
Control de gestación en inmigrantes

Antenatal care in immigrants

J. de la Torre¹, C. Coll², M. Coloma¹, J. I. Martín¹, E. Padron¹, N. L. González González¹

RESUMEN

El fenómeno de la inmigración ha supuesto un impacto en la atención a la salud de la población. En España la población inmigrante representa hoy en día, aproximadamente el 8% de su población total. Esta población en su mayoría procede de países de baja renta, y su procedencia y distribución es diversa.

La población inmigrada se caracteriza por ser joven, sana, y con capacidad de adaptación a los cambios, pero sus condiciones sociales, económicas y laborales, con frecuencia son precarias y favorecen la vulnerabilidad a la enfermedad. A pesar de que el número de inmigrantes de sexo varón es globalmente superior al de mujeres, el porcentaje de inmigrantes de sexo femenino es cada vez mayor. Este incremento de población inmigrante femenina trae como consecuencia la aparición de necesidades específicas en atención sanitaria, sobre todo en lo que a su salud sexual y reproductiva se refiere. A esto debemos añadir un incremento sustancial de patologías, prevalentes en los países de origen como la anemia, tuberculosis, desnutrición, hemoglobinopatías, co-sanguinidad, hipocalcemia, hepatitis B y/o C, infecciones de transmisión sexual, enfermedades infecciosas transmitidas por artrópodos como enfermedad de Chagas y otras parasitosis, así como mutilaciones genitales.

El objetivo de este capítulo es analizar los factores que dificultan el control de la gestación en la población inmigrante, así como establecer pautas de actuación en la consulta de control de gestación, insistiendo en la educación sanitaria y la prevención durante el embarazo, considerando la aparición de enfermedades poco comunes, relacionadas con algunos de estos colectivos.

Palabras clave. Gestación. Inmigración. Patologías.

ABSTRACT

The phenomenon of immigration has had an impact on the health care of the population. The immigrant population in Spain today represents approximately 8% of the total population. The majority of this population proceeds from countries with low income, and its origin and distribution is diverse.

The immigrant population is characterised by its being young and healthy, and with a capacity to adapt to changes, but its social, economic and labour conditions are frequently insecure and favour vulnerability to disease. In spite of the number of immigrants of the male sex being globally higher than that of women, the percentage of immigrants of the female sex is growing. This increase of the female immigrant population has resulted in the appearance of specific health care needs, especially with respect to sexual and reproductive health. To which we must add a substantial increase in pathologies prevalent in the countries of origin, such as anaemia, tuberculosis, malnutrition, haemoglobinopathies, consanguinity, hypocalcaemia, hepatitis B and/or C, sexually transmitted infections, infectious diseases transmitted by arthropods, such as Chagas disease and other parasitoses, as well as genital mutilations.

The aim of this article is to analyse the factors that make it difficult to control gestation in the immigrant population, as well as to establish guidelines for acting in antenatal care consultations. Insistence is placed on health education and prevention during pregnancy, and consideration is given to the appearance of rare diseases related to some of these groups.

Key words. Gestation. Immigration. Pathologies.

An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 1): 49-61.

-
1. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Canarias.
 2. Institut Català Salut Barna i Maresme.

INTRODUCCIÓN

La población inmigrante en nuestro país se ha duplicado en los últimos 5 años. Actualmente representa, aproximadamente el 8% de su población total. El motivo fundamental que obliga a inmigrar hacia España es el económico, y en segundo lugar y vinculado al anterior, el reagrupamiento familiar, por lo que este colectivo requiere un mayor apoyo social y sanitario por parte de nuestras instituciones.

A pesar de que el número de inmigrantes de sexo varón es globalmente superior al de mujeres, el porcentaje de inmigrantes de sexo femenino es cada vez mayor. Este incremento de población inmigrante femenina trae como consecuencia la aparición de necesidades específicas en atención sanitaria, sobre todo en lo que a su salud sexual y reproductiva se refiere. Por otro lado, la elevada tasa de natalidad que presentan implica un marcado incremento de las consultas de obstetricia y mayor actividad en la sala de paritorio para el sistema sanitario. A este fenómeno hay que añadir un incremento sustancial de patologías que parecían desaparecidas en nuestro entorno, como la sífilis, la malaria, o la isoimmunización Rh, entre otras.

El objetivo de este capítulo es analizar brevemente los factores que dificultan el control de la gestación en la población inmigrante, así como establecer pautas de actuación en la consulta de control de gestación, considerando la aparición de enfermedades poco comunes, relacionadas con algunos de estos colectivos.

PROBLEMÁTICA GENERAL DE LA INMIGRACIÓN EN ESPAÑA

Según datos procedentes del Instituto Nacional de Estadística (INE) en el 2004 el número de inmigrantes empadronados en nuestro país era de 3.034.326, y un año después la cifra fue de 3.690.000, es decir, un 8,4% de la población española es extranjera, y todo apunta que esta cifra aumentará de manera exponencial¹. Por otro lado, según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), se identifica una creciente feminización de los flujos migratorios procedentes de países de escasos recursos económicos o situaciones socio-

políticas conflictivas que además presentan índices de natalidad más elevados. Esto ha favorecido el crecimiento de la natalidad en España en un 0,6 por mil entre los años 1994 y 2001². El conocimiento de los cambios demográficos y sociales que ocurren en nuestra población debe acompañarse de recursos humanos y de infraestructura para adecuar la asistencia sanitaria a las necesidades reales.

La relación entre la salud y la migración es compleja e implica elementos biológicos, sociales, económicos, culturales. Uno de los aspectos más relevantes de esta relación es el impacto que tiene la migración en la morbilidad y en la mortalidad neonatal. El sistema de salud español permite un fácil acceso a la atención médica de calidad a todas las mujeres inmigrantes durante la gestación y quizás esto justifica que sus recién nacidos no tienen de forma global más problemas que los hijos de mujeres no inmigrantes.

Existen algunos estudios, donde refieren una peor evolución y una frecuencia mayor de bajo peso en los hijos de mujeres inmigrantes^{3,4} (Fig. 1). Sin embargo, cuando se analizan las poblaciones inmigrantes considerando los diferentes países de procedencia, se encuentran resultados perinatales similares entre la población nativa y poblaciones muy concretas de inmigrantes como son las mujeres latinoamericanas^{5,6}. Para explicar este fenómeno, se ha descrito "el efecto de la mujer inmigrante sana", según el cual la mujer que es capaz de emigrar a otro país, goza de un buen estado de salud y con la suficiente estabilidad psicológica como para soportar y superar todas las dificultades y el estrés durante el periodo de adaptación. Estas mujeres, en principio tendrán pocos problemas en la gestación y sus recién nacidos estarán igual de sanos que los de las madres nativas.

Sin embargo, existen otros factores inherentes, en muchas ocasiones, a la población inmigrante, como el nivel socioeconómico y el cultural, que han sido relacionados con el retraso de crecimiento intrauterino y parto prematuro⁷ (Fig. 2). En España se ha valorado la salud de los inmigrantes en atención primaria y en centros penitenciarios. En estos estudios se

Distribución Porcentual

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Los dos españoles	91,2	90,5	89,3	87,7	85,6	82,6	80,0
Padre español y madre extranjera	1,7	1,8	2,0	2,0	2,6	3,0	3,3
Madre española y padre extranjero	1,9	1,9	2,2	2,2	2,3	2,6	2,6
Los dos extranjeros	4,2	4,5	5,2	5,2	8,1	10,2	12,5
No consta alguna de las nacionalidades	1,0	1,3	1,3	1,3	1,4	1,6	1,6
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100

Figura 1. Nacimientos según la nacionalidad de los padres (Cataluña 1997-2003).

	PRE-TÉRMINO	
	n	%
Española	3.853	7,36
C. Europea + Países desarrollados	57	6,18
Resto Europa	76	9,08
Magreb - Valle Nilo	212	6,48
Resto África	47	8,05
Centro Sudamérica	276	6,97
Asia	40	5,52
Filipinas	14	10,94
Resto Oceanía	1	50,00
Total	4.576	7,29

Figura 2. Distribución de las semanas de gestación de los recién nacidos según nacionalidad de la madre (2003).

ha puesto de manifiesto que cuando los inmigrantes llegan a España no constituyen grupos de riesgo específicos; sin embargo, las situaciones de pobreza con las que se encuentran durante el proceso migratorio pueden contribuir a la presencia de determinadas enfermedades⁸.

La alta proporción de mujeres inmigrantes que no van a poder disfrutar de baja maternal, los pocos apoyos tras el parto y las condiciones de hacinamiento

con otras familias, acompañado de bajo nivel socio-económico y cultural influirá de forma negativa en el cuidado del recién nacido y, por ende, en la evolución a largo plazo de éste. Por otro lado, la frecuencia de patología neonatal puede ser muy diferente dependiendo del área geográfica de procedencia, por tanto, sería deseable identificar los grupos de mayor riesgo para dirigir los recursos sociosanitarios de forma preferente a estas mujeres.

INMIGRACIÓN Y PREMATURIDAD

Entre los factores que se asocian a prematuridad están: infecciones, sobredistensión uterina, alteraciones uterinas, insuficiencia cervical, alteraciones placentarias y situaciones de estrés entre otras. Las situaciones de estrés comprenden niveles socioeconómicos bajos, muerte de un familiar, cambio de domicilio, etc. y aparentemente en algunos de estos factores es donde podríamos incluir a la inmigración.

A nivel mundial, 11 millones de niños mueren cada año y de éstos un 3,3% es debido a prematuridad. Los países con mayores tasas de prematuridad son africanos, países del este mediterráneo y pacífico, sudoeste asiático, etc, presentando los países europeos las menores tasas de prematuridad. La tendencia general es a que estas tasas de prematuridad vayan descendiendo, no obstante, hay aún un 12% de países en los que la prematuridad sigue aumentando y de estos países precisamente recibimos la inmigración.

Si valoramos la prematuridad en España se observa que la tasa de prematuridad por grupos de edad es más elevada en edades maternas de menos de 15 años y superiores a 40-45 años. Haciendo una superposición del comportamiento de la población en cuanto a tasas de prematuridad comparando la población nacional, de

Cataluña y del área del Maresme (mayor afluencia de inmigración) observamos que las curvas se superponen.

Para valorar el aumento en los últimos años de los partos procedentes de mujeres inmigrantes basta con fijarnos en los datos del hospital de Mataró en el que ha aumentado el porcentaje de partos de inmigrantes desde el 6,9 en el 92 hasta el 29,3% en el 2004. Estos datos coinciden con una disminución drástica de la tasa de natalidad de las mujeres autóctonas (Fig. 3).

Aunque la tendencia está cambiando, el área del maresme tiene una importante población inmigrante de senegambianas. Actualmente está aumentando el número de mujeres magrebíes y desde 2001 están creciendo otras etnias como las sudamericanas, asiáticas y afrocaribeñas.

En el programa de atención a la salud sexual y reproductiva del área de Maresme se han atendido desde el 2001 al 2005 la cantidad de 8.151 embarazos. De la base de datos de diagnóstico prenatal y evolución de los mismos hemos podido obtener conclusiones muy interesantes. Aunque "a priori" parece que la población inmigrante va a tener mayor tasa de prematuridad, esto no es así si nos fijamos en los datos (Fig. 4, 5) vemos que las tasas de prematuridad son de 4,8% en las autóctonas, 4,2% en las magrebíes y 3,2% en las subsaharia-

	SEMANAS DE GESTACIÓN					
	SG 22-31		SG 32-36		Total	
	0	%	N	%	n	%
Española	369	9,58	3,484	90,42	3,853	100,000
C. Europea P. desarrollados	5	8,77 ↓	52	91,23	57	100,000
Resto Europa	11	14,47 ↑	65	85,53	76	100,000
Magreb- Valle Nilo	28	13,21 ↑	184	86,79	212	100,000
Resto África	7	14,89 ↑	40	85,11	47	100,000
Centro Sudamérica	40	14,49 ↑	236	85,11	276	100,000
Asia	7	17,50 ↑	33	82,50	40	100,000
Filipinas	0	0,00	14	100,00	14	100,000
Resto Oceanía	0	0,00	1	100,00	1	100,000

Figura 3. Distribución de la prematuridad extrema entre recién nacidos con menos de 37 semanas de gestación según nacionalidad de la madre.

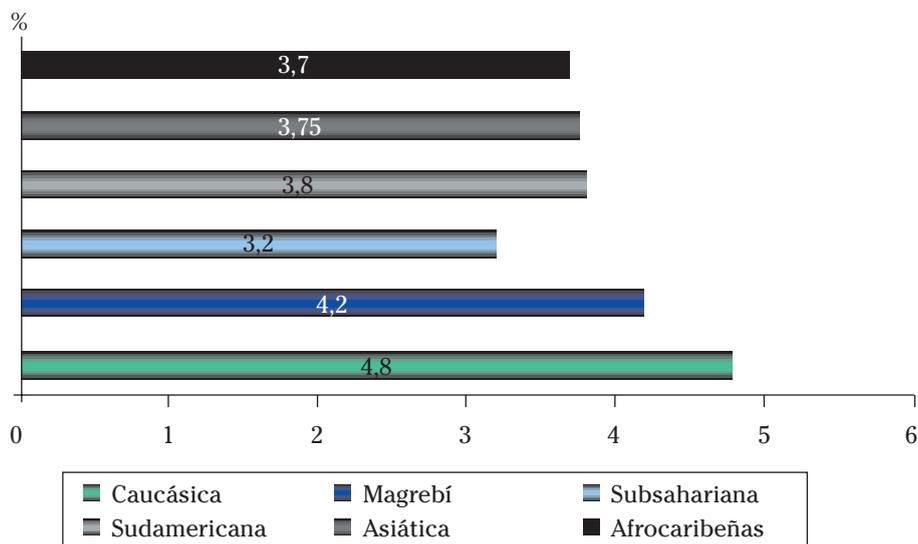


Figura 4. Prematuridad. Datos sobre 4.231 partos. Hospital de Mataró.

nas. La prematuridad pues, (definida como peso menor de 2.500 g al nacimiento y parto antes de la semana 37) no sería mayor en la inmigración, pero valorando la prematuridad extrema, ésta sí es mayor entre las mujeres inmigrantes.

Es curioso observar que a medida que aumentan las asiáticas y afrocaribeñas se produce un aumento de la prematuridad en la población inmigrante; esto es debido a que según el país de origen cambia la tasa de prematuridad.

Si valoramos con más detalle las posibles diferencias y similitudes entre la población caucásica (autóctona) y la inmigrante, se observa que, aunque partiendo de una edad media materna similar en el primer embarazo, hay una gran diferencia en los intervalos de edad, así encontramos que mientras en la población autóctona los intervalos de edad van desde 12 hasta 40 años, en el caso de la población inmigrante éstos son muy estrechos, ej. 15-25 en las senegambianas. Por otro lado, en cuanto a la paridad, las marroquíes y senegambianas presentan mayor paridad que las autóctonas, pero sin embargo, no presentan mayor tasa de prematuridad. Esto puede ser debido a la compensación de los

intervalos de edad, hay que recordar que la prematuridad es mayor en edades extremas. Finalmente respecto al seguimiento y primeras visitas, en general las asiáticas van tarde a la primera visita (entre la 8 y 12 semanas) y además cumplen peor el seguimiento.

En conclusión, la inmigración parece no afectar a la tasa de prematuridad, aunque sí se cumple un aumento de la prematuridad extrema entre las inmigrantes. El país de origen influye en estas tasas de prematuridad.

DIFICULTADES EN EL CONTROL DEL EMBARAZO Y PARTO

En la atención a la salud de la población inmigrante se tendrían que considerar algunas diferencias específicas de los diversos colectivos según su origen y procedencia. Algunos que se podrían destacar serían: el idioma, la manera de expresarse, los estilos de vida, la religión, los hábitos culturales, el nivel de educación sanitaria de la población de donde procede y los patrones familiares, entre otros.

Los principales objetivos de un programa de control del embarazo están encaminados a reducir la morbi-mortalidad neo-

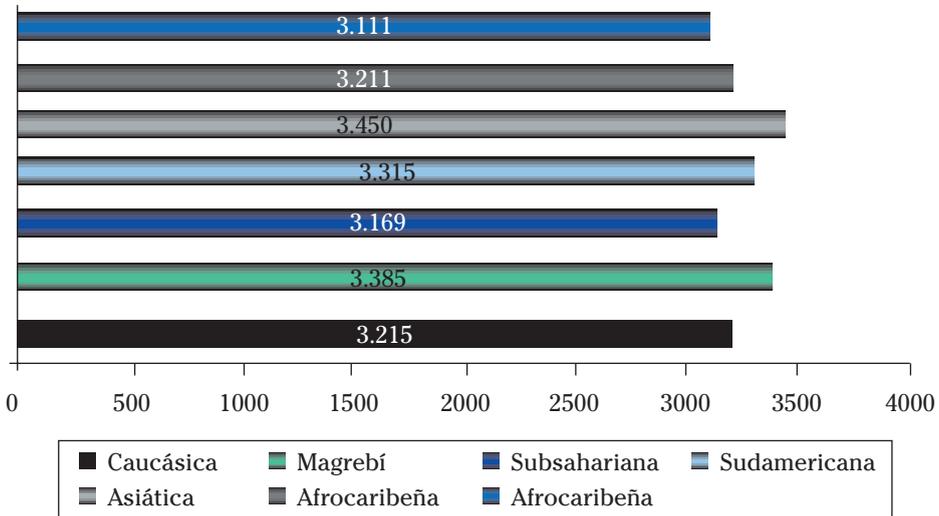


Figura 5. Prematuridad: datos del año 2004. Hospital de Mataró.

natal, el número de abortos, la incidencia de recién nacidos de bajo peso, la morbi-mortalidad materna de causa obstétrica y, en la medida de lo posible, fomentar la lactancia materna.

La OMS indica que la morbi-mortalidad neonatal y materna se reduce en relación directa a la precocidad de la primera visita, a un número suficiente de controles durante el embarazo y al hecho de recibir durante el parto una atención adecuada⁹. Los estudios observacionales suelen demostrar que en las mujeres que reciben control prenatal la mortalidad materna y perinatal son menores y los resultados del embarazo son mejores¹⁰. Estos estudios también permiten establecer una relación entre el número de consultas prenatales y la edad gestacional al inicio del control y los resultados del embarazo luego de controlar los factores de confusión, como la duración de la gestación.

De acuerdo con la evidencia disponible, el programa de cuatro consultas prenatales contiene el número mínimo de consultas que debe ofrecerse para los embarazos de bajo riesgo. La mujer inmigrante no sólo está expuesta a peores condicio-

nes laborales y de vivienda, sino que, por razones políticas, administrativas o culturales, tiene difícil acceso a los servicios de salud. Por otro lado hay que considerar la tendencia a la multiparidad y a los intervalos inter-genésicos cortos, el embarazo en la adolescencia, los embarazos no deseados y por tanto, la demanda de interrupción del embarazo, así como la dificultad para acceder a una contracepción adecuada y las conductas de riesgo que favorecen las infecciones de transmisión sexual.

La mayoría de mujeres inmigrantes hacen un escaso uso de los servicios sanitarios y en la atención prenatal, con consultas más tardías, menos frecuentes y más discontinuas, en comparación a las nativas. Las mujeres inmigrantes acuden para el control de su embarazo en el segundo trimestre de la gestación (semana 18), mientras que las gestantes nacionales lo hicieron en el primer trimestre (semana 11). En el grupo de inmigrantes se objetiva una mayor incidencia de lúes, hepatitis y otras enfermedades de transmisión sexual, mayor tasa de portadoras de estreptococo grupo B (EGB), así como mayor incidencia de anemia y de embarazo prolongado. Por otro lado, el grupo de

gestantes inmigrantes acuden al hospital con el parto más avanzado, siendo significativa la mayor incidencia de parto en expulsivo (Fig. 6). Las gestantes peor controladas acuden menos veces para una finalización programada y con más frecuencia con parto en expulsivo y extra-hospitalario¹¹. Esto determina una mayor morbimortalidad materna y perinatal.

Dentro de los factores relacionados con el déficit de atención podemos establecer¹²⁻¹⁴:

- Procedencia. La mayoría de los países de origen no tienen sistematizada la atención médica antenatal, por lo que muchos inmigrantes siguen actuando como en su país de origen acudiendo a los servicios de salud sólo en casos graves.
- Lugar de residencia. Son pocas las familias de inmigrantes que tienen vivienda en propiedad. Una gran mayoría comparten vivienda de alquiler con otras familias, y en condiciones de hacinamiento. En ocasiones, los inmigrantes que trabajan en el campo viven en infraviviendas, en los cortijos de las fincas agrícolas, dispersos entre los invernaderos y lejos del medio urbano lo que dificulta el acceso de los medios socio-sanitarios.
- Tipo de trabajo. Entre los marroquíes destaca la actividad agrícola como tarea principal, aunque gracias a la nacionalización pasan a ocupar la venta ambulante o en establecimientos autorizados. Los procedentes de África Subsahariana (Senegal, Gambia y Nigeria,...), se dedica principalmente a la agricultura, la construcción y la venta ambulante. China se dedica casi exclusivamente a la hostelería china, siendo un colectivo cuyas necesidades se suelen solventar dentro del propio grupo. El colectivo latinoamericano está dirigida al servicio doméstico, aunque también en la agricultura y la venta ambulante. Es de Europa del Este se dedica al servicio doméstico sobre todo, aunque hay que mencionar su relación con el fenómeno de la prostitución. Aquellas inmigrantes en situación irregular, no acuden a los servicios de salud cuando los horarios son incompatibles con la jornada laboral para no perder un día

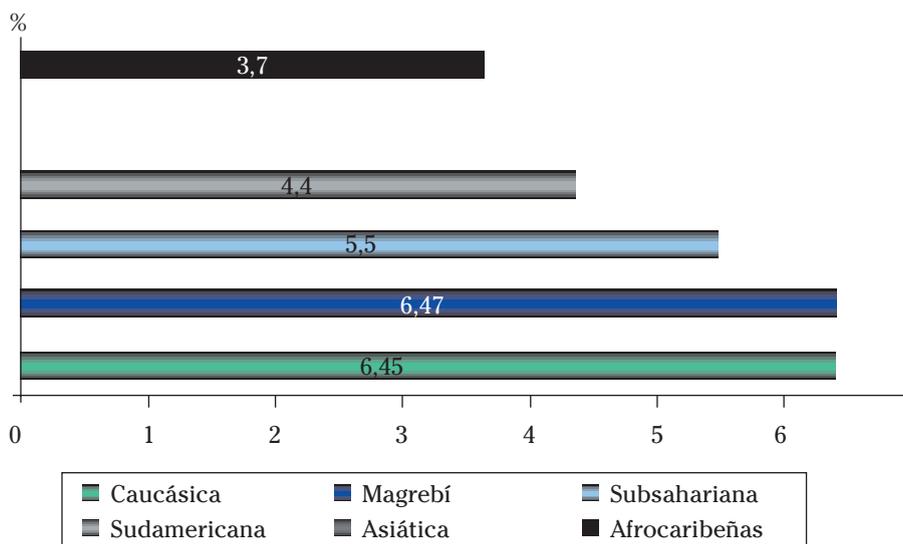


Figura 6. Postmaduros. Hospital de Mataró.

de salario. Algunas mujeres, incluso, ocultan su embarazo al empresario, por miedo a perder su empleo.

- Irregularidades administrativas¹⁵. A pesar de la cobertura sanitaria que todas las mujeres embarazadas inmigrantes tienen en España, hay unos requisitos administrativos que se exigen para obtener la tarjeta sanitaria. Por otra parte, la situación de irregularidad puede hacer que se retraigan a la hora de acercarse al sistema sanitario, por miedo a que la identificación previa a la atención pueda traducirse en acciones legales contra ellas.
- Reagrupamiento familiar en fases avanzadas de la gestación. Muchas mujeres marroquíes, sobre todo, es durante el embarazo o incluso pocas semanas antes del parto, cuando aceleran los trámites para venir a España, por miedo a dar a luz en su país y generalmente hacen su primera visita en España.
- Cuestiones de género. La mujer puede ser aún más vulnerable en relación a la salud afectivo-sexual y reproductiva en consecuencia a las relaciones del poder dominante que se puede establecer desde el hombre y que también pueden influir en una mayor expresión de la violencia de género.
- Cuestiones de pudor. Los exámenes ginecológicos pueden plantear problemas a causa de las inhibiciones femeninas o de desconfianza del marido, que puede no admitir que la mujer sea examinada por un varón.
- Religión. Durante el mes del Ramadán, la mujer embarazada está exenta de su cumplimiento, pero muchas lo llevan a cabo, lo cual les puede hacer rechazar cualquier medicamento, así como ciertas pruebas diagnósticas, exámenes ginecológicos, etc.
- Idioma. El desconocimiento del idioma del país al que se emigra se ha considerado una de las barreras más importantes para acceder a los servicios sanitarios, ya que dificulta de forma importante la realización de los mínimos trámites necesarios para obtener

asistencia sanitaria. Esto implica que en los estudios donde la mayoría de la población inmigrante es hispanohablante los resultados en cuanto a control prenatal sean mejores.

- Nivel de estudio. La distribución según el nivel de estudios de las mujeres marroquíes es muy dispar. La mayoría no han sido escolarizadas; le siguen las que no terminaron la educación primaria y por último, las que tienen estudios universitarios acabados o sin acabar. La mayoría de las mujeres africanas tienen un nivel de estudios medio, otra parte nunca ha ido a la escuela y otras tienen estudios universitarios. Dentro de las procedentes de Europa del Este, podemos diferenciar las rumanas con un nivel académico muy bajo y las rusas y de otros países ex-comunistas con un elevado nivel de estudios.

En resumen, las desigualdades y la vulnerabilidad en salud, de esta población en general, tiene una relación directa con el desconocimiento, déficit o ausencia de derechos, las condiciones laborales a menudo precarias, la carencia de apoyo social y/o familiar, el duelo migratorio, la dificultad para acceder a recursos preventivos, el desconocimiento del sistema sanitario local. El miedo, la desconfianza y la soledad son sentimientos que con frecuencia se presentan en la población que ha inmigrado y pueden relacionarse con la dificultad que presentan para acceder y utilizar los servicios de salud en un contexto de normalidad.

NUEVAS PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON LA INMIGRACIÓN

Los sistemas sanitarios europeos estaban poco habituados a enfrentarse al diagnóstico, tratamiento y control evolutivo de enfermedades como la malaria, la cisticercosis, la enfermedad de Chagas entre otras, que debido al aumento de los movimientos migratorios, han empezado a formar parte del diagnóstico diferencial de muchos procesos infecciosos, frente a un síndrome febril en una paciente inmigrante de una zona tropical o de una paciente que haya viajado a una de esas zonas¹⁶.

El problema se complica durante la gestación ya que tanto el diagnóstico como el tratamiento pueden ser más complicados debido a que el embarazo actúa como factor de mal pronóstico en alguna de ellas, provocando un agravamiento de la sintomatología y sumándose a ello el posible compromiso fetal; la mayoría de parasitosis cursan con anemia materna, y con el consiguiente retraso del crecimiento intrauterino (Fig. 7). Por otro lado, la mayoría de los fármacos utilizados en el tratamiento de estos procesos no son del todo inocuos.

Algunas de las enfermedades parasitarias que pueden afectar a una gestante son de sobra conocidas como la toxoplasmosis, aunque todavía hoy plantea problemas diagnósticos y terapéuticos, otras, como el paludismo, van siendo cada vez más habituales, y por último, aquellas que por su baja prevalencia en nuestro país suponen problemas clínicos de complicada resolución que precisan de la participación de expertos en medicina tropical, como por ejemplo la neurocisticercosis o la filariasis.

La prevención de la infección congénita y perinatal es un problema de salud pública reconocido en todo el mundo y ha dado lugar a la implantación de programas

de control por parte de las autoridades sanitarias de diferentes países. Entre las acciones concretas relacionadas con estos programas se encuentran los estudios serológicos, procedimientos no invasivos que proporcionan la información necesaria para adoptar acciones preventivas o terapéuticas y han demostrado su utilidad en la asistencia preconcepcional y prenatal de la mujer. Los microorganismos que pueden producir infección en el feto o en el neonato son numerosos pero sólo para algunos de ellos disponemos de pruebas serológicas que contribuyen de forma útil a la puesta en marcha de actuaciones dirigidas a la prevención o tratamiento de la infección en la embarazada, el feto o el recién nacido.

CONTROL DE LA GESTACIÓN EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE

Infecciones a estudiar en el control serológico de la gestante inmigrante

La Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) y la SEGO han elaborado recomendaciones respecto a las determinaciones serológicas a realizar a la embarazada. Las publicadas por la SEIMC datan de 1993

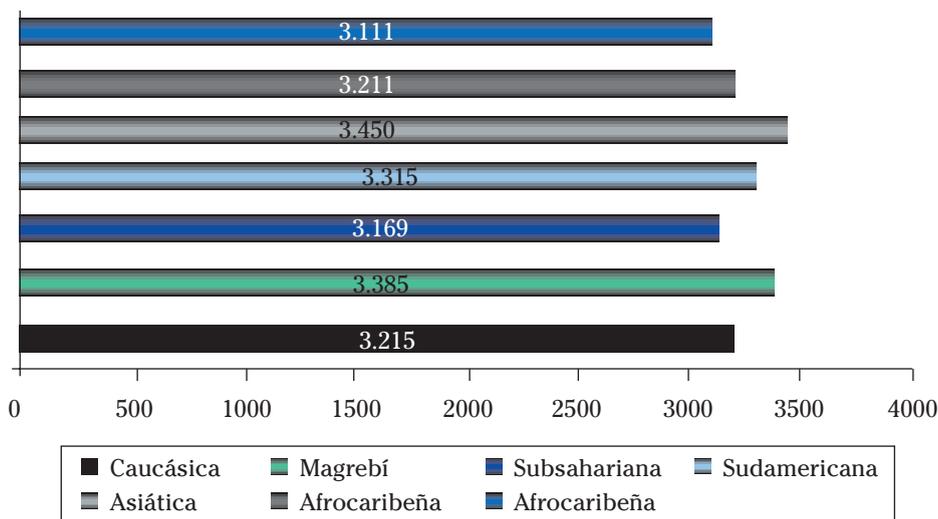


Figura 7. Peso medio de RN. Hospital de Mataró.

y en estos momentos se encuentran en revisión, mientras que las realizadas por la SEGO fueron revisadas en el año 2002^{17,10}. Ambas sociedades están de acuerdo en realizar el cribado serológico prenatal de rubéola¹⁸, sífilis¹⁹, VHB y VIH, existiendo diferencias en el caso de la toxoplasmosis^{20,21}.

En determinadas situaciones puede plantearse ampliar el estudio serológico de ciertas infecciones que pueden transmitirse al feto o al neonato y que no están incluidas en el control serológico sistemático de la embarazada. Para realizar el estudio de estas infecciones se deben tener en cuenta factores o situaciones de riesgo asociados a la gestante, los hallazgos clínicos o epidemiológicos que concurren y el beneficio obtenido por el feto, el neonato, e incluso la madre. Entre dichas infecciones destaca: virus de la *hepatitis C*²², *Herpes simple*²³, *Virus varicela-zóster* (VVZ)²⁴, *Citomegalovirus*²⁵, *Parvovirus B19*²⁶, entre otros.

La prevención de la infección congénita y perinatal mediante la realización de controles serológicos en la gestante debe efectuarse según la situación epidemiológica de cada país y la evidencia científica existente respecto a las infecciones a controlar en cada caso.

Control en consultas de la población inmigrante

Consulta previa al embarazo

La asistencia preconcepcional forma parte de la asistencia prenatal efectuada por los ginecólogos-obstetras y por algunos médicos de atención primaria. Su principal objetivo es valorar potenciales riesgos derivados de la gestación para la madre o futuro hijo y la detección precoz de anomalías susceptibles de establecer medidas preventivas. Se debe aprovechar este encuentro para informar a la pareja sobre las posibilidades de gestación, las complicaciones esperadas y las medidas necesarias para el tratamiento, si lo hubiese.

Esta consulta debe de ser ofertada a todas las mujeres con antecedentes de enfermedades hereditarias, congénitas,

malformaciones, éxitus fetal, enfermedades crónicas u otros antecedentes conocidos que deseen descartar riesgo de complicaciones en este embarazo. Se debe realizar una anamnesis completa donde conste los antecedentes familiares, personales (existencia de enfermedades, portadora de infecciones transmisibles, estado de inmunización primaria y vacunaciones, tratamientos farmacológicos actuales), características psicosociales (trabajo, vivienda, relación de pareja y apoyo del entorno, animales de compañía, características y conocimientos nutricionales, hábito de ejercicio físico), exposición a tóxicos o posibles teratógenos (hábitos tóxicos, exposición de gases, radiaciones o líquidos tóxicos). Igualmente se debe de explorar a la paciente considerando las constantes, el peso, la talla y una exploración pélvica y mamaria. A todas las mujeres se les debe solicitar una analítica con hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo y RH, glucemia y proteinuria, serología de rubéola, toxoplasma, lúes, HIV y hepatitis B²⁷, y realizar una citología triple toma cervico-vaginal. Se podrá solicitar otros parámetros considerando cada caso en particular, considerando los antecedentes personales y la exploración física.

Estas acciones facilitarían la prevención y evitarían, en algunos casos, el planteamiento de estudios innecesarios durante la gestación, así como la ansiedad en la embarazada derivada de los resultados obtenidos. Del mismo modo, el conocimiento de la existencia de una infección crónica permitiría valorar el riesgo reproductivo e informar a la mujer al respecto, ayudándola en la toma de decisiones en relación con su futuro embarazo.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) recomienda realizar y fomentar la implantación de la consulta preconcepcional en toda la población que posteriormente será objeto de control. Sin embargo, las dificultades para acceder a la población a controlar no permiten establecer esta pauta de forma sistemática.

Consulta prenatal

La asistencia al embarazo comienza con la consulta prenatal, la cual debe reali-

zarse en el primer trimestre de la gestación, lo más precozmente posible. Esta primera visita se considera el momento más adecuado para la clasificación de los niveles de riesgo si no han sido establecidos previamente en la consulta preconcepcional, que es lo más común en la población inmigrante. Por otro lado, también es fundamental para el inicio del estudio serológico respecto a los microorganismos considerados. Los resultados obtenidos proporcionarán, en la mayor parte de los casos, la información suficiente para adoptar medidas eficaces. La realización de estudios seriados sobre muestras tomadas en distintos momentos del embarazo puede ser de gran utilidad en situaciones muy concretas, lo que hace muy recomendable disponer de un sistema de conservación de muestras en el laboratorio.

Embarazos de bajo riesgo

En este grupo, la consulta prenatal tiene como objetivo prevenir y/o tratar las anomalías maternas o fetales que puedan tener un efecto adverso en el resultado del embarazo. El calendario de visitas será mensual hasta la semana 36 y quincenal hasta la semana 40. A partir de entonces hasta la semana 42 el control se hará cada 48-72 horas.

Se inicia en la primera visita con anamnesis completa (filiación, antecedentes familiares, antecedentes personales, antecedentes obstétricos y ginecológicos y datos sobre la gestación actual) y exploración general completa (con toma de material para citología), estimación de la edad gestacional y fecha probable de parto y solicitud de analítica de rutina. Las visitas sucesivas, según el calendario recomendado, permitirán la detección de factores de riesgo adicionales. En los controles sucesivos de registrará el peso, la tensión arterial, la presencia o ausencia de edemas y se prestará particular atención de patología circulatoria. Además se realizará un análisis de orina en tiras reactivas para control semicuantitativo de proteinuria, PH orina y presencia de leucocitos o nitritos en orina²⁸. Como exploraciones complementarias, en una gestación de curso normal, se contemplan las siguientes:

1. Analítica. Se realizarán tres extracciones sanguíneas, una cada trimestre. En el primer trimestre (14-17 semanas) se solicitará un hemograma completo, grupo sanguíneo y Rh y test de Coombs indirecto si procede, test de O'Sullivan, alfa fetoproteína, hCG, serología luética de toxoplasma y de rubéola, Antígeno de superficie de la hepatitis B, hepatitis c y HIV, y urinocultivo. En el segundo trimestre (24-28 semanas) se solicitará hemograma completo, Test de O'Sullivan, y test de Coombs indirecto si procede. En el tercer trimestre (32-36 semanas) se solicitará hemograma completo, pruebas de coagulación, test de O'Sullivan si procede, y test de Coombs indirecto si procede y cultivo ano-vaginal en la semana 35-37.
2. Ecografías. La primera entre la 8 y la 12 semana para datación de gestación; la segunda en la semana 18-20 semana para cribaje de malformaciones fetales; y la tercera a la semana 34-36 para control de crecimiento fetal.
3. Cardiotocografía. En pacientes sin factores de riesgo no está indicada como medida rutinaria de control de bienestar materno-fetal antes de la semana 39.
4. Amniocopia. A partir de la semana 40, siempre que las condiciones del cérvix lo permitan.

Embarazos de alto riesgo

Son aquellos en los que la probabilidad de observar morbi-mortalidad materno fetal se encuentra incrementada como consecuencia de enfermedad materna o patología acaecida durante el curso del embarazo. La consulta prenatal en estas pacientes tiene como objetivo prevenir, identificar precozmente y tratar los trastornos que afecten a la salud de la madre o del feto, teniendo en cuenta la interdependencia entre madre e hijo. Informar a la paciente de su situación actual y de los posibles efectos a largo plazo, instruyendo a la paciente para prevenir e identificar posibles complicaciones.

En la primera visita se realiza anamnesis completa, exploración y exploraciones complementarias al igual que en las gesta-

ciones de bajo riesgo, requiriendo los últimos informes asistenciales y si es preciso contactar con el especialista que lo controle habitualmente. En las pacientes inmigrantes se debe solicitar la visita al especialista correspondiente. La frecuencia de visitas y las exploraciones complementarias vendrán determinadas por el tipo de enfermedad y por la severidad de la misma.

Durante el parto

En las situaciones en que no haya sido posible realizar un control serológico previo al embarazo o durante el mismo, todavía existe la posibilidad de evitar la transmisión de ciertas infecciones cuando comienza el proceso del parto. A efectos prácticos, las infecciones a controlar en este momento son la sífilis y las producidas por los virus de la hepatitis B (VHB) y de la inmunodeficiencia humana (VIH). Con objeto de adoptar las acciones preventivas oportunas, el resultado de la prueba del VIH es el más urgente, siendo recomendable disponer del mismo dentro de las dos horas de vida del neonato. En el caso del VHB se amplía el tiempo de actuación en torno a las 8-10 horas después del nacimiento y para el estudio de la serología de la sífilis 48-72 horas es margen suficiente.

CONCLUSIONES

Debido al fenómeno de la inmigración se debe desarrollar políticas de carácter general que aporten recursos y respuestas a las necesidades y oportunidades que plantea la diversidad creciente de la población. Desde los profesionales sanitarios involucrados en atender a la población inmigrada hay que poner en activo un proceso de aproximación mutua y favorecer el vínculo con una actitud acogedora. Es necesario que el profesional, evitando los estereotipos y las ideas preconcebidas, observe, escuche, pregunte aquello que desconoce de su cultura, garantizando el respeto y evitando los juicios de valor. Por otro lado, se debe conseguir poder dar una información adecuada para así garantizar una asistencia de calidad. Por todo ello la importancia de mejorar las habilidades de

los profesionales, ofreciendo programas de formación específicos en conocimientos, actitudes y comportamientos que permitan mejorar las habilidades para poder atender la diversidad cultural, garantizando el estándar de calidad de competencia cultural de los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. INE Boletín Mensual de Estadística Septiembre 2004. Madrid 2004.
2. LEBECH M, JOYNSON DHM. Immigrant women's health. *Soc Sci Med* 2001; 52: 1451-1458.
3. ROBERTS A, HEDMAN K. Risk of low birthweight and prematurity among foreign-born mothers. *Can J Public Health* 1992; 83: 192-195.
4. DEJIN-KARLSON E, OSTERGREEN PO. Country of origin, social support and the risk of small for gestational age birth. *Scand J Public Health* 2004; 32: 442-449.
5. Predictors of birth outcome among Hispanic immigrant women. *J Nurs Care Qual* 1999; 14: 56-62.
6. HEDMAN K. Children with low birth weight and low gestational age in Oslo, Norway: Immigrations is not the cause of increasing proportions. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49: 588-593.
7. The effect of acculturation on low birthweight in immigrant women. The effect of acculturation on low birthweight in immigrant women. *Can J Public Health* 1996; 87: 158-162.
8. Socioeconomic status and perinatal outcome according to residence area in the city of Malmö. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 318-323.
9. Cuidados médicos en la gestación normal. Comité de Expertos en Higiene Materno-infantil en los Servicios de Salud OMS. Serie de Informes Técnicos, nº 600 (VI Informe). Ginebra: OMS 1976.
10. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Asistencia prenatal al embarazo normal. Recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia 2002; 2.
11. SOLÉ C. Accesibilidad de los inmigrantes extranjeros a los servicios de salud en Barcelona. En: Solas O; Ugalde A (eds). *Inmigración, salud y políticas sociales*, Granada 1997; EASP: 39-150.
12. SÁNCHEZ Y, MUÑOZ N, PÉREZ S, ROBLEDÓ A, PALLÁS CR, DE LA CRUZ J, GARCÍA A. Mujeres

- inmigrantes: características del control prenatal y del parto. *Prog Obstet Ginecol* 2003; 46: 441-447.
13. Inmigración extranjera en el Estado español. Consideraciones desde la salud pública. *Rev Esp Salud Pública* 1998; 72: 165-168.
 14. BENITEZ R, LLERENA P, LOPEZ R et al. Socioeconomic determinants in immigrant families. *An Pediatr* 2004; 60: 9-15.
 15. GELTMAN PL, MEYERS AF. Immigration legal status and use of public programs and prenatal care. *J Immigr Health* 1999; 1: 91-97.
 16. JANSÁ JM, VILLALBÍ JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Aten Prim* 1995; 15(5): 320-326.
 17. ECHEVARRÍA JM, DELGADO A, FUERTES A, GUERRA L, GUTIÉRREZ C, PRIETO J. Serología de la embarazada. En: Picazo J (ed). *Procedimientos en Microbiología Clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. Madrid: Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 1993; número 4.
 18. Centers for Disease Control and Prevention. Control and prevention of rubella: evaluation and management of suspected outbreaks, rubella in pregnant women, and surveillance for congenital rubella syndrome. *MMWR* 2001; 50 (RR12): 1-23.
 19. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002; 51(RR-6): 1-80.
 20. FABRE E, BARTHA JL, DE MIGUEL JR et al. Grupo de consenso sobre toxoplasmosis. *Prog Obstet Ginecol* 2003; 46: 319-332.
 21. FOULON W, NAESSENS A, HO-YEN D. Prevention of congenital toxoplasmosis. *J Perinat Med* 2000; 28: 337-345.
 22. HADZIC N. Hepatitis C in pregnancy. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2001; 84: 201-204.
 23. KIMBERLIN DW. Neonatal herpes simplex infection. *Clin Microbiol Rev* 2004; 1: 1-13.
 24. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of varicella: Recommendations of the advisory committee on immunization practices (ACIPP). *MMWR* 1996; 45 (RR11): 1-25.
 25. REVELLO MG, GERNA G. Diagnosis and management of human cytomegalovirus infection in the mother, fetus and newborn infant. *Clin Microbiol Rev* 2002; 4: 680-715.
 26. SHELL W, CHANG Y, CINCOTTA RB, TILSE M. Human parvovirus B19 infection in pregnancy: Should screening be offered to the low-risk population? *Aust N Zealand J Obstet Gynecol* 2002; 42: 347-351.
 27. HANLIN RB. Congenital infections and preconception counseling. *J S C Med Assoc* 2002; 98: 277-280.
 28. VILLAR J, CARROLI G, KHAN-NEELOFUR D, PIAGGIO G, GÜLMEZOGLU M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.updatesoftware.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

