del embarazo fue peor en el grupo de mujeres inmigrantes, donde la media de visitas fue de 4,5 frente a 7,1 en las gestantes nacionales. La semana de gestación en la que se realizó la primera visita fue por término medio la semana 20ª en gestantes inmigrantes frente a la 11ª en el grupo de gestantes nacionales. La tasa de embarazos no controlados fue muy superior en el grupo de inmigrantes (25 vs 2%), así como las cifras de mujeres que no recibieron cursos de educación maternal (3,6 vs. 79,36%) (Tabla II).

Al analizar los factores de riesgo obstétrico asociados a las gestantes con parto pretérmino

TABLA II

Control de embarazo

	<i>Inmigrantes</i>	<i>Controles</i>
Nº de visitas	4,4	7,1
Semana 1ª visita	20	11,7
Embarazo no controlado	34 (24,8%)	3 (2,3%)

P < 0,001.

en cada grupo, observamos que el 17% de las gestantes de origen español no presentan ningún factor de riesgo frente al 6,5% de las inmigrantes. Los factores de riesgo que presentaron diferencias significativas fueron el antecedente de enfermedad de transmisión sexual en el grupo de gestantes inmigrantes (36,5% vs 1,6%) y una mayor incidencia de enfermedad hipertensiva en el grupo de gestantes nacionales (8,2% vs 2,2%) (Tabla II).

Otros factores de riesgo analizados en este estudio han sido la historia de malos antecedentes obstétricos, hábito tabáquico o drogadicción, presencia de patología ginecológica asociada, cirugía uterina previa, enfermedades maternas sistémicas, desarrollo durante la gestación de hipermesis, trabajo de parto pretérmino, diabetes gestacional, infecciones urinarias, hemorragias vaginales, oligoamnios o restricción del crecimiento fetal y tasa de portadoras de estreptococo grupo B, no habiendo encontrado diferencias significativas entre ambos grupos en relación a estos factores.

Con respecto al parto, los dos grupos presentan resultados similares, destacando sólo una mayor tasa de inducciones por patología materna, principalmente por hipertensión en el grupo de mujeres de origen español (5% vs. 0%), y un número mayor de gestantes en el grupo de inmigrantes que acuden al hospital en período expulsivo (5,1%

TABLA IV

Inicio y finalización del parto

<i>Inicio</i>	<i>Inmigrantes</i>	<i>Controles</i>
Inducido	38 (27,7%)	46 (36,5%)
Espontáneo	82 (59,8%)	66 (52,3%)
Cesárea electiva	17 (12,4%)	14 (11,1%)
<i>Finalización</i>		
Espontáneo	93 (67,8%)	83 (65,8%)
Ventosa	0 (0%)	0 (0%)
Espátulas	7 (5,1%)	10 (7,9%)
Fórceps	2 (1,4%)	1 (0,7%)
Cesárea	35 (25,5%)	32 (25,3%)

P ns

vs. 0,79%). No encontramos diferencias significativas en la finalización del parto (tipo de parto y tasa de cesáreas) (Tabla IV).

En el grupo de gestantes inmigrantes hubo un mayor número de parturientas que no precisaron episiotomía (27,45 vs 13,83%), mientras que el número de desgarros perineales fue mayor en el grupo de parturientas nacionales (2,9 vs 8,1%), aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (Tabla V).

Las tasas de analgesia epidural fue mayor en el grupo de gestantes nacionales (55,55% vs. 32,11%), mientras que más gestantes inmigrantes precisaron anestesia general (6,56 vs 3,97%) (Tabla VI).

Los resultados neonatales fueron similares en los dos grupos. No hubo diferencias significativas en los valores medios del test de Apgar en ambos grupos, aunque las tasas de Apgar menor a 3 al

TABLA III

Riesgo obstétrico

	<i>Inmigrantes</i>	<i>Controles</i>	<i>P</i>
Sin riesgo	9 (6,5%)	21 (16,6%)	=0,01
Enfermedades de transmisión sexual	50 (36,4%)	2 (1,58%)	< 0,0001
Enfermedad hipertensiva	5 (3,5%)	15 (11,8%)	< 0,05
Embarazo no controlado	31 (22,6%)	5 (3,97%)	< 0,0001
Captación tardía	39 (28,47%)	12 (9,52%)	< 0,0001

TABLA V

Episiotomía y desgarro perineal

	Inmigrantes*	Control*
Si	71 (69,6%)	73 (77,6%)
No	28 (27,4%)	13 (13,8%)
Desgarro	3 (2,9%)	8 (8,5%)

* Los porcentajes se calculan sobre 102 partos vaginales en el grupo de inmigrantes y 94 partos vaginales en el grupo de gestantes nacionales.

P ns

TABLA VI

Anestesia en el parto

Anestesia	Inmigrantes	Control
No	20 (14,5%)	5 (3,9%)
Local	45 (32,8%)	32 (25,3%)
Epidural	44 (32,1%)	70 (55,5%)
Raquídea	19 (13,8%)	14 (11,1%)
General	9 (6,56%)	5 (3,9%)

p < 0,0001

TABLA VII

Resultados neonatales

	Inmigrantes	Control
Apgar 1' (media)	7,96	8,05
Apgar 1' < 3	14 (10,2%)	7 (5,5%)
Apgar 5' (media)	9,02	9,22
Apgar 5' < 5	10 (7,3%)	5 (3,9%)
pH a umbilical	7,26	7,26
pH au < 7,10	6 (4,3%)	6 (4,7%)
Peso RN	2.581,24	2.495,56

minuto y 5 a los cinco minutos fueron mayores en el grupo de inmigrantes, sin que las diferencias alcanzaran la significación estadística. No hubo diferencias en el valor de pH en arteria umbilical al nacer ni en el peso medio de los recién nacidos (Tabla VII).

La mortalidad perinatal fue mayor en el grupo de inmigrantes (6 casos 7,29 por mil vs 3 casos 2,38 por mil), aunque la diferencia no es estadísticamente significativa. Todos los casos corresponden a mortalidad anteparto. No hubo diferencias en la morbilidad neonatal entre ambos grupos.

Discusión

Algunos de los factores que la literatura asocia con el parto pretérmino tales como la edad materna extrema, los malos antecedentes obstétricos, el bajo nivel socioeconómico y las complicaciones durante el embarazo (3), son factores presentes con mayor frecuencia en la población inmigrante, con lo cual cabría esperar que la tasa de parto prematuro en esta población fuese mayor en comparación con un grupo nacional; sin embargo, los resultados obtenidos en este estudio muestran una incidencia ligeramente superior de partos pretérmino en el grupo inmigrante, sin que esta diferencia llegue a ser significativa.

Se está asistiendo en todo el mundo a un aumento de la edad materna en el momento del parto debido a factores socio-económicos y culturales (5), lo cual está relacionado con un peor resultado perinatal (6, 7), entre otras causas por el aumento en la incidencia de prematuridad (3, 8) que es el doble en mujeres de más de 35 años con respecto a las menores de esta edad (9). También existen datos en la bibliografía que señalan una mayor frecuencia de parto pretérmino en aquellas gestantes muy jóvenes (menores de 20 años) (3).

Al analizar nuestros resultados puede observarse que la edad media en ambos grupos es similar, aunque resulta significativo que el porcentaje de gestantes menores de 20 años es mayor en el grupo de inmigrantes, mientras que el porcentaje de mujeres de más de 35 años lo es en el grupo nacional.

Algunos autores han detectado una asociación entre el riesgo de parto pretérmino y la atención médica prenatal, habiéndose encontrado un mayor riesgo de parto pretérmino en aquellas mujeres con una inadecuada asistencia prenatal, o cuando esta asistencia se inicia una vez transcurrido el primer trimestre del embarazo (4).

Si analizamos la atención prenatal en ambos grupos estudiados, se observa que el control del embarazo es peor en el grupo de inmigrantes, con una primera visita a una edad gestacio-

nal más avanzada, un total de visitas menor que en el grupo nacional, una tasa de embarazos no controlados mayor así como un mayor número de mujeres que no recibieron educación maternal, en comparación con el grupo nacional (Tabla III).

Existen datos en la literatura que también encuentran un déficit en la atención al embarazo de inmigrantes (10, 11), debido a factores como proceder de un país donde la asistencia prenatal no está sistematizada, la situación de irregularidad administrativa en la que se encuentran la mayoría de ellos, cuestiones religiosas, motivos de pudor y desconocimiento del idioma entre otros (12, 13), aunque como en nuestro caso, no todos encuentran diferencias en la incidencia de prematuridad (14).

Diversas complicaciones médicas y obstétricas se han relacionado con el parto prematuro, bien por una relación directa con la prematuridad espontánea o porque pueden conducir a situaciones que aconsejen la finalización electiva de la gestación antes de término.

En este estudio se han analizado un número importante de factores de riesgo en ambos grupos observándose que son más frecuentes en el grupo de población inmigrante, siendo el más predominante el antecedente de enfermedad de transmisión sexual mientras que en el grupo nacional destaca una incidencia más alta de hipertensión como complicación del embarazo. No se han encontrado diferencias en cuanto a la incidencia de otros factores de riesgo como tabaquismo o drogadicción asociados por la literatura con el parto pretérmino (15).

En lo referente al desarrollo del parto no se observan diferencias significativas entre los dos grupos, aunque destaca el hecho de que en el grupo inmigrante un número ligeramente mayor de mujeres acuden en período expulsivo al hospital. El número de episiotomías practicadas y de desgarros perineales es mayor en el grupo de gestantes nacionales, sin que se hayan observado diferencias en la paridad.

Otra disimilitud es en lo referente a la elección de analgesia en el parto, mostrándose en el grupo de inmigrantes un porcentaje menor de mujeres que optan por analgesia epidural, lo cual puede atribuirse a razones culturales.

Los resultados neonatales de ambos grupos valorados mediante el test de Apgar al nacimiento y el valor del pH en arteria umbilical no presentan diferencias, destacando que la mortalidad anteparto es algo mayor en el grupo inmigrante, sin encontrar diferencias en cuanto a la morbilidad de estos neonatos.

En conclusión, podemos señalar en función de los resultados obtenidos, que el parto pretérmino tiene una incidencia en la población inmigrante similar a la de la población autóctona, siendo la diferencia más sustancial entre ambos grupos el inadecuado control prenatal que se observa en el grupo inmigrante, y su menor acceso a la analgesia epidural.

Correspondencia:

Dr. S. Manzanares Galán
Hospital Materno-Infantil Virgen de las Nieves
Avda. Fuerzas Armadas, 2
E-18014 Granada

Bibliografía

1. American College of Obstetricians and Gynecologists: Preterm Labor. Technical Bulletin nº 206, June 1995.
2. Lumiey J. Defining the problem: the epidemiology of preterm birth. *Br J Obstet Gynecol* 2003; 110 (Suppl 20):3-7.
3. Escribá-Aguir V, Clemente I, Saurel-Cubizolles MJ. Factores socioeconómicos asociados al parto pretérmino. Resultados del Proyecto EUROPOP en el Estado Español. *Gac Sanit* 2001; 15(1):6-13.
4. Delgado-Rodríguez M et al. Comparación de dos índices de asistencia a la atención prenatal y riesgo de parto pretérmino. *Gac Sanit* 1997; 11:136-42.
5. Breart, G. Delayed childbearing. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997; 75:71-3.
6. Fretts RC, Schmittiel J, McLean FH, Usher RH, Goldman MB. Increased maternal age and risk of fetal death. *N Engl J Med* 1995; 333:953-7.
7. Lansac J. Delayed parenting: is delayed childbearing a good thing? *Hum. Reprod* 1995; 10:1033-5.
8. Harlow BL, Frigoletto FD, Cramer DW, Evans JK, LeFevre ML, Bain RP, McNellis D. Determinants of preterm delivery in low-risk pregnancies. The RADIUS Study Group. *J Clin Epidemiol.* 1996; 49(4):441-8.
9. Astolfi P, Zonta LA. Risks of preterm delivery and association with maternal age, birth order, and fetal gender. *Hum Reprod* 1999; 14(11):2891-4.
10. Dueñas RM, Mitsuf MJ, Martínez J, Muñoz M, Fernández MJ, Lora N. Influencia de factores socioeconómicos en la evolución y seguimiento del embarazo. *Atención primaria* 1997; 4(19):188-94.
11. Solé C. Accesibilidad de los inmigrantes extranjeros a los servicios de salud en Barcelona. En: Solas O; Ugalde A (eds). *Inmigración, salud y políticas sociales.* Granada: EASP1997; 39-150.
12. Gámez E, Galindo JP. La atención inmigrante: del aluvión a la solución razonable. Documentos SEMFYC número 17. Barcelona 2002.
13. Oleffe-Van D. El hospital y el espacio social: el problema concreto de los inmigrantes. *Hospitalaria* 1995; 3:33-40.
14. Sánchez-Fernández Y, Muñoz-Avalos N, Pérez-Cuadrado S, Robledo-Sánchez A, et al. Mujeres inmigrantes: características del control prenatal y del parto. *Prog Obstet Ginecol* 2003; 46(10):441-7.
15. Lumiey J. Epidemiology of preterm birth. *Baliliere's Cien Obstet Gynaecol* 1993; 7:477. American College of Obstetricians and Gynecologists: Preterm Labor. Technical Bulletin nº 206, June 1995.