



Salud perinatal de la población migrante

Migrant population and perinatal health

Dolores Raimondi¹, Cecilia Rey¹, María Testa¹, Evelyn Camoia¹, Agustina Torreguitar¹, Javier Meritano²

Resumen

Introducción: la cantidad de migrantes extranjeros tiende a crecer. La situación de los residentes fuera de su propio país es compleja y genera un impacto en el sistema público de salud. El objetivo del trabajo fue analizar el riesgo perinatal de las madres migrantes y de sus recién nacidos en comparación con las madres argentinas nativas y sus recién nacidos.

Métodos: estudio de cohortes que incluyó a 2.000 madres y sus recién nacidos (1.000 migrantes y 1.000 nativos) asistidos en una maternidad pública.

Resultados: las madres nativas presentaron mayor proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer (9,9% contra 5,3; $p < 0,01$), primigestas (42% contra 37%; $p = 0,012$) y embarazo adolescente (6% contra 1,3%; $p < 0,001$). Las mujeres migrantes presentaron mayor proporción de embarazos mal controlados (21,7% contra 13,4%; $p < 0,01$), serología positiva para Chagas (3,2% contra 0,4%; $p < 0,01$) y recién nacidos que requirieron luminoterapia (20,5% contra 14,3%; $p = 0,04$).

Conclusión: en este estudio, las madres argentinas presentaron mayor proporción de recién nacidos de bajo peso al nacer, primigestas y embarazo adolescente, mientras que las mujeres migrantes presentaron mayor proporción de serología positiva para Chagas, déficit en los controles del embarazo y luminoterapia en sus recién nacidos.

Palabras clave: ATENCIÓN PERINATAL
MIGRACIÓN INTERNACIONAL
RECIÉN NACIDO DE BAJO PESO

Introducción

Actualmente se considera la migración como uno de los principales temas de la agenda mundial: cerca de 192 millones de personas viven fuera de su país de origen, lo cual representa alrededor del 3% de la población mundial⁽¹⁾. Definimos migrante a aquel que cambia de residencia, sea de forma permanente o semipermanente, sin importar la distancia, y que implica un destino, un origen y una serie de obstáculos⁽²⁾. La proporción de migrantes internacionales tiende a crecer, lo que representa un desafío para las sociedades, los gobiernos, los servicios de salud y los organismos internacionales⁽³⁾.

La situación de los residentes fuera de su propio Estado es compleja pues, además de las dificultades que deben sobrellevar a causa de las diferencias de idioma, costumbres y cultura⁽⁴⁾, viven casi siempre en una situación socioeconómica desfavorable y en un ambiente potencialmente discriminatorio y hostil⁽⁵⁾.

Numerosas investigaciones internacionales ponen en evidencia esta condición de vulnerabilidad de la población migrante; esto origina una problemática social y sanitaria compleja, con fuertes desafíos para los servicios de salud. En Italia se ha demostrado que el riesgo de parto prematuro en los inmigrantes es significativamente mayor ($p = 0,015$)⁽⁶⁾ y en España se observó que la prevalencia de nacimientos de madre adolescente fue tres a cinco veces mayor en las inmigrantes que en las mujeres españolas⁽⁷⁾. Las mujeres inmigrantes de los países europeos presentan una clara desventaja para todos los resultados considerados: 43% más riesgo de bajo peso al nacer, 24% de parto prematuro, 50% de mortalidad perinatal y 61% de malformaciones congénitas⁽⁵⁾.

Teniendo en cuenta el alto porcentaje de población migrante internacional asistida en el sistema público de salud argentino⁽³⁾ y careciendo de estudios en el país, decidimos realizar este trabajo a fin de evaluar si las mujeres migrantes y sus recién nacidos presentan mayor riesgo perinatal que las argentinas nativas y sus recién nacidos.

1. Clínica Pediátrica, Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde", Buenos Aires.
2. Unidad de Neonatología, Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá (HMIRS), Buenos Aires.
Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.
<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.213>
Recibido: 5-9-2012 Aceptado: 12-1-2013
Arch Argent Pediatr 2013;111 (3):213-17.

Población, materiales y métodos

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, analizando la población asistida en el Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá (HMIRS) durante el año 2009, que incluyó a madres de población migrante internacional y sus recién nacidos, y madres argentinas nativas y sus recién nacidos. Se excluyeron los embarazos no controlados en la institución debido a la carencia de datos en la historia clínica, y también a los recién nacidos con malformaciones congénitas mayores.

El tamaño muestral se calculó en 2.000 sujetos (1.000 argentinas y 1.000 migrantes internacionales), basándose en la incidencia de recién nacidos de bajo peso (< 2.500 g); se aceptó para los nativos la estimación nacional (7,2%)⁽⁸⁾ y para los migrantes internacionales una cifra un 50% mayor (12%), considerando un poder de 80% y un error alfa de 5%.

Se utilizó el libro de registro de partos del HMIRS correspondiente al año 2009; se seleccionaron los casos en forma sucesiva y, por cada uno de ellos, el siguiente paciente nacido que perteneciera al grupo de control. Se accedió a las historias clínicas de las madres y los recién nacidos, de las que se obtuvieron los datos necesarios para la investigación.

Siendo la variable de predicción la nacionalidad materna, el resto de las variables consideradas fueron:

- En el recién nacido: peso al nacer, edad gestacional (por orden de prioridad se tomó en primer lugar la fecha de la última menstruación, ecografía precoz y método de Capurro), puntaje de Apgar a los 5 minutos de vida, días de internación, síndrome de dificultad respiratoria (SDR) y luminoterapia por hiperbilirrubinemia⁽⁹⁾.
- En las madres: edad, estado civil, tipo de parto, paridad, hipertensión arterial, serología positiva para toxoplasmosis, Chagas, VDRL, virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), diabetes gestacional⁽¹⁰⁾ y colestasis hepática⁽¹¹⁾.

Consideraciones éticas

Se solicitó y obtuvo autorización del Comité de Ética en Investigación del HMIRS. Toda la información se registró disociada de los datos filiatorios para preservar la identidad de los involucrados.

Análisis estadístico

Los datos se describen por media y desviación estándar (mediana e intervalo intercuartílico cuando la distribución no se ajustó a la normalidad) y proporciones con sus respectivos intervalos de confianza del 95%. Se utilizaron las pruebas de Student para muestras indepen-

dientes para la comparación de las medias y de Mann-Whitney para la comparación de las medianas. Para valorar las diferencias entre proporciones se empleó la prueba de la χ^2 . Las diferencias a nivel $p < 0,05$ se consideraron significativas. Se calculó el riesgo relativo y su intervalo de confianza de 95%. Para el análisis estadístico se utilizaron los programas Epi Info 2002 y Epidat 3.7.

Resultados

Se analizaron los datos de 2.000 madres y sus recién nacidos (1.000 nativas y 1.000 migrantes). La población migrante estudiada provenía de Bolivia (56%), Paraguay (28%), Perú (14%) y otros países (2%).

No se encontraron diferencias entre los recién nacidos de madres nativas y migrantes en relación con el peso al nacer, los días de internación y la proporción de pacientes con peso < 1.500 g, Apgar a los 5 minutos < 5 puntos o presencia de dificultad respiratoria. Los recién nacidos con malformaciones congénitas mayores excluidos del estudio fueron 16 (9 de los hijos de madres nativas y 7 de los hijos de madres migrantes).

Los hijos de madres nativas presentaron mayor proporción de peso al nacer < 2.500 g (9,9% contra 5,3%; $p < 0,001$) y de edad gestacional < 37 semanas (16,6 contra 9,6; $p < 0,01$), y menor proporción de requerimiento de luminoterapia (14,3% contra 20,5%; $p = 0,04$) (tablas 1 y 2).

En relación con las madres, no se hallaron diferencias entre ambos grupos en hipertensión, serología positiva para toxoplasmosis, VDRL, VHB o VIH, diabetes gestacional o colestasis hepática. Las madres migrantes presentaron significativamente menos embarazo adolescente (edad materna menor de 17 años) (1,3% contra 6%; $p < 0,01$) y menor proporción de primigestas (42% contra 37,2%, $p = 0,012$) (tabla 1). En cuanto al estado civil, mostraron mayor proporción de uniones estables (43,4% contra 50,6%; $p < 0,01$), mientras que entre las nativas hubo mayor proporción de solteras (sin pareja estable) (43,8% contra 38,6%; $p = 0,03$).

A su vez, las madres inmigrantes presentaron mayor proporción de embarazos mal controlados (13,4% contra 21,7; $p < 0,01$) y de serología positiva para Chagas (0,4% contra 3,2%; $p < 0,01$) (tabla 3).

Discusión

El número de migrantes internacionales ha pasado de una cifra estimada de 75 millones de personas en 1960 a 191 millones de personas en 2005⁽¹²⁾. Históricamente, la migración de mujeres ha sido un importante componente de la migración internacional. Las estimaciones de la migración internacional por sexo muestran una

Tabla 1. Características generales de la población estudiada

	Total (n=2.000)	Nativas (n=1.000)	Migrantes (n=1.000)	p
Edad materna (años)*	25,2 ± 6,5	24,7 ± 6,6	25,8 ± 6,3	0,14
Primigestas	766 (38,3%)	420 (42%)	372 (37,2%)	0,012
Parto vaginal (%)	1.492 (74,6%)	760 (76%)	740 (74%)	0,32
Edad gestacional (semanas)	39,2 ± 2,1	38,5 ± 2	39,2 ± 2,2	0,02
Peso (gramos)*	3.304 ± 589	3.222 ± 590	3.387 ± 560	0,09

*Media ± DE

Tabla 2. Resultados neonatales

	Nativas (n= 1.000)	Migrantes (n= 1.000)	RR (IC 95%)	p
Peso < 2.500 g*	99 (9,9)	53 (5,3)	0,53 (0,3-0,7)	< 0,001
Peso < 1.500 g*	14 (1,4)	14 (1,4)	1 (0,47-2)	0,57
Edad gestacional < 37 sem*	166 (16,6)	96 (9,6)	0,57 (0,40-0,69)	< 0,01
Apgar a los 5 minutos < 5*	3 (0,3)	3 (0,3)	1 (0,47-2)	0,57
Días de internación#	3,4 (2,5)	3,5 (3,5)	1,02 (0,58-2,1)	0,46
Luminoterapia*	143 (14,3%)	205 (20,5%)	1,43 (1,2-2,4)	0,04
Dificultad respiratoria*	38 (3,8)	33 (3,3)	0,86 (0,33-2,3)	0,49
Mortalidad (n)	8	9	1,12 (0,44-2,33)	0,8

*n (%) # Media ± DE

alta proporción de mujeres y niñas en el volumen global de migrantes a lo largo del tiempo: en 1960, las mujeres constituían cerca del 47% de los migrantes internacionales, y llegaron al 48% en 1990 y a casi el 49,6% en 2005.

Los determinantes del estado biológico de las madres están relacionados con el estado nutricional, la edad y su vida reproductiva, la presencia de determinadas infecciones, y con algunos hábitos, como el tabaquismo o el consumo de alcohol. Los determinantes del estado emocional están muy relacionados con situaciones de desigualdad que generan estrés psicosocial: desigualdad económica, desigualdad de género y, en sociedades multiétnicas, desigualdad por origen.

Dado que los movimientos migratorios son una problemática presente en nuestros servicios, nos planteamos estudiar cómo el hecho de ser migrante influye en la salud perinatal. Diversas publicaciones muestran resultados desfavorables para la población migrante cuando se la compara con la población nativa. La mayoría de las

investigaciones no fueron realizadas en contextos latinoamericanos.

Los resultados del presente estudio difieren en varias de las condiciones estudiadas.

No encontramos diferencias significativas en las variables edad materna, vía de parto, peso promedio, días de internación, Apgar a los 5 minutos y SDR; en cambio, hallamos más recién nacidos de bajo peso (< 2.500 g) en la población de mujeres argentinas; estos resultados no coinciden con las conclusiones de la bibliografía revisada⁽⁵⁻⁷⁾. Una de las causas descritas en la bibliografía consultada es que la proporción de mujeres nativas que fuman es cinco veces mayor que en la población boliviana⁽¹³⁾, hecho que podría contribuir al bajo peso al nacer en los hijos de madres nativas. La mayor prevalencia de embarazo adolescente en esta población podría corresponderse también con el bajo peso al nacer. El porcentaje de recién nacidos menores de 37 semanas fue del 13,1% (dato que coincide con las estadísticas de la maternidad)⁽⁸⁾, teniendo las argentinas una mayor proporción con respecto a las migrantes, lo cual también expli-

Tabla 3. Resultados maternos

	Nativas (n= 1.000)	Migrantes (n= 10.00)	RR (IC 95%)	p
Estado civil				
Solteras	468 (46,8)	386 (38,6)	0,82 (0,45-2,5)	0,03
Casadas	96 (9,6)	106 (10,6)	1,1 (0,48-2,44)	0,5
Unión estable	434 (43,4)	506 (50,6)	1,16 (0,5-2,89)	< 0,01
Edad < 17 años	60 (6)	13 (1,3)	0,2 (0,11-0,27)	< 0,01
Control <5	134 (13,4)	217 (21,7)	1,61 (1,08-2,9)	< 0,01
Hipertensión gestacional	67 (6,7)	41 (4,1)	0,6 (0,2-1,3)	0,15
Serología Chagas positiva	4 (0,4)	32 (3,2)	7,2 (1,6-30)	< 0,01
n (%)				

ca el mayor bajo peso al nacer⁽¹³⁾. Este dato es relevante al ser un indicativo del grado de desarrollo prenatal que tendrá consecuencias para el neonato a corto y largo plazo, teniendo a su vez relación directa con la mortalidad neonatal⁽¹⁴⁾.

La población de mujeres argentinas tiene mayor cantidad de embarazo adolescente, lo cual podría explicar la menor edad gestacional y el bajo peso al nacer^(15,16) de sus recién nacidos, independientemente del número de controles prenatales realizados. Constituye un dato importante para la salud pública, y pone de manifiesto la necesidad de continuar estudiando y actuando sobre los múltiples factores asociados al embarazo adolescente, tanto en la comprensión de por qué se embaraza esta población (se describieron motivos individuales, psicosociales y biológicos)⁽¹⁷⁾ como los posibles riesgos asociados a ello para la madre y el hijo. En el grupo de mujeres nativas encontramos, además, mayor proporción de solteras y menor cantidad de uniones estables. Este es otro dato para tener en cuenta, ya que puede estar asociado a la contención emocional de estas madres e influir en los resultados perinatales.

Asimismo, las mujeres migrantes presentan mayor déficit en los controles prenatales. Esta reticencia a acudir a los servicios de salud se puede deber al temor de denuncias en caso de situaciones de irregularidad o por miedo a ser despedidas al ausentarse de su trabajo, ya que en general los horarios de atención médica coinciden con los laborales. Consideramos las diferencias culturales un factor fuertemente relacionado con el menor control prenatal, por el tipo de cuidado propuesto por la medicina moderna en contraposición al cuidado tradicional, hasta diferencias en la percepción y vivencias de los procesos de salud y enfermedad.

A su vez, las mujeres migrantes poseen mayor porcentaje de serología positiva para Chagas, factor probablemente relacionado con su tiempo de estadía en zonas endémicas. También sus recién nacidos tienen más riesgo de presentar hiperbilirrubinemia que requiere tratamiento, diferencia que podría explicarse por el factor racial.

No se pueden sacar conclusiones acerca de los procesos de salud y enfermedad de las familias migrantes sin tener presentes los aspectos socioculturales de cada población, dado que cuentan con un capital social intangible basado en su experiencia personal y su historia familiar en cuanto a la resolución de los problemas de salud⁽³⁾.

Nuestro trabajo presenta como limitaciones desconocer el tiempo de residencia de las madres migrantes en estudio en nuestro país; qué entienden ellas por salud perinatal; si poseen redes de contención (como es sabido que tienen las comunidades bolivianas); las dificultades que deben atravesar, tanto los migrantes como los trabajadores de la salud, para sortear las diferencias de comunicación, de lenguaje y culturales. Esto último es también motivo de preocupación en otros países receptores⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Otra limitación es que no se tuvieron en cuenta los embarazos no controlados en la institución debido a carecer de datos en las historias clínicas, ni población nativa asistida en otros centros de salud que podría pertenecer a diferentes estratos sociales.

Señalamos la importancia de realizar estudios sobre los vínculos entre migración y salud que permitan anticipar los posibles desafíos para la salud pública que se desprendan del fenómeno migratorio, como las modificaciones en los comportamientos de riesgo, el desman-

telamiento de las redes sociales familiares y la conformación de nuevas redes locales en algunos casos.

Sería interesante poder desarrollar, como profesionales de la salud, una visión integral con respecto a la población migrante, dejando a un lado los prejuicios fuertemente instalados en nuestra sociedad. La fusión cultural es una realidad que nos impone generar, en un marco solidario, el espacio y la comprensión necesarios para lograr conjuntamente una transición exitosa⁽²¹⁾.

Conclusión

El riesgo perinatal de las madres nativas, de las migrantes y de sus recién nacidos asistidos en el HMIRS presenta algunas diferencias significativas: las argentinas nativas tienen una mayor proporción de embarazo adolescente, madres solteras, primigestas, recién nacidos de bajo peso al nacer y menores de 37 semanas. Las migrantes presentan mayor proporción de serología positiva para Chagas, déficit en el control del embarazo y necesidad de luminoterapia en los recién nacidos.

El estudio de accesibilidad al sistema de salud, redes de contención social y procesos protectores es fundamental para poder explicar estas diferencias.

Referencias bibliográficas

1. **Organización Internacional para las Migraciones.** A propósito de la migración. Disponible en: <http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/lang/es>. [Acceso: 1-9-2012]
2. **Everett S, Lee E.** A theory of migration. En: Robin Cohen (ed.). *Theories of migration*, An Elgar Reference Collection, Cheltenham, UK; 1996.
3. **Lauo C, Brykman D, Perez A, Rovere M, et al.** Migraciones y salud en el Área Metropolitana Buenos Aires: El Ágora; 2006.
4. **Cortés P.** Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe: derechos humanos, mitos y duras realidades. Santiago de Chile: CEPAL; 2005.
5. **Bollini P, Pampallona S, Wanner P, Kupelnick B.** Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. *Socscimed* 2009;68:452-61.
6. **Sosta E, Tomasoni L, Frusca T, Triglia M, et al.** Preterm delivery risk in migrants in Italy: an observational prospective study. *J Travel Med* 2008;15(4): 243-7.
7. **Río I, Castelló A, Jané M, Prats R, et al.** Indicadores de salud reproductiva y perinatal en mujeres inmigrantes y autóctonas residentes en Cataluña y en la Comunitat Valenciana. *Gac Sanit* 2010;24(2):123-7.
8. **División Estadística, Sistema Informático Perinatal. Departamento Técnico.** HMIRS Estadísticas Sardá 2010. Comparación con los años 2008-2009. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá* 2011;30(3):127-42.
9. **Martínez J.** El real problema del recién nacido icterico. *Nuevas guías de la Academia Estadounidense de Pediatría. Arch Argent Pediatr* 2005;103(6):524-32.
10. **Jovanovic L, Pettitt D.** Gestational Diabetes Mellitus. *JAMA* 2001;286(20):2516-8.
11. **Reyes H.** Review: Intrahepatic cholestasis. A puzzling disorder of pregnancy. *J Gastroenterol Hepatol* 1997;12(3):211-6.
12. **Mora L.** Globalización, migración internacional y división sexual del trabajo. Una mirada desde el género y los derechos reproductivos. *CEPAL* 2007;85:115-44.
13. **Cerutti M.** Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina. Buenos Aires: Latingráfica; 2010.
14. **De Mucio B, Fescina R, Schwarcz A, Garibaldi M, Méndez G.** Regionalización de la atención perinatal. CLAP/SMR-OPS/OMS Mayo. Buenos Aires: MSAL; 2011.
15. **Díaz A, Sanhueza R, Yaksic B.** Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002;67(6):481-7.
16. **Padilla de Gil.** Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. *Rev Sogia* 2000;7(1):16-25.
17. **Pasqualini D, Llorens A.** Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: Una mirada integral. Buenos Aires: OPS/OMS, 2010.
18. **Zuppa A, Orchi C, Calabreze V, Verrillo G, et al.** Maternal and neonatal characteristics of an immigrant population in an Italian hospital. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2010; 23(7):627-32.
19. **Small R, Gagnon A, Gissler M, Zeitlin J, et al.** Women and their pregnancy outcomes postmigration: data from six receiving countries. *BJOG* 2008; 115(13):1630-40.
20. **Río I, Bosch S, Castelló A, López-Maside A, et al.** Evaluación de la mortalidad perinatal en mujeres autóctonas e inmigrantes: influencia de la exhaustividad y la calidad de los registros. *Gac Sanit* 2009;23(5): 403-9.
21. **Aisenstein C.** Inmigración y salud mental materno-infantil. *Perinatal Reprod Human* 2001;15:42-51.

Correspondencia: Dra. Dolores Raimondi.
Correo electrónico: loleraimondi@hotmail.com