

Características del control de embarazo en población inmigrante

De Santiago González C¹, García Quevedo E¹, López Mallavia U¹, Barrio Fernández U¹, López Delgado A¹, Quintana Cabieces S¹, Pérez Martín A²

¹Centro de Salud de Dobra y Zapatón

²Centro de Salud Los Valles

Cantabria

La población inmigrante en nuestro país se ha hecho muy importante recientemente, pues se ha duplicado en los últimos 7 años. Una gran parte de esta inmigración se ha producido por problemas económicos en el país de procedencia y otra parte importante por reagrupación familiar.

El aumento de población femenina trae consigo un aumento de las necesidades sanitarias específicas, sobre todas las relacionadas con la reproducción y la salud sexual. Esto requiere una mejora en el conocimiento de su estado de salud y una buena determinación en el conocimiento de prioridades preventivas y asistenciales.

Al fenómeno de la inmigración se une la reaparición de enfermedades que parecían ya no presentarse en nuestra población, como la malaria, la isoinmunización Rh y la sífilis. Hemos de tener presente también en este tipo de gestantes la prematuridad: pese a que de forma global ha disminuido, hay 12% de países en los que sigue en aumento y gran parte de la población inmigrante que llega a España procede de ellos¹. La reducción de la morbi-mortalidad materna y fetal se reduce, según la OMS, de una manera directamente proporcional a la precocidad de la primera visita, el número adecuado de controles y la buena atención en el parto².

En una primera consulta debemos realizar la historia clínica prenatal, una buena anamnesis y un examen físico. Para ello debemos llevar a cabo desde las consultas de atención primaria consejo genético, recomendar actividades preventivas y hábitos saludables, como ejercicio físico, control de peso y talla, adecuada ingestión de grasas saturadas...³

El control de las enfermedades crónicas maternas tiene también mucha importancia. Entre ellas podemos destacar el control de la diabetes, de la presión arterial o de las alteraciones tiroideas. Además, durante el embarazo debemos detectar la existencia de algunas infecciones, como rubéola, sífilis, gonorrea, clamidia, tuberculosis, hepatitis B, toxoplasmosis y herpes simple, cuya presencia puede resultar perjudicial para el desarrollo fetal.

Los hábitos tóxicos, como el consumo de tabaco, alcohol, cafeína y otras drogas, han de ser abandonados para el bienestar tanto de la madre como del feto. El hábito tabáquico se asocia a problemas de desarrollo fetal, bajo peso al nacer y alteraciones placentarias.

Junto con lo anterior, para realizar un buen control no debemos olvidar las diferencias específicas que existen dentro del colectivo de los inmigrantes según su origen y procedencia. Algunos son el idioma, la manera de expresarse, los estilos de vida, la religión o la educación sanitaria.

El objetivo del estudio es realizar una revisión del control del embarazo de las gestantes de nuestra Área de Salud, llevar a cabo una comparación entre el control de las embarazadas inmigrantes y el de las españolas y observar si existen diferencias en los parámetros recogidos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo de corte trasversal llevado a cabo en pacientes asistidas en el ámbito de atención primaria. Las pacientes que formaron

parte de nuestro estudio pertenecían al Área de Salud de Torrelavega (Cantabria).

Se seleccionó una muestra mediante el registro de altas de partos de la Residencia Cantabria y con la ayuda del sistema informático de atención primaria OMI. En nuestro estudio asociamos dos embarazadas españolas a cada una de las inmigrantes del mismo rango de edad.

Las variables que se utilizaron fueron seleccionadas de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud para el buen control del embarazo. Entre ellas se escogieron variables demográficas, como edad de la embarazada y edad gestacional de la primera visita. Se estudiaron las presiones arteriales sistólica y diastólica (TAS/TAD), la presencia o no de diabetes mellitus gestacional y la presencia o no de alteraciones en las pruebas tiroideas. Se midió también la ganancia de peso durante los meses de gestación y la existencia o no de hábito tabáquico. También se valoró la presencia de infecciones como rubéola, toxoplasmosis, lúes, hepatitis y VIH.

Para la estadística descriptiva se ha usado la media aritmética y la desviación estándar de la media (DE) para las variables cuantitativas, y los porcentajes para las variables cualitativas. El grado de significación estadística considerado ha sido de 0,05. Para el análisis de datos se ha usado el programa estadístico SPSS versión 10.

RESULTADOS

Se revisaron los controles del embarazo de 83 mujeres, 55 de nacionalidad española y 28 inmigrantes.

En los resultados que obtuvimos en nuestro estudio observamos que la media de edad de las embarazadas españolas fue de 30,5 años mientras que la de las inmigrantes fue algo menor (28,5). La edad gestacional con la que realizaron la primera consulta del embarazo fue de 10,5 semanas en el caso de las españolas y de 6,7 en el de las inmigrantes.

Las embarazadas españolas fumaban 3% más que las inmigrantes. Las gestantes españolas aumentaron su peso en 10,5 Kg mientras que las inmigrantes

en 12,2 Kg. La presión arterial media en embarazadas españolas fue de 111 mmHg de sistólica y de 79,3 mmHg de diastólica; en las inmigrantes fue de 109 mmHg de sistólica y de 64,1 mmHg de diastólica (ver tabla 1).

Tabla 1. ANÁLISIS DE LAS PRINCIPALES VARIABLES ESTUDIADAS EN INMIGRANTES Y ESPAÑOLAS

| | Españolas | Inmigrantes |
|-----------------------------------|-----------|-------------|
| Edad del paciente (años) | 30,5 | 28,5 |
| Edad gestacional (semanas) | 10,5 | 6,7 |
| Fumadora | 81% | 78% |
| TAS (mmHg) | 111 | 109 |
| TAD (mmHg) | 79,3 | 64,1 |
| Peso (kg) | 10,58 | 12,2 |

De las 55 gestantes españolas que participaron en nuestro estudio, 7,27% presentaron alteraciones tiroideas; ninguna de las 28 gestantes inmigrantes las sufrió. El 25,45% de las gestantes españolas y 28,57% de las gestantes inmigrantes desarrollaron diabetes mellitus gestacional (ver gráfico 1).

No encontramos gestantes españolas ni inmigrantes con seropositividad para VIH o sífilis. La de la toxoplasmosis se observó en 23% de las inmigrantes y en ninguna de las españolas.

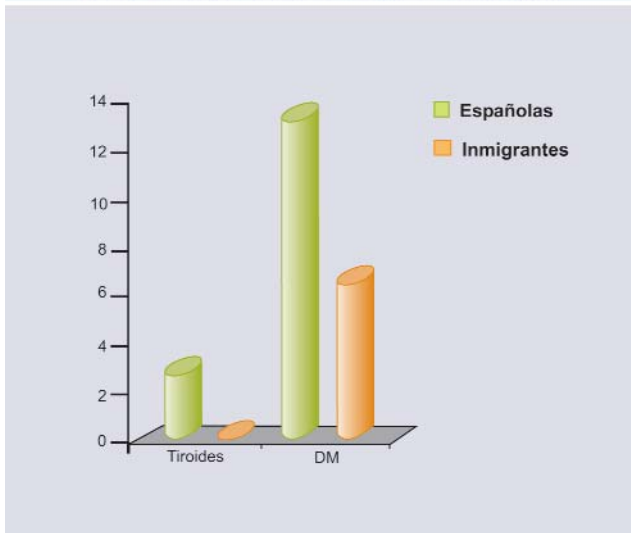
También fue más frecuente la seronegatividad para la rubéola entre las embarazadas inmigrantes (5%), mientras que 100% de las gestantes españolas fueron seropositivas, lo que se relaciona con los calendarios vacunales.

Un 3,8% de las inmigrantes presentaron seropositividad para hepatitis frente a 2,3% de las españolas (gráfico 2).

CONCLUSIONES

Las embarazadas inmigrantes constituyen una proporción importante entre nuestras pacientes. El estudio del embarazo debe de ser completo y evaluar el estado general de la madre y el desarrollo del feto.

Gráfico 1. NÚMERO DE EMBARAZADAS INMIGRANTES Y ESPAÑOLAS QUE PRESENTABAN ALTERACIONES EN LAS HORMONAS TIROIDEAS Y QUE PRESENTARON DIABETES MELLITUS GESTACIONAL



La población inmigrante se caracteriza por ser joven y con capacidad de adaptarse a los cambios, pero sus condiciones sociales y culturales en ocasiones son diferentes de las de las embarazadas de nuestro país. Por ello los profesionales sanitarios que se ocupan de atender a estas pacientes deben hacer un esfuerzo especial para aportar los recursos y las respuestas para solucionar sus necesidades y aportar una asistencia sanitaria de calidad. El control del embarazo es muy importante para la salud materno fetal y el buen fin del embarazo.

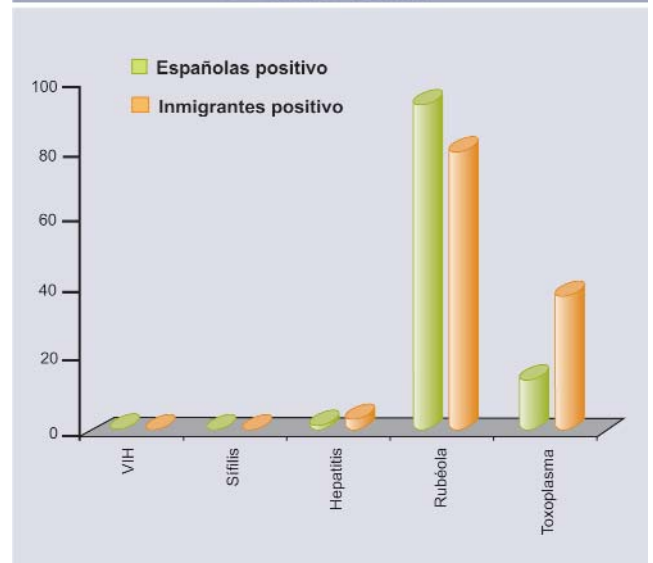
Con este estudio se comprobó que las embarazadas inmigrantes son 2,5 años menores de media que las españolas y consultan 4 semanas más tarde el embarazo. Por otra parte el hábito tabáquico es más frecuente en las españolas.

En las embarazadas inmigrantes la diabetes gestacional es un 6,3% menor y las alteraciones tiroideas un 4% menor.

Las gestantes inmigrantes aumentaron su peso dos kilos más de media que las españolas.

La seropositividad para toxoplasma es más frecuente en las embarazadas inmigrantes porque tienen

Gráfico 2. PORCENTAJE DE SEROPOSITIVIDAD EN GESTANTES INMIGRANTES Y ESPAÑOLAS PARA VIH, SÍFILIS, HEPATITIS, RUBÉOLA Y TOXOPLASMA



mayor contacto con la enfermedad y, sin embargo, es menos frecuente la de la rubéola. También es más frecuente la de la hepatitis. No existen diferencias significativas en cuanto a la serología de lúes y VIH.

BIBLIOGRAFÍA

- De la Torre J, Coll C, Coloma M, Martín JM, Padron E, González N, González. Control de gestación en inmigrantes. Departamento de ginecología y obstetricia. Hospital universitario de Canarias. Anales Sis San Navarra 2006; 29 Supl 1:49-61.
- Cuidados médicos en la gestión normal Comité de expertos en higiene Materno infantil en los servicios de Salud OMS. Serie de informes técnicos, n° 600 (VI Informe). Ginebra: OMS 1976.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Asistencia prenatal al embarazo normal. Recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia 2002;2.
- Urmeneta A, Mendez M, Martínez B, Madariaga N. Maternidad e inmigración. La importancia del género y la etnia en política sanitaria. Sesión: Migración y políticas migratorias en España. Hospital Virgen del Camino.
- Jansá JM, García de Olalla P. Salud e Inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Agencia de Salud Pública de Barcelona. Barcelona España.
- Jansá JM, Borrell C. Inmigración desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades. Atención Primaria 2002; 29:466-8