



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Cesárea, parto instrumentado y analgesia epidural:
¿somos todas iguales?

Autor/es

Marta Gimeno Ponz

Director/es

Mª Ángeles Camacho Ballano

Escuela Universitaria de Enfermería. Teruel

2014

RESUMEN

Introducción: la tasa de cesáreas ha aumentado en los países desarrollados durante la última década. Existen ciertos factores como la analgesia epidural, la edad materna y el origen materno que pueden influir en el desarrollo del parto, favoreciendo que un parto vaginal termine en cesárea o parto instrumentado.

Objetivo: analizar la relación entre el parto instrumentado y la cesárea con distintas variables obstétricas.

Material y métodos: realizamos un estudio descriptivo retrospectivo en el servicio de partos del Hospital Obispo Polanco de Teruel. La población diana está formada por 976 mujeres. Los datos fueron extraídos del libro de partos del servicio durante los años 2012 y 2013. Los análisis se realizaron mediante Chi-cuadrado y Asociación lineal por lineal.

Resultados: Se observó un mayor número de partos instrumentados y cesáreas en las mujeres que recibieron analgesia epidural frente al grupo que no la recibió ($p=0,000$). Constatamos una mayor tasa de cesáreas y partos instrumentados en mujeres autóctonas que en inmigrantes ($p=0,001$). Las primíparas <35 años presentaron más partos instrumentados y cesáreas que las primíparas con una edad ≥ 35 años ($p=0,012$). No se hallaron diferencias entre la edad gestacional y el número de cesáreas y partos instrumentados ($p=0,212$).

Conclusión: la edad materna avanzada no se asocia a una mayor tasa de cesáreas y partos instrumentados. La analgesia epidural provoca un mayor porcentaje de cesáreas y partos instrumentados. Se observaron más cesáreas, partos instrumentados y partos pretérmino en las mujeres autóctonas que en las inmigrantes.

Palabras clave: cesárea. Parto instrumentado. Analgesia epidural. Inmigración.

ABSTRACT

Introduction: the rate of cesarean sections has increased in developed countries during the last decade. There are certain factors as epidural analgesia, maternal age and maternal background that may have influence on the birth process, making that a vaginal delivery ends into a cesarean section or into an instrumental delivery.

Objective: to analyze the relation between the instrumental delivery and cesarean section according to different obstetrics variables.

Resources and methods: we carried out a descriptive and regressive analysis on the service delivery at Obispo Polanco Hospital in Teruel. The target population is made up 976 women and the data were taken from a service delivery register book from 2012 to 2013. The analysis was done by χ^2 test and line by line association.

Results: it could be seen that there had been a higher number of instrumental deliveries and cesarean sections on women who were given epidural analgesia than on women who weren't ($p=0,000$). We observe that the rate of cesarean sections and instrumental deliveries on local women rather was high than on immigrant ones ($p=0,001$). On inexperienced mothers under 35 were used more instrumental deliveries than on inexperienced mothers over or the same age ($p=0,012$). There weren't found many differences between gestational age and the number of cesarean sections and instrumental deliveries ($p= 0,212$)

Conclusion: it isn't associated a late maternal age to a higher rate on cesarean sections or instrumental deliveries. The epidural analgesia causes a higher percentage of cesarean sections and instrumental deliveries. It was noted that there were more cesarean sections, instrumental deliveries and preterm births on local women than on immigrant women.

Key words: cesarean section. Instrumental delivery. Epidural analgesia. Immigration.

INTRODUCCIÓN

Los porcentajes de cesáreas han aumentado de forma sustancial, particularmente en los países desarrollados, durante la última década¹. Esta técnica no está exenta de complicaciones maternas, que son más frecuentes que en el parto². En España, el porcentaje de cesáreas supera la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1985, que establece una tasa de cesáreas máxima del 15% de los partos, aplicable a mujeres sin cesárea previa y con bajo riesgo (nulíparas, embarazo único a término y presentación cefálica)³. Esta tendencia en el uso de la cesárea es objeto de preocupación y se considera un hecho no deseable por diversos motivos⁴: riesgos potenciales para la madre (mayor morbimortalidad, complicaciones infecciosas, hemorrágicas, anestésicas y tromboembólicas) y para el feto (distress respiratorio, bebés prematuros y bajo peso al nacer).

Existen ciertos factores que pueden influir en el desarrollo del parto, favoreciendo que un parto vaginal termine en cesárea o parto instrumentado.

El origen del tratamiento del dolor en el proceso del parto es tan antiguo como la humanidad⁵. La analgesia epidural se considera el estándar de la analgesia obstétrica, ya que permite la mejor calidad analgésica para el trabajo del parto, seguridad y eficacia, mejora del medio intrauterino y la posibilidad de administrar analgésicos para cesárea, parto instrumentado y en el posparto si es preciso⁶. Por otra parte algunos autores han constatado que la analgesia epidural causa un aumento del tiempo de descenso de la presentación debido a la caída del tono muscular pélvano y de los músculos abdominales⁷. Por estos motivos, habría una mayor incidencia de partos instrumentados y cesáreas.

Hay que resaltar que el porcentaje de pacientes a quienes se les ofrece y se les coloca un catéter epidural para el manejo del dolor es muy variable entre los distintos países y aun entre las instituciones⁸.

Desde mediados de la década de los años 70, la edad de la maternidad no ha cesado de aumentar en Europa⁹. Los determinantes sociales de esta modificación del patrón reproductivo pueden explicarse por los cambios culturales, sociales y económicos acontecidos en nuestra sociedad durante el último tercio del siglo XX¹⁰. Por ello, la edad materna es otro aspecto a tener en cuenta, ya que las madres primerizas de más de 35 años tienen más probabilidades de tener dificultades durante el parto. Esto puede justificar, en parte, la mayor tasa de nacimientos por cesárea o de forma instrumentada entre mujeres de más de 35 años.

Desde el año 1999, la inmigración ha tenido un crecimiento exponencial en el Estado Español¹¹. Debido a este incremento de la población es reciente el interés por estudiar los resultados obstétricos y perinatales de las mujeres inmigrantes y sus condicionantes. Mientras que algunos trabajos concluyen que no hay diferencias entre las mujeres inmigrantes y las autóctonas, otros postulan que existen más factores de riesgo obstétrico y perinatal en las primeras, fundamentalmente debido a un posible escaso apoyo social y a las deficientes condiciones socioeconómicas¹².

Así mismo los inmigrantes pueden ser portadores de enfermedades propias de sus países de origen que podrían afectar al curso del embarazo¹¹. El conocimiento de las características demográficas y sociales de la población que se atiende proporciona elementos para adecuar la asistencia sanitaria a las necesidades que esta nueva población de pacientes va generando¹³.

Dado que la cesárea y el parto instrumentado no son intervenciones inocuas y tienen cierta repercusión tanto para la madre como para el recién nacido, con este estudio se va a intentar buscar la posible relación entre algunas variables obstétricas y el número de cesáreas y partos instrumentados en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Analizar la relación entre el parto instrumentado y la cesárea con distintas variables obstétricas.

Objetivos específicos

- Comparar la tasa de cesáreas y partos instrumentados entre las mujeres que han recibido analgesia epidural y las mujeres a las que no se les ha administrado.
- Comparar la tasa de cesáreas y partos instrumentados entre las mujeres autóctonas e inmigrantes.
- Comparar la tasa de cesáreas, partos instrumentados y partos pretérmino entre las mujeres primíparas con una edad igual o superior a 35 años y las mujeres primíparas menores de 35 años.
- Evaluar si existe relación entre la edad gestacional y que la finalización del parto sea por cesárea o parto instrumentado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo en el servicio de partos del Hospital Obispo Polanco de Teruel. Los datos fueron extraídos del libro de registro de partos del servicio, correspondiente a los años 2012 y 2013.

La población diana está constituida por 976 mujeres que dieron a luz en el servicio durante el periodo analizado. Se excluyeron a aquellas mujeres con cesárea previa, cesárea electiva y aquellas que aunque constasen en el libro de partos del servicio dieron a luz en su domicilio.

Las variables recopiladas para el análisis son las siguientes: edad de la madre (en años cumplidos), ordinal dicotómica (<35 años/ ≥ 35 años); nacionalidad, categorizada de forma nominal dicotómica

(autóctona/inmigrante), nominal por área geográfica (España, África, Latinoamerica, Asia y Europa del Este).

Variables obstétricas: paridad, nominal dicotómica (primípara/multípara); edad gestacional, clasificada ordinalmente como (pretérmino/a término/postérmino); tipo de parto categorizado nominalmente como (eutócico/distócico/cesárea); empleo de anestesia categorizada de forma nominal (sin anestesia/local/regional/epidural/general).

El estudio de las variables cualitativas se ha llevado a cabo mediante porcentajes y distribución de frecuencias, mientras que el de las variables cuantitativas se ha realizado mediante la determinación de la media y la mediana.

En los casos en los que se comparó variables cualitativas que seguían una distribución normal se utilizó el estadístico Chi-cuadrado. Cuando no había una distribución normal se aplicó la Asociación lineal por lineal.

En todas las pruebas estadísticas realizadas con las variables de resultados se consideraron significativos los valores de $p < 0,05$.

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 20).

RESULTADOS

Del total de partos acontecidos el 12% fueron cesáreas, el 15,6% partos instrumentados y el resto partos eutócicos.

Analgesia

En 105 mujeres no se aplicó ningún tipo de anestesia, en 119 se administró anestesia local, en 12 se aplicó anestesia regional, en 711 anestesia epidural y en 16 anestesia general.

Se observó de forma significativa una mayor frecuencia de partos instrumentados y cesáreas en el grupo de mujeres que recibió analgesia epidural frente al grupo que no la recibió ($p=0,000$).

El 54,2% de las gestantes autóctonas y el 19,7% de las gestantes inmigrantes emplearon analgesia epidural. Por nacionalidades, el 8,8% de las africanas, el 6,6% de las latinoamericanas, el 0,7% de las asiáticas y el 10,6% de las mujeres de Europa del Este emplearon analgesia epidural frente a un 73,3% de las españolas.

Se constató que el 5,8% de las gestantes autóctonas y el 21,9% de las gestantes inmigrantes finalizó el parto sin anestesia ($p=0,000$).

Un 49,1% de las mujeres primíparas demandó analgesia epidural frente a un 24,7 % de las mujeres multíparas ($p=0,000$).

Origen de la madre

305 partos correspondieron a mujeres inmigrantes. Observamos de forma significativa una mayor tendencia a realizarse cesáreas y partos instrumentados en el grupo de mujeres autóctonas que en el de inmigrantes ($p=0,001$). Dentro del grupo de inmigrantes las mujeres Africanas fueron las más mayoritarias (14,4%) y a las que mayor número de cesáreas se les practicó. Los partos instrumentados fueron significativamente más frecuentes en las mujeres de Europa del Este ($p=0,039$), así como los partos pretérmino ($p=0,005$).

No encontramos diferencias significativas en la multiparidad entre mujeres inmigrantes primíparas menores de 35 años y mujeres españolas primíparas menores de 35 años ($p=0,072$). El porcentaje de mujeres españolas primíparas con una edad igual o superior a 35 años fue el mismo que el de inmigrantes primíparas con una edad igual o superior a 35 años ($p=0,000$). (Anexo 1)

Edad materna

275 partos correspondieron a mujeres con una edad ≥ 35 años. El 23,7% de las mujeres autóctonas tenía una edad ≥ 35 años en el momento del parto frente al 4,4% de las mujeres inmigrantes.

Las primíparas <35 años presentaron un mayor porcentaje de partos instrumentados y cesáreas que las mujeres primíparas con una edad ≥ 35 años ($p=0,012$) (Anexo 2).

No se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de partos pretérmino y postérmino entre las mujeres <35 años y las mujeres con una edad ≥ 35 años ($p=0,482$).

Edad gestacional

Del total de partos, 933 se produjeron a término y 40 fueron pretérmino. La mediana de la edad gestacional fue de 40 semanas y no se encontraron diferencias significativas entre la edad gestacional y el número de cesáreas y partos instrumentados ($p=0,212$).

El 2,3% de las mujeres autóctonas presentó un parto pretérmino frente a un 1,9% de las mujeres inmigrantes.

DISCUSIÓN

Podemos constatar que la tasa de cesáreas del Hospital Obispo Polanco (12%) no supera a la recomendada por la OMS (15%).

Edad materna

El límite de edad que se estima adecuado para la consecución del embarazo ha ido variando con el tiempo y no existe unanimidad al respecto. En la actualidad este límite se establece en los 35 años, aunque no faltan trabajos que lo sitúan en 40 e incluso en 44 años. En este estudio se ha seguido el criterio de los 35 años al igual que en el de Heras Pérez et al⁹.

Nuestros resultados muestran un mayor porcentaje de cesáreas en las pacientes primíparas con una edad <35 años (7,8%) que en las mujeres primíparas con una edad ≥ 35 años (4,2%). Estos resultados contrastan con

los de Heras Pérez et al⁹, que constataron que un 24,2% de las mujeres con una edad ≥ 35 años finalizaba el parto en cesárea frente a un 18,2% de las mujeres con una edad < 35 años.

Esta variabilidad en los resultados puede ser debida a que en los últimos tiempos se ha producido un importante descenso de la natalidad. Al reducirse las expectativas de descendencia es posible que exista un mayor interés de reducir cualquier tipo de riesgo para el feto, y que por este motivo se realice una cesárea ante la menor complicación. Este cambio también puede ser debido a un aumento de la frecuencia de cesáreas por solicitud de las parejas y una posible mayor predisposición de los obstetras a aceptar esa petición por el temor a ser sometidos a juicios de mala praxis en caso de surgir complicaciones.

El porcentaje de partos instrumentados también fue mayor en las mujeres de menor edad (11,7% vs 3,9%). En este caso nuestros resultados coinciden con los de Heras Pérez et al⁹, que observaron un 22,2% de partos instrumentados en las mujeres < 35 años frente a un 18,4% en las mujeres con una edad ≥ 35 años. Este hallazgo nos ha llamado la atención, ya que es ampliamente aceptado que las distocias se incrementan con la edad materna⁹.

Aunque no hemos encontrado una mayor frecuencia de prematuridad en las gestantes con una edad ≥ 35 años, el aumento de los recién nacidos pretérmino en las gestantes de edad avanzada ha sido documentado por Luque Fernández¹⁰. Sus resultados muestran un 6,9% de recién nacidos prematuros en las mujeres con una edad < 35 años frente a un 35,8% de prematuros en las mujeres con una edad ≥ 35 años. Este hecho está probablemente influenciado por la mayor frecuencia de patología gestacional asociada a la edad avanzada de la madre que determina en algunos casos la finalización de la gestación.

Origen de la madre

De las mujeres inmigrantes que dieron a luz en el Hospital Obispo Polanco las de origen africano fueron las más mayoritarias con un 7,8% de los partos. Esto contrasta con los resultados de Domingo Puiggros et al¹¹, donde el mayor porcentaje de partos en inmigrantes se producía en mujeres Latinoamericanas (44%), seguidas por las mujeres africanas (34,6%). También encontramos diferencias con Sanchez-Fernández et al¹⁴ que constata que el 56% de los partos acontecidos en su estudio fueron de mujeres Latinoamericanas y un 21% de mujeres Africanas. Así mismo García-García et al¹² encontró en sus resultados un mayor porcentaje de partos en mujeres latinoamericanas. Este fenómeno puede deberse a una mayor oferta de empleo en el sector de la agricultura y la ganadería en la provincia de Teruel, promoviendo con la llegada del colectivo africano la revitalización de las áreas rurales.

Nuestro estudio muestra una tendencia a realizarse más cesáreas en las mujeres autóctonas que en las inmigrantes (9,6% vs 2,5%). Estos resultados coinciden con los de García-García et al¹², donde también se muestra un mayor porcentaje de cesáreas en mujeres autóctonas que en inmigrantes (22,2% vs 20,3%). Así mismo, los partos instrumentados también fueron más frecuentes en las mujeres autóctonas que en las inmigrantes (11,9% vs 3,7%). De nuevo coincidimos con los resultados de García-García et al¹², donde se observa un mayor porcentaje de partos instrumentados en autóctonas que en inmigrantes (18,2% vs 13,3%).

En cuanto a la edad gestacional se encontraron diferencias en el porcentaje de partos pretérmino. Estos fueron más frecuentes en mujeres autóctonas que en inmigrantes (2,3% vs 1,9%). Nuestros datos coinciden con los de Domingo Puiggros et al¹¹ donde también se observó un mayor porcentaje de partos pretérmino en autóctonas que en inmigrantes (9,6% vs 5,7%). Estos resultados en el porcentaje de cesáreas, partos instrumentados y partos pretérmino podrían atribuirse a estilos de vida menos saludables en las mujeres españolas. Es posible que las españolas consuman más tabaco¹⁵ y alcohol durante el embarazo que las inmigrantes y que por estos

motivos presenten mayor número de partos de riesgo, condicionando que la finalización del parto se realice mediante cesárea, parto instrumentado o pretérmino.

Analgesia

Las mujeres españolas utilizan analgesia epidural con mayor frecuencia que las mujeres inmigrantes (54,2% vs 19,7). Estos resultados coinciden con los de Garcia-Garcia et al¹² donde las mujeres españolas también emplean analgesia epidural con mayor frecuencia que las mujeres inmigrantes (72,6% vs 55,8%). Las razones por las que se encuentran estas diferencias entre los distintos orígenes maternos pueden ser debidas tanto a las dificultades idiomáticas como a las diferentes formas de entender el parto en cada cultura.

En el estudio de Duarte Ortiz et al⁸ se determina que el nivel socioeconómico de la gestante también tiene que ver con la solicitud de la analgesia epidural, siendo más demandada por las pacientes de nivel socioeconómico alto.

En nuestro estudio se observó una mayor tendencia a realizar cesáreas en las mujeres que recibieron analgesia epidural frente a las que no recibieron este tipo de analgesia (9,9% vs 2,1%). Estos resultados contrastan con los de Pascual et al¹⁶ que no encontraron diferencias en el porcentaje de cesáreas entre las mujeres que usaron analgesia epidural y las que no la usaron (11,7% vs 11,7%). También constatamos una mayor tendencia a realizar partos instrumentados en las mujeres que recibieron analgesia epidural que en las que no recibieron este tipo de analgesia (15% vs 0,8%). Nuestros resultados coinciden con los de Segado Jiménez et al⁶ que también afirman que las mujeres que emplearon analgesia epidural tuvieron más partos instrumentados que las que no la emplearon (15,2% vs 10%). Resulta complejo estudiar esta variable (recibir analgesia epidural) en un proceso complicado como es el parto, en el que muchas otras variables pueden influir.

El mayor número de partos instrumentados en las mujeres que recibieron analgesia epidural podría ser el resultado de la variedad en las diferentes prácticas y preferencias de los obstetras por lo que la práctica obstétrica se convierte, sin duda, en un factor altamente condicionante⁶.

Nuestro estudio revela que las gestantes primíparas utilizan con mayor frecuencia analgesia epidural que las multíparas (49,1% vs 24,7%). Estos resultados coinciden con los de Segado Jiménez et al⁶ donde las mujeres primíparas también emplearon con mayor frecuencia analgesia epidural que las multíparas (58% vs 42%). Esto puede deberse a que las primíparas tienen generalmente una dilatación más lenta y tienden a acudir al hospital de forma más temprana, mientras que las multíparas suelen tener un parto más rápido o llegar al hospital con una dilatación más avanzada, por lo que este es un aspecto a tener en cuenta a la hora de valorar el uso de la analgesia.

La principal limitación de nuestro estudio es la reducida población inmigrante analizada, que provoca que la gran desproporción existente entre algunos grupos nos obligue a tomar con precaución los resultados obtenidos⁶. También podemos admitir que el uso de la variable "origen materno" no parece el más adecuado por su naturaleza estática y poco sensible a las diferencias¹². Otro aspecto que hay que tener en cuenta es la falta de recogida de determinadas variables asociadas al parto y a las características maternas que pueden tener una importante influencia en los resultados, como nivel socioeconómico, patología gestacional, tiempo de expulsivo, grado de estudios y ciertos comportamientos de salud tales como tabaquismo, alcoholismo y hábitos dietéticos¹⁷.

CONCLUSIÓN

Podemos concluir que la edad materna avanzada no se asocia en nuestro medio a una mayor tasa de cesáreas y partos instrumentados, que las gestantes primíparas y las autóctonas utilizan con mayor frecuencia analgesia epidural que las mujeres multíparas e inmigrantes y que la analgesia epidural provoca una mayor tasa de cesáreas y partos instrumentados. También hemos podido observar una mayor tasa de cesáreas, partos instrumentados y partos pretérmino en las gestantes autóctonas que en las inmigrantes.

Sería interesante la realización de nuevos estudios donde se recogieran algunas variables que nos parecen relevantes, como el tiempo de expulsivo o la patología gestacional.

En base a nuestros resultados podemos concluir que todas no somos iguales. Existen multitud de diferencias culturales entre las mujeres de cada una de las nacionalidades estudiadas que influyen en la manera de usar la analgesia y entender el parto. También la edad materna y el ser multípara o primípara es un aspecto que puede afectar al proceso y finalización del parto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabeza PJ, Calvo A, Betrán AP, Mas MM, Febles MM, Alcácer PX, et al. Clasificación de cesáreas por Grupos de Robson en dos periodos comparativos en el Hospital de Manacor. *Prog Obstet Ginecol.* 2010; 53(10): 385-390.
2. Corona AA, Higueras MT, Cabero L. Complicaciones maternas a corto plazo en pacientes con cesárea. *Prog Obstet Ginecol.* 2008; 51(12): 703-8.
3. Redondo A, Sáez M, Oliva P, Soler M, Arias A. Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles. *Gac Sanit.* 2013; 27(3): 258-262.
4. Marquez-Calderon S, Ruiz-Ramos M, Juárez S, Librero J. Frecuencia de la cesárea en Andalucía. Relación con factores sociales, clínicos y de los Servicios sanitarios (2007-2009). *Rev Esp Salud Pública.* 2011; 85(2): 205-215.
5. Biedma L, García JM, Serrano R. Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: "la buena sufridora". *Rev Soc Esp Dolor.* 2010; 17(1): 3-15.
6. Segado MI, Arias J, Dominguez F, Casas ML, Lopez A, Izquierdo C. Analgesia epidural en obstetricia: ¿cómo afecta al desarrollo y finalización del parto?. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2011; 58: 11-16.

7. Santos JC, Ruano A, Beltrán PJ, Álvarez C, Cosculluela M. Efecto de la analgesia epidural sobre la duración y tipo de parto. Clin Invest Gin Obst. 2004; 31(2): 36-43.
8. Duarte G, Navarro-Vargas JR, Eslava-Schmalbach J. Inequidad en el sistema de salud: el panorama de la analgesia obstétrica. Rev Colomb Anestesiol. 2013; 41(3): 215-217.
9. Heras B, Gobernado J, Mora P, Almaraz A. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. Prog Obstet Ginecol. 2011; 54(11): 575-580.
10. Luque MA. Evolución del riesgo de mortalidad fetal tardía, prematuridad y bajo peso al nacer, asociado a la edad materna avanzada, en España (1996-2005). Gac Sanit. 2008; 22(5): 396-403.
11. Domingo M, Figaró C, Loverdos I, Costa J, Badia J. Gestante inmigrante y morbilidad neonatal. An Pediatr (Barc). 2008; 68(6): 596-601.
12. García-García J, Pardo-Serrano C, Hernandez-Martínez A, Lorenzo-Díaz M, Gil-Gonzalez D. Diferencias obstétricas y neonatales entre mujeres autóctonas e inmigrantes. Prog Obstet Ginecol. 2008; 51(2): 53-62.
13. Pérez S, Muñoz N, Robledo A, Sánchez Y, Pallás CR, De la Cruz J. Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos. An Pediatr (Barc). 2004; 60(1): 3-8.

14. Sánchez-Fernández Y, Muñoz-Ávalos N, Pérez-Cuadrado S, Robledo-Sánchez A, Pallás-Alonso CR, De la Cruz-Bértolo J, et al. Mujeres inmigrantes: características del control prenatal y del parto. *Prog Obstet Ginecol.* 2003; 46(10): 441-7.
15. Jimenez-Muro A, Samper MP, Marqueta A, Rodríguez G, Nerín I. Prevalencia de tabaquismo y exposición al humo ambiental de tabaco en las mujeres embarazadas: diferencias entre españolas e inmigrantes. *Gac Sanit.* 2012; 26(2): 138-144.
16. Pascual A, Hernández-Martínez A, Pérez-Ortega A, García-Serrano I, Moreno-Cid M, Cherek M. Manejo expectante del periodo expulsivo frente a actitud activa en gestantes usuarias de analgesia epidural. *Prog Obstet Ginecol.* 2005; 48(8): 379-87.
17. Martín I, López MA, Lozano J, Mur A. Resultados perinatales de las gestantes inmigrantes. *An Pediatr (Barc).* 2006; 64(6): 550-6.

ANEXO 1

Influencia de la edad y el origen materno en primíparas con la paridad.

	< 35 años		≥ 35 años	
	N	%	N	%
Autóctonas	305	55,6	131	31
Inmigrantes	131	23,9	131	31

ANEXO 2

Influencia de la paridad y la edad materna en primíparas con la tasa de cesáreas y partos instrumentados.

	< 35 años		≥ 35 años	
	N	%	N	%
Cesáreas	67	12,2	30	5,5
Partos instrumentados	98	17,8	28	5,1