



XUNTA DE GALICIA  
CONSELLERÍA DE SANIDADE

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

## **GRAO EN ENFERMARÍA**

Curso académico 2013-14

### TRABALLO FIN DE GRAO

# **Multiculturalidad, Embarazo y Parto**

**Gladys Coromoto Pereira Santiso**

Titora: Prof. Carmen M<sup>a</sup> Sánchez Álvarez

**Xuño 2014**

**ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA**

**UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

## ÍNDICE

<b>1. RESUMEN</b>	<b>2</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>11</b>
<b>4. HIPÓTESIS</b>	<b>12</b>
<b>5. OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
5.1. Objetivo general	
5.2. Objetivos específicos	
<b>6. METODOLOGÍA</b>	<b>14</b>
6.1. Tipo de estudio	
6.2. Localización y selección de estudios	
6.3. Revisión y análisis de estudios seleccionados	
<b>7. DISCUSIÓN</b>	<b>24</b>
7.1. Características de los estudios seleccionados	
7.2. Resultados de los estudios seleccionados	
7.3. Limitaciones de la revisión bibliográfica	
<b>8. RESULTADOS ESPERADOS-BENEFICIOS</b>	<b>43</b>
<b>9. CONCLUSIONES</b>	<b>44</b>
<b>10. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>45</b>
<b>11. ANEXOS</b>	<b>49</b>
Anexo I: Glosario de términos y abreviaturas	
Anexo II: Artículos Descartados	
Anexo III: Índice de Tablas y Figuras	

## 1. RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** En los últimos años se ha observado un incremento de la población inmigrante, especialmente femenina. Esto afecta a los profesionales que atienden a la mujer en el proceso de parto, tanto en lo que respecta a su número, como a su edad, ya que habrán de tratar con una población más numerosa, más joven y en edad fértil. Esta diversidad cultural hace que nos interroguemos sobre cómo va a ser la atención a dichas mujeres, si el profesional tiene conocimientos suficientes sobre sus creencias, sus costumbres, sus ritos y tradiciones, y si estará o no dispuesto de hacer modificaciones en su actitud y práctica profesional.

**OBJETIVOS:** Realizar una revisión sistemática de la literatura científica relativa a la atención al parto en un entorno multicultural.

**MÉTODO:** Revisión bibliográfica sistemática de la mejor evidencia científica sobre la atención al parto en entornos multiculturales, con especial atención a la protocolización y priorización de los problemas de las mujeres inmigrantes en el momento del parto.

**DISCUSIÓN:** Se consultaron las principales bases de datos bibliográficas y las páginas web de organismos nacionales e internacionales relacionados con la atención al parto y la multiculturalidad. Se obtuvieron 20 estudios para su revisión: 7 descriptivos, 7 cualitativos, 2 revisiones bibliográficas, 1 prospectivo, 1 observacional, 1 Ensayo y 1 Documento de consulta.

**CONCLUSIONES:** Hay necesidad de individualizar la atención a las mujeres inmigrantes contemplando sus diferencias socioculturales, para facilitarles el acceso rápido y seguro a los servicios sanitarios. Se precisa protocolizar la asistencia sanitaria a mujeres inmigrantes, atendiendo a sus diferencias culturales, religiosas.

**PALABRAS CLAVE:** parto, étnica, anestesia epidural, dolor de parto, multiculturalidad, embarazo.

## RESUMO

**INTRODUCCIÓN:** Nos últimos anos se ha observado un incremento da poboación inmigrante, especialmente feminina. Isto afecta ós profesionais que atenden a muller no proceso do parto, tanto no que respecta ao seu número, como a súa idade, xa que haberán de tratar cunha poboación máis numerosa, máis xoven e en idade fértil. Esta diversidade cultural fai que nos interroguemos sobre cómo vai a ser a atención a ditas mulleres, se o profesional ten coñecementos suficientes sobre as súas crenzas, súas costumes, seus ritos y tradicións, e se estará ou non disposto a facer modificacións na súa actitude e práctica profesional.

**OBXECTIVOS:** Realizar unha revisión sistemática da literatura científica relativa á atención ao parto nun entorno multicultural.

**MÉTODO:** Revisión bibliográfica sistemática da mellor evidencia científica sobre a atención ao parto en entornos multiculturais, con especial atención á protocolización e priorización dos problemas das mulleres inmigrantes no momento do parto.

**DISCUSIÓN:** Consultáronse as principais bases de datos bibliográficas e as páxinas web de organismos nacionais e internacionais relacionados cá atención ao parto e a multiculturalidade. Obtivéronse vinte estudos para súa revisión: 7 descritivos, 7 cualitativos, 2 revisións bibliográficas, 1 prospectivo, 1 observacional, 1 Ensaio y 1 Documento de consulta.

**CONCLUSIÓN:** Hai necesidade de individualizar a atención as mulleres inmigrantes contemplando as súas diferenzas socioculturais, para facilitarlles o acceso rápido e seguro ós servizos sanitarios. Precísase protocolizar a asistencia sanitaria a mulleres inmigrantes, atendendo a súas diferenzas culturais e relixiosas.

**PALABRAS CLAVE:** parto, étnica, anestesia epidural, dor de parto, multiculturalidade, embarazo.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** In recent years there has been an increase in the immigrant population, especially women. This affects the professionals who care for women in the birthing process, also in terms of numbers, as their age, because they have to deal with a younger and larger population of childbearing age. This cultural diversity makes us wonder about how it will be attention to these women, if the professional has sufficient knowledge about their beliefs, customs, rituals and traditions, and whether or not will be willing to make changes in their attitude and professional practice.

**OBXECTIVES:** To conduct a systematic review of scientific literature on delivery care in a multicultural environment.

**METHOD:** A systematic literature review of the best scientific evidence on delivery care in multicultural environments, with special attention to the logging and prioritizing problems of immigrant women at the time of delivery.

**DISCUSSION:** major bibliographic data bases and websites of national and international organizations related to delivery care and multiculturalism were consulted. Twenty studies for review were obtained: 7 descriptive, 7 qualitative, 2 literature reviews, 1 prospective, 1 observational, 1 Test, 1 Consultation Document.

**CONCLUSSIONS:** There is a need to individualize care to immigrant women contemplating their cultural differences, to facilitate rapid and secure access to health services. Required to protocolise health care immigrant women, according to their cultural, religious differences.

**KEY WORDS:** childbirth, delivery, ethnic, epidural anesthesia, labor pain, multicultural, pregnancy.

## 2. INTRODUCCIÓN

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (DRAE) define **Inmigración** como: “Acción y efecto de inmigrar” e **Inmigrar** como: “Dicho del natural de un país: Llegar a otro para establecerse en él, especialmente con idea de formar nuevas colonias o domiciliarse en las ya formadas”<sup>1</sup>.

Según consta en la Secretaria Xeral de Emigración de la Xunta de Galicia<sup>2</sup> con datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>3</sup> en nuestra Comunidad Autónoma vivían 109.962 inmigrantes en el 2013, cifra que cuadruplicaba la del año 2000, cuando había 25.602 inmigrantes empadronados. Según dicha Secretaria y el INE, los principales países origen de inmigración son Portugal, Brasil, Rumanía, Colombia, Marruecos, Argentina y Venezuela. En términos de porcentuales los inmigrantes representan alrededor de un 4% del total de la población gallega, 2.765.940 habitantes, asentándose prioritariamente en las provincias de La Coruña y Pontevedra.

Por tanto, Galicia se sitúa alrededor de la mitad en la clasificación estadística del Instituto Nacional de Estadística (INE), por encima de Murcia, Canarias y Cataluña; y por debajo de Castilla y León y Castilla-La Mancha.

La interpretación de los datos nos conduce a considerar a Galicia como una Comunidad que en los últimos años cambia su rol tradicional: de ser un país exportador de emigrantes hacia el exterior a convertirse en una sociedad receptora de inmigrantes que buscan aquí un futuro mejor. Esta progresión se ha visto cambiada por la crisis económica, aunque en Galicia en el año 2008 habían llegado casi 20.000 personas de otros países, en el 2012 ya solo llegaron 9199. Y en la primera mitad del año 2013 la cifra de nuevos residentes venidos desde el extranjero ya habían caído a 3876 <sup>4</sup>.

A pesar de este descenso, no hay duda de que Galicia y España se han convertido en país de acogida de personas que se quedan a vivir y que establecen su proyecto vital, laboral, familiar.

Los datos consultados nos indican que el nivel de fecundidad de la población inmigrante es más alto que el de la población española. Por eso el tema de la fecundidad de los inmigrantes es tan relevante, tanto por sus repercusiones demográficas a corto, medio y largo plazo, como por sus implicaciones económicas y sociales <sup>5</sup>.

Los mismos datos informan del aumento poblacional debido al rápido aumento del número de nacimientos (revirtiendo dos décadas de descenso sostenido del volumen de nacidos), que llevará consigo que la población inmigrante haya contribuido de forma notable a ralentizar la tendencia del retraso de la maternidad, así como, a atenuar el proceso de envejecimiento demográfico <sup>5</sup>.

Esta nueva situación afecta muy directamente al personal sanitario y, de forma especial, a los profesionales que atienden a la mujer en el proceso de parto, tanto en lo que respecta a su número como a su edad, habrán de tratar con una población más numerosa, más joven y en edad fértil. Mención especial merece la diversidad cultural de la población inmigrante, que hace que nos interroguemos sobre cómo va a ser la atención a dichas mujeres, si el profesional tiene conocimientos suficientes sobre sus creencias, sus costumbres, sus ritos y tradiciones, y si estará o no dispuesto de hacer modificaciones en su actitud y práctica profesional <sup>6</sup>.

Si la Estrategia de Atención al Parto Normal <sup>7</sup> abunda en una mejora de la calidad de atención, necesariamente incidirá tanto en mujeres nacionales como extranjeras. Sabemos que hay factores culturales que pueden ser diferentes, pero los procesos relativos a la maternidad son fisiológicos y, si bien están condicionados por la cultura, se van a producir de forma similar. Es prioritario, por tanto, mejorar las actitudes y aptitudes de los profesionales que desarrollan su tarea en este ámbito, para que puedan

transmitir conocimiento e información sobre el sistema, los servicios y la salud en general a las usuarias del sistema sanitario <sup>8</sup>.

En España, en 2011, según el Instituto Nacional de Estadística, el porcentaje de partos de madres extranjeras representó el 16,4% del total de partos en nuestro país. Puede afirmarse, por tanto, que uno de cada cinco niños en España nace de madre extranjera. Es evidente estadísticamente, que las mujeres inmigrantes que llegan a nuestro país, suelen ser jóvenes en edad reproductiva.

El Sistema Sanitario Español ha estado a la altura gracias a la garantía de los derechos a la salud, recogidos en los siguientes documentos:

- La Estrategia de atención al parto normal del Sistema Nacional de Salud, que contempla en su apartado 2.5.2 la multiculturalidad como uno de los ejes transversales de equidad, junto con la diversidad de capacidades y la perspectiva de género:

*“La población inmigrante ha aumentado y además presenta un elevado índice de fertilidad. Pueden tener obstáculos en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios que requieran actuaciones específicas. En este contexto, la humanización e introducción de aspectos interculturales tienen aún más sentido desde el punto de vista tanto social como económico. La proporción de partos de mujeres inmigrantes oscila aproximadamente entre el 20 y el 50% de todos los partos atendidos por hospitales públicos” <sup>7</sup>.*

- La Organización Mundial de la Salud, a través de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, el 2008, sostiene:

*“Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. La justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura.”<sup>9</sup>.*

La época perinatal es un tiempo importante para aplicar acciones que subsanen estas deficiencias.

- Ley Orgánica 4/2000 y modificada en la Ley Orgánica 14/2003 sobre el derecho a la asistencia sanitaria <sup>9</sup> en el Artículo 12, que habla del Derecho a la asistencia sanitaria apunta:

1. *“Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.”*

2. *“Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica”.*

3. *“Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.”*

4. *“Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto”* <sup>10</sup>.

El desconocimiento del sistema social y de salud se convierte, para cualquier inmigrante, en un obstáculo a la hora de desenvolverse de forma rápida y operativa. Algunas mujeres vienen de países donde el derecho a la salud no está garantizado, o lo está menos que en España. En general aquí hay una buena percepción del sistema sanitario y se trata por tanto de mejorar la calidad en la atención a la diversidad.

La dificultad en la comunicación y las barreras lingüísticas hacen que en las historias clínicas haya pocos datos. Es habitual que las mujeres que no conocen el idioma hagan uso de los hijos o parejas como traductores, lo que supone una dificultad añadida a la hora de conocer todos los datos

clínicos necesarios, en muchos casos por razones de pudor e inhibición en cuestiones sexuales y obstétricas.

Las diferencias culturales y las dificultades de las inmigrantes plantean nuevas demandas y retos. Detrás de cada mujer y cada lugar de origen puede haber una concepción distinta sobre la vida y la salud, otros idiomas y creencias que es interesante y necesario conocer. En muchas ocasiones, al factor inmigración se le suman las condiciones socio-económicas, que pueden ser precarias e incluso marginales.

Cualquier mejora en la atención sanitaria a las mujeres en general ha de repercutir en las mujeres inmigrantes. La maternidad es un hecho común y unificador entre mujeres-madres de todo el mundo, un espacio para la cohesión y la ayuda mutua. Si reconocemos esto, se abren las posibilidades para una mejor atención. Sabemos que si existe una buena atención profesional a una mujer española también llevará consigo una buena atención a la mujer inmigrante. No necesitamos grandes recursos, la calidad, calidez y el cambio de actitudes y aptitudes profesionales será fundamental y facilitará el enriquecimiento mutuo profesionales-usuarias. También será importante la mediación social, familiar e intercultural, a cargo de los profesionales para lo que será fundamental la adquisición de competencias <sup>8</sup>.

El avance en las distintas disciplinas sanitarias y la evolución en el conocimiento sanitario permitirán a la población utilizar los medios que tiene a su alcance para conseguir un estado de salud óptimo, pero esto no siempre se va a cumplir; provocando frustración entre los profesionales <sup>7</sup>.

La salud reproductiva de las mujeres inmigrantes supone un esfuerzo y preocupación en el campo de la salud pública, en relación con el seguimiento adecuado del embarazo, preparación al parto, uso de los métodos anestésicos (epidural, intradural, general), y atendiendo a esta preocupación, el país de procedencia es muy importante, entre otras

causas, debido a la variabilidad de costumbres y creencias. El concepto de salud y el de enfermedad vienen determinados por la cultura de ahí que los países receptores de inmigrantes deben conocer la procedencia de los mismos para responder de forma adecuada a sus demandas de salud y enfermedad.

Las demandas de las mujeres inmigrantes cobran, en este contexto, una importancia capital, al encontrarse inmersas en un proceso que, en su mayor parte, desconocen y sobre el que el origen étnico y cultural tiene gran influencia, por tanto, el conocimiento de los usos y costumbres de los principales colectivos inmigrantes en cuanto a reproducción, parto y puerperio es de capital importancia si se desea prestar una atención de calidad.

Tras una revisión exhaustiva de la bibliografía pertinente en España no se ha encontrado ningún protocolo especializado de atención a las mujeres inmigrantes.

### 3. JUSTIFICACIÓN

El importante flujo migratorio que nuestro país ha experimentado en las últimas décadas, la edad de los migrantes y su uso de los Servicios Sanitarios es justificación suficiente para la realización de este estudio. Pero más aún la calidad del sistema sanitario, la seguridad de pacientes y la atención integral a pacientes en situación de indefensión es una de las prioridades de la profesión enfermera.

Es además, indudable que la protocolización de la atención sanitaria redundará, siempre, en beneficio del usuario, del profesional y del propio Sistema Sanitario.

Desde la óptica de la enfermera especialista en obstetricia la atención de calidad en el ámbito del parto constituye una de sus funciones clave, tanto en el ámbito profesional, como personal y de gestión de recursos.

#### 4. HIPÓTESIS

La evidencia científica avala la protocolización de la atención sanitaria como instrumento de calidad y equidad, más aún cuando hablamos de situaciones de riesgo y/o usuarios en riesgo de exclusión o indefensión, esta protocolización se torna vital.

En el caso de la población inmigrante atendida en los servicios de obstetricia estos riesgos se ven incrementados si no se contemplan sus particularidades personales, idiomáticas y culturales.

**Ha:** La diferencia de religión y cultura es un factor que influye directamente sobre el parto en mujeres inmigrantes.

**Ho:** No hay diferencias en los partos de mujeres inmigrantes, derivadas de la religión y cultura distinta.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. Objetivo General**

Realizar una revisión sistemática de la literatura científica relativa a la atención al parto en un entorno multicultural.

### **5.2. Objetivos Específicos**

- Identificar las diferencias culturales presentes en el momento del parto, según la religión y cultura de la parturienta.
- Evaluar los protocolos de atención al parto en un entorno multicultural.
- Identificar los puntos clave para una atención de calidad a las mujeres procedentes de otras religiones y culturas.

## 6. METODOLOGÍA

### 6.1. Tipo de Estudio

Revisión bibliográfica sistemática de la mejor evidencia científica sobre la atención al parto en entornos multiculturales, con especial atención a la protocolización y priorización de los problemas de las mujeres inmigrantes en el momento del parto.

Esta revisión se realizó en dos fases:

- Localización y Selección de Estudios Relevantes
- Análisis de los Estudios Seleccionados

### 6.2. Localización y Selección de Estudios

#### 6.2.1. Localización

La búsqueda bibliográfica se realizó en las principales bases de datos electrónicas, websites internacionales de Obstetricia y otras fuentes electrónicas que contienen información relevante para la investigación. La estrategia de búsqueda incluyó términos aprobados por la OMS e incluidos en la MeSH Database.

Los **términos MeSH** y las **Palabras Clave** utilizados en la búsqueda fueron los siguientes: childbirth, delivery, ethnic, epidural anesthesia, labor pain, multicultural, pregnancy.

Y sus correspondientes en castellano.

Como **operadores booleanos**, se utilizaron los términos AND, OR, NOT y XOR.

Las **bases de datos** consultadas fueron las siguientes:

- MEDLINE, base de datos de la National Library of Medicine, con más de 5000 revistas de enfermería y medicina indexadas.

- EMBASE, (*Excerpta Médica Database*) que indexa más de 7000 revistas biomédicas.
- Cochrane Library Plus, considerada la mayor fuente de evidencia sobre los efectos de la atención sanitaria en lengua española e inglesa.
- CINAHL, (*Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature*) base de datos especialmente diseñada para responder a las necesidades de los profesionales de enfermería y otros profesionales de la salud indexa prácticamente todas las revistas enfermería publicadas en inglés, las publicaciones de la American Nurses' Association y la National League for Nursing, así como revistas procedentes de otras 17 disciplinas relacionadas con la salud.
- CUIDEN CIBERINDEX, base de datos bibliográfica de la fundación Index, especializada en enfermería, incluye la producción científica en Cuidados de Salud del espacio científico Iberoamericano.
- IME (Índice Médico Español), base de datos en línea, producida por el CSIC, contiene referencias bibliográficas de artículos de revistas especializadas en Biomedicina y editadas en España desde 1971.

Otros recursos electrónicos utilizados fueron el Portal Científico Dialnet de la Universidad de la Rioja, la biblioteca electrónica SciELO (Scientific Electronic Library Online o Biblioteca Científica Electrónica en Línea), el buscador Google Scholar y Web of Science (ISI).

Como **fuentes primarias**, se consultaron documentos de agencias internacionales y sociedades científicas, que se relacionan a continuación:

- Estrategia de Atención al parto normal en el SNS Español. 2008.  
Disponible:  
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>

- Programa “MIAS” de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2009.  
Disponible en: <http://programamias.saatchi-healthcare.es/>
- Migraciones y salud. Fundación ADUNARE. Servicio de apoyo a la Mediación Intercultural.  
Disponible:  
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/AtencionMulticulturalidad.pdf>
- Asociación Salud y Familia. Barcelona.

El **período de búsqueda** de artículos se acotó entre los años 2003 y 2013, se trata de un período de búsqueda inusualmente amplio ya que existe poca bibliografía científica que haga referencia a la atención al parto en mujeres inmigrantes. Se decidió este período ya que abarca desde el inicio de la asistencia sanitaria a la Inmigración por parte del Sistema Sanitario español en el siglo XXI hasta la actualidad.

La búsqueda de datos se completó de forma manual, a partir de las listas de referencia de los artículos y documentos seleccionados. En este caso los documentos seleccionados, desde las listas de citación, se limitaron a las revistas de mayor impacto en Obstetricia (Tabla I).

**Tabla I. Revistas utilizadas en la revisión.**

TÍTULO DE LA REVISTA	Factor de Impacto	
American Journal of Obstetrics and Gynecology	3,877 (JCR)	1,53 (SJR)
Anesthesiology	5,163 (JCR)	2,05 (SJR)
Birth Issues in perinatal care	2,926 (JCR)	1,26 (SJR)
Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology	0,379 (JCR)	0,77 (SJR)
Journal of Midwifery&Women’s Health	1,254 (JCR)	0,048 (SJR)
Lancet	39,060 (JCR)	7,07 (SJR)
Pain	5,644 (JCR)	2,44 (SJR)
Pain Magnagement Nursing	1,696 (JCR)	0,52 (SJR)

Fuente: elaboración propia

Factores de impacto según Journal Citation Report (JCR) 2013 y Scientific Journal Rank (SCR) 2012.

Las fuentes primarias se han tenido en cuenta en su totalidad, sin tener en cuenta el año de su publicación, dado el interés científico que tienen para este trabajo, su amplia difusión internacional y el poder que, en general, tienen como opiniones de expertos en la normalización de los procesos relacionados con la atención Obstétrica y la Inmigración.

### **6.2.2. Selección de Estudios**

Las normas de selección de estudios fueron las siguientes:

- ✓ Criterios de Inclusión, artículos originales y revisiones que incluyan en su título, resumen o texto, los términos MeSH o palabras clave seleccionadas; y que incluyan una valoración del estado de la mujer inmigrante en el embarazo, parto o puerperio.
- ✓ Criterios de Exclusión, artículos que no incluyen los términos seleccionados, estudios centrados en un solo caso, cartas al director, informes de un caso y editoriales; estudios que abordan situaciones particulares como sólo la lactancia o el puerperio.

La selección inicial se realizó a partir de los títulos y resúmenes de los artículos resultantes de la primera búsqueda, (Tabla II). Si en el título aparece un término usado en la atención al parto en entornos de multiculturalidad se recupera el resumen para su análisis.

Simultáneamente se realiza una búsqueda manual de referencias que aparecen en alguno de los artículos iniciales por considerarlos relevantes para la revisión, debido a su título, año de publicación o características incluidas en los criterios de selección prefijados.

En esta primera búsqueda se encontraron 46 artículos potencialmente relevantes a los que se añaden 15 localizados mediante búsqueda manual.

Tabla II. Resultados de la búsqueda inicial

	Término de búsqueda
<b>Base de Datos</b>	Childbirth OR delivery OR epidural anesthesia OR labor pain OR pregnancy AND ethnic AND multicultural.
MEDLINE	20
EMBASE	7
COCHRANE	16
CINAHL	3
CUIDEN CIBERINDEX	4
IME	1
Web of Science (Isi)	10
<b>Total</b>	<b>61</b>

Fuente: Elaboración Propia

De todos los artículos localizados en la búsqueda inicial se procede a leer el resumen, tras la lectura se eliminan 29 artículos en base a los criterios que se enumeran a continuación:

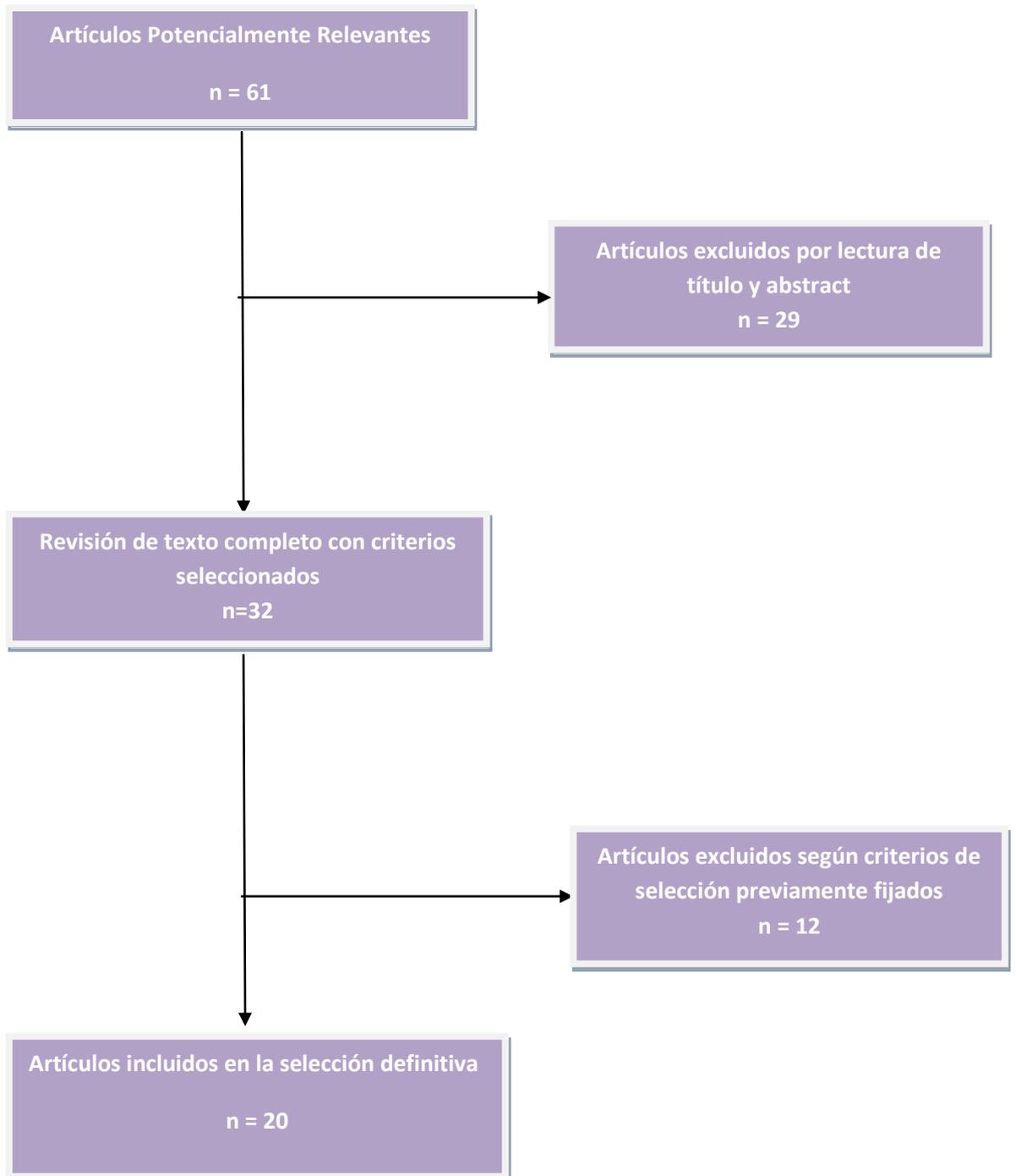
- ✚ 6 Artículos que hacen referencia a medios de comunicación y a la comunicación.
- ✚ 1 Artículo que hace referencia a las fases lunares y el parto.
- ✚ 5 Artículos que hacen referencia al parto por cesárea.
- ✚ 1 Artículos que hacen referencia a la salud de la población inmigrante en términos generales.
- ✚ 3 Artículos centrados en la versión del feto.
- ✚ 13 Artículos con metodología deficiente.

Se obtuvieron un total de 32 artículos de los que se procedió a la lectura completa, bien porque cumplían los criterios de inclusión, o bien porque se tenían dudas al finalizar la lectura del resumen correspondiente sobre aspectos de evaluación, metodología o resultados. En la selección final se incluyeron 20 artículos que cumplen todos los criterios prefijados en cuanto a fechas, metodología y resultados. Los 12 artículos descartados no se incorporan a la bibliografía de esta Revisión pero se detallan en el Anexo II, con las causas por las que fueron excluidos. En la Figura I se representa gráficamente el proceso completo de selección de artículos.

Como ya se ha especificado anteriormente, las fuentes primarias se utilizaron como guías de conocimiento y han resultado de gran utilidad para este estudio, por tal motivo serán incluidas en la bibliografía del mismo.

El acceso a páginas web o portales relevantes para la revisión se ha detallado anteriormente de forma exhaustiva.

**Figura 1. Proceso de Selección**



### 6.3. Revisión y Análisis de los Estudios Seleccionados

La evaluación de los artículos seleccionados se realizó siguiendo la metodología de lectura crítica CASPe (Critical Appraisal Skills Programme español). <http://www.readcaspe.org/>.

Todos los artículos se clasificaron en función del nivel de evidencia científica (Tabla III) con la clasificación propuesta por la US Agency for Health Research and Quality (AHRQ). <http://www.ahrq.gov/>. La elección estuvo basada en la elevada precisión de los criterios que utiliza.

En la tabla III puede verse la clasificación utilizada con niveles de evidencia y grados de recomendación, atendiendo al tipo de estudio seleccionado.

**Tabla III. Clasificación de Niveles de Evidencia y Grados de recomendación**

Nivel Evidencia	Tipo de Estudio	Grado de Recomendación
la	La evidencia proviene de metaanálisis de ensayo clínico (ensayos controlados), aleatorizados, bien diseñados.	A Extremadamente recomendable.
lb	La evidencia proviene de, al menos, un ensayo controlado aleatorizado	
IIa	La evidencia proviene de, al menos, un estudio controlado bien diseñado sin aleatorizar.	B Recomendación favorable
IIb	La evidencia proviene de, al menos, un estudio no completamente experimental, bien diseñado, como los estudio de cohortes. Se refiere a la situación en la que la aplicación de una intervención está fuera del control de los investigadores, pero cuyo efecto puede evaluarse.	
III	La evidencia proviene de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como los estudios comparativos, estudios de correlación o estudio de casos y controles	C Recomendación favorable pero no concluyente
IV	La evidencia proviene de documentos u opiniones de comités de expertos o experiencias clínicas de autoridades de prestigio o los estudios de serie de casos.	D Consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación

Fuente: US Agency for Health Research and Quality (AHRQ) y elaboración propia.

En la siguiente tabla (IV) se muestran los estudios seleccionados ordenados cronológicamente, con título, lugar de publicación y F Impacto.

Tabla IV. Estudios seleccionados definitivamente

AUTORES	TÍTULO	REVISTA	F. IMPACTO
1. Valverde Pareja M, et al. 2013	Atención en el parto en la mujer inmigrante; características sociodemográficas y de comportamiento en función de la procedencia de la paciente	Clínica e Investigación: Gin y Obst 2013; <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2013.10007">http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2013.10007</a>	0,379 JCR 0,77 SJR
2. Chalmers B. 2012	Childbirth across cultures: research and practice	Birth. 2012; 39 (4): 276-80	2,926 JCR 1,26 SJR
3. Callister LC, Eads MN, Yeung Diehl JPS 2011	Perceptions of giving birth and adherence to cultural practices in Chinese women	MCN Am J Matern Child Nurs. 2011; 36 (6): 387-94	0,897JCR 0,31 SJR
4. Acevedo P, Bernis C, Montero P, Varea, C. 2009	Gestación y maternidad de las mujeres de Madrid, comparación entre madres inmigrantes y españolas	Rev Esp Antrop Física. 2009; 30: 23-29	2.111 JCR 0,032 INRECS
5. Alehagen S, Dykes AK, Kjaergaard H, Wijma K. 2008	Fear of childbirth in obstetrically low risk nulliparous women in Sweden and Denmark	J Reprod Infant Psychol. 2008;26 (4): 340-350	0,606 JCR 0,36 SJR
6. Green J. 2008	Special issue on cross-national comparisons of psychosocial aspects of childbirth	J Reprod Infant Psychol. 2008; 26 (4): 273-276	0,606 JCR 0,36 SJR
7. Dick, AW, Glance LG, Glantz C, Mukamel DB, Osler TM, Wissler R. 2007	Racial differences in the use of epidural analgesia for Labor	Anesthesiology. 2007; 106 (1). 19-25	5,163 JCR 2,05 SJR
8. Ali M, Akande O, Banks E, Bathija H, Meirik O, Farley T. 2006	Female genital mutilation and obstetric outcome: Who collaborative prospective study in six African countries	Lancet. 2006; 367: 1835-41	39,060 JCR 7,07 SJR
9. Luque M, Oliver MI. 2005	Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. El caso de las mujeres inmigradas	Index de Enfermería. 2005; 14 (48-49): 9-13	0,11 SJR

AUTORES	TÍTULO	REVISTA	F. IMPACTO
10. Mancino P, Melluso J, Monti M, Onorati E. 2005	Preparation for childbirth in different cultures	Clin Exp Obstet Gynecol. 2005; 2: 89-91	0,379 JCR 0,77 SJR
11. Cioffi J, Dip G. 2004	Caring for women from culturally diverse backgrounds: Midwives' experiences	J Midwifery Women Health. 2004; 49 (5): 437-42	1.254 JCR 0,44 SCR
12. Rust G. 2004	Racial and ethnic disparities in the provision of epidural analgesia to Georgia Medicaid beneficiaries during labor and delivery	Am J Obstets Gynecol. 2004; 191, 456-62	3,877 JCR 1,53 SJR
13. Atherton MJ, De Carolis Feeg V, El-Adham AF. 2004	Race, Ethnicity and Insurance as Determinants of epidural use: Analysis of a National Sample Survey	Nursing Economics. Jan-Feb 2004; 22(1): 6-13	0,79 SCR
14. Sánchez Fernández Y, et al. 2003	Mujeres inmigrantes. Características del control prenatal y del parto	Prog. Obstétrico Ginecológico 2003; 46 (10): 441-7	0,028 SCR
15. Callister LC, Khalaf I, Semenic S, Kartchner R, Vehvilainen-Julkunen K. 2003	The Pain of childbirth: perceptions of culturally diverse woman	Pain Management Nursing. 2003; 4(4): 145-154.	1,696 JCR 0,52 SCR

Fuente: Elaboración propia.

Con estas características y de acuerdo con los objetivos de la revisión sistemática, los artículos seleccionados han sido publicados en revistas de impacto medio-alto nacional e internacional y alcanzan niveles de evidencia y grado de recomendación favorable

En la tabla V se muestran los libros y documentos seleccionados ordenados cronológicamente, con sus características principales, a saber, título, autores y comité que participó en la elaboración. Se decidió separar en dos tablas diferentes los artículos publicados en revistas sustentados en estudios y los libros y documentos sustentados, fundamentalmente, en

opiniones de expertos y experiencias de la práctica clínica. Se trata de una división, principalmente metodológica, ya que la importancia concedida a los documentos es la misma. Evidentemente en la tabla de libros y documentos (V), se especifica el soporte de publicación y no se especifica Factor de Impacto

**Tabla V. Libros y Documentos seleccionados definitivamente**

AUTORES	TÍTULO	REVISTA
1. Alonso M. 2010	Mujeres inmigrantes marroquíes en el sistema sanitario catalán	Migraciones y salud. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
2. Fabre González E. 2009	MIAS. Mujer inmigrante y asistencia sanitaria.	Comité de Solidaridad de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2009. <a href="http://programamias.saatchi-healthcare.es/">http://programamias.saatchi-healthcare.es/</a>
3. Méndez E, Santiñá M. 2009	Disparidades y Necesidades multiculturales en la atención sanitaria a las Madres Inmigrantes. Perspectiva de las madres y propuestas de mejora.	Asociación Salud y Familia. 2009
4. Tejero C. 2007	Documento de Apoyo a la atención multicultural en el proceso del parto y nacimiento	<a href="http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/AtenciónMulticulturalidad.pdf">http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/AtenciónMulticulturalidad.pdf</a>
5. Ascaso C, GarcíaEsteve L, Soler C, Tamayo O. 2003-2006	Maternidad, inmigración y salud: estudio de las diferencias en el estado emocional, los hábitos de salud y la calidad de vida entre las madres inmigrantes y las españolas	Recerca Biomédica Ministerio de Igualdad; 2003-2006

Fuente: Elaboración propia

Los documentos seleccionados son 3 libros, 2 documentos oficiales, y están avalados por reconocidos expertos en la materia.

## 7. DISCUSIÓN

Los estudios seleccionados se presentan en tres secciones diferentes para su análisis, estas secciones responden a las distintas características que son importantes para una revisión bibliográfica sistemática y son las siguientes:

- Características descriptivas y metodológicas de los estudios seleccionados.
- Resultados de los estudios seleccionados.
- Limitaciones de esta revisión sistemática de la bibliografía.

### 7.1. Características de los estudios seleccionados

Se analizan el total de estudios de la selección definitiva en función de sus características descriptivas (tabla VI) y sus características metodológicas (tabla VII).

En la tabla VI se especifica el contexto en que se realizaron los estudios, en el caso de tratarse de Revisiones Sistemáticas, se relacionan los hospitales de los estudios seleccionados, además de completar en búsqueda manual todos los estudios incluidos en cada una de las revisiones.

**Tabla VI. Características descriptivas de los estudios seleccionados.**

ESTUDIO	CONTEXTO	OBJETIVOS	RESULTADOS
1. Valverde Pareja M, et al. 2013	Hospital General Básico Santa Ana Motril	Identificar las diferencias de las características obstétricas en las mujeres inmigrantes	- Tasa de control de embarazo en las mujeres inmigrantes - Frecuencia de Educación maternal
2. Chalmers B. 2012	Hospitales de: Canadá y USA, Reino Unido Azerbaiyán Lituania, Federación Rusa, Moldavia	Identificar las diferencias culturales en el momento del parto	- Tasa de cesáreas - Uso de prácticas tradicionales en el parto

ESTUDIO	CONTEXTO	OBJETIVOS	RESULTADOS
3. Callister LC, Eads MN, Yeung Diehl JPS. 2011	Hospitales de: China y USA	Identificar experiencias de parto de mujeres chinas que viven en varios contextos socioculturales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personalización de la atención</li> <li>- Rapidez de acceso a los servicios de traducción para mejorar la comunicación</li> </ul>
4. Alonso M. 2010	Centros de Salud del Campo de Tarragona	Identificar y mejorar las deficiencias de asistencia sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efectos de la dificultad de comunicación</li> <li>- Efectos de la falta de canales de formación.</li> <li>- Presencia de factores de tipo cultural</li> </ul>
5. Fabre González E. 2009	Territorio Español	Protocolizar la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer inmigrante	Guía Clínica para los profesionales
6. Méndez E, Santiñá M. 2009	Hospital Universitario Clínic Barcelona	Conocer la percepción de las madres inmigrantes respecto a la atención recibida Identificar las barreras de acceso	Nivel de seguridad en la atención recibida
7. Acevedo P, Bernis C, Montero P, Varea C. 2009	Hospital Universitario de La Paz de Madrid (HULP)	Identificar diferencias entre las frecuencias de prematuridad, bajo y muy bajo peso y macrosomía entre los R. N. de las mujeres inmigrantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tasa de gestantes de riesgo entre las mujeres marroquíes y las rumanas.</li> <li>- Identifica el acceso a la maternidad.</li> </ul>
8. Alehagen S, Dykes AK, Kjaergaard H, Wijma K. 2008	Hospital Universitario Copenhague (Dinamarca) Unidad de psicología y salud (Suecia)	Comparar el miedo al parto ("fear of childbirth"= FOC) entre las mujeres nulíparas de Suecia y Dinamarca Investigar una posible diferencia del FOC durante el embarazo.	- Nivel de miedo al final del Embarazo y durante el ingreso en la sala de partos.
9. Tejero C. 2007	Centros de Salud Zaragoza	Facilitar información sobre las diferencias culturales en las poblaciones inmigrantes	Identifica los puntos clave para la atención sanitaria de las diferentes culturas atendidas.
10. Green J. 2008	Unidad de Investigación Infantil Universidad de York (Reino Unido) y Centros de Salud (Países de América del Norte y Europa)	Comparación entre diferentes países de aspectos psicosociales del parto	- Afrontamiento del parto de las mujeres a estudio.

ESTUDIO	CONTEXTO	OBJETIVOS	RESULTADOS
11. Dick AW, Glance LG, Glantz C, Mukamel DB, Osler TM, Wissler R. 2007	Hospitales de Nueva York	Conocer la demanda de la anestesia epidural por parte de la población negra y blanca	Identifica la tasa de epidurales entre las mujeres a estudio.
12. Ascaso C, GarcíaEsteve L,Soler C, Tamayo O. 2003-2006	Fundación Privada Clínic Barcelona	Evaluar las diferencias de morbilidad psiquiátrica entre gestantes inmigrantes y españolas	- Morbilidad psiquiátrica - Planificación de los embarazos - consumo de alcohol, tabaco y café.
13. Ali M, Akande O, Banks E, Bathija H, Meirik O, Farley T. 2006	Hospitales de: Burkina Faso Ghana Kenya Nigeria Senegal Sudán	Investigar los efectos de la Mutilación Genital Femenina (MFG) durante e inmediatamente después del parto	- Distribución de la MFG según un país u otro. - Relación entre MFG y estancia hospitalaria, hemorragia posparto y episiotomía.
14. Luque MA, Oliver MI. 2005	Hospital Público Almería	Identificar diferencias culturales en mujeres inmigrantes durante el parto	- Diferencias culturales en las actitudes y comportamientos en torno al parto.
15. Mancino P, Melluso J, Monti M, Onorati E. 2005	Hospitales: América Asia Australia	Describir las diferencias antropológicas sobre la preparación al parto	Elaboración de eventos biológicos humanos en las diferentes culturas.
16. Cioffi J, Dip G. 2004	Hospital de Sidney	Atención sanitaria por parte de las parteras a mujeres de origen cultural diverso	Efecto de la formación específica en las distintas culturas a atender.
17. Rust G. 2004	Hospitales de Georgia	Objetivar si hay diferencias en la solicitud de anestesia epidural según la diferencia racial	- Tasa de A. epidural en mujeres inmigrantes y rurales
18. Atherton MJ, De Carolis Feeg V, El-Adham AF. 2004	Hospitales de USA	Identificar las relaciones entre Anestesia Epidural y origen étnico y/o racial	- Tasa de A. epidural en mujeres inmigrantes y rurales
19. Sánchez FernándezY, et al. 2003	Hospital 12 de Octubre Madrid	Comparar características sociodemográficas, control de la gestación y el parto en mujeres de países pobres	- Tasa en el seguimiento del embarazo - Tasa complicaciones - Percepción del dolor

ESTUDIO	CONTEXTO	OBJETIVOS	RESULTADOS
20. Callister LC, Khalaf I, Semenic S, Kartchner R, Vehvilainen-Julkunen K. 2003	Hospitales de: Canadá y USA Escandinavia Oriente Medio República China Tonga	Identificar la percepción del dolor en las diferentes culturas	- Dolor del parto. - Formación de los profesionales en la atención de la multiculturalidad

Fuente: Elaboración propia

Los estudios se realizaron en los siguientes países:

- Australia.
- Burkina Faso, Ghana, Kenia, Nigeria, Senegal y Sudán (África).
- Canadá, USA (América del Norte).
- Dinamarca, España, Reino Unido, Suecia (Europa Occidental).
- Azerbaiyán, Lituania, Federación Rusa y Moldavia (Europa Oriental).

Los estudios tuvieron como objetivos principales:

- ✚ Conocer las experiencias de las mujeres inmigrantes en el sistema sanitario de adopción.
- ✚ Evaluar las guías-protocolos de atención al parto para las diferentes culturas.
- ✚ Identificar las diferencias achacables a la multiculturalidad de las parturientas y/o puérperas

Hay representación internacional a la hora de comparar métodos y resultados, cuatro de los cinco continentes están representados en la selección final.

La siguiente tabla (VII) representa el resumen metodológico de los estudios que integran la selección, con especificación del diseño del estudio, tamaño muestral, nivel de evidencia y grado de recomendación que alcanzan de acuerdo al diseño metodológico empleado.

Tabla VII. Características Metodológicas de los estudios seleccionados

ESTUDIO	DISEÑO	MUESTRA	N. Evidencia G. Recomendación
1. Valverde Pareja M, et al. 2013	Estudio descriptivo transversal y analítico	N= 232	III C
2. Chalmers B. 2012	Estudio cualitativo retrospectivo	N= 10	III C
3. Callister LC, et al. 2011	Estudio cualitativo retrospectivo	N= 34	III C
4. Alonso M. 2010	Estudio cualitativo Cursos de formación	----	IV D
5. Fabre González E. 2009	Ensayo	-----	IV D
6. Méndez E, et al. 2009	Estudio cualitativo: 4 grupos focales	N=39	III C
7. Acevedo P, et al. 2009	Estudio cuantitativo transversal	N=6690	III C
8. Alehagen S, et al. 2008	Estudio descriptivo	N=165	III C
9. Tejero C. 2007	Documento de consulta	-----	IV D
10. Green J. 2007	Revisión Bibliográfica		III C
11. Dick AW, et al. 2007	Estudio Retrospectivo	N=81883	III C
12. Ascaso Terrén C, et al. 2003-2006	Dos fases: Estudio transversal Análisis entrevistas	N=1398 N=420	III C
13. Ali M, et al. 2006	Estudio prospectivo	N= 28393	IIb B
14. Luque Fernández MA, et al. 2005	Estudio observacional	N=20	III C
15. Mancino, P, et al. 2005	Revisión Bibliográfica		III C
16. Cioffi J, et al. 2004	Estudio cualitativo	N=1200	III C
17. Rust G. 2004	Estudio descriptivo retrospectivo	N=29833	III C
18. Atherton MJ, et al. 2004	Estudio cualitativo	N=2355	III C
19. Sánchez Fernández Y, et al. 2003	Estudio descriptivo retrospectivo	N=1352	III C
20. Callister LC, et al. 2003	Estudio cualitativo	N=100	III C

Fuente: Elaboración propia

Veinte estudios para su revisión: 7 estudios descriptivos, 7 cualitativos,

2 revisiones bibliográficas, 1 estudio prospectivo, 1 estudio observacional, 1 Ensayo y 1 Documento de consulta.

El nivel de evidencia de los estudios seleccionados se sitúa entre IIb y IV. El grado de recomendación se mueve entre B y D. Tanto los niveles de evidencia como los grados de recomendación son muy adecuados a la categoría de la selección y al tema de revisión.

## 7.2. Resultados de los estudios seleccionados

Los resultados de los estudios seleccionados se exponen, a continuación en secciones distintas, relacionadas con los objetivos de esta revisión bibliográfica y las siguientes variables:

- ✚ Controles sanitarios en el embarazo y parto: número de visitas durante el embarazo, la asistencia a clases de Educación Maternal.
- ✚ Diferencias culturales en el momento del parto.
- ✚ Demanda de Anestesia Epidural.
- ✚ Percepción de las mujeres ante el embarazo y el parto.

Tabla VIII. Controles sanitarios del embarazo y parto.

ESTUDIO	VARIABLE	RESULTADO
1. Valverde Pareja M, et al. 2013	Controles sanitarios del embarazo y parto.	< Tasa de control del embarazo en las mujeres del Magreb y África Subsahariana. Baja tasa de asistencia a las clases de E. Maternal
4. Alonso M. 2010	Controles sanitarios del embarazo y parto.	> Dificultad de comunicación Faltan canales de formación Factores de tipo cultural
6. Méndez E, et al. 2009	Controles sanitarios del embarazo y parto.	Las mujeres inmigrantes refieren seguridad en la atención recibida
16. Cioffi J, et al. 2004	Controles sanitarios del embarazo y parto.	Formación específica en las distintas culturas a atender
19. Sánchez Fernández Y, et al. 2003	Controles sanitarios del embarazo y parto.	= tasa en el seguimiento del embarazo y complicaciones Diferencias culturales en la percepción del dolor

Valverde Pareja M, et al <sup>5</sup> y Sánchez Fernández, Y. et al <sup>13</sup> hablan de un adecuado seguimiento del embarazo (más de 6-8 visitas) por parte de las mujeres inmigrantes, exceptuando las mujeres procedentes del Magreb y del África Subsahariana. También hacen referencia a una baja asistencia a las clases de Educación Maternal, un 37% en las mujeres latinoamericanas, pero un 12 % en las demás procedencias. En cuanto a la variable lactancia materna, el porcentaje de mujeres que la escogen es alto (96%) y muy similar entre las nacionalidades.

En el caso de Alonso, M <sup>11</sup>, busca conocer la percepción de nuestra sociedad y aquellos aspectos mejor valorados por parte de las inmigrantes marroquíes. A pesar de hacer tan buena valoración, se evidenciaba que en realidad existían dificultades en la comunicación y carencias evidentes en la atención que este colectivo recibía, y que ponía de manifiesto que la atención sanitaria a un público con necesidades especiales y características diferentes a las del perfil mayoritario de los usuarios era una asignatura pendiente que se resolvía a menudo de manera ineficaz.

El estudio concluye destacando tres factores que con más frecuencia han aparecido en las manifestaciones de las mujeres inmigrantes y del personal sanitario:

- La dificultad de comunicación derivada del desconocimiento de nuestra lengua, lo que las obliga a acudir a las consultas acompañadas por un familiar o vecina.
- Falta de canales de información destinados al inmigrante, que lleva a que las usuarias realicen un uso inadecuado de los servicios sanitarios.
- Factores de tipo cultural, y sobre todo aquellos ligados a una determinada tradición religiosa que concibe el cuerpo de la mujer desde una perspectiva de riguroso pudor <sup>12</sup>.

Méndez E, et al. <sup>25</sup>, buscan conocer la percepción de las inmigrantes, con

respecto a la atención recibida durante embarazo y parto; los grupos se distribuyeron de la siguiente forma:

- Grupo I: 7 madres españolas
- Grupo II: 13 madres latinoamericanas
- Grupo III: 10 madres magrebíes
- Grupo IV: 9 madres chinas

Concluyen que las mujeres españolas y magrebíes si planifican su primer embarazo, en contra de lo que hacen las mujeres latinoamericanas o chinas. En el caso de las mujeres latinoamericanas, los embarazos no se planifican y son numerosos. Estas, en el momento del parto, suelen sentir una sensación de extrema urgencia de acudir al Hospital y manifiestan quejas sobre la falta de privacidad. Por el contrario, llegan al Hospital después de llevar horas con dolor en sus casas, pero tiene lugar un gran aislamiento social e idiomático. Esto llevará consigo que no distingan quién es la persona que le presta la asistencia sanitaria.

En líneas generales, las mujeres estudiadas, se sienten seguras y satisfechas y valoran de forma positiva el sistema sanitario público español, así como el apoyo del personal sanitario.

En el caso Cioffi J, et al <sup>16</sup> habla del cuidado de las mujeres procedentes de un entorno cultural diverso, atendiendo a las experiencias de las Matronas. Entre las conclusiones se establece facilidad para atender las demandas de las mujeres musulmanas, no así las de las mujeres chinas, por la dificultad idiomática. Al describir las características del cuidado de las mujeres chinas y musulmanas fueron conscientes de que algunas mujeres musulmanas se adherirían estrictamente a las costumbres islámicas de mantener su cabello y el cuerpo cubierto y tenían una preferencia por asistentes femeninas. En el caso de las mujeres chinas, las creencias de yin-yang fueron fundamentales para la atención proporcionada por las parteras a estas mujeres. El artículo concluye la necesidad de formación del personal al cuidado de las inmigrantes.

Se ha utilizado también como documento el libro del profesor Fabre González <sup>26</sup> (enumerado como documento nº5), por la importancia que tiene la recopilación hecha sobre la atención sanitaria específica a las mujeres inmigrantes durante su vida, y por las recomendaciones para los profesionales que las atienden.

Fabre, en este libro, avalado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), recoge, de forma protocolizada, un programa que se desarrolla con el patrocinio de Laboratorios Zambón, y que cuenta con el aval de otras sociedades profesionales y con el apoyo de Matres Mundi y el Foro Español de Paciente. "...El programa ha sido creado al entender que dotar de recursos y formar a los profesionales sanitarios resulta primordial para poder afrontar las demandas planteadas por la mujer inmigrante de forma efectiva, adaptada a sus hábitos y patrones culturales, facilitando la comunicación médico-paciente..." <sup>26</sup>. En este programa se resumen las distintas apreciaciones que se tienen de la demanda y atención de las mujeres inmigrantes para conocimiento del personal y mejor atención de ellas.

En el capítulo 4 de dicho libro, "Abordaje de la salud de la mujer inmigrante en diferentes etapas de su vida", apartado 4b, se habla de las diferencias en el abordaje de la salud de la mujer inmigrante en el embarazo, parto y puerperio según su origen, se establecen los siguientes grupos, para su análisis pormenorizado:

- Latinoamericanas,
- magrebíes,
- África subsahariana
- Europa del Este
- Asia Central.

El Programa MIAS tiene en cuenta de forma especial la situación de mutilación genital femenina, en el capítulo 7. Se establece como una guía para los profesionales.

Tabla IX. Diferencias culturales en el momento del Parto.

ESTUDIO	VARIABLE	RESULTADO
2. Chalmers B. 2012	Diferencias culturales en el momento del Parto.	> tasa de cesárea en Africa del Norte > uso de prácticas tradicionales en Rusia
7. Acevedo P, et al. 2009	Diferencias culturales en el momento del Parto.	> Tasa de gestantes de riesgo entre las mujeres marroquíes y las rumanas. - Acceso tardío a la maternidad por parte de las mujeres españolas
9. Tejero C. 2007	Diferencias culturales en el momento del Parto.	Identifica los puntos clave para la atención sanitaria de las diferentes culturas atendidas

Fuente: Elaboración propia

Chalmers B. <sup>28</sup>, busca conocer la percepción de las mujeres sobre el cuidado de la maternidad y brindar la oportunidad de explorar las diferentes prácticas perinatales. El autor concluye que hay una mayor tasa de cesáreas en América del Norte, 30%, (debido a que hay un aumento en las Inducciones), en comparación con el Reino Unido (17%). También se recoge un mayor uso de prácticas tradicionales, como enema y rasurado, en la Federación Rusa (40%) en comparación con Occidente (7%). Por otro lado hay una menor tasa de epidurales en los países Ex-Soviéticos y menor en EE.UU. y Canadá.

Acevedo P, et al. <sup>24</sup>, se fijó en si había o no 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 en especificar qué factores maternos explicarían esas diferencias. Los autores concluyeron que las mujeres rumanas y marroquíes son los grupos de gestantes de mayor riesgo. Se encontraron diferencias significativas en todas las variables estudiadas:

edad, nacidos vivos, edad de la 1ª maternidad, sólo en la frecuencia de partos múltiples no ha existido diferencia (figura 2).

**Figura 2. Características obstétricas de las madres según el país de origen** <sup>24</sup>

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

\* prueba de la varianza o de  $\chi^2$  según sean los datos cuantitativos o cualitativos

**Fuente: Acevedo P, et al., y elaboración propia**

El documento nº 9, Tejero C, et al.<sup>9</sup> se desarrolla como material de apoyo en la formación para la implantación de la “Estrategia de Atención al Parto Normal...Al ser escasas las publicaciones en relación con maternidad e inmigración, pretende facilitar información sobre los estudios y trabajos que se han podido recopilar...”<sup>8</sup>. En el documento de la Fundación ADUNARE del año 2007<sup>8</sup>, recogido en el anexo 1 del anterior documento, se hace una clasificación de las distintas culturas que están presentes en nuestro país:

- Colectivo Chino
- Colectivo Magrebí
- África Subsahariana
- Rumanía
- Latinoamérica

Así mismo, se van repasando aspectos comunes a todas las mujeres y las diferencias que se producen entre culturas, a fin de elaborar un documento que conduzca a la protocolización de la atención.

A continuación se relacionan los aspectos principales

- Las mujeres extranjeras acuden más tardíamente a la consulta de obstetricia. Por encima de la 20 semana. Quizás por el desconocimiento del sistema sanitario en sus diferentes niveles organizativos o por las diferentes prácticas sanitarias en el país de origen, que se mantienen en el país de acogida.
- Acuden menos a las consultas programadas. Puede ser por la dificultad del idioma y la necesidad de asistir acompañadas, lo que no siempre es posible.
- Tasa más elevada de cesáreas no estadísticamente significativa. También aquí intervienen la dificultad en la comunicación, el estrés y la falta de acompañamiento adecuado. La mayor cifra se da en cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal.
- Patologías específicas: Como Sífilis, paludismo, hepatitis D, y cualquier enfermedad infecciosa. O ausencia de inmunización frente a otras, toxoplasmosis. Aquí incluimos la mutilación genital femenina (ablación).
- Mayor incidencia de aborto espontaneo e I.V.E. Hasta diez veces más.
- Escasa o ausente coordinación entre los diferentes niveles de sanidad. Primaria/Especializada.

Tabla X. Tasa de Anestesia Epidural

ESTUDIO	VARIABLE	RESULTADO
1. Valverde Pareja M, et al. 2013	Controles sanitarios del embarazo y parto.	>Tasa de A. Epidural en mujeres de Latinoamérica y del Europa del Este  < Tasa de A. Epidural en mujeres de África y de Europa Occidental.
11. Dick AW, et al. 2007	Tasa de Anestesia Epidural	< Tasa de epidurales entre las mujeres negras y blancas hispanas en comparación con las mujeres blancas.

ESTUDIO	VARIABLE	RESULTADO
17. Rust G. 2004	Tasa de Anestesia Epidural	- < tasa de A. epidural en mujeres negras, asiáticas y blancas hispanas - < tasa de A. Epidural entre las mujeres rurales
18. Atherton MJ, et al. 2004	Tasa de Anestesia Epidural	< Tasa de A. epidural en mujeres inmigrantes y rurales

Fuente: Elaboración propia

Valverde Pareja M, et al. <sup>9</sup>, establecieron que hay diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ) entre el uso de anestesia epidural y el país de procedencia. El 80% de las mujeres de Latinoamérica hacen uso de este tipo de anestesia, seguida de las mujeres de Europa del Este (50%). Por el contrario las mujeres africanas y de Europa occidental es muy inferior: 32,9 y 21,4% respectivamente. También establecen diferencias culturales en la percepción del dolor.

Dick AW, et al. <sup>21</sup>, Rust G. <sup>15</sup>, Atherton MJ, et al. <sup>14</sup>, concluyen que las mujeres negras e hispanas tienen menos probabilidad de recibir anestesia epidural que las blancas; diferencia que se mantiene tras tener en cuenta las diferencias en la cobertura de los seguros (95% IC). El 53,4 % del total de mujeres tuvieron acceso a la anestesia epidural, pero fue menor su uso en mujeres negras o hispanas, 49,5% frente al 59,6 % para las mujeres blancas ( $p < 0.001$ ). Y las mujeres rurales tuvieron menos acceso a la epidural (39,2 %) frente a las mujeres urbanas.

Tabla XI. Percepción de la mujer ante el embarazo y el parto

ESTUDIO	VARIABLE	RESULTADO
3. Callister LC, et al. 2011	Percepción de la mujer ante el embarazo y el parto	Individualizar la atención respecto a las diferencias socioculturales. Facilitar el acceso rápido a los servicios de traducción para mejorar la comunicación
8. Alehagen S, et al. 2008	Percepción de la mujer ante el embarazo y el parto	Las mujeres danesas y suecas tienen similares niveles de miedo tanto al final del embarazo y durante el ingreso en la sala de partos.

ESTUDIO	VARIABLE	RESULTADO
10. Green J. 2008	Percepción de la mujer ante el embarazo y el parto	Las mujeres suecas son más positivas a la hora de afrontar su parto en comparación con las mujeres holandesas.
12. Ascaso Terrén C, et al. 2003-2006	Percepción de la mujer ante el embarazo y el parto	No hay diferencia significativa entre las mujeres inmigrantes y españolas en cuanto a la morbilidad psiquiátrica Si hay diferencia significativa en la planificación de los embarazos entre MI y ME Hay un mayor consumo de alcohol entre las MI y un mayor consumo de tabaco y café entre las ME
13. Ali M, et al. 2006	Percepción de la mujer ante el embarazo y el parto	La distribución de la MFG varía según un país u otro Las mujeres con MGF son más propensas a una estancia hospitalaria prolongada, hemorragia posparto y episiotomía.
14. Luque Fernández MA, et al. 2005	Percepción de la mujer ante el embarazo y el parto	Se evidencian diferencias culturales en las actitudes y comportamientos en torno al parto
15. Mancino, P, et al. 2005	Percepción de la mujer ante el embarazo y el parto	Se observó que cada cultura elabora un evento biológico humano idéntico
20. Callister LC, et al. 2003	Percepción de la mujer ante el embarazo y el parto	Identifica el dolor del parto. Necesidad de mejorar la formación de los profesionales en la atención de la multiculturalidad

Fuente: Elaboración propia

Callister LC, et al. <sup>27</sup> comparan las experiencias de parto de las mujeres chinas que paren en su país de origen y las mujeres chinas que han emigrado a los Estados Unidos, establecen la necesidad de individualizar la atención, respecto a las diferencias socioculturales y facilitar el acceso rápido a los servicios. Las mujeres describieron las limitaciones ambientales, dificultades para seguir rituales, los conflictos entre mujeres

y los miembros de la familia extensa (madre del marido) y los desafíos con el logro del rol materno.

Alehagen S, et al. <sup>23</sup> comparan el miedo al parto (FOC= Fear of Childbirth) entre las mujeres nulíparas de Suecia (55) y Dinamarca (110), así como investiga una posible diferencia del FOC durante el embarazo. Arroja que las mujeres nulíparas danesas y suecas tienen similares niveles de miedo tanto al final del embarazo y durante el ingreso en la sala de parto ( $p < 0,05$ ).

Green J. <sup>22</sup> realiza una comparación de los aspectos psicosociales del parto. Se llega a la conclusión de que las mujeres suecas son más positivas a la hora de afrontar su parto y en relación con el personal que las acompaña. Así mismo, las mujeres holandesas se muestran más reacias.

Ascaso Terrén C, et al. <sup>20</sup> estudian una población diana de mujeres inmigrantes de habla hispana en comparación con mujeres españolas, atendidas en la visita del puerperio (a las seis semanas del parto). Lo que se estudia es la prevalencia de morbilidad psiquiátrica, diferencias en la morbilidad psiquiátrica, hábitos de salud y tóxicos y por último las diferencias entre madres inmigrantes y españolas en la calidad de vida en el puerperio. Llegan a la conclusión de que aún teniendo una mayor prevalencia en la morbilidad psiquiátrica las madres inmigrantes, esta diferencia no tiene significación estadística. Sin embargo, si encuentran diferencias significativas en las diferencias de morbilidad psiquiátrica.

También encuentran diferencias significativas en los hábitos tóxicos y de salud entre madres inmigrantes y españolas: donde las madres inmigrantes no planifican el embarazo y hay baja tasa de Lactancia Materna, sin embargo, aumenta el consumo de café y tabaco por parte de las madres españolas, mientras que el consumo de alcohol es mayor en madres inmigrantes. En cuanto a la calidad de vida en el puerperio no

presenta diferencias significativas, pero tienen una percepción de salud peor las madres inmigrantes.

Ali M, et al. <sup>19</sup>, obtienen los siguientes resultados:

La distribución del tipo de MGF (mutilación genital femenina) varía sustancialmente según un país u otro. Las mujeres con MGF eran más propensas a tener una estancia prolongada en el hospital, hemorragia posparto y episiotomía ( $p < 0.0001$ ). La relación de niño de bajo peso al nacer y MGF no es significativa.

Luque Fernández MA, et al. <sup>18</sup> observan pautas de comportamiento en mujeres inmigradas durante el parto (en el año 2002) que puedan tener un origen cultural, y que puedan ser objeto de dificultad en la atención sanitaria. En este trabajo se pone de manifiesto diferencias culturales en las actitudes y comportamientos en torno al parto. Sin embargo, aun habiendo diferencias y rasgos más comunes en determinados colectivos, no es posible hacer generalizaciones.

En el artículo se atiende a aspectos como:

- Sentido del pudor. Por primera vez en los estudios revisados, se hace referencia a las diferencias entre mujeres norteafricanas (musulmanas) y otras inmigrantes. Describen como esas mujeres son reticentes a ser exploradas por personal sanitario masculino e incluso a que sus propios maridos estén presentes en la exploración.
- Percepción y actitud ante el dolor durante el parto. Aquí se atiende a que en muchas culturas instan a la mujer de parto permanezca en silencio (mujeres del Este y del África Subsahariana), pueden presentar muecas faciales y sonidos guturales, presentan miedo y problemas de comunicación verbal. Mientras que a otras se les permite chillar y manifestar dolor (las mujeres Norteafricanas y Sudamericanas), suelen estar más desinhibidas, manifestando el dolor de manera patente y exacerbada, tienen movimientos corporales activos, quejándose y lamentándose de forma ruidosa.

Las mujeres Sudamericanas y de Europa del Este conocen la anestesia epidural y la demandan con frecuencia.

- Acompañamiento durante el parto. Los varones musulmanes son los más reacios al acompañamiento e incluso no quieren presenciar el parto, es el caso de las mujeres Subsaharianas, que vienen a parir solas. Aunque algunas mujeres africanas manifiestan no querer que los acompañe su pareja. Las mujeres inmigradas de otra procedencia (Norteafricanas o de Europa del Este) prefieren estar acompañadas por alguna amiga (generalmente compatriotas) o un miembro femenino de su familia.
- Vivencias y percepción del parto. La atención al proceso del parto en nuestro medio se caracteriza por una alta medicalización, frente a otras culturas más libres. En casi todas las culturas se impone la libertad de movimientos.
- Interacción con el recién nacido. Se producen manifestaciones de alegría y cariño, pero también hay mujeres que no muestran interés en el post-parto inmediato, expresando pocos sentimientos, e incluso pueden rechazar el contacto, que se explica por pertenecer a lugares donde las tasas de natalidad y mortalidad infantil son elevadas <sup>20</sup>.

Mancino P, et al. <sup>17</sup> concluyen que cada cultura elabora un evento biológico humano idéntico.

Callister LC, et al. <sup>12</sup> constatan la existencia de pocos estudios que se hayan centrado específicamente en las percepciones del dolor de parto en las mujeres de diversas culturas. Algunas mujeres describen una sensación de logro y el sentimiento de orgullo en su capacidad para hacer frente a un dolor intenso, que aumentó su sentido de auto-eficacia. En el grupo de mujeres beduinas se produjo una ausencia de conductas de dolor, pero en una escala analógica visual, las puntuaciones de intensidad del dolor fueron similares a los de las mujeres en los otros dos grupos. Las mujeres musulmanas que dieron a luz en cualquiera de los refugios-

campamentos, en casa, o en los hospitales públicos tenían un parto sin medicalizar en comparación de las que parieron en el hospital privado (el 50% habían tenido partos medicados con opioides o anestesia epidural). En el hospital hubo más partos de mujeres solas, rara vez acompañadas por sus maridos en el nacimiento. Por el contrario, las mujeres que dieron a luz en el hogar eran atendidos por parteras capacitadas y familiares femeninos o amigas que dieron apoyo durante el parto. Las mujeres trabajadoras musulmanas son verbalmente expresivas, a veces llorando y gritando.

### **7.3 Limitaciones de la revisión bibliográfica**

Cualquier estudio de Revisión Bibliográfica Sistemática, tiene limitaciones y sesgos y este, a pesar, del rigor con que se ha realizado, tiene también algunas limitaciones y sesgos.

- El primer sesgo podría derivarse del modo de selección de artículos que componen esta revisión sistemática, por ello, es importante aclarar que para seleccionar los artículos sobre los que se ha realizado esta revisión se siguió una metodología científica estricta derivada de los objetivos planteados y acorde totalmente con los criterios de inclusión y exclusión prefijados. Para evitar este sesgo se buscó, en todo momento, la evidencia científica más reciente centrada en resultados, respetando las premisas de rigor, nivel de evidencia y grado de recomendación.
- El segundo sesgo podría derivarse de la forma en que se obtienen los datos de cada uno de los artículos seleccionados y la pertinencia de los objetivos que persigue cada uno de los estudios que integran la selección final. Para minimizar este sesgo se intentó conseguir la mayor homogeneidad metodológica en los estudios que integran esta revisión, aunque la homogeneidad total es imposible, los 20 estudios seleccionados alcanzan un grado elevado de homogeneidad en sus características descriptivas y metodológicas.

- El tercer sesgo se deriva de la existencia de variables que no hayan sido consideradas tanto en nuestra revisión como en los estudios seleccionados. Para disminuir este sesgo se ha realizado una revisión previa de la literatura pertinente y en la selección final se ha tratado de obtener estudios con objetivos y resultados similares para que la comparación de variables se realice entre iguales.
- Por último es necesario añadir que esta Revisión Sistemática ha sido realizada un solo revisor lo que disminuye, en cierto grado, el contraste de resultados que puede obtenerse cuando varios revisores participan en el proceso, con objeto de minimizar este riesgo se han utilizado instrumentos de lectura crítica y una clasificación internacional de evidencia científica de relevancia probada.

La última dificultad añadida ha sido la poca literatura científica que existe, al respecto, tanto en el ámbito nacional como internacional.

## **8. RESULTADOS-BENEFICIOS ESPERADOS DE ESTA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Me ha parecido muy interesante incluir este apartado en la metodología del estudio, aunque no es habitual hacerlo en el caso de las Revisiones Bibliográficas, pero se trata de algo relevante en el tema que nos ocupa, dada la escasa literatura científica al respecto.

Al realizar esta revisión sistemática he pretendido unificar los criterios de asistencia sanitaria a las mujeres inmigrantes en la unidad de partos en la que desarrollo mi actividad profesional, en los últimos años he visto como la demanda asistencial estaba, cada vez, vinculada a la inmigración y como la procedencia de las mujeres determinaba demandas diferentes.

Creo que, a partir de esta revisión de la literatura científica es posible desarrollar un Protocolo de Actuación en la Unidad de Partos, con el consenso de los Profesionales de la Unidad, para dar respuesta a la diversidad cultural en busca de la mejora asistencial que nos conduzca a la excelencia en la atención sanitaria.

Indudablemente al eliminar barreras de comunicación y desarrollar herramientas personalizadas para las diferentes culturas, estaremos proporcionando una atención de calidad personalizada, unificando los recursos existentes y evitando distorsiones, dificultades y despilfarro de recursos tanto humanos como materiales.

## 9. CONCLUSIONES

Esta revisión sistemática arroja las siguientes conclusiones de forma inequívoca:

- Necesidad perentoria de individualizar la atención a las mujeres inmigrantes contemplando sus diferencias socioculturales, para facilitarles el acceso rápido y seguro a los servicios sanitarios.
- Constatación de las diferencias socioculturales crecientes en los paritorios españoles y su influencia sobre el desarrollo del parto.
- Necesidad de realizar estudios con metodología cualitativa que puedan describir de forma exhaustiva y fiable las creencias, valores, percepciones y respuestas a comportamientos y preferencias para el manejo del dolor de parto.
- Las mujeres inmigrantes refieren un alto grado de confianza y satisfacción con el Sistema Sanitario Español, pero esto está más relacionado con la accesibilidad y gratuidad que con una verdadera satisfacción por la asistencia recibida.
- El personal sanitario recibe con satisfacción los resultados pero su formación al respecto está poco reglada y es voluntarista en su mayor parte.
- Necesidad de tener protocolizada la asistencia sanitaria a mujeres inmigrantes, atendiendo a sus diferencias culturales, religiosas.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario Real Academia de La Lengua. Disponible en:  
<http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>
2. Artículo disponible en: <https://emigracion.xunta.es/es/emigrantes>
3. Boletín estadístico disponible en:  
<http://www.ine.es>; <http://www.ige.eu>
4. Artículo de prensa en:  
<http://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/galicia/2013/12/10/>
5. Valverde Pareja, M., et al. Atención en el parto en la mujer inmigrante; características sociodemográficas y de comportamiento en función de la procedencia de la paciente. Clin Invest Gin Obst. 2013; <http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2013.10007>
6. López Martínez, A.M., Martín Ortiz, M.A., Rodríguez Ferrer, R.M., Rosa Aguayo, R., Sánchez Perruca, M.I. Actitudes del personal sanitario del área de partos ante la mujer inmigrante. Matronas Prof. 2002; 10:32-39
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid. Sanidad 2008. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Organización Mundial de la Salud.
8. Tejero, C. Documento de apoyo a la atención multicultural en el proceso de parto y nacimiento.
9. <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/AtencionMulticulturalidad.pdf>
10. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Informe Final. Disponible en:  
[http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/)
11. Sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Ley Orgánica 4/2000, BOE de 11 de Enero.

12. Alonso, M. (2010). Mujeres inmigrantes marroquíes en el sistema sanitario catalán. En Comelles, J.M.; Allué, X.; Bernal, M., Fernández-Rufete, y Mascarella, L. (Comps.) Migraciones y salud. Tarragona: Universitat Rovira i Virgil.
13. Clark Callister, L., Kartchner, R., Khalaf, I., Semenic, S., Vehvilainen-Julkunen, K. The Pain of Childbirth: Perceptions of Culturally Diverse Women. *Pain Manag Nurs.* (December), 2003; 4 (4): 145-154
14. Sánchez-Fernández, Y., et al. Mujeres inmigrantes: características del control prenatal y del parto. *Prog Obstet Ginecol* 2003; 46(10): 441-7
15. Atherton, M.J., De Carolis Feeg, V., El-Adham, A.F. Race, Ethnicity, and Insurance as Determinants of Epidural Use: Analysis of a National Sample Survey. *Nurs Econ*; Jan/Feb 2004; 22 (1): 6-13
16. Rust, G., et al. Racial and ethnic disparities in the provision of epidural analgesia to Georgia Medicaid beneficiaries during labor and delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 191, 456-62
17. Cioffi, J., Dip, G. Caring for Women From Culturally Diverse Backgrounds: Midwives' Experiences. *J Midwifery Womens Health.* 2004; 49 (5): 437-42
18. Mancino, P., Melluso, J., Monti, M., Onorati, E. Preparation for childbirth in different cultures. *Clin Esp Obst & Gin.* 2005; 2, 89-91
19. Luque Fernández, M.A., Oliver Reche, M.I. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. *EL CASO DE LAS MUJERES INMIGRADAS. Index Enfer (Granada).* 2005; 14 (48-49): 9-13
20. Ali, M., Akande, O., Banks, E., Bathija, H., Meirik, O., Farley, T. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet.* 2006; 367: 1835-41
21. Ascaso Terrén, C., Garcia-Esteve, L., Soler Carreras, C., Tamayo Rojas O. Maternidad, inmigración y salud: estudio de las diferencias en el estado emocional, los hábitos de salud y la

- calidad de vida entre las madres inmigrantes y las españolas. Ministerio de Igualdad; 2003-2006
22. Dick, A.W., Glance, L.G., Glantz, C., Mukamel, D.B., Osler, T.M., Wissler, R. Racial Differences in the Use of Epidural Analgesia for Labor. *Anesthesiology*. 2007; 106 (1): 19-25
23. Green, J. Special issue on cross-national comparisons of psychosocial aspects of childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. *J Reprod Infant Psychol (London)*. 2008; 26(4): 273-276.
24. Alehagen, S., Dykes A.-K., Kjaergaard H., Wijma K. Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark. *J Reprod Infant Psychol (London)*. 2008; 26 (4): 340-350
25. Acevedo, P., Bernis, C., Montero, P., Varea, C. Gestación y maternidad de las mujeres de Madrid, comparación entre madres inmigrantes y españolas. *Rev Esp Antrop Fis*. 2009; 30: 23-29
26. Méndez, E., Santiñá, M. Disparidades y necesidades multiculturales en la Atención sanitaria a las madres inmigrantes. Perspectivas de las madres y propuestas de mejoras. Asociación Salud y Familia. 2009
27. Fabre González, E. coordinador. MIAS. Mujer inmigrante y asistencia sanitaria. Comité de Solidaridad de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2009. Disponible en <http://programamias.saatchi-healthcare.es/>
28. Callister, L.C., Eads, M.N., Yeung Diehl J.P.S. Perceptions of giving birth and adherence to cultural practices in Chinese women. *Matern Child Nurs (EE.UU.)*. 2011; 36 (6): 387-94
29. Chalmers, B. *Childbirth Across Cultures: Research and Practice*. Birth. 2012; 39(4): 276-80

## **ANEXO I**

### **GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS**

DRAE: Diccionario de la Real Academia de la Lengua

FI: Factor de Impacto

FOC: Fear of Childbirth

HULP: Hospital Universitario de La Paz de Madrid

INE: Instituto Nacional de Estadística

JCR: Journal Citation Report

MGF: Mutilación genital femenina

SCR: Scientific Journal Rank

SNS: Sistema Nacional de Salud

## ANEXO II

## ARTÍCULOS DESCARTADOS

## Tras la lectura completa del texto

ARTÍCULO	CAUSA DE EXCLUSIÓN
1 - Sheiner, E.K., Sheiner, E., Shoham-Vardi, I., Mazor, M., Katz, M. Ethnic differences influence care giver's estimates of pain during labour. Pain. 1999; 81:299-305	Artículo fuera de la fecha escogida
2- Chalmers, B., Porter, R. Assessing Effective Care in Normal Labour: The Bologne Score. Birth. 2001; 28: 79-83	Es una guía para la evaluación de un cuidado eficaz en el trabajo de parto normal
3- Gambau Latorre, L. Control del embarazo, asistencia al parto y resultados perinatales de las mujeres inmigrantes en relación con su país de origen y tiempo de permanencia en nuestro país. Diferencias con las mujeres españolas. Reduca, Serie Matronas. 2011; 3 (3): 24-52	Es un proyecto pendiente de desarrollarse. No tiene resultados
4- Recuerda Solana, C., Riquelme Raya, R. Gutiérrez Martínez, M. M., Martínez Gámez, M. M., Hidalgo Ruzzante, N. Evaluación de medios de comunicación alternativos con mujeres inmigrantes de habla no hispana en partos. Biblioteca Lascasas. 2012; 8(1) Disponible en: <a href="http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0634.pdf">www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0634.pdf</a>	Hace referencia a la forma de comunicarse con mujeres de habla no Hispana
5-Del Rey Márquez, M. D., Gálvez Toro, A. Mitos vs vivencias de las mujeres inmigrantes: el embarazo, el parto y el puerperio. Una enfermería transcultural. Evidentia. 2004; 1(3)	Hacer referencia a un escaso número de casos
6- Orte González, E. M. Aspectos culturales del dolor en el parto y uso de anestesia epidural en las gestantes del Hospital Reina Sofía de Tudela en el año 2012. Trabajo fin de Master. 2012	Es un Trabajo Fin de Máster, (proyecto), pendiente de desarrollarse. No tiene resultados
7- Raga Gimeno, F. Comunicación intralingüística e intercultural en la atención en salud reproductiva con mujeres de origen marroquí. RC y S. 2013; 3(1): 5-17	Hace referencia a la comunicación con mujeres marroquíes.
8-Tenreiro Rodríguez, S. La salud de la mujer inmigrante durante el embarazo. Experiencias, sensaciones y diferencias. Trabajo de fin de Grado. 2013	Es un Trabajo Fin de Grado, (proyecto), pendiente de desarrollarse. No tiene resultados
9- Ibáñez Masero, O., González Sanz, J.D. Acercamiento a las necesidades de salud de la mujer en una población multicultural. Revista Iberoamericana de educación e investigación en enfermería. 2013; 3(3): 38-45	Hace referencia a las necesidades de salud en general

ARTÍCULO	CAUSA DE EXCLUSIÓN
10- Merry L, Small R, Blondel B, Gagnon, A.J. International migration and caesarean birth: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2013; 13: 1-23	Nacimientos por cesárea
11- Gatrad, R., Jhutti-Johal, J., Gill, P.S., Sheikh, A. Sikh birth customs. Arch Dis Child. 2005; 90: 560-563	Hace referencia a una etnia concreta
12- Muula, A. S. Ethical and Practical Consideration of Women Choosing Cesarean Section Deliveries without “Medical Indication” in Developing Countries. Croat Med J. 2007; 48: 94-102	Elección de Cesárea

## ANEXO III

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

<b>TABLA</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>PÁGINA</b>
I	Revistas utilizadas en la revisión.	16
II	Resultados de búsqueda inicial	18
III	Clasificación de Niveles de Evidencia y Grados de recomendación	20
IV	Estudios seleccionados definitivamente	21-22
V	Libros y documentos seleccionados definitivamente	23
VI	Características descriptivas de los estudios seleccionados definitivamente	24-25-26-27
VII	Características Metodológicas de los estudios seleccionados definitivamente	28
VIII	Controles sanitarios del embarazo y parto.	29
IX	Diferencias culturales en el momento del Parto	33
X	Tasa de Anestesia Epidural	35-36
XI	Percepción de la mujer ante el embarazo y el parto	36-37

<b>FIGURA</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>1</b>	<b>Proceso de selección</b>	<b>19</b>
<b>2</b>	<b>Características obstétricas de las madres según el país de origen</b>	<b>34</b>