

Resultados perinatales de las gestantes inmigrantes

I. Martín Ibáñez, M.^aA. López Vílchez, J. Lozano Blasco y A. Mur Sierra

Sección de Neonatología. Servicio de Pediatría. Hospital del Mar. Universidad Autónoma de Barcelona. España.

Objetivos

Conocer las características de los recién nacidos de las gestantes inmigrantes atendidas en nuestro medio y compararlas con las de los recién nacidos de madre autóctona.

Pacientes y métodos

Se incluyen los recién nacidos atendidos en la Sección de Neonatología del Hospital del Mar de Barcelona en los años 2003 y 2004 (n = 2.735). Los datos eran recogidos de forma prospectiva en una base de datos. Las gestantes inmigrantes se clasificaron en 6 regiones (Europa del Este, resto de Europa, África, Asia, América Latina y otras). Se establecieron 12 diagnósticos que se compararon entre recién nacidos autóctonos e inmigrantes, y se calculó el riesgo relativo de éstos.

Resultados

Hubo 1.296 recién nacidos autóctonos (47,8%) y 1.416 inmigrantes (52,2%). Las gestantes inmigrantes presentaban mayor incidencia de estado portador de antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) (2,0% frente al 1,0%) y menor de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C (AcVHC) (0,8% frente al 2,0%; p < 0,01). Sólo hubo una gestante inmigrante positiva al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), frente a 14 españolas (p < 0,01), y el consumo de drogas era menor en las inmigrantes (0,4% frente al 4,0%; p < 0,01). Los recién nacidos inmigrantes tenían menos incidencia de prematuridad (6,0% frente al 7,6%) y de bajo peso (2,3% frente al 4,6%; p < 0,01). No hubo diferencias significativas de distrés respiratorio ni de acidosis fetal. La incidencia de riesgo de infección neonatal era mayor en los recién nacidos inmigrantes (49,9% frente al 40,6%; p < 0,01).

Conclusiones

Los recién nacidos de madre inmigrante presentan en nuestro medio mejores resultados perinatales que los autóctonos, siendo las complicaciones más frecuentes secundarias a un control prenatal inadecuado.

Palabras clave:

Embarazo. Inmigración. Resultados perinatales.

PERINATAL OUTCOMES IN IMMIGRANT WOMEN

Objectives

To describe the characteristics of immigrant women's newborns in our environment, and to compare them with those of native women's newborns.

Patients and methods

All newborns attended in the Neonatology Section of *Hospital del Mar* in Barcelona, Spain, in 2003 and 2004 were included (n = 2,735). Data were prospectively collected in a database. Pregnant immigrant women were classified in 6 regions (Eastern Europe, the rest of Europe, Africa, Asia, Latin America and other countries). Twelve diagnoses were defined and compared between native newborns and those of immigrant parents, and their relative risks were calculated.

Results

There were 1,296 native newborns (47.8%) and 1,416 of immigrant origin (52.2%). Immigrant women showed a higher rate of HBsAg carrier status (2.0% *versus* 1.0%) and a lower rate of hepatitis C virus infection (0.8% *vs* 2.0%; p < 0.01). There was only one HIV-positive pregnant immigrant woman compared with 14 Spanish women (p < 0.01), and drug use was lower in the immigrant group (0.4% *vs* 4.0%; p < 0.01). Immigrant newborns had a lower rate of prematurity (6.0% *vs* 7.6%) and of low birthweight (2.3% *vs* 4.6%; p < 0.01). There were no significant differences in the rate of respiratory distress or fetal acidosis. The incidence of neonatal infection risk was higher in immigrant newborns (49.9% *vs* 40.6%; p < 0.01).

Conclusions

In our environment, immigrant mothers' newborns have better perinatal outcomes than native newborns. The most frequent complications are secondary to an inadequate.

Key words:

Pregnancy. Immigration. Perinatal outcomes.

Correspondencia: Dra. I. Martín Ibáñez.
Sección de Neonatología. Servicio de Pediatría.
Hospital del Mar. Universidad Autónoma de Barcelona.
P^o Marítim, 25-29. 08003 Barcelona. España.
Correo electrónico: 33044imi@comb.es

Recibido en marzo de 2006.
Aceptado para su publicación en marzo de 2006.

INTRODUCCIÓN

Hasta hace pocos años la inmigración era considerada un factor de riesgo para la mujer embarazada, y a las gestantes inmigrantes se les atribuía resultados neonatales adversos y mayor mortalidad perinatal^{1,2}. Se han descrito problemas médicos, sociales y obstétricos específicos en estas mujeres^{3,4}, tales como mayor riesgo de laceración perineal y hemorragia en el período posparto, a los que hay que añadir barreras lingüísticas, diferencias culturales y problemas socioeconómicos que dificultan el acceso al control prenatal y el tratamiento obstétrico de estas embarazadas^{5,6}.

Sin embargo, cada vez aparecen más datos que evidencian que las gestantes inmigrantes no tienen resultados perinatales tan negativos como cabría esperar por su situación social. Así, se ha llegado a hablar de una "paradoja epidemiológica" al encontrar resultados perinatales más favorables entre las embarazadas inmigrantes que entre las nativas^{3,7,8}. En general, las gestantes inmigrantes tendrían factores protectores y comportamientos prenatales más saludables^{3,9-11}, por lo que obtienen resultados perinatales similares y, en ocasiones, mejores que los de las gestantes autóctonas. De hecho, se habla del efecto de una migración selectiva de la gente más sana y saludable del país de origen, considerando también que en ocasiones sólo pueden emigrar las personas con más recursos socioeconómicos en el país de origen^{8,12}.

En España la inmigración ha ido en aumento desde 1990, y en el año 2004 los datos oficiales de la Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales¹³ indican que el 4,6% de la población española son residentes extranjeros, y el 23,4% de ellos viven en Cataluña. Así, en Cataluña el 6,8% de la población corresponde a residentes extranjeros, y concretamente en Barcelona este porcentaje llega al 8%¹⁴. El Hospital del Mar atiende a la población de los distritos de Ciutat Vella y Sant Martí, del centro de Barcelona, que cuentan con el 45% de población inmigrante¹⁴.

Dado este elevado número de inmigrantes en nuestra área de acción, nos planteamos estudiar las características de los recién nacidos de las gestantes inmigrantes que acuden a nuestro hospital, y compararlas con las de los recién nacidos de las gestantes autóctonas.

PACIENTES Y MÉTODOS

El Hospital del Mar es un hospital municipal situado en el centro histórico de Barcelona. La Sección de Neonatología tiene un nivel IIb de complejidad, y atendió en los años 2003 y 2004 un total de 2.735 recién nacidos.

Los datos de los recién nacidos atendidos en el hospital se recogen de forma prospectiva en una base de datos informatizada (Microsoft Access®). Se incluyen todos los recién nacidos que nacen en el hospital y aquellos que ingresan en la Sección de Neonatología durante el primer mes de vida, aunque hayan nacido en otro centro. De cada recién nacido se recogen los siguientes datos: nú-

mero de historia clínica, nombre y apellidos, fecha de nacimiento, edad gestacional y peso de nacimiento, número de historia clínica de la madre, ingreso (sí/no), procedencia (sala de partos, urgencias, consultas externas, otro hospital), fecha de recogida de la muestra para el diagnóstico precoz, diagnósticos neonatales codificados según la Organización Mundial de la Salud (OMS), procedimientos neonatales codificados según la OMS y país de origen de la madre y del padre.

En este estudio se ha llevado a cabo una revisión de los datos de todos los recién nacidos atendidos en la Unidad Neonatal del 1 de enero de 2003 al 31 de diciembre de 2004. Los diagnósticos neonatales se han agrupado en 12 categorías diagnósticas que implicaban el ingreso del recién nacido: macrosoma (recién nacido con peso de nacimiento ≥ 4.000 g), recién nacido de bajo peso (recién nacido a término con peso de nacimiento < 2.500 g), prematuro (recién nacido con edad gestacional < 37 semanas), distrés respiratorio neonatal (cuadro de dificultad respiratoria con necesidad de oxigenoterapia), acidosis fetal (pH arteria umbilical $< 7,15$ y exceso de base en arteria umbilical < -8), riesgo de infección neonatal (presencia de uno o más de los siguientes factores de riesgo de infección: embarazo no o poco controlado, *Streptococcus agalactiae* en frotis vaginal desconocido o positivo, serologías maternas desconocidas o incompletas, amniorrexia superior a 18 h o de duración desconocida, infección materna en la semana anterior al parto, fiebre materna intraparto, sospecha de corioamnionitis materna), hijo de madre portadora de antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), hijo de madre portadora de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C (AcVHC), hijo de madre positiva al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hijo de madre consumidora de drogas ilegales, hijo de madre con diabetes pregestacional e hijo de madre con diabetes gestacional.

En cuanto a la procedencia de la madre, dada la diversidad en los países de origen, éstos se han agrupado en 7 regiones geográficas: España (incluyendo la etnia gitana), Europa del Este, resto de Europa, África, Asia, América Latina y otras regiones (Estados Unidos, Canadá, Oceanía). Los datos correspondientes al grupo de "otras regiones" no se han analizado por incluir únicamente a 2 pacientes. Se ha definido recién nacido autóctono como aquél con madre procedente de España, y recién nacido inmigrante como aquél con madre procedente de otro país.

El estudio estadístico de los datos se ha realizado con el programa SPSS versión 10.0 para Windows. Se ha practicado un estudio descriptivo de las variables. Las variables cuantitativas se han comparado mediante la prueba de la *t* de Student para muestras independientes (recién nacidos autóctonos y recién nacidos inmigrantes), y las variables cualitativas mediante tablas de contingencia, considerando significativa una $p < 0,05$. Por último, se ha calculado el riesgo relativo con un intervalo de confianza

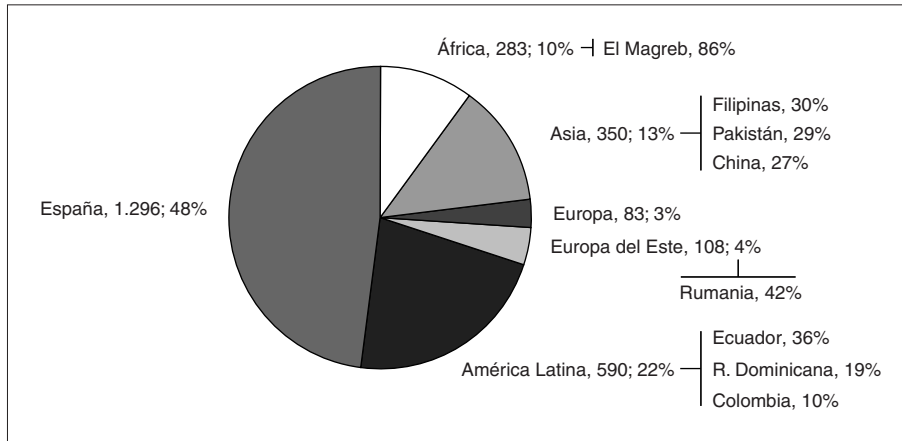


Figura 1. Origen de los recién nacidos estudiados (región geográfica, número y porcentaje).

del 95% de los recién nacidos de madre inmigrante con respecto a los de madre autóctona para las 12 categorías diagnósticas mencionadas.

RESULTADOS

En total 2.735 recién nacidos fueron atendidos en la Sección de Neonatología del Hospital del Mar durante los años 2003 y 2004. En 29 pacientes (1,1%) los datos recogidos están incompletos, en la mayoría de casos por traslado del recién nacido a otro hospital a las pocas horas de vida.

Hubo 1.409 varones (51,5%) y 1.326 mujeres (48,5%). En total, 1.296 eran recién nacidos de madre autóctona (47,8%) y 1.416 de madre inmigrante (52,2%). Entre los recién nacidos de madre autóctona, 134 (10,3%) eran de etnia gitana. Las gestantes inmigrantes representaban a 69 países, que se agruparon en 6 regiones geográficas (fig. 1). Entre las gestantes de América Latina, el 35,9% procedían de Ecuador, el 18,5% de República Dominicana y el 10,5% de Colombia. En cuanto a las madres procedentes de Asia, el 30% pertenecían a Filipinas, el 29,1% a Pakistán y el 27,1% a China. De las de origen africano, el 80,6% eran de Marruecos. Hubo 108 gestantes de Europa del Este, de las que 45 eran de origen rumano y 83 madres del resto de Europa. Hubo dos gestantes incluidas en la categoría de “otras regiones”, una procedente de Nueva Zelanda y otra de Estados Unidos.

Características de los recién nacidos

Los recién nacidos de la unidad neonatal tenían una media de edad gestacional de 39 ± 2 semanas, con un rango entre 26 y 42 semanas. No hubo diferencias significativas entre recién nacidos de madre autóctona y los de madre inmigrante.

En cuanto al peso de nacimiento, la media fue de 3.217,98 ± 538,17 g, con un rango entre 895 y 5.105 g. Los recién nacidos de madre inmigrante tenían un peso de nacimiento significativamente más elevado que los autóctonos (3.280,77 ± 530,11 g frente a 3.151,99 ± 535,99 g;

p < 0,01). Al estratificar a los recién nacidos de madres inmigrantes por regiones geográficas, el peso de nacimiento ajustado a la edad gestacional era significativamente mayor con respecto al de los recién nacidos autóctonos en todos los casos excepto en los recién nacidos de origen asiático.

Condiciones médicas maternas

La tabla 1 recoge la incidencia de ciertas condiciones médicas en las gestantes autóctonas e inmigrantes estudiadas, y la tabla 2 muestra el riesgo relativo de las madres inmigrantes de presentar dichas condiciones.

En cuanto al estado portador de HBsAg, no había diferencias significativas entre ambos grupos, pero las madres inmigrantes tenían el doble de incidencia de esta condición médica que las españolas. Al subdividir a las gestantes inmigrantes por región geográfica, las madres asiáticas tenían una incidencia significativamente mayor que las españolas de estado portador de HBsAg (p < 0,01). Respecto a madres portadoras de AcVHC, este diagnóstico era significativamente más frecuente en las españolas que en las inmigrantes (p < 0,01). Hubo 15 recién nacidos hijos de madre con VIH, siendo todos menos uno de origen español, con diferencias estadísticamente significativas (p < 0,01). En cuanto al consumo materno de drogas ilegales, las gestantes españolas tenían una incidencia significativamente mayor de este diagnóstico (p < 0,01).

Las gestantes inmigrantes tenían una incidencia similar de diabetes pregestacional y gestacional que las autóctonas.

Resultados neonatales

La tabla 3 muestra la incidencia de los diagnósticos neonatales estudiados en los recién nacidos autóctonos e inmigrantes, y la tabla 4 recoge el riesgo relativo de los recién nacidos de origen inmigrante de presentar dichos diagnósticos.

Los recién nacidos de origen inmigrante tenían una incidencia de ingreso en la unidad neonatal significativa-

TABLA 1. Incidencia de ciertas condiciones médicas en las gestantes autóctonas e inmigrantes

	Portadora de HBsAg	Portadora de AcVHC	VIH positiva	Consumo de drogas	Diabetes pregestacional	Diabetes gestacional
Autóctonas	1,0% (13/1.292)	2,0% (26/1.292)	1,1% (14/1.292)	4,0% (52/1.292)	0,7% (9/1.292)	6,2% (80/1292)
Inmigrantes	2,0% (28/1.414)	0,8%* (11/1.414)	0,1%* (1/1.414)	0,4%* (6/1.414)	0,6% (8/1.414)	5,1% (72/1.414)
Europa del Este	1,9% (2/108)	0%	0%	0,9% (1/108)	0%	2,8% (3/108)
Resto de Europa	1,2% (1/83)	0%	0%	2,4% (2/83)	1,2% (1/83)	4,8% (4/83)
África	2,5% (7/283)	0,4% (1/283)	0%	0,4%** (1/283)	1,1% (3/283)	4,6% (13/283)
Asia	4,6%* (16/348)	2,3% (8/348)	0%	0%	0,6% (2/348)	6,6% (23/348)
América Latina	0,3% (2/590)	0,3%** (2/590)	0,2%** (1/590)	0,3%* (2/590)	0,3% (2/590)	4,9% (29/590)

*p < 0,01.

**p < 0,05.

HBsAg: antígeno de superficie de la hepatitis B; AcVHC: anticuerpos contra el virus de la hepatitis C; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

TABLA 2. Riesgo relativo de las gestantes inmigrantes para ciertas condiciones médicas

	Portadora de HBsAg	Portadora de AcVHC	VIH positiva	Consumo de drogas	Diabetes pregestacional	Diabetes gestacional
Autóctonas	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Inmigrantes	1,96* (1,02-3,77)	0,38** (0,19-0,78)	0,06** (0,01-0,49)	0,10** (0,04-0,24)	0,81 (0,31-2,09)	0,82 (0,60-1,12)
Europa del Este	1,84 (0,42-8,05)	–	–	0,23 (0,03-1,65)	–	0,45 (0,14-1,40)
Resto de Europa	1,20 (0,16-9,04)	–	–	0,60 (0,15-2,41)	1,73 (0,22-13,49)	0,78 (0,29-2,07)
África	2,46 (0,99-6,11)	0,17 (0,02-1,29)	–	0,09* (0,01-0,63)	1,52 (0,41-5,58)	0,74 (0,42-1,31)
Asia	4,57** (2,22-9,41)	1,14 (0,52-2,50)	–	–	0,82 (0,18-3,80)	1,07 (0,68-1,67)
América Latina	0,34 (0,08-1,49)	0,17* (0,04-0,71)	0,16 (0,02-1,19)	0,08** (0,02-0,34)	0,49 (0,10-2,24)	0,79 (0,52-1,20)

Entre paréntesis riesgo relativo con un intervalo de confianza del 95%.

*p < 0,05.

**p < 0,01.

HBsAg: antígeno de superficie de la hepatitis B; AcVHC: anticuerpos contra el virus de la hepatitis C; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

TABLA 3. Incidencia de ciertos diagnósticos neonatales en los recién nacidos autóctonos e inmigrantes

	Macrosoma	Bajo peso	Prematuro	Distrés neonatal	Acidosis fetal	Riesgo de infección
Autóctonos	4,6% (60/1.292)	4,6% (59/1.292)	7,6% (98/1.292)	1,9% (24/1.292)	3,1% (40/1.292)	40,6% (525/1.292)
Inmigrantes	7,2%* (102/1.414)	2,3%* (32/1.414)	6,0% (85/1.414)	2,1% (30/1.414)	3,6% (51/1.414)	49,9%* (706/1.414)
Europa del Este	10,2%** (11/108)	5,6% (6/108)	7,4% (8/108)	2,8% (3/108)	2,8% (3/108)	70,4%* (76/108)
Resto de Europa	12,0%* (10/83)	1,2% (1/83)	6,0% (5/83)	4,8% (4/83)	3,6% (3/83)	42,2% (35/83)
África	9,5%* (27/283)	0,7%* (2/283)	6,0% (17/283)	2,1% (6/283)	2,5% (7/283)	51,6%* (146/283)
Asia	4,3% (15/348)	3,7% (13/348)	6,6% (23/348)	2,6% (9/348)	1,7% (6/348)	50,0%* (174/348)
América Latina	6,6% (39/590)	1,7%* (10/590)	5,3% (31/590)	1,4% (8/590)	5,4% (32/590)	46,6%** (275/590)

Entre paréntesis comparación mediante tablas de contingencia.

*p < 0,01.

**p < 0,05.

mente mayor que los españoles (66,5% frente a 62,1%; $p < 0,05$). La incidencia de macrosomía era significativamente mayor en los recién nacidos inmigrantes ($p < 0,01$). Al estratificar a los recién nacidos inmigrantes por el origen de su madre, los procedentes de Europa del Este, resto de Europa y África presentaban una incidencia significativamente mayor de macrosomía que los españoles.

Respecto a los recién nacidos de bajo peso, las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,01$),

con mayor incidencia entre los españoles. Los recién nacidos de África y América Latina eran los que presentaban una incidencia significativamente menor de bajo peso con respecto a los españoles. En cuanto a la incidencia de prematuridad, no había diferencias significativas entre ambos grupos, aunque era discretamente superior en los recién nacidos españoles.

Hubo 54 recién nacidos diagnosticados de distrés respiratorio neonatal, sin diferencias significativas entre am-

TABLA 4. Riesgo relativo de los recién nacidos inmigrantes para ciertas categorías diagnósticas

	Macrosoma	Bajo peso	Prematuro	Estrés neonatal	Acidosis fetal	Riesgo de infección
Autóctonos	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Inmigrantes	1,59* (1,16-2,17)	0,49* (0,32-0,75)	0,79 (0,59-1,05)	1,14 (0,67-1,94)	1,16 (0,77-1,74)	1,23* (1,13-1,34)
Europa del Este	2,19** (1,19-4,04)	1,22 (0,54-2,75)	0,98 (0,49-1,95)	1,49 (0,46-4,89)	0,90 (0,28-2,85)	1,73* (1,51-1,99)
Resto de Europa	2,59* (1,38-4,88)	0,26 (0,04-1,88)	0,79 (0,33-1,90)	2,59 (0,92-7,30)	1,17 (0,37-3,69)	1,04 (0,80-1,35)
África	2,05* (1,33-3,17)	0,15* (0,04-0,63)	0,79 (0,48-1,30)	1,14 (0,47-2,77)	0,80 (0,36-1,76)	1,27* (1,11-1,45)
Asia	0,93 (0,53-1,61)	0,82 (0,45-1,47)	0,87 (0,56-1,35)	1,39 (0,65-2,97)	0,56 (0,24-1,30)	1,23* (1,09-1,39)
América Latina	1,42 (0,96-2,10)	0,37* (0,19-0,72)	0,69 (0,47-1,02)	0,73 (0,33-1,61)	1,75** (1,11-2,76)	1,15** (1,03-1,28)

Entre paréntesis riesgo relativo con un intervalo de confianza del 95%.

* $p < 0,01$.

** $p < 0,05$.

bos grupos. Tampoco hubo diferencias destacables en el diagnóstico de acidosis fetal. Sin embargo, al estudiar el diagnóstico por regiones geográficas, los recién nacidos de América Latina tenían una incidencia mayor de presentar acidosis fetal que los españoles. Por último, los recién nacidos de madre inmigrante tenían una incidencia significativamente superior de presentar riesgo de infección perinatal ($p < 0,01$). Destaca que la incidencia de embarazo no o poco controlado era significativamente mayor en las gestantes inmigrantes (4,5% frente a 2,6%; $p < 0,05$).

Dos recién nacidos fallecieron en las primeras 24 h de vida. Uno era de origen marroquí y presentaba una displasia torácica asfixiante incompatible con la vida, y el otro era hijo de una gestante rumana que tuvo un parto domiciliario a las 31 semanas.

DISCUSIÓN

En muchos aspectos nuestros resultados son similares a los publicados en otros artículos, y muestran que los recién nacidos de madre inmigrante tienen mayor peso de nacimiento y menos riesgo de prematuridad y de bajo peso^{3,7,8,15-17}. Además, al analizar ciertas condiciones médicas maternas también se encuentra menor riesgo de enfermedades infecciosas, tales como estado portador de AcVHC y VIH, y comportamientos de salud más favorables, como menor consumo de drogas ilegales^{3,11}.

Sin embargo, estos recién nacidos tienen con más frecuencia factores de riesgo de infección perinatal, lo que se explica sobre todo por un inadecuado control prenatal^{1,2,5,18}. A pesar de que las mujeres inmigrantes tienen en España acceso gratuito al seguimiento prenatal, la falta de información, las diferencias culturales, las barreras lingüísticas y la problemática social pueden dificultar que la gestante acuda a la primera visita prenatal o que cumpla con todas las visitas y pruebas complementarias programadas.

Hay que destacar que nuestra población autóctona no es representativa de la población española, ya que engloba a gestantes con importantes problemas de marginación social, como consumo de drogas e infección por VIH. Así

mismo, más del 10% de nuestras gestantes autóctonas son de etnia gitana, y presentan diferentes comportamientos de salud y no siempre cumplen con un adecuado control prenatal. Concretamente, en nuestro estudio los recién nacidos de origen gitano presentaban una incidencia significativamente mayor de riesgo de infección perinatal con respecto al resto de recién nacidos españoles (59,0% frente a 38,4%; $p < 0,01$), sin diferencias significativas en los demás diagnósticos estudiados. Por tanto, nuestros resultados neonatales no pueden generalizarse a otros hospitales de España, a pesar de que, como ya hemos señalado, en conjunto no difieren de los hallados en otros estudios de Europa^{8,18} y de Estados Unidos^{3,7,8,15-17}.

Una limitación de nuestro estudio es la falta de recogida de determinadas variables maternas que pueden tener una importante influencia en los resultados perinatales, como edad, estado civil, grado de estudios, nivel socioeconómico en el país de origen y en España, y ciertos comportamientos de salud, tales como tabaquismo y hábitos dietéticos^{11,17,19,20}. Se ha visto que una clase social más alta en el país de origen supone mejor nutrición y comportamientos de salud más positivos, que se reflejan en un mayor peso de nacimiento en la siguiente generación, lo que, junto con una posible mejoría socioeconómica tras la emigración, puede explicar parcialmente los mejores resultados en los recién nacidos de madre inmigrante³. También es importante conocer el tiempo de estancia de la madre en España, ya que su "integración" puede llevar a la modificación de hábitos dietéticos, comportamientos de salud y creencias culturales. De hecho, varios estudios^{9,10,21-23} comentan el efecto negativo de la "culturización" de las gestantes inmigrantes en los países occidentales, con la que adquirieron cambios dietéticos y comportamientos de salud negativos, como tabaquismo o uso de drogas ilegales, que empeoran los resultados perinatales y aumentan, por ejemplo, el riesgo de tener un recién nacido de bajo peso. Por otro lado, una mayor estancia en el país implica mejor conocimiento de la lengua y una mejoría de las actividades ocupacionales, factores que se asocian a un mejor control prenatal²⁴.

Cuando se analizan los resultados perinatales de las gestantes inmigrantes, es conveniente no generalizar y profundizar en las diferencias según la zona geográfica de origen, para definir el perfil de riesgo del recién nacido según el origen de su madre. De esta forma, pueden identificarse los grupos de gestantes inmigrantes de mayor riesgo y optimizar los recursos sociosanitarios.

Así, los recién nacidos de madre de Europa del Este presentan en nuestro estudio más riesgo de macrosomía y de existencia de factores de riesgo de infección neonatal. Por otro lado, destaca una baja incidencia de diabetes gestacional en estas madres, probablemente por la falta de detección prenatal, lo que podría explicar la elevada incidencia de macrosomas. En consecuencia, el mayor problema de estos recién nacidos es la falta de control prenatal. Probablemente, dados los datos de infección por VIH en los países del Este, en los próximos años los resultados presentados pueden variar de forma significativa, y aparecer más problemas derivados de la transmisión vertical del VIH.

En cuanto a las gestantes del resto de Europa, es de destacar que son las que tienen mayor riesgo de consumo de drogas entre las gestantes inmigrantes. Este hecho sería consistente con los hallazgos presentados en otros estudios respecto a un mayor consumo de drogas ilegales entre las gestantes de países occidentales^{3,7,11,17,20,23}. En sus recién nacidos destaca mayor incidencia de macrosomía, que puede deberse en parte al uso de curvas de peso, talla y perímetro craneal basadas en datos neonatales españoles.

Respecto a los hijos de madres africanas, destaca que en nuestro estudio son los que tienen menos riesgo de bajo peso. En Estados Unidos y en Europa hay varios estudios que demuestran menor índice de recién nacidos de bajo peso en las gestantes negras de origen africano respecto a las gestantes nativas, lo que se atribuye a factores nutricionales, estilos de vida y comportamientos de salud^{3,8,10,11,17,23,25}. Hay que señalar que la mayoría de las gestantes africanas del estudio eran procedentes de El Magreb, por lo que podrían variar los resultados si hubiera mayor proporción de gestantes africanas subsaharianas.

A diferencia de lo presentado en otros estudios^{7,17}, no hemos encontrado mayor incidencia de bajo peso en los recién nacidos de origen asiático respecto a los autóctonos. En cuanto a condiciones médicas de las madres asiáticas, destaca que son las que tienen mayor incidencia de estado portador de HBsAg y AcVHC.

Para finalizar, los recién nacidos de madre de América Latina presentan baja incidencia de prematuridad y bajo peso respecto a las gestantes autóctonas, tal como ya se ha presentado en varios estudios realizados en Estados Unidos en los que se comparan gestantes extranjeras latinas con gestantes norteamericanas blancas y latinas^{7-9,12,15,17,20,26}. Las gestantes de esta región geográfica tenían unas óptimas condiciones médicas.

En resumen, las gestantes autóctonas de nuestra población presentan más riesgo de infección por VHC y VIH, así como de consumir drogas ilegales. Por otro lado, los recién nacidos autóctonos tienen más riesgo de prematuridad y de bajo peso. En cambio, las gestantes inmigrantes tienen más riesgo de ser portadoras de HBsAg y de tener recién nacidos con macrosomía y riesgo de infección neonatal. Hay que señalar que la patología perinatal tropical no tuvo en nuestra unidad una incidencia significativa.

Es evidente que los resultados neonatales varían según la población que se atiende, pero en nuestro medio podemos afirmar que, en conjunto, los recién nacidos de madre inmigrante presentan mejores resultados perinatales que los autóctonos. Las gestantes inmigrantes constituyen una población creciente en España y es importante conocer sus diferencias respecto a las gestantes autóctonas para poder ofrecerles un control prenatal más adecuado y adaptado a sus necesidades, lo que ayudará a un mejor cumplimiento de las visitas y a prevenir complicaciones perinatales.

BIBLIOGRAFÍA

- Essen B, Hanson BS, Östergren PO, Lindquist PG, Gudmundsson S. Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000;79:737-43.
- Kaminski M, Blondel B, Breart G, Franc M, Du Mazaubrun C. Outcome of pregnancy and prenatal care among immigrant women. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 1978;26:29-46.
- Forna F, Jamieson DJ, Sanders D, Lindsay MK. Pregnancy outcomes in foreign-born and US-born women. *Int J Gynaecol Obstet.* 2003;83:257-65.
- Diani F, Zanconato G, Foschi F, Turinetto A, Franchi M. Management of the pregnant immigrant woman in the decade 1992-2001. *J Obstet Gynaecol.* 2003;23:615-7.
- Essen B, Bodker B, Sjöberg NO, Langhoff-Roos J, Greisen G, Gudmundsson S, et al. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *BJOG.* 2002;109:677-82.
- Blondel B, Marshall B. Women with little or no prenatal care during pregnancy. Results of a study of twenty departments. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 1996;25:729-36.
- Gould JB, Madan A, Qin C, Chávez G. Perinatal outcomes in two dissimilar immigrant populations in the United States: A dual epidemiologic paradox. *Pediatrics.* 2003;111:676-82.
- Guendelman S, Buekens P, Blondel B, Kaminski M, Notzon FC, Masuy-Stroobant G. Birth outcomes of immigrant women in the United States, France and Belgium. *Matern Child Health J.* 1999;3:177-87.
- Callister LC, Birkhead A. Acculturation and perinatal outcomes in Mexican immigrant childbearing women: An integrative review. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2002;16:22-38.
- Rosenberg KD, Desai RA, Kan J. Why do foreign-born blacks have lower infant mortality than native-born blacks? New directions in African-American infant mortality research. *J Natl Med Assoc.* 2002;94:770-8.
- Cabral H, Fried LE, Levenson S, Amaro H, Zuckerman B. Foreign-born and US-born black women: Differences in health behaviors and birth outcomes. *Am J Public Health.* 1990;80:70-2.

12. Kelaher M, Jessop DJ. Differences in low-birthweight among documented and undocumented foreign-born and US-born Latinas. *Soc Sci Med.* 2002;55:2171-5.
13. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración. Disponible en: www.mtas.es
14. Institut d'Estadística de Catalunya. Idescat. Disponible en: www.idescat.net
15. Fuentes-Afflick E, Hessol NA, Pérez-Stable EJ. Maternal birthplace, ethnicity, and low birth weight in California. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1998;152:1105-12.
16. Singh GK, Yu SM. Adverse pregnancy outcomes: Differences between US- and foreign-born women in major US racial and ethnic groups. *Am J Public Health.* 1996;86:837-43.
17. Acevedo-García D, Soobader MJ, Berkman LF. The differential effect of foreign-born status on low birth weight by race/ethnicity and education. *Pediatrics.* 2005;115:e20-e30.
18. Pérez Cuadrado S, Muñoz Ávalos N, Robledo Sánchez A, Sánchez Fernández Y, Pallás Alonso CR, De la Cruz Bértolo J. Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos. *An Pediatr (Barc).* 2004;60:3-8.
19. Gaffney KF. Prenatal risk factors among foreign-born Central American women: A comparative study. *Public Health Nurs.* 2000;17:415-22.
20. McGlade MS, Saha S, Dahlstrom ME. The Latina paradox: An opportunity for restructuring prenatal care delivery. *Am J Public Health.* 2004;94:2062-5.
21. Wahlqvist ML. Asian migration to Australia: Food and health consequences. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2002;11:S562-S8.
22. Cobas JA, Balcazar H, Benin MB, Keith VM, Chong Y. Acculturation and low-birthweight infants among Latino women: A reanalysis of HHANES data with structural equation models. *Am J Public Health.* 1996;86:394-6.
23. Fang J, Madhavan S, Alderman MH. Low birth weight: Race and maternal nativity – impact of community income. *Pediatrics.* 1999;103:e5.
24. Stengel B, Saurel-Cubizolles MJ, Kaminski M. Pregnant immigrant women: Occupational activity, antenatal care and outcome. *Int J Epidemiol.* 1986;15:533-9.
25. Vahratian A, Buekens P, Delvaux T, Boutsen M, Wang Y, Kupper L. Birthweight differences among infants of North African immigrants and Belgians in Belgium. *Eur J Public Health.* 2004;14:381-3.
26. Pearl M, Braveman P, Abrams B. The relationship of neighborhood socioeconomic characteristics to birthweight among 5 ethnic groups in California. *Am J Public Health.* 2001;91:1808-14.