

Control del embarazo, asistencia al parto y resultados perinatales de las mujeres inmigrantes en relación con su país de origen y tiempo de permanencia en nuestro país

Diferencias con las mujeres españolas

Lidia Gambau Latorre

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina. Pabellón II. Avda Complutense s/n. Ciudad Universitaria, s/n. 28040 Madrid.

lidia.gambau@gmail.com

Tutora

Consuelo Álvarez Plaza

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina. Pabellón II. Avda Complutense s/n. Ciudad Universitaria, s/n. 28040 Madrid

coalvare@enf.ucm.es

Resumen: en la última década nuestras tasas de natalidad han aumentado gracias a los nacimientos de madre extranjera. Esto ha despertado un interés en conocer las necesidades específicas de estas mujeres y sus familias y las repercusiones que este hecho supone en nuestros resultados perinatales. Los estudios realizados indican que las mujeres inmigrantes obtienen mejores resultados obstétricos y perinatales que las mujeres autóctonas a pesar de sus condiciones socio-económicas más desfavorables, probablemente debido a lo que los estudios anglosajones conocen como “efecto de la mujer inmigrante sana”. Este estudio pretende conocer si existen diferencias significativas entre las mujeres inmigrantes y las mujeres autóctonas en cuanto a control del embarazo, asistencia al parto y resultados perinatales, si hay diferencias entre las mujeres inmigrantes dependiendo de su país de origen, y si el tiempo de permanencia en nuestra sociedad y la consecuente “inmersión” afecta o no a sus resultados obstétricos y perinatales.

Palabras clave: Embarazo en mujeres inmigrantes. Parto-Complicaciones y secuelas.

Abstract: during the last decade our birth rates have increased thanks to the number of babies born to foreign mothers. This has aroused our interest in knowing the specific needs these women and their families have and the consequences this fact may have in our perinatal reports. Research shows that immigrant women obtain better obstetric and perinatal results than local women despite more unfavourable social and economic conditions. This fact may be due to what Anglo-Saxon studies call “The healthy immigrant woman effect”. This study tries to see if significant differences between immigrant women and local women exist when it comes to pregnancy check-

ups, delivery care and obstetric results and if there are differences between immigrant women according to their country of origin and whether after a long period of time living and therefore adapting to our society their result may vary substantially.

Keywords: Childbirth-Women immigrants. Pregnancy complications. Pregnancy-Women immigrants.

INTRODUCCIÓN

Los movimientos migratorios no son nada nuevo, son una constante en la historia de la humanidad y siempre han representado un reto para los países receptores que han intentado entender este fenómeno y hacer un diagnóstico de las necesidades de este colectivo. Dentro de éstas, las relativas a la salud de las mujeres inmigrantes han tenido un interés especial, sobre todo en lo referente a la salud materno-infantil.

En los últimos años España se ha convertido en un país receptor de inmigrantes, aumentando exponencialmente el número de ellos que han llegado hasta aquí. Se trata, en general, de población joven y por tanto en edad reproductiva, que viene en busca de trabajo y mejores condiciones de vida. Su presencia ha contribuido al aumento de nacimientos en España provocando un repunte en nuestras tasas de natalidad. De hecho, el número de nacimientos en España, que durante más de dos décadas disminuía de año en año, ha experimentado desde 1997 un aumento sostenido de forma que en el año 2002 el número de nacimientos de niños de madre extranjera ya suponía un 11% y estas cifras han seguido aumentando hasta 2009. Los últimos datos presentados por el INE reflejan ya una leve disminución del número de nacimientos en nuestra comunidad probablemente debido al descenso en la llegada de nuevos inmigrantes a nuestro país como consecuencia de la crisis económica actual⁽¹⁾.

En el año 2000 se promulgan las dos leyes orgánicas de Extranjería (04/2000 y 08/2000) donde se dice textualmente “Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residen habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”⁽²⁾.

Es decir, los inmigrantes, legales o irregulares, pueden acceder a la sanidad de manera muy sencilla: inscribiéndose en el padrón municipal. La tramitación de la tarjeta sanitaria individual constituye el documento de acceso al sistema público de salud. La evidencia demuestra que en España no hay diferencias entre los inmigrantes irregulares e inmigrantes legales en el grado de utilización de los servicios sanitarios. El español es, pues, un servicio sanitario universal.

La inmigración tiene un importante impacto social, económico y también sanitario y de hecho la llegada masiva de inmigrantes ha supuesto un aumento en la presión asistencial en nuestros servicios de salud⁽³⁾.

Las matronas, en nuestro quehacer diario, tenemos que atender a mujeres cada vez de origen más diverso. Esto plantea interrogantes sobre cómo debe ser la atención a estas mujeres y sus familias, y nos obliga a adaptar nuestra sistemática en la atención al embarazo, parto y recién nacido.

Según datos oficiales, el municipio de Leganés tenía en el año 2009 una población total de 189.424 habitantes, de los cuales 95.438 eran mujeres. De estas, 11.868 eran extranjeras y 7.821 tenían una edad comprendida entre los 15 y 45 años. El grupo mayoritario de extranjeras lo formaban las mujeres de origen latinoamericano que representaban el 31% de las inmigrantes (procedentes de Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia, Brasil, República Dominicana, Paraguay y Honduras). Le seguían el grupo de inmigrantes rumanas con un 18% y las mujeres procedentes de Marruecos con un 11%. A continuación, las procedentes de otros países de Europa del Este (Ucrania, Bulgaria y Polonia) con un 9%. Las mujeres de origen subsahariano (procedentes de Nigeria y Guinea Ecuatorial) representaban el 5,7% de las inmigrantes y sólo un 2,5% procedían de China. El 21% restante tenían un origen diverso.

En el año 2009 la tasa bruta de natalidad en Leganés fue de un 12,05% y, del total de niños registrados en el municipio, un 21% fueron hijos de madre extranjera⁽⁴⁾.

Los países de acogida siempre han mostrado preocupación por las necesidades de los inmigrantes y más concretamente por las referentes a la salud materno-infantil y ya en los años 60 encontramos varios trabajos interesados en conocer las diferencias y similitudes en el desarrollo del embarazo, parto y puerperio entre las mujeres inmigrantes y las nativas^(5,6).

Parecería lógico suponer que dadas las condiciones socioeconómicas y culturales de las mujeres inmigrantes, sus resultados obstétricos y perinatales fueran peores que entre las mujeres autóctonas, que gozan de condiciones de vida más saludables. De hecho, en la mayoría de estudios realizados esta es la hipótesis planteada^(7,8,9).

Pero las investigaciones contradicen, en muchos casos, este supuesto. De hecho, se observa que las mujeres inmigrantes tienen unos resultados perinatales mejor de lo esperados a pesar de sus características socioeconómicas, lo que supone una paradoja epidemiológica evidente⁽⁸⁾. Así, por ejemplo, en dos estudios desarrollados en EEUU obtienen mejores resultados entre las mujeres inmigrantes, incluso cuando se trata de inmigrantes irregulares cuyo acceso a los servicios de salud es más complejo^(7,8).

En el año 2001 una investigación realizada en el hospital Doce de Octubre de Madrid, concluye que las mujeres inmigrantes no presentan un mayor riesgo de complicaciones en el embarazo y parto⁽⁹⁾. Sin embargo, un estudio desarrollado en Valencia sobre las altas hospitalarias en la población inmigrante, indicaba que los partos y abortos suponían el 27,1% de todas las altas y que el diagnóstico más frecuente habían sido las complicaciones del embarazo, parto y puerperio⁽¹⁰⁾. Por otra parte, también se observa el aumento de una serie de patologías que parecían

desaparecidas en nuestro entorno como por ejemplo la sífilis o la isoimmunización Rh, al tiempo que aparecen nuevas patologías relacionadas con la inmigración como la malaria y la enfermedad de Chagas⁽¹¹⁾.

Otras publicaciones también refieren un incremento de la morbilidad perinatal entre las embarazadas inmigrantes^(12, 13).

La realidad de las mujeres inmigrantes es que tienen, en su mayoría, un nivel socioeconómico y educativo bajo y sus trabajos son más precarios, lo que dificulta en ocasiones el acceso a los servicios de salud. Esto significa que el control prenatal suele ser insuficiente y, por las trabas laborales, suelen recurrir con más frecuencia a los servicios de urgencia. Un mejor control en el primer trimestre del embarazo podría evitar el abuso de los servicios de urgencia por parte de las mujeres inmigrantes como apunta un estudio realizado en Suecia en 2007⁽¹⁴⁾.

Un porcentaje muy bajo de mujeres acudirá a clases de preparación al parto, debido en ocasiones, a las dificultades del idioma y otras, por la imposibilidad de conciliar sus horarios laborales, por lo que no podrán beneficiarse del contacto con otras mujeres embarazadas para compartir experiencias, no dispondrán de la información y recursos que estos cursos aportan, ni de la relación continuada con "su" matrona que en muchas ocasiones supone el principal vínculo con el sistema sanitario. Muchas de ellas ni siquiera van a poder disfrutar del período de baja maternal ni contarán tampoco con muchos apoyos tras el parto. Las condiciones de hacinamiento en las que viven, en ocasiones, influirán negativamente en el cuidado del recién nacido.

El país de origen de las mujeres inmigrantes condiciona los resultados en prácticamente todos los estudios revisados. Así, por ejemplo, según un estudio publicado por la Agència de Salut Pública de Barcelona en 1999 se observan tasas más elevadas de recién nacidos con bajo peso y pretérmino entre las madres de origen subsahariano⁽¹⁵⁾. Y otra investigación desarrollada en EEUU también halla tasas mayores de recién nacidos con bajo peso para la edad gestacional, de partos pretérmino y de mortalidad perinatal entre las mujeres de raza negra⁽⁸⁾.

Aunque los investigadores intentan siempre dar resultados válidos para el conjunto de las mujeres inmigrantes, las diferencias entre ellas por razón de su raza, sus costumbres, su cultura, su religión y su lengua pueden ser muy importantes. Sería de interés poder estudiar a las mujeres de distintas nacionalidades de forma independiente.

Por otra parte, la comunicación de los profesionales sanitarios con las mujeres de otras culturas genera dificultades en la relación asistencial. Puede existir un déficit en la comunicación por barreras lingüísticas, por una distinta cultura de los cuidados materno-infantiles y por una idea distinta acerca de los conceptos de salud-enfermedad. Las barreras lingüísticas suponen un hándicap importante. Debemos

tener en cuenta que muchas de estas mujeres viven en situación de aislamiento social, reducidas al ámbito doméstico, de manera que aprenden la lengua de manera informal y no la dominan perfectamente, lo que hace que en ocasiones no comprendan la terminología sanitaria. La barrera de la lengua entorpece el seguimiento de las citas, los cuidados prescritos y los tratamientos a seguir. Las historias clínicas están incompletas, faltan antecedentes médicos y obstétricos. Muchas mujeres manifiestan no ser suficientemente informadas acerca de los motivos de ingreso y las causas de las intervenciones obstétricas, lo que les genera ansiedad. Parece necesaria la utilización de traductores o mediadores culturales, de preferencia que no sean familiares, para que la mujer pueda hablar libremente, sin temores⁽¹⁶⁾.

Con el fin de mejorar los problemas de comunicación, se observa una mayor preocupación y esfuerzo por parte de las instituciones que han empezado a instaurar servicios de mediadores y de traductores telefónicos en nuestros centros sanitarios.

Una actitud tolerante y abierta por parte de los profesionales sanitarios que atienden a estas mujeres contribuye a mejorar las vivencias de éstas con respecto a su embarazo, parto y puerperio⁽¹⁷⁾.

La preocupación por superar las dificultades de comunicación intercultural ha llevado a algunos profesionales a tomar iniciativas novedosas. En EEUU, en 2005, preocupados por las tasas elevadas de cesáreas entre las mujeres de origen somalí, pusieron en marcha un proyecto de acompañamiento en el parto con doulas también somalíes, observando que en las mujeres con este tipo de acompañamiento las cifras de cesáreas se reducían de manera muy significativa⁽¹⁸⁾.

Las doulas son mujeres experimentadas en la ayuda al nacimiento que proporcionan un soporte continuo, información y apoyo emocional y físico a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. La labor primordial de la doula es “acompañar” a la mujer, manteniéndose atenta y sensible para comprender las necesidades reales de cada mujer. La doula puede ofrecer a la mujer conocimientos y prácticas que haya ido adquiriendo para proporcionar bienestar a la madre como, por ejemplo, masajes, aromaterapia, ejercicios corporales, homeopatía o reflexología, sugiere maneras para soportar el dolor y facilitar el parto y ayuda creando un entorno adecuado para la madre.

Se ha observado que en los partos donde la mujer cuenta con el acompañamiento de una doula las tasas de cesáreas y partos instrumentales disminuyen así como la necesidad de analgesia y oxitocina sintética durante el parto mejorando el vínculo materno-filial y la lactancia materna^(19,20).

Por otra parte, algunos profesionales han mostrado interés en conocer las experiencias relatadas por las propias mujeres de su proceso de maternidad para intentar mejorar la calidad de sus cuidados. En diversos estudios en Canadá⁽²¹⁾, Reino Unido⁽²²⁾ y EEUU⁽²³⁾ las mujeres somalíes reflejan insatisfacción por los cuidados

recibidos, manifestando que se les niega información en la dilatación y el parto por prejuicios del personal que las atiende. Asimismo, piden intérpretes para su mejor comprensión de los procesos y prefieren ser atendidas por personal sanitario que tenga información objetiva sobre el tema de las mutilaciones genitales. También expresan tener preferencia por el personal sanitario femenino para ser atendidas⁽²⁴⁾.

Según la OMS, para reducir la morbimortalidad materna y neonatal, son importantes un control prenatal precoz, un número suficiente de controles y una atención adecuada durante el parto⁽²⁵⁾.

Con referencia al control prenatal, la mayoría de estudios coinciden en que las mujeres inmigrantes acuden más tarde al primer control del embarazo, muchas de ellas ya en el segundo trimestre del mismo. Tienen menos visitas durante éste y el seguimiento es más discontinuo que en las mujeres autóctonas lo que se traduce en un control prenatal insuficiente^(7,8,12,26,27,28). En los países donde no está garantizada la asistencia sanitaria a todas las mujeres inmigrantes, legales o no, el escaso control prenatal podría justificarse por el temor a acudir a los servicios sanitarios, como por ejemplo en EEUU o en Suiza, donde únicamente las inmigrantes legales tienen derecho a algún tipo de asistencia sanitaria y la mayoría de las inmigrantes irregulares no acuden a los servicios sanitarios por temor a ser expulsadas del país. En nuestro caso el control deficiente podría explicarse por el desconocimiento por parte de las mujeres y sus familias del sistema sanitario español y de su derecho a la prestación sanitaria. Las barreras lingüísticas también pueden suponer una dificultad⁽¹⁶⁾ Pero sobretodo, su percepción de que el embarazo es un estado "normal" que no requiere asistencia sanitaria, podría ser la causa de su insuficiente control prenatal. De todas formas, por ejemplo, en el estudio realizado por el Hospital Doce de Octubre concluyeron que las mujeres inmigrantes tenían un seguimiento adecuado de la gestación y además no presentaban más complicaciones en el embarazo y parto contrariamente a la percepción generalizada. Es significativo que un porcentaje elevado de inmigrantes fueran de procedencia latinoamericana y por tanto conocían nuestra lengua lo que facilitaba su acceso a los servicios sanitarios⁽⁹⁾.

También en Finlandia consiguen un buen control prenatal en las inmigrantes gracias a la perfecta coordinación de los servicios sanitarios en ese país donde además se han desarrollado políticas activas dirigidas a la integración de los inmigrantes.⁽²⁴⁾

La edad media de las gestantes inmigrantes es similar a la de las mujeres autóctonas aunque algunos trabajos indican que ésta es ligeramente inferior en las mujeres inmigrantes^(7,12,28,29,30). En nuestro país, las madres extranjeras más jóvenes proceden en su mayoría de Europa del Este y de Sudamérica⁽⁹⁾.

En relación a la paridad, casi todos los estudios observan un mayor número de mujeres múltiparas entre la población inmigrante^(7,11,24,28) aunque, sin embargo, el estudio del Hospital de Poniente de Almería no refleja diferencias. Observamos también un mayor número de gestaciones en mujeres jóvenes^(7,11,30,31) y una tendencia

a un menor número de embarazos por encima de los 35 años en la población inmigrante^(7,8,28).

Entre las mujeres inmigrantes observamos un porcentaje mayor de mujeres solteras o sin pareja estable^(8,9,11,24,27,31), hecho que algunos autores vinculan con resultados perinatales más desfavorables⁽²⁴⁾.

Es sorprendente la cantidad de artículos publicados que objetivan resultados perinatales mejores en las mujeres inmigrantes que en las nativas probablemente por el efecto de la “mujer inmigrante sana” que actúa como sesgo. Según este, la mujer que es capaz de emigrar a otro país probablemente disfruta de un buen estado de salud y tiene la suficiente estabilidad psicológica para poder soportar y superar todas las dificultades y el stress durante el período de adaptación. Estas mujeres tendrán pocos problemas durante la gestación y sus recién nacidos estarán igual de sanos que los de las mujeres autóctonas. Son pocas las investigaciones en las que se estudia la variable del tiempo de permanencia en el país de acogida, de manera que es difícil conocer la influencia que este hecho representa en los resultados obstétricos y perinatales. Únicamente un estudio llevado a cabo en Canadá en 2007 estudió la patología placentaria y los estados hipertensivos del embarazo en las mujeres inmigrantes en función del tiempo de permanencia en el país⁽³²⁾.

A pesar de que las mujeres inmigrantes tienen unas condiciones socioeconómicas desfavorables: peores viviendas, hacinamiento incluso, trabajos más precarios, peores condiciones laborales, etc., tienen hábitos más saludables. No suelen fumar, ni consumir alcohol de forma habitual y por las características de su alimentación no presentan con tanta frecuencia obesidad, hipertensión arterial o diabetes lo que repercute en unos resultados perinatales mejor de lo esperados^(7,24,28).

Las patologías del embarazo más estudiadas han sido las enfermedades hipertensivas del embarazo y la diabetes gestacional. En el Hospital de Sabadell (Barcelona), donde la mayor parte de mujeres inmigrantes procedían de Marruecos y Latinoamérica, no hallan diferencias en cuanto a trastornos hipertensivos y diabetes mellitus materna⁽²⁶⁾. Sin embargo, en un estudio finlandés sí observan más casos de preclampsia entre las mujeres latinoamericanas y más ingresos hospitalarios durante el embarazo en las mujeres de origen africano por metrorragias durante la gestación, por hipertensión, diabetes gestacional y amenaza de parto pretérmino⁽²⁴⁾.

En el estudio del Hospital Doce de Octubre⁽⁹⁾ las patologías más frecuentes entre las mujeres inmigrantes fueron las patologías infecciosas, la diabetes gestacional y la amenaza de parto prematuro aunque concluyen que el grupo que presentó mayores complicaciones fue el de las mujeres autóctonas. Este hecho se explicaría por un seguimiento mejor de la gestación lo que permitiría un mejor diagnóstico de patologías. Este razonamiento aparece también en otros trabajos como el del Hospital de Poniente de Almería⁽¹²⁾ y el del Hospital de Sabadell⁽²⁶⁾ donde no encuentran más casos de enfermedad hipertensiva del embarazo entre la población inmigrante. De

hecho, las mujeres autóctonas parecen tener más riesgo de padecer HTA y preclampsia leve probablemente por un mejor control gestacional y un diagnóstico más precoz de la preclampsia y al mismo tiempo las mujeres inmigrantes tienen una tasa mayor de preclampsia grave que relacionan con un diagnóstico tardío de la misma.

En general, lo que sí parece confirmarse es una mayor incidencia de trastornos hipertensivos en las mujeres de raza negra⁽²⁶⁾.

En el Hospital Sant Joan de Déu de Martorell (Barcelona) encuentran mayores tasas de diabetes gestacional entre la población autóctona pero un peor control de la diabetes entre la población inmigrante, mayoritariamente magrebí, por lo que estas mujeres presentan más casos de macrosomía fetal. Las mujeres magrebíes también tienen un mayor IMC al inicio y durante la gestación lo que complica el desarrollo de la diabetes gestacional⁽²⁶⁾.

Existe también un aumento de las infecciones maternas (lues, hepatitis B, SGB+) ^(12,26,28) y tasas mayores de anemia sobre todo en las mujeres procedentes de Marruecos y de Europa del Este que se relaciona con un aumento del riesgo de parto pretérmino⁽³³⁾.

En cuanto a la tasa de gestantes portadoras de *Streptococcus agalactiae*, es superior en las mujeres inmigrantes sobretodo de origen magrebí, africanas subsaharianas y afro-caribeñas⁽²⁶⁾.

Con respecto a la utilización de analgesia durante el parto, podemos decir que en España, en estos últimos años, se ha generalizado el uso de la analgesia epidural para el control del dolor durante el parto probablemente por la excesiva medicalización de este proceso natural. Esto no es así en otros muchos países de nuestro entorno: Holanda, Reino Unido, Bélgica y los países nórdicos entre otros. En nuestro país, se observa, de manera general, que las mujeres inmigrantes utilizan menos la analgesia epidural en el parto que las mujeres autóctonas probablemente debido a su arraigo de patrones tradicionales en los cuidados materno-infantiles de manera que asumen el dolor del parto de forma natural, no viendo la necesidad de usar analgesia⁽³⁴⁾.

También es cierto que a veces, no pueden dar el consentimiento informado que se les exige en nuestros hospitales para su utilización por las dificultades que tienen con nuestra lengua. Por este motivo, se recomienda el uso de consentimientos informados traducidos a las lenguas extranjeras mayoritarias en nuestro entorno para que sean las mujeres las que puedan elegir libremente.

En cuanto al parto, algunos investigadores hablan de una tasa más elevada de cesáreas entre las inmigrantes. De hecho, un estudio sobre los resultados perinatales en las mujeres somalíes inmigrantes en seis países distintos (Bélgica, Canadá, Australia, Finlandia, Noruega y Suecia) refleja una tasa elevada de cesáreas que relacionan con la mutilación genital a la que han sido sometidas muchas de estas mujeres.

Probablemente la poca experiencia de los profesionales sanitarios y el desconocimiento en los cuidados específicos de las mujeres con algún tipo de mutilación genital explicarían esas tasas de cesárea más elevadas⁽³¹⁾.

En Finlandia, durante los años 1999-2001, también observaron una tasa más elevada de cesáreas entre las mujeres de origen africano, las latinoamericanas y las del sudoeste asiático⁽²⁴⁾.

En el Hospital Mútua de Terrassa (Barcelona) obtuvieron un índice mayor de cesáreas sobretudo en las mujeres inmigrantes procedentes de Centroamérica y Sudamérica debido a que muchas de ellas ya tenían una cesárea previa realizada en sus países de origen⁽²⁶⁾. Otro trabajo en el Hospital del Mar de Barcelona, donde muestran interés por conocer las diferencias del coste hospitalario entre la población autóctona y la inmigrante, también constatan una tasa mucho más elevada de cesáreas entre la población inmigrante⁽³⁵⁾.

En relación a los partos vaginales (instrumentados o espontáneos) en el estudio realizado en H. C. U Lozano Blesa de Zaragoza en 2001, la tasa de partos instrumentales es menor en las mujeres inmigrantes⁽³⁴⁾. Sin embargo, en el Hospital de Poniente de Almería, la tasa de partos eutócicos es mayor en las mujeres autóctonas⁽¹²⁾. Por otra parte, en el Hospital Doce de Octubre las diferencias entre la población autóctona y la inmigrante no son significativas⁽⁹⁾.

Algunas publicaciones muestran un mayor número de alteraciones del bienestar fetal intraparto en las gestantes inmigrantes pero otros estudios obtienen diferencias poco significativas^(24,28).

En lo que respecta a los resultados perinatales, casi todos las investigaciones se centran en el estudio de unas determinadas variables: tasa de partos pretérmino, nº de recién nacidos con bajo peso para la edad gestacional, edad gestacional en el momento del parto, peso del recién nacido, morbilidad neonatal (detallando los motivos de ingreso en unidades neonatales) y en algunos casos comparando las tasas de mortalidad perinatal. No parecen hallarse diferencias en cuanto a la edad gestacional en el momento del parto, pero sí con respecto a las tasas de prematuridad y de recién nacidos de bajo peso, siendo estas mayores entre las mujeres autóctonas probablemente en relación con el hábito del tabaco y el estilo de vida^(28,29,31,34).

Por otra parte, otros estudios constatan cifras más elevadas de partos pretérmino y recién nacidos de bajo peso en las madres inmigrantes^(12,24,36,37,38,39).

En cuanto al peso de los recién nacidos se observa que éste es mayor entre las mujeres inmigrantes, sobretudo las de origen magrebí, seguidas de las latinoamericanas^(12,28).

Los ingresos neonatales por riesgo infeccioso también son mayores en la población inmigrante que en la población autóctona básicamente por una tasa superior de colonización por *Streptococo Agalactiae*⁽²⁸⁾.

También algunos estudios muestran un aumento de la mortalidad perinatal entre las inmigrantes de origen africano posiblemente en relación con sus tasas de prematuridad y de recién nacidos de bajo peso (<2500gr), aunque otros no encuentran diferencias significativas^(24,31).

En relación con la proporción de mujeres que amamantan a sus hijos de manera exclusiva en los primeros meses de vida ésta es sensiblemente mayor entre las mujeres inmigrantes⁽⁴⁰⁾.

La disparidad en las conclusiones observadas en relación a las características del embarazo, parto y puerperio de las mujeres inmigrantes en los múltiples estudios realizados en diferentes países puede ser debida a factores como: el país de origen de la mujer, sus hábitos de vida, sus características socioculturales y económicas, el tiempo de permanencia y el grado de “inmersión” en el país de acogida, el desarrollo de políticas activas dirigidas a la integración de los inmigrantes y los problemas de comunicación intercultural, entre otros.

Evidentemente, la nueva situación sociodemográfica de nuestro país requiere un esfuerzo para mejorar el conocimiento del estado de salud materno-infantil de la población siendo imprescindible promover y difundir investigaciones de calidad para conocer los diversos aspectos relacionados con la incorporación de los inmigrantes en la sociedad española.

Dado el número creciente de partos de mujeres inmigrantes en nuestro país y la cada vez mayor presión asistencial, con el consumo de recursos económicos y humanos que esto supone, es importante conocer cuáles son las necesidades reales de estas mujeres y saber si éstas coinciden con las de las mujeres autóctonas para intentar adaptar o flexibilizar nuestro sistema sanitario de forma que la atención sea la más adecuada.

Es por esto que las matronas debemos impulsar investigaciones que nos ayuden a comprender la situación social, cultural y de salud de estas mujeres y sus familias que nos permitan mejorar nuestra atención proporcionando unos cuidados obstétrico-ginecológicos y perinatales integrales y de calidad.

Pocas investigaciones relacionan los resultados obstétricos y perinatales con el tiempo de permanencia en el país de acogida ni valoran los efectos de la “inmersión” en la sociedad receptora en relación a los controles prenatales, características del parto y resultados perinatales. En la bibliografía revisada únicamente se encuentra una investigación retrospectiva llevada a cabo en la provincia de Ontario en Canadá en 2007 que estudió la patología placentaria y los estados hipertensivos del embarazo en

las mujeres inmigrantes en función del tiempo de permanencia en el país llegando a la conclusión de que a su llegada las mujeres inmigrantes tenían un riesgo menor que las autóctonas de desarrollar este tipo de patologías aunque a medida que aumentaba el tiempo de permanencia en Canadá los riesgos se igualaban ya que se producía una “convergencia” a medida que las mujeres inmigrantes adoptaban la dieta y el estilo de vida occidental. Es lo que los estudios anglosajones llaman “acculturation effect”⁽³²⁾.

Este proyecto pretende conocer la repercusión en el seguimiento de los controles prenatales, los resultados obstétricos y perinatales del factor “tiempo de permanencia en nuestro país” en las mujeres inmigrantes atendidas en el Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés. Las conclusiones nos permitirán modificar los protocolos de actuación con el fin de mejorar los resultados perinatales garantizando una atención adecuada a la mujer inmigrante y a su familia.

HIPÓTESIS

Los resultados obstétricos y perinatales de las mujeres inmigrantes con un tiempo de permanencia en nuestro país inferior a un año son mejores que los de las mujeres autóctonas.

OBJETIVOS

Objetivos generales

- Conocer las características del control del embarazo, los resultados obstétricos y perinatales de las mujeres inmigrantes estableciendo las diferencias o similitudes con los resultados obtenidos por las mujeres autóctonas.
- Determinar las diferencias en los controles prenatales, resultados obstétricos y perinatales de las mujeres inmigrantes en relación al tiempo de permanencia en nuestro país.

Objetivos específicos

- Caracterizar a las mujeres inmigrantes que acuden al Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés: país de origen, edad, factores socio-económicos, culturales y demográficos y tiempo de permanencia en nuestro país.
- Conocer sus hábitos tóxicos.
- Determinar el nivel de cumplimiento de los controles prenatales.

- Conocer las patologías presentes en el embarazo actual.
- Determinar las complicaciones presentes en este parto y puerperio inmediato.
- Valorar las complicaciones en el neonato.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística [sede Web]. Madrid. Movimiento natural de la población; 2008 [acceso 22 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t20/e301/provi/l0/&file=03001.px>
2. Derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Ley 4/2000 de 11 de enero. B.O.E. 12-01-2000.
3. 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.
4. Ayuntamiento de Leganés. Sección de Informática. [consultado 1 feb 2010]. Disponible en: <http://www.leganes.org/leganes/Estadisticas/A/A104.pdf>
5. Barron SL, Vessey MP. Immigration - A new social factor in obstetrics. BMJ. 1966; 1:1189-94.
6. Brown LB. Illness in pregnancy among migrants and non migrants. An exploratory study in Australia. Br J Prev Soc Med. 1963;17:202-8.
7. Guendelman S, Thornton D, Gould J, Hosang N. Social disparities in maternal morbidity during labor and delivery between mexican-born and US-born white californians. Am J Public Health. 2005;95:2218-24.
8. Reed M, Westfall J, Bublitz C, Battaglia C, Fickenscher A. Birth outcomes in Colorado's undocumented immigrant population. BMC Public Health. 2005; 5:100.
9. Sánchez-Fernandez Y, Muñoz Avalos N, Pérez-Cuadrados S, Robledo- Sánchez A, Pallás-Alonso CR, Cruz Bértolo J de la, et al. Mujeres inmigrantes: características del control prenatal y del parto. Prog Obstet Ginecol. 2003;46(10):441-7.
10. Altas hospitalarias de la población inmigrante en la ciudad de Valencia. Centro nacional de epidemiología. Bol Epidemiol Sem. 2003;11: 49-52.

11. Torre J de la, Coll C, Coloma M, Martín JI, Padron E, González-González NL. Control de gestación en inmigrantes. *An Sist Sanit Navar*. 29(1):6-61.
12. Martínez-García E, López-López AF. Diferencias de morbilidad asociada al embarazo y de resultados obstétricos y perinatales entre mujeres inmigrantes y autóctonas. *Matr Prof*. 2004;5(17):12-8.
13. Marqueta JM, Romagosa C. Diferencias de morbilidad obstétrica y perinatal entre la población autóctona y la magrebí. *Clin Investig Ginecol Obstr*. 2002; 29(9):318-28.
14. Ny P, Plantin L, Karlsson ED, Dykes AK. Middle Eastern mothers in Sweden, their experiences of the maternal health service and their partner's involvement. *Reprod Health*. 2007;4:9.
15. Jansá JM, Garcia de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit*. 2004;18(Supl):207-13.
16. Oliver MI. Comunicación intercultural: comunicándonos con mujeres de otras culturas. *Matr Prof*. 2002;9:21-27.
17. López Martínez AM, Martín Ortiz MA, Rodríguez Ferrer, RM, Rosa Aguayo, R, Sánchez Perruca, MI. Actitudes del personal sanitario del área de partos ante la mujer inmigrante. *Matr Prof*. 2002;10:32-9.
18. Dundek LH, Establishment of a Somali doula program at a large metropolitan Hospital. *J Perinat Neonat Nurs*. 2006;20:128-37.
19. Hodnett ED, Osborn RW. Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. *Res Nurs Health*. 1989;12(5):289-97.
20. Kennell J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, Hinkley C. Continuous emotional support during labour in a US hospital. A randomized controlled trial. *J Am Med Assoc*. 1991;265(17):2197-201.
21. Chalmers B, Hash KO. Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. *Birth (Berkeley)*. 2000;27:227-34.
22. Davies MM, Bath PA. The maternity information concerns of somali women in UK. *J Adv Nurs*. 2001;36:237-45.
23. Herrel N, Olevitch L, DuBois DK, Terry P, Thorp D, Kind E, et al. Somali refugee women speak out about their needs for care during pregnancy and delivery. *J Midwifery Women's Health*. 2004;49:345-9.

24. Malin M, Gissler M. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BMC Public Health*. 2009;9:84.
25. Organización Mundial de la Salud. Cuidados médicos en la gestación normal. Ginebra: OMS, Comité de expertos en higiene materno-infantil en los Servicios de Salud; 1976. (Informes Técnicos; 600).
26. López- Quesada E, Campos R, Solé P, Sentís J. Morbilidad gestacional. *Ginecol Obstetr Clin*. 2005;6(1):8-23.
27. Helsel D, Pettini D, Kunstadter P. Pregnancy among the hmong: birthweight, Age and parity. *Am J Public Health*. 1992;82:1361-64.
28. Domingo M, Figaró C, Loverdos I, Costa J, Badia J. Gestante inmigrante y morbilidad neonatal. *An Pediatr (Barc)*. 2008;68(6):596-601.
29. Agudelo-Suárez A, Ronda-Pérez E, Gil-González D, González-Zapata LI, Regidor E. Relación en España de la duración de la gestación y del peso al nacer con la nacionalidad de la madre durante el periodo 2001-2005. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83(2):331-37.
30. Martínez-Casamayor F, Monzón-Fernandez A, Falcon Albero A, Pardo Monzón A. Partos de inmigrantes y jóvenes inmigrantes en el H.C.U. de Zaragoza. *Index Enferm*. 2002;38:15-7.
31. Small R, Gagnon A, Gissler M, Zeitlin J, Bennis M, Glacier R, et al. Somali women and their pregnancy outcomes postmigration: data from six receiving countries. *BJOG (Oxford)*. 2008;115:1630-40.
32. Ray J, Vermeulen MJ, Schull MJ, Singh G, Shah R, Redelmeier DA. Results of the recent immigrant pregnancy and perinatal long term evaluation study (RIPPLES). *CMAJ*. 2007;176(10):1419-26.
33. Castillo M, Payá A, Rueda C, Basil C, Pascual J, Robles A, et al. Gestación, anemia e inmigración. *Ginecol Obstetr Clin*. 2004;5(4):214-20.
34. Monzón Fernandez A, Martínez-Casamayor F, Sánchez-Dehesa Rincón M. Asistencia al parto en mujeres inmigrantes durante el 2001 en el HCU Lozano Blesa de Zaragoza. *Enferm Cient Num*. 2003;252-253:84-7.
35. Cots F, Castells X. Diferencias del coste hospitalario del parto entre la población nacional e inmigrante. Unidad de investigación en Servicios Sanitarios del IMAS. [consultado 21 mar 2010]; [aproximadamente 12 pantallas]. Disponible en: <http://www.fgcasal.org/aes/docs/FrancecsCotsaes2004llarg1.pdf>

36. Diani F, Zaconato G, Foschi F, Turinetto A, Franchi M. Management of the pregnant woman in the decade 1992-2001. *J Obstet Gynaecol.* 2003;23(6):615-7.
37. Hyman I, Dussault G. The effect of acculturation on low birthweight in immigrant women. *Can J Public Health.* 1996;87(3):158-62.
38. Vangen S, Stoltenberg C, Skrandal A, Magnus P, Stray-Pedersen B. Caesarean section among immigrants in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000;79(7): 553-8.
39. Van Enk A, Buitendijk SE, Van der Pal KM, Van Enk WJ, Schulpen T. Perinatal death in ethnic minorities in The Netherlands. *J Epidemiol Community Health.* 1998;52:735-9.
40. Ascaso Terrén C, Soler Carreras C, Tamayo Rojas O. Maternidad, Inmigración y salud. Estudio de las diferencias en el estado emocional, los hábitos de salud y la calidad de vida entre las mujeres inmigrantes y las españolas. Ministerio de Igualdad. Instituto de la mujer. [consultado 12 ene 2010]; [aproximadamente 9 p]. Disponible en: http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/estud_inves/portada_abstract712.pdf.

METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

Tipo de investigación

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal.

Población diana

La población diana serán las mujeres gestantes empadronadas en el municipio de Leganés (Madrid) y que tengan como centro de referencia el Hospital Severo Ochoa.

Población de estudio

Nuestra población de estudio serán las mujeres, inmigrantes o autóctonas, que den acudan a parir al Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés en el período de tiempo transcurrido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2011.

Criterios de inclusión en el estudio

- Mujeres españolas con edad comprendida entre los 15 y 45 años que ingresan en nuestra unidad de paritorio en trabajo de parto, para la inducción del mismo o para una cesárea programada.

- Mujeres inmigrantes procedentes de países de Latinoamérica, países de Europa del Este, Marruecos, África Subsahariana y China con edad comprendida entre los 15 y 45 años que ingresan en nuestra unidad de paritorio en trabajo de parto, para la inducción del mismo o para una cesárea programada.
- Gestaciones únicas.

Criterios de exclusión en el estudio

- Mujeres (españolas o no) que acuden a nuestro hospital trasladadas de otras áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid por problemas de organización sanitaria.
- Parejas mixtas (mujeres inmigrantes con pareja española o mujeres españolas con pareja de origen inmigrante) ya que en el primer caso la “inmersión” en la sociedad de acogida será probablemente más sencilla y en el segundo podría haber elementos de confusión.

Muestra

Una vez revisada la bibliografía y fijada una variable categórica se determina que para detectar una diferencia significativa del 10% entre las mujeres inmigrantes y las autóctonas se requiere una muestra aproximada de 300 mujeres por grupo. Sin embargo, dada la homogeneidad en el grupo de mujeres españolas y la heterogeneidad en el grupo de mujeres inmigrantes se determina una muestra final de 400 mujeres inmigrantes y 200 mujeres autóctonas.

En el grupo de las mujeres inmigrantes se realizará un muestreo estratificado con afijación proporcional. El muestreo en ambos grupos (mujeres españolas e inmigrantes) será consecutivo hasta completar la muestra.

VARIABLES DE ESTUDIO

Agruparemos las distintas variables a estudiar en cinco categorías:

- **Datos sociodemográficos**
 - ✓ Edad de la madre.
 - ✓ Nacionalidad de la madre.
 - ✓ Tiempo de permanencia en nuestro país de la madre: tiempo transcurrido desde la llegada a España hasta el día del parto:
 - ✓ inferior a un año.

- ✓ entre 1 y 5 años.
- ✓ entre 5 y 10 años.
- ✓ más de 10 años.

- ✓ Grado de conocimiento de la lengua española: Si entiende, lee y se expresa sin dificultad en nuestra lengua, si la entiende pero se expresa con dificultad, si la entiende un poco pero no es capaz de expresarse en ella o no la entiende en absoluto.

- ✓ Nivel de estudios de la mujer: primarios, medios o superiores.

- ✓ Estado civil: Si tiene pareja estable o no.

- ✓ Actividad laboral de la mujer: si trabaja o no y cuál es su ocupación.

- **Datos obstétrico-ginecológicos**
 - ✓ Paridad: nº de gestaciones, partos a término, partos pretérmino y abortos.

 - ✓ País de nacimiento de los hijos anteriores: si han nacido en España o en su país de origen.

 - ✓ Patologías presentes en embarazos anteriores:
 - ✓ diabetes gestacional.
 - ✓ trastornos hipertensivos del embarazo (hipertensión arterial esencial, preclampsia leve o grave y eclampsia).
 - ✓ metrorragias durante el 2º y 3º trimestre del embarazo (placenta previa, desprendimiento precoz de placenta normalmente inserta).
 - ✓ rotura prematura de membranas (antes de las 37 semanas de gestación).
 - ✓ parto pretérmino (antes de las 37 semanas de gestación).
 - ✓ muerte fetal tardía (después de cumplir 28 semanas de gestación).

 - ✓ Patologías presentes en partos anteriores:
 - ✓ rotura prematura de membranas (antes del inicio del trabajo de parto).
 - ✓ sospecha de pérdida del bienestar fetal.
 - ✓ parto inducido.
 - ✓ fiebre intraparto.

 - ✓ Tipo de parto (en embarazos previos): eutócico, instrumentado o cesárea.

 - ✓ Patologías presentes en los puerperios inmediatos anteriores:

- ✓ placenta retenida.
- ✓ hemorragia post-parto.
- ✓ atonía uterina.

- ✓ Morbi-mortalidad neonatal en hijos anteriores:
 - ✓ recién nacido pretérmino (< 37s de gestación).
 - ✓ macrosomía fetal (> 4000 gr al nacer).
 - ✓ recién nacido con bajo peso para la edad gestacional.
 - ✓ ingreso neonatal por distress respiratorio o por riesgo infeccioso
 - ✓ muerte neonatal.

- ✓ Tipo de lactancia: materna exclusiva, artificial o mixta.

- **Control del embarazo**
 - ✓ Hábitos tóxicos: consumo de tabaco, alcohol u otras drogas.
 - ✓ Edad gestacional en el primer control prenatal en semanas y días: la primera visita del embarazo debería ser antes de las 12 s de gestación.
 - ✓ Índice de Masa Corporal al inicio del embarazo.
 - ✓ Nº de ecografías realizadas durante el embarazo: se recomiendan tres ecografías, una en cada trimestre de la gestación.
 - ✓ Nº de analíticas realizadas durante el embarazo: los protocolos determinan un mínimo de tres analíticas durante la gestación.
 - ✓ Realización de Escrutinio de Sd de Down: determinación de b-HCG libre, PAPP-A junto a datos ecográficos (CRL y translucencia nugal).
 - ✓ Realización de amniocentesis genética.
 - ✓ Nº de visitas prenatales: es recomendable un mínimo de 6 controles.
 - ✓ Asistencia a cursos de preparación al parto: sí o no.
 - ✓ Patologías presentes en el embarazo:
 - ✓ Anemia.
 - ✓ Diabetes gestacional.
 - ✓ Trastornos hipertensivos del embarazo (hipertensión arterial esencial, preclampsia o eclampsia).
 - ✓ Metrorragias (placenta previa, dppni).

- ✓ Amenaza de parto prematuro.
- ✓ Retraso del crecimiento intrauterino.
- ✓ Rotura prematura de membranas (antes de las 37 s de gestación).
- ✓ Gestación cronológicamente prolongada (>41+3 s de gestación).
- ✓ Feto muerto ante parto.
- ✓ Presentación podálica al final de la gestación.
- ✓ Cesárea anterior.

- **Datos del parto**

- ✓ Inicio del parto: espontáneo o inducido.
- ✓ Edad gestacional en el momento del parto en semanas y días.
- ✓ Tipo de parto: eutócico, instrumentado o cesárea.
- ✓ Uso de analgesia epidural durante el parto.
- ✓ Acompañamiento durante el parto: si está sola durante el parto o la acompaña su pareja o alguna otra persona de su elección.
- ✓ Patologías presentes durante el parto:
 - ✓ rotura prematura de membranas.
 - ✓ Streptococo Agalactiae.
 - ✓ presencia de líquido amniótico meconial.
 - ✓ metrorragia.
 - ✓ fiebre intraparto.
 - ✓ sospecha de pérdida del bienestar fetal (necesidad de determinación de pH intraparto o presencia de alteraciones de la FCF).
 - ✓ fracaso de inducción.
 - ✓ parto estacionado o no progresión.
- ✓ Patologías presentes durante el post-parto inmediato:
 - ✓ placenta retenida.
 - ✓ hemorragia post-parto.
 - ✓ atonía uterina.

- **Datos perinatales**

- ✓ Sexo del recién nacido.
- ✓ Peso del recién nacido: se considerará un peso adecuado entre 2500-4000 gr.

- ✓ Apgar al minuto y 5 minutos de vida.
- ✓ pH de cordón del recién nacido: el pH se considerará patológico por debajo de 7,20.
- ✓ Morbilidad neonatal (ingreso neonatal tras el nacimiento):
 - ✓ riesgo infeccioso.
 - ✓ distress respiratorio.
 - ✓ riesgo de hipoglucemia.
 - ✓ recién nacido pretérmino.
 - ✓ bajo peso para la edad gestacional (retraso del crecimiento intrauterino).
 - ✓ recién nacido con malformaciones.
- ✓ Mortalidad neonatal precoz o temprana: se considerarán los recién nacidos muertos dentro de los 7 días de vida completos (168 horas)
- ✓ Tipo de lactancia al alta: materna exclusiva, artificial o mixta.

Métodos de recogida de información

El registro de los datos se realizará el día que la mujer ingrese en el servicio de paritorio en trabajo de parto, para la inducción del mismo o para una cesárea programada.

Se explicará previamente a la gestante todo el procedimiento establecido en la metodología del proyecto y se solicitará la firma del consentimiento informado.

Dado que un número considerable de mujeres incluidas en el estudio tendrán dificultades de comprensión en nuestra lengua se procederá a la traducción a los idiomas principales (inglés, francés, árabe, rumano y chino) de la hoja de consentimiento informado.

Los datos se recogerán en una hoja diseñada específicamente para ello. Esta hoja se incluirá dentro de la documentación que se rellena al ingreso de la gestante en el hospital de manera que, a ser posible, todos los datos hayan sido rellenos en el momento en que la mujer abandona el Área de Paritorios, a excepción de los datos de morbilidad neonatal y tipo de lactancia al alta que se cumplimentarán en el momento del alta hospitalaria.

Se encargarán de la cumplimentación de los datos un grupo de matronas escogidas y entrenadas para ello, a ser posible, una por turno de trabajo.

Referente a los datos sobre el control del embarazo gran parte ellos constan ya, de forma rutinaria, en la historia clínica que la mujer aporta al ingreso en el hospital.

Los datos referidos al parto se recogerán del partograma y del libro de partos donde quedan reflejadas todas las incidencias.

En cuanto a los datos del recién nacido, estos se recogerán de la hoja neonatal que se rellena siempre tras el nacimiento.

En referencia a los datos que no consten en los documentos antes mencionados se recogerán, en un momento que consideremos oportuno, durante el tiempo que la mujer permanezca en el Área de Partorio o durante su estancia en la planta de hospitalización. Se procurará, en la medida de lo posible, salvar las barreras lingüísticas en el caso de que las hubiere, incluso con la ayuda de un mediador cultural si fuera necesario.

Las hojas, una vez cumplimentadas, se guardarán y de forma semanal se transcribirán todos los datos en una hoja de cálculo específicamente diseñada para este fin, para su posterior tratamiento y análisis.

Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se utilizará el programa estadístico SPSS versión 17 y el SPAD para los análisis multivariantes.

Se describirán las variables cualitativas mediante la distribución de frecuencias y las cuantitativas mediante su media y desviación estándar.

Para comparar los porcentajes de las variables categóricas se usarán tablas de contingencia y el contraste de Chi cuadrado.

La comparación de medias de las variables cuantitativas se realizará con los contrastes adecuados del análisis de la varianza.

Para todos los test se asumen diferencias significativas en valores de $p < 0.05$ para un intervalo de confianza del 95%.

Se realizará un análisis de clasificación o tipologías para analizar asociaciones multivariantes.

Cronograma

PERÍODO	ACTIVIDAD
	Preparación previa del estudio
2 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitud de aprobación para la realización del estudio por parte del Comité de Investigación y el Comité de Ética del Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés. - Preparación de la base de datos a utilizar. - Reunión con el grupo de matronas que colaborará en la cumplimentación de las hojas de recogida de datos para unificar criterios. - Preparar la traducción de los consentimientos informados en inglés, francés, rumano, árabe y chino.
	ESTUDIO
12 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Recogida de datos según criterios de inclusión y exclusión por muestreo consecutivo. - Mensualmente se transcribirán los datos a la base de datos utilizando el programa SPSS v.17 para Windows.
3 meses	- Análisis estadístico de los datos recogidos.
3 meses	- Finalización del proyecto y elaboración de las conclusiones.
6 meses	- Preparación del artículo para la divulgación y publicación de resultados en revistas científicas y difusión en congresos.

Limitaciones del estudio

Este estudio tendrá una validez externa limitada ya que la población inmigrante no se distribuye de forma homogénea ni siquiera dentro de la Comunidad de Madrid por lo que el origen de los grupos mayoritarios es muy variable.

Se trata además de un estudio realizado en un hospital público por lo que podemos asegurar que la gran mayoría de los partos de las mujeres inmigrantes residentes en Leganés se controlan y atienden allí pero nos consta que un número elevado de mujeres autóctonas con embarazos de bajo riesgo eligen otros centros para parir a sus hijos, acudiendo a su hospital público de referencia únicamente en caso de que su embarazo sea diagnosticado de alto riesgo, por lo que al analizar los datos recogidos podríamos obtener resultados sesgados que no se ajusten a la realidad.

Otro aspecto a tener en cuenta es que, dado que los datos se obtendrán de los registros hechos en la historia clínica de la gestante y en la hoja neonatal, es muy importante que la cumplimentación de estos documentos sea correcta y exhaustiva. De otro modo, los datos ausentes pueden sesgar las conclusiones.

Consideraciones éticas

Se informará a cada mujer de forma oral y escrita, explicando en que consistirá el estudio y solicitando su permiso para el uso de sus datos asegurando siempre salvaguardar su intimidad (Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) 15/1999, de 13 de diciembre) y someter todos los datos a la legislación reguladora por Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) 15/1999, de 13 de diciembre y a la ley 41/2002, de 14 de

noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Además se presentará el proyecto al Comité de Investigación y al Comité de Ética del Hospital Severo Ochoa de Leganés para su aprobación.

Relevancia del proyecto

La valoración del tiempo transcurrido desde la llegada a nuestro país de las mujeres inmigrantes y su influencia en los resultados obstétricos y perinatales es un aspecto que ha sido muy escasamente investigado y podría proporcionarnos información valiosa que nos permitiría identificar los factores que condicionan la obtención de resultados óptimos.

Por otra parte, conocer el perfil de las mujeres inmigrantes que atendemos habitualmente, nos ayudará a conocer los aspectos mejorables en nuestra atención al embarazo, parto y puerperio, lo que nos facilitará la planificación de nuestros cuidados aumentando la satisfacción de las mujeres y de los profesionales que las atienden.

Beneficios del estudio

El conocimiento de las características específicas de las mujeres inmigrantes atendidas en el Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés nos permitirá adecuar nuestros cuidados a las necesidades reales de estas mujeres, ajustando los recursos humanos y económicos precisos para conseguir una atención materno-infantil adecuada y de calidad. Por otra parte, la difusión de las conclusiones nos permitirá participar en la elaboración de nuevos protocolos de actuación con el fin de establecer las medidas correctoras necesarias para conseguir una asistencia sanitaria materno-infantil eficaz.

Difusión

Las conclusiones se difundirán a través de comunicaciones y exposiciones en congresos, además de la publicación de artículos en revistas científicas.

BIBLIOGRAFÍA DE LA METODOLOGÍA

1. Hulley S B, Cummings SR. Diseño de la investigación clínica. Un enfoque Epidemiológico. Madrid: Harcourt Brace; 1997.
2. Milton J S. Estadística para biología y ciencias de la salud. 2ª ed. Madrid: Interamericana- McGraw-Hill; 1994.

3. Protección de Datos de Carácter Personal. Ley 15/1999, de 13 de diciembre. BOE, nº 298, (14-12-1999).
4. Fuentelsaz Gallego C. Cálculo del tamaño de la muestra. Matr Prof. 2004;5(18):5-13.
5. Generalitat de Catalunya. Protocol de seguiment del embaràs a Catalunya. 2a ed rev. Barcelona: Departament de salut; 2005.
6. Vanrell JA, Iglesias X, Cabero Ll. Manual de obstetrícia y ginecología para pregraduados. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas; 1993. (Masson-Salvat-Medicina).
7. Williams FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC. Williams Obstetrícia. 4ª ed. Barcelona: Masson; 1996.
8. González Merlo J, Sol JR del. Obstetrícia. 2ª ed. Barcelona: Salvat; 1985.
9. Pulido A, Palomino PA, Frías A. Elaboración del protocolo de investigación. Matr Prof. 2004;5(15):23-9.
10. Ministerio de Trabajo e Inmigración [sede web]. Madrid: Observatorio permanente de la Inmigración; 2007 [acceso 23 de enero de 2010]. Anuario Estadístico de la Inmigración. Disponible en: <http://extranjeros.mtin.es/es/InformacionEstadistica/anuarios/Anuario2007.htm>
|

ANEXO I

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

Título del estudio: _____

Yo: _____

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: _____

- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 1. Cuando quiera.
 2. Sin tener que dar explicaciones.
 3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha:

Firma de la participante:

Firma del informador:

ANEXO II

INFORMACION A LA FUTURA MADRE

Nacer sano es el primer paso para disfrutar de una vida saludable. Las condiciones socioculturales de la familia y la calidad de la atención prenatal y perinatal contribuyen de forma importante al desarrollo futuro del niño.

Los profesionales sanitarios sabemos que existen toda una serie de consideraciones a tener en cuenta a la hora de plantear los cuidados en el embarazo, parto y post-parto para procurar reducir las posibles diferencias en la atención sanitaria en los grupos de madres inmigrantes, cada vez más numerosos en nuestra sociedad.

Las matronas que atendemos a las mujeres inmigrantes embarazadas debemos aumentar nuestros conocimientos respecto a sus culturas de origen y, aún más importante, aumentar la sensibilidad hacia las diferencias culturales que pueden influir en este proceso, para que podamos plantear nuestros cuidados para minimizar los factores estresantes y mejorar la comunicación frente al embarazo, parto y post-parto.

Es por este motivo que nos planteamos la necesidad de este estudio en este hospital.

¿Qué se intenta observar?

Queremos conocer si hay diferencias en los cuidados recibidos durante el embarazo, parto y post-parto entre las mujeres procedentes de otras culturas y las mujeres nacidas en España.

¿En qué consiste el estudio?

Para ello recogeremos los datos que nos parecen importantes de sus historias clínicas del embarazo y parto para compararlos y ver en qué aspectos podemos mejorar nuestros cuidados.

¿Puede ocasionar este estudio algún daño para la madre o el futuro recién nacido?

No, la atención al parto no se modificará en absoluto.

¿Qué autorizo?

A que los datos obtenidos sean utilizados de forma estadística y de manera anónima para la realización del estudio.

¿Cómo se protegerán los datos?

Los datos personales y médicos serán tratados confidencialmente por el personal del estudio. Se cumplirá con la LOPD 15/1999 de protección de datos de carácter personal con los derechos que confiere al participante de acceso, cancelación, rectificación y oposición de los datos.

Al final del estudio, el análisis de los datos completos se publicará en medios científicos en forma anónima y resumida, de manera que ningún participante concreto pueda ser identificado.

Los datos de la historia clínica podrán ser revisados por el promotor, autoridades sanitarias y miembros del CEIC.

¿Qué pasa si estoy descontenta en cualquier etapa?

La participación en el estudio es completamente voluntaria, no repercutiendo, en ningún momento, en la atención que precise su parto, independientemente de la decisión que usted tome.

Si así lo desea, puede retirarse del estudio en cualquier momento a lo largo del mismo o con posterioridad, sin dar ninguna explicación.


Si necesita más información al respecto, no dude en preguntarnos, le explicaremos y aclararemos gustosamente cuanto necesite.

Su participación ayudará a la mejora de los cuidados en el embarazo, parto y post-parto, permitiendo que en un futuro, otras mujeres puedan beneficiarse de los conocimientos adquiridos.

Gracias por leer esta hoja de información.

ANEXO II

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS



Hospital Universitario Severo Ochoa
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

Nº HISTORIA

FORMULARIO RECOGIDA DE DATOS

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Edad de la madre Años

Nacionalidad de la madre

Fecha de su llegada a España

Conocimiento de nuestra lengua

Entiende, lee y se expresa sin dificultad

Entiende y se expresa con dificultad

Entiende, pero no se expresa ni lee

No entiende

Nivel de estudios de la madre Primarios Medios Superiores

Estado civil Pareja estable Sin pareja estable

Actividad laboral Trabaja fuera de casa No trabaja fuera de casa

DATOS OBSTETRICO-GINECOLÓGICOS

Nº de gestaciones

Partos a término

Partos pretérmino

Nº de abortos

Nº de hijos vivos

Pais de nacimiento de los hijos

Patologías durante los embarazos previos

Diabetes gestacional Trastornos hipertensivos

Parto pretérmino Muerte fetal Anteparto

Metrorragia Rotura prematura de membrana

Otros

Patologías durante los partos previos

Inducción del parto Sospecha de pérdida de BF

Metrorragias Fiebre intraparto

Otros

Tipo de parto Eutócico Instrumental Cesárea

Patología durante el puerperio

Placenta retenida Atonía uterina

Hemorragia posparto Otros

Morbimortalidad neonatal

Sin patología Bajo peso para la edad gestacional

RN pretérmino Ingreso neonatal

Feto macrosómico Muerte neonatal

CONTROL DEL EMBARAZO

Hábitos tóxicos Tabaco Alcohol Otros

Edad gestacional en el primer control semanas

Índice de masa corporal al inicio del embarazo

Nº de ecografías

Realización de escrutinio para Síndrome de Down Sí No

Realización de amniocentesis genética Sí No

Nº de analíticas

Nº de visitas prenatales

Asistencia a cursos de educación maternal Sí No

Patologías presentes en el embarazo

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Trastornos hipertensivos del embarazo
<input type="checkbox"/> Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Amenaza de parto prematuro
<input type="checkbox"/> Metrorragias	<input type="checkbox"/> Retraso del crecimiento
<input type="checkbox"/> Rotura prematura de membranas	<input type="checkbox"/> GCP
<input type="checkbox"/> Muerte fetal anteparto	<input type="checkbox"/> Presentación podálica
<input type="checkbox"/> Cesaria anterior	
<input type="checkbox"/> Otros <input type="text"/>	

DATOS DEL PARTO

Inicio del parto Espontáneo Inducido

Edad gestacional semanas días

Tipo de parto Eutócico Instrumental Cesárea

Indicación

Uso de analgesia epidural Sí No

Acompañamiento en el parto Sola Pareja Otros H M

Patologías presentes durante el parto

<input type="checkbox"/> RPM	<input type="checkbox"/> Agalactiae +
<input type="checkbox"/> Líquido anmiótico meconial	<input type="checkbox"/> Metrorragia
<input type="checkbox"/> Fiebre intraparto	<input type="checkbox"/> Alteraciones de la FCF en dilatación
<input type="checkbox"/> pH fetal intraparto	<input type="checkbox"/> Alteraciones de la FCF en expulsivo
<input type="checkbox"/> Fracaso de inducción	<input type="checkbox"/> Parto estacionado
<input type="checkbox"/> Otros <input type="text"/>	

Patologías en el post-parto

<input type="checkbox"/> Placenta retenida	<input type="checkbox"/> Atonía uterina
<input type="checkbox"/> Hemorragia posparto	<input type="checkbox"/> Otros <input type="text"/>

DATOS PERINATALES

Sexo del recién nacido H M

Peso gramos

pH al nacimiento

Ingreso neonatal inmediato tras el nacimiento Sí No

Patologías del RN

<input type="checkbox"/> Riesgo infeccioso	<input type="checkbox"/> Distress respiratorio
<input type="checkbox"/> Riesgo de hipoglucemia	<input type="checkbox"/> RN pretérmino
<input type="checkbox"/> RN con bajo peso	<input type="checkbox"/> RN con malformaciones
<input type="checkbox"/> Otros <input type="text"/>	

Tipo de lactancia al alta

<input type="checkbox"/> Materna exclusiva	<input type="checkbox"/> Artificial	<input type="checkbox"/> Mixta
--	-------------------------------------	--------------------------------

Recibido: 5 mayo 2011.

Aceptado: 8 mayo 2011.