



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



ORIGINAL

Enfermedades ginecológicas en mujeres inmigrantes; factores de riesgo de las mujeres de origen inmigrante respecto a la población nacional



C. Regata Cuesta

Medicina Familiar y Comunitaria, UdC Girona. Microbiología y parasitología médica, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 5 de noviembre de 2018; aceptado el 30 de mayo de 2019

Disponible en Internet el 2 de octubre de 2019

PALABRAS CLAVE

Enfermedad
ginecológica en
inmigrantes;
Salud reproductiva en
mujeres inmigrantes;
Factores sociales y
culturales en salud

KEYWORDS

Gynaecological
diseases in
immigrants;

Resumen

Introducción: La mujer inmigrante presenta unas características específicas desde el punto de vista sanitario, debido a su procedencia, diferencias culturales y estrato social, que pueden afectar a sus consultas de salud. El ámbito ginecológico y la salud reproductiva son áreas de frecuente consulta en este grupo poblacional.

Objetivo: Describir la enfermedad ginecológica por la que consultan las mujeres inmigrantes y definir posibles factores de riesgo.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal sobre las consultas de salud en la esfera ginecológica de las mujeres de origen inmigrante atendidas en la consulta de atención primaria. Estudio comparativo con una muestra de mujeres de origen nacional.

Resultados: La mayoría de las pacientes inmigrantes del estudio eran de origen magrebí. La consulta de salud más habitual fueron las vaginitis de origen infeccioso. Hasta un 19% presentaban multiparidad (3 o más embarazos). Estos 2 procesos fueron significativamente mayores que en el colectivo de mujeres de origen nacional con quienes se comparó la muestra.

Conclusiones: Las mujeres inmigrantes presentan, en general, una paridad elevada y más infecciones de la esfera ginecológica. Estos factores pueden causar una mayor vulnerabilidad en este colectivo.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Gynaecological diseases in immigrant women; risk factors of women of immigrant origin compared to the national population

Abstract

Introduction: Immigrant women have specific characteristics from the health point of view, due to their origin, cultural differences and social status, which can affect their health

Correo electrónico: Cregatta@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.gine.2019.05.001>

0210-573X/© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Reproductive health
in immigrant women;
Social and cultural
factors in health

consultations. The gynaecological field and reproductive health are areas of frequent consultation by this population group.

Objectives: To describe the gynaecological disorders for which immigrant women consult, and to define possible risk factors.

Material and methods: A descriptive and cross-sectional study was conducted on gynaecological health consultations by women of immigrant origin seen in the primary care clinic. A comparative study was performed with a sample of women of Spanish origin.

Results: The majority of the immigrant patients in the study were of Maghrebi origin. The most common health consultation was vaginitis of infectious origin. Up to 19% were multiparous (3 or more pregnancies) and these 2 processes were significantly greater than in the group of women of national origin in whom the sample was compared.

Conclusions: Immigrant women have a high parity, in general, and have more gynaecological infections. These factors can cause greater vulnerability in this group.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El colectivo de mujeres inmigrantes presenta una vulnerabilidad especial desde el punto de vista sanitario y, en concreto, en el área ginecológica¹.

Por una parte, esto es debido a la múltiple paridad que presentan, al inicio precoz de las relaciones o a las posibles múltiples parejas, así como a la falta de vacunación y seguimiento sanitario que acarrearán desde sus países de origen. Proceden de áreas geográficas en las que, en muchas ocasiones, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son endémicas y el acceso a los servicios sanitarios es casi nulo. Por otro lado, el acceso a la salud es más difícil para ellas en nuestro país, por barreras múltiples (administrativas, desconocimiento del procedimiento, dificultades idiomáticas) y, por otro lado, barreras culturales o religiosas que las convierten en un colectivo social y sanitariamente vulnerable. Por esto es importante hacer un análisis de los motivos de salud más frecuentes por los que consultan en la esfera de la salud reproductiva, las ETS y la enfermedad ginecológica para averiguar sus principales problemas de salud y aplicar las medidas sanitarias, educativas en cuanto a salud reproductiva y de mediación más adecuadas².

El estudio recoge los datos sobre salud reproductiva y enfermedad ginecológica de las mujeres inmigrantes atendidas en el servicio público de salud durante un año para conocer mejor las demandas, las enfermedades que presentan y detectar posibles factores de vulnerabilidad en este colectivo que, a su vez, presenta una alta paridad y que procede de áreas donde, por ejemplo, algunas ETS pueden llegar a ser endémicas^{3,4}.

Sujetos, material y método

Emplazamiento

Cupo MGR de atención primaria del ABS Cassá de la Selva (Gerona).

Diseño

Se trata de un estudio observacional de cohortes. Es un estudio de tipo transversal, con recogida de datos de forma seriada y consecutiva, en una consulta de atención primaria.

Se realiza un estudio comparativo con una muestra similar de pacientes de origen nacional.

Sujetos

Mujeres inmigrantes que consultan por un motivo de salud de la esfera ginecológica. Segunda muestra tomada del mismo contingente de pacientes nacionales (se estudian las mismas variables y se aplican test estadísticos comparativos).

Variables

Se recogen las variables de procedencia, enfermedad por la que consultan y número de pacientes que consultan por dicha entidad, así como si se añaden estresores (diagnóstico de ansiedad o depresión asociado, abuso de sustancias y maltrato en el ámbito doméstico).

Las enfermedades registradas en el estudio fueron:

- Vaginitis/vaginositis
- Enfermedades ginecológicas diversas: por ejemplo, quistes ováricos, pólipos uterinos, nódulos mamarios benignos del tipo fibroadenoma etc.
- Ansiedad/depresión
- Multiparidad
- Esterilidad
- Abortos
- Maltrato
- ETS
- Neoplasias malignas
- Problemas del parto
- Abuso de sustancias
- Mutilación genital

Recogida de datos

Recogida de datos en un documento Excel, de forma anónima y seriada durante un año, en el que se reunió información de la historia clínica y la atención en la consulta de primaria de todas las pacientes de origen inmigrante atendidas en el cupo MGR.

La muestra comprende un total de 260 mujeres atendidas de enero del 2015 a enero del 2016 en el área básica de salud.

Análisis de datos

Realizado a través del empleo del programa SPSS 2.0.0.0 versión 2017.

Se trata de un estudio de corte transversal en el que se recogen de forma seriada los datos de salud ginecológica de todas las mujeres de origen inmigrante, mayores de 18 años, atendidas durante un año consecutivo en el cupo MGR de atención primaria del área básica de salud de Cassà de la Selva (Gerona).

Esquema general del estudio

1. Recogida de datos de las mujeres inmigrantes en consulta.
2. Recogida de datos de las mujeres de origen nacional en consulta.
3. Evaluación de resultados y aplicación de estadística comparativa para inferir posibles diferencias significativas.

Objetivos

A través de este estudio, intentamos describir la enfermedad ginecológica y los factores de salud asociados en el colectivo de mujeres inmigrantes. Se comparan las consultas de salud de este colectivo en el ámbito de la salud reproductiva con un grupo de mujeres nacionales de las mismas características demográficas pero nacidas en el país receptor, para definir con estos datos una actuación médica más específica en la consulta de atención primaria y tener en cuenta factores psicológicos y culturales que puedan influir en la diferente demanda y enfermedades.

Resultados

La mayoría de las mujeres del estudio procedían de Marruecos (77 mujeres, el 30%), seguidas de las procedentes de Sudamérica (71 mujeres, un 27%) y de países del Este de Europa (65, un 25%) (fig. 1).

En cuanto a las enfermedades infecciosas de la esfera ginecológica y las ETS, destaca que consultaron por este motivo un 26% de las pacientes; en 68 (26% de prevalencia en esta muestra) de ellas se diagnosticaron vaginitis (tabla 1) la mayoría de origen candidiásico, aunque también se detectaron casos aislados de vaginosis causada por *Gardnerella vaginalis* (7 pacientes), *Chlamydia* (5 casos), *Actinomyces* (un caso) y otras de origen bacteriano (*Klebsiella*, etc.). En cuanto a las ETS (3%), destacaron los condilomas (en 5 pacientes), la sífilis (2 casos) y el herpes genital

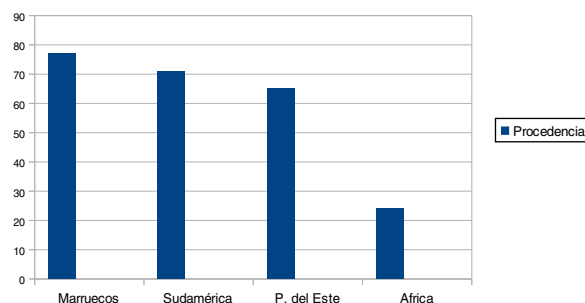


Figura 1 Procedencia de las mujeres de origen inmigrante.

Tabla 1 Vaginitis/vaginosis (mujeres inmigrantes)

Candidiasis	<i>Gardnerella</i>	<i>Chlamydia</i>
52	7	5

Tabla 2 Enfermedades de transmisión sexual (mujeres inmigrantes)

Condilomas	Sífilis	Herpes genital
5	2	2

Tabla 3 Neoplasias (mujeres inmigrantes)

Mama	Útero	Ovario
4	4	1

(2 pacientes) (tabla 2). También se detectó un caso de amebiasis que afectaba a la esfera ginecológica.

Presentaron infecciones de orina de repetición sin hallazgos de enfermedad urinaria en la ecografía 8 pacientes (3%).

Consultaron por diversas enfermedades de la esfera ginecológica 67 mujeres (el 26% de las pacientes); las más comunes fueron bultomas mamarios, quistes ováricos y pólipos uterinos.

Presentaron algún tipo de neoplasia maligna de la esfera ginecológica 9 pacientes (prevalencia del 3% en esta muestra), 4 de mama, uno ovárico, el resto fue uterino (tabla 3).

Consultaron por algún tipo de irregularidad menstrual 28 pacientes (un 11%) y un 20% solicitaron anticoncepción (anticonceptivo oral, DIU).

En cuanto a la salud obstétrica, un 7% presentaron algún tipo de problema intraparto o posparto; en 50 pacientes (19%) se detectó multiparidad (3 o más hijos).

De las pacientes visitadas, un 22% (56 pacientes) presentaron sintomatología del tipo ansioso-depresivo. Es destacable que, de ellas, un 4% (10 pacientes) sufrieron maltrato o violencia de género. De ellas, 4 presentaron abuso de sustancias, sobre todo, alcohol y cannabis (1,5%).

Dos pacientes africanas (1%) presentaban mutilación genital realizada en la infancia en sus países de origen.

Las pacientes de origen marroquí fueron las que más consultas por esterilidad realizaron (21 pacientes).

Hay que tener en cuenta la dificultad idiomática de muchas de ellas, el índice de abortos previos en pacientes sudamericanas (10 pacientes) y el seguimiento errático de

las revisiones de muchas de ellas por la movilidad de este colectivo⁵.

Estadísticamente, en términos generales podemos afirmar, según este estudio, que la prevalencia mayor en el grupo de mujeres inmigrantes se dio en los procesos infecciosos de vaginitis/vaginosis (68%), la enfermedad ginecológica general (26%) y la ansiedad (21%)⁶. En el grupo estudiado de mujeres de origen nacional la mayor prevalencia la encontramos en la ansiedad (50%), la enfermedad ginecológica general (36%) y la vaginitis/vaginosis (9%).

Destaca una mayor multiparidad en el grupo de inmigrantes (prevalencia del 19%) y más número de mujeres con procesos infecciosos, ya que, si sumamos las vaginitis/vaginosis a las ETS, hallamos una prevalencia de hasta el 29% (frente al 12% de las pacientes nacionales)^{7,8}.

Interpretación estadística de los resultados

Se comparan las variables cualitativas más significativas a través del estadístico chi cuadrado y se estiman parámetros de comparación como el riesgo relativo y la *odds ratio* (OR) con el programa SPSS (versión 2016).

El tamaño muestral (n = 260) nos permite conseguir una significación estadística de nivel aceptable de fiabilidad, con una $p < 0,05$ y un intervalo de confianza (IC) del 95%.

Los resultados obtenidos fueron:

La probabilidad de padecer una enfermedad infecciosa (vaginitis/vaginosis/ETS) es superior en pacientes inmigrantes, con una OR del 3,65 (IC 95%: 2,19-6,08).

Respecto a la multiparidad, es superior para las mujeres de origen inmigrante, con una OR de 4,92 (IC 95%: 2,55-9,49).

En el caso de las pacientes de origen nacional, la enfermedad ginecológica general es más prevalente (95 casos, 36% de prevalencia).

En cuanto a la ansiedad, destaca un mayor número de casos en las mujeres de origen nacional, con una prevalencia del 50% (129 casos).

Como estadístico comparativo se emplea el test estadístico chi cuadrado, que permite comparar muestras cualitativas. Destaca que, en el caso de las enfermedades infecciosas en mujeres inmigrantes, la chi cuadrado es de 25,64 respecto a la misma enfermedad en pacientes de origen nacional, por lo que hay una probabilidad superior al 99% de que haya asociación entre las variables.

En el caso de la multiparidad, encontramos una chi cuadrado de 55,84 y una probabilidad superior al 99% de que también haya asociación entre las variables (tablas 4 y 5).

Discusión

El de las mujeres inmigrantes es un colectivo especialmente vulnerable desde el punto de vista sanitario y la demanda de asistencia ginecológica es habitual dada su alta paridad (un 19% de las mujeres inmigrantes del estudio tenían 3 o más hijos) y los antecedentes ginecológicos y obstétricos que presentan desde sus países de origen^{9,10}. Debido a la movilidad y el difícil acceso a los servicios sanitarios, son un colectivo vulnerable y con infecciones que pueden cronificarse o ser contagiosas (ETS en un 3% de las mujeres del estudio).

Tabla 4 Resultados generales en las mujeres inmigrantes

Enfermedad	N.º de pacientes (prevalencia%)/OR (IC 95%)
Vaginitis/vaginosis	68 (26)/3,65 (2,19-6,08)
Enfermedad ginecológica diversa ^a	67 (25,7)/0,60 (0,41-0,88)
Ansiedad/depresión	56 (21)/0,28 (0,19-0,41)
Multiparidad	50 (19)/4,92(2,55-9,49)
Esterilidad	21 (8)/1,44 (0,72-2,85)
Abortos	10 (4)/ 2,26 (0,12-0,53)
Maltrato	10 (4)/1,69 (0,61-4,73)
ETS	9 (3)/1,13 (0,43-2,97)
Neoplasias	9 (3)/1,74 (0,31-1,79)
Problemas del parto	4 (1,5)/2,02 (0,37-11,10)
Abuso de sustancias	4 (1,5)/0,56 (0,16-1,95)
Mutilación genital	2 (0,7)/n.c.

ETS: enfermedad de transmisión sexual; IC: intervalo de confianza; n.c.: no calculable; OR: *odds ratio*.

^a Enfermedad ginecológica diversa: quistes ováricos, pólipos uterinos, nódulo mamario, etc.

Tabla 5 Resultados generales en las mujeres de origen nacional

Enfermedad	N.º de pacientes (prevalencia%)
Vaginitis/vaginosis	23 (9)
Enfermedad ginecológica diversa ^a	95 (36)
Ansiedad/depresión	129 (50)
Multiparidad	12 (5)
Esterilidad	15 (6)
Abortos	35 (13)
Maltrato	6 (2)
ETS	8 (3)
Neoplasias	12 (5)
Problemas del parto	2 (0,7)
Abuso de sustancias	7 (2,6)
Mutilación genital	0 (0)

ETS: enfermedad de transmisión sexual.

^a Enfermedad ginecológica diversa: quistes ováricos, pólipos uterinos, nódulo mamario, etc.

Nuestros resultados serían comparables a los de otras series publicadas en obstetricia¹⁰, neoplasia maligna¹¹ y ETS^{12,13}, en las que la prevalencia es mayor en este colectivo.

Las posibles limitaciones del estudio serían: un posible sesgo de participación, ya que las muestras se recogieron de forma aleatorizada y consecutiva, pero solo entre las mujeres que consultaron en el ambulatorio. Podríamos inferir un posible sesgo de confusión al comparar ambas muestras con referentes culturales y educación para la salud tan diferentes debido a sus distintos orígenes. Otra limitación con la que podríamos contar es el sesgo de memoria, ya que las pacientes de origen inmigrante no aportan, en general, ningún informe de salud previo sobre su historial clínico de sus países de origen y relatan sus antecedentes según lo que conocen o recuerdan.

Conclusiones

Podemos concluir que las enfermedades de origen infeccioso son más prevalentes en este estudio en el grupo de mujeres inmigrantes.

Por un lado, cabe destacar que la enfermedad ginecológica general por la que consultaron fue mayor en el grupo de pacientes nacionales (36%).

Por otro lado, se observa que la multiparidad (3 o más hijos) es más prevalente en las mujeres de origen inmigrante.

A través de los datos comparativos con el grupo de mujeres de origen nacional, podemos concluir que las mujeres inmigrantes presentan un mayor número de enfermedades infecciosas así como problemas obstétricos.

Se aconseja realizar un correcto cribado de forma periódica según el programa de salud y abordar la detección precoz de estos procesos desde la atención primaria.

Hay que tener en cuenta también la problemática psicosocial de este colectivo, especialmente vulnerable.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Majid S, Douglas R. Facilitators of and barriers to accessing clinical prevention services for the South Asian population in Surrey, British Columbia: A qualitative study. *CMAJ Open*. 2016;4:E390-7.
2. Schmidt NC. Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva: A qualitative study. *Reprod Health*. 2018;15:43.
3. Pottie K. Prevention and assessment of infectious diseases among children and adult migrants arriving to the European Union/European Economic Association: A protocol for a suite of systematic reviews for public health and health systems. *BMJ Open*. 2017;7.
4. Hernando C. Facilitators and barriers of participation in a longitudinal research on migrant families in Badalona (Spain): A qualitative approach. *Health Soc Care Community*. 2018;26.
5. Yu C, Wu J. The other side: How does informed choice affect induced abortions among reproductive-age immigrant women in China: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13.
6. El-Khoury F. Women's mental health in the perinatal period according to migrant status: The French representative ELFE birth cohort. *Eur J Public Health*. 2018;28:458.
7. Valverde EE. Sexually transmitted infection diagnoses among Hispanic immigrant and migrant men who have sex with men in the United States. *Int J STD AIDS*. 2016;27:1162-9.
8. Dolwick Grieb SM, Shah H. HIV-related stigma among Spanish-speaking Latinos in an emerging immigrant receiving city. *J Immigr Minor Health*. 2017;19:868-75.
9. MacDonnell JA. Activism as a feature of mental health and well-being for racialized immigrant women in a Canadian context. *Health Care Women Int*. 2017;38:187-204.
10. García-García C, Pardo-Serrano A, Hernández-Martínez M, Lorenzo-Díaz D, Gil-González. Diferencias obstétricas y neonatales entre mujeres autóctonas e inmigrantes. *Prog Obstet Ginecol*. 2008;51:53-62.
11. Mac Auley D, Anderson U. Uptake of cervical smear testing among travellers. *BMJ*. 1991;303:191.
12. Folch C, Sanclemente C, Esteve A, Martro E, Molinos S, Casabona J. Diferencias en las características sociales, conductas de riesgo y prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana e infecciones de transmisión sexual entre trabajadoras del sexo españolas e inmigrantes en Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2009;132:385-8.
13. Taylor RJ, Mamoon HA, Morrell SL, Wain GV. Cervical screening in migrants to Australia. *Aust NZ J Public Health*. 2001;25:55-61.