

Factores asociados a los desenlaces materno-perinatales de la población obstétrica  
atendida en una institución de tercer nivel de complejidad del departamento de Caldas,  
Colombia, durante el 2021.

Angelica María Quintero Montaña  
Asp. Especialización Ginecología y Obstetricia  
Asp. Especialización en Epidemiología

Juan David Restrepo Mejía  
Asp. Especialización Ginecología y Obstetricia  
Asp. Especialización en Epidemiología

Asesora  
Mónica Hoyos Londoño  
Enfermera  
Especialista en epidemiología  
Docente Universidad de Caldas

Universidad De Caldas  
Facultad De Ciencias Para La Salud  
Especialización en Epidemiología  
Manizales

2022

Factores asociados a los desenlaces materno-perinatales de la población  
obstétrica atendida en una institución de tercer nivel de complejidad del  
departamento de Caldas, Colombia, durante el 2021.

Autores

Angelica María Quintero Montaña

Asp. Especialización Ginecología y Obstetricia

Asp. Especialización en Epidemiología

Juan David Restrepo Mejía

Asp. Especialización Ginecología y Obstetricia

Asp. Especialización en Epidemiología

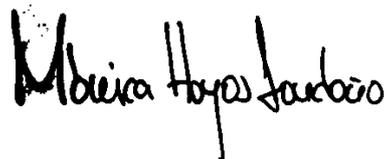
Directora

Mónica Hoyos Londoño

Enfermera

Especialista en Epidemiología

Docente Universidad de Caldas

A handwritten signature in black ink, reading "Mónica Hoyos Londoño". The signature is written in a cursive style with a large initial 'M'.

## Tabla de Contenido

<b>Resumen</b> .....	<b>1</b>
Palabras clave .....	2
<b>Introducción</b> .....	<b>3</b>
<b>Antecedentes y Planteamiento del Problema</b> .....	<b>5</b>
<b>Pregunta de Investigación</b> .....	<b>9</b>
<b>Objetivo General</b> .....	<b>9</b>
<b>Objetivos Específicos</b> .....	<b>9</b>
<b>Metodología</b> .....	<b>11</b>
<b>Tipo de Estudio</b> .....	<b>11</b>
<b>Población de Estudio y Muestra</b> .....	<b>11</b>
Criterios de inclusión: .....	11
Criterios de exclusión:.....	11
<b>Proceso Metodológico</b> .....	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
<b>Análisis Estadístico</b> .....	<b>13</b>
<b>Resultados</b> .....	<b>15</b>
<b>Análisis Descriptivo</b> .....	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
<b>Tabla 1: Variables Sociodemográficas</b> .....	<b>16</b>
<b>Tabla 2: Variables Clínicas</b> .....	<b>18</b>

**Análisis Bivariado..... ¡Error! Marcador no definido.**

***Tabla 3: Complicaciones Obstétricas ..... 21***

***Tabla 4: Complicaciones Neonatales Tempranas..... 23***

***Tabla 5: Riesgo de la población migrante sobre desenlaces materno-perinatales..... 25***

***Discusión ..... 26***

***Conclusiones..... 32***

***Bibliografía..... ¡Error! Marcador no definido.***

## Resumen

La salud materna comprende diferentes aspectos de la salud de la mujer desde la etapa preconcepcional hasta el posparto y es considerada como un aspecto de gran importancia en la salud pública de cualquier país. Durante esta etapa pueden aparecer diversas enfermedades que comprometen la salud de la madre y su hijo e incluso pueden concluir en desenlaces fatales. Hay diversos determinantes biológicos, económicos, demográficos y sociales relacionados con la atención en salud y que tienen un impacto en la aparición de morbilidad materna y morbilidad materna extrema (1). Uno de los fenómenos descritos a nivel social es la migración y este puede tener un comportamiento diferente entre territorios incluso de una misma nación (2).

En la actualidad, se considera que Colombia es el país que más migrantes venezolanos alberga a nivel mundial (3,4) y esta situación por supuesto ha tenido un impacto en el comportamiento de algunos eventos en salud pública como los que se asocian a la salud materna y perinatal (5–8), por lo cual es importante conocer los desenlaces materno-perinatales de las mujeres migrantes pues permitirá proyectar intervenciones en salud pública encaminadas a mejorar la atención en salud.

Este estudio es observacional y analítico de cohortes retrospectiva. Incluye dos cohortes de mujeres gestantes venezolanas y colombianas con características similares, atendidas en una institución en Caldas, Colombia, durante 2021. Se seleccionaron 363 historias clínicas que cumplieron los criterios de inclusión; el análisis estadístico se realizó mediante el software SPSS. Se observó que, en su mayoría (93.4%), las mujeres con nacionalidad venezolana no cuentan con ningún tipo de afiliación al régimen de seguridad social en salud (vinculadas) y que por el contrario en el grupo de mujeres de nacionalidad colombiana esta proporción es menor, pues sólo el 2.2% no cuentan con seguridad social.

En cuanto al estado nutricional, número de controles prenatales, esquema de vacunación COVID, infección por VIH, sífilis y toxoplasmosis no se observó asociación estadísticamente

significativa entre estos eventos y la nacionalidad; de la misma manera no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la nacionalidad y la vía de terminación del parto.

El 24.3% de las pacientes de nacionalidad venezolana presentó diagnóstico de anemia; por el contrario, se identificó anemia en el 6.6% mujeres del grupo de nacionalidad colombiana, encontrando asociación entre la nacionalidad y el diagnóstico de anemia ( $p=0,000$ ), el RR es de 3,68 (IC 95% 2,015 – 6,747), considerándose la nacionalidad como un factor de riesgo para desarrollar anemia.

Se encontró asociación entre la nacionalidad y la aparición de diabetes gestacional, con un RR de 0.35 (IC 95% 0,143 – 0,880), lo que nos indica que la probabilidad de desarrollar diabetes gestacional en la población migrante venezolana es 0.35 veces la de las colombianas (la nacionalidad se comporta como factor protector para esta variable).

El estudio sugiere que los resultados maternos-perinatales adversos no son más frecuentes entre las mujeres migrantes venezolanas en una institución de tercer nivel de complejidad en Caldas, Colombia en 2021. La "paradoja de los inmigrantes" puede explicar esto. La nacionalidad no afectó los resultados obstétricos, excepto por las tasas más altas de prematuridad en los recién nacidos colombianos, que también requirieron más atención neonatal. La migración parecía proteger contra la prematuridad, la diabetes y el hipotiroidismo.

***Palabras clave:*** morbilidad materna, migración, morbilidad perinatal, salud pública

## Introducción

Desde el año 2000 las naciones unidas publican un informe cada 2 años relacionado con la migración (informe sobre las Migraciones en el Mundo WMR, por sus siglas en inglés), cuyo principal objetivo es estimular una mayor comprensión de la situación de migración en el mundo (9).

La definición de persona migrante internacional según la organización de naciones unidas ONU, es: “una persona que vive en un país que no es su país de nacimiento”. Aunque la gran mayoría de personas aún siguen viviendo en su sitio de nacimiento, según dicho informe hasta el año 2020 existen 281 millones de migrantes internacionales, una cifra equivalente al 3,6% de la población mundial. De los cuales 135 millones de migrantes internacionales son de sexo femenino correspondiente al 3,5% de la población femenina mundial (10).

En Colombia según información del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para el año 2020 hay 2,26 millones de personas migrantes venezolanas, de las cuales el 50,2 % corresponde a mujeres (3)

Para el año 2021 en Colombia el número de nacidos vivos de mujeres con residencia habitual en el extranjero es de 8.820. En el departamento de Caldas, el número de nacidos vivos de mujeres migrantes tuvo un incremento sostenido y sustancial hasta el año 2020, pasando de 1 nacimiento en el año 2018 a 376 nacimientos en 2021 (11).

Según el sistema integrado de información de la protección social (SISPRO), el número de personas extranjeras afiliadas al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) en

Colombia actualmente es de 957.352, lo cual corresponde a menos del 50% de cobertura de la población migrante venezolana (11).

Conocer los desenlaces materno-perinatales de las mujeres migrantes internacionales permitirá diseñar intervenciones en salud pública que vayan encaminadas a mejorar la atención en salud, no solo de las pacientes en situación de migración internacional sino de aquellas que presentan migración interna en Colombia.

## **Antecedentes y Planteamiento del Problema**

La Organización de Naciones Unidas (ONU) define a las personas migrantes internacionales como aquellas que residen en un país distinto al de su lugar de nacimiento. Aunque la mayoría de las personas aún viven en sus lugares de origen, se estima que hasta el año 2020, había alrededor de 281 millones de migrantes internacionales, lo que representa el 3,6% de la población mundial. De ellos, aproximadamente 35 millones son mujeres, lo que equivale al 3,5% de la población femenina global.(10).

El informe Tendencias Globales del alto comisionado de las Naciones Unidas para los refugiados, advierte que la población migrante venezolana representa la segunda población más grande del mundo en esta condición y que Colombia es el segundo país que acoge más personas desplazadas después de Turquía(4).

En Colombia según la Gran Encuesta Integrada de Hogares, entre 2014 y 2020 se ha registrado un crecimiento sostenido del total de migrantes de Venezuela, con el mayor crecimiento entre 2017 y 2018, donde la variación fue de 167.5%. Según información del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para el año 2020 el total de migrantes de Venezuela alcanzó 2,26 millones de personas, las cuales se concentran en edades inferiores a 55 años, con la mayor proporción en el grupo de edad entre 25 y 54 años (41.1%) (3).

Se ha informado que la brecha en los diferentes aspectos socioeconómicos entre la población migrante y no migrante es bastante marcada dadas las barreras particulares e institucionales de la población migrante y que limitan su participación en el mercado laboral, se reportan tasas de desempleo mayores cuando se compara con la población no migrante lo cual disminuye considerablemente sus ingresos económicos (3).

Con respecto a la distribución en el tiempo según sexo, entre 2014 y 2020 las mujeres han representado en promedio el 49.7% de esta población, con ligeras variaciones entre los distintos años y con un máximo de representación en el año 2016, donde se presentó una proporción de 51.6% (3). Para el año 2020, se reportó una proporción del 50.2%, y en términos generales, se puede considerar que las condiciones para la población migrante femenina tienden a estar enmarcadas en condiciones de desigualdad que ponen en riesgo su bienestar físico y emocional; reflejo de ello, se encuentra una población con menores tasas de ocupación, mayores tasas de desempleo, menor participación laboral, menores ingresos y con mayor riesgo de ser víctimas de xenofobia en diferentes contextos, especialmente para el acceso a servicios de salud, de acuerdo con los hallazgos del programa Cosas de Mujeres de Ladysmith (12).

En el año 2021, se registraron 8.820 nacimientos de mujeres que residían habitualmente en el extranjero en Colombia. Es importante destacar que el número de nacidos vivos de mujeres migrantes en Caldas ha experimentado un aumento significativo y constante hasta el año 2020. En el año 2018, solo se registró un nacimiento de una mujer migrante en el departamento, mientras que en 2021 se registraron 376 nacimientos.(3).

De acuerdo con los registros del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), hay actualmente 957.352 personas de nacionalidad extranjera afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). No obstante, es importante destacar que esta cifra representa menos del 50% de la población migrante venezolana que se encuentra en el país(3).

La Mortalidad Materna como evento trazador de calidad de la atención obstétrica y su análisis, permite realizar intervenciones para evitar este evento; no obstante, al año 2015 muy pocos

países lograron cumplir las metas establecidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, especialmente el objetivo 5 - mejorar la salud materna -, y hoy se observa que la tasa de mortalidad materna es bastante heterogénea, desde 1 caso por 100,000 nacidos vivos en países desarrollados hasta más de 100 casos por cada 100,000 nacidos vivos en países en vía de desarrollo. Por esta razón se requieren estrategias complementarias como la vigilancia de la morbilidad materna extrema para avanzar hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible planteados para el año 2030 en lo correspondiente a la reducción de la mortalidad materna (13).

Numerosas investigaciones internacionales ponen en evidencia la condición de vulnerabilidad de la población migrante que da origen a una problemática social y sanitaria compleja, con fuertes desafíos para los servicios de salud. En países como Italia se ha demostrado que el riesgo de parto prematuro en los inmigrantes es significativamente mayor ( $p= 0,015$ ) y en España se observó que la prevalencia de nacimientos de madre adolescente fue tres a cinco veces mayor en las inmigrantes que en las mujeres españolas. Las mujeres inmigrantes de los países europeos presentan una clara desventaja para todos los resultados considerados: 43% más riesgo de bajo peso al nacer, 24% de parto prematuro, 50% de mortalidad perinatal y 61% de malformaciones congénitas (14).

En Colombia se han desarrollado investigaciones que tienen como objetivo establecer una caracterización adecuada de la población migrante venezolana en período de gestación con el fin de direccionar políticas públicas que puedan mitigar los impactos negativos (5,7,8,13,15,16).

Dentro de la caracterización sociodemográfica, se ha identificado que en más de la mitad de los hogares el ingreso mensual no supera el salario mínimo colombiano (que para 2019 estaba aproximadamente en US\$245), la principal fuente de ingresos de la gestante corresponde a los ingresos del cónyuge o pareja (67,5%), seguido por el trabajo propio (18,3%) y la colaboración

de la familia (11,3%). Sólo al 32,3% le habían otorgado un carné materno para la atención en salud, mientras que dos de cada cinco o menos habían recibido las pruebas prenatales y vacunas necesarias, así: vacuna contra influenza, 44,9%; vacuna contra tétanos, 46,8%; ecografías, 37,3%; exámenes de laboratorio, 38,4%; hemoclasificación, 28,9%; y prueba de tolerancia a la glucosa, 28,0%. En este escenario, la prueba de VIH y sífilis solo fue reportada por el 33,2% y el 31,8%, respectivamente, es decir, se desconocía el riesgo de transmisión materno-infantil de ambas entidades en más del 65,0% de los casos (5,16).

El objetivo de esta investigación fue analizar la situación de vulnerabilidad social y económica en la que se encuentran las mujeres gestantes migrantes venezolanas, dado su estatus migratorio irregular. Aunque se ha observado una tendencia global en cuanto a resultados adversos perinatales y maternos en la población migrante, es importante considerar los factores específicos que puedan influir en el comportamiento migratorio en cada región. Por esta razón, se llevó a cabo un estudio en una institución de tercer nivel de complejidad en el departamento de Caldas, Colombia, durante el 2021, con el propósito de identificar la asociación entre la morbilidad materno perinatal y la situación migratoria en la población obstétrica migrante venezolana (3,4).

## **Pregunta de Investigación**

¿Cuáles son los factores asociados a los desenlaces materno-perinatales de la población obstétrica atendida en una institución de tercer nivel de complejidad del departamento de Caldas, Colombia, durante el 2021?

## **Objetivo General**

Establecer los factores asociados a los desenlaces materno-perinatales de la población obstétrica atendida en una institución de tercer nivel de complejidad del departamento de Caldas, Colombia, durante el 2021.

## **Objetivos Específicos**

- Describir las características sociodemográficas (edad, estado civil, nivel socioeconómico, vinculación SGSSS, nacionalidad, escolaridad) y las características clínicas (Estado nutricional, número de partos, abortos, ectópicos, cesáreas, edad gestacional, método de inducción, vía final del parto, morbilidad obstétrica) de la población a estudio.
- Determinar las complicaciones obstétricas presentadas durante el periodo de estudio (Diabetes gestacional, hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, anemia, hipotiroidismo, hipertiroidismo, Infección tejidos blandos, Corioamnionitis, Hemorragia postparto, muerte materna).
- Determinar los resultados perinatales en la población objeto de estudio. (APGAR a los 5 minutos de vida, Peso del Recién Nacido, Talla del Recién nacido, nacido vivo, reanimación neonatal, hospitalización neonatal).

- Estimar el riesgo según tipo de población sobre los desenlaces materno-perinatales (complicaciones obstétricas, vía del parto, necesidad de reanimación neonatal, prematuridad, hospitalización del neonato, hospitalización en cuidados intensivos obstétricos).
- Comparar la incidencia de los desenlaces materno-perinatales según nacionalidad en la población obstétrica atendida en una institución de tercer nivel de complejidad del departamento de Caldas, Colombia, durante el 2021.

## **Metodología**

### **Tipo de Estudio.**

El presente estudio se planteó de tipo observacional, analítico de cohortes retrospectiva.

### **Población de Estudio.**

La población en estudio estuvo conformada por dos cohortes de igual número de mujeres gestantes de nacionalidad venezolana y colombiana, con similares características sociodemográficas y clínicas que cumplen los criterios de inclusión, atendidas en una institución de tercer nivel de complejidad del departamento de Caldas, Colombia durante el año 2021.

#### ***Criterios de inclusión:***

- Pacientes en estado de embarazo con nacionalidad colombiana y venezolana.
- Haber ingresado a la institución entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del año 2021.

#### ***Criterios de exclusión:***

- No atención del parto en la institución de estudio.
- Distocia de parto diagnosticada extrainstitucional.
- No contar con registro del desenlace perinatal.
- No contar con registro de la nacionalidad.

### **Procedimiento**

Para la conformación de la cohorte expuesta, se seleccionó la totalidad de mujeres gestantes con nacionalidad venezolana; la cohorte no expuesta fue conformada por un grupo de igual número de gestantes de nacionalidad colombiana, con características sociodemográficas y clínicas similares como puede observarse en la tabla 1.

Se realizó la revisión de 483 historias clínicas de mujeres gestantes que fueron atendidas en el servicio de ginecobstetricia del SES Hospital de Caldas durante el año 2021. Se identificaron los casos que cumplieron los criterios de inclusión y se descartaron aquellos con uno o más criterios de exclusión, para finalmente seleccionar 363 historias clínicas (181 pacientes de nacionalidad venezolana y 181 pacientes nacionalidad colombiana).

Para cada uno de los casos se recolectó la información de las variables y se registraron en una base de datos creada en el programa Excel 2023®.

Algunas de las variables incluidas se recodificaron con la finalidad de obtener resultados concisos. El número de controles prenatales, partos, abortos, cesáreas y ectópicos se subclasificaron en 4 grupos (0,1,2,3 o más). La edad gestacional al momento del parto se dicotomizó; en el primer grupo se ubicaron aquellas pacientes que tuvieron parto antes de las 37 semanas y se denominó “pretérmino” y en el segundo las pacientes que tuvieron parto a partir de las 37 semanas y se denominó “a término”. Se creó la variable estado nutricional a partir de las variables talla y peso, con el fin de clasificar a las pacientes de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud de la siguiente manera:

- IMC menor de 18.5, se encuentran dentro del rango de peso insuficiente.
- IMC entre 18.5 y 24.9, se encuentran dentro del rango de peso normal o saludable.
- IMC es entre 25.0 y 29.9, se encuentran dentro del rango de sobrepeso.

- IMC es 30.0 o superior, se encuentran dentro del rango de obesidad.

### **Análisis Estadístico**

Para el análisis estadístico se utilizó el software Statistical Package for the Social Sciences SPSS®, licencia otorgada para la Universidad de Caldas. La descripción de las variables se realizó según su naturaleza: las variables cualitativas mediante frecuencias absolutas y relativas y las variables cuantitativas mediante valores mínimos y máximos, mediana y rango intercuartílico puesto que dichas variables presentaron una distribución no normal (prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov con valor de  $p=0.000$ ).

Para determinar la asociación de variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi Cuadrado y se estableció un valor de  $p$  menor a 0.05 para significancia estadística. Para las variables cuantitativas se utilizó la prueba U de Mann Withney y se estableció un valor de  $p$  menor a 0.05 para significancia estadística.

Se realizó el cálculo de riesgos, donde se incluyeron las variables que en el análisis univariado tenían un valor  $P < 0.05$ . Se cuantificaron RR y sus respectivos intervalos de confianza del 95%, buscando la fuerza de la asociación entre la situación de migración y los desenlaces materno-perinatales.

## **Hipótesis**

### **Hipótesis Nula**

Los resultados materno-perinatales adversos no se presentan con mayor incidencia en la población obstétrica migrante venezolana, atendida en una institución de tercer nivel de complejidad del departamento de Caldas, Colombia durante el año 2021.

### **Hipótesis Alterna**

Los resultados materno-perinatales adversos se presentan con mayor incidencia en la población obstétrica migrante venezolana, atendida en una institución de tercer nivel de complejidad del departamento de Caldas, Colombia durante el año 2021.

## Resultados

El análisis descriptivo de las variables sociodemográficas se muestra en la tabla 1. Se incluyeron 363 pacientes, 181 pacientes de nacionalidad venezolana y 182 pacientes de nacionalidad colombiana. Con respecto al estado civil, se observó que tanto en el grupo de mujeres de nacionalidad venezolana como de nacionalidad colombiana en su mayoría se encontraban solteras o en unión libre, sólo una baja proporción de mujeres de nacionalidad colombiana eran casadas.

En la evaluación del comportamiento de la población con relación al aseguramiento al sistema de seguridad social en salud, se observó que en su mayoría, las mujeres con nacionalidad venezolana se encontraban como vinculadas (93.4%) y sólo una proporción cercana al 7% estaban en el régimen contributivo o subsidiado; por el contrario, en el grupo de mujeres de nacionalidad colombiana se encontró una mayor proporción de afiliadas al régimen contributivo y subsidiado con un 46.2% y 36.3% respectivamente y sólo el 2.2% de ellas estaba registrada como vinculada.

En cuanto al nivel socioeconómico, se observó que la mayor proporción de mujeres gestantes de nacionalidad venezolana se ubicaban en estratos socioeconómicos bajos (35.9% en estrato 1 y 47% en estrato 2); por su parte en la población de mujeres de nacionalidad colombiana la distribución estuvo más concentrada en los estratos socioeconómicos 3 y 4 (42.9% en estrato 3 y 22.5% en estrato 4).

Con relación a la distribución de la población según área de procedencia, se encontró que el 9.9% de las gestantes venezolanas provenían del área rural y en la cohorte de nacionalidad colombiana no se observaron casos provenientes del sector rural.

Se realizó una evaluación del comportamiento de la población con respecto al nivel educativo, llama la atención que en el grupo de mujeres de nacionalidad venezolana sólo el 2.8% logró acceder a educación técnica, sin embargo, no completaron dichos estudios y no se encontró ninguna de las participantes de esta nacionalidad con acceso a estudios superiores. En cuanto al grupo de mujeres colombianas se observó una mayor proporción de mujeres con acceso a educación superior con un 20.3% de estudios profesionales completos y 14.3% técnico completo.

**Tabla 1: Variables Sociodemográficas**

<i>Variables Sociodemográficas</i>						
	Venezolana N=181			Colombiana N= 182		
	N	%	Mediana	N	%	Mediana
Edad			23 (20-28)			27 (22-32)
Estado civil						
Soltera	110	60,8		90	49,5	
Casada	8	4,4		25	13,7	
Unión libre	62	34,3		65	35,7	
Separada	0	0		1	0,5	
Viuda	0	0		1	0,5	
Vinculación SGSS						
Contributivo	8	4,4		84	46,2	
Subsidiado	4	2,2		66	36,3	
Vinculado	169	93,4		4	2,2	
Especial	0	0		24	13,2	
Excepción	0	0		4	2,2	
Nivel socioeconómico						

Estrato 1	65	35,9	7	3,8
Estrato 2	85	47	53	29,1
Estrato 3	13	7,2	78	42,9
Estrato 4	0	0	41	22,5
Estrato 5	0	0	3	1,6
Rural	18	9,9	0	0

SGSS: Sistema General de Seguridad y Salud.  
Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2 se presentan las variables clínicas. Se encontró que en el grupo de mujeres gestantes de nacionalidad venezolana la edad gestacional mínima al momento del parto fue 24 semanas y máxima de 41 semanas y en el grupo de mujeres de nacionalidad colombiana fue 25 y 41 semanas respectivamente. La mediana de la edad gestacional en las gestantes venezolanas fue de 39 semanas (rango intercuartílico: 2), en las gestantes colombianas la mediana fue de 38 semanas (rango intercuartílico: 2).

En cuanto al estado nutricional, número de controles prenatales, esquema de vacunación COVID, infección por VIH, sífilis y toxoplasmosis no se encontró asociación estadísticamente significativa entre estos eventos y la nacionalidad.

En general, se observó que el estado nutricional de las mujeres en ambas cohortes presentó un comportamiento similar, con una mayor proporción de mujeres con sobrepeso y obesidad.

Durante el período de estudio, el 93% de la población gestante atendida en el SES Hospital de Caldas no contaba con ninguna vacuna para SARS COV-2. Sólo el 2.5% de la población incluida en el estudio presentaba una dosis y 4.4% tenía dos dosis. Este hallazgo, podría deberse a que

el inicio del programa de vacunación en Colombia se inició en febrero de 2021 y la aprobación para administración en mujeres en embarazo se dio para el mes de julio del mismo año.

Con relación a la valoración de la presencia de enfermedades infecciosas, no se encontró asociación estadísticamente significativa. Se identificó solo un caso de VIH (0,5%), el cual se reportó en una mujer de nacionalidad colombiana, 7 casos (3,9%) de infección por *Treponema pallidum* en mujeres de nacionalidad venezolana y 5 casos (2,7%) en mujeres de nacionalidad colombiana y 5 casos (2,7%) de Toxoplasmosis gestacional en la población colombiana y 1 caso (2,7%) en la población venezolana.

Con respecto al método de inducción utilizado con mayor frecuencia, se observó que, tanto en el grupo de mujeres de nacionalidad venezolana como de nacionalidad colombiana, la oxitocina fue el método más utilizado (42% y 31.9% respectivamente).

En cuanto a la vía final para la atención del parto elegida por el equipo de ginecobstetricia de la institución, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la nacionalidad y la vía de terminación del parto ( $p=0.527$ ).

**Tabla 2: Variables Clínicas**

<i>Variables Clínicas</i>	Venezolana			Colombiana			
	N=181		Mediana	N= 182		Mediana	
	N	%		N	%		
Estado nutricional (IMC)						$p= 0,189$	
Insuficiente	2	1,1		0	0		
Normal	53	29,3		41	22,5		
Sobrepeso	63	34,8		65	35,7		
Obesidad	63	34,8		76	41,8		
Edad gestacional			39 (2)			38 (2)	
Controles prenatales			5 (4)			6 (3)	

Antecedentes Obstétricos						
Partos	0	97	53,6	122	67	*p=0,011
	1	41	22,7	41	22,5	
	2	24	13,3	13	7,1	
	≥3	19	10,5	6	3,3	
Cesáreas	0	147	81,2	152	83,5	
	1	26	14,4	25	13,7	
	2	6	3,3	5	2,7	
	≥3	2	1,1	0	0	
Abortos	0	156	84	148	81,3	p=0,636
	1	23	12,7	27	14,8	
	2	5	2,8	7	3,8	
	≥3	1	0,6	0	0	
Ectópicos	0	180	99,4	178	97,8	p=0,179
	1	1	0,6	4	2,2	
Enfermedades infecciosas						
VIH	Si	0	0	1	0,5	p=0,318
	No	181	100	181	99,5	
Sífilis	Si	7	3,9	5	2,7	p=0,551
	No	174	96,1	177	97,3	
Toxoplasmosis	Si	1	0,6	5	2,7	p=0,101
	No	180	99,4	177	97,3	
Vacunación COVID 19 (# Dosis)	0	165	91,2	173	95,1	p=0,335
	1	6	3,3	3	1,6	
	2	10	5,5	6	3,3	
Método de inducción trabajo de parto						
			76	58	p=0,083	
Oxitocina			76	58		
Misoprostol			14	29		
Dinoprostona			0	1		
Espontaneo			22	25		
Vía final del parto						
Parto por Cesárea		69	38,1	69	37,9	p= 0,527
Parto vía vaginal		112	61,9	113	62,1	

IMC: Índice de Masa Corporal; VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana; \* Significancia estadística p<0,05  
Fuente: Elaboración propia

El análisis bivariado se presenta en la tabla 3, mostrando inicialmente los resultados obstétricos. Se encontraron 6 casos de pacientes de nacionalidad venezolana y 17 de nacionalidad colombiana con diagnóstico de diabetes gestacional, lo que corresponde al 3.3% y 9.3%

respectivamente, con una asociación estadísticamente significativa entre la nacionalidad y el diagnóstico de diabetes gestacional ( $p=0.018$ ).

Con respecto al diagnóstico de trastornos tiroideos se observó una mayor proporción de mujeres de nacionalidad colombiana con diagnóstico de hipotiroidismo gestacional con un 14.8% vs. un 7.7% en la población de nacionalidad venezolana, con una asociación estadísticamente significativa entre la nacionalidad y el diagnóstico de hipotiroidismo gestacional ( $p=0.033$ ).

En cuanto al diagnóstico de hipertiroidismo, se encuentra sólo un caso reportado en la población de nacionalidad venezolana, lo que corresponde al 0.6% de esta población. Al realizar el análisis estadístico no se encontró significancia de estas variables.

El diagnóstico de anemia se realizó teniendo en cuenta los resultados de los niveles de hemoglobina del primer y tercer trimestre por debajo de 11 g/dl. Se encontró que el 24.3% de las pacientes de nacionalidad venezolana tuvieron diagnóstico de anemia; en el grupo de mujeres de nacionalidad colombiana, por el contrario, se identificó una menor proporción de pacientes afectadas comprometiendo al 6.6% de la población. El análisis estadístico mostró que existe asociación entre la nacionalidad venezolana de las mujeres gestantes y el diagnóstico de anemia ( $p=0.000$ ).

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la nacionalidad venezolana e hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, hemorragia posparto, corioamnionitis o infección del sitio operatorio. No se presentó ninguna muerte materna durante el período de estudio.

**Tabla 3: Complicaciones Obstétricas**

<i>Complicaciones Obstétricas</i>					
	Venezolana		Colombiana		
	N=181		N= 182		
	N	%	N	%	
Diabetes Gestacional					*p=0,018
Si	6	3,3	17	9,3	
No	175	96,7	165	90,7	
Hipotiroidismo					*p=0,033
Si	14	7,7	27	14,8	
No	167	92,3	155	85,2	
Hipertiroidismo					p=0,364
Si	1	0,6	0	0	
No	180	99,4	182	100	
Anemia					*p=0,000
Si	44	24,3	12	6,6	
No	136	75,1	170	93,4	
Hipertensión Gestacional					p= 0,987
Si	16	8,8	16	8,8	
No	165	91,2	166	91,2	
Preeclampsia					p= 0,987
Si	37	20,4	37	20,3	
No	144	79,6	145	79,7	
Eclampsia					p=0,513
Si	1	0,6	2	1,1	
No	180	99,4	180	98,9	
Hemorragia Postparto					p= 0,984
Si	24	13,3	24	13,2	
No	157	86,7	158	86,8	
Corioamnionitis					
Si	4	2,2	3	1,6	
No	177	97,8	179	98,4	
Infección del Sitio Operatorio					p=0,155
Si	2	1,1	0	0	
No	179	98,9	182	100	
Muerte Materna					
Si	0	0	0	0	
No	181	100	182	100	

---

Anemia: Niveles de Hemoglobina  $\leq 11$  g/dl en primer y tercer trimestre de la gestación; \* Significancia estadística  $p < 0,05$

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los resultados neonatales, se identificaron un total de 61 neonatos prematuros de ambas nacionalidades, de los cuales el 12.2% corresponden a hijos de madres venezolanas y el 21.4% de madres colombianas, se encontró asociación estadística entre la nacionalidad y la prematurez ( $p=0.018$ ).

Con respecto a la necesidad de reanimación neonatal básica se identificó que el 7,7% de los recién nacidos hijos de madres venezolanas requirieron maniobras de reanimación neonatal básica vs. el 10.4% de los recién nacidos hijos de madres colombianas. No se observó asociación estadística entre la nacionalidad y los requerimientos de reanimación básica ( $p=0,370$ ). En cuanto a la necesidad de reanimación neonatal avanzada encontramos que el 6% del total de la población de recién nacidos atendidos durante el período de estudio requirió maniobras de reanimación avanzada; de estos, el 2.2% fueron recién nacidos hijos de madres venezolanas y el 3.8% de madres colombianas. No se encuentra asociación estadística entre las dos variables ( $p=0,363$ ).

En relación con la hospitalización en unidad de cuidado intensivo neonatal UCIN se observó que la mayor proporción de neonatos que requieren manejo en unidad de cuidado intensivo neonatal se encontró en los recién nacidos hijos de madres colombianas con un 12.6% vs. 6.6% de los hijos de madres venezolanas, sin embargo, no se identificó asociación estadística entre ambas variables ( $p=0,095$ ).

**Tabla 4: Complicaciones Neonatales Tempranas**

<i>Complicaciones Neonatales Tempranas</i>					
	Venezolana		Colombiana		
	N=181		N= 182		
Depresión Neonatal	N	%	N	%	p= 0,305
Normal	156	86,2	148	81,3	
Moderada	14	7,7	15	8,2	
Severa	11	6,1	19	10,4	
Reanimación Básica					p=0,238
Si	14	7,7	19	10,4	
No	167	92,3	163	89,6	
Reanimación Avanzada					p= 0,274
Si	4	2,2	7	3,8	
No	177	97,8	175	96,2	
Edad gestacional al nacer					*p= 0,013
Prematuro	22	12,2	39	21,4	
A termino	159	87,8	143	78,6	
Peso al nacer					p= 0,118
Bajo peso	18	9,9	31	17	
Peso normal	158	87,3	148	81,3	
Macrosomía	5	2,8	3	1,6	
Hospitalización UCI					p= 0,095
Si	13	7,2	23	12,6	
No	168	92,8	159	87,4	

UCI: Unidad de Cuidado Intensivo; Prematuro (<37 semanas edad gestacional); A termino (>37 semanas); Depresión Neonatal (Normal: APGAR 7-10, Moderada: APGAR 4-6, Severa: APGAR 0-3); Bajo peso <2.500 gramos; Peso normal 2.500-4.000 gramos; Macrosomía: ≥4000; \*Significancia estadística p<0,05

Se cuantificaron RR y sus respectivos intervalos de confianza del 95% y se evaluó el comportamiento de la nacionalidad como posible factor de riesgo para resultados obstétricos y perinatales adversos.

Se encontró asociación entre la nacionalidad y la aparición de diabetes gestacional, con un RR de 0.35 (IC 95% 0,143 – 0,880), lo que nos indica que la probabilidad de desarrollar diabetes gestacional en la población migrante venezolana es 0.35 veces la de las colombianas, lo cual evidencia que la nacionalidad venezolana se comporta como un factor protector.

Con respecto a la asociación entre la nacionalidad y la presencia de hipotiroidismo gestacional, el RR es de 0,521 (IC 95% 0,283 – 0,961), lo que indica que la probabilidad de desarrollar hipotiroidismo en la población migrante venezolana es 0.52 veces la de las colombianas; lo cual muestra que, la nacionalidad venezolana se comporta como un factor protector para trastornos tiroideos.

Para la asociación entre la nacionalidad y el diagnóstico de anemia, el RR es de 3,68 (IC 95% 2,015 – 6,747) lo que nos indica que la probabilidad de tener anemia en el grupo de mujeres migrantes venezolanas es 3,68 veces la de las mujeres de nacionalidad colombiana, considerándose la nacionalidad venezolana como un factor de riesgo para desarrollar anemia.

En cuanto al diagnóstico de prematuridad, se encontró un RR de 0.567 (IC 95% 0,351 – 0,917), lo que nos indica que la probabilidad de tener un neonato pretérmino en la población migrante venezolana es 0.56 veces la de las colombianas; lo cual evidencia que la condición de migrante se comporta como un factor protector para la prematurez.

**Tabla 5: Riesgo de la población migrante sobre desenlaces materno-perinatales**

*Riesgo de la Población Migrante Sobre Desenlaces Materno perinatales*

		Venezolana		Colombiana		
		N=181		N= 182		
<b>Diabetes Gestacional</b>						
	Si	6	3,3	17	9,3	RR: 0,35 IC (0,143-0,880)
	No	175	96,7	165	90,7	
<b>Hipotiroidismo</b>						
	Si	14	7,7	27	14,8	RR: 0,56 IC (0,283-0,961)
	No	167	92,3	155	85,2	
<b>Anemia</b>						
	Si	44	24,3	12	6,6	RR: 3,68 IC (2,015-6,747)
	No	136	75,1	170	93,4	
<b>Edad gestacional al nacer</b>						
	Prematuro	22	12,2	39	21,4	RR: 0,567 IC (0,351-0,917)
	A termino	159	87,8	143	78,6	

RR: Riesgo Relativo

Fuente: Elaboración propia

## Discusión

La situación de los refugiados representa uno de los mayores desafíos humanitarios de la actualidad, y sus consecuencias pueden tener un impacto devastador en la salud, especialmente en grupos vulnerables como los neonatos y las mujeres embarazadas (17–19). Es fundamental entender los efectos en la salud de los refugiados para poder enfocar las políticas y las intervenciones necesarias para ayudarles. Las relaciones entre la migración, el embarazo y la salud son complejas. Sin embargo, en otros casos, el embarazo puede ser la razón por la cual se busca una migración en busca de atención médica adecuada, especialmente en países con escasez de alimentos y medicamentos, como en el caso de Venezuela en la frontera. Las mujeres migrantes embarazadas, especialmente aquellas que son irregulares, se enfrentan a riesgos psicosociales y ambientales durante su proceso de viaje y llegada, además de llevar consigo los riesgos relevantes de sus lugares de origen. Por lo tanto, enfrentan diversos y nuevos riesgos para su salud en el lugar de destino.

Según varias publicaciones (3,4,12) una gran cantidad de migrantes venezolanos han sufrido desnutrición, enfermedades infecciosas y falta de acceso a atención médica. Estos desafíos están relacionados con la necesidad de satisfacer necesidades básicas (como vivienda, alimentación y vestimenta) y encontrar empleo, servicios de salud y educación para los niños, todo lo cual se ve agravado por el estrés y la ansiedad que generan la incertidumbre sobre su estatus y futuro. Dichas situaciones pueden tener consecuencias significativas para la salud de los adultos y los niños refugiados, pero podrían ser especialmente críticos para la salud materna durante el embarazo y el crecimiento fetal, así como para la salud infantil, debido a la sensibilidad del período prenatal a los déficits nutricionales, el estrés y las enfermedades (20).

El objetivo principal del presente estudio fue establecer los factores asociados a los desenlaces materno-perinatales de la población obstétrica atendida en una institución de tercer nivel de complejidad del departamento de Caldas, Colombia. Este estudio se realizó tras la elaboración de análisis estadísticos uni y bivariados los cuales se describieron previamente y que incluyen población nacional y población en situación de migración.

Diversas publicaciones nacionales e internacionales han planteado que la asociación entre migración y eventos materno-perinatales adversos es estadísticamente significativa y que por lo tanto las mujeres en situación de migración presentan una mayor proporción de morbilidad materno perinatal (5,6,12,20–23).

El estudio de Garnica-Rosas et al. (2021), menciona que el estatus migratorio puede constituir un factor de riesgo independiente para algunos resultados adversos maternos y neonatales, como el bajo peso al nacer y un bajo puntaje de Apgar al minuto y a los 5 minutos; además, sugieren que esta asociación podría estar relacionada con la baja prevalencia de controles prenatales encontrada en el grupo de mujeres venezolanas, lo cual impide un monitoreo adecuado de la ganancia de peso durante el embarazo, la detección temprana de restricción intrauterina y la planificación de intervenciones individuales y oportunas para mitigar estos eventos (22); por el contrario, en esta investigación al examinar si existe una relación entre el estatus migratorio y el puntaje de Apgar a los 5 minutos después del parto, se encontró que los neonatos nacidos de mujeres de nacionalidad colombiana tenían una proporción mayor de puntajes de Apgar anormales a los 5 minutos en comparación con aquellas de nacionalidad venezolana; la incidencia de depresión severa fue del 10.4% en comparación con el 6.1% respectivamente, mientras que la incidencia de depresión moderada fue del 8.2% en el grupo colombiano y del 7.7% en los hijos de madres venezolanas, aunque no se encontró una asociación significativa entre estas variables.

El estudio de Vega y colaboradores examina la asociación entre el estatus migratorio y el bajo peso al nacer en la población migrante venezolana. Los resultados de su estudio sugieren que la probabilidad de bajo peso al nacer en los recién nacidos de madres que no recibieron controles prenatales es un 82,7% mayor que la de los hijos de madres que recibieron cuatro controles prenatales o más, esto reafirma la importancia de los controles prenatales en la prevención del bajo peso al nacer (OR=4,0; IC 95% 1,5 – 10,4) (6). En contraste, en el presente estudio se observó que la mediana de controles prenatales es similar entre mujeres de ambas nacionalidades (5 controles prenatales en mujeres de nacionalidad venezolana y 6 en mujeres de nacionalidad colombiana); sin embargo, es llamativo que a pesar de no haber diferencias significativas en el número de controles prenatales entre ambas poblaciones, y considerando que el número de controles realizados supera el mínimo recomendado de 4, la proporción de neonatos con bajo peso al nacer es mayor en el grupo de mujeres de nacionalidad colombiana. Esta tendencia ha sido explorada en otras publicaciones, como el estudio realizado por Sow y colaboradores donde encontraron un mayor riesgo de bajo peso al nacer entre las mujeres Belgas cuando se compararon con población migrante de África Sub Sahariana y Turquía. (24). Los datos de aseguramiento, tal como se presentan en el estudio de Guarnizo Herreño y colaboradores (18), (poner el dato de ellos), resultados similares a los que se evidencian en esta investigación, en la cual se encontró que el 93.4% de las mujeres de nacionalidad venezolana están vinculadas al sistema de salud. En el grupo de mujeres de nacionalidad colombiana, se halló una mayor proporción de gestantes afiliadas al régimen contributivo y subsidiado con un 46.2% y 36.3% respectivamente y sólo el 2.2% de la población se encontró como vinculado. Posiblemente la vinculación de la población migrante venezolana al sistema de salud colombiano es uno de los factores que ha permitido encontrar mejores resultados maternos y perinatales como los observados en este estudio.

Además de las limitaciones inherentes al fenómeno de migración y su impacto en la salud materno-fetal, es necesario considerar las implicaciones de la pandemia por COVID-19. En esta investigación se analizó información de la población gestante atendida en el año 2021, y tal como lo reflejan diversos estudios internacionales, la pandemia ha tenido un impacto significativo en la salud materna y fetal (25–27), durante la pandemia de COVID-19 se han observado cambios en los servicios de atención materna, como la reducción de hasta un 70% en el número de citas de atención prenatal en algunas poblaciones estudiadas, lo que ha afectado el monitoreo de la presión arterial y la realización de pruebas de laboratorio para el diagnóstico de patologías gestacionales, como los trastornos hipertensivos, anemia o diabetes gestacional (28). En este estudio no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la nacionalidad venezolana y la hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, hemorragia posparto, corioamnionitis o infección del sitio operatorio, lo cual se encuentra en el mismo sentido de los resultados obtenidos por Hernández M et al.

Respecto a la posible asociación entre la nacionalidad y la aparición de complicaciones obstétricas como la anemia, cabe mencionar que tradicionalmente este diagnóstico se ha relacionado con poblaciones que experimentan carencias nutricionales o falta de acceso a los sistemas de salud. En un estudio de evaluación de la salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano, Niño y colaboradores (2019) encontraron una prevalencia del 51,3% de anemia en la población de estudio (6). La estimación encontrada en la investigación citada es superior a la hallada en nuestro estudio (24,3%), no obstante, en esta investigación se logró demostrar asociación significativa ( $p=0,000$ ) entre la nacionalidad venezolana y la presencia de anemia, comportándose la nacionalidad como un factor de riesgo para dicha patología (RR: 3,68 IC 2,015-6,747).

En cuanto a la asociación encontrada entre hipotiroidismo gestacional, diabetes gestacional, prematuridad y la nacionalidad colombiana, es importante tener en cuenta que estos resultados podrían deberse a dos factores: en primer lugar, la disminución en el número de controles prenatales asociada a la pandemia por COVID-19, tal como se ha descrito anteriormente y en segundo lugar, existe el fenómeno conocido como "la paradoja del inmigrante", según la cual las mujeres inmigrantes suelen presentar mejores resultados perinatales que las mujeres del país de origen, a pesar de su bajo nivel socioeconómico (21,29).

En el año 2022, García Arias y Castro Torres publicaron un estudio binacional con el objetivo de evaluar el impacto en la salud durante la crisis migratoria. Su enfoque se centró en la tasa de mortalidad infantil de la población migrante colombiana y venezolana. Los resultados indicaron que la población migrante presentó mejores resultados en salud en comparación con los no migrantes. Como conclusión, los autores sugirieron que la migración podría considerarse una estrategia de supervivencia para reducir los efectos negativos de la crisis en sus países de origen (21).

La accesibilidad a servicios de salud parece ser un factor clave en los mejores resultados en salud de la población migrante. Durante una crisis migratoria, las políticas públicas de un país receptor se enfocan en mitigar los efectos negativos en poblaciones especiales, como los recién nacidos y sus madres. En Colombia, se han implementado iniciativas como la regularización de la residencia de los nacidos en Venezuela, la creación de un estatuto de protección temporal para migrantes venezolanos y la naturalización de hijos de venezolanos (8).

Nuestros hallazgos concuerdan en gran medida con algunos estudios previos en los que no se encontraron diferencias o se observó un efecto positivo en la salud perinatal de la población migrante. Por ejemplo, Acevedo García y colaboradores examinaron si el estatus migratorio y la

baja escolaridad materna tienen un efecto protector sobre el bajo peso al nacer en los subgrupos hispanos o latinos en Estados Unidos. Los hallazgos indicaron que los hijos de madres migrantes y con baja escolaridad tienen una menor probabilidad de bajo peso al nacer, con una reducción de riesgo del 21%. Sus resultados son más significativos en el grupo de migrantes mexicanos que en otras nacionalidades de Centro y Sudamérica. Los autores proponen la "paradoja de la salud" como una posible explicación para estos hallazgos (29). Como se había mencionado previamente en el presente estudio se encontró una proporción mayor de bajo peso al nacer en recién nacidos hijos de madres colombianas en comparación con recién nacidos hijos de madres venezolanas, con un 17% frente al 9,9% respectivamente, lo que nos acerca más a pensar en "la paradoja del inmigrante" y nos puede hacer reflexionar sobre las políticas públicas y el fortalecimiento de la atención en salud hacia la migración. Aunque no se presentó ninguna muerte materna durante el período de estudio, es importante tener en cuenta que los resultados podrían estar relacionados con algunas limitaciones del estudio debido al hecho de que se realizó en una sola institución de salud, lo que pudo haber dado lugar a sesgos de selección.

Esta investigación tiene ciertas limitaciones típicas de los estudios retrospectivos, tales como la calidad de los datos que se basan en registros de historias clínicas. Además, al ser un estudio realizado en un solo centro de atención médica en Manizales, Caldas, los resultados obtenidos no pueden ser generalizados a toda la población gestante en diferentes poblaciones o entornos, debido a las diferencias en los métodos de recolección de datos o las características de las participantes.

Este estudio tiene un gran valor académico ya que no existe en la actualidad ningún otro estudio local que permita caracterizar a la población migrante venezolana y, de forma indirecta, evaluar la eficacia de las políticas públicas implementadas para mitigar los efectos negativos de la migración.

## Conclusiones

- No es posible rechazar la hipótesis nula, por lo tanto, se concluye que los resultados materno-perinatales adversos no se presentan con mayor incidencia en la población obstétrica migrante venezolana, atendida en una institución de tercer nivel de complejidad del departamento de Caldas, Colombia durante el año 2021, fenómeno que podría ser explicado por investigaciones previas que describen “la paradoja del inmigrante”
- Las gestantes venezolanas se encuentran en su mayoría solteras o en unión libre, de bajo nivel socioeconómico y sin afiliación al sistema de salud. Por el contrario, las mujeres colombianas embarazadas eran en mayor proporción casadas, de nivel socioeconómico medio y afiliadas al sistema de salud.
- La mayoría de las gestantes venezolanas alcanzan como mayor nivel educativo bachillerato (completo o incompleto), contrastando con las colombianas que alcanzan niveles educativos técnicos y profesionales.
- No hay diferencias relevantes entre las gestantes colombianas y venezolanas respecto a la mayoría de las variables clínicas (Estado nutricional, enfermedades infecciosas, vía final del parto y método de inducción del trabajo de parto).
- El diagnóstico de diabetes y el hipotiroidismo gestacionales están significativamente asociados con la nacionalidad, siendo más comunes en mujeres colombianas que en mujeres venezolanas.
- El diagnóstico de anemia se encuentra asociado de manera significativa con la nacionalidad, siendo más común en mujeres venezolanas que en mujeres colombianas.
- La nacionalidad no se encuentra asociada con resultados obstétricos adversos como hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, hemorragia posparto, corioamnionitis o infección del sitio operatorio.

- La nacionalidad de las madres se encuentra asociada con la prematurez neonatal, siendo los recién nacidos de madres colombianas los que presentan una mayor proporción de prematuridad en comparación con los recién nacidos de madres venezolanas.
- Los recién nacidos hijos de madres colombianas requieren en una mayor proporción de reanimación neonatal básica o avanzada y mayor necesidad de hospitalización en la unidad de cuidado intensivo neonatal.
- De este estudio se puede concluir que la condición de migrante se comporta como un factor protector para la prematuridad, diabetes e hipotiroidismo gestacional, lo que podría explicarse por “la paradoja del inmigrante”.
- Las mujeres migrantes venezolanas tienen mayor probabilidad de desarrollar anemia en comparación con las mujeres colombianas, lo que indica que pueden estar en mayor riesgo de deficiencias nutricionales.

### Referencias Bibliográficas

1. Signore C, Davis M, Tingen CM, Cernich AN. The Intersection of Disability and Pregnancy: Risks for Maternal Morbidity and Mortality. *J Womens Health (Larchmt)* [Internet]. 2021 Feb 1;30(2):147–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33216671>
2. de Jong L, Pavlova M, Winters M, Rechel B. A systematic literature review on the use and outcomes of maternal and child healthcare services by undocumented migrants in Europe. *Eur J Public Health* [Internet]. 2017 Dec 1;27(6):990–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29095999>
3. Oviedo Daniel, Valencia Ricardo. Población migrante venezolana en Colombia, un panorama con enfoque de género. [Internet]. 2021. Available from: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/jul-2021-nota-estadistica-poblacion-migrante-venezolana-panorama-con-enfoque-de-genero.pdf>
4. La Agencia de la ONU para los refugiados. Desplazamiento Forzado en 2020 [Internet]. 2020. Available from: <https://www.acnur.org/tendencias-globales>
5. Weigel MM, Armijos RX. Maternal Care and Pregnancy Outcomes of Venezuelan and Colombian Refugees. *J Immigr Minor Health* [Internet]. 2023 Feb 1;25(1):86–95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35666372>
6. Vega-Gutiérrez MM, Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML. [Determinants of birth weight among children of irregular migrant Venezuelan women in Barranquilla and Riohacha]. *Rev Salud Publica (Bogotá)* [Internet]. 2023 Feb 3;22(4):400–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36753238>
7. Vega Gutiérrez MM, Fernández Niño JA, Rojas-Botero ML. Determinantes del peso al nacer en hijos de mujeres venezolanas migrantes irregulares en Barranquilla y Riohacha.

- Revista de Salud Pública [Internet]. 2020 Jul 1;22(4):1–8. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/87572>
8. Guarnizo-Herreño CC, Wehby GL. Health of Infants Born to Venezuelan Refugees in Colombia. *J Immigr Minor Health* [Internet]. 2021 Apr 7;23(2):222–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33550477>
  9. Giraldo V, Sobczyk R, Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML, Bojorquez I. Prenatal care of Venezuelans in Colombia: migrants navigating the healthcare system. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2021;55:49. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34406277>
  10. McAuliffe M y AT (eds. ). INFORME SOBRE LAS MIGRACIONES EN [Internet]. 2021. Available from: [www.iom.int](http://www.iom.int)
  11. Ministerio de Salud. Observatorio Nacional de Migración y Salud (ONMS) [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 13]. Available from: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/onmigracionysalud/Paginas/Observatorio-Nacional-de-Migracion-y-Salud.aspx>
  12. Oviedo Daniel, Valencia Ricardo. Caracterización de la fecundidad en mujeres procedentes de Venezuela con nacidos vivos en Colombia. 2021; Available from: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/informes-estadisticas-sociodemograficas/2021-12-22-caracterizacion-fecundidad-en-mujeres-procedentes-de-venezuela.pdf>
  13. Ortiz EI, Herrera E, de La Torre A. Extreme Maternal Morbidity: a tracer event to improve the quality of obstetric care in Latin America. *Colomb Med (Cali)* [Internet]. 2019 Dec 30;50(4):286–92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32476694>
  14. Raimondi D, Rey CE, Testa MV, Camoia ED, Torreguitar A, Meritano J. Salud perinatal de la población migrante. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría* [Internet]. 2015 [cited 2023 Feb 27];54(2):89–94. Available from:

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-06752015000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752015000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

15. Weigel MM, Armijos RX. Maternal Care and Pregnancy Outcomes of Venezuelan and Colombian Refugees. *J Immigr Minor Health* [Internet]. 2023 Feb 6;25(1):86–95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35666372>
16. Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML, Bojorquez-Chapela I, Giraldo-Gartner V, Aleksandra Sobczyk R, Acosta-Reyes J, et al. Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud*. 2019 Jul 20;51(3):208–19.
17. Bahamondes L, Laporte M, Margatho D, de Amorim HSF, Brasil C, Charles CM, et al. Maternal health among Venezuelan women migrants at the border of Brazil. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09912-x>
18. Guarnizo-Herreño CC, Wehby GL. Health of Infants Born to Venezuelan Refugees in Colombia. *J Immigr Minor Health* [Internet]. 2021 Apr;23(2):222–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33550477>
19. Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML, Bojorquez-Chapela I, Giraldo-Gartner V, Aleksandra Sobczyk R, Acosta-Reyes J, et al. Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud* [Internet]. 2019 Jul 20;51(3):208–19. Available from: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/9685/9759>
20. Gallo Marin B, Amaya A, Medina Perez G, Levine AC, Moretti K, Garbern SC. A Scoping Review of Non-Communicable Diseases and Maternal and Child Health Needs of Venezuelan Migrants in South America. *J Glob Health Rep* [Internet]. 2021 May 15;5:2021. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34113721>

21. Garcia Arias JA, Castro Torres AF. A binational analysis of infant mortality among crisis-driven diasporas and those who remain: a population-based study in Colombia and Venezuela. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2022 Aug;7(8):9523. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35973748>
22. Garnica-Rosas L, Granich-Armenta A, Guerra Y Guerra G, Sánchez-Dominguez M, Lamadrid-Figueroa H. Perinatal Outcomes Among Venezuelan Immigrants in Colombia: A Cross-Sectional Study. *J Immigr Minor Health* [Internet]. 2021 Oct 1;23(5):976–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34363575>
23. Bahamondes L, Laporte M, Margatho D, de Amorim HSF, Brasil C, Charles CM, et al. Maternal health among Venezuelan women migrants at the border of Brazil. *BMC Public Health* [Internet]. 2020 Nov 23;20(1):1771. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33228642>
24. Sow M, Schoenborn C, De Spiegelaere M, Racape J. Influence of time since naturalisation on socioeconomic status and low birth weight among immigrants in Belgium. A population-based study. *PLoS One* [Internet]. 2019;14(8):e0220856. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31415620>
25. Lucas DN, Bamber JH. Pandemics and maternal health: the indirect effects of COVID-19. *Anaesthesia* [Internet]. 2021 Apr;76 Suppl 4(Suppl 4):69–75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33682091>
26. Chisini LA, Castilhos ED de, Costa FDS, D'Avila OP. Impact of the COVID-19 pandemic on prenatal, diabetes and medical appointments in the Brazilian National Health System. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2021;24:e210013. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34076088>
27. Kotlar B, Gerson E, Petrillo S, Langer A, Tiemeier H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reprod Health* [Internet]. 2021 Jan 18;18(1):10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33461593>

28. Moraima H, Ana C, Alejandro R, María G, Carlos C, Tatiana D. Hernández M, et al  
CONSENSO DE TEMA DE ACTUALIDAD RESUMEN. Vol. 32, Bol Venez Infectol.
29. Acevedo-Garcia D, Soobader MJ, Berkman LF. Low birthweight among US Hispanic/Latino  
subgroups: the effect of maternal foreign-born status and education. Soc Sci Med [Internet].  
2007 Dec;65(12):2503–16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17764796>