

Sebastián Manzanares Galán^a
M. Felicidad López Gallego^a
Teresa Gómez Hernández^b (in memoriam)
Nina Martínez García^b
Francisco Montoya Ventoso^a

Resultados del mal control del embarazo en la población inmigrante

Results of poor prenatal care in the immigrant population

^aServicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

^bServicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería. España.

Este artículo es en homenaje a la Dra. Teresa Gómez Hernández, que falleció el 29 de marzo de 2006.

Correspondencia:

Dr. S. Manzanares Galán.
Hospital Materno-Infantil.
Avenida Fuerzas Armadas, 2. 18014 Granada. España.
Correo electrónico: smanzanares@sego.es

Fecha de recepción: 20/2/2006.

Aceptado para su publicación: 8/1/2008.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los resultados perinatales de gestantes inmigrantes y la influencia del grado de control del embarazo.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo transversal de una serie de casos con 1.874 mujeres de nacionalidad española y 1.874 mujeres inmigrantes, divididas éstas en 3 grupos: sin control del embarazo (0-1 visita), mal control (2-3 visitas) y buen control (4 o más visitas). Se analizaron las variables relacionadas con el control del embarazo y los resultados neonatales en cada grupo.

Resultados: Las inmigrantes presentan un peor control del embarazo, acuden al hospital con el parto más avanzado, hacen menos uso de la analgesia epidural y presentan cifras más altas de mortalidad perinatal, lo cual se relaciona con el grado de control de la gestación.

Conclusión: Los peores resultados perinatales del colectivo de mujeres inmigrantes se relacionan con

el grado de control médico del embarazo más que con el hecho de la inmigración.

PALABRAS CLAVE

Inmigración. Control prenatal. Parto. Analgesia epidural. Mortalidad perinatal.

ABSTRACT

Objective: To evaluate perinatal outcomes in pregnant immigrant women and the influence of prenatal care attendance.

Patients and methods: We performed a cross-sectional, descriptive, case-series study of 1,874 Spanish women and 1,874 immigrant women divided into three groups: no prenatal care (0-1 visits), poor care (2-3 visits) and good care (4 or more visits). Variables related to prenatal care, pregnancy, delivery and neonatal outcomes were studied in each group.

216 Results: Immigrants had poorer prenatal care, attended hospital at a later phase of labor, had lower use of epidural analgesia, and showed a higher mortality rate than Spanish-born women, which was related to the amount of prenatal care received.

Conclusion: The poorer perinatal outcomes in immigrant women were related to the amount of prenatal care rather than to immigrant status alone.

KEY WORDS

Immigrants. Prenatal care. Labor. Epidural analgesia. Perinatal mortality.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno migratorio ha adquirido gran importancia en España en los últimos años y en la actualidad el colectivo de inmigrantes constituye el 8,4% del total de los 44 millones de la población de España; la mayoría de ellos es originario de países con escasos recursos económicos^{1,2}.

Por nacionalidades, la marroquí ocupa el primer lugar, por delante de la ecuatoriana, la colombiana y la británica. Por comunidades, existe una concentración en Cataluña, Madrid, Comunidad Valenciana, Andalucía, Canarias y Baleares². En Andalucía, la provincia de Almería desempeña un papel importante en el fenómeno migratorio; es una de las provincias con mayor índice de población en situación de irregularidad de la Comunidad Autónoma.

La inmigración femenina se ha estructurado tradicionalmente sobre el proceso de reagrupamiento familiar; no obstante, en la actualidad, van adquiriendo protagonismo otras formas de inmigración y cada vez son más las mujeres que acceden al primer mundo por las mismas vías que el varón.

Entre el 60 y el 80% de las mujeres que emigran hacia nuestro país tienen edades comprendidas entre los 20 y los 40 años, es decir, en plena edad fértil, lo cual queda de manifiesto por el notable aumento de nacimientos de madres extranjeras que se está produciendo en España³.

Así, de entre todos los aspectos de la asistencia sanitaria, resulta de especial importancia la atención

que se presta durante la gestación y el parto, ya que no sólo influyen en la salud de la mujer sino que pueden condicionar de forma determinante el estado de salud del recién nacido.

El principal objetivo de un programa de control del embarazo está encaminado a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), éstas se reducen en relación directa con la precocidad de la primera visita, con un número suficiente de controles durante el embarazo y con el hecho de recibir durante el parto una atención adecuada^{4,5}. La evidencia disponible indica que un programa que incluya al menos 4 consultas prenatales contiene el número mínimo de consultas que debe ofrecerse para los embarazos de riesgo bajo⁶.

En el colectivo de mujeres inmigrantes es frecuente una merma en la atención prenatal con respecto de las mujeres nativas⁷, con consultas más tardías, menos frecuentes y más discontinuas, lo que podría determinar una mayor morbi-mortalidad materna y perinatal.

Los factores que se han analizado en la literatura científica como relacionados con este déficit de atención prenatal son, entre otros, el desconocimiento del idioma del país al que se emigra, la necesidad de cumplir unos requisitos administrativos para obtener la documentación sanitaria, la no sistematización de la atención antenatal en el país de origen, las condiciones de aislamiento en la que se encuentran la mayor parte de los inmigrantes, la falta de autonomía y la dependencia que la mayoría de las mujeres inmigrantes tienen de su cónyuge, motivos laborales y pudor al examen ginecológico, etc.⁸⁻¹¹.

El objetivo del presente estudio es analizar los resultados perinatales de un colectivo amplio de gestantes inmigrantes y la influencia que el grado de control del embarazo tiene sobre éstos.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, de serie de casos, que incluyó a 1.874 mujeres inmigrantes que dieron a luz entre enero de 1997 y junio de 2003 en el Hospital de Poniente (El Ejido, Almería), y se compararon con un grupo control determinado por una muestra de otros 1.874 casos que correspondían al parto siguiente recogido en el

registro de partos del hospital, de mujeres de nacionalidad española.

El grupo de mujeres inmigrantes se estructuró en 3 grupos según el grado de control del embarazo: un grupo de "sin control" compuesto por mujeres que realizaron 1 o ninguna visita durante la gestación, las que tuvieron un mal control (más de 1 visita y menos de 4 visitas) y las de "buen control", que al menos realizaron 4 visitas durante el embarazo. Se computaron tanto visitas en atención primaria como en atención especializada.

En cada grupo se analizaron variables relacionadas con el control del embarazo, como la semana de gestación de la primera visita y el número de visitas realizadas, reseñas sociodemográficas como la edad y paridad de las gestantes, datos sobre la evolución de la gestación y del parto (semana gestacional al parto y tasa de prematuridad, motivo de ingreso en el momento del parto, tasa de cesáreas, tasa de episiotomías sobre el total de partos vaginales y tasa de uso de analgesia epidural), y por último los resultados neonatales obtenidos en los distintos grupos, valorados mediante el peso fetal, la puntuación en la prueba de Apgar, el valor del pH en arteria y vena umbilical al nacimiento, así como la mortalidad perinatal.

El análisis inferencial entre los grupos de mujeres inmigrantes y mujeres españolas se llevó a cabo a través de la prueba de comparación de medias para muestras independientes (t de Student), en el caso en que las variables que se compararan fueran numéricas. No fue necesario aplicar una prueba de normalidad previa debido al tamaño de la muestra en cada grupo (1.874 casos). Cuando las variables eran cualitativas, se realizó la prueba de la χ^2 de comparación de proporciones, y se calcularon, además, los residuos tipificados corregidos para detectar la significación. Si la variable de respuesta era dicotómica, se aplicó la corrección de Yates o la prueba de Fisher, en función de si el porcentaje de frecuencias esperadas < 5 era inferior al 20% del total o superior, respectivamente.

La comparación de las variables cuantitativas entre los distintos grupos de mujeres inmigrantes se llevó a cabo por medio del análisis de la varianza de una vía (ANOVA I). Cuando los resultados fueron significativos, se aplicó posteriormente la prueba de Tukey de comparaciones múltiples.

Las variables de confusión se controlaron por medio de estratificaciones y se desglosaron las tablas

que relacionan 2 variables en función de la variable de confusión. Todos los resultados se consideraron significativos para un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Las mujeres inmigrantes incluidas en el estudio procedían de más de 30 países; el grupo más numeroso fue el constituido por las originarias del Magreb (47,9%), seguido de las de Europa del Este (25,5%) y las subsaharianas (14,5%). Distante en frecuencia está el grupo de las latinoamericanas, que constituyen el 8,7%, y el grupo de gestantes procedentes de países europeos occidentales (fig. 1).

Si analizamos el control del embarazo comparando el grupo de gestantes inmigrantes con el grupo control, apreciamos que la primera visita de las mujeres inmigrantes se produjo de forma más tardía, por término medio en el segundo trimestre de la gestación (semana $17,8 \pm 10$), mientras que las gestantes españolas lo hicieron en el primer trimestre (semana $11,2 \pm 5,4$). Dentro del grupo inmigrante, las mujeres de Europa del Este son las que acuden al médico por primera vez de una forma más tardía (semana 21,1), mientras que las gestantes extranjeras del resto de Europa lo hacen de una forma más precoz (semana 14,1) (fig. 2).

También fue significativa la diferencia en el número de visitas realizadas, que fue menor en el gru-

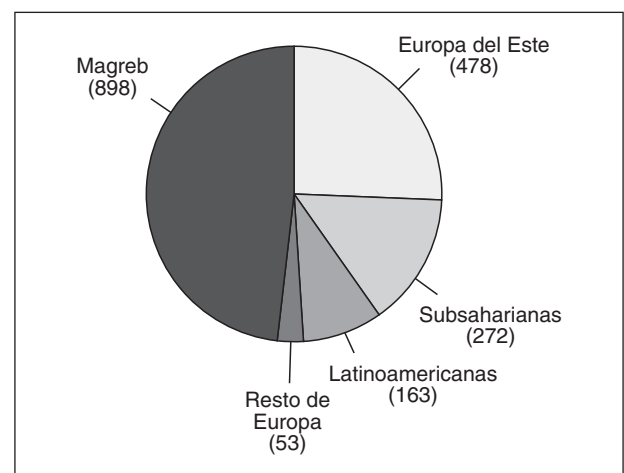


Figura 1. País de procedencia.

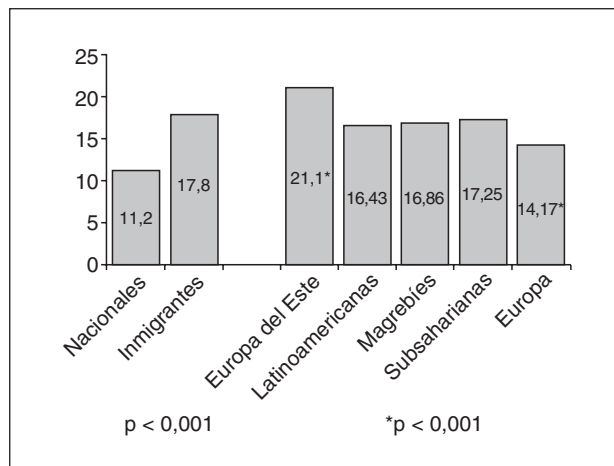


Figura 2. Semana primera visita.

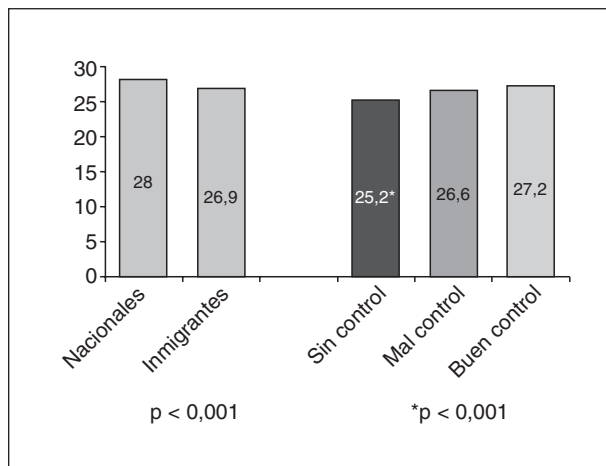


Figura 4. Edad (años).

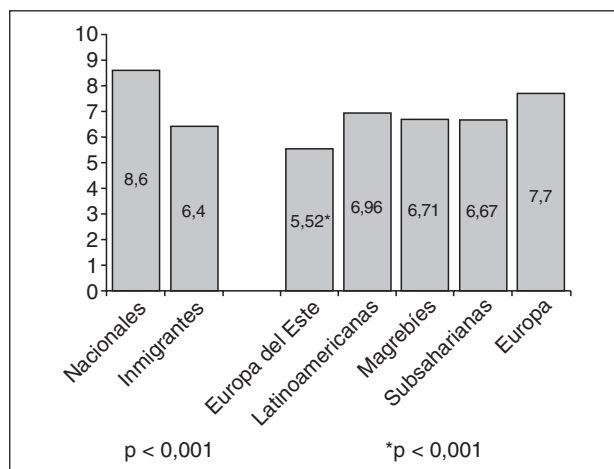


Figura 3. Número de visitas.

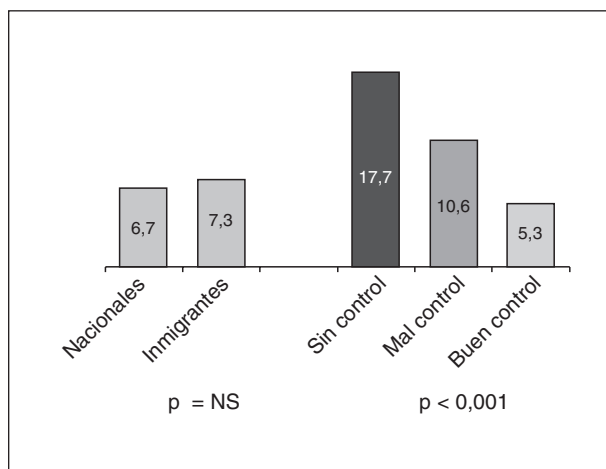


Figura 5. Tasa de prematuridad (%).

po de inmigrantes ($6,4 \pm 3,4$ frente a $8,6 \pm 2,7$); las mujeres de Europa del Este son las que acuden menos veces al médico ($5,52$), en contraposición con las gestantes del resto de Europa, que acuden con mayor frecuencia, con una media de $7,7$ visitas (fig. 3).

La edad de las gestantes fue significativamente inferior en el grupo de mujeres inmigrantes ($28,0 \pm 5,4$ frente a $26,9 \pm 5,6$ años). Las inmigrantes que no se controlaron correctamente durante el embarazo eran las más jóvenes ($25,2 \pm 5,3$ años en el grupo de sin control, $26,6 \pm 6,3$ años en el grupo de mal control y $27,2 \pm 5,5$ años en el grupo de buen control) (fig. 4).

No hubo diferencias en la paridad de cada uno de los grupos analizados.

La edad gestacional al parto no fue significativamente diferente entre el grupo de gestantes inmigrantes ($39,1 \pm 8,3$ semanas) con respecto a las nacionales ($38,8 \pm 1,6$ semanas), ni tampoco la tasa de prematuridad (el $7,31$ frente al $6,70\%$). Sin embargo, esta última fue mayor a medida que fue peor el control del embarazo: el $17,7\%$ en el grupo de no control; el $10,6\%$ en el grupo del mal control, y el $5,3\%$ en el grupo de buen control (fig. 5).

No hubo diferencias en las malformaciones congénitas detectadas en cada grupo.

En el análisis del motivo de ingreso en el momento del parto, observamos que el grupo de gestantes inmigrantes acude al hospital en una etapa

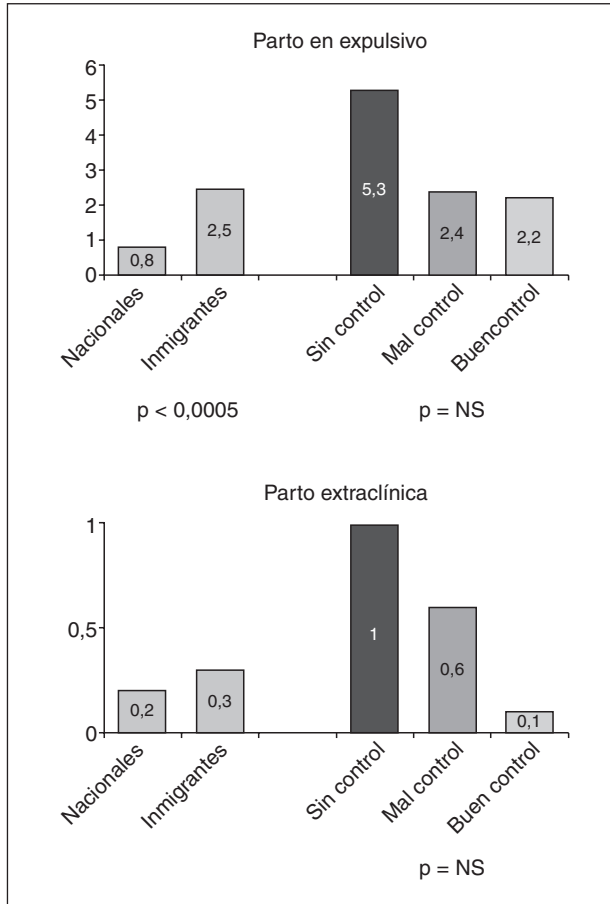


Figura 6. Ingreso en expulsivo y parto extraclínico (%).

más avanzada del trabajo de parto, y es significativa la mayor incidencia de parto en expulsivo (el 0,8 frente al 2,5%). Las gestantes peor controladas acuden con más frecuencia con parto en expulsivo y presentan una mayor frecuencia de parto extraclínico (el 5,3% en el grupo sin control, el 2,4% en el grupo de mal control y el 2,2% en el grupo de buen control), aunque las diferencias entre estos grupos no fueron significativas (fig. 6).

El grupo de gestantes inmigrantes presentó una tasa de cesáreas superior al grupo de gestantes españolas (el 20,4 frente al 16,2%), sin que se observaran diferencias en las indicaciones de éstas. La tasa de cesáreas fue superior en el grupo que se controló el embarazo correctamente (21,1%): el 15,8% en el grupo sin control frente al 21,7% en el grupo de buen control (fig. 7).

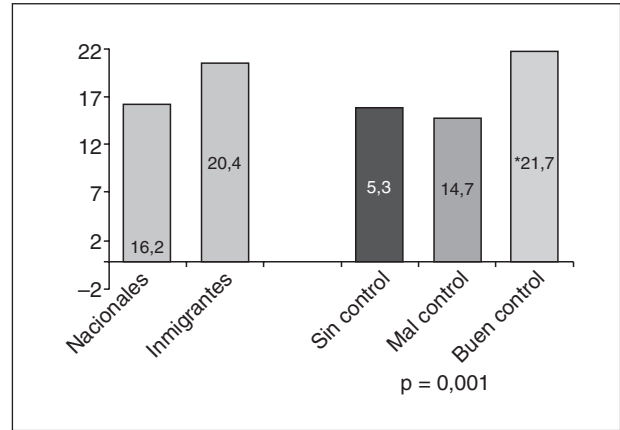


Figura 7. Tasas de cesáreas (%).

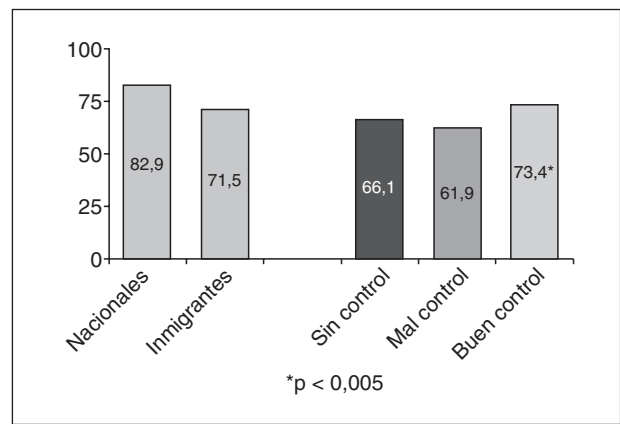


Figura 8. Tasas de episiotomías (%).

La tasa de episiotomías fue significativamente inferior en el grupo de inmigrantes (el 71,5 frente al 82,9%), especialmente en el grupo de mujeres sin control o mal controladas (el 66,1 y el 61,9%, respectivamente, frente al 73,4% en el grupo de buen control) (fig. 8).

Las inmigrantes recibieron significativamente menos analgesia epidural (el 45 frente al 53,4%). El grupo de inmigrantes con buen control de embarazo presenta tasas de analgesia epidural similares a las población autóctona (50,3%), mientras que las gestantes no controladas presentan tasas inferiores de utilización de esta técnica analgésica (fig. 9).

En relación con los resultados neonatales, observamos que el peso del recién nacido fue superior en el grupo de inmigrantes (3.312 ± 519 g frente a 3.261 ± 768 g); dentro de este grupo fue significati-

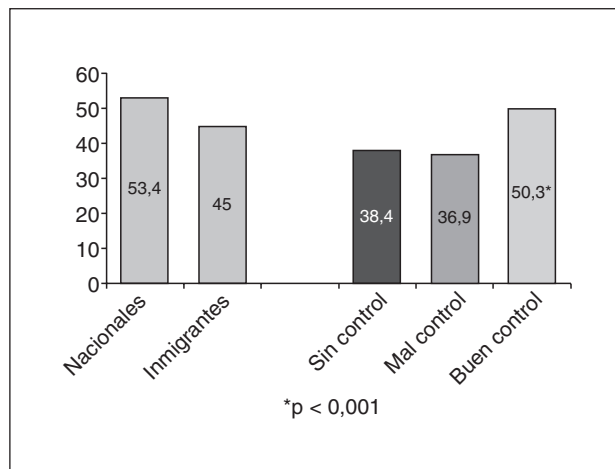


Figura 9. Uso de analgesia epidural (%).

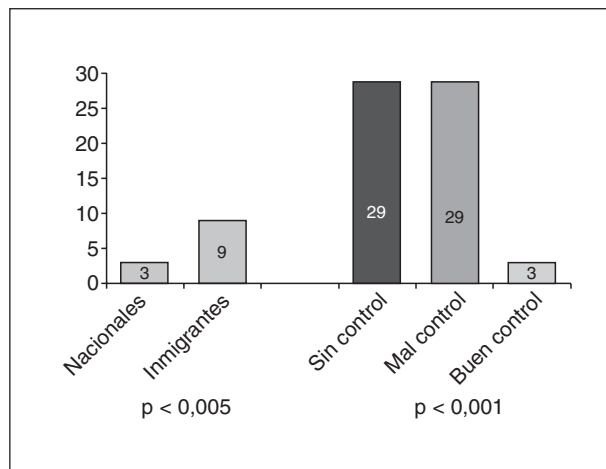


Figura 11. Mortalidad perinatal (por 1.000).

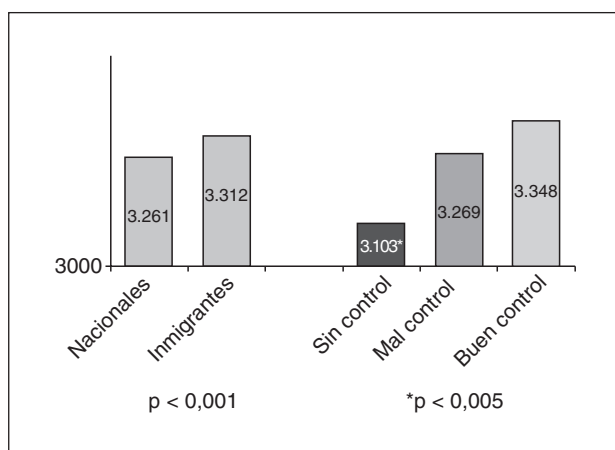


Figura 10. Peso fetal al nacimiento (g).

vamente menor en el grupo no controlado (fig. 10).

No hubo diferencias en los valores de la prueba de Apgar ni en los valores del pH en arteria y vena umbilical al nacimiento entre gestantes nacionales e inmigrantes, ni tampoco en la tasa de ingresos en la unidad neonatal ni en la morbilidad neonatal.

Sin embargo, el grupo de gestantes inmigrantes presentó tasas de mortalidad fetal 3 veces superior al grupo de gestantes españolas y resultó muy significativa la relación entre la mortalidad perinatal y el control de la gestación, con tasas de mortalidad del 29/1.000 tanto en el grupo sin control como en el de mal control (fig. 11). Todos los casos de mor-

talidad fueron anteparto, excepto un caso de mortalidad en el posparto inmediato en el grupo de inmigrantes. Dos de los fetos del grupo de mujeres inmigrantes presentaron anomalías congénitas en el estudio post mortem (un caso de hipoplasia pulmonar secundaria a rotura precoz de membranas pretérmino y un caso de malformación laríngea). Destacan también 2 casos de corioamnionitis en el grupo de gestantes inmigrantes.

DISCUSIÓN

Los trabajos publicados acerca del nivel de control de la gestación y los resultados perinatales en las mujeres de origen inmigrante no muestran unos resultados uniformes, aunque la mayoría hace referencia a unos peores resultados perinatales en este grupo poblacional.

En el presente estudio se analizó si el grado de control médico del embarazo en una población de gestantes inmigrantes estaba relacionado con los resultados perinatales obtenidos; se apreció que nuestros datos concordaban con la literatura científica y se observó un peor control del embarazo en las gestantes inmigrantes, tanto en la primera visita, a la que acuden más tarde, como en el número de visitas, que fue menor que en las mujeres españolas.

La población inmigrante analizada fue muy heterogénea, aunque en su mayoría presentaba un nivel socioeconómico bajo, lo cual se ha asociado con un

control médico del embarazo poco adecuado. Uno de los factores que pueden influir en este hecho es el significativo predominio de la inmigración económica, de forma que la mayoría de estas mujeres tiene un papel económico activo, sobre todo si están en situación irregular, y no acuden a los servicios de salud cuando los horarios son incompatibles con la jornada laboral o con la del marido, para no perder un día de salario.

Por otro lado, el alto índice de población en situación de irregularidad puede hacer que las gestantes 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. La mayoría de las mujeres inmigrantes pertenecientes a este estudio procedía de países con escasos recursos económicos y se caracteriza por poseer un idioma distinto del español. 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 sanitaria¹². Esto implica que en los estudios donde la mayoría de la población inmigrante es hispanohablante los resultados en cuanto a control prenatal sean mejores¹³. En el presente estudio el porcentaje de mujeres hispanohablantes es bajo (8,7%), pero apreciamos que el control médico del embarazo en este grupo se acerca más a la conducta del grupo de gestantes españolas, con una primera visita más precoz que el resto de las mujeres inmigrantes (semana 16,4 frente a la semana 11,2 en la población española) y con un mayor número de visitas (media de 6,9 frente a 8,6 de la población española), sólo mejoradas por las mujeres procedentes de la Europa comunitaria.

Hay pocos estudios que analicen el número medio de visitas a las que acuden las gestantes inmigrantes. Nuestros datos son algo peores que los comunicados en otras publicaciones, como las de Sanz et al¹⁴, que tienen una media de 7,9 consultas, y Pérez Cuadrado et al¹⁵, con una media de 9, lo cual se puede explicar por las diferentes características de la población inmigrante estudiada, ya que estos estudios incluyen a mujeres mayoritariamente magrebíes con más de 5 años de residencia en España, en el primero, y latinoamericanas, en el segundo.

En el trabajo de Pérez Cuadrado et al¹⁵, el 92,1% de las inmigrantes tienen un buen control del em-

barazo. Nuestros resultados son también peores, con sólo el 79,7%. Quizás también aquí el tipo de mujeres inmigrantes que se atiende justifique las diferencias, ya que se trata mayoritariamente de latinoamericanas, que podrían explicarse por las diferencias en cuanto al conocimiento del idioma.

En nuestra casuística, eran las mujeres de Europa del Este las que acudían más tardíamente, mientras que las gestantes extranjeras europeas lo hacían más precozmente, seguidas de las latinoamericanas.

Este parámetro también se analizó en un estudio realizado en el Hospital Torrecárdenas de Almería¹⁶, y la media de visitas de control en las mujeres inmigrantes fue de 6,26. Un 68,5% tuvo un buen control, un 19,6% un mal control y el 12% no acudió a ninguna visita antes del parto. Se apreciaba también en este estudio que las tasas de control difieren según la procedencia geográfica de las mujeres: las que menos acuden a control gestacional son las marroquíes y las de Europa del Este; por el contrario, las latinoamericanas son las que mejor lo controlan.

Al analizar la edad de las mujeres incluidas en nuestro estudio, se aprecia que las gestantes extranjeras presentaban una edad media en el momento del parto menor que el grupo de mujeres españolas, lo cual contrasta con el habitual aumento de la edad materna en el momento del parto que se está produciendo en España, debido a factores socioeconómicos y culturales, lo que se ha relacionado con un peor resultado perinatal^{12,13}, entre otras causas por el aumento en la incidencia de prematuridad^{12,17,18}. Dentro del grupo de inmigrantes, se observa una correlación entre la edad y el nivel de control médico de la gestación; presentan una edad media menor en el grupo de no control respecto a los otros 2 grupos, aunque la edad media no se puede considerar inadecuada. Esto se relaciona sobre todo en las inmigrantes en situación de irregularidad, por la creencia de que de esta manera obtendrán con mayor facilidad el permiso de residencia en nuestro país, ya que la actual Ley de Extranjería establece que no se podrá expulsar a las mujeres embarazadas, independientemente de su situación legal, porque puede suponer un riesgo para la gestación o para la salud de la madre.

Algunos autores han detectado una asociación entre el riesgo de parto pretérmino y la atención médica prenatal, y se ha relacionado un mayor riesgo de parto pretérmino en las mujeres con una inadecuada

222 asistencia prenatal, o cuando esta asistencia se inicia una vez transcurrido el primer trimestre del embarazo¹⁹. Los datos obtenidos en este estudio no muestran un aumento de la tasa de prematuridad en el grupo de inmigrantes, aunque la diferencia es significativa cuando el embarazo no se controla.

En relación con la evolución del parto, observamos que las mujeres inmigrantes acuden al hospital en fases de trabajo de parto más avanzadas y presentan de forma significativa una mayor incidencia de parto en expulsivo y parto extraclínico, siendo este hecho mayor en las gestantes inmigrantes peor controladas. Esto podría explicarse porque un amplio grupo de las mujeres inmigrantes incluidas en el estudio viven en infraviviendas, en los cortijos abandonados de las fincas agrícolas, dispersos entre los invernaderos y lejos del medio urbano. El control tardío se ha relacionado con las condiciones de aislamiento de la vivienda y con el hecho de que las mujeres no dominan el idioma y no tienen autonomía para desplazarse a los centros de salud.

Resulta paradójico observar que el pobre control médico de la gestación se asoció a una menor tasa de cesáreas en el grupo de mujeres inmigrantes, lo cual no puede explicarse de forma verosímil más que por la posible presencia de iatrogenia.

El número de episiotomías realizadas fue mayor en el grupo de mujeres nacionales en comparación con las inmigrantes, y en el grupo de inmigrantes

resultó significativo un mayor número de episiotomías en el grupo de buen control, que podría estar condicionado, al no existir diferencias en la paridad en los distintos grupos, por el hecho de que acuden con el parto más avanzado.

Al analizar las tasas de analgesia epidural comparando los distintos grupos, observamos que ésta es menor de forma significativa en el grupo de gestantes inmigrantes, especialmente si éstas no son controladas adecuadamente, lo cual podría explicarse por falta de información, problemas de comprensión o miedo a técnicas desconocidas.

Dentro de los resultados neonatales destaca, sin duda, una relación significativa entre éstos y el grado de control médico del embarazo en la población inmigrante y resalta un aumento de la mortalidad perinatal en el grupo de gestantes inmigrantes que no controlaron su embarazo y las que tuvieron un mal control.

Podemos concluir que existe un número importante de mujeres inmigrantes que no tienen un control adecuado de su embarazo, probablemente debido a factores socioeconómicos y culturales, y esto se refleja en unos peores resultados perinatales en relación con la población con un control médico del embarazo adecuado. De esta forma, lo que probablemente condicionaría los peores resultados perinatales no sería el hecho de ser inmigrante de forma aislada, sino el grado de seguimiento médico que la mujer tenga de su embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Disponible en: http://www.elpais.es/articulo/elpdmpnm/20050731elpdmgpan_5/Tes/
2. Disponible en: <http://extranjeros.mtas.es/es/general/inmigracion.html>
3. España alcanza por la inmigración su mayor cifra de nacimientos desde 1988. El País, miércoles 18 de junio de 2003.
4. Santonja JJ. Cuidados médicos en la gestación normal. *Medicine*. 1991;92:11-26.
5. Comité de Expertos en Higiene Maternoinfantil en los Servicios de Salud OMS. Serie de Informes Técnicos, n.º 600 (VI Informe). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1976.
6. 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, n.º 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
7. Dueñas RM, Mitsuf MJ, Martínez J, Muñoz M, Fernández MJ, Lora N. Influencia de factores socioeconómicos en la evolución y seguimiento del embarazo. *Aten Primaria*. 1997;19:188-94.
8. Solé C. Accesibilidad de los inmigrantes extranjeros a los servicios de salud en Barcelona. En: Solas O, Ugalde A, editores.

- Inmigración, salud y políticas sociales. Granada: EASP; 1997. p. 39-150.
9. Tamsamani T. Analyse socio-économique de la condition de la femme au Maroc. En: Droits de citoyenneté des femmes au Zagreb. Casablanca: Le Fennec; 1997. p. 77-92.
 10. Gámez E, Galindo JP. La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable. Documentos semFYC n.º 17. Barcelona: semFYC; 2002.
 11. Oleffe-Van Dierdonk L. El hospital y el espacio social: el problema concreto de los inmigrantes. Hospitalaria. 1995;3:33-40.
 12. Englis PB, Kharrazi M, Guendelman S. Pregnancy outcomes and risk factors in Mexican Americans: the effect of language use and mother's birthplace. Ethn Dis. 1999;7:229-40.
 13. Sánchez-Fernández Y, Muñoz-Ávalos N, Pérez-Cuadrado S, Robledo-Sánchez A, Pallás Alonso CR, De la Cruz-Bértolo A, et al. Mujeres inmigrantes: características del control prenatal y del parto. Prog Obstet Ginecol. 2003;46:441-7.
 14. Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. Aten Primaria. 2000;26:314-8.
 15. 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.
 16. Oliver I. Seguimiento del control del embarazo en mujeres inmigradas. Boletín Informativo de la Asociación Andaluza de Matronas N.º 13. Disponible en: <http://www.aamatronas.org/>
 17. Breart G. Delayed childbearing. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1997;75:71-3.
 18. Harlow BL, Frigoletto FD, Cramer DW, Evans JK, LeFevre ML, Bain RP, et al. Determinants of preterm delivery in low-risk pregnancies. The RADIUS Study Group. J Clin Epidemiol. 1996;49:441-8.
 19. Delgado-Rodríguez M, Gómez Olmedo M, Bueno Cabanillas A, González Vara R. Comparación de dos índices de asistencia a la atención prenatal y riesgo de parto pretérmino. Gac Sanit. 1997;11:136-42.