



Escuela de Obstetricia y
Puericultura
Campus San Felipe

Prematurez y condición migratoria materna como factor de riesgo en estudios realizados en Iberoamérica. Periodo 2000 - 2020. Una revisión panorámica.

Tesis para optar al grado de Licenciado en Obstetricia y Puericultura.

Profesor Guía
Ana María Silva Dreyer

Estudiantes
Acsa Araya Echeverría
Carol Espinoza Chandía
Paola Fernández Muñoz
Allyson González González
Marlene Muñoz Pérez
Tamara Morales Morales
Dailyn Quiroga Aguirre

San Felipe, diciembre 2020

Dedicada a cada mujer inmigrante que vivió una gestación fuera de su país de origen.

“Abandonar tu hogar, a riesgo de no recuperarlo nunca.

Tener la vida dividida entre dos tierras y convertirse en un puente entre países.”

Índice

| | |
|---|--------|
| 1. Resumen proyecto..... | Pág.5 |
| 2. Capítulo 1: Introducción..... | Pág.6 |
| 3. Capítulo 2: Pregunta de investigación y objetivos..... | Pág.11 |
| 2.1 Pregunta de investigación..... | Pág.11 |
| 2.2 Objetivo general..... | Pág.11 |
| 2.3 Objetivos específicos..... | Pág.11 |
| 4. Capítulo 3: Material y método..... | Pág.12 |
| 3.1 Tipo de revisión..... | Pág.12 |
| 3.2 Protocolo y registro..... | Pág.12 |
| 3.3 Criterios de elegibilidad..... | Pág.13 |
| 3.4 Fuentes de información..... | Pág.13 |
| 3.5 Búsqueda..... | Pág.14 |
| 3.6 Selección de los estudios..... | Pág.14 |
| 3.7 Proceso de recopilación de datos..... | Pág.16 |
| 3.8 Lista de datos..... | Pág.16 |
| 3.9 Riesgo de sesgos en los estudios individuales..... | Pág.17 |
| 3.10 Medidas de resumen y síntesis..... | Pág.17 |
| 3.11 Financiación..... | Pág.18 |
| 3.12 Conflictos de interés..... | Pág.18 |
| 5. Capítulo 4: Resultados..... | Pág.19 |
| 4.1 Resultados descriptivos..... | Pág.19 |
| 4.2 Resultados obtenidos según objetivos de la revisión panorámica..... | Pág.28 |
| 6. Capítulo 5: Discusión y conclusiones..... | Pág.41 |
| 7. Bibliografía..... | Pág.46 |
| Referencias bibliográficas, introducción, método y discusión..... | Pág.46 |
| Referencias bibliográficas revisión panorámica..... | Pág.49 |
| 8. Anexos..... | Pág.53 |

| | |
|---|--------|
| Anexo N° 1: Estrategia de búsqueda..... | Pág.53 |
| Anexo N° 2: Análisis descriptivo..... | Pág.56 |
| Anexo N° 3: Palabras clave señaladas en los estudios revisados..... | Pág.64 |
| Anexo N° 4: Análisis de tendencia de prematurez en los estudios..... | Pág.66 |
| Anexo N° 5: Nacionalidad materna como factor de riesgo para prematurez..... | Pág.70 |
| Anexo N° 6: Factores de riesgo asociados a la prematurez..... | Pág.73 |

RESUMEN PROYECTO

Introducción: La principal preocupación del parto prematuro, es el problema de salud pública que este conlleva, siendo a su vez la principal causa de morbimortalidad neonatal. El nacimiento de un prematuro significa emplear más recursos para mantener la sobrevivencia de este ser, tanto humanos, como costos económicos para el servicio de salud y la familia. A su vez, con el transcurso del tiempo y pese a la diversa información que se tiene sobre las formas de prevenir el parto prematuro, éste sigue siendo un tema recurrente en Chile. Los procesos migratorios son episodios cada vez más frecuentes en nuestro país, con la llegada de personas provenientes de diferentes países de América, principalmente, en donde el mayor porcentaje procede desde Venezuela, Colombia y Haití. Hay diversos estudios sobre prematurez, pero en muy pocos de estos se considera la nacionalidad o procedencia de la madre como un factor sociodemográfico que podría influir en este fenómeno, aun considerando la mayor vulnerabilidad social descrita para esta población. Dado esto, se ha planteado el interés de realizar un estudio que recopile y describa la evidencia científica para responder a la pregunta de la asociación entre los procesos inmigratorios y la prematuridad en Iberoamérica.

Objetivo: Indagar en la evidencia existente respecto a la influencia de los procesos inmigratorios maternos en la prevalencia de la prematurez en Iberoamérica, durante el periodo 2000 - 2020.

Método: El presente estudio es una revisión panorámica, que es una revisión sistemática destinada a responder preguntas amplias de investigación. Se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos para el proceso de selección de estudios, siguiendo los pasos de cribado descritos para revisiones panorámicas por PRISMA, en donde los datos utilizados fueron extraídos manualmente e ingresados a una matriz de análisis Excel. Finalmente, de un total de 177 documentos encontrados, se seleccionaron 22 estudios para su análisis, en donde la técnica de análisis utilizada fue el análisis de contenido.

Resultados: La prevalencia varía según cada estudio y a su vez, según la nacionalidad de las poblaciones analizadas, en donde los resultados van desde un 0% hasta un 16,6%. Cabe destacar que un 81,8% de los documentos analizados son de España. Dentro de la relación entre prematurez y condición migratoria, no se aprecia una tendencia, en términos de evidencia unívoca acerca de la condición migratoria como factor que predispone a la prematurez. Hay algunos países que marcan tendencias en términos de mayor o menor prematurez de madres inmigrantes.

Conclusiones: Existe una relación entre el fenómeno inmigratorio y la prematurez, mas no se identifica una tendencia unívoca de ésta, puesto que existen ciertos factores protectores, así como también factores de riesgo identificados tanto en mujeres inmigrantes como autóctonas. Es necesaria más investigación, principalmente en América Latina, acerca del fenómeno, incluyendo el análisis de las condiciones de origen e inserción de las madres inmigrantes para entenderlo tanto en sus tendencias, como en su diversidad.

Palabras clave: Prematurez; Prevalencia; Inmigración; Nacionalidad.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

El parto prematuro se define como aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (1). Por otro lado, el límite inferior de edad gestacional (EG) que establece la diferencia entre el parto prematuro y el aborto es, de acuerdo con la OMS, 22 semanas de gestación, 500 gramos de peso y/o 25 cm de longitud cefalo nalgas (LCN) (2). Además, se puede clasificar al recién nacido prematuro como recién nacido prematuro “extremo” o “de muy bajo peso” a aquel que pesa menos de 1500 gramos (3). La preocupación del parto prematuro se debe principalmente al problema de salud pública, en especial, cuando éste ocurre antes de las 32 semanas de gestación (4), siendo la principal causa de mortalidad neonatal, en donde un 75% de las muertes perinatales son atribuibles a la prematurez.

A nivel internacional se estima que nacen más de 15 millones de niños prematuros al año, cifra que ha ido al alza en los últimos años. En un estudio realizado a 184 países, se calculó que la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos. Si bien más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia, se trata de un problema que afecta a nivel mundial. En los países de ingresos más bajos, se calcula que una media del 12% de los niños nacen antes de las 37 semanas de gestación, versus un 9% en aquellos países que cuentan con mejores ingresos. Hasta el año 2005 se estima que en América Latina y El Caribe ocurren 0.9 millones casos de prematuros (5).

En Chile la tasa global reportada de nacimientos prematuros fluctúa alrededor del 6%, considerando un aumento en la última década, mientras que la incidencia del parto prematuro se sitúa cercano al 7%. Un 3% de estos ocurre antes de las 34 semanas de gestación. En los grandes centros asistenciales de nuestro país, así como en la gran mayoría de los países desarrollados, la incidencia global del parto prematuro, y de aquellos menores de 34 semanas, es aproximadamente del 10% y el 5% respectivamente (6). Se sabe que, en Chile, durante las últimas dos décadas, los nacimientos prematuros aumentan en general y sin discriminación de edad, aunque (9). En resumen, las madres de 35 años o más

aumentaron de 10.6% en 1991 a 16.6% en 2012. Del mismo modo, las madres de 20 a 29 años, consideradas como un grupo de obstetricia de bajo riesgo, disminuyeron significativamente (9). La tasa global (%) de nacimientos prematuros aumentó de manera constante y significativa de 4.7% a 6.4%. Ante esta problemática, en Chile se llevó a cabo la Guía de Prevención del Parto Prematuro, la cual está enfocada en la entrega de recomendaciones para la prevención y diagnóstico oportuno del parto prematuro, para de este modo reducir su incidencia (2).

La prematurez tiene a la vez costos sociales. Los recién nacidos prematuros requieren de un mayor número de horas y cuidados realizados por un equipo multidisciplinario en salud, así como también de una mayor cantidad de días de hospitalización, ya sea en la Unidad de Tratamientos Intensivos (UTI) o en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se suman una serie de recursos, tales como medicamentos, insumos, y la realización de procedimientos invasivos, que traen como consecuencia un elevado costo de hospitalización, en pro de mantener la vida del prematuro. Lo anterior, comparado con un recién nacido de término, es decir, posterior a las 37 semanas de gestación, resulta un impacto económico significativo para las instituciones proveedoras de salud (7). El costo promedio en la atención neonatal en recién nacidos menores de 34 semanas fue igual a \$2.519.508; en menores de 32 semanas es de \$3.766.999 y en menores de 1500 gramos es de \$12.017.650, mientras que en aquellos recién nacidos prematuros que contaban con alguna malformación congénita compatible con la vida, el costo es de \$30.967.180 (7). Cabe destacar que la mayoría de los recién nacidos prematuros van a requerir de cuidados posteriores a su alta médica u hospitalaria, lo cual produce un gran impacto económico en la familia de este niño o niña, así como también un impacto psicosocial, por la situación que debe enfrentar la familia. Pese a que se sabe que un prematuro necesita de cuidados posteriores que pueden llegar incluso hasta la adolescencia o adultez del niño, no hay estudios que informen acerca del costo posterior asociado a las consecuencias de un parto prematuro, como atenciones ambulatorias, institucionalización de los pacientes por discapacidades físicas o cognitivas y/o dificultades de aprendizaje durante la niñez y la vida adulta (8).

Las causas del parto prematuro son desconocidas en un 25-50%, puesto que es una condición que presenta una etiología multifactorial. Sin embargo, se ha logrado identificar un conjunto de características maternas tanto psicosociales, socioeconómicas y psicoafectivas generadoras de estrés materno crónico o agudo, que asociado a complicaciones obstétricas puede desembocar finalmente en prematurez (10). Desde el punto de vista epidemiológico, se puede observar una alta asociación del parto prematuro con algunos factores de riesgo que puede presentar la madre, tales como antecedentes de parto prematuro en embarazos anteriores, Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE), Metrorragias del segundo trimestre, embarazo múltiple, anomalías uterinas y/o cervicales, incompetencia cervical, anomalías placentarias, consumo de sustancias nocivas como el tabaco, peso materno, edad materna, vivir en lugares de bajos recursos económicos, atención prenatal deficiente, entre otros (11). También, respecto a los factores de riesgo asociados con recién nacido prematuro resaltó la atención prenatal deficiente y la coexistencia de dos o más de los factores de riesgo antes mencionados. En un estudio realizado a un grupo de casos, los factores de riesgo estudiados fueron la edad materna mayor a 35 años (12, 9), placenta previa e infecciones urinarias (12). Por otro lado, ciertos factores de riesgo como la ruptura prematura de membranas y algunos procesos infecciosos tuvieron una asociación más significativa con cervicovaginitis (76%) (12).

Las determinantes sociales son aquellas condiciones sociales en las cuales las personas desarrollan su vida y, por distintos mecanismos tienen un impacto en la salud. Un reconocido determinante es la inmigración, la cual en conjunto con todas las condiciones que la rodean, ubican a la población migrante en una situación de vulnerabilidad y su movimiento transfronterizo impacta la salud pública (13). El afrontamiento de los cambios que conlleva la inmigración, así como las circunstancias sociales implican que, de manera frecuente y sostenida, el inmigrante se vea expuesto a niveles elevados de estrés que terminan repercutiendo negativamente sobre su salud mental (14). En cuanto a la salud reproductiva, se ha señalado que existen grupos de mujeres inmigrantes que no controlan su embarazo, o lo hacen tardíamente, pudiendo deberse a temor a la condición de irregularidad migratoria

legalidad de muchas de ellas (15), hecho que puede estar relacionado con el parto prematuro en la población inmigrante. Estudios internacionales señalan otras razones, como la falta de redes de apoyo, también a factores religiosos y culturales, e incluso a actitudes racistas por parte de profesionales de la salud. Otros motivos pueden ser la dificultad con el idioma, el acceso limitado a servicios de salud ya sea por el alto costo o por la ausencia de autorización respecto a su uso (16). En un estudio realizado en Italia el 2010, en mujeres inmigrantes embarazadas provenientes de Europa del Este y África, presentaron altas tasas de incidencia de hipertensión crónica y preclamsia, diabetes gestacional, mayor frecuencia de VIH positivo y tendencia a embarazos de pre-término, niños prematuros con bajo peso y un bajo APGAR al nacer, comparados con otras mujeres inmigrantes (16). Por otra parte, un estudio realizado en el norte de Londres en 2008 encontró que, si bien la mayoría de las mujeres inmigrantes embarazadas presentaban hábitos de higiene dental, no asistían con frecuencia a sus controles. Un tercio de las mujeres no lo hacía, pues desconocían la gratuidad de la atención dental durante el embarazo (16).

El Valle de Aconcagua es una zona geográfica perteneciente a la Región de Valparaíso, en donde al igual que en todo Chile y el mundo, la prematurez sigue siendo una problemática que aqueja a los servicios de salud. Esta zona, a su vez, ha recibido un flujo importante de inmigración extranjera, la cual proviene principalmente de Haití, lo que ha presentado nuevos desafíos para la atención pública en los diversos servicios y niveles de salud del Valle de Aconcagua. Los estudios realizados en Chile acerca de la prematurez, son de carácter nacional, en donde no se establecen diferencias según la nacionalidad o país de origen de la madre. Por lo tanto, se considera de suma importancia realizar una expansión del conocimiento sobre lo que se ha investigado en torno a la prematurez y la relación que puede estar tener o no, con la nacionalidad o procedencia de la madre en Iberoamérica, para que, en un futuro, se pueda realizar un trabajo más focalizado en donde el principal objetivo sea determinar el perfil epidemiológico comparativo de recién nacidos prematuros según la nacionalidad de la madre en el Valle de Aconcagua en el Hospital San Camilo, ubicado en la ciudad de San Felipe, el cual es el centro de referencia para todos los prematuros nacidos en

esta localidad. Por ende, y dado los antecedentes señalados, el presente estudio se ha planteado la pregunta sobre que se ha estudiado en relación a la asociación de la condición inmigratoria de la madre y la prevalencia de prematurez, en Iberoamérica durante el período 2000 - 2020.

Se espera que esta revisión panorámica pueda aportar evidencia en torno a cómo influye la inmigración en el desarrollo de un parto prematuro, el cual, en consecuencia, lleva a la existencia de un recién nacido prematuro. Por otro lado, consideramos que la información levantada en este estudio, permitirá orientar futuras investigaciones en torno al tema, las cuales ya tendrían una base para su realización y podrán adoptar un enfoque más localizado a una zona geográfica o un grupo específico a estudiar.

CAPÍTULO 2: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

2.1 Pregunta de investigación

¿Qué se ha estudiado sobre la asociación de la condición inmigratoria de la madre y la prevalencia de prematuridad, en Iberoamérica durante el período 2000 - 2020?

2.2 Objetivo General

Indagar en la evidencia existente respecto a la influencia de los procesos inmigratorios maternos en la prevalencia de la prematuridad en Iberoamérica, durante el periodo 2000 - 2020.

2.3 Objetivos Específicos

1. Describir la prevalencia de la prematuridad encontrada en los estudios que analizan el fenómeno en madres autóctonas y madres inmigrantes durante el período 2000-2020 en Iberoamérica, y las características epidemiológicas (biomédicas, antecedentes maternos) de los recién nacidos prematuros.
2. Describir factores de riesgo que puedan asociarse a prematuridad, expuestos en los estudios analizados.
3. Identificar la asociación entre la prevalencia de prematuridad y la condición migratoria de la madre.

CAPÍTULO 3: MATERIAL Y MÉTODO

3.1 Tipo de Revisión

La presente investigación es una revisión panorámica (17, 18, 19), mediante la cual se espera recopilar información acerca de si la condición inmigrante de las madres en Iberoamérica es un factor de riesgo para la prematuridad. A la vez, interesa saber con qué tipos de estudios y metodologías este tema ha sido estudiado.

La pregunta de investigación que se planteó es bastante amplia, la cual no responde a una pregunta clínica orientada a evaluar intervenciones biomédicas (pregunta PICO: pacientes, intervención, comparación, resultado), sino está destinada a profundizar en el marco conceptual y metodológico del tema, aclarar los puntos fuertes y débiles de la literatura sobre la inmigración como factor de riesgo para la prematuridad, identificando las variables asociadas con el tema ya mencionado, con fines de diseño posterior de un estudio cuantitativo de carácter epidemiológico a ser desarrollado en un futuro próximo en el Valle de Aconcagua.

A su vez, la presente investigación es una revisión sistemática, ya que es un estudio que procesa información de fuentes secundarias, realizando una selección documental basada en un protocolo de estudio predefinido, y análisis crítico de publicaciones encontradas en bases de datos científicas. Además, se busca identificar qué se sabe acerca de la inmigración asociada a la prevalencia de prematuridad, y resumir los resultados de estas investigaciones.

3.2 Protocolo y registro

El protocolo de estudio fue desarrollado previo a la ejecución del estudio, en el marco de la cátedra de bases de investigación 2019 conducente a la tesis de pregrado, y fue aprobado por la jefa de cátedra y docente tutora de la tesis.

3.3 Criterios de elegibilidad

Se incluyeron estudios que abordaron los siguientes aspectos:

- Período: 2000 al 2020.
- Idiomas: Español o inglés, que aparezcan mediante el uso de las palabras claves descritas con anterioridad.
- Recién nacidos prematuros y de término (comparativamente).
- Condición migratoria (inmigrante, autóctona).
- Países Iberoamericanos.

Se excluyeron estudios como:

- Literatura gris: Tesis, presentaciones a Congresos, Informes u otros.
- Archivos sin acceso gratuito o que requieran inscripciones a alguna plataforma web.
- Sin relación directa con el tema o población objetivo del presente estudio.

3.4 Fuentes de información

Se revisaron las bases de datos señaladas a continuación:

- Google académico.
- D-BEIC (Se incluye: AAAS-SCIENCE, ACS- American Chemical Society, Annual Reviews, DOAJ-Directory of Open Access Journals, Elsevier, La Referencia, Nature Publishing Group, Oxford University Press, Repositorio CONICYT, Scielo Chile, Scopus, SpringerLink, Web of Science, Wiley-Blackwell).
- RCHOYG.
- BVS.
- SCIELO (Uruguay, Perú, Paraguay, México, España, Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba).
- Dialnet.
- Revista Chilena de Pediatría.

3.5 Búsqueda

Los criterios de búsqueda que se utilizaron para este estudio, fueron los siguientes:

- **Palabras clave:** En los diferentes buscadores bibliográficos, se utilizaron diversas agrupaciones y conjugaciones de palabras en español, en donde se destaca el uso de las siguientes (ver anexo N°1):
 - Prematurez.
 - Inmigrantes - inmigración.
 - Parto prematuro - Parto pretérmino.
 - Mortalidad neonatal.
 - Salud neonatal.
 - Salud perinatal.

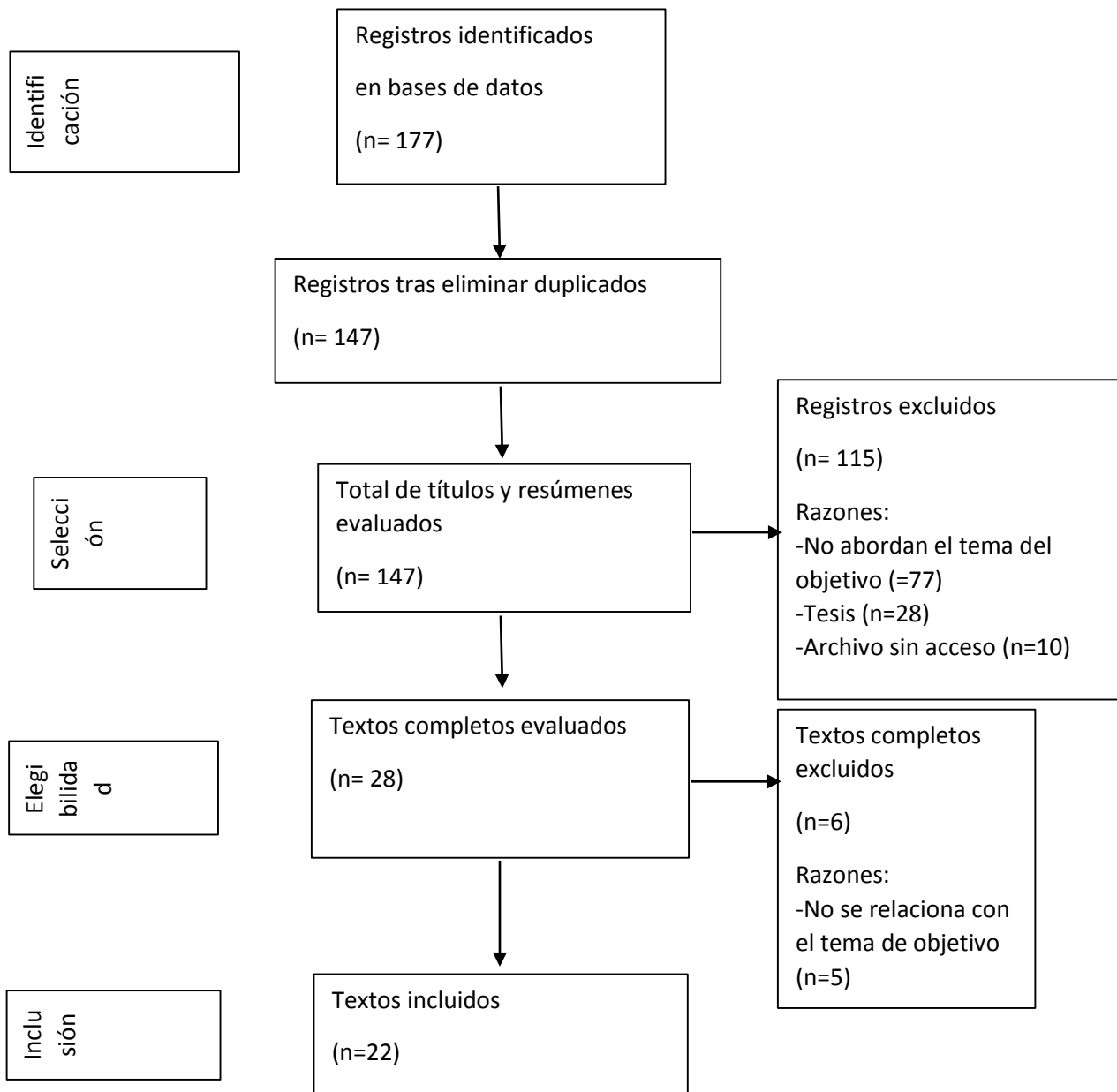
Las conjugaciones de palabras claves utilizadas para la búsqueda bibliográfica se encuentran descritas en el anexo N°1.

- **Filtros:** Los filtros de búsqueda utilizados fueron los siguientes:
 - Periodo: El cual comprende desde el año 2000 al 2020.
 - Cobertura geográfica: Estudios publicados o realizados en países Iberoamericanos (América Latina, España).
 - Idioma: Solo estudios en español o inglés, que aparezcan mediante el uso de las palabras clave en español descritas con anterioridad.
- **Truncamiento:** No se recurrió al uso de estos.

3.6 Selección de los estudios

Para el proceso de selección de los estudios a ser incluidos en la revisión panorámica, se siguieron los siguientes pasos de cribado descritos para revisiones panorámicas por PRISMA

(transparent reporting of systematic reviews and meta-analyses, en <http://prisma-statement.org/Extensions/>), quienes han adoptado las definiciones de la colaboración Cochrane para revisiones sistemáticas. La selección se guio por las etapas de identificación, selección, elegibilidad e inclusión. En la siguiente tabla se registran las búsquedas en las bases de datos, número de artículos encontrados y duplicados, los excluidos, así como los textos que se incluyeron finalmente en este estudio.



3.7 Proceso de recopilación de datos

Los datos utilizados en esta revisión panorámica, fueron extraídos manualmente e ingresados a una matriz de análisis Excel, cuyos campos de información se encuentran detallados más adelante. El objetivo de este proceso fue el registro de la información descriptiva de los estudios y de los datos relacionados con los objetivos de esta revisión, para su posterior sistematización y análisis.

Cabe destacar que cada uno de los artículos revisados en este estudio, fueron analizados por al menos dos tesis, además de la docente guía de tesis, quien fue realizando las correcciones pertinentes del trabajo. Finalmente, luego de la lectura y análisis exhaustivo de los textos completos, se fueron eliminando sucesivamente algunos estudios, por diversas razones, que fueron descritas en el flujograma anterior.

3.8 Lista de datos

Las variables de estudio, tanto descriptivas como aquéllas que se corresponde con los objetivos específicos, fueron los siguientes:

- Referencia bibliográfica: autor, año, título.
- Palabras clave.
- Objetivo general.
- Tipo de estudio.
- Enfoque.
- Alcance.
- Diseño.
- Participantes.
- Muestra.
- Técnica de recolección de datos.
- Técnica de análisis.
- Tendencia prematurez (prevalencia).

- Asociación de factores biomédicos maternos y fetales (factores de riesgo) con prematuridad.
- Asociación antecedentes sociodemográficos de la madre (inmigración y otros sociales como factor de riesgo) con prematuridad.

3.9 Riesgo de sesgo en los estudios individuales

En esta revisión panorámica, no se incluyeron los análisis de sesgos, ya que no era un requerimiento, debido a la pregunta de investigación planteada para este estudio. Por otro lado, la medición de sesgos, no se encuentra al alcance de esta cátedra debido a que no forma parte de la malla curricular y no es un requerimiento para la realización de tesis de pregrado.

3.10 Medidas de resumen y síntesis

Dentro de las medidas de resumen y síntesis para este estudio, se realizó principalmente un análisis estadístico de tipo descriptivo, recurriendo a frecuencias, porcentajes (tasas) de prematuridad para los resultados descriptivos de prevalencia, y asociación con factores de riesgo. Dada la naturaleza descriptiva de la revisión, y la diversidad de diseño de los estudios encontrados, no se recurrió al metaanálisis.

La técnica de análisis global de la presente revisión fue el Análisis de Contenido, mediante el cual se revisó el conjunto de los resultados de los estudios seleccionados, procediendo a codificar el contenido de cada uno de ellos. A partir de esta primera codificación abierta del conjunto de estudios, se agrupan los datos ingresados a la matriz en torno a las categorías que emergen de la codificación. En este segundo nivel de análisis, los datos se integran entonces en torno a los temas y subtemas, sus tendencias y diversidades, en respuesta a la pregunta central de la asociación entre la condición migratoria, y otros factores de riesgo, y la prematuridad.

3.11 Financiación

No se contó con financiamiento externo para la realización de la presente revisión panorámica, ya que el desarrollo propio de la tesis no requería una financiación de alguna entidad externa. Los recursos que se requirieron utilizar para el desarrollo de la tesis fueron costeados por el propio equipo de investigación y, las horas docentes fueron financiadas por parte de la Universidad de Valparaíso.

3.12 Conflictos de interés

Ninguno de los miembros que conforman este equipo de investigación, declaran tener algún tipo de conflicto de interés en la ejecución del presente proyecto de tesis.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

4.1 Resultados descriptivos (ver anexo N°2)

4.1.1. Número de estudios por país y períodos analizados

La totalidad de estudios que finalmente se seleccionaron para ser analizados en esta revisión panorámica, asciende a la cifra de 22. Tal como se puede evidenciar en la Tabla N°1, tenemos que principalmente los estudios seleccionados corresponden a España, siendo el 81,9% de la totalidad de documentos seleccionados. Mientras que los estudios realizados en el resto de Iberoamérica o en este caso principalmente Sudamérica (Argentina, Chile y Perú) relacionados con la asociación de inmigración y la prematurez como factor de riesgo, corresponden al 18,1% de los estudios.

Tabla N°1: Números de estudios por país.

| País | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Argentina | 2 | 9,1 |
| Chile | 1 | 4,5 |
| España | 18 | 81,9 |
| Perú | 1 | 4,5 |
| Total | 22 | 100,0 |

Esta revisión panorámica abarcó un período desde el año 2000 al 2020, encontrándonos con una mayor frecuencia de estudios en el quinquenio 2005-2009, el cual abarca el 50% de los estudios analizados. En el período quinquenal donde hubo una menor frecuencia fue el período 2000-2004, encontrándose solo un estudio.

En los otros quinquenios, período 2010-2014 y 2015-2020, se encontraron el 27,3% y 18,2% de los estudios respectivamente, tal como se puede ver en la Tabla N°2.

Tabla N°2: Número de estudios por quinquenios.

| Quinquenios | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| 2000 - 2004 | 1 | 4,5 |
| 2005 - 2009 | 11 | 50,0 |
| 2010 - 2014 | 6 | 27,3 |
| 2015 - 2020 | 4 | 18,2 |
| Total | 22 | 100,0 |

4.1.2 Tipos de estudio

Diseño: Se clasificaron los estudios encontrados según el diseño, el cual es la estrategia utilizada de estos trabajos para responder a su pregunta de investigación, según esto podemos clasificar el diseño de los estudios en transversales, longitudinales u otros.

Como se puede observar en la Tabla N° 3, según la clasificación de los estudios por el diseño utilizado, encontramos que en los estudios analizados para la presente revisión panorámica, el 100% corresponde a un diseño transversal, los cuales proporcionan estimaciones de prevalencias en diferentes grupos demográficos. Sin embargo, un 22,7% de los estudios también utilizó como diseño metodológico, casos y controles, que además de proporcionar prevalencias, utiliza una comparación de grupos que no presentaron condición de prematuridad (controles) versus grupos que sí la presentaron (casos).

Tabla N°3: Estudios según diseño.

| Diseño | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------------|------------|------------|
| Transversal | 17 | 77,3 |
| Transversal. Casos y controles | 5 | 22,7 |
| Total | 22 | 100,0 |

Enfoque: También, se clasificaron según el enfoque utilizado por el estudio, en este caso corresponde a la perspectiva desde la cual se aborda el tema a investigar, la cual varía dependiendo del tipo de resultado que se espera encontrar en base al objetivo de cada estudio. Por ende, en relación a lo ya descrito, tenemos diferentes enfoques que pueden tomar los estudios, en donde destacan el enfoque cualitativo, el cuantitativo y/o el mixto.

En la tabla N° 4, de estudios según enfoque, se puede observar que un 95,5% de los estudios analizados en la revisión panorámica utilizaron un enfoque cuantitativo, es decir, se explican los fenómenos investigados y se establece una relación estadística entre los fenómenos que fueron estudiados, en este caso, entre la prematuridad y la nacionalidad de la madre. Mientras que tan solo un 4,5% de los estudios utilizó un enfoque cualitativo, es decir, utiliza un método de recolección de datos para obtener la perspectiva y puntos de vista de los participantes del estudio.

Tabla N°4: Estudios según enfoque.

| Enfoque | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Cuantitativo | 21 | 95,5 |
| Cualitativo | 1 | 4,5 |
| Total | 22 | 100,0 |

Alcance: Por último, los estudios analizados se clasificaron según el alcance, el que indica el nivel de análisis del estudio, dentro de ellos encontramos el alcance descriptivo, correlacional y explicativo.

Acorde a lo representado en la Tabla N°5, la mayor parte de los estudios que se analizaron en esta revisión tenían un alcance correlacional, es decir, que uno de los objetivos principales de los estudios era medir la relación entre variables bajo un contexto en particular, correspondiendo a un 77,3% de nuestro universo de documentos, mientras que los estudios de tipo descriptivo y explicativo solo suman un 22,7% de la totalidad de documentos.

Tabla N°5: Estudio según alcance.

| Alcance | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|------------|
| Descriptivo | 2 | 9,1 |
| Correlacional | 17 | 77,3 |
| Explicativo | 3 | 13,6 |
| Total | 22 | 100,0 |

4.1.3 Estudios según técnica de recolección de datos y análisis

Técnica de recolección de datos: Esta corresponde a una serie de procedimientos y/o actividades que realiza el investigador para llevar a cabo la recopilación de información necesaria para dar cumplimiento a los objetivos inicialmente planteados para la investigación, la cual posteriormente será analizada.

Los estudios analizados para esta revisión panorámica, un 86,5% utilizó registros institucionales hospitalarios como fuente de información, sin especificarse la técnica de

recolección de datos (por ejemplo, una ficha, un formulario u otra), como se puede observar en la Tabla N°6; mientras que un 9% de los estudios utilizó como técnica la encuesta, y un 4,5% no señala la técnica de recolección de datos utilizada.

Tabla N°6: Estudios según fuente o técnica de recolección de datos.

| Fuente/Técnica de recolección de datos | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Registros institucionales. | 19 | 86,5 |
| Proyecto mayor en base a varias fuentes. | 1 | 4,5 |
| Encuestas. | 1 | 4,5 |
| Sin información. | 1 | 4,5 |
| Total | 22 | 100,0 |

Técnica de análisis: Corresponde a una serie de herramientas que utilizará el investigador, posterior a la recopilación de datos o información, para organizarla y así facilitar el análisis de ésta. Según los estudios seleccionados en esta revisión panorámica, el 90,9% de los estudios, utilizaron como herramienta de análisis, algún programa estadístico. El 9,1% no aportó información al respecto, como se puede observar en la Tabla N°7.

Tabla N°7: Estudios según técnica de análisis.

| Técnica de análisis | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|------------|------------|
| Programa estadístico | 20 | 90,9 |
| Sin información | 2 | 9,1 |
| Total | 22 | 100 |

4.1.4 Estudio según tamaño muestral, tipo de muestra y cobertura territorial.

Tamaño muestral: Los estudios analizados fueron clasificados según el tamaño muestral de la población a investigar y tipo de muestra, de este modo, podemos evidenciar el alcance y la representatividad de la población analizada en cada estudio. Como se puede observar en la Tabla N° 8, el tamaño muestral fue clasificado por rangos de menos de miles (22,7%), miles (45,5%), cientos de miles (9,1%), decenas de miles (9,1%), y millones (9,1%).

A partir de esto, se puede observar que un 45,5% de los estudios obtuvieron una muestra de miles de participantes, es decir, abarcan amplias poblaciones para su correspondiente análisis. Mientras que en un 4,5% de los estudios no se entrega información respecto al tamaño de la muestra utilizada.

Tabla N°8: Estudio según tamaño muestral.

| Tamaño muestral: rangos | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia acumulada |
|--|------------|------------|-------------------------|
| Millones (1.048.490; 1.868.718) | 2 | 9,1 | 9,1 |
| Cientos de miles (244.645; 392.584) | 2 | 9,1 | 18,2 |
| Decenas de miles (16.530; 43.240) | 2 | 9,1 | 27,3 |
| Miles (1.352 a 9.853) | 10 | 45,5 | 72,7 |
| Menos de 1.000 92 a 902 | 5 | 22,7 | 95,5 |
| Sin información (revisión) | 1 | 4,5 | 100,0 |
| Total | 22 | 100,0 | |

Tipo de muestra: Así mismo, los estudios fueron analizados según el tipo de muestreo realizado para obtener un resultado idealmente representativo de toda la población. Tal como se puede observar en la Tabla N°9, en donde se evidencia que un 72,8% de los textos corresponden a estudios de población, los que reflejan al conjunto de una población. Los restantes estudios, utilizaron otros tipos de muestreo, en donde se destacan los de tipo probabilístico y no probabilístico, donde cada uno corresponde a un 13,6%.

Tabla N°9: Estudio por tipo de muestra.

| Tipo de muestra | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|------------|------------|
| Estudio de población | 16 | 72,8 |
| Muestra probabilística | 3 | 13,6 |
| Muestra no probabilística | 3 | 13,6 |
| Total | 22 | 100,0 |

Cobertura territorial: Finalmente, cada estudio se clasificó respecto a la cobertura territorial abordada, es decir, la zona demográfica que abarcaba cada uno de ellos. En este caso un 59,1% de los estudios comprendía sólo un establecimiento de salud en una ciudad o región determinada, tal como se puede observar en la Tabla N° 10. Además, un 13,7% abarcaron más de una región del país, y en un 18,2% de los estudios, la cobertura fue de escala nacional. En menor proporción, los estudios se realizaron en más de un establecimiento de salud en una ciudad o región; y en más de 1 país, correspondiendo a un 4,5% en ambos casos.

Tabla N°10: Estudio según cobertura territorial del estudio.

| Cobertura territorial | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| 1 establecimiento de salud en 1 ciudad o región | 13 | 59,1 |
| Más de 1 establecimiento de salud en 1 ciudad o región | 1 | 4,5 |
| Más de una región | 3 | 13,7 |
| Escala nacional (1 país) | 4 | 18,2 |
| Más de 1 país | 1 | 4,5 |
| Total | 22 | 100,0 |

4.1.5 Materias abordadas en los estudios.

Como ya se mencionó con anterioridad, en esta revisión panorámica se analizaron 22 estudios, los cuales abordaron diferentes temas relacionados con la prematuridad, tal como se presenta en la Tabla N° 11, la cual hace referencia a la clasificación de los estudios según la materia abordada en cada uno de ellos.

Como se puede observar, el 100% de los estudios seleccionados en la revisión aborda prematurez, lo cual se correlaciona con el tema principal de esta tesis, por ende, con el criterio de selección. También un 13,6% de los estudios incluyen asociaciones con la prematurez extrema.

Otras materias o temas abordados en algunos de los estudios corresponden a, en un 40,9% al peso del recién nacido, mientras que un 36,4% de los estudios analizados, indagaron respecto a determinantes sociales en la gestación. Además, la condición biomédica materna y la edad materna, se estudiaron en un 13,6% y 36,4% respectivamente.

Tabla N°11: Estudios según materia.

| Materia | Frecuencia | Porcentaje N= 22 |
|---|------------|---------------------|
| Prematurez | 22 | 100,0 |
| Prematurez extrema | 3 | 13,6 |
| Peso: bajo peso, muy bajo peso, peso al nacer | 9 | 40,9 |
| Determinantes sociales: mal control prenatal, hábitos nocivos, factores psicosociales, factores sociodemográficos | 8 | 36,4 |
| Condición biomédica materna: embarazo múltiple, estado nutricional | 3 | 13,6 |
| Edad materna | 8 | 36,4 |
| Condición inmigratoria | 22 | 100,0 |

4.1.6 Palabras clave según cada estudio (ver anexo N°3)

A continuación, en base a las palabras clave que se encontraron en los 22 estudios analizados, que se presentan en la Tabla N°12, la categoría que más se repetía, corresponde a “Emigrantes e inmigrantes”, siendo así el 95,5% de los documentos.

Por otro lado, la categoría de “embarazo” se repetía en un 54,5%, mientras que “atención perinatal” y “peso de nacimiento” se encontraban en un 45,5% de ellos.

Dentro de las categorías que tenían menor frecuencia se encontraba “patologías” y “factores socioeconómicos” con un 13,6% cada una de ellas.

Cabe destacar que se considera en cada categoría, una lista específica de palabras o frases claves, que agrupa las diversas variaciones y/o sinónimos que podría presentar cada categoría.

Tabla N°12: Palabras clave según categoría.

| Categoría | Frecuencia | Porcentaje N=22 |
|---------------------------|------------|--------------------|
| Atención perinatal | 10 | 45,5 |
| Embarazo | 11 | 50,0 |
| Emigrantes e inmigrantes | 21 | 95,5 |
| Patologías | 3 | 13,6 |
| Factores socioeconómicos | 3 | 13,6 |
| Morbimortalidad perinatal | 4 | 18,2 |
| Otras | 12 | 54,5 |
| Peso de nacimiento | 10 | 45,5 |
| Parto pretérmino | 9 | 40,9 |

4.2 Resultados obtenidos según objetivos de la revisión panorámica.

4.2.1. Prevalencia

Al realizar un análisis general de la prevalencia de prematuridad (ver anexo N°4), se puede observar que de acuerdo a los estudios analizados, existe un rango importante de variabilidad que va desde un 0% hasta un 16,6% como tasa de prevalencia, tal como se muestra en la Tabla N°13, la cual realiza una comparación entre las mujeres autóctonas (es decir, mujeres nacidas en el país de estudio) versus las tasas obtenidas por las mujeres en calidad de inmigrantes (cabe destacar que un 81,8% de los estudios analizados en esta revisión

panorámica, tienen como país de origen España, por lo que gran parte de los datos obtenidos, hacen alusión a la realidad de dicho país).

Tabla N°13: Prevalencia de prematuridad según nacionalidad.

| País | Referencia | Prevalencia (%) madre nacional | Prevalencia (%) y origen madre inmigrante | Prematuridad inmigrante frente a nacional | Significancia estadística de la diferencia (Sí, No, s/i) |
|--------|------------|--------------------------------|---|---|--|
| España | 1 | 7,8 | 15,4 Rumania | Mayor | Sí |
| | | | 10,9 Ecuador | Mayor | Sí |
| | | | 6,7 Colombia | Menor | Sí |
| | | | 6,5 China | Menor | Sí |
| | | | 5,8 Marruecos | Menor | Sí |
| España | 2 | 7,9 | 7,3 Extranjero | Menor | Sí |
| | | | 8,8 Sur de Europa | Mayor | Sí |
| | | | 7,3 América del Sur | Menor | Sí |
| | | | 7,8 América Central | Menor | Sí |
| | | | 7,9 África Subsahariana | Sin diferencias | Sí |
| | | | 6,4 Norte de África | Menor | Sí |
| España | 3 | No lo señala | No lo señala | Menor | No |
| España | 4 | 9,0 | 7,7% Extranjeras | Menor | No |
| | | | 10,8% Latinoamericanas | Mayor | |

| | | | | | |
|--------|---|--------------|--------------------------------|--|---|
| | | | 7,7% Magrebíes | Menor | |
| | | | 0% Subsaharianas | Menor | |
| | | | 7,7% Europa del Este | Menor | |
| | | | 0% China | Menor | |
| España | 5 | No lo señala | No lo señala | Sin diferencias significativas | No |
| España | 6 | 8,1 | 11,10% Europa del Este | Mayor | No, para el conjunto de los partos. Sí, al excluir los partos gemelares. |
| | | | 9,70% América Central y Caribe | Mayor | |
| | | | 8,10% América del Sur | Sin diferencias | |
| | | | 8,20% Marruecos | Mayor | |
| | | | 7,50% China | Menor | |
| España | 7 | No lo señala | No lo señala | No aplica | No aplica |
| España | 8 | No lo señala | No lo señala | Sin diferencia | No |
| España | 9 | 4,8 | 3,7% Afrocaribeñas | Sin diferencias prematurez general. Mayor en prematurez extrema | No Sí |
| | | | 3,75% Asiáticas | | |
| | | | 3,8% Sudamericana | | |

| | | | | | |
|--------|----|---------------|--|----------------|---|
| | | | 3,2% Subsahariana | | |
| | | | 4,2% Magrebí | | |
| España | 10 | No se señalan | Las africanas presentan el doble de prevalencia de prematurez en comparación a las españolas. (Análisis descriptivo) | Mayor | Sin análisis de significancia estadística |
| España | 11 | 6,7% | 7,3% | Mayor | Sí |
| España | 12 | 9% | 13,5 Extranjero | Mayor | Sí |
| | | | 17,1% Países del Este | Mayor | Sí |
| España | 16 | 7,6% | 6,0% Inmigrantes | Menor | Sí |
| | | | 7,4% Europa del Este | Menor | |
| | | | 6,0% Resto de Europa | Menor | |
| | | | 6,0% África | Menor | |
| | | | 6,6% Asia | Menor | |
| | | | 5,3% América latina | Menor | |
| España | 17 | No lo señala | No lo señala | Mayor | Sí |
| España | 18 | No lo señala | No lo señala | Sin diferencia | No |
| España | 19 | 10,6% | 15% Extranjero | Mayor | Sí |

| | | | | | |
|-----------|----|--------------|--|-------------------|----|
| España | 20 | 9,6% | 5,7 Extranjero | Menor | No |
| España | 22 | 5,8% | 5,9% Extranjero | Sin diferencia | No |
| | | | 5,2 Magrebíes Norte África | Menor | No |
| | | | 5,7 Subsahariana (África centro y Sur) | Mayor | Sí |
| | | | 7,2 Europa del Este | Mayor | Sí |
| Argentina | 14 | No lo señala | No lo señala | Menor | Sí |
| Argentina | 21 | 16,6% | 9,6% | Menor | Sí |
| Perú | 15 | 6,8% | 7,4% | Mayor, no sig. | No |
| Chile | 13 | 8% | 4,8 – 7,3% Bolivia, Colombia, Perú, Venezuela | Menor | Sí |
| | | | 10,1 Haití | Mayor | Sí |

4.2.2 Asociación entre prematuridad y condición migratoria.

El análisis de la asociación entre prematuridad y nacionalidad de las madres estuvo presente en todos los estudios, dado que fue un criterio central de selección de estudios. Como se observa en la Tabla N°14, no se aprecia una tendencia, en términos de evidencia unívoca acerca de la condición migratoria como factor que predispone a la prematuridad. De hecho, si se suman los estudios donde las mujeres autóctonas tienen mayor prevalencia y los estudios que no arrojan diferencias significativas, la condición migratoria como factor de riesgo figura en el menor de los porcentajes.

Tabla N° 14: Asociación entre inmigración como factor de riesgo para prematuridad.

| Resultado | País y Referencia | Frecuencia | Porcentaje |
|--|--|------------|------------|
| Mujeres inmigrantes con mayor prevalencia | España (10, 11, 12, 17, 19) Perú (15) | 6 | 28,6 |
| Mujeres autóctonas con mayor prevalencia | España (3, 16, 20) Argentina (14, 21) | 5 | 23,8 |
| Sin diferencias significativas entre inmigrantes y autóctona | España (5, 8, 18) | 3 | 14,3 |
| Tendencia varía según nacionalidad | España (1, 2, 4, 6, 9, 22) Chile (13) | 7 | 33,3 |
| Total | 21 | 21 | 100,0 |

4.2.3 Asociación entre prematuridad y nacionalidad y/o zona geográfica materna

Al analizar la relación en torno a la prevalencia de prematuridad en mujeres autóctonas versus mujeres en condición de inmigrantes (como factor de riesgo), en base a la nacionalidad de la mujer o bien, la zona geográfica a la cual pertenecía originalmente, se encontró que acorde a los veintidós documentos analizados, la asociación pudo dividirse en cuatro categorías: 1) Mayor prevalencia (con significancia estadística), 2) Mayor prevalencia (sin significancia estadística), 3) Menor prevalencia y 4) Sin diferencia, como se puede apreciar en la Tabla N°15 (para mayor detalle ver anexo N°5).

Dentro de los resultados con mayor prevalencia y significación estadística destacan las mujeres provenientes de Europa del Este en 3 estudios realizados en España, en donde uno de ellos, tiene dicha significancia, al momento de excluir los partos gemelares. También se puede apreciar que las mujeres provenientes de la región de África Subsahariana, según un estudio realizado en España, cuentan con una mayor prevalencia con significancia estadística

para la condición de prematuridad extrema, no así para la prematuridad en general. Sin embargo, se obtuvo como resultado, que el grupo de “mujeres extranjeras”, el cual se abordó en un total de cuatro estudios, presentaban la mayor prevalencia de prematuridad junto con una significancia estadística. Es importante recalcar que en estos cuatro estudios, no se dividieron a las mujeres según su nacionalidad, sino que se dividieron en base a su condición migratoria.

Por el contrario, las mujeres provenientes de China, en base a tres estudios realizados en España, arrojaron que fueron el grupo con menor prevalencia para el desarrollo de la prematuridad. Otro estudio, que abarcó a las mujeres provenientes en general del continente asiático, también presentaron menor prevalencia.

Tabla N° 15: Asociación entre nacionalidad/zona geográfica y prevalencia de prematuridad.

| Nacionalidad/ zona geográfica de la madre | Mayor prevalencia (Sign est) | Mayor prevalencia (Sin sign est) | Menor prevalencia | Sin diferencia |
|---|--|---------------------------------------|-------------------|----------------|
| África | No aplica | No aplica | España (16) | No aplica |
| África del Norte | No aplica | No aplica | España (2) | No aplica |
| África Subsahariana | España (9 en prematuridad extrema); (22) | No aplica | España (4) | España (2) |
| Afrocaribeñas | No aplica | No aplica | No aplica | España (9) |
| América Central y del Caribe | España (6 al excluir partos gemelares) | España (6 para el conjunto de partos) | España (2) | No aplica |
| América del Sur | No aplica | No aplica | España (2) | España (6, 9) |
| Asia | No aplica | No aplica | España (16) | España (9) |

| | | | | |
|-----------------|--|---------------------------------------|--|-----------------------|
| Bolivia | No aplica | No aplica | Chile (13) | No aplica |
| China | No aplica | No aplica | España (1, 4, 6) | No aplica |
| Colombia | No aplica | No aplica | España (1), Chile (13) | No aplica |
| Ecuador | España (1) | No aplica | No aplica | No aplica |
| Europa del Este | España (6 al excluir partos gemelares); (12, 22) | España (6 para el conjunto de partos) | España (4, 16) | No aplica |
| Europa del Sur | España (2) | No aplica | No aplica | No aplica |
| Extranjeras | España (11, 12, 17, 19) | Perú (15) | España (2, 3, 4, 16, 20); Argentina (14, 21) | España (5, 8, 18, 22) |
| Haití | Chile (13) | No aplica | No aplica | No aplica |
| Latinoamérica | No aplica | España (4) | España (16) | No aplica |
| Magrebí | España (9 en prematuridad extrema) | No aplica | España (4, 22) | No aplica |
| Marruecos | España (6 al excluir partos gemelares) | España (6 para el conjunto de partos) | España (1) | No aplica |
| Perú | No aplica | No aplica | Chile (13) | No aplica |
| Resto de Europa | No aplica | No aplica | España (16) | No aplica |

| | | | | |
|-----------|------------|-----------|------------|-----------|
| Rumania | España (1) | No aplica | No aplica | No aplica |
| Venezuela | No aplica | No aplica | Chile (13) | No aplica |

4.2.4 Otros factores de riesgo asociados a prematurez

Dentro del análisis realizado en este estudio, se consideraron algunos factores que influyen en el éxito o resultado final de la gestación, es decir, en si el embarazo llegara a término o se producirá un parto prematuro, dejando como consecuencia la presencia de la prematurez.

Para facilitar la comprensión, se realizó una agrupación de factores, en base a tres categorías:

1) Factores biomédicos maternos, 2) Factores biomédicos del recién nacido y 3) Factores sociodemográficos, en donde cada categoría se incluyen una serie de parámetros que se describen con mayor detalle en el Anexo N°6.

Como se puede observar, en la Tabla N°16, el 50% de los documentos se aborda una relación entre los factores biomédicos maternos, en relación con la prematurez, tanto de la mujer inmigrante como de la mujer autóctona. Los factores biomédicos del recién nacido, se abordaban en un 59,1% de los documentos, en relación con la prematurez. Por último, en base a los factores sociodemográficos (excluyendo la nacionalidad de la madre) tenemos que se abordaban en un total del 45,5% de los documentos revisados, en relación con la prematurez.

Tabla N°16: Otros factores asociados a prematuridad.

| Categoría | Frecuencia | Porcentaje N=22 |
|---------------------------------------|------------|-----------------|
| Factores biomédicos maternos | 11 | 50,0 |
| Factores biomédicos del recién nacido | 13 | 59,1 |
| Factores sociodemográficos | 10 | 45,5 |

Factores biomédicos maternos: Ahora bien, dentro de los factores biomédicos maternos que se analizan, se obtiene que de los once documentos que abarcan esta categoría, tenemos una totalidad de ocho parámetros, como estado nutricional, gestaciones múltiples, tipo de parto, mal control gestacional, entre otros, que se detallan en la Tabla N°17. Es importante destacar, que dentro de esos once documentos, los ocho parámetros ya descritos que se asociaron a prematuridad, fueron mencionados 16 veces. Los factores de riesgo mayormente señalados son: el mal control gestacional y el de patologías de la gestación, con un 25% cada una, seguido por las gestaciones múltiples, con un 18,75%.

Tabla N°17: Factores biomédicos maternos asociados a prematuridad.

| Factores de riesgo | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------------|------------|------------|
| Estado nutricional | 1 | 6,25 |
| Gestación múltiple | 3 | 18,75 |
| Tipo de parto | 1 | 6,25 |
| Mal control gestacional | 4 | 25,00 |
| Patologías de la gestación | 4 | 25,00 |
| Complicaciones durante la gestación | 1 | 6,25 |
| Antecedente de parto prematuro | 1 | 6,25 |
| Antecedente de aborto | 1 | 6,25 |
| Total | 16 | 100,00 |

Factores biomédicos del recién nacido: A su vez, los factores biomédicos del recién nacido que se asocian como un factor de riesgo para la prematuridad, se dividen principalmente en cuatro categorías: 1) Edad gestacional, 2) Medidas antropométricas, 3) Peso de nacimiento y 4) Muerte neonatal, como se puede ver en la Tabla N°18, los cuales se abordan en un total de trece documentos, con 16 menciones. El más relevante de dichos factores de riesgo, o el que se repetía con mayor frecuencia, corresponde al peso de nacimiento con un 50%, seguido por la edad gestacional con un 37,5%. Mientras que con menor frecuencia encontramos las medidas antropométricas y la muerte neonatal con un 6,25%.

Tabla N°18: Factores biomédicos del recién nacido asociados a prematurez.

| Factor de riesgo | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Edad gestacional | 6 | 37,50 |
| Medidas antropométricas (perímetro cefálico, talla) | 1 | 6,25 |
| Peso de nacimiento | 8 | 50,00 |
| Antecedente de muerte neonatal | 1 | 6,25 |
| Total | 16 | 100,00 |

Factores sociodemográficos: Por último, dentro de la asociación entre factores de riesgo para la prematurez y los parámetros de tipo sociodemográficos, los cuales se abarcaron en un total de diez documentos. A su vez, estos parámetros o factores de riesgo, se mencionaron 17 veces. Dentro de los parámetros a evaluar, aquel que presenta mayor frecuencia, fue la edad materna con un 52,94%, asociándose a la condición de edades maternas extremas, es decir, menor de 15 o mayor de 35 años para que se presente la condición de prematurez. Para mayor detalle, observar la Tabla N°19.

Tabla N°19: Factores sociodemográficos asociados a la prematuridad.

| Factor de riesgo | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------|------------|------------|
| Edad materna | 9 | 52,94 |
| Estrés | 3 | 17,65 |
| Condición socioeconómica | 2 | 11,77 |
| Hábitos nocivos | 1 | 5,88 |
| Embarazo no deseado | 1 | 5,88 |
| Relación de pareja | 1 | 5,88 |
| Total | 17 | 100,00 |

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1 Discusión

La inmigración, es un proceso que tal como se define en la introducción de esta revisión panorámica, cuenta con un trasfondo social de gran impacto de la vida de la persona en sí que está emigrando, así como también para el país al cual llega. Por otro lado, se creía inicialmente que la inmigración estaba relacionada con el desarrollo de un parto prematuro, el cual en consecuencia, dejaba a un recién nacido prematuro. En base a aquello, este proyecto de tesis, basó su búsqueda en base a una pregunta *“¿Cuál es la asociación entre los procesos migratorios y la prematuridad en Iberoamérica?”*.

Los resultados obtenidos en esta revisión panorámica indican que la condición de inmigrante sí puede relacionarse con la prematurez, condición que en algunas ocasiones se veía reflejada como un factor que desfavorece un resultado perinatal exitoso, es decir, una gestación de término. Por lo tanto, sí se encontró una relación entre prematurez e inmigración, pero no así una tendencia clara respecto de este fenómeno. Es decir, no se da en todos los casos, ni en la mayoría de los casos, puesto que existen múltiples factores, dentro del contexto biopsicosocial, que afectan la gestación, tanto en la población inmigrante como autóctona.

Según se describe en la bibliografía analizada previamente a la realización de esta revisión panorámica, en un estudio realizado a 184 países, más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia, aunque de todos modos, se trata de un problema que afecta a nivel mundial (5). Así mismo, los resultados de la investigación arrojó diversos hallazgos: en primer lugar, en relación a la prevalencia, se obtuvo que en las mujeres inmigrantes provenientes de Europa del Este, África Subsahariana y otra categoría de mujeres extranjeras (no fueron definidas sus nacionalidades), presentaban mayor prevalencia para la prematurez versus las mujeres autóctonas, no así en madres provenientes de otros países, en los cuales la prevalencia era menor que la de madres autóctonas, o la diferencia no era

significativa. Si bien los estudios son amplios en términos de muestra, no entregan más información acerca de las razones o determinantes asociadas a los resultados presentados, probablemente por cuanto en general se basaron en registros estadísticos sanitarios. Los estudios que abordan los factores sociales y biomédicos relacionados con la prematurez son pocos. Es por esta razón que sería de interés el desarrollo de estudios que permitiesen conocer mejor las condiciones de origen y también de inmigración de estas poblaciones para poder confirmar una relación directa entre la inmigración y la prematurez, en sus diversas tendencias.

Dentro de lo que se conoce como factor protector, y que se pudo evidenciar en la revisión bibliográfica, es que la edad materna puede influir de forma positiva o negativamente a la gestación. Así mismo, uno de los factores protectores más relevantes que se pudo evidenciar dentro de los resultados, fue que presentaban las mujeres inmigrantes era su edad, ya que muchas de ellas, no tenían hijos en edades extremas, es decir, antes de los quince años o posterior a los treinta y cinco años. Por otro lado, según la bibliografía revisada previa al estudio, se logró determinar que existen diversos factores que pueden afectar en la gestación, los cuales son de tipo biológicos, psicológicos y sociales, en donde destacan infecciones durante la gestación, embarazos gemelares, mal control gestacional, estrés materno, escasa red de apoyo, idioma, nivel socioeconómico, factores culturales, edad materna, entre otros. Dentro de los estudios analizados, se pudo corroborar dicha información obtenida, pues se menciona que las mujeres inmigrantes tenían mayor cantidad de factores que podrían afectar en el posterior desarrollo de la prematurez como:

- 1) Estrés durante la gestación: debido al proceso inmigratorio y de adaptación por el cual estaban cursando, sumado al cambio abrupto de tipo cultural al cual se enfrentaban.
- 2) Escasas redes de apoyo: Muchas de estas mujeres migran solamente con su pareja a países en donde no contaban con familiares o personas que les brindaran acogimiento o apoyo para enfrentar la situación de cambio.

3) Situación económica: Debían alcanzar la estabilidad económica (factor que de no alcanzarse genera gran cantidad de estrés en la gestante), realizando cualquier tipo de trabajo, el que podía incluso exigir mayor esfuerzo físico.

4) Mal control gestacional: En general, presentaban menor adherencia a los controles gestacionales, lo cual aumentaba considerablemente el riesgo de presentar un parto prematuro, con posterior consecuencia de prematuridad, debido a que no se realizaba una detección temprana de patologías o condiciones que pudieran afectar la evolución normal de la gestación.

5) Brecha idiomática: Al no comprender del todo el idioma, podían tener mayor dificultad para entender lo que se les quería comunicar en los controles gestacionales.

Pese a los factores presentados anteriormente, cabe destacar que en algunos estudios, las mujeres autóctonas presentaron una mayor prevalencia de parto prematuro, a diferencia de ciertos grupos de madres inmigrantes.

En base a los estudios analizados, se tiene que la mayor parte de estos, eran de tipo poblacional-correlacional, por lo que permite estudiar de mejor manera el comportamiento de la población o la existencia de un suceso, en donde el tamaño de la muestra, en la mayoría de ellos, era sobre mil trescientos cincuenta, llegando en algunos a una muestra de hasta un millón ochocientos sesentaiocho mil setecientos dieciocho, arrojando así, resultados que podrían reflejar fehacientemente la realidad local en base a la prematuridad que existía en dicha región o país, más por la carencia de estudios o información de tipo sociodemográfica, no permite realizar una correcta interpretación de resultados.

No obstante, llama la atención el aparente interés decreciente en estudios en el tema en la última década. Y el escaso número de estudios en América Latina, donde justamente en esta década se ha desarrollado un fuerte fenómeno migratorio sur-sur.

En cuanto a las limitaciones de la revisión, la principal es el bajo volumen de estudios encontrados para selección. Es posible que éste pudiera ampliarse mediante una inclusión de literatura gris, particularmente para el caso de América Latina, como antes señalado. Es

posible que, en el caso de este continente, se dé un sesgo de publicación, es decir, de estudios publicados en revistas científicas incluidas en las principales bases de datos. También cabe señalar que, por aspectos del contexto pandémico, en el período en que se realizó la búsqueda, se tuvo acceso tan solo a bases de datos de acceso abierto, pudiendo conseguirse solo algunos artículos incluidos en bases de datos no abiertas. La revisión panorámica, como método, permite además el análisis de otras fuentes de información complementarios, además de los artículos científicos, por ejemplo, reportes ministeriales o de otras instituciones, los cuales no pudieron incluirse por estar fuera del plazo académico para los trabajos de tesis.

Las fortalezas de la presente revisión son la revisión de bases de datos relevantes a nivel internacional, y la rigurosidad del proceso de recopilación y selección de los documentos seleccionados, cumpliendo con los pasos de cribado descritos para revisiones panorámicas por PRISMA. Así como la revisión y codificación de cada artículo por varios investigadores, que permitió enfrentar las dudas, corregir errores, realizar una síntesis cualitativa que emergió de la evidencia y fue concordada en el equipo.

Dentro de las debilidades que destacan en esta revisión panorámica, en primer lugar se tiene que para el desarrollo de este proyecto de investigación, se contó con un tiempo acotado para su respectivo análisis y desarrollo, en donde a inicios de este año, el proyecto de base tuvo que enfrentarse a cambios, principalmente en el tipo de estudio a realizar, y por ende, la metodología investigativa a utilizar, esto producto de la pandemia que se vive a nivel mundial y sus respectivas repercusiones en la vida de la humanidad.

Finalmente, en base a los resultados obtenidos en esta revisión panorámica, así como también de lo que se puede inferir en base a lo observado durante el proceso de búsqueda de información y/o documentación, es que sería de vital importancia, ampliar el número de investigaciones respecto de esta relación que existe entre la prematurez y los procesos migratorios. Lo anterior desde un enfoque que abarque la realidad social y psicosocial de la

mujer que emigra. Es decir, indagar en los motivos que existen para inmigrar, bajo qué condiciones llegan a un país nuevo, el nivel socioeconómico y cultural que tienen, el manejo o no de idiomas, si tiene redes de apoyo o no en el lugar al que llega, entre otros factores no biomédicos que afectan en la gestación. Puesto que de estos últimos ya se tiene mayor información, aunque podría ser interesante realizar un análisis de contraste y asociación entre factores biomédicos y factores psicosociales de la madre, en base al resultado perinatal o al desarrollo de la prematuridad. Sería de gran importancia que el desarrollo de estos tipos de estudios se realice en los diversos países de América Latina, en donde también existe poca información al respecto, así como también profundizar este tema en base a la realidad nacional y local, puesto que los procesos migratorios son de tipo heterogéneo, por lo que no afectan de igual forma, a cada región o zona de un país.

5.2 Conclusión

En esta revisión panorámica se estudió la asociación entre la condición migratoria de la madre y la prevalencia de prematuridad existente en Iberoamérica, durante el periodo 2000-2020. La cantidad de estudios analizados fue limitada, en donde la mayoría de estos fueron realizados en España. Existe una relación entre el fenómeno migratorio y la prematuridad, mas no se observa una tendencia uniforme de ésta. Se sabe, según lo estudiado, que existen diversos factores de tipo biológicos, psicológicos y sociales que puede afectar de forma positiva o negativa a la gestación. Dichos factores, tanto protectores, como de riesgo, se podían evidenciar en el grupo de mujeres inmigrantes, pero también en el grupo de mujeres autóctonas. Por lo tanto, es importante indagar en la realidad materna de cada población inmigrante en general, y también, en la consulta, de cada mujer inmigrante, para poder conocer el posible grado de riesgo o de protección que está presente en base a la prematuridad. Además, en base a lo anterior, sería de gran ayuda, la creación de programas ministeriales que puedan mirar estas diferencias, conocer la realidad biopsicosocial de esta nueva población, para así poder ayudar a disminuir la morbilidad neonatal producida por la prematuridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS INTRODUCCIÓN, MÉTODO Y DISCUSIÓN

1. OMS. Nacimientos Prematuros. 2018. [Consultado 12 de septiembre 2019 de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Ministerio de Salud de Chile. (2010) Guía Clínica Prevención Parto Prematuro. Santiago de Chile. 2010.
3. Burgos J, Catalán J, Fernandez P, Gonzalez LH, Hübner ME, Ilabaca G, Maturana A, Muñoz H, Muñoz L, Nazer J, Larée MR, Ramirez R, Salinas R, Sfeir J. Prematurez. En: Servicio Neonatología Hospital Clínico Universidad de Chile. 2001. Consultado 25 de septiembre del 2019 en: http://www.manuelosses.cl/BNN/NEO_U.pdf
4. Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G, Fuentes A, del Río M, Morong C et al. Factores de riesgo para partos prematuros en un hospital público. Rev. Méd. Chile. 2012 ene 140 (1):19-29. Consultado 26 de septiembre del 2019 en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000100003>
5. Mendoza L, Claros D, Mendoza L, Arias M, Peñaranda C. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2016 Ago 81(4): 330-342. Consultado 28 septiembre 2019 en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012>
6. MINSAL. Parto Prematuro. En: Guía Perinatal. Santiago de Chile. 2015.
7. Salinas H, Albornoz J, Erazo M, Catalán J, Hübner M, Preisler J et al. Impacto económico de la prematurez y las malformaciones congénitas sobre el costo de la atención neonatal. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2006. 71(4): 234-238. Consultado 26 septiembre 2019 en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000400003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262006000400003>
8. Petrou S, Eddama O, Mangham L. Revisión estructurada de bibliografía reciente sobre las consecuencias económicas del parto prematuro. Revista del Hospital Materno

- Infantil Ramón Sardá. 2011; 30(1):15-26. Consultado 15 de septiembre de 2019 en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91218702005>
9. López P. Increase in Preterm Birth during Demographic Transition in Chile from 1991 to 2012. *BioMed Research International*. 2015; vol(1). Consultado 13 octubre de 2019 en: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/845968/>
 10. López P, et al. Factores psicosociales y socioeconómicos asociados a parto prematuro en madres de la comuna de Valparaíso. Valparaíso, Universidad de Valparaíso, Chile; 2012.
 11. Andrade A, Barría J, Bouquillard V, et al. Perfil sociobiodemográfico de las mujeres con parto prematuro ocurridos durante los años 2007 - 2008 en el hospital Augusto Riffart de la comuna de Castro controladas en el CESFAM Castro Alto. Universidad Austral de Chile; 2010.
 12. Rodríguez-Coutiño, S., Ramos-González, R., Hernández-Herrera, R. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. *Ginecol Obstet Mex*. 2013; vol(81): 499-503.
 13. Cabieses, B. La compleja relación entre posición socioeconómica, estatus migratorio y resultados de Salud. *Value in Health Regional Issues* 2014 (5) 1-6. Consultado 28 septiembre de 2019 en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212109913001519?via%3Dihub>
 14. Urzúa, M. A., Heredia, B. O., Caqueo-Urizar, A. Salud mental y estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Rev. Méd. Chile*. 2016 Mayo; 144(5): 563-570. [Consultado 5 de septiembre de 2019] Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000500002&lng=es.
 15. Donoso S, E. ¿Está aumentando la mortalidad perinatal en Chile?. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. [Internet]. 2011; 76(6): 377-379. [Consultado 2 de septiembre de 2019] Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

75262011000600001&Ing=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000600001>

16. Bustos C, P. Relación entre estatus migratorio y resultados de embarazo y parto. Biblioteca digital ESP. 2017; 121. [Consultado 6 de octubre de 2019] Disponible en: <http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/handle/123456789/548>
17. Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. Guidance for conducting systematic scoping reviews. International Journal of Evidence-based Healthcare. [Internet] 2015. [Consultado 8 de abril de 2020]; 13(3), 141–146. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>.
18. Davis, K., Drey, N., Gould D. What are scoping studies? A review of the nursing literature. International Journal of Nursing Studies. [Internet] 2009. [Consultado 10 de junio de 2020]; 46, 1386-1400. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.02.010>
19. Tricco, A.C. Scoping reviews: what they are and how you can do them. Cochrane Training. [Internet] 2017. [Consultado 23 de junio de 2020]; 13(3), 141–146. Disponible en: <https://training.cochrane.org/resource/scoping-reviews-what-they-are-and-how-you-can-do-them>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS REVISIÓN PANORÁMICA

1. Acevedo, P., Varea, C., Montero, P., Bernis C. et al. Gestación y maternidad de las mujeres de Madrid, comparación entre madres inmigrantes y autóctonas. Rev. Esp. Antrop. Fís. [Internet] 2009. [Consultado 10 de mayo de 2020]; 30, 23-29.
Disponible en :
https://www.researchgate.net/publication/314148153_Gestacion_y_maternidad_de_las_mujeres_de_Madrid_comparacion_entre_madres_inmigrantes_y_espanolas/citation/download
2. Agudelo-Suárez, A., Ronda-Pérez, E., Gil-González, D., González Zapata, L., Regidor, E. Relación en España de la duración de la gestación y del peso al nacer con la nacionalidad de la madre durante el período 2001-2005. Rev Esp Salud Pública. [Internet] 2009. [Consultado 09 de mayo de 2020]; 83, 331-337. Disponible en :
<http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n2/originalbreve2.pdf>
3. Aldea Romer, A., Fidalgo Marrón, L., Cornejo Gutiérrez, A.M., López Dueñas, A., López Andrés, N., Jiménez Bustos, J.M. Estudio poblacional de los prematuros en el Hospital Universitario de Guadalajara año 2010. Revista Española de Pediatría. [Internet] 2012. [Consultado 28 de junio de 2020]; 68(5), 333-338. Disponible en :
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=3109210>
4. Ramón Arbúes, E., Martínez Abadía, B. Análisis comparado de los resultados perinatales de las primigestas autóctonas e inmigrantes. ENE Revista de Enfermería. [Internet] 2010. [Consultado 29 de abril de 2020]; 4(2), 24-32. Disponible en :
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3312498>
5. Bernis, C. Determinantes biológicos y culturales del peso al nacer en España 2000: valoración en hijos de mujeres inmigrantes y no inmigrantes. Antropo [Internet] 2005. [Consultado 14 de julio de 2020]; 10, 61-73. Disponible en:
www.didac.ehu.es/antropo
6. Bernis, C. Conciliación de maternidad y trabajo de las mujeres inmigrantes: costes diferenciales para la salud desde XVIII Jornadas Internacionales de Investigación

Interdisciplinar. [Internet] 2011. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4328177>

7. Calle Miguel, L., Pardo de la Vega, R., Solís Sanchez, G., Lombraña Álvarez, E., Pérez Mendez, C., González Martínez, M.T. Gestación sin controlar y su impacto socio-sanitario en una población pediátrica. Bol Pediatr. [Internet] 2013. [Consultado 28 de junio de 2020]; 53, 28-36. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/255482520_Gestacion_sin_controlar_y_su_impacto_socio-sanitario_en_una_poblacion_pediatrica
8. Cortés, E., Rizo-Baeza, M.M., Palazón-Bru, A., Aguilar-Cordero, M.J, Gil-Guillen, V.F. Influence of immigration on prematurity in the context of a free healthcare system with universal coverage. Sci Rep [Internet] 2015. [Consultado 14 de mayo de 2020] ; 5. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/srep10586>
9. Torre J. de la, Coll C., Coloma M., Martín J. I., Padron E., González González N. L.. Control de gestación en inmigrantes. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2006 [Consultado 28 de junio de 2020] ; 29 (1),49-61. Disponible en:
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000200005&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000200005&lng=es)
10. Fuertes C., Martín Laso M. A. El inmigrante en la consulta de atención primaria. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2006 [Consultado 26 de abril 2020] ; 29(1), 9-25. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000200002&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000200002&lng=es)
11. Manzanares Galán, S., López Gallego, M.F, Gómez Hernández, T., Martínez García, N., Montoya Ventoso, F. Resultados del mal control del embarazo en la población inmigrante. Progresos de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2008 [Consultado 30 de abril 2020] ; 51(4),215-223. Disponible en: [DOI: 10.1016/S0304-5013\(08\)71079-3](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(08)71079-3)
12. García-García, J., Pardo-Serrano, C., Hernández-Martínez, A., Lorenzo-Díaz, M., Gil-González, D. Diferencias obstétricas y neonatales entre mujeres autóctonas e inmigrantes. Progresos de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2008 [Consultado 20

- de junio 2020] ; 51(2),53-62. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0304-5013\(08\)71056-2](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(08)71056-2)
13. González P, R., Neira M, J., Daza N, P., Nien S, J., Oyarzún E, E., Piedra S, D., et al. La paradoja de la inmigración: las madres haitianas y latinoamericanas en Chile. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [Internet] 2019 [Consultado 28 de junio 2020] ; 84(6): 449-459. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600449&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000600449>.
 14. Ortiz Martínez, R., Castillo, A. Relación entre estrés durante el embarazo y nacimiento pretérmino espontáneo. Rev. Colomb. Psiquiatr. [Internet]. 2016 [Consultado 09 de junio 2020] ; 45(2), 75-83. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.07.006>.
 15. Huamaní Navarro, M., López Sánchez, M., Alegría Delgado, D., Llancachagua Tarqui, P., Ormeño Caisafana, L. Características perinatales del recién nacido de madre inmigrante en un hospital público entre el 2017 y 2019. Rev Int Salud Materno Fetal. [Internet]. 2019 [Consultado 28 de junio 2020] ; 4(1), 11. Disponible en:
<http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/122>
 16. Martín Ibañez, I., López Vílchez, M.ªA., Lozano Blasco, J., Mur Sierra, A. Resultados perinatales de las gestantes inmigrantes. Anales de Pediatría. [Internet]. 2006 [Consultado 04 de junio 2020] ; 64(6), 550-556. Disponible en:
<https://doi.org/10.1157/13089920>.
 17. Mata Zubillaga, M., Ledesma Benítez, I., Morales Sánchez, R., Rosón Varas, M., Lapeña López de Armentia, S. Características perinatales del recién nacido hijo de madre inmigrante nacido en el Complejo Asistencial de León. Bol Pediatr. [Internet]. 2008 [Consultado 03 de julio 2020] ; 48, 259-264. Disponible en:
https://www.sccalp.org/documents/0000/0157/BolPediatr2008_48_259-264.pdf
 18. Biosca Pámies, M., Rodríguez Martínez, G., Samper Villagrana, M.P., Gil Ferrer, L., Odriozola Grijalba, M., Álvarez Sauras, M.L., et al. Los hijos de madre inmigrante

tienen menor probabilidad de nacer con bajo peso. Bol Pediatr Arag Rioj Sor. [Internet]. 2012 [Consultado 03 de julio 2020] ; 42, 65-70. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7156056>

19. Pérez Cuadrado, S., Muñoz Ávalos, N., Robledo Sánchez, A., Sánchez Fernández, Y., Pallás Alonso, C.R., De la Cruz Bértoloc, J. Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos. Anales de Pediatría. [Internet]. 2004 [Consultado 03 de julio 2020] ; 60(1), 3-8. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-caracteristicas-mujeres-inmigrantes-sus-hijos-articulo-S1695403304782107>
20. Domingo Puiggròs, M., Figaró Voltà, C., Loverdos Eserverri, I., Costa Colomer, J., Badia Barnusell, J. Gestante inmigrante y morbilidad neonatal. [Internet]. 2008 [Consultado 04 de junio 2020] ; 68(6), 596-601. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-gestante-inmigrante-morbilidad-neonatal-articulo-S1695403308702108>
21. Raimondi, D., Rey, C. E., Testa, M. V., Camoia, E.D., Torreguitar, A, Meritano, J. Salud perinatal de la población migrante. Rev. bol. ped. [Internet]. 2015 [Consultado 29 de abril de 2020] ; 54(2): 89-94. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752015000200007&lng=es.](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752015000200007&lng=es)
22. Río, I., Castelló, A., Jané, M., Prats, R., Barona, C., Más, R. et al. Indicadores de salud reproductiva y perinatal en mujeres inmigrantes y autóctonas residentes en Cataluña y en la Comunitat Valenciana (2005-2006). Gac Sanit [Internet]. 2010 [Consultado 31 de mayo] ; 24(2): 123-127. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000200007&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000200007&lng=es)

ANEXOS

Anexo N°1: Estrategia de búsqueda.

| Palabras clave | Conector | Conjugación | Otra conjugación |
|-----------------------------------|----------|--|------------------|
| Prematurez | and | inmigrantes migrantes | no aplica |
| Parto prematuro | and | inmigrantes migrantes nacionalidad materna nacionalidad de la madre factores de riesgo | no aplica |
| Parto pretérmino | and | inmigrantes migrantes nacionalidad materna nacionalidad de la madre factores de riesgo | no aplica |
| Prematuridad | and | inmigrantes migrantes nacionalidad materna factores de riesgo | no aplica |
| Prematuro | and | inmigrantes migrantes nacionalidad materna nacionalidad de la madre factores de riesgo | no aplica |
| Parto prematuro, parto pretérmino | and | inmigrantes | no aplica |
| Morbilidad neonatal | and | inmigrantes migrantes nacionalidad | & 2000 - 2020 |
| Mortalidad neonatal | and | inmigrantes migrantes nacionalidad nacionalidad materna | & 2000 - 2020 |

| | | | |
|---|-----|--|-----------------|
| Salud neonatal | and | inmigrantes migrantes nacionalidad nacionalidad materna | & 2000 - 2020 |
| Resultados perinatales | and | inmigrantes migrantes nacionalidad nacionalidad materna | no aplica |
| Control gestacional | and | inmigrantes migrantes nacionalidad nacionalidad materna | no aplica |
| Patología materna | and | inmigrantes migrantes nacionalidad nacionalidad materna | no aplica |
| Patología obstétrica | and | inmigrantes migrantes nacionalidad nacionalidad materna | no aplica |
| Patología obstétrica y resultado perinatal | and | inmigrantes | no aplica |
| Riesgo de parto prematuro | and | inmigrantes | no aplica |
| Patología obstétrica | and | resultado perinatal | and inmigrantes |
| Patología materna | and | morbilidad neonatal salud neonatal | and inmigrantes |
| Morbilidad neonatal | & | 2000 - 2020 | no aplica |
| Prematurez extrema OMS | & | 2000 - 2020 | no aplica |
| Morbilidad neonatal gestante inmigrantes | & | 2000 - 2020 | no aplica |
| Parto prematuro inmigrantes | & | 2000 - 2020 | no aplica |
| Parto prematuro nacionalidad (madre, materna) | & | 2000 - 2020 | no aplica |
| Parto prematuro riesgo (factor de riesgo) | & | 2000 - 2020 | no aplica |
| Parto pretérmino inmigrantes | & | 2000 - 2020 | no aplica |

| | | | |
|--|-----------|-------------|-----------|
| Parto pretérmino migrantes | & | 2000 - 2020 | no aplica |
| Parto pretérmino nacionalidad (madre, materna) | & | 2000 - 2020 | no aplica |
| Parto pretérmino riesgo (factor de riesgo) | & | 2000 - 2020 | no aplica |
| Prematuro inmigrantes | & | 2000 - 2020 | no aplica |
| Prematuro migrantes | & | 2000 - 2020 | no aplica |
| Salud mujer inmigrante | no aplica | no aplica | no aplica |
| Prematurez inmigrante | no aplica | no aplica | no aplica |
| Prematurez migrantes | no aplica | no aplica | no aplica |
| Prematurez neonatal | no aplica | no aplica | no aplica |
| Prematurez Chile | no aplica | no aplica | no aplica |
| Prematurez factores de riesgo | no aplica | no aplica | no aplica |
| Prematurez extrema | no aplica | no aplica | no aplica |
| Prematuridad inmigrantes | no aplica | no aplica | no aplica |
| Prematuridad migrantes | no aplica | no aplica | no aplica |
| Prematuro nacionalidad | no aplica | no aplica | no aplica |
| Prematuro riesgo (factores de riesgo) | no aplica | no aplica | no aplica |
| Parto pretérmino factores de riesgo | no aplica | no aplica | no aplica |
| Parto pretérmino riesgo materno asociado | no aplica | no aplica | no aplica |
| Parto prematuro migrantes | no aplica | no aplica | no aplica |
| Riesgo prematurez | no aplica | no aplica | no aplica |
| Factor de riesgo prematurez | no aplica | no aplica | no aplica |
| Abordaje de la salud de la mujer inmigrante | no aplica | no aplica | no aplica |

Anexo N°2: Análisis descriptivo.

| N° referenci a | Autor, año y título | País | Enfoque | Diseño | N° participantes y tipo de muestra | Técnica de recolección de datos | Técnica de análisis |
|----------------|---|--------|--------------|--------------|--|--|--|
| 1 | Acevedo, et al. Año 2009. Gestación y maternidad de las mujeres de Madrid, comparación entre madres inmigrantes y autóctonas. | España | Cuantitativo | Transversal | Muestra de 6.690 mujeres, españolas e inmigrantes (4.315 españolas, 252 marroquíes, 550 ecuatorianas, 180 colombianas, 154 rumanas, 78 chinas), que dieron a luz en el Hospital La Paz de Madrid en 2005. No queda claro si es población total de dicho hospital, aunque pareciera que sí. | Registro institucional Libro de partos Hospital La Paz de Madrid (2005). | Programa estadístico: programa SPSS 14.0. |
| 2 | Agudelo-Suárez, et al. 2009. Relación en España de la duración de la gestación y del peso al nacer con la nacionalidad de la madre 2001-2005. | España | Cuantitativo | Transversal | 1.868.718 nacidos vivos de España, en el período de 2001 - 2005. Población total. | Registro institucional Boletín estadístico de parto, Instituto Nacional de Estadística. | Programa estadístico: programa SPSS 15.0 y Stata 9.1. para OR y regresión logística. |
| 3 | Aldea Romero, et al. 2012. Estudio poblacional de los prematuros en el | España | Cuantitativo | Transversal. | 2.262 prematuros ingresados en la unidad de neonatología, hijos de madres inmigrantes con los | Registro institucional Unidad de Neonatología | Programa estadístico SPSS v17. |

| | | | | | | | |
|---|---|--------|--------------|--------------|---|--|--|
| | Hospital Universitario de Guadalajara año 2010. | | | | de madres no inmigrantes, durante el año 2010. Población total. | a del Hospital Universitario de Guadalajara. | |
| 4 | Arbués y Martínez. 2010 Análisis comparado de los resultados perinatales de primigestas autóctonas e inmigrantes. | España | Cuantitativo | Transversal. | Total de primigestas que dieron a luz en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Año 2008. Muestra aleatoria estratificada, cálculo muestral EPIDAT 3.1:316. Recién nacidos hijos de primigestas (199 autóctonas y 117 inmigrantes). | Registro institucional Historias clínicas y libros de registro hospitalario. | Programa estadístico SPSS v 15. |
| 5 | Bernis. 2005. Determinantes biológicos y culturales del peso al nacer en España 2000: valoración en hijos de mujeres inmigrantes y no inmigrantes. | España | Cuantitativo | Transversal | Todos los recién nacidos de 392.584 partos simples de madres autóctonas e inmigrantes en España en el año 2000. Población total. | Registro institucional Instituto Nacional de Estadísticas. | Programa estadístico Comparación de varianzas (ANOVA). |
| 6 | Bernis. 2011. Conciliación de maternidad y trabajo de las mujeres inmigrantes: costos | España | Cuantitativo | Transversal | 16.530 partos ocurridos en la Maternidad La Paz, en el año 2005 y 2007. Y todos los partos ocurridos en España. Año 1996-2007. No | Registro institucional Libros de partos Hospital La Paz; Instituto | Programa estadístico SPSS. |

| | | | | | | | |
|---|--|--------|--------------|---------------------------------|--|--|--|
| | diferenciales para la salud. | | | | señala cifra. Población total. | Nacional de Estadísticas. | |
| 7 | Calle, et al. 2013. Gestación sin controlar y su impacto socio-sanitario en una población pediátrica. | España | Cuantitativo | Transversal. | 92 recién nacidos de gestaciones no controladas en el Hospital de Cabueñes (Gijón, Asturias), España, entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2010. | Registro institucional Historias clínicas y datos web internos hospitalarios | Programa estadístico SPSS 17.0 y Epidat 4.0. |
| 8 | Cortés, et al. 2015. Influencia de la inmigración en la prematuridad en el contexto de un sistema de salud gratuito con cobertura universal. | España | Cuantitativo | Transversal. Casos y controles. | 75.292 recién nacidos vivos inscritos en el programa de detección neonatal en Alicante, España, entre 2008 y 2011. Quedando 4.324 lactantes, totalidad de los casos, 2.661 recién nacidos con una edad gestacional <37 semanas, y una muestra aleatoria de nacimientos a término, 588 controles. | Registro institucional Programa de monitoreo de RN Alicante. | Programa estadístico Programa IBM SPSS 19.0 |
| 9 | De la Torre, et al. 2006. Control de gestación en inmigrantes. | España | Cuantitativo | Transversal | 8.151 embarazos atendidos en el programa de atención a la salud sexual y reproductiva del área de Maresme, desde el año 2001 al 2005. Población total. | Registro institucional Base de datos del área de Maresme, Hospital de Mártaro. | Sin información. |

| | | | | | | | |
|----|--|--------|--------------|--------------------------------|--|--|--|
| 10 | Fuertes y Laso. 2006. El inmigrante en la consulta de atención primaria. | España | Cualitativo | Transversal | Población inmigrante. Período 2006. | Sin información | Sin información. |
| 11 | Galán y López. 2008. Resultados del mal control del embarazo en la población inmigrante. | España | Cuantitativo | Transversal. Casos y controles | Muestra de 1.874 mujeres inmigrantes y 1.874 mujeres españolas, que dieron a luz entre Enero de 1997 y Junio de 2003 en el Hospital de Poniente. Población total. | Registros institucionales: registro de partos hospitalarios | Programa estadístico. Análisis inferencial, análisis de varianza (INOVA I). |
| 12 | García, et al. 2008. Diferencias obstétricas y neonatales entre mujeres autóctonas e inmigrantes. | España | Cuantitativo | Transversal | 6.165 mujeres inmigrantes y nativas cuyo parto es atendido en los hospitales Regional de Málaga y Virgen de la Victoria entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2016. Población total. | Registro institucional Libro de partos de los hospitales Regional de Málaga y Virgen de la Victoria. | Programa estadístico Análisis estadístico: análisis multivariante, regresión logística. |
| 13 | González et al. 2019. La paradoja de la inmigración: las madres haitianas y latinoamericanas en Chile. | Chile | Cuantitativo | Transversal | 1.048.490 recién nacidos únicos y vivos de madres chilenas y de otras nacionalidades, durante septiembre a diciembre 2016. Población total. | Registro institucional Base de datos del Departamento de Informática del Ministerio | Programa estadístico Estadística descriptiva: comparación de porcentajes en población total. |

| | | | | | | | |
|----|---|-----------|--------------|-----------------------------------|---|---|---|
| | | | | | | de Salud de Chile (DEIS). | |
| 14 | Grandi, et al. 2008. Relación entre estrés psicosocial y parto prematuro. | Argentina | Cuantitativo | Transversal. Casos y controles | Se identificó una cohorte de puérperas de la maternidad Sardá de Buenos Aires, entre septiembre de 2005 y septiembre de 2007. 102 casos de recién nacidos <37 semanas de edad gestacional y 100 controles de recién nacidos de término sanos. Muestreo no probabilístico, incluye criterios de exclusión. | Encuesta Mujeres puérperas. | Programa estadístico Epi-info 5.0, STADISTICA para Windows 6.0, SPSS 10.0 y EPIDAT 2.0. |
| 15 | Huamaní-Navarro et al. 2019 Características perinatales del recién nacido de madre inmigrante en un hospital público entre el 2017 y 2019. | Perú | Cuantitativo | Transversal | 9.853 recién nacidos de un hospital público del segundo nivel en Perú, durante el periodo 2017 y 2019. Población total. | Registro institucional Se infiere, no señala (hospitalario) | Programa estadístico. No señala. Se infiere análisis. |
| 16 | Ibáñez, et al. 2006. Resultados perinatales de las gestantes inmigrantes. | España | Cuantitativo | Transversal. | 2.735 mujeres autóctonas e inmigrantes y sus recién nacidos atendidos en la sección de Neonatología del Hospital del Mar, Barcelona. Período: 1 de enero 2003 hasta el 31 | Registros institucionales: unidad neonatal hospitalaria | Programa estadístico SPSS v, 10.0 |

| | | | | | | | |
|----|--|--------|--------------|--|--|--|--|
| | | | | | diciembre del 2004. Población total. | | |
| 17 | Mata, et al. 2008. Características perinatales del recién nacido hijo de madre inmigrante en el Complejo Asistencial de León. | España | Cuantitativo | Transversal. Casos y controles | 521 neonatos nacidos en el Complejo Asistencial de León, durante el período entre febrero a mayo de 2007. Población total. | Registro institucional Complejo Asistencial de León. | Programa estadístico Epidat y programa sde cálculo Excell) |
| 18 | Pámies, et al. 2012. Los hijos de madre inmigrante tienen menor probabilidad de nacer con bajo peso. | España | Cuantitativo | Transversal (aunque "El Proyecto CALINA es un estudio observacion al longitudinal) | Muestra representativa de la población de centros de salud de la comunidad autónoma aragonesa: 365 hijos de madres inmigrantes y 1.195 no inmigrantes. Población incluida en el proyecto CALINA 2009-2010. | Datos Proyecto CALINA (Crecimiento y Alimentación durante la Lactancia y la primera Infancia en Niños Aragoneses). En su proyecto se utilizaron 3 técnicas de recolección de datos: muestreo transversal, muestreo longitudinal, | Programa estadístico. SPSS. |

| | | | | | | | |
|----|---|-----------|--------------|--------------------------------|---|---|---|
| | | | | | | y un muestreo mixto. | |
| 19 | Pérez, et al. 2004. Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos. | España | Cuantitativo | Transversal | Muestra no aleatoria (voluntariedad): 1.352 mujeres, de las cuales 203 eran inmigrantes, durante diciembre de 2000 a marzo de 2001. En un hospital universitario materno-infantil de tercer nivel en función del nivel socioeconómico del país de origen. | Registro institucional Registros clínicos de mujeres que parieron en un hospital universitario materno-infantil de tercer nivel. Cuestionario autoadministrado aplicado a las mujeres incluidas en el estudio. | Programa estadístico (no se especifica) |
| 20 | Puiggros, et al. 2008. Gestante inmigrante y morbilidad neonatal. | España | Cuantitativo | Transversal | 902 recién nacidos vivos del Hospital de Sabadell, entre el 1 de Septiembre al 31 de Diciembre de 2004. Población total. | Registro institucional Historia clínica. | Programa estadístico SPSS. |
| 21 | Raimondi, et al. 2015. Salud perinatal de la población migrante. | Argentina | Cuantitativo | Transversal, casos y controles | Muestra de 1.000 madres migrantes y 1.000 madres argentinas con sus recién | Registro institucional Libro de registro de | Programa estadístico. Epi Info 2002 y Epidat 3.7. |

| | | | | | | | |
|----|---|--------|--------------|--------------|---|--|----------------------|
| | | | | | nacidos, durante el año 2009. | partos del HMIRS | |
| 22 | Ríos, et al. 2010. Indicadores de salud reproductiva y perinatal en mujeres inmigrantes y autóctonas residentes en Cataluña y en la Comunidad Valenciana (2005–2006). | España | Cuantitativo | Transversal. | 244.645 nacimientos de mujeres autóctonas e inmigrantes (Latinoamérica, Europa del Este, Magreb y África subsahariana). Año 2005-2006. Población total. | Registro institucional Registros de metabopatías de Cataluña y de la Comunitat Valenciana. | Programa estadístico |

Anexo N°3: Palabras clave señaladas en los estudios revisados.

| Categoría | Palabras clave | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|--|-------------------|-------------------|
| Atención perinatal | Atención al parto Atención perinatal Atención primaria Control prenatal Cuidados prenatales Obstetricia Perinatal Salud perinatal Salud materno infantil Salud sexual y reproductiva | 10 | 45,5 |
| Embarazo | Embarazo en la adolescencia Embarazo no controlado Gestación Gestante Resultado del embarazo Edad gestacional | 11 | 50,0 |
| Emigrantes e inmigrantes | Grupos étnicos Inmigración Inmigración internacional Inmigrante Inmigrantes Migración Migración internacional Paradoja inmigración Población chilena Población haitiana Extranjero | 21 | 95,5 |
| Patologías | Patología prevalente Patologías Riesgo | 3 | 13,6 |
| Factores socioeconómicos | Problemas sociales Inequidad | 3 | 13,6 |
| Morbimortalidad perinatal | Morbilidad Morbimortalidad Mortalidad perinatal Resultados perinatales | 4 | 18,2 |

| | | | |
|--------------------|---|----|------|
| Otras | Características epidemiológicas Competencia cultural Estrés Nutrición materna Patrones reproductivos Recién nacido Vivencia de la salud | 12 | 54,5 |
| Peso de nacimiento | Antropometría Bajo peso Bajo peso al nacer Macrosomía Peso al nacer Peso fetal Recién nacido de bajo peso | 10 | 45,5 |
| Parto pretérmino | Parto Parto prematuro Parto pretérmino Prematuridad Prematuros tardíos | 9 | 40,9 |

Anexo N°4: Análisis de tendencia de prematurez en los estudios.

| Referencia | Tendencia prematurez | País |
|------------|---|--------|
| 1 | Del total de la muestra los hijos de madres rumanas son las que presentan mayor prevalencia de prematuridad en un 15,4%, de un total de 150 madres. Los hijos de madres ecuatorianas presentan un 10,9% de prematuridad, de un total de 547 madres. Los hijos de madres españolas presentan un 7,8% de prematuridad, de un total de 4.297 madres. Los hijos de madres colombianas presentan un 6,7% de prematuridad, de un total de 150 madres. Los hijos de madres chinas presentan un 6,5% de prematuridad, de un total de 78 madres. Los hijos de madres marroquíes presentan un 5,8% de prematuridad, de un total de 248 madres. | España |
| 2 | La prevalencia de parto prematuro en las mujeres españolas fue de 7,9%, en las mujeres extranjeras de 7,3%. La mayor prevalencia se observó en madres procedentes de países del sur de Europa con 8,8%. América del Sur y América Central, su prevalencia es de 7,3 y 7,8%, respectivamente. Mientras que África subsahariana y el Norte de África, tienen una prevalencia de 7,9 y 6,4%, respectivamente. | España |
| 3 | Durante el periodo analizado (del 1 de enero al 31 de diciembre del 2010) se registró un total de 2.262 recién nacidos. De estos recién nacidos, 133 fueron prematuros (edad gestacional < 37 semanas), suponiendo los prematuros tardíos un 78,9% del total (105 prematuros tardíos). De este grupo de prematuros tardíos ingresaron en la unidad de neonatología el 74%. Se realizaron 337 ingresos en la unidad de neonatología durante el año 2010, de los cuales el 23,1% estuvo constituido por el grupo de prematuros tardíos. Al comparar los datos epidemiológicos de los prematuros ingresados en la unidad de neonatología, hijos de madres inmigrantes con los de madres no inmigrantes se obtuvo que el 27,3% de los prematuros fueron hijos de madres inmigrantes (Fig. 1)." En la figura 1 del texto "PREMATUROS INGRESADOS" que habla de la prematurez, da el resultado: 27% madres inmigrantes y 73% madres no inmigrantes. | España |
| 4 | Realizado el análisis estadístico se determinó que no existieron diferencias significativas en los porcentajes de prematuridad de cada uno de los grupos de RN en función de origen de sus madres. Extranjeras 7,7%, Latinoamericanas 10,8%,Magrebíes 7,7%, Subsaharianas 0%, Europa del Este 7,7%, China 0%. | España |
| 5 | No hay diferencias significativas en incidencia de partos distócicos ni de prematuridad. No se señalan tasas. | España |

| | | |
|----|--|--------|
| 6 | La tasa de prematuridad para el conjunto de los partos de 8,3%. En los partos únicos la tasa de prematuridad es de 7,3%. 11,10% Europa del Este 9,70% América Central y Caribe 8,10% América del Sur 8,20% Marruecos 7,50% China | España |
| 7 | Sus hijos (España, Rumanía, Países de América del Sur, China, Marruecos, Nacionalidad no registrada) presentaron mayor porcentaje de prematuridad (25% vs 5,4%). Fase descriptiva: La edad gestacional media de los recién nacidos fue de 37,7 semanas (IC 95% 37,2-38,2). Hubo tres casos (3,3%) de gran prematuridad de 27, 28 y 30 semanas de edad gestacional. Fase comparativa: La edad gestacional media de los recién nacidos de embarazos no controlados fue significativamente menor ($p < 0,001$), con diferencias más llamativas en el grupo de los denominados prematuros tardíos. Hubo un caso de parto extramuros en el grupo control y nueve en el grupo a estudio ($p = 0,009$). | España |
| 8 | La tendencia de prematurez en la provincia de Alicante es del 7,0%. Del total de casos 7,3% son de Iberoamérica, 9,7% del resto de Europa, 6,0% de África, 1,3% de Asia, 75,6% de España. | España |
| 9 | La inmigración parece no afectar a la tasa de prematuridad (autóctonas 4,8% , 3,7% Afrocaribeñas, 3,75% Asiáticas, 3,8% Sudamericana, 3,2% Subsahariana 4,2% Magrebí), aunque sí se cumple un aumento de la prematuridad extrema entre las inmigrantes. | España |
| 10 | En las mujeres inmigrantes son más frecuentes los partos prematuros, en las africanas casi el doble que entre las españolas y los niños de aquéllas tienen bajo peso al nacer en un 11,5% comparado con el 5,5% en las españolas. Análisis descriptivo. | España |
| 11 | 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%). | España |
| 12 | El porcentaje de partos pretérmino en las mujeres inmigrantes, en general, es del 13,5 % y el de las autóctonas del 9%. Por otro lado, el porcentaje de partos pretérmino de las mujeres de los países del Este, es de un 17,1 % v/s las autóctonas con un 9%. | España |
| 13 | El porcentaje de nacidos antes de las 37 semanas en las madres de origen boliviano, colombiano, ecuatoriano, peruano y venezolano es entre 4.8 y 7.3 %, versus las chilenas cuyo indicador es de un 8% para el mismo periodo estudiado, y la tendencia de prematurez para las madres haitianas es de un 10,1%. | Chile |

| | | |
|----|---|-----------|
| 14 | De una muestra total de 202 RN, 102 de estos son prematuros, en donde 82 niños (54%) son hijos de madres Argentinas y 20 RN son hijos de madres de otras nacionalidades (38,4%). Las mujeres argentinas tuvieron mayor riesgo de PP en comparación con otras nacionalidades (Chi2 = 3,14, p= 0,076; OR = 1,88, IC 95% 0,98-3,58; fracción atribuible poblacional = 25%), que podría atribuirse a diferentes estrategias de afrontamiento en otras culturas. | Argentina |
| 15 | No se aprecia tendencia de prematurez, ya que no existen diferencias entre inmigrantes y nacionales. Se establece tendencia de bajo peso al nacer, siendo este de 7,4% para inmigrantes, versus un 6,8% para nacionales. | Perú |
| 16 | Los recién nacidos inmigrantes tienen menos incidencia de prematuridad y de bajo peso a diferencia de recién nacidos autóctonos. 6,0% Inmigrantes 7,4% Europa del Este 6,0% Resto de Europa 6,0% África 6,6% Asia 5,3% América latina | España |
| 17 | Los hijos de madres inmigrantes presentan mayor tendencia a la prematurez. En madres inmigrantes hay mayor número de partos prematuros de ≤ 36 semanas, siendo 6/60 frente a 152/461 entre las españolas (p: 0,011), lo que supone un OR: 3,38 (IC-95%: 2,39-4,37). No señala tasas. | España |
| 18 | No hay diferencias en la edad gestacional al parto ni en el número de incidencias perinatales. No señala tasas, se menciona que las españolas (76,6% (N=1195) ¹) tienen una EG de 39,0 semanas (1,6) y las inmigrantes (23,4% (N=365) ¹) de 39,1 semanas (1,7) ² , p: 0,097 1: Variables cualitativas; % (N). 2: Variables cuantitativas: Media (DE) El embarazo de las madres inmigrantes dura más tiempo, lo que podría provocar también mayor aumento de peso durante la gestación y mayor peso al nacimiento, pero las diferencias en la edad gestacional no son significativas, por lo que se descarta como hipótesis. | España |
| 19 | La frecuencia de prematuridad fue de 15% en los hijos de mujeres inmigrantes y de 10,6% en los hijos de mujeres no inmigrantes. | España |
| 20 | Se observa mayor tendencia a la prematurez en mujeres no inmigrantes, con un 9,6%, versus, las mujeres inmigrantes con un 5,7% de prematurez. | España |
| 21 | Las madres argentinas nativas presentaron mayor prematurez 166 (16,6) en comparación a migrantes 96 (9,6). p (<0,01) | Argentina |
| 22 | Se presentan prevalencias similares entre madres españolas e inmigrantes (5,8% y 5,9% respectivamente). Las mujeres de Europa del Este presentaron una prevalencia de nacimientos pretérmino más alta que las españolas (7,2%), mientras que en el caso de | España |

| | | |
|--|---|--|
| | las mujeres magrebíes ésta fue inferior (5,2%) lo que se tradujo en un riesgo ajustado de prematuridad un 31% mayor en el caso de las primeras y un 9% menor en las segundas. Las mujeres subsaharianas y las de Europa del Este presentaron las mayores tasas de prematuridad. | |
|--|---|--|

Anexo N°5: Nacionalidad materna como factor de riesgo para prematuridad.

| Prematuridad inmigrantes respecto población autóctona | País de origen inmigrante | País de estudio y referencia |
|--|------------------------------|---|
| Mujeres inmigrantes con mayor prevalencia (estad. sign) | Rumania | España (1) |
| | Ecuador | España (1) |
| | Europa del Sur | España (2) |
| | Europa del Este | España (6 al excluir partos gemelares); (12,22). |
| | América Central y del Caribe | España (6 al excluir partos gemelares) |
| | Marruecos | España (6 al excluir partos gemelares) |
| | África Subsahariana | España (9 en prematuridad extrema); (22) |
| | Magrebí | España (9 en prematuridad extrema) |
| | Haití | Chile (13) |
| | Otras nacionalidades | España (11, 12, 17, 19) |
| Mujeres inmigrantes con mayor prevalencia (sin asoc. estad.) | Latinoamérica | España (4) |
| | Europa del Este | España (6 para el conjunto de partos) |
| | América Central y del Caribe | España (6 para el conjunto de partos) |
| | Marruecos | España (6 para el conjunto de partos) |
| | Extranjeras | Perú (15) |
| Mujeres inmigrantes con menor prevalencia | Colombia | España (1), Chile (13) |
| | China | España (1, 4, 6) |

| | | |
|---|------------------|--|
| | Marruecos | España (1) |
| | Extranjero | España (2, 3, 4, 16, 20); Argentina (14, 21) |
| | América del Sur | España (2) |
| | América Central | España (2) |
| | África del Norte | España (2) |
| | Magrebí | España (4, 22) |
| | Subsahariana | España (4) |
| | Europa del Este | España (4, 16) |
| | Resto de Europa | España (16) |
| | África | España (16) |
| | Asia | España (16) |
| | Latinoamérica | España (16) |
| | Bolivia | Chile (13) |
| | Perú | Chile (13) |
| | Venezuela | Chile (13) |
| Sin diferencias entre inmigrantes y no autóctonas | Subsahariana | España (2) |
| | Extranjeras | España (5, 8, 18, 22) |
| | América del Sur | España (6, 9) |
| | Afrocaribeñas | España (9) |
| | Asia | España (9) |

| | | |
|-----------------|-------------|------------|
| Sin información | Extranjeras | España (7) |
|-----------------|-------------|------------|

Anexo N°6: Factores de riesgo asociados a la prematurez.

| Categoría | Factores de riesgo | País y referencia | Frecuencia |
|---------------------------------------|--|--|-------------------|
| Factores biomédicos maternos | Parto múltiple | España (1, 2, 3) | 3 |
| | Estado nutricional | Perú (15) | 1 |
| | Tipo de parto | España (6) | 1 |
| | Mal control gestacional | España (7, 11, 17) Argentina (21) | 4 |
| | Patologías de la gestación | España (9, 17) Argentina (14, 21) | 4 |
| | Complicaciones durante la gestación | España (9) | 1 |
| | Antecedentes de parto prematuro | Argentina (14) | 1 |
| | Antecedentes de aborto | (España (7) | 1 |
| Factores biomédicos del Recién nacido | Edad gestacional | España (3, 5, 7, 12, 20) Argentina (21) | 6 |
| | Medidas antropométricas (perímetro cefálico y talla) | España (7) | 1 |
| | Peso de nacimiento | España (5, 6, 10, 18, 19, 22) Perú (15) Argentina (21) | 8 |

| | | | |
|----------------------------|--------------------------|---|----|
| | Muerte neonatal | Argentina (14) | 1 |
| Factores sociodemográficos | Edad materna | España (1, 3, 7, 8, 9, 11, 12, 20, 22) | 9 |
| | Estrés | España (1, 9) Argentina (14) | 3 |
| | Nacionalidad | España (1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 22) Chile (13) Perú (15) Argentina (14, 21) | 20 |
| | Condición socioeconómica | España (7) Argentina (14) | 2 |
| | Hábitos nocivos | España (7) | 1 |
| | Embarazo no deseado | España (7) | 1 |
| | Relación de pareja | Argentina (14) | 1 |