

# Morbilidad gestacional

Moderador: Felip Ojeda  
Hospital de Granollers

Eva López-Quesada  
Elena Prada

Hospital Mútua  
de Terrassa  
Barcelona

## Patología de la inmigración asociada al embarazo

En los últimos años se ha producido en nuestra sociedad un aumento del número de mujeres inmigrantes que solicitan control de su embarazo y parto. Todo ello conlleva un esfuerzo de los profesionales para adaptarnos a las demandas de unas pacientes que pueden presentar a lo largo de su embarazo patologías con las que no estamos habituados a tratar.

De una manera práctica, hemos clasificado la patología que las pacientes inmigrantes pueden presentar durante su embarazo en tres categorías:

1. Patología materna independiente del embarazo
2. Patología propiamente asociada al embarazo
3. Otros problemas asociados

### Patología materna independiente del embarazo

#### Enfermedades infecciosas

- Enfermedades de transmisión sexual, derivadas de prácticas sexuales de riesgo, habituales en algunos países, tales como VIH, VHB, VHC, lúes, etc. En gestantes inmigrantes, sobre todo en las que proceden de países con alta prevalencia de este tipo de enfermedades, es imprescindible realizar un screening de todas ellas. También es muy importante realizar un screening de patología cervical en estas mujeres durante el embarazo, ya que muchas de ellas no se han realizado ninguna citología cérvico-vaginal en sus países de procedencia.
- Infecciones importadas no habituales en nuestro medio, como la malaria, el dengue, la fiebre

tifoidea, etc. Siempre debemos tener en cuenta este tipo de enfermedades ante cuadros de fiebre de origen desconocido.

Mención especial requiere la malaria, que aunque es una enfermedad infecciosa prácticamente confinada al trópico, en los últimos años está siendo importada a nuestro medio. En Europa existen de 13000 a 16000 casos por año, con una mortalidad del 2,3%. En España estamos observando la aparición de 400 casos nuevos cada año, de los cuales un 60% se deben a los viajes internacionales, y un 40% son importados por la inmigración. Las gestantes son el grupo de riesgo más importante entre los adultos. De hecho, el 80% de las muertes por malaria en África se observan en mujeres embarazadas y en niños menores de 5 años. Las complicaciones que aparecen en las gestantes con malaria se resumen en la Tabla 1.

#### Enfermedades derivadas de la consanguinidad

En ciertas etnias es habitual la consanguinidad, dando lugar a la aparición de graves enfermedades de herencia recesiva, como pueden ser algunas metabopatías. Los trastornos del metabolismo son enfermedades genéticas, algunas de presentación neonatal, pero también pueden presentarse más tardíamente e incluso en la edad adulta. Se han descrito casos de metabopatías graves con debut en el embarazo. Es muy importante en la primera entrevista con la gestante inmigrante realizar una buena anamnesis sobre posible consanguinidad en su familia y sobre enfermedades de transmisión genética que hayan aparecido en ella.

#### Anemias

- Hemolíticas: las anemias hemolíticas congénitas más frecuentes en la población inmigrante quedan resumidas en la Tabla 2.

- Secundarias a procesos infecciosos: bacterianas y parasitarias (por ejemplo en el paludismo)

## Patología propiamente del embarazo

### Pre-eclampsia

La pre-eclampsia/eclampsia representa una de las complicaciones obstétricas con mayor morbi-mortalidad materno-fetal en todo el mundo. Uno de sus factores de riesgo descritos ha sido la raza negra. Aunque durante muchos años se han intentado establecer las causas de la enfermedad, no se ha encontrado un claro agente etiológico. Clásicamente se había considerado que la incidencia de pre-eclampsia era del 5% de los embarazos, pero este porcentaje es posiblemente demasiado elevado para los países desarrollados en la actualidad. Como orientación válida para los países desarrollados, podríamos estimar una incidencia de pre-eclampsia del 1-2%, mientras que en zonas con carencias nutricionales

importantes, la incidencia podría aumentar considerablemente, hasta incluso superar el 10%. El hecho de que las pacientes inmigrantes realicen peor el control del embarazo, es probablemente el responsable de que en la actualidad observemos en esta población casos de eclampsia, estadio de la enfermedad que en las últimas décadas era difícil de observar en nuestra población. Es muy importante en la anamnesis de las gestantes de raza negra el interrogatorio sobre complicaciones de este tipo en anteriores embarazos o en familiares próximas, ya que dentro de las hipótesis sobre su etiología, el factor genético tiene una importante relevancia.

### Aumento de factores de riesgo

En la población inmigrante se ha observado la presencia de algunos factores de riesgo en mayor proporción que en nuestra sociedad. Por ejemplo, un factor de riesgo que se observa muy habitualmente en países de Centro y Sur-América es la cesárea anterior, que condiciona mucho la actitud obstétrica

### Complicaciones Maternas

**Anemia** por hemólisis y por inhibición de la eritropoyesis (causada por el TNF- $\alpha$ )

**Hipoglicemia** secundaria al estado hipercatabólico del parásito, la inanición, y secundariamente a los tratamientos con quinina, que actúa como estímulo pancreático.

**Edema pulmonar agudo** favorecido por los cambios hemodinámicos del embarazo o de anemia preexistente, que aparece con más frecuencia en el segundo trimestre o en el postparto inmediato y al inicio del tratamiento antipalúdico por los trastornos hidroelectrolíticos

**Shock séptico** por el plasmodium o por superinfecciones respiratorias (neumococo) y urinarias (E. coli)

### Fetales

**Abortos espontáneos**

**Muerte intraútero**

**Parto pretérmino**

**Retraso de crecimiento intrauterino**

**Malaria congénita**

Tabla 1.  
Complicaciones que pueden presentarse en las gestantes con malaria.

### Membranopatías congénitas

Eliptocitosis congénita

Autosómica dominante. Frecuencia sensiblemente superior en poblaciones africanas y asiáticas

### Eritroenzimopatías

Déficit de G6PDH

Es la más frecuente de la eritroenzimopatías. Predomina en las etnias negra y asiática. Transmisión ligada al cromosoma X. En heterocigosis pueden ser asintomáticas hasta entrar en contacto con agentes oxidantes (ej. Antipiréticos)

### Hemoglobinopatías Estructurales

Hemoglobinopatía S

Es la más frecuente de las hemoglobinopatías. La forma heterocigota (rasgo drepanocítico) afecta al 25% de la población negra africana. La enfermedad homocigota (SS) o anemia de células falciformes produce crisis hemolíticas (desencadenadas por infecciones, deshidratación, desoxigenación o frío). Tratamiento: prevención de las crisis y suplementos de ác. Fólico.

Tabla 2.  
Anemias hemolíticas congénitas más frecuentes en población inmigrante

durante el parto. Otro factor de riesgo que hoy en día era casi excepcional en nuestra población era la multiparidad, frecuente en otras etnias cada vez más instaladas en nuestra sociedad.

### **Otros problemas asociados**

Las dificultades de comunicación con algunas pacientes por el idioma, pueden conllevar problemas en la consulta diaria de control de la gestación, y pueden convertir en verdaderas heroicidades el hacer comprender la indicación de ciertas pruebas, la comunicación de resultados y la necesidad de ciertos tratamientos. Y posiblemente derivado de estos problemas de comunicación, existe en la población de inmigrantes una mayor incidencia de "mal control obstétrico". La dependencia de acudir acompañadas a la consulta con médicos o comadronas, tiene muchas veces como resultado el no acudir a ella.

Otros factores como las diferencias en los tipos de dieta también pueden crear dificultades cuando aparecen patologías como diabetes gestacional o hipertensión. Así mismo ocurre con factores culturales y religiosos que en nuestra sociedad todavía re-

sultan difíciles de integrar, como los períodos de ayuno durante el Ramadán en las gestantes de origen árabe.

Cada vez observamos más esfuerzos de las Instituciones para poder paliar estos problemas, y se han instaurado servicios de mediadores y de traductores telefónicos para facilitar estos trámites, aunque aún estamos lejos de que la consulta con este tipo de pacientes resulte todo lo ágil y satisfactoria que cabría esperar.

### **Bibliografía**

- Rowe JA. The role of Plasmodium falciparum var genes in malaria in pregnancy. *Molecular Microbiology* 2004.
- Brown J. The epidemiology and consequences of maternal malaria. *Acta trópica* 2003;87.
- William M. *Transtornos médicos durante el embarazo*. 3ª Edición.
- Gratacós E, Llubra E. Estados hipertensivos del embarazo. En: Cabero L. *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Ed. Médica Panamericana, 2003.

**Raquel Campos<sup>1</sup>**  
**Llorenç Gil<sup>1</sup>**  
**Ramon Ros<sup>1</sup>**  
**Francesca Muntaner<sup>2</sup>**  
**Carme Palies<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Ginecología  
<sup>2</sup>Unidad Diabetes Gestacional  
 Hospital Sant Joan de Déu Martorell  
 Barcelona

### **Diabetes gestacional en la inmigrante**

Se ha estudiado de forma retrospectiva la prevalencia de diabetes gestacional (DG) en nuestro hospital en el periodo comprendido entre los años 2001 y 2004, realizando una comparativa de datos entre la población inmigrante, que en nuestro medio esta formada mayoritariamente por magrebíes, y la población autóctona, remarcando los aspectos más característicos de este grupo de población.

El estudio ha sido realizado en el Hospital Sant Joan de Déu de Martorell, hospital comarcal del Baix Llobregat, el cual dispone de 139 camas de hospitalización con 22 de asistencia obstétrica y ginecológica, abarcando una arca poblacional de aproximadamente 130.000 habitantes.

El porcentaje de gestantes atendidas en nuestro centro en dicho período supone un 11,4%.

El resumen de los datos observados es el siguiente:

- Partos totales (2001-2004) 3982
- Partos magrebíes (2001-2004) 455 (11,4%)

Los casos de DG en este período desglosados por años los podemos observar en la Tabla 1.

### **Cuadro comparativo DG población magrebí-población autóctona**

Como puede observarse en la Tabla 2, el cuadro comparativo entre ambas poblaciones, el porcentaje de DG es mayor entre la población autóctona, con excepción del año 2002, en el cual hubo un aumento significativo de gestantes magrebíes atendidas en nuestro centro, así como un aumento en la prevalencia de DG entre este grupo.

En cuanto a la macrosomía fetal (peso recién nacido superior o igual a 3900 gramos) se obtuvieron los

datos reflejados en la Tabla 3, con un porcentaje aproximado del 8% del total de partos en cada año de dicho período:

Del análisis de dichos datos se observó que el porcentaje de macrosomía fetal entre las gestantes magrebíes era alrededor del 20 % y entre la población autóctona de 16 % y que conforme aumentaba el porcentaje de macrosomía fetal entre la población magrebí disminuía entre la población autóctona, a pesar de que la prevalencia de DG era más frecuente entre este último grupo.

Finalmente cabría destacar ciertas peculiaridades de las gestantes magrebíes que podrían hacer entender los resultados observados:

- La barrera idiomática, la gran mayoría de gestantes magrebíes desconoce el idioma español, cosa que dificulta enormemente la buena comunicación medico-paciente.
- La poca o nula integración de la mujer magrebí en la sociedad, mujeres que apenas salen del domicilio familiar y carecen de todo contacto externo.
- El elevado índice de masa corporal en muchas de las gestantes magrebíes al inicio y durante la gestación, con todo lo que conlleva.
- Escaso control de la gestación en un gran porcentaje de la población atendida, que alcanza un 50%.
- Las costumbres dietéticas y hábitos de vida, dietas muy ricas en hidratos de carbono y ausencia de ejercicio físico postparto con mucha dificultad para adaptar dietas sobretodo en el período de Ramada.
- Poco cumplimiento de los controles glicéricos capilares.
- Necesidad de ingreso en algunas circunstancias extremas para monitorización y controles glicéricos.

Como conclusión cabría destacar que, a pesar de que no hemos observado una mayor prevalencia de

|      | Nº total DG | % total de partos |
|------|-------------|-------------------|
| 2001 | 95 (7)      | 10,6              |
| 2002 | 144 (18)    | 15,2              |
| 2003 | 127 (14)    | 12,6              |
| 2004 | 132 (15)    | 11,6              |

Tabla 1.

Entre paréntesis se especifica el número absoluto de gestantes magrebíes con DG

|      | G. Autóc. | Casos DG | %    |
|------|-----------|----------|------|
| 2001 | 809       | 88       | 10,8 |
| 2002 | 843       | 126      | 14,9 |
| 2003 | 880       | 113      | 12,8 |
| 2004 | 995       | 117      | 11,7 |

Tabla 2.

|      | G. Magreb. | Casos DG | %    |
|------|------------|----------|------|
| 2001 | 82         | 7        | 8,5  |
| 2002 | 103        | 18       | 17,5 |
| 2003 | 128        | 14       | 11,7 |
| 2004 | 142        | 15       | 10,7 |

|      | Nº Macros. Tot. | Nº Macros. Magreb. |
|------|-----------------|--------------------|
| 2001 | 71              | 17                 |
| 2002 | 75              | 21                 |
| 2003 | 80              | 27                 |
| 2004 | 90              | 28                 |

Tabla 3.

DG entre las gestantes magrebíes si se ha visto un mayor porcentaje de macrosomía fetal, que se podría explicar por las características culturales y fenotípicas de esta población.

Habría pues, que mejorar la calidad asistencial en este grupo poblacional, incluyendo programas de integración de la mujer, normas y hábitos de vida saludable y valorando la posibilidad de crear curvas de crecimiento fetal específicas para este grupo de población.

Pepa Solè  
Ramón Bartres  
Montserrat Celades  
Neus Gratacós  
Enric Genover  
Llimona

Servicio de  
Obstetricia  
y Ginecología  
Hospital de Mataró  
Barcelona

## Streptococcus $\beta$ -hemolítico en la inmigración

### Introducción

El Hospital de Mataró atiende a una población de aproximadamente 200.000 habitantes de nuestra ciudad y municipios colindantes pertenecientes a la comarca del Maresme sur. Nuestra sistemática de trabajo en lo que hace referencia al control de la gestación consiste en que los embarazos de BAJO RIESGO son controlados en asistencia primaria (Centre d'Atenció a la Dona) de Mataró y otras localidades de nuestra área de influencia, siendo remitidas las pacientes a nuestro centro hospitalario sobre las semanas 37-38. Las gestantes de ALTO RIESGO son controladas desde el inicio de la gestación, o desde que se detecta el riesgo en las consultas externas de nuestro hospital. En el año 2004 el número de partos atendidos en nuestro servicio fue de 1.586.

### Objetivo

El objetivo de la comunicación consiste en revisar la tasa de portadoras de *Streptococcus agalactiae* en la población inmigrante atendida en nuestro hospital y verificar si existen diferencias en cuanto al número de portadoras en relación a la población autóctona.

### Material

Se revisa el periodo comprendido entre enero 2001 y diciembre 2004 en que disponemos de datos informatizados de 4271 partos. En cuanto a las características de la población estudiada encontramos una edad media de 29,46 años. El 74% de los partos atendidos son de mujeres caucásicas, siendo pues inmigrantes de diversos orígenes el 26% restante, entre las cuales destacan un 14,62% de mujeres magrebíes. Referente a la paridad atendemos un 50,6% de primigestas. La tasa de cesáreas en el periodo estudiado es del 18,74%, con una media de pH de arteria umbilical de 7,26 y una mortalidad perinatal de 3,11 por mil, que consideramos adecuada para un hospital de nivel II de nuestras características.

### Resultados

La tasa de colonización en el periodo estudiado es del 14,4% de mujeres portadoras de *Streptococcus agalactiae* teniendo en cuenta la población atendida y sin distinción de etnias. Cuando analizamos el estado de portadoras según las etnias vemos que un 12,6% de mujeres caucásicas presentan cultivo vagino-rectal positivo, frente a un 23,55% de mujeres magrebíes, un 23,12 % de mujeres africanas subsaharianas, un 20% de mujeres afro-caribeñas, un 10,6% en mujeres sudamericanas y un 5,08% en mujeres asiáticas.

Analizando estadísticamente los resultados mediante test de Chi cuadrado con corrección de Yates encontramos diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre el estado de portadora de la población caucásica respecto a la población inmigrante.

En el periodo de estudio encontramos, a nuestro parecer, altas tasas de gestantes con cultivo desconocido en el momento del parto. De las pacientes caucásicas un 13,2% presentan cultivo desconocido al ingreso en trabajo de parto, un 20,10% de pacientes africanas subsaharianas, un 19,64% de pacientes magrebíes, un 20% de gestantes afro-caribeñas, un 15,27% de pacientes sudamericanas y un 18,05% de mujeres chinas se encuentran en la misma situación al ingreso.

### Conclusiones

La tasa de gestantes portadoras de *Streptococcus agalactiae* en la población atendida por trabajo de parto en el Hospital de Mataró es claramente superior en mujeres inmigrantes cuando comparamos con población autóctona (diferencias estadísticamente significativas) y en especial en mujeres magrebíes, africanas subsaharianas y afro-caribeñas.

Detectamos una proporción importante de mujeres, cualquiera que sea su etnia, que ingresa por parto sin que se disponga en este momento del resultado de los cultivos practicados durante la gestación, lo que a nuestro juicio debe hacernos replantear la coordinación o la accesibilidad de los resultados de cultivos practicados en asistencia primaria.

## Enfermedad hipertensiva del embarazo en la mujer inmigrante

### Introducción

El número de nacimientos en nuestro país está aumentando cada año desde 1998. Durante 2002, España registró 416.518 nacimientos, 12.659 más que en 2001 y 18.886 más que en 2000. Según datos del INE (Instituto Nacional de Estadística)<sup>1</sup>, este incremento se debe, casi en su totalidad, a la fertilidad de las madres extranjeras que parieron en España.

De los nacidos en 2002, 43.469 fueron de madre extranjera, es decir, el 10,4%. De estos, el 20% fueron de mujeres marroquíes, un 19% de ecuatorianas y un 11'1% de colombianas. Además, las cifras revelan que los nacimientos de madres extranjeras también va en aumento, ya que en 2000 la cifra fue de 6'2% y en 2001 de 8'2% del total de nacidos.

Todos estos datos desvelan que en 2002 el número medio de hijos por mujer en edad fértil (15 a 49 años) fue de 1'26 frente al 1'24 de 2001. De esta manera, la tasa de fecundidad en España continúa su recuperación y llega a su valor más elevado desde 1993.

Durante 2002, la Comunidad de Madrid, Valencia, Cataluña y Andalucía registraron un mayor número de nacimientos siendo precisamente éstas las Comunidades que más inmigrantes reciben cada año. Según un informe publicado por el INE el pasado mes de agosto, el 60% de la población extranjera se concentra en las Comunidades mediterráneas e insulares. No obstante, el principal destino de residencia es la Comunidad de Madrid, donde vive el 23% de los extranjeros.

Los países de procedencia de los extranjeros durante 2003 en España han sido:

- Ecuador: 72.581
- Rumania: 54.998
- Marruecos: 40.865
- Reino Unido: 32.148
- Argentina: 24.759

También destacan Bolivia, Bulgaria, Perú, Alemania, Colombia y Venezuela todos ellos con más de 10.000 entradas.

En España en 2003 se contaban 1.647.011 extranjeros residentes que suponen el 3'9% de la población (Dirección General de la Policía. Ministerio del Interior).

En Cataluña en 2003 se contaban 383.938 extranjeros residentes que suponen el 5'7% de la población y el 23'3% sobre el total de extranjeros en España. (Dirección General de la Policía. Ministerio del Interior). De este total el 42'26% son mujeres. (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales)

Los países de procedencia de los residentes extranjeros en Cataluña son (datos Institut d'Estadística Catalunya, Idescat 2003)<sup>2</sup>:

- Marruecos: 117.752
- Ecuador: 25.114
- Europa (sin UE): 25.052
- Perú: 18.083
- China: 17.667
- Colombia: 15.501
- Italia: 15.123
- Francia: 12.925

La mitad son personas que emigran por motivos económicos en primer lugar, seguido por el reagrupamiento familiar. Por tanto requieren un mayor apoyo social y sanitario.

La población más desfavorecida que entra en nuestro país viene fundamentalmente de Europa del Este, África (sobre todo de Marruecos), Asia y Latinoamérica. La inmigración afecta especialmente, por su vulnerabilidad, a las mujeres en edad fértil y a los niños.

Aunque que el número de inmigrantes masculinos es globalmente superior al de mujeres, el porcentaje de mujeres es cada vez más grande, sobre todo en las grandes ciudades. Ello se debe, entre otras razones, a determinadas costumbres arraigadas en sus países de origen como son la capacidad de ahorro, una mayor garantía de mantenimiento de los lazos familiares y una menor tendencia a modificar las relaciones de pareja previas.

Este incremento lleva como consecuencia la aparición de necesidades específicas en atención sanitaria, sobre todo en lo referente a salud sexual y reproductiva.

No todas las inmigrantes tienen el mismo perfil frente a las necesidades asistenciales sanitarias. Por ejemplo, las mujeres latinoamericanas, por lo general, se dedican al trabajo doméstico. Suelen tener hijos que han dejado bajo el cuidado de otros familiares en su país de origen. Siguen una tradición matriarcal y sienten una enorme responsabilidad respecto al futuro de sus hijos. Ocultan menos sus necesidades de atención médica y no tienen dificultades idiomáticas siendo

**Federico Heredia  
Jordi Costa**

Servicio de  
Ginecología  
y Obstetricia  
Corporació Parc Taulí

buenas candidatas a una atención sanitaria de acuerdo con sus necesidades. Por el contrario, las mujeres magrebíes suelen ser mujeres casadas que viven en España con su marido e hijos, y no trabajan, o junto con otras mujeres jóvenes que han sido las primeras de la familia en inmigrar. Tienen importantes dificultades para criar a sus hijos en España y presentan ideas religiosas rigurosas. Tienen pocas posibilidades para relacionarse y muchas dificultades idiomáticas para acceder a los servicios sanitarios. A pesar de estas diferencias hay una serie de puntos en común entre las mujeres inmigrantes:

- la salud no es una prioridad para ellas
- desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario
- utilización reiterada de los servicios de Urgencias
- indocumentación u otras irregularidades legales
- dificultades en la comunicación
- incompatibilidad de horarios
- miedo a perder el trabajo por faltas, incluso justificadas
- falta de recursos económicos para acceder a determinados métodos anticonceptivos
- dificultades en los desplazamientos

Por parte de los profesionales y de los servicios sanitarios también se presentan problemas:

- barreras idiomáticas
- desconocimiento de determinadas patologías
- servicios poco flexibles ante nuevas necesidades
- registro de datos en ocasiones disuasorios
- horarios y sistemas de citación incompatibles con sus necesidades
- desconocimiento de otras culturas
- sobrecarga asistencial que dificulta el tiempo de consulta necesario

### **Enfermedad hipertensiva del embarazo en la mujer inmigrante**

Es importante resaltar la escasez de publicaciones o estudios respecto al tema de la hipertensión gestacional en la mujer inmigrante, tanto en nuestro país como en la literatura extranjera.

Sin embargo, existen diversas revisiones nacionales que tratan de las necesidades sanitarias generales. Berra, *et al.*<sup>3</sup>, tras una revisión exhaustiva de la literatura nacional y extranjera entre 1992 y 2003, con-

cluyen que la población inmigrante es más joven, no siendo considerada inicialmente como un grupo de riesgo. Encuentra vacíos importantes en el estudio de la salud de la población inmigrante en España y Cataluña, sobre todo en cómo los aspectos de desigualdad y discriminación afectan el estado de salud de esta población y su acceso a los servicios sanitarios.

Al revisar la bibliografía existente en el campo de la Perinatología e inmigración apenas encontramos ninguna referencia en nuestro país<sup>4-7</sup> incluyendo a las autoridades sanitarias. Estos autores, en general, encuentran menos diferencias a lo esperado entre ambas poblaciones. Marqueta, *et al.*<sup>4</sup>, al comparar la población magrebí del hospital de Palamós con la autóctona, encuentran menor control gestacional, mayor tasa de colonización por *Streptococo agalactiae* y de hiperemesis en la población inmigrante. Pérez Cuadrado<sup>5</sup> y Sánchez Fernández<sup>6</sup> no encuentran apenas diferencias respecto al control del embarazo y las complicaciones perinatales en la población inmigrante, pero sí en las características sociales. Martínez, *et al.*<sup>7</sup> encuentran más factores de riesgo en las gestantes inmigrantes, como la captación tardía de la gestación, el embarazo no controlado y problemas sociales. En la población autóctona observan más tests de O'Sullivan alterados, mayor colonización por *Streptococo agalactiae* y tabaquismo. Las publicaciones extranjeras tampoco son esclarecedoras puesto que encontramos resultados y conclusiones absolutamente contrarias según el estudio consultado. Diversos autores observan tasas superiores de recién nacidos de bajo peso<sup>8-11</sup>, de prematuridad<sup>10,11</sup>, de cesárea<sup>8,12</sup> y de mortalidad perinatal<sup>9,13</sup> en las madres inmigrantes al compararlas con la población nativa. Sin embargo, otros estudios no confirman estos hallazgos<sup>14-16</sup>. Aun más, es sorprendente la cantidad de artículos publicados que objetivan resultados perinatales mejores en las pacientes inmigrantes que en las nativas<sup>17-24</sup>. Sólo dos autores extranjeros hacen referencia al tema de la hipertensión gestacional, Forna, *et al.*<sup>18</sup> concluyen que las pacientes inmigrantes tienen un riesgo inferior de ser hipertensas a la población nativa en Atlanta y Haelterman, *et al.*<sup>25</sup> encontraron que las inmigrantes africanas y turcas sí tenían un riesgo superior a padecer preeclampsia severa. En España, Marqueta, *et al.*<sup>4</sup> no encuentran diferencias en cuanto a la incidencia de hipertensión en el embarazo pero Martínez<sup>7</sup> encuentra una tasa superior de toxemia leve en la población autóctona. Es difícil, pues tener una idea clara de la relación entre inmigración e hipertensión en la gestación. Todos los estudios tienen diseños, objetivos y, sobre todo, poblaciones objeto de estudio y poblaciones como grupo control diferentes se-

gún el país donde se hayan llevado a cabo. En lo único que, en general, coinciden es que un mal resultado perinatal va íntimamente relacionado a la insuficiente o nula asistencia sanitaria prenatal.

Por todo ello, hemos querido saber que ocurre en nuestro ámbito. Hemos recogido los datos de nuestros 7589 partos desde el año 2002 al 2004. 921 partos corresponden a mujeres inmigrantes lo que nos da una tasa del 12,1%. Sin embargo, nos parece interesante ver la evolución de dicho porcentaje pues en 2002 fue el 9%, en 2003 el 8% y aumentó en 2004 hasta el 18%.

Hemos subdividido la población inmigrante en varias categorías según región de procedencia en:

- Centro y sudamericanas: 44,4%
- Magrebíes: 23,5%
- Subsaharianas: 11,4%
- Europa oriental: 8,5%
- Asiáticas: 7,1%
- Europa occidental: 4,6%
- Oriente medio: 0,3%
- Norteamericanas: 0,1%
- Otras: 0,1%

Apreciamos un aumento en estos 3 años de la población magrebí (20,3-21,5-25,9%) y una disminución de la subsahariana (14,3-13,1-9,3%).

Hemos evaluado y comparado una serie de parámetros perinatales relevantes en nuestra población (Tabla 1):

- nuestras inmigrantes fueron más jóvenes que las nativas con una media de 27,61 años frente a 30,12 con una diferencia significativa ( $p < 0,0001$ ).
- hemos detectado un número inferior de visitas de control prenatal tanto en los centros de asistencia primaria (C.A.P.) como en el hospital. Las pacientes inmigrantes tienen una media de visitas en los C.A.P. de 8,1 y de 2,46 en los hospitales frente a 8,94 y 3,11 respectivamente en el grupo de las nativas siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,0001$ ).
- las pacientes inmigrantes muestran una tasa superior de control gestacional insuficiente, entendiéndose por ello un número inferior a 6 visitas durante el embarazo. El resultado fue que sólo el 1,1% de la población autóctona se había controlado poco el embarazo frente al 6,2% de la población inmigrante ( $p < 0,0001$ ).

| Características                        | Mujeres inmigrantes | Mujeres autóctonas | p       |
|--|---------------------|--------------------|---------|
| Edad (años)                            | 27,6                | 30,1               | <0,0001 |
| Nº visitas prenatales C.A.P.- hospital | 8,1-2,46            | 8,94-3,11          | 0,0001  |
| Control insuficiente (<6 visitas) (%)  | 6,2                 | 1,1                | <0,0001 |
| Parto (semanas)                        | 38,85               | 39,01              | 0,034   |
| Prematuros <37 semanas (%)             | 7,2                 | 7,2                | ns      |
| Peso neonato (gr.)                     | 3261                | 3185               | <0,0001 |
| Mortalidad perinatal (‰)               | 10                  | 7                  | ns      |

Tabla 1.

- las pacientes inmigrantes parieron antes que las autóctonas, 38,85 semanas de amenorrea frente a 39,01 ( $p=0,034$ ) siendo el porcentaje de prematuridad el mismo en ambas poblaciones. Sin embargo, el peso de los recién nacidos de aquellas fue superior a la población nativa, 3261 gr. frente a 3185 gr. con  $p < 0,0001$ .
- la mortalidad perinatal no mostró diferencias estadísticamente significativas (1,0% en las inmigrantes frente a 0,7% en las nativas) pero sí una tendencia superior. RR=1,38 (IC 95% 0,6-2,8) (Tabla 1).

El diagnóstico de Estado Hipertensivo del Embarazo (EHE), en cualquiera de sus presentaciones, se ha realizado en 215 casos lo que supone un 2,8% de nuestras gestantes. De éstas, 195 eran nativas (2,9%) y 20 inmigrantes (2,2%) siendo esta diferencia no significativa. Seis eran subsaharianas, 4 magrebíes, 7 centro-sudamericanas, 2 europeas occidentales y una asiática.

Subdividimos el EHE en sus diferentes presentaciones, preeclampsia leve, preeclampsia grave, preeclampsia sobreañadida, hipertensión crónica previa al embarazo (HTA), eclampsia y Sdme. de HELLP para ver si de esta forma encontramos diferencias (Tabla 2).

### Preeclampsia leve

Diagnosticamos 156 casos que suponen el 2,1% de la población. De estos 148 correspondieron a población nativa (2,2%) y 8 a inmigrante (0,9%) RR 0,39 (IC 95% 0,19-0,79)  $p=0,007$ . Es decir, nuestra población autóctona tiene 2,5 veces más riesgo de padecer una toxemia leve.

### **Preeclampsia grave**

Diagnosticamos 38 casos de preeclampsia grave que suponen el 0,5% de la población. 28 mujeres eran nativas (0,4%) y 10 inmigrantes (1,1%) RR 2,6 (IC 95% 1,3-5,3)  $p=0,007$ . Ello nos lleva a concluir que nuestra población inmigrante tiene un riesgo 2,6 veces mayor de presentar una preeclampsia grave. 4 eran subsaharianas, 2 centro-sudamericanas, 2 magrebíes, 1 europea occidental y 1 asiática.

### **Preeclampsia sobreañadida**

Diagnosticamos 6 casos de preeclampsia sobreañadida que supone un 0,1% de la población. Sin embargo, los 6 casos se dieron en mujeres nativas. A pesar de ello se considera que no hay diferencias estadísticamente significativas.

### **Eclampsia**

Tuvimos 7 casos de eclampsia en estos 3 años que suponen el 0,1% de la población. 5 casos correspondieron a población autóctona (0,1%) y 2 a inmigrante (0,2%). RR=2,9 (IC 95% 0,5-1,4). No es estadísticamente significativo pero sí parece existir una tendencia de la población inmigrante a padecerla. Las 2 pacientes inmigrantes eran centro-sudamericanas.

### **HTA crónica**

Recogimos 122 casos de HTA crónica que supone el 1,7% de la población. 118 casos eran mujeres nativas (1,8%) y 4 inmigrantes (0,4%) RR 0,24 (IC 95% 0,09- 0,66)  $p=0,002$ . Ello significa que las pacientes inmigrantes tienen un riesgo 4 veces menor de padecer HTA que las autóctonas. Los 4 casos correspondan a pacientes centro-sudamericanas.

Tabla 2

| Características              | Mujeres inmigrantes | Mujeres nativas | p     |
|------------------------------|---------------------|-----------------|-------|
| EHE (%)                      | 1,4                 | 2,2             | ns    |
| Preeclampsia leve (%)        | 0,9                 | 2,2             | 0,007 |
| Preeclampsia grave (%)       | 1,1                 | 0,4             | 0,007 |
| Preeclampsia obreañadida (%) | 0                   | 0,1             | ns    |
| Eclampsia (%)                | 0,2                 | 0,1             | ns    |
| HTA crónica (%)              | 0,4                 | 1,8             | 0,002 |
| Sdme. HELLP (%)              | 0,001               | 0,001           | ns    |

### **Sdme. HELLP**

Hubo 9 casos de Sdme. HELLP (0'001%). De ellas, sólo un caso fue inmigrante (centro-sudamericana). No hubo diferencias estadísticamente significativas (Tabla 2).

### **Comentarios**

Nuestros resultados no varían mucho de los de otros autores que hemos citado<sup>4,7,18,25</sup>. Nos hemos visto sorprendidos por unas tasas que no difieren excesivamente de nuestra población autóctona aunque, a priori, así lo creíamos. Nuestra población inmigrante es más joven pero la edad media no se puede considerar inadecuada. El número de visitas C.A.P.-hospital durante la gestación tampoco es inadecuado y el número de embarazos poco controlados ha sido inferior a lo esperado. Nuestras pacientes inmigrantes no presentan tasas de EHE superiores a las nativas. De hecho, las gestantes autóctonas tienen más riesgo de padecer HTA y preeclampsia leve. Ello podría ser debido a que las pacientes inmigrantes son más jóvenes, normalmente sanas y tienen unas prácticas de riesgo y/o hábitos tóxicos (alcohol, tabaquismo, drogas) inferiores a los de la población autóctona. Así mismo podría ser debido a que las gestantes autóctonas siguen un mejor control gestacional y el diagnóstico de preeclampsia se hace en las fases iniciales de la misma. Sin embargo, las inmigrantes son las que más casos suponen de preeclampsia grave. Podríamos relacionar este hecho con el diagnóstico tardío de la preeclampsia ya que, como hemos visto, realizan menos controles del embarazo que las nativas. Ello no se refleja en un aumento de la mortalidad perinatal debido al correcto tratamiento de la misma una vez se diagnostica, a la buena labor de nuestros neonatólogos y, sobre todo, al escaso número de pacientes en nuestra casuística.

Sin embargo, queda patente que debemos conseguir transmitir a la población inmigrante la necesidad de seguir un control precoz y correcto del embarazo facilitando el acceso a la sanidad pública independientemente del origen étnico, idioma y status social. A diferencia de otros países, el acceso de la población inmigrante gestante es bastante buena en España puesto que es directo y gratuito, independientemente de su situación legal.

### **Bibliografía**

1. www.ine.es
2. www.idescat.es

3. Berra S, Serra-Sutton V, Bartomeu N, Elorza-Ricart JM, Hayssmann S, Rajmil L. Necesitats en salut de la població immigrant: revisió d'estudis de l'ambient espanyol i d'experiències internacionals de recerca i intervenció. *Annals de Medicina* 2004;87:168-71.
4. Marqueta JM, Romagosa C. Diferencias de morbilidad obstétrica y perinatal entre la población autóctona y magrebí. *Clin Invest Gin Obst* 2002;29(9):318-28.
5. Pérez Cuadrado 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.
6. Sánchez Y, Muñoz N, Pérez S, Robledo A, Pallás CR, de la Cruz J, García A. Mujeres inmigrantes: características del control prenatal y del parto. *Prog Obstet Ginecol* 2003;46(10):441-7.
7. Martínez E, López AF. *Diferencias de morbilidad asociada al embarazo y de resultados obstétricos y perinatales entre mujeres inmigrantes y autóctonas Matronas Profesión* 2004;5(17):12-8.
8. Diani F, Zaconato G, Foschi F, Turinetto A, Franchi M. Management of the pregnant immigrant woman in the decade 1992-2001. *J Obstet Gynaecol* 2003;23(6):615-7.
9. Essen B, Bodker B, Sjoberg NO, Langhoff-Ross J, Greisen G, Gudmundsson S, Ostergren PO. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *BJOG* 2002;109(6):677-82.
10. Rasmussen F, Oldenburg CE, Ericson A, Gunnarskog J. Preterm birth and low birthweight among children of Swedish immigrant women between 1978 and 1990. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1995;9(4):240-1.
11. Hyman I, Dussault G. The effect of acculturation on low birthweight in immigrant women. *Can J Public Health* 1996;87(3):158-62.
12. Vangen S, Stoltenberg C, Skrandal A, Magnus P, Stray-Pedersen B. Caesarean section among immigrants in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79(7):553-8.
13. van Enk A, Buitendijk SE, van der Pal KM, van Enk WJ, Schulpen T. Perinatal death in ethnic minorities in The Netherlands. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:14.
14. Doucet H, Baumgarten M, Infante-Rivard C. Risk of low birthweight and prematurity among foreign-born mothers. *Can Public Health* 1992;83(3):192-5.
15. Yoong W, Wagley A, Fong C, Chukwuma C, Nauta M. Obstetric performance of ethnic Kosovo Albanian asylum seekers in London: a case-control study. *J Obstet Gynaecol* 2004;24(5):510-2.
16. Stoltenberg C, Magnus P. Children with low birth weight and low gestational age in Oslo, Norway: immigration is not the cause of increasing proportion. *J Epidemiol Community Health* 1995;49(6):588-93.
17. Page RL. Positive pregnancy outcomes in Mexican immigrants: what can we learn? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33(6):783-90.
18. Forna F, Jamieson DJ, Sanders D, Lindsay MK. Pregnancy outcomes in foreign-born and US-born women. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;83(3):257-65.
19. Guendelman S, Buekens P, Blondel B, Kaminski M, Notzon FC, Masuy-Stroobant G. Birth outcomes of immigrant women in the United States, France and Belgium. *Matern Child Health J* 1999;3(4):177-87.
20. Fuentes-Afflick E, Hessol NA, Perez-Stable EJ. Maternal birthplace, ethnicity, and low birth weight in California. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152(11):1105-12.
21. Singh GK, Yu SM. Adverse pregnancy outcomes: differences between US- and foreign born women in major US racial and ethnic groups. *Am J Public Health* 1996;86(6):837-43.
22. Cervantes A, Keith L, Wyshak G. Adverse birth outcomes among native-born and immigrant women: replicating national evidence regarding Mexicans at local level. *Matern Child Health J* 1999;3(2):99-109.
23. Jones ME, Bond ML. Predictors of birth outcome among Hispanic immigrant women. *J Nurse Care Qual* 1999;14(1):56-62.
24. Alexander GR, Mor JM, Kogan MD, Leland NL, Kieffer E. Pregnancy outcomes of US-born and foreign-born Japanese Americans. *Am J Public Health* 1996;86(6):820-4.
25. Haelterman E, Qvist R, Barlow P, Alexander S. Social deprivation and poor access to care as risk factors for severe preeclampsia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;111(1):25-32.

# Patología del parto en las mujeres inmigrantes. Casuística en los hospitales comarcales

Moderador: Ramón M<sup>a</sup> Miralles  
Hospital de Tarragona Joan XXIII

J. Sentís B  
R. Velasco  
A. Espín  
S. Miguel

Hospital de Sant Pau  
y Santa Tecla  
Tarragona

## Patología del parto en mujeres inmigrantes. Casuística en el Hospital de Tarragona

### Introducción

Ante el progresivo aumento del número de mujeres inmigrantes que vienen a dar a luz en el Hospital de St. Pau i Sta Tecla de Tarragona, hemos querido analizar las diferencias que puede haber en algunos parámetros para evaluar el impacto que pueden tener sobre los resultados obstétricos.

### Objetivo

1. Recoger los datos maternos y fetales de los partos de nuestro centro habidos en el año 2004 y previa clasificación por procedencias verificar que diferencias pueden existir entre ellos.
2. Valorar el impacto que pueda tener sobre la labor asistencial y los resultados obstétricos el progresivo aumento de inmigrantes.

### Material y método

Revisión retrospectiva de los 1080 partos del año 2004 previa clasificación en tres grupos: Autóctonas, magrebí y otras. El grupo otras incluye las mujeres procedentes de Sudamérica, la Europa del Este, CEE y Asia debido a que cada procedencia por si sola no tiene suficiente entidad para sacar conclusiones. Mediante el formulario informatizado que se rellena en la sala de partos se ha valorado edad, paridad, sexo del RN, inducciones, motivo de inducción, tipo de parto, tipos de anestesia, lactancia al alta, traslados por prematuridad, etc.

### Conclusiones

Las madres de origen magrebí son de promedio 4 años más jóvenes que las autóctonas y los RN son de más peso. Los partos espontáneos se dan con mayor frecuencia en las madres de origen magrebí y las inducciones por distintas causas se dan con menor frecuencia en ellas. La lactancia materna también es mucho más frecuente en estas madres. Otras diferencias también se han constatado pero su incidencia es menor sobre los resultados obstétricos.

## Patología del parto en mujeres inmigrantes. Casuística en el Hospital de Mataró

### Introducción

El progresivo incremento de la población inmigrante en nuestra sociedad se manifiesta también en la demanda de asistencia obstétrica en nuestros hospitales.

Las diferencias culturales y sanitarias de la nueva población se evidencian en el manejo del embarazo, y querríamos saber cuál es el comportamiento de cada grupo durante el periodo de parto.

### Material y métodos

Se incluyen 4243 gestantes atendidas en nuestra sala de partos en período 2002 - 2004. Se agrupa la población en grupos amplios que incluyen mujeres caucásicas, magrebí, africanas subsaharianas, afrocaribeñas, asiáticas y sudamericanas. Se realiza estudio retrospectivo diferenciando tres períodos:

1. Detección de factores de riesgo para el parto al ingreso de la paciente en cada grupo.
2. Valoración de la evolución del parto, finalización del mismo y de los resultados perinatales.
3. Valoración de las complicaciones en el puerperio inmediato.

### Resultados

El grupo de pacientes inmigrantes presenta mayores factores de riesgo para el parto en el momento del ingreso entre los que se incluyen:

- multiparidad
- macrosomía
- restricción del crecimiento intrauterino
- presencia de meconio.

Encontramos diferencias entre los diferentes grupos en la realización de cesáreas electivas, de menor incidencia en las mujeres asiáticas y magrebí. Mientras que la tasa de cesáreas sólo se incrementa en las pacientes afrocaribeñas.

La distribución de pesos fetales y la tasa de pH de arteria umbilical no presentan diferencias significativas.

### Conclusiones

La población inmigrante presenta básicamente un mayor riesgo en el parto por las patologías desarrolladas durante la gestación. No parece haber diferencia en la evolución del parto en pacientes con riesgos gestacionales similares. Debe añadirse que todo el proceso de control de gestación y asistencia al parto se ve dificultado por la barrera idiomática.

J. Sargatal  
JJ. Guillen  
JM. Solé Sedeño  
C. Serra  
E. Genover

Hospital de Mataró  
Barcelona

**Moderador: Manuel de Peray**  
Hospital Sant Jaume d'Olot

**Pere Roura**

Servicio de  
Epidemiología Clínica  
e Investigación  
Hospital General  
de Vic  
Barcelona

### **Perspectiva epidemiológica en la prevención de las enfermedades ginecológicas**

Los médicos siempre han intuido el valor de la prevención. Ante la dificultad de tratar estadios avanzados de las enfermedades siempre se piensa en la oportunidad perdida para actuar precozmente en el curso evolutivo de una enfermedad o actuar incluso antes que la enfermedad se desarrolle. Los beneficios de la prevención en la práctica clínica han sido incuestionables en la reducción de las enfermedades vacunables pero, también, la detección precoz de otros grupos nosológicos se ha asociado a una reducción muy importante de la morbilidad y de la mortalidad.

De todas maneras, pese a que las vacunas y el cribado son importantes programas de medicina preventiva, el papel más prometedor de la prevención en la práctica médica de hoy viene por los cambios operados en la esfera de las conductas saludables de los individuos para evitar riesgos, es decir, en las acciones que se inician antes que se desarrolle la enfermedad clínica. La evitación del tabaco y del alcohol, la introducción de actividad física, la conducción segura de vehículos de motor... son factores de riesgo de enfermedad vascular (cerebral y cardíaca), de cáncer, de enfermedad pulmonar y de accidentes y lesiones todas prevenibles por cambios en las actitudes personales.

Los exámenes periódicos sobre la salud de personas sin síntomas datan de 1922 cuando la Asociación americana de médicos los introdujo pero no es hasta 1976 en Canadá y hasta 1983 en USA que se reformulan a partir de los hallazgos de la investigación clínica realizada sobre las intervenciones de medicina preventiva para estudiar su efectividad, es decir, su capacidad para alcanzar los objetivos planteados. Mientras que no existen dudas sobre la efectividad de la recomendación sobre la evitación del

tabaco y la moderada ingesta de alcohol en relación al control de las enfermedades que producen es necesaria más investigación clínica en la forma de los ensayos clínicos para avanzar en la implantación del cribado sobre cáncer de próstata, de pulmón, de ovario o el colo-rectal.

La prevención y sus estrategias deben dirigirse hacia aquellas situaciones, condiciones y enfermedades con un claro impacto (incidencia y prevalencia) en la comunidad y con una potencial prevención mediante intervenciones clínicas. La historia natural de la enfermedad acota la acción sobre los factores de riesgo (prevención primaria) o sobre la enfermedad preclínica (prevención secundaria) y que las acciones preventivas se lleven implanten en un entorno clínico donde existe la oportunidad de encontrar los casos. Las pruebas de cribado, el consejo y las vacunas y la quimioprofilaxis son los tres grandes campos de la prevención; pero, las pruebas de cribado se definen como la acción preventiva donde una prueba se utiliza para identificar personas con una condición de interés. Y, se define como programa de cribado a las acciones que incluyen una definición inequívoca de la condición, la frecuencia de su búsqueda, la estrategia de convocatoria de la población diana, de como se alcanza el diagnóstico de los positivos y de como se les ofrece el tratamiento más resolutivo.

La efectividad de la prevención con pruebas de cribado se mide con el estudio de las características intrínsecas de las pruebas diagnósticas y con el rendimiento obtenido en un contexto determinado por una prevalencia. El valor predictivo positivo que incorpora la prevalencia es probablemente el índice de resumen sobre la efectividad teórica del cribado. El modelo del cribado del cáncer de mama y el modelo del cribado del cáncer de cérvix serán ejemplos para valorar las diferencias conceptuales que aportan y ofrecer la perspectiva epidemiológica de la prevención de las enfermedades ginecológicas más prevalentes.

## Cribado oportunista de cáncer de cérvix en el área de influencia del Hospital de Viladecans

### Introducción

El hospital de Viladecans pertenece al Institut Català de la Salut y atiende a las poblaciones de Viladecans, Castelldefels, Gava, St. Clement y Begues, agrupadas en 5 Áreas Básicas de Salud (ABS).

Los objetivos del estudio son revisar retrospectivamente:

- Las citologías practicadas en todas las ABS de nuestro ámbito de influencia, como herramienta de cribado de cáncer de cérvix (CC).
- El número de diagnósticos de lesiones de alto grado tratadas y controladas en el Servicio de Ginecología del Hospital de Viladecans.
- El número y tipo histológico de cáncer de cérvix diagnosticados en el Servicio de Ginecología del hospital de Viladecans (HV).
- Cobertura de la detección del hospital respecto al total de casos de CC de nuestro ámbito territorial.

### Material y método

Período de estudio: 1996-2001

Población femenina (de más de 14 años): 66.399 mujeres.

Se revisan los resultados de todas las citologías practicadas en las 5 ABS (44.972) y las practicadas en el Servicio de Ginecología del Hospital de Viladecans (10.516).

Todos los estudios citológicos y biopsias se realizan en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Bellvitge (SAPB).

Los listados con todos los históricos de las pacientes por cada un de los diagnósticos citológicos, año por año, con procedencia de cada una de las áreas básicas y del Hospital de Viladecans, se ha dispuesto a través del SAPB.

Se ha revisado la procedencia geográfica de los 160 CC diagnosticados por el SAPB, en este período.

### Resultados

El 96,3% de las citologías de los ABS son normales. La distribución porcentual de las patológicas es:

ASCUS (54%), AGS (4%), LSIL (27%), HSIL (8,7%) y cáncer (0,6%). Esta distribución se aproxima mucho a datos publicados de resultados de programas de cribados poblacionales.

El 91,9% de las citologías practicadas en el Hospital de Viladecans son normales. La distribución de las patológicas es: ASCUS (48%), AGS (6,3%), LSIL (31%), HSIL (12%) y cáncer (1,6%). Datos que reflejan que el hospital actúa como receptor de la patología detectada en atención primaria.

En 6 años se realizaron 4.817 estudios colposcópicos dirigidos y 130 conizaciones.

Se diagnosticaron 26 cánceres de cérvix: Carcinoma escamoso (18) y adenocarcinoma (9).

El 62,5% de las pacientes con el diagnóstico de adenocarcinoma tenían menos de 50 años, mientras que el 66,6% de las pacientes con el diagnóstico de carcinoma escamoso tenían más de 50 años.

En el análisis más detallado de una muestra (50%) de todos los casos de cáncer de cérvix (13), observamos que el 61,5% de las pacientes, en alguna ocasión tuvieron un estudio citológico cervical (el 46% hacía más de 5 años, una paciente controles anuales y una paciente 2 años antes LSIL), en el 25% no consta en la historia clínica cribados previos y una paciente nunca había estado controlada con citología.

Se revisaron la procedencia geográfica de todos los CC (160) registrados en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Bellvitge por tal de verificar y cuantificar el número de pacientes de nuestro ámbito de influencia. El 86,6% de los casos fueron diagnosticados a través del Hospital de Viladecans.

En seis años se han diagnosticado 26 casos de CC en una población de 66.399 mujeres de más de 14 años, con 55.488 citologías, y 130 conizaciones.

La estimación de la media de nuevos casos diagnosticados en el año de nuestro sector es de 5 (la media en todo el estado español es de 2.000).

La tasa de incidencia anual ajustada es de 6,6 cánceres de cérvix por 100.000 mujeres (la tasa del estado español es de 7,2 por 100.000).

### Conclusiones y propuestas

Sería interesante analizar, de una forma prospectiva, las edades de las pacientes a las que se les ha realizado una citología en el ámbito de los PAD, i con

Marta Palau Gené

Hospital de Viladecans  
Barcelona

qué intervalos, con el objetivo de modificar, probablemente dilatando el tiempo de intervalo.

El PAD de nuestro sector tiene muy limitada la incorporación de primeras visitas y no hay diseñado ningún programa específico para captar mujeres nunca o insuficientemente cribadas de CC.

Los equipos de atención primaria son los principales detectores de pacientes de riesgo de CC. Los profesionales del PAD han de propiciar y facilitar este trabajo a través de la formación continuada y de diseñar programas asistenciales que den respuesta a la demanda generada.

El PAD y el Servicio de Ginecología del hospital han de difundir las pautas de cribado propuestas por las sociedades científicas, por tal de ir modificando que se crea a nivel mediático y poblacional que hace falta una periodicidad anual de la citología en todas las mujeres.

Los PADs y los servicios hospitalarios tenemos que disponer de sistemas de información para poder evaluar nuestra actividad, es decir, dar respuesta a la pregunta fundamental: ¿estamos haciendo las cosas bien?, ¿se podrían hacer mejor?, ¿es necesario modificarlas?.

## Beatriz Roca Comella

Médico Adjunto del  
Servicio de Obstetricia  
y Ginecología  
Hospital de Terrassa

## Estrategias en la asistencia al climaterio

El déficit estrogénico de la postmenopausia se asocia a problemas a medio y largo plazo, que han generado un interés en áreas distintas a la pura corrección de la sintomatología climatérica. Este cambio ha servido para crear un nuevo campo en la ginecología, que se dirige hacia la prevención de patología y hacia la mejora de la calidad de vida en aquellos aspectos que están relacionados con la función ovárica o la reproducción en general.

De alguna forma, ésta no es una concepción nueva en nuestra especialidad, pues las políticas de prevención y diagnóstico temprano del cáncer ya son habituales entre los ginecólogos. Sin embargo, el desafío que se plantea es ahora mucho más ambicioso. Encierra la idea de la concepción integral de salud de la mujer, e incluso más, supone la incorporación a una perspectiva reciente en la medicina actual, que se resume en el concepto de gestión de la salud.

Las estrategias a seguir con mujeres sanas, con factores de riesgo, asintomáticas con enfermedad latente o sintomáticas con enfermedad manifiesta, van a condicionar un abanico de posibilidades según precisen tratamiento o prevención de la enfermedad, además de potenciar las opciones de salud y bienestar hasta el final de la vida.

Esta nueva perspectiva no deriva solo de conceptos generados por los médicos, sino que es ya vista como una necesidad por parte de la población. Cada vez

más, las mujeres que consultan por las disfunciones atribuidas al climaterio no lo hacen por el control de los síntomas, sino por los riesgos que ven en su futuro más o menos inmediato, y desean saber cómo pueden actuar para prevenirlos. La osteoporosis ha condicionado buena parte de esta inquietud social, pero también lo han hecho el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o las disfunciones cognitivas. Han tomado conciencia de que el climaterio son años críticos para obtener el máximo beneficio para el futuro.

La estructura actual del Programa de atención a la mujer en el contexto de la atención ginecológica tradicional, está alejada de esta perspectiva. Sin embargo, la propia realidad se obstina en demostrar que cada vez más las mujeres consideran al ginecólogo como el médico referente para la protección y potenciación de su salud. Esta es la experiencia de la práctica clínica diaria y es también la opinión expresada por buena parte de los ginecólogos.

Así pues, en la práctica clínica diaria debemos realizar un esfuerzo constante para cuantificar o semicuantificar la magnitud del riesgo, que permita separar las mujeres susceptibles de enfermedad de las que no lo son y establecer una escala de riesgo entre las susceptibles. Esta clasificación debe conseguirse con el rigor que exige la medicina moderna, utilizando un instrumento bien establecido, que se conoce como análisis de decisión. Se trata de una herramienta cuyo poder reside en que ejecuta análisis explícitos y cuantitativos, pero a la vez flexibles, pues en situaciones donde la evidencia a partir de los datos disponibles es escasa, es capaz de establecer un rango en cuanto a las variables eva-

luadas. De esta forma, es posible cuantificar un determinado efecto posicionando el análisis a partir de los datos más negativos disponibles, y de nuevo hacer lo mismo ante los más positivos, lo que ofrece un rango que el clínico deberá evaluar. De acuerdo con la mejor evidencia disponible en la investigación de cada momento, el análisis acaba recomendando cual es la mejor opción para cada paciente en particular.

A la hora de aplicar análisis de decisión es importante que el paciente tenga un papel activo en la toma de esta decisión. Esta participación se ha mostrado eficaz en la estimulación de la paciente para que sea más responsable y cumplidora de la estrategia diseñada, y en la mejora del resultado final.

Si bien los análisis de decisión exigen un alto nivel de conocimiento de la investigación médica y de los análisis que regularmente hacen grupos de expertos, la práctica clínica se mueve en un alto nivel de incertidumbre. Nos encontramos con situaciones donde no acaba de quedar claro si el uso de fármacos supone o no más beneficio que riesgo.

Para finalizar, podemos resumir diciendo que la mejor asistencia al climaterio debe estructurarse pensando en términos de gestión de la salud. Identificar a las mujeres de riesgo, promocionar hábitos de vida

saludables y utilizar fármacos si fuera necesario. Debemos tener en cuenta la prevalencia de los problemas, la eficacia y eficiencia de la metodología diagnóstica y los efectos secundarios de las terapias.

La promoción de los hábitos saludables no consume recursos, no tiene efectos adversos y las evidencias son cada vez más potentes. La clave está en posicionar cada sujeto en su nivel específico contando que los inconvenientes de la utilización de fármacos queden adecuadamente compensados.

### **Bibliografía**

1. Scroggs JA, Griffin LP, Bayer M, Schulkin J. Obstetrician-gynecologists as primary care physicians: the perspectives of health maintenance organization medical directors and obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol* 1997;90:291-5.
2. Notelovitz M. The adult Women's Health Plan: En: Menopause. The State of the Art in research and management, ed por HPG Schneider, Partenón 2003; 502-7.
3. Cano A, Calaf J, Dueñas JL, Parrilla JL, Palacios S, Cancelo MJ. Terapia Hormonal Sustitutiva. Manejo de la mujer climatérica asintomática. En: *Documentos de Consenso*. SEGO 2003, ed por Meditex 2004;76-87.

## ENTIDADES COLABORADORAS

La Dirección de la revista y Nexus Ediciones, agradecen el apoyo de las empresas que se han adherido al patrocinio de esta publicación.

Empresas patrocinadoras:

---

Farma Lepori, S.A.

Gynea Laboratorios, S.A.

Novartis Consumer Health, S.A.

Vichy Catalán, S.A.