

La perinatología del recién nacido hijo de inmigrantes en el Hospital Clínico «San Carlos» de Madrid

P. Alonso Chacón, M.I. Armadá Maresca, T. Alonso Ortiz, M. Moro Serrano
Servicio de Neonatología. Hospital Clínico «San Carlos». Madrid

Resumen

Objetivo: Conocer algunos de los aspectos perinatales de los recién nacidos hijos de inmigrantes, en el Hospital Clínico «San Carlos» de Madrid, con el fin de profundizar en el fenómeno migratorio.

Material y métodos: Se analizan comparativamente los aspectos perinatales de 2.759 hijos de inmigrantes con los de 3.990 hijos de españoles, nacidos en el hospital en los últimos tres años. Se analizan: el orden de nacimiento, el curso y control del embarazo, el tiempo de ingreso y de rotura de la bolsa anteparto, el tipo de parto y la anestesia empleada.

Resultados: De los inmigrantes nacidos en este hospital, más del 53% son primogénitos, y un 34% nacidos en segundo lugar. Casi el 10% de las inmigrantes no controlan el embarazo. El tiempo medio de ingreso anteparto es de 30 a 36 horas y el de rotura de bolsa de 5 horas. El porcentaje medio de cesáreas de estos tres últimos años ha sido de un 18%.

Conclusiones: El porcentaje de recién nacidos hijos de inmigrantes va en aumento, y en este hospital se acerca actualmente al 50% de los recién nacidos. Cuanto mejor conozcamos todos los aspectos relacionados con la inmigración, mejor podremos atender a estos pacientes en todos los aspectos, incluido el sanitario.

Palabras clave

Inmigración, recién nacido hijo de inmigrantes, perinatología de la inmigración, neonatología de la inmigración, inmigración, obstetricia

Abstract

Title: Perinatology of newborns of immigrant parents at Hospital Clínico «San Carlos» in Madrid, Spain

Objective: To identify certain perinatal features of the newborn of immigrant parents at Hospital Clínico «San Carlos» (HCSC) in order to acquire deeper knowledge about the immigration phenomenon in Spain.

Material and methods: We studied certain perinatal characteristics of 2,759 newborns of immigrant parents as compared with 3,990 Spanish children, all of them born at HCSC in the last three years. We analyzed: birth order, course and health care monitoring during pregnancy, length of hospital stay, length of time between sac rupture and delivery, type of birth and type of anesthesia used.

Results: More than 53% of the newborns were firstborn infants and 34% were second-born. Nearly 10% of the immigrant mothers underwent no monitoring during pregnancy. The average duration of the predelivery hospital stay was 30 to 36 hours, and the average length of time between sac rupture and delivery was 5 hours. Eighteen percent of the births were cesarean.

Conclusions: The number of newborns of immigrant parents is increasing, currently accounting for almost 50% of the births at HCSC. The more we know about every factor related to this phenomenon, the better we will be able to assist the immigrant population.

Keywords

Immigration, newborns of immigrant parents, perinatology of immigration, neonatology of immigration, immigration and obstetrics

Introducción

Como es lógico, ante el incesante incremento de la población inmigrante en nuestro país, debemos prepararnos cada vez mejor para afrontar los retos que este colectivo plantea a diario al sistema público de salud, con el fin de garantizar tanto su salud como la nuestra^{1,2}.

A todas las comunidades autónomas no llega el mismo número de inmigrantes; Cataluña, Madrid, Andalucía y Valencia

—por este orden— son las que han tenido mayor incremento de extranjeros, mientras que Cantabria y La Rioja, las que menos. De la experiencia y resultados que obtengamos en estas comunidades podrán beneficiarse las demás; de ahí el interés de nuestros estudios sobre inmigración.

Desde nuestro punto de vista como pediatras y médicos de familia, nos interesa fijarnos en el hecho de que en 2001 el porcentaje de hijos de inmigrantes en el Estado español suponía el 4,87% de los nacimientos, que ha aumentado al 8,19% en 2003, y que,

TABLA 1

Paridad de las madres según su nacionalidad

Nacionalidad	n	Primíparas (%)	Secundíparas (%)	Tercíparas (%)	Con 4 hijos o más (%)
Africana	264	25	62,5	12,5	0
Americana	2.008	44,37	37,10	12,75	5,77
Española	3.990	59,05	33,18	5,81	1,95
Europea	258	82,17	7,75	5,04	5,04
Oriental	229	40,61	37,55	21,83	0
Total	6.749	53,61	34,67	8,65	3,07

intuimos, seguirá en aumento. Esto ha conllevado un incremento de la natalidad en España, que actualmente se sitúa en 1,26 hijos por mujer^{3,4}. Y, en este sentido, los servicios de obstetricia, neonatología y pediatría tienen que recuperar el peso específico que perdieron con el descenso de la natalidad.

En estos servicios, con el objetivo de atender mejor a los inmigrantes y favorecer su acercamiento a los centros de salud, se están editando «Guías de atención al inmigrante», como las de la Comunidad de Madrid, de la Generalitat catalana, Navarra, etc. Estas guías se encuentran también en catalán, árabe, inglés, francés, polaco, rumano, chino, filipino, portugués e italiano⁵⁻⁷. Su filosofía es la de integrar a los inmigrantes en el Sistema Nacional de Salud y no crear servicios específicos para extranjeros, que sólo servirían para estigmatizar a este colectivo y crear guetos.

Nadie discute el derecho a la asistencia sanitaria y educativa de los inmigrantes, pero, para ello, se necesita una financiación adicional, puesto que el impacto de la inmigración se puede considerar regionalmente asimétrico, ya que afecta mucho sólo a unas pocas comunidades. La Comunidad de Madrid se encuentra entre las más afectadas^{8,9}.

Quizás el hecho político más relevante de la legislatura anterior haya sido la culminación de las transferencias sanitarias a todas las comunidades autónomas a partir del 1 de enero de 2002, pero en ellas no se contemplan los gastos sanitarios que han supuesto los movimientos migratorios^{10,11}.

Material y métodos

Se ha analizado el embarazo y el parto en 264 madres africanas, 2.008 americanas, 258 europeas y 229 orientales, y se ha comparado con los de 3.990 madres españolas. Todas han sido asistidas en el Hospital Clínico «San Carlos» (HCSC) de Madrid. En total, han sido 6.749 las madres controladas que han tenido hijos sanos, y han permanecido junto a ellas desde el nacimiento hasta el alta puerperal.

Resultados

Paridad

La paridad de las gestantes inmigrantes asistidas en el HCSC supone casi el 50% de los nacimientos de este centro y, según

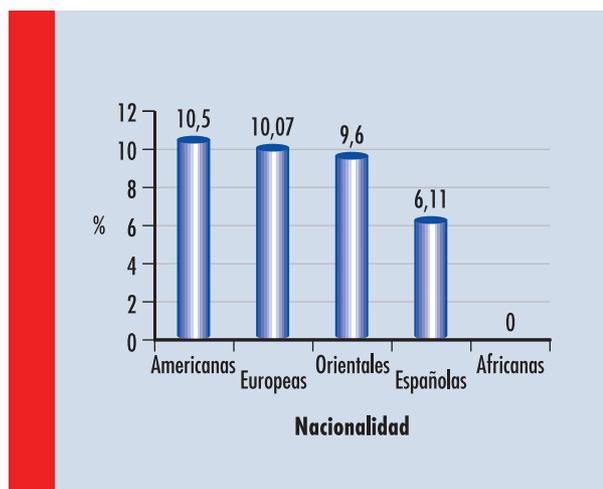


Figura 1. Madres con hijos de pareja anterior

los cálculos, en pocos años la población inmigrante supondrá el 10% de la población española; dicha paridad en mujeres inmigrantes ha supuesto la subida del índice de natalidad a un 1,26, tendencia que sigue ascendente desde 1998³.

Con el objetivo de precisar un poco más su fecundidad, las gestantes fueron encuestadas para determinar por cuántas primíparas, secundíparas o multíparas estaba formada la serie y compararla con la situación de las españolas. El reparto porcentual se muestra en la tabla 1. Como se observa, el 53,61% de todas estas madres eran primíparas, el 34,67% secundíparas, el 8,65% tercíparas y el 3,07% con cuatro hijos o más.

El porcentaje más alto de primíparas corresponde a las europeas (82,17%), seguidas de las españolas (59%), las americanas (44,37%), las orientales (40,61%) y las africanas (con sólo un 25% de primíparas).

Salvo entre las africanas asistidas en la maternidad del HCSC, que son en un 62,5% secundíparas, en el resto de las nacionalidades, incluidas las españolas, el porcentaje de secundíparas, tercíparas y cuadríparas baja sustancialmente a medida que aumenta la paridad (tabla 1).

Dado el porcentaje de parejas más o menos estables, se analizó cuántas de estas madres habían tenido algún hijo con otra pareja anterior. Los resultados se muestran en la figura 1.

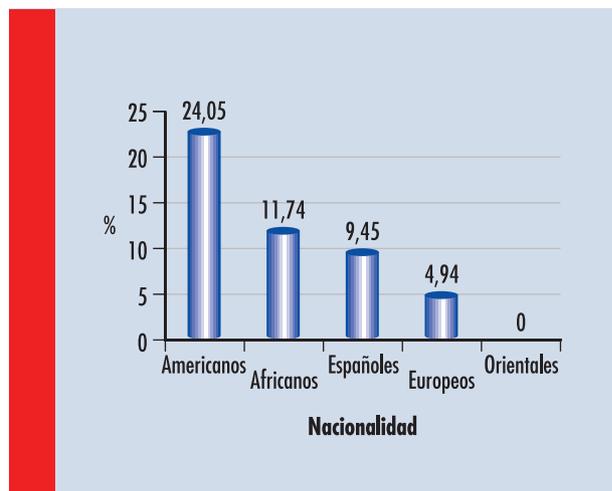


Figura 2. Padres con hijos de pareja anterior

Las cifras obtenidas pueden llamar mucho la atención, aunque si tenemos en cuenta el tiempo que estas mujeres llevan en España, que muchas de ellas dejan hijos en su país de origen y que cuando sus condiciones de vida aquí mejoran tratan de traer al resto de la familia, hijos, hermanos, etc., podría ser que en este tiempo hayan cambiado de pareja y tenido más descendencia.

En este sentido, las españolas sólo en un porcentaje de un 6,11% han tenido algún hijo con una pareja anterior a la actual, mientras que ninguna de las africanas encuestadas tiene hijos de otra pareja anterior, lo cual puede atribuirse a sus condicionamientos socioculturales y religiosos; en el resto de las nacionalidades, el 10% ha tenido algún hijo anterior al actual, con una diferencia significativa ($p < 0,001$) entre ellas.

Curiosamente, con los padres de los recién nacidos asistidos en el servicio de neonatología las cosas suceden de forma distinta (figura 2). En este caso, el porcentaje de padres con hijos anteriores y de otra pareja (12,74%) también muestra diferencias significativas ($p < 0,001$) entre las distintas nacionalidades, y supera en más de 5 puntos al de madres con hijos anteriores de otra pareja (7,45%); como el padre lleva más tiempo en nuestro país que la madre, se podría recurrir de nuevo al mismo argumento anterior: el padre deja en su país de origen a sus hijos, mujer, etc., y hasta que se ha establecido de alguna manera en España, puede haber tenido otra pareja y haber tenido descendencia de nuevo.

Los padres españoles se encuentran en una situación intermedia entre el resto de nacionalidades. El 9,45% tiene algún hijo anterior, dato que no deja de ser llamativo y que, hace unos años, tanto entre los padres como entre las madres, era más difícil de asimilar; sin embargo, en la actualidad, estas cifras son más comprensibles al cambiar las condiciones socioeconómicas, culturales, laborales y morales de nuestra sociedad.

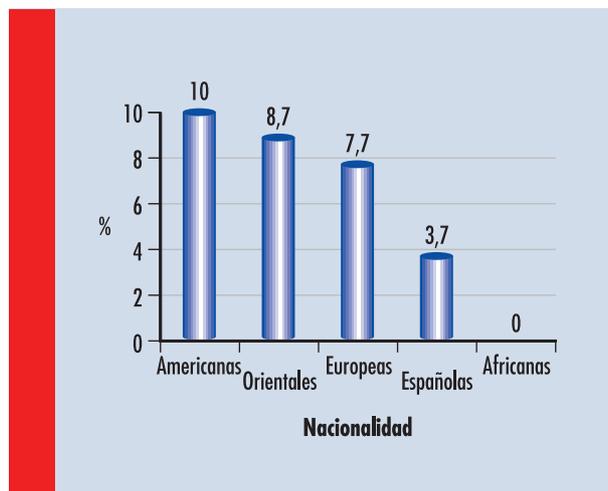


Figura 3. Interrupciones voluntarias del embarazo practicadas

Embarazo

Aunque un 9,2% de las mujeres inmigrantes no ha controlado su gestación y un 4,3% lo ha hecho de forma escasa, estos porcentajes van disminuyendo debido a una mejor y mayor información y gracias a la edición de las «Guías de atención al inmigrante», entre ellas, la de la Comunidad de Madrid, en las que se explican a las gestantes inmigrantes los medios sanitarios, asistenciales y sociales de los que pueden disponer para disfrutar de una maternidad saludable con los controles en sus centros de salud correspondientes^{4,5}.

Prácticamente el 90% de los embarazos ha sido considerado como normal al ingreso en el hospital o a la vista de los resultados obtenidos tras el parto y al nacimiento de un recién nacido sano.

Al ser las españolas las mejor controladas durante el embarazo, como es lógico, es en este colectivo en el que se han descubierto más enfermedades; aun así, en el Servicio de Neonatología del HCSC no han ingresado grandes malformaciones o alteraciones cromosómicas porque, hoy en día, gracias a la fiabilidad del diagnóstico prenatal desde épocas muy tempranas de la gestación, estos casos acaban en una interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Las IVE han sido practicadas en el embarazo o en embarazos anteriores en el 10% de las americanas, en el 7,7% de las europeas, en el 3,74% de las españolas y en el 8,69% de las orientales, frente a las africanas, a quienes no se les ha practicado (figura 3). Estos porcentajes nos parecen elevados, y posiblemente las cifras sean todavía más altas, pero es un dato muy confidencial que no suele revelarse si no se hace una historia personalizada y muy precisa.

Ganancia de peso

En cuanto a la ganancia de peso en el embarazo, se ha comprobado que en todas las nacionalidades se ha sobrepasado la ga-

TABLA 2

Peso medio ganado durante el embarazo por nacionalidades

Nacionalidad	Ganancia de peso
Africanas	12,8 ± 5,2
Americanas	11 ± 7,4
Españolas	11,7 ± 4,1
Europeas	14,1 ± 5,4
Orientales	11,7 ± 4,9
Peso medio	12,2 ± 5,4

TABLA 3

Media de visitas realizadas según la nacionalidad

Nacionalidad	Media de visitas
Africanas	5
Americanas	4
Españolas	7
Europeas	6
Orientales	5

TABLA 4

Número medio de análisis de sangre y orina y de la medición de la presión arterial

Nacionalidad	Sangre	Orina	Presión arterial
Africana	3	3	5
Americana	3	3	4
Española	4	4	7
Europea	4	4	6
Oriental	3	3	5

TABLA 5

Porcentaje de abortos y fetos muertos anteparto del total de madres encuestadas

Nacionalidad	n	Abortos (%)	Fetos muertos (%)
Africana	264	2,16	1
Americana	2.008	7,3	2,4
Española	3.990	5,4	1,2
Europea	258	2,1	1
Oriental	229	1,8	1,3

control ideal del embarazo, pero del que tampoco deben distar mucho al ser consideradas normales el 90% de estas gestaciones.

Ecografía

Otro control que se efectúa cada vez con más frecuencia es la ecografía durante el embarazo. Se han realizado, por término medio, 3 ecografías a cada embarazada, al comienzo, a la mitad y casi al final de la gestación; es un procedimiento que en manos expertas es de gran ayuda diagnóstica y de control a lo largo del embarazo.

Tipo de gestación

En cuanto al tipo de gestación con feto único, gemelar o múltiple, sólo entre las españolas hubo un 2% de embarazos gemelares y un 0,6% de triples, pero no hay que olvidar que el HCSC es un centro terciario al que son enviadas gestaciones que pueden resultar problemáticas desde otras áreas sanitarias e incluso desde otras provincias limítrofes. No hubo gestaciones gemelares entre africanas, americanas y orientales, pero sí entre las europeas.

En la tabla 5 se muestra el porcentaje de abortos y fetos muertos anteparto del total de madres encuestadas. Llamen la atención las altas cifras de abortos presuntamente espontáneos entre las americanas y las españolas, dato que guarda cierta correspondencia con el número de fetos muertos intraútero por encima de las 20 semanas y hasta el momento del parto. El resto de nacionalidades se mueve en cifras muy similares.

Aportar esta serie de datos comparativos es relevante desde el punto de vista epidemiológico perinatal para comprender mejor a la población inmigrante y para establecer normas de actuación y mejorar su asistencia desde los aspectos sanitarios, tanto primarios como hospitalarios.

Horas de ingreso anteparto

El tiempo que permanece la embarazada en la maternidad antes de dar a luz es muy similar para todas (tabla 6), oscilando entre las 30 y 36 horas, lo que supone que la mujer intuye que el parto ha comenzado y se desplaza de su domicilio al hospital para ser atendida. No se han incluido las mujeres con amenazas de parto prematuro, que a veces se pasan semanas ingresadas en las salas de alto riesgo.

nancia de 9-11 kg recomendada por los obstetras. El peso medio ganado se muestra en la tabla 2. Las madres que más engordaron fueron las europeas, las que menos las americanas, y las españolas se mantuvieron en el punto medio. Hay diferencias significativas ($p < 0,001$) en la ganancia de peso medio para africanas, americanas y europeas frente a las españolas.

Además del peso, en las consultas realizadas durante el embarazo, se controla la presión arterial casi de manera rutinaria y se efectúan análisis de sangre y orina. En la tabla 3 se indica la media de visitas realizadas por las distintas nacionalidades. Las españolas, como es lógico, efectúan más consultas durante el embarazo, pero, aun así, lo ideal sería una vez por mes y tantas veces como aconseje el obstetra según la marcha del embarazo.

Respecto a la presión arterial (tabla 4), se puede deducir que se toma en todas las consultas como procedimiento barato de control, al igual que la medición del peso, mientras que el número de análisis de sangre y orina está por debajo del número de los controles anteriores y del total de visitas.

Éstos son los datos encontrados entre las madres que acuden al Hospital Clínico, que seguramente no cumplen con el

TABLA 6

Horas de ingreso de parto

Nacionalidad	n	X ± DE
Africana	264	36 ± 7
Americana	2.008	30 ± 7
Española	3.990	34 ± 6
Europea	258	31 ± 6
Oriental	229	31 ± 4

TABLA 7

Horas de bolsa rota anteparto

Nacionalidad	n	X ± DE
Africana	264	2 ± 2,8
Americana	2.008	4 ± 8
Española	3.990	9 ± 5
Europea	258	7 ± 13
Oriental	229	3 ± 6

Las horas de ingreso anteparto en el hospital muestran diferencias estadísticamente significativas (p <0,001) entre las distintas nacionalidades y la española.

Horas de rotura de bolsa anteparto

Las españolas son las que permanecen más tiempo con la bolsa rota anteparto (tabla 7), con una diferencia estadísticamente significativa (p <0,001), seguidas de las europeas. La mayoría de las veces no supone un riesgo infeccioso para el feto, dado que el número de tactos vaginales, una vez rota la bolsa, se reduce al mínimo.

Tipo de parto

El tipo de parto se recoge en los partes diarios de paritorio que rellena el equipo de guardia de obstetricia, y el resultado en estos tres años ha sido porcentualmente el reflejado en la tabla 8. El 64,44% de todos los partos fue eutócico, siendo las orientales las que más partos eutócicos tuvieron (74,67%), seguidas de las europeas (72,09%), africanas (67,80%), americanas (66,38%) y, por último, las españolas, con el porcentaje más bajo (62,15%).

Las espátulas, como procedimiento extractor para aliviar el expulsivo, han comenzado a utilizarse en la maternidad del HCSC recientemente, con la llegada de especialistas formados

en otras escuelas obstétricas. Es un procedimiento sencillo en manos experimentadas y no precisa los requisitos de un fórceps para su aplicación. Los porcentajes de utilización todavía son bajos, pero se irán incrementando, como es lógico, a medida que pase el tiempo y los médicos en formación aprendan la técnica.

El procedimiento extractor en nuestra maternidad por excelencia es el fórceps, que, en conjunto, se aplicó al 15,23% de los 6.749 partos. En este caso, se utilizó en el 16,39% de españolas, el 16,28% de las europeas, el 13,34% de las americanas, el 13,25% de las africanas y sólo en el 12,66% de las orientales.

La ventosa, otro procedimiento extractor de la cabeza fetal, se ha empleado en el 0,04% de todos los partos, es decir, en una mínima cantidad de ocasiones, y eso a pesar de que el HCSC es un hospital eminentemente docente. Esto se debe a que, en un principio, no se tuvo buena experiencia con esta técnica y los neonatólogos alertaron a los obstetras de problemas de adaptación neurológica en los recién nacidos, por lo que su utilización fue desplazada por la del fórceps, que se emplea con facilidad, experiencia que depende de las escuelas de obstetricia.

El porcentaje de cesáreas en los últimos años ha ido en aumento gracias a la monitorización bioeléctrica y bioquímica del recién nacido, que detecta con prontitud la pérdida de bienestar fetal, y —por qué no decirlo— como consecuencia de la «medicina defensiva»; asimismo, los partos con presentación de nalgas se resuelven, en su inmensa mayoría, con este procedimiento. La cesárea ha supuesto un 18,40% de los 6.749 partos. Por nacionalidades (figura 4), un 18,82% de los partos de madres españolas fue mediante cesárea, porcentaje sólo superado por las americanas, con un 19,57%. A las africanas se les practicó en un 17,42%, a las orientales en un 11,35% y a las europeas en un 10,07%, representando éste el porcentaje más bajo.

El porcentaje de partos gemelares asistidos por vía vaginal al producirse las condiciones idóneas para ello fue del 1,43% de los partos. Curiosamente y sin que se sepa a qué atribuirlo, ni entre las europeas ni entre las orientales hubo partos gemelares por vía vaginal; fue al 2,05% de las españolas a quienes se asistió un parto gemelar por vía vaginal, seguidas de las africanas y las americanas.

TABLA 8

Tipo de parto según la nacionalidad

Nacionalidad	n	Eutócico	Espátula	Fórceps	Cesárea	Gemelar	Nalgas	Ventosa
Africana	264	67,80	0	13,25	17,42	1,51	0	0
Americana	2.008	66,38	0,10	13,34	19,57	0,55	0,05	0
Española	3.990	62,15	0,40	16,39	18,82	2,05	0,10	0
Europea	258	72,09	0,77	16,28	10,07	0	0,77	0,7
Oriental	229	74,67	0,87	12,66	11,35	0	0,43	0
Total	6.749	64,44	0,32	15,23	18,40	1,43	0,12	0,04

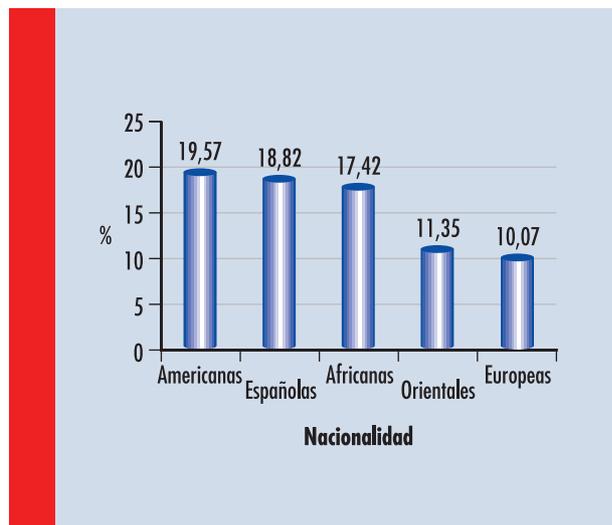


Figura 4. Cesáreas

Un parto que se está dejando de asistir por vía vaginal, si no se dan unas condiciones muy idóneas (madre múltipara que acepte el riesgo que supone su realización incluso por manos experimentadas), es el parto de presentación podálica o el de nalgas, que ha sido sustituido por la cesárea en la gran mayoría de los equipos de guardia.

Son tan pocos los partos de nalgas asistidos por vía vaginal que la lección sobre la asistencia del parto de nalgas dentro del programa de obstetricia cada día es más resumida, y el temor de muchos directores de escuelas obstétricas es que el médico en formación acabe sin haber asistido a un solo parto de nalgas.

Tipo de anestesia

El 100% de las embarazadas, según la encuesta realizada por el Dr. T. Alonso, tiene miedo al parto y el 13% mucho miedo, fundamentalmente si son primíparas. Hoy en día, conociendo la existencia de una analgesia eficaz y de un mínimo riesgo, la gestante llega al parto con menos temor^{12, 13}.

En el HCSC, la anestesia se ofrece a todas las mujeres, y en el periodo de estudio sólo la rechazaron 21 embarazadas, todas múltiparas, con experiencia en este dolor, que algunas incluso consideran gratificante.

En la tabla 9 se muestra el reparto porcentual de las analgesias y anestésicos (general) aplicadas según la nacionalidad. Los porcentajes no suman el 100% porque la diferencia constituye el porcentaje de parturientas que no recibieron ningún tipo de alivio del dolor durante el parto. Cualquier hospital que alcance estas cifras puede sentirse orgulloso de haber conseguido el objetivo propuesto por la sanidad comunitaria de ofrecer a las parturientas una analgesia en el momento del parto.

Destaca con claridad la utilización de la analgesia epidural, de la que las españolas han sido las más beneficiadas (75%), frente a las orientales, por ejemplo, de las que sólo el 30% la recibieron, posiblemente por falta de entendimiento por su parte de la oferta que se les hacía, ya que con estas mujeres, por dificultades del idioma, es difícil establecer conexión. El resto de nacionalidades se ha movido en una banda intermedia del 57 al 60%.

También se ha recurrido pocas veces a la anestesia general, en gran medida porque ha fallado la epidural o porque el anestesista y el obstetra preferían la anestesia general frente a la epidural. En cualquier caso, en la tabla 9 se refleja el porcentaje que la recibió según la nacionalidad.

Por anestesia local entendemos la que se administró a la hora de practicar la episiotomía, aplicándose en un alto porcentaje de mujeres. Mientras que a las orientales se les administró analgesia epidural en un bajo porcentaje, al 56,52% se le practicó analgesia locorregional, posiblemente con la finalidad de abreviar el expulsivo.

Los posibles efectos secundarios sobre el feto y el recién nacido no son ostensibles ni en el momento del parto ni en los días de permanencia en la maternidad; únicamente hemos podido observar que algunos recién nacidos tardan algo más en coger el pecho en el posparto inmediato, hallazgo que puede estar relacionado con lo encontrado por otros autores sobre la recuperación del tono normal en el recién nacido¹³.

Discusión

Una vez promulgada la Ley de Extranjería¹⁴, Ley Orgánica 8/2000, la más completa de Europa, se garantiza la asistencia médica a las embarazadas, los recién nacidos y los menores de 18 años inmigrantes, pero, por razones humanitarias, cubre también al resto de los inmigrantes que llegan a las urgencias

Nacionalidad	n	Epidural	Raquianestesia	Local	General	Total
Africanas	264	59,09	0	36,36	0	95,95
Americanas	2.008	60,54	2,72	25,85	4,08	93,19
Españolas	3.990	75,08	4,15	16,95	1,38	97,56
Europeas	258	57,69	11,53	19,23	7,69	96,14
Orientales	229	30,43	0	56,52	4,34	91,29
Total	6.749					

españolas, donde se les atiende y desde donde se les ingresa si es necesario.

Los inmigrantes legales, con permiso de residencia, puesto de trabajo y visado en regla y que, por tanto, cotizan en la Seguridad Social son, a todos los efectos de salud, como los españoles. El problema reside en el colectivo de inmigrantes ilegales, sin papeles, que trabajan sin seguridad social y que necesitan asistencia sanitaria, porque son los que suponen la verdadera carga económica en la sanidad de la comunidad autónoma, al no estar este gasto contemplado como un capítulo adicional en las transferencias¹⁵. Una vez que se controle o limite la entrada de ilegales en el país —si es que eso ocurre algún día—, este problema se reducirá o desaparecerá, cosa poco probable. Para ello, el Gobierno tendría que tomar medidas como controlar a las mafias que los explotan, controlar los procedimientos de entrada (patera, polizones en barcos, bajos de camiones, aeropuertos, etc.), los visados de turistas y los matrimonios de conveniencia, premiar con el permiso de residencia al que denuncie a las mafias, expulsar de forma inmediata al que cometa algún delito, vigilar las costas, intensificar los procedimientos de identificación, vigilar las cartas de invitación falsas, no facilitar la reagrupación familiar excesiva, controlar los empadronamientos, etc. Todas estas medidas defienden la acogida generosa de los inmigrantes legales que quieren trabajar y deseen compartir los mismos derechos y obligaciones que los autóctonos, pero dificultan la inmigración ilegal, que es la que presuntamente causa alteraciones en la situación laboral y social y que con frecuencia aboca a estos colectivos a la marginalidad.

Conclusiones

Más de la mitad de las madres asistidas son primíparas y sólo un 3% tiene 4 hijos o más, sobre todo las sudamericanas y europeas, y en conjunto el 8% ha tenido algún hijo con una pareja anterior.

Las que mejor han controlado el embarazo han sido las españolas. Un 10% de las extranjeras inmigrantes no han controlado su gestación. Las españolas ingresaron con más antelación y estuvieron con bolsa rota más tiempo antes del parto.

El promedio de cesáreas en los 3 años de estudio fue del 18%, y de fórceps, un 15%. La anestesia más empleada fue la epidural, oscilando desde el 30% de las orientales al 75% de las españolas. ■

Bibliografía

1. Ocho de cada diez nuevas personas empadronadas son extranjeras. Nacional. ABC. Consultado el 6-8-2003; p. 21.
2. Instituto Nacional de Estadística. Casi el 12% de la población de España será extranjera en el 2010. Norte de Castilla. Consultado el 13-9-2003; p. 23.
3. Amadeu, A. España gracias a los inmigrantes es el país de la UE con mayor incremento de la natalidad. ABC. Consultado el 11-1-2003; p. 46.
4. Guía de autocuidados para las mujeres inmigrantes, 2.ª ed. Comunidad de Madrid, 2002.
5. Alonso A, Hueriga H, Morera J. Guía de atención al inmigrante. Novartis, Ergón, 2003.
6. Garay J, Fernández C, García M. La Atención Primaria de Salud ante la población inmigrante. Fundación CESM y Comunidad de Madrid, 2002.
7. Estévez J. La asistencia a inmigrantes debe ir en el fondo general. El Observador. Consultado el 29-11-2002; p. 4.
8. Barrio A. El Gobierno agilizará los trámites para que los inmigrantes consigan sus papeles. El Mundo. Consultado el 2-11-2002; p. 14.
9. Álvarez M. Sólo un tercio de los 610.744 inmigrantes en la Comunidad de Madrid está dado de alta en la Seguridad Social. ABC. Consultado el 6-9-2003; p. 35.
10. Navarro A. La legislatura de las transferencias. Tribuna. Noviembre de 2002.
11. Inmigración y Sanidad. El Observador (editorial). Consultado el 29-11-2002; p. 4.
12. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Conclusiones de grupo del trabajo sobre atención al parto de nalgas (9-2-2001).
13. Alonso T. Analgesia y anestesia en el parto. Boletín de la SEGO. 2000; 11: 12-18.
14. Ley Orgánica 8/2000 de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España (22-12-2000). Boletín Oficial del Estado. 307.
15. Alonso Chacón P. Valoración epidemiológica, perinatal y del crecimiento fetal de los hijos de inmigrantes nacidos en el Hospital Clínico «San Carlos» de Madrid. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 14 de abril de 2004.