

Gestación y maternidad de las mujeres de Madrid, comparación entre madres inmigrantes y españolas

ACEVEDO P, VAREA C, MONTERO P, BERNIS C

Universidad Autónoma de Madrid

Rev. Esp. Antrop. Fís. (2009) **30**: 23-29

Palabras clave: salud materno-infantil, edad gestacional, prematuridad, bajo peso, macrosomía

Aceptado : 10 septiembre 2009

El objetivo de este estudio es detectar si existen diferencias entre las frecuencias de prematuridad, bajo peso, muy bajo peso y macrosomía entre los recién nacidos de las mujeres marroquíes, ecuatorianas, colombianas, rumanas y chinas que viven en la Comunidad de Madrid y las mujeres españolas, así como identificar los factores maternos que explican esas diferencias. Se ha analizado a 6.690 mujeres, españolas e inmigrantes, que dieron a luz en el Hospital La Paz de Madrid en 2005. Se ha descrito el lugar de procedencia de las madres, su edad en el momento de la recogida de datos, la edad de primer parto y el número de partos totales, así como la edad de gestación de los recién nacidos, la prevalencia de partos prematuros, bajo y muy bajo peso al nacimiento y macrosomía. Los resultados permiten identificar a las mujeres rumanas y marroquíes como los grupos gestantes de mayor riesgo. También es importante destacar las características gestacionales de las madres españolas, que acceden de manera tardía a la primera maternidad.

© 2009 Sociedad Española de Antropología Física

Introducción

Un aspecto importante de la relación entre la salud y la migración está en el impacto de la migración sobre la morbilidad y mortalidad neonatal, y en su influencia en los indicadores de salud perinatal de la población receptora. El creciente número de mujeres inmigrantes que está llegando a España desde los años 90 es responsable del incremento que está experimentando la natalidad en el país, que ha pasado de 1,16 hijos por mujer en edad fértil en 1996 a 1,38 en 2006 (INE, 2008). El número de hijos de madres extranjeras supone un 16,5% del total de nacidos en España en 2006 y un 15,9% en la Comunidad de Madrid. Las barreras lingüísticas, culturales y económicas, que pueden dificultar el acceso a un control obstétrico adecuado (Essen et al, 2002) y los problemas sociales específicos de las mujeres inmigrantes (Forna et al, 2003, Diani et al, 2003) han hecho que, hasta hace pocos años, la inmigración fuera considerada un factor de riesgo gestacional. A las inmigrantes se les han atribuido resultados neonatales adversos y mayor mortalidad perinatal (Essen et al, 2000). Sin embargo, cada vez aparecen más datos que muestran que las inmigrantes no tienen valores perinatales tan negativos como cabría esperar (Gould et al, 2003).

Esto, en parte, se debería a diversos factores. Entre estos estarían, en primer lugar, el efecto de una migración selectiva desde el país de origen, considerando que no pueden emigrar las personas de recursos socioeconómicos demasiado bajos (Kelaher y Jessop, 2002). El segundo factor sería el hecho de que las mujeres inmigrantes, en general, pueden presentar factores protectores y comportamientos prenatales saludables, por ejemplo, un menor consumo de alcohol y tabaco (Forna et al, 2003, Rosenberg et al, 2002). Como último factor hay que considerar que, en España, la atención sanitaria del embarazo y el parto está garantizada para todas las mujeres gestantes, independientemente del origen materno (De la Torre et al, 2006). De la Torre y colaboradores sugieren que las mujeres inmigrantes estarían en igualdad de condiciones que las madres nativas, y que los recién nacidos de madres extranjeras no tendrían, de forma global, más problemas que los hijos de mujeres españolas. De esta forma, cabe esperar que no haya diferencias en salud neonatal entre las

españolas y el conjunto de mujeres inmigrantes. Sin embargo, estas diferencias pueden aparecer cuando se analizan las poblaciones según su nacionalidad, debido a las características sociales, económicas y culturales de cada grupo. El nacimiento antes de la 37 semana de gestación, o prematuridad, es un buen indicador del resultado del embarazo, y junto con el peso al nacimiento (independientemente de la edad gestacional) son dos de las variables más utilizadas en la evaluación de la salud neonatal, por sus implicaciones en la viabilidad del recién nacido (Kirchengasta y Hartmann, 2003), y en etapas posteriores de la vida (Cameron y Demerath, 2002, Lurbe et al, 2001), además, es un indicador de las condiciones sociales y sanitarias de las mujeres gestantes (Bernis, 2005, oishi et al, 2004). Las frecuencias de bajo o muy bajo peso al nacimiento y de otras patologías neonatales pueden ser distintas dependiendo del área geográfica de procedencia.

El objetivo de este estudio es detectar si existen diferencias entre las frecuencias de prematuridad, bajo peso, muy bajo peso y macrosomía entre los recién nacidos de los colectivos de mujeres inmigrantes más numerosos en la Comunidad de Madrid (marroquíes, ecuatorianas, colombianas, rumanas y chinas) y las mujeres españolas, así como identificar los factores maternos que explican esas diferencias.

Métodos

Se ha realizado un estudio con diseño transversal cuantitativo, sobre una población formada por 6.690 mujeres que dieron a luz en el Hospital Universitario de La Paz de Madrid (HULP) (<http://www.hulp.es>) a lo largo del año 2005. Todos los datos se han recogido del “Libro de Partos 2005” del hospital. La maternidad de La Paz presenta el mayor volumen de partos de Madrid. En concreto, para el año 2005, del total de partos ocurridos en el HULP, el 32% correspondió a madres extranjeras. Del total de la muestra, se han seleccionado los datos relativos a mujeres españolas y a mujeres procedentes de los países con el mayor volumen de inmigración registrada en España (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006), con el fin de comparar las características obstétricas según el país de origen de las mujeres. En la Tabla 1 se muestran los países seleccionados, junto con las frecuencias y porcentajes de las mujeres analizadas por colectivo.

Se ha descrito, de cada mujer, el lugar de procedencia, la edad en el momento de la recogida de datos, la edad de primer parto, en número de partos totales (incluido el actual) y el tipo de gestación (única o múltiple) en el parto actual. De los recién nacidos, se ha analizado la edad de gestación, y se ha valorado la prevalencia de partos prematuros (anterior o igual a 37 semanas), bajo peso al nacimiento (inferior a 2.500 gr.), muy bajo peso al nacimiento (inferior a 1.500 gr.) y macrosomía (peso al nacimiento superior a 4.000 gr.). Para el análisis de las variables neonatales se han considerado sólo los partos únicos, ya que las gestaciones múltiples pueden ocasionar menor peso al nacimiento.

El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS 14.0 para Windows. Con el fin de obtener un modelo explicativo de las diferencias tanto de bajo peso al nacimiento como de prematuridad y macrosomía se han realizado análisis de regresión logística binaria.

Resultados

Características de las madres

Las mujeres de la muestra global analizada (n=6.690) tenían en el momento del estudio una edad media de 30,7 años (sd=5,5), tuvieron su primer hijo a los 29,2 años (sd=5,3), una paridad promedio (incluido el parto actual) de 1,66 (sd=0,9) y un 2,1% de partos múltiples. La Tabla 2

Tabla 1. Origen de las madres, frecuencia y porcentaje.

País de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
España	4315	78 %
Ecuador	550	10 %
Marruecos	252	5 %
Colombia	180	3 %
Rumania	154	3 %
China	78	1 %

Tabla 2. Características obstétricas de las madres según el país de origen

	Edad		Nacidos vivos		Edad de 1ª maternidad		Partos múltiples
	n	media (sd)	n	media (sd)	n	media (sd)	% (n)
Españolas	4300	31,7 (4,8)	4.239	1,60 (0,8)	2.298	30,3 (4,8)	2,5% (106)
Marroquíes	251	29,1 (6,2)	250	2,00 (1,4)	125	27,0 (5,6)	2,8% (7)
Ecuatorianas	547	27,7 (5,8)	539	1,89 (0,9)	222	25,4 (5,4)	0,9% (5)
Colombianas	179	29,0 (6,3)	173	1,76 (0,9)	85	26,5 (6,0)	0,6% (1)
Rumanas	154	25,8 (5,3)	154	1,69 (1,2)	93	24,0 (4,5)	0,6% (1)
Chinas	78	28,9 (4,6)	78	1,67 (0,6)	35	26,5 (4,3)	1,3% (1)
F (p) / χ^2 (p)*	109,6 (0,000)		17,614 (0,000)		81,539 (0,000)		ns

* prueba de la varianza o de χ^2 según sean los datos cuantitativos o cualitativos.

resume las características maternas en función del país de origen. Todas las variables, salvo la frecuencia de partos múltiples, que tiene valores muestrales muy bajos entre las mujeres inmigrantes, presentan diferencias significativas entre los colectivos analizados. Como se puede observar, las españolas son las madres de mayor edad (con diferencias significativas con respecto a todos los demás grupos), las que presentan menor número de hijos, y, junto con las marroquíes, las que tienen mayor porcentaje de partos múltiples. Por el contrario, las rumanas tienen, significativamente, la menor edad de primera gestación, en comparación con el resto de los colectivos (como media, 6 años antes que las españolas), y la menor tasa de gemelaridad (junto con colombianas). La fertilidad más elevada corresponde a las marroquíes, que tiene diferencias significativas con todos los grupos, excepto con las ecuatorianas, seguidas de las colombianas. Las mujeres chinas se sitúan entre los valores medios para todas las variables.

Características de los recién nacidos

Los recién nacidos de partos únicos, considerando a la población total analizada, tienen una edad gestacional media de 38,9 semanas (sd=2,1), aunque el 8,5% (n=555) nacieron antes de la semana 37 de gestación. El 8,4% (n=552) tenían un peso al nacimiento inferior a 2.500 gramos y el 1,1% (n=73) pesaron 1.500 gramos o menos. La frecuencia de macrosomía, o peso al nacimiento superior a 4.000 gramos, ha sido del 4,5% (n=293). La Tabla 3 permite comparar las características de los recién nacidos según el país de origen de las madres. Se observa que los recién nacidos de las mujeres rumanas tienen, significativamente, edades gestacionales más cortas que el resto de los grupos. Debido a que el colectivo de mujeres rumanas son las más jóvenes de la muestra, se ha analizado si existe una relación lineal entre la edad de las madres y el tiempo de gestación. Sólo se han conseguido resultados significativos para las mujeres españolas, pero, se ha obtenido que a mayor edad materna más corta es la gestación ($r=-,070$, $p<0,0001$). De acuerdo con el análisis anterior, los hijos de madres rumanas son los que presentan mayor prevalencia de prematuridad (15,4%), y de recién nacidos con bajo peso (10%) y muy bajo peso (4%). Las españolas también presentan una frecuencia elevada de bajo peso (9%), y resulta interesante observar que mientras entre las españolas es mayor el porcentaje de recién nacidos con bajo peso que de bebés prematuros, en el resto de los colectivos ocurre lo contrario, es decir, son mayores las frecuencias de partos pretérmino que de neonatos con bajo peso al nacimiento. La mayor prevalencia de recién nacidos macrosómicos se da en las marroquíes (7,3%) y latinoamericanas (alrededor del 6%). Los niños de mujeres chinas se sitúan en los porcentajes medios o bajos para las variables de riesgo al nacimiento.

Se ha realizado un análisis de regresión logística con el fin de identificar los indicadores predictivos de prematuridad y de peso de riesgo al nacimiento (bajo peso, muy bajo peso y macrosomía). Respecto a la prematuridad, se han considerado como variables independientes el sexo y el

Tabla 3. Características de los recién nacidos según el país origen de las madres.

	Edad gestacional		Partos pretérmino	Bajo peso (≤2500g)	Muy bajo peso (≤1.500g)	Macrosomía (≤4.000g)
	n media (sd)		% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
España	4.297	38,9 (2,0)	7,8% (329)	8,9% (376)	1,3% (53)	3,6% (153)
Marruecos	248	39,1 (1,9)	5,8% (14)	4,5% (11)	0,4% (1)	7,3% (18)
Ecuador	547	38,8 (2,1)	10,9% (59)	9,0% (49)	0,7% (4)	5,9% (32)
Colombia	180	39,0 (1,6)	6,7% (12)	4,5% (8)	-	6,7% (12)
Rumania	150	38,2 (3,2)	15,4% (23)	9,8% (15)	3,9% (6)	3,9% (6)
China	78	39,1 (1,5)	6,5% (5)	2,6% (2)	1,3% (1)	3,9% (3)
F (p)/ χ^2 (p)*	5,109 (0,000)	18,819 (0,002)	13,775 (0,017)	14,127 (0,015)	16,081 (0,007)	

* prueba de la varianza o de χ^2 según sean los datos cuantitativos o cualitativos.

número de parto del recién nacido, y el origen y la edad de la madre. No se han obtenido resultados significativos.

Para la regresión logística de las diferentes categorías de peso de riesgo al nacimiento se han utilizado como variables explicativas el sexo, número de partos y semanas de gestación del recién nacido, y el origen y edad de la madre (Tabla 4). El riesgo de presentar bajo peso al nacer aumenta de manera significativa con el sexo (las niñas tienen mayor probabilidad de bajo peso), las semanas de gestación y el país de origen de la madre. El riesgo de presentar “Muy bajo peso” aumenta de manera significativa con el sexo (también con mayor probabilidad en el caso de las niñas) y la edad gestacional. Finalmente, el riesgo de “macrosomía” aumenta con el sexo del recién nacido (los niños tienen mayor probabilidad), las semanas de gestación, el país de nacimiento de la madre y el número de partos (los mayores porcentajes de recién nacidos macrosómicos se dan entre las mujeres con mayor número de partos, es decir, las marroquíes y latinoamericanas).

Discusión

Entre las principales causas de muerte y morbilidad neonatal se han identificado la prematuridad (Ingelfinger, 2007) y el bajo peso al nacimiento (Rivka et al, 2003), independientemente de la edad gestacional. Los recién nacidos con bajo peso al nacer corren un riesgo mayor de morir durante los primeros meses y los que sobreviven son propensos a sufrir alteraciones del sistema inmunológico y a presentar, más adelante en la vida, una mayor incidencia de enfermedades crónicas (Cameron y Demerath, 2002, Lurbe et al, 2001).

Según UNICEF (2006), la tasa de nacimientos con bajo peso en los países en vías de desarrollo es del 17%, bastantes más del doble de la que se da en los países industrializados (7%). Lo que muestra que es más probable que esta situación se presente en condiciones socioeconómicas de pobreza. Bernis (2006) señala que la frecuencia de bajo peso de los hijos de mujeres de países en desarrollo que emigran a España es inferior a la registrada en los países de origen.

Si se comparan los resultados obtenidos en el presente estudio con los datos de UNICEF (2006), se observa, igual que en el trabajo de Bernis (2006), mejores resultados en el peso al nacimiento en España en los hijos de madres inmigrantes frente a los datos estadísticos de los países de origen. Por ejemplo, el 16% de los nacidos en Ecuador tienen bajo peso, frente al 9% de los hijos de ecuatorianas obtenidos en este estudio. Rumania es una excepción a estos datos, según UNICEF tiene un 8% de nacimientos de bajo peso y, en España, según los datos obtenidos, casi el 10% de los hijos e hijas de madres rumanas han nacido con menos de 2.500 g. Los recién nacidos de madres rumanas son la población analizada con mayor porcentaje de bajo peso, muy bajo peso y con la mayor tasa de nacimientos prematuros.

Tabla 4. Efecto de las variables sexo del recién nacido (1=femenino, 2=masculino), número de partos, país de origen de la madre (España, Marruecos, Ecuador, Colombia, Rumania, China), edad de la madre, semanas de gestación (1=pretérmino, 2=a término) sobre la probabilidad de bajo peso (1=sí, 2=no), muy bajo peso (1=sí, 2=no) y macrosomía (1=sí, 2=no).

Bajo peso	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp (B)
Sexo	0,628	0,119	27,627	1	0,0001	1,873
Número de partos	0,085	0,070	1,476	1	0,224	1,089
País de origen	0,198	0,060	10,877	1	0,001	1,219
Edad de la madre	0,004	0,012	0,132	1	0,716	1,004
Semanas de gestación	3,584	0,126	803,599	1	0,0001	36,026
Constante	-5,497	0,497	122,427	1	0,0001	0,004
Muy bajo peso	B	E.T.	Wald	gl	p	Exp (B)
Sexo	0,682	0,273	6,241	1	0,012	1,978
Número de partos	-0,024	0,141	0,028	1	0,866	0,976
País de origen	0,025	0,121	0,042	1	0,838	1,025
Edad de la madre	-0,007	0,027	0,063	1	0,802	0,993
Semanas de gestación	4,262	0,350	148,616	1	0,0001	70,918
Constante	-3,103	1,056	8,633	1	0,003	0,045
Macrosomía	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp (B)
Sexo	0,798	0,149	28,735	1	0,0001	2,222
Número de partos	0,212	0,063	11,372	1	0,001	1,236
País de origen	0,140	0,057	5,968	1	0,015	1,150
Edad de la madre	0,028	0,014	3,712	1	0,054	1,028
Semanas de gestación	1,972	0,585	11,378	1	0,001	7,183
Constante	-9,747	1,284	57,659	1	0,0001	0,000

B: coeficiente de regresión; E.T.: error estándar; Wald: estadístico; gl: grados de libertad; sig: nivel de significación estadística; Exp (B): Odds ratio.

Aunque la prematuridad se relaciona con alteraciones patológicas, también se ha asociado a estados de estrés (Lettieri et al, 1993), entre los que se pueden incluir las situaciones relativas a la inmigración, y a variables como el nivel de estudio y económico de la madre, su consumo de tabaco, hábitos dietéticos, etc. Si bien existen determinados factores (patológicos y sociales) asociados al bajo peso al nacimiento y la macrosomía, el origen de la madre también afecta de manera significativa al peso al nacer, aumentando el riesgo al nacimiento tanto para bajo peso como para macrosomía. En este sentido, existen estudios que muestran diferencias en los indicadores al nacimiento en función del grupo étnico materno, a pesar de que las características socioeconómicas y los cuidados prenatales sean similares en esos grupos (Leslie et al, 2003).

El “país de origen” es una variable compleja que sintetiza las características socioculturales, dietéticas y fenotípicas de cada colectivo. Así, en el colectivo de madres marroquíes se han encontrado los mayores porcentajes de recién nacidos macrosómicos. De igual manera, Campos y colaboradores (2005) encuentran los mismos resultados en ese colectivo de mujeres, que explican en función del elevado índice de masa corporal de muchas de las gestantes antes y durante el embarazo, una dieta rica en hidratos de carbono (que puede afectar al metabolismo de la glucosa, y causar macrosomía) y un escaso control médico gestacional. Con las variables analizadas en el presente trabajo, se asocia con las semanas de gestación, el número de partos y el sexo del recién nacido. A pesar de la diferencia en el número de casos incluidos en el grupo de las gestantes autóctonas e inmigrantes, este trabajo permite concluir que, las características en salud materno-infantil van a depender, en gran medida, de las situaciones sociales, económicas, culturales y personales de las madres y, por tanto, es importante definir el origen de las mujeres analizadas. Los resultados identifican a las mujeres rumanas (con mayor frecuencia de partos prematuros y recién nacidos de bajo y muy bajo peso) y marroquíes (con un alto porcentaje de macrosomías) como grupos gestantes de mayor riesgo. También es importante destacar las características gestacionales de las madres

españolas, que son el colectivo de mayor edad en el primer embarazo, que tienen un porcentaje alto de partos múltiples, tan sólo superado por las gestantes marroquíes, y que son el único grupo analizado donde es mayor el porcentaje de recién nacidos de bajo peso que de prematuros.

Agradecimientos

Los datos analizados para elaborar este artículo han sido recogidos dentro del proyecto “Impacto de la migración sobre la salud del binomio madre-hijo desde una perspectiva de género” (I+D+I 31/05) subvencionado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Los autores quieren agradecer la colaboración en el trabajo de campo de Ana Cañedo, Ana María García, Eva Busto, Francisco Javier Martín, Maite Beleña y Karen Agudelo.

Bibliografía

- BERNIS C (2005) Determinantes biológicos y culturales del peso al nacer en España 2000: valoración en hijos de mujeres inmigrantes y no inmigrantes. *Antropo* [edición electrónica] 10: 61-73. Disponible en: <http://www.didac.edu.es/antropo>.
- BERNIS C (2006) Aspects biosociaux de l'immigration en Espagne: facteurs de variabilité du poids à la naissance. *Antropo* [edición electrónica] 11: 129-40. Disponible en: <http://www.didac.edu.es/antropo>.
- CAMERON N, DEMERATH WE (2002) Critical periods in Human Growth and their relationship to Disease of Aging. *Yearbook Phys. Anthropol.* 45: 159-84.
- CAMPOS R, GIL L, ROS R, MUNTANER F, PALIES C (2005) Diabetes gestacional en la inmigrante. *Ginecología y obstetricia clínica* 6 (1): 8-23.
- DE LA TORRE J, COLL C, COLOMA M, MARTIN JI, PARDÓN E, GONZALEZ NL (2006) Control de gestación en inmigrantes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 29 (1): 49-62.
- DIANI F, ZACONATO G, FOSCHI F, TURINETTO A, FRANCHI M. (2003) Management of the pregnant immigrant woman in the decade 1992-2001. *J. Obstet. Gynecol.* 23 (6): 615-7.
- ESSEN B, BODKER B, SJOBERG NO, LANGHOFF-ROOS J, GREISEN G, GUDMUNDSSON S (2002) Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *BJOG* 109: 677-82.
- ESSEN B, HANSON BS, ÖSTERGREN PO, LINDQUIST PG, GUDMUNDSSON S (2000) Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 79: 737-43.
- FORNA F, JAMIESON DJ, SANDERS D, LINDSAY MK (2003) Pregnancy outcomes in foreign-born and US-born women. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 83: 257-65.
- GOULD JB, MADAN A, QIN C, CHÁVEZ G (2003) Perinatal outcomes in two dissimilar immigrant populations in the United States: A dual epidemiologic paradox. *Paediatrics* 111: 676-82.
- INE (2008) Indicadores Demográficos Básicos. www.ine.es
- INGELFINGER JR (2007) Prematurity and the legacy of intrauterine stress. *N. Engl. J. Med.* 356 (20): 2093-5.
- KELAHER M, JESSOP DJ (2002) Differences in low-birth weight among documented and undocumented foreign-born and US-born Latinas. *Soc. Sci. Med.* 55: 2171-5.
- KIRCHENGASTA S, HARTMANN B (2003) Impact of maternal age and maternal somatic characteristics on newborn size. *American Journal of Human Biology* 15: 220-228.
- LESLIE JC, GALVIN SL, DIEHL SJ, BENNETT TA, BUESCHER PA (2003) Infant mortality, low birth weight, and prematurity among Hispanic, white, and African American women in North Carolina. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 188:1238-1240.
- LETTIERI L, VINTZILEOS A, RODIS J, ALBANI M, SALAFIA C (1993) Does "idiopathic" preterm labor resulting in preterm labor exist?. *Am. J. Obstet Gynecol.* 168: 1480-1485.
- LURBE E, TORRÓ I, CREMADES B, CARVAJAL E, ÁLVAREZ V (2001) Peso al nacimiento y presión arterial. *Cardiovascular Risk Factors* 10 (4). 211-217.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2006) Anuario Estadístico de Inmigración. <http://extranjeros.mtas.es/>
- OISHI K, HONDA S, TAKAMURA N, KUSANO Y, ABE Y, MOJI K, TAKEMOTO T, TAHARA Y, AOYAGI K (2004) Secular trends of sizes at birth in Japanese healthy infants born between 1962 and 1988. *Journal of Physiological Anthropology and Applied Human Science* 23: 155-161.
- RIVKA HR, AYALA L, TZIPORA D, ITA L, SHAMUEL A, BRIAN R (2003) Excess mortality and morbidity among small-for-gestational-age premature infants: a population-based study. *The Journal of Pediatrics* 143 (2): 186-191.
- ROSENBERG KD, DESAI RA, KAN J (2002) Why do foreign-born blacks have lower infant mortality than native-born blacks? New directions in African-American infant mortality research. *J. Natl. Med. Assoc.* 94: 770-778.
- UNICEF (2006) Progreso para la infancia. Un balance sobre la nutrición. http://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2006n4/index_introduction.html

Abstract

The goal is to analyse if there are differences between frequency of early deliveries, low weight, very low weight and macrosomy between moroccan, ecuadorian, colombian, romanian and chinese immigrant women and spanish women, as well as to identify the motherly factors that explain those differences. The analysed population is composed of 6690 spanish and immigrant women who delivered in La Paz hospital at Madrid in 2005. Every woman has been described by their birth place, their age when the data was taken, their age when they first delivered and the total number of births. Every new born has been analysed by the gestation length and the early birth prevalence, low weight, very low weight and macrosomy. The results of this work identify romanian and moroccan women as the gestation groups with the highest risk. It's also important to remark the gestational characteristics of spanish mothers who access late to first motherhood.

Key words: motherly-child health, gestational age, early delivers, low weight, macrosomy

Madrid women gestation and motherhood, a comparison between spanish and immigrant mothers