

Boletín Médico de IPPF

Contenido

Declaración del IMAP sobre la eliminación de la mutilación genital femenina (MGF)	1
Conferencia Women Deliver – Londres	2
La fistula obstétrica y su desafío para los sistemas de atención de salud maternal	3

Joseph K. Ruminjo

Declaración del IMAP sobre la eliminación de la mutilación genital femenina (MGF)

Esta declaración fue elaborada por el Grupo internacional para el asesoramiento médico (IMAP) en Octubre del 2007.

La mutilación genital femenina (MGF) se refiere a todos los procedimientos relacionados con la amputación parcial o total de los genitales femeninos o a cualquier otra de herida causada en los órganos genitales femeninos por razones no médicas. La mutilación genital femenina viola una serie de principios, normas y estándares de los derechos humanos ya establecidos, incluidos los derechos a la igualdad y a la no discriminación por motivos sexuales, el derecho a la integridad corporal, el derecho a la vida (en aquellos casos en los que el procedimiento resulta en la muerte) y el derecho a proporcionar los mayores estándares de salud mental y física posibles.

Se puede decir que la MGF también viola los derechos del niño ya que este procedimiento también se practica sobre ellos. La decisión para que se le realice o no la mutilación genital no es una decisión libre, informada o llevada a cabo sin coerción por parte de la niña debido a la fuerte presión que muchos padres y comunidades ejercen sobre estas niñas para aceptar el procedimiento de MGF. La Convención sobre los derechos del niño hace referencia explícita a esta práctica tradicional dañina y hace un llamamiento para tomar las medidas apropiadas y efectivas para que se produzca su eliminación en todos los países.

La MGF es una práctica dañina que va en contra de la visión de la IPPF de “un mundo en el que todas las mujeres, hombres y personas jóvenes disponen de un acceso a la información y a los servicios que necesitan, un mundo en el cual la sexualidad es reconocida como un fenómeno natural y como un aspecto valioso de la vida y un derecho humano fundamental”. La Federación continuará sosteniendo esta creencia de abolir la MGF mediante continuos esfuerzos y en colaboración con otras organizaciones.

Práctica de la MGF

La Organización Mundial de la Salud que cada año en el mundo, entre 100 y 140 millones de las jóvenes y mujeres son sometidas a la MGF. Además, cada año alrededor de tres millones de las jóvenes y mujeres corren el riesgo de ser sometidas a este procedimiento. Se ha documentado la realización de prácticas de MGF principalmente en África y en algunos países de Asia y del Oriente medio. El número de mujeres que han sido sometidas a la MGF ha aumentado en Europa, Australia, Canadá y los EEUU y es común principalmente entre inmigrantes provenientes de países donde se practica la MGF.

Se conocen varias justificaciones para la práctica de la MGF. Las razones son complejas y varían de país en país e incluso dentro de algunas comunidades. La MGF está arraigada dentro de una estructura social, económica y política y es considerada como una convención social que a menudo es aceptada sin cuestionarse. Algunas de las justificaciones sociales consideran la MGF como un medio para conservar la virginidad, asegurar la fidelidad y como un rito de tránsito hacia la madurez de la mujer. La práctica de la MGF es, por lo tanto, una parte importante de la identidad cultural de algunas jóvenes y mujeres. Las justificaciones religiosas provenientes del Cristianismo, Judaísmo, Islamismo y de ciertos grupos indígenas africanos son a menudo basadas en la práctica, a pesar de que ninguna de las escrituras sagradas de estas religiones recomiende la práctica de la mutilación genital femenina. Comprender este tipo de creencias culturales y sociales constituye un elemento crítico para cualquier esfuerzo orientado a eliminar esta práctica dañina.

La OMS de la salud clasifica la MGF como:

Tipo I: Ablación parcial o total del clítoris y/o del prepucio (clitoridectomía).

Tipo II: Ablación parcial o total del clítoris y de los labios menores, con o sin excisión de los labios mayores (excisión).

Tipo III: Estrechamiento del orificio vaginal mediante la creación de una cubierta cerrada a partir del corte y aposición de los labios menores y/o los labios mayores, quitando o no el clítoris (infibulación).

Tipo IV: Sin clasificar. Cualquier otro tipo de procedimiento dañino ejercido sobre los genitales femeninos sin ningún propósito médico, por ejemplo: la punción, perforación, incisión, cauterización y el raspado.

En muchos países se ha reducido la edad a la que se realiza la MGF en la mujer como reacción directa a las leyes de MGF. Además, aunque normalmente este procedimiento es llevado a cabo por practicantes tradicionales, un mayor número de personal médico están realizando estas intervenciones en respuesta al aumento de concienciación acerca del impacto negativo que la MGF tiene sobre la salud. La medicalización de la MGF está fuertemente censurada, y los proveedores de servicios de salud deben ser disuadidos para evitar llevar a cabo este procedimiento.

Consecuencias negativas

Todos los tipos de MGF tienen consecuencias adversas para la salud. Los tejidos genitales, una vez eliminados, no pueden ser reemplazados, resultando en un cambio físico para toda la vida, independientemente de que se produzcan otras complicaciones. La mutilación es a menudo llevada a cabo por un practicante tradicional o un miembro de la familia bajo pobres condiciones de higiene, sin anestesia y utilizando instrumentos no quirúrgicos y no esterilizados, como cuchillas de afeitar, cuchillos, o vidrio roto.

Las complicaciones inmediatas de la MGF incluyen el dolor y el sangrado producido durante y después del procedimiento. La hinchazón y el edema causan una retención aguda de orina, el proceso de orinar es doloroso y la defecación es también dolorosa o difícil. La cicatrización puede llevar hasta 8 semanas, dependiendo de la amplitud del procedimiento de MGF.

La mujer que ha sido sometida a la MGF puede sufrir complicaciones permanentes inmediatas o a largo plazo.

- Las terminaciones nerviosas desprotegidas pueden causar un dolor intenso en el tejido cicatrizado, provocando dolor durante el coito (dispareunia), incluso si el orificio vaginal es lo suficientemente grande para permitir la penetración, y esto es en los tipos I y II de MGF. Los intentos de penetración a través del orificio vaginal que ha sido estrechado pueden causar laceración y hematoma, los cuales requerirán una intervención médica.
- Las **infecciones** tales como los abscesos perineales y las úlceras genitales son comunes y pueden llevar a producir una septicemia mortal, tétano o gangrena. Las infecciones pélvicas recurrentes pueden causar dolor pélvico crónico y de espalda. La MGF aumenta el riesgo de contraer infecciones del tracto urinario, las cuales pueden ascender hasta la vejiga y los riñones y llevar a un mal funcionamiento renal y septicemia que amenacen la vida del paciente. La MGF también puede resultar en incontinencia urinaria, disfunción sexual e infertilidad.
- La MGF puede suponer un riesgo para el aumento de la transmisión del VIH y de otras **infecciones de transmisión sanguínea**, tales como la hepatitis B y C. Este riesgo puede provenir del uso de instrumentos no estériles utilizados durante los procedimientos de MGF, del manejo de las complicaciones obstétricas relacionadas con la MGF o por el traumatismo del tracto genital asociado con el coito.
- La inflamación e irritación local crónica pueden empeorar la cicatrización y el estrechamiento, resultando en una disminución del flujo de orina, **retención de orina y retención de sangrado menstrual** en la vagina (hematocolpos). Las anomalías anatómicas resultantes causan **dificultades en el parto**, aumentando así la morbilidad y mortalidad maternal y neonatal. Las mujeres que han sido sometidas a cualquiera de los tipos de MGF

presentan un riesgo significativamente más alto de complicaciones obstétricas, como los desgarros perineales, y en algunos casos, será necesario un procedimiento quirúrgico para abrir el tracto genital inferior (defibulación). Estas complicaciones pueden hacer necesaria la realización de una sección cesárea o inducir una hemorragia posparto, la cual causará una prolongada permanencia en el hospital. Además, los niños de madres afectadas por la MGF de los tipos II y III presentan un aumento del riesgo de morir en el momento del nacimiento.

- La extirpación de tejido genital altamente sensible, especialmente del clitoris, la formación excesiva de cicatrices (queloides) y el dolor pueden afectar negativamente la sensibilidad sexual y el placer. El impacto negativo del procedimiento sobre **el desarrollo psicológico y psicosexual** de una niña sometida a la MGF puede durar hasta la madurez. En estos casos se ha observado ansiedad, depresión y miedo al coito.

IPPF se adhiere a la declaración conjunta de la Organización de la Salud y de otras agencias de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la práctica dañina de la MGF.¹

¿Qué pueden aportar las asociaciones miembro?

Las asociaciones miembro tienen un importante papel en la eliminación de la MGF tanto a nivel nacional como comunitario. Estas prácticas tienen unas raíces culturales profundas y por lo tanto es necesaria una acción continua para conseguir un impacto permanente, ya que conseguir un cambio de conducta es un proceso complejo. Las asociaciones miembro deben obtener toda la información posible sobre la prevalencia, la dinámica y las características de la MGF en sus respectivos países. Teniendo en cuenta el contexto de sus antecedentes sociales y culturales, deberán revisar las actividades que se llevan a cabo en la actualidad, familiarizarse con los recursos disponibles sobre la MGF y desarrollar estrategias para la eliminación de su práctica. Las acciones concretas que las asociaciones miembro pueden desarrollar para eliminar la práctica de la MGF deben incluir los siguientes elementos clave:

Apoyo

- Los Estatutos de IPPF sobre los derechos sexuales y reproductivos deberán ser usados como una herramienta de apoyo para ejercer presión hacia cambios en la legislación que protejan los derechos humanos de mujeres y jóvenes y eliminar todas aquellas prácticas dañinas y/o discriminatorias.
- Los esfuerzos llevados a cabo para promover la eliminación de la MGF requieren la clarificación y la ejecución de las leyes existentes y el entrenamiento dirigido a los proveedores de servicios para aumentar el conocimiento acerca de las consecuencias para la salud y para los derechos humanos que conlleva su práctica.
- Deberán llevarse a cabo esfuerzos estratégicos a todos los niveles, desde la comunidad hasta la región. Las asociaciones miembro deberán colaborar con otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajen en este tema, tales como asociaciones profesionales médicas y parlamentarias, para tratar a influenciar cambios dirigidos a eliminar la práctica de la MGF a través del apoyo, la información, la educación y la investigación.
- Los líderes religiosos y seculares de la comunidad deberán ser involucrados para asegurar un ambiente propicio para el cambio en la comunidad. Estos líderes pueden contribuir a un cambio, a través del apoyo comunitario, si ellos proporcionan argumentos de peso contra la práctica de la MGF.
- En países donde la MGF es practicada dentro de comunidades de inmigrantes, estas comunidades deberán movilizarse e involucrarse en el proceso de cambio de conducta a través de la provisión de una información precisa y de la educación relacionada con la práctica de la MGF.
- Deberá promoverse la participación de mujeres en debates del tema de la MGF, y ésta participación deberá incluir las mujeres que trabajen en el campo de la salud o que representen las comunidades locales.
- Los hombres son igualmente importantes para conseguir el cambio de una práctica cultural tan arraigada como la MGF. El diálogo social proporciona la oportunidad de educar a toda la comunidad sobre los derechos humanos de la mujer y la aplicación de las leyes relacionadas con la MGF.
- En aquellas circunstancias en las que sea apropiado, los programas más amplios que tengan por objetivo la mejora de la salud reproductiva de las mujeres, deberán incluir un debate sobre la MGF y las acciones necesarias para erradicar su práctica. Los proveedores de servicio deberán usar cualquier oportunidad para aconsejar a las mujeres, a sus parejas y a los padres de niños/as jóvenes sobre los efectos dañinos de continuar con la práctica de la MGF.

Servicios

- Las asociaciones miembro tienen un papel importante en contrarrestar la tendencia hacia la medicalización de la MGF. Los estándares éticos médicos dirigidos a los profesionales de la salud deben incluir una fuerte condena a la práctica dañina que es la MGF. Estos estándares deberán ser implementados para asegurar que ningún profesional de la salud realiza ningún tipo de MGF.
- En los países donde la MGF es ampliamente practicada, las asociaciones miembro deben estar equipadas para dar consejo comprensivo y atención para tratar con las complicaciones físicas y psicológicas de la MGF. Las mujeres que hayan sido sometidas a la MGF y que estén sufriendo sus complicaciones crónicas podrían requerir apoyo por parte de un especialista y/o tratamiento quirúrgico. Si no se dispone de un sistema de atención comprensivo en el lugar de prestación de servicios, deberá contarse con un sistema de remisión apropiado. La práctica de procedimientos de MGF requeridos después del parto, tal como la reinfibulación (rehabilitación de la mutilación), deberá ser fuertemente rechazada.
- Las asociaciones miembro deben asegurarse de que todas las mujeres, incluidas aquellas que hayan sido mutiladas, tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva globales, incluidas las pruebas para la detección de infecciones del tracto reproductivo y de infecciones de transmisión sexual (ITR/ITS), anticoncepción y educación sexual.
- Debe proporcionarse información a todos los clientes que busquen atención en el lugar de prestación de servicios acerca de los serios riesgos para mujeres que se hayan sometido a la MGF durante el parto. Las mujeres embarazadas que hayan sido mutiladas deben ser aconsejadas para dar a luz en un ambiente clínico, donde las posibles complicaciones puedan ser tratadas adecuadamente.
- Deben identificarse las complicaciones psicosexuales para que sea posible proporcionar el adecuado asesoramiento y apoyo. Las mujeres jóvenes y sus parejas podrían requerir asesoramiento premarital para tratar las complicaciones comúnmente asociadas con la MGF.
- Tras el asesoramiento de la mujer y una vez obtenido su consentimiento informado, los profesionales de la salud que posean el debido entrenamiento deberán, cuando sea posible, intentar restaurar la condición anatómica anormal causada por la MGF. Si están disponibles, deberán llevarse a cabo las remisiones apropiadas a los servicios de defibulación.
- Las asociaciones miembro deben informar de todos los servicios relacionados con la MGF en el servicio global de estadística de la IPPF. Los datos sobre la prevalencia y las consecuencias para la salud de las víctimas de la MGF deben ser recogidos por los servicios clínicos para su uso como herramienta de apoyo para la defensa de los cambios de la legislación.

1. "World Health Organization. Joint inter-agency statement on the elimination of female genital mutilation. Geneva, World Health Organization. 2007 (forthcoming).

Declaración elaborada por el Grupo internacional para el asesoramiento médico (IMAP) en Noviembre de 1991 y revisado por el Grupo en Octubre del 2001 y en Octubre del 2007. El IMAP se reserva el derecho de modificar esta declaración a la vista de nuevos avances en este campo.

Conferencia 'Women Deliver' – Londres

El mundo se reunió entre el 18 y el 20 de Octubre para conmemorar el vigésimo aniversario de la 'Iniciativa para una maternidad segura' y para evaluar el progreso conseguido en la prevención de las defunciones maternas y la promoción de la supervivencia de la madre y el niño.

Más de 1.500 delegados provenientes de 109 países atendieron este evento, entre los que se incluían políticos, activistas de los derechos humanos, profesionales de la salud, economistas, medios de comunicación y organizaciones civiles. La Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF, por sus siglas en inglés) fue una de las 12 participantes involucradas en el Grupo principal de planificación y varios miembros de la plantilla de trabajadores de la IPPF y voluntarios moderaron sesiones y/o realizaron presentaciones durante la conferencia.

Los participantes de la conferencia identificaron varias intervenciones para la salud, un elemento crucial para la mejora de la salud maternal y del niño, las cuales requerirán una mayor atención en el futuro. Entre estas intervenciones se incluyeron:

- Atención de emergencia en obstetricia
- Atención especializada durante el embarazo y tras el parto
- Servicios de salud reproductiva globales, incluida la planificación

familiar para todos (económica y accesible)

- Colaboración con la sociedad civil y otras organizaciones no gubernamentales (ONGs)

Los participantes también propusieron iniciativas para enfatizar los asuntos relacionados con la salud maternal:

- Aumentar los presupuestos destinados a salud y priorizar las agendas de salud a niveles nacional, regional e internacional
- Crear sinergias entre los sectores de salud y otros sectores
- Convocar una sesión especial en La Asamblea General de las Naciones Unidas sobre salud maternal que resulte en un plan de acción global
- Crear financiación global dirigida a la salud de la mujer
- Mejorar la recogida de datos referentes a la salud maternal, tales como auditorías de salud o las búsquedas de información confidenciales

Durante la conferencia se celebró un Forum especial dirigido a ministros en el cual estuvieron involucrados 70 miembros del parlamento. El resultado fue la puesta en marcha de una declaración final, la cual garantizaba su compromiso de conseguir el objetivo de desarrollo del milenio Meta 5 (mejorar la salud maternal) mediante una 'alta prioridad en la agenda nacional, regional e internacional de salud'.

The Lancet publicó una edición especial sobre 'Women Deliver' el 12 de Octubre con motivo de marcar esta conferencia. Esta publicación incluye varios artículos relacionados específicamente con temas sobre salud maternal (ver: www.thelancet.com).

En reconocimiento de 'Women Deliver' y para enfatizar la importancia de los asuntos relacionados con la salud maternal y del niño, el boletín médico de la IPPF informará sobre tópicos relacionados con la salud maternal durante el próximo año. En la actual edición del boletín se incluye un artículo sobre fístula obstétrica escrito por el Dr. Joseph Ruminjo.

La fístula obstétrica y su desafío para los sistemas de atención de salud maternal

Joseph K. Ruminjo

Antecedentes y contexto

Las mujeres en países en vías de desarrollo pagan un alto precio por su embarazo y parto. Más de 300 millones de mujeres sufren complicaciones durante el embarazo, el parto o un aborto. Estas complicaciones son la causa principal de muerte e invalidez (se estima que se producen unas 529.000 muertes por año), la mayoría de las cuales son prevenibles.¹ La disparidad del riesgo de defunción maternal en la vida (una de cada 16 mujeres en los países más pobres y sólo una de cada 2.800 en países desarrollados) es el indicador más dramático para distinguir entre países con gran abundancia de recursos y países con escasos recursos.

Por cada muerte que se produce, al menos 50 mujeres más sufren un serio problema de salud maternal (un estudio internacional de salud familiar estima que son muchas más).² Uno de los tipos de incapacidad física más devastadores a largo plazo es la fístula obstétrica: una condición prevenible y tratable que puede producir incontinencia, daño nervioso y un severo estigma social a la mujer.

Definición y causas

La fístula obstétrica es una comunicación anormal entre el tracto reproductivo (normalmente la vagina) y el tracto urinario (frecuentemente la vejiga) o el tracto alimentario (usualmente el recto) o ambos. Típicamente se desarrolla después de varios días en un parto prolongado y obstruido, durante el cual, la cabeza del bebé comprime continuamente los tejidos blandos de la madre en contra la pelvis causando una necrosis isquémica y posteriormente una muda de los tejidos perineales maternos.

Algunos casos de fístula obstétrica son causados por intervenciones quirúrgicas durante un parto difícil, entre las que se incluyen el parto con ayuda de instrumental vaginal, operaciones vaginales destructivas y heridas tales como el corte *gichiri yankan* de la pared anterior de la vagina, un tratamiento tradicional del norte de Nigeria y que está implicado en un 5 a un 10 por ciento de las fístulas en esta región. Las causas ginecológicas, incluidas el cáncer y la irradiación, son menos comunes en países en vías de desarrollo. Una excepción es la fístula ginecológica traumática causada por la violencia sexual en lugares conflictivos, sin embargo estas causas están fuera del alcance de este artículo.

Factores asociados

La organización internacional EngenderHealth junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el proyecto de la Universidad de Columbia 'Averting Maternal Mortality and Disability (AMDD)' dirigieron la primera evaluación multinacional sobre las necesidades de fístula obstétrica y traumática en 12 países de África Subsahariana y de Asia del

Sur.^{3,4} Desde entonces y en colaboración con otras instituciones clave y grupos o individuos públicos nacionales e internacionales interesados, estas organizaciones han defendido un debate crítico sobre legislación internacional y programas en salud reproductiva y maternidad segura. También se han esforzado por crear programas y servicios nacionales sobre fístula, dirigir investigación en las áreas de ciencias sociales y clínicas y por llevar a cabo entrenamiento clínico y de comunicación para aumentar la concienciación acerca de este tema.

Los resultados de estas evaluaciones mostraron que los gobiernos y los ministerios de salud están saturados de sistemas de salud pobres, escasez de recursos humanos e inestabilidad política; también tienen otras prioridades médicas (malaria, VIH, malnutrición) y no médicas (pobreza, conflicto, inseguridad, una dirección pobre, desigualdad) y además presentan sistemas de información para el manejo de la salud y pautas de legislación y estándares deficientes.

En las comunidades, los problemas identificados fueron: la pobreza, el analfabetismo, las infraestructuras pobres, la ignorancia hacia los signos de peligro durante el embarazo y el parto y la falta de planificación de nacimientos. Las normas culturales y de género junto con las concepciones erróneas sobre la salud privan a las mujeres de su poder, especialmente en la toma de decisiones financieras y de salud reproductiva.

Los sistemas de remisión en los servicios de salud son ineficientes y el transporte es costoso y poco efectivo. Los centros de salud pueden ser de una baja calidad y son percibidos como lugares donde la gente 'va para morir', disponen de unas infraestructuras, programas, equipamiento, provisiones y medicación inadecuados. Tanto las normas a nivel nacional y de centro como las pautas y los sistemas de gestión de la información no apoyan ni la prevención de la fístula ni los servicios médicos y de rehabilitación y además, las facturas por la atención pueden ser prohibitivas. Cirujanos con experiencia exiliados y algunos doctores indígenas dedicados y automotivados, enfermeras y otra plantilla paramédica luchan como pueden con un equipamiento y unos abastecimientos inadecuados para la atención obstétrica de emergencia, y realizando cesáreas en el momento adecuado. Sin embargo, muchas mujeres pueden adquirir una fístula en el hospital.⁵

Muchas de estas barreras en el tratamiento de la fístula son muy similares a las descritas por Maine y cols.⁶ en el Modelo de Tres Retrasos para la maternidad segura y el acceso a la atención obstétrica de emergencia, que incluye el retraso en la búsqueda de atención de salud, el retraso en llegar al centro de salud y el retraso en recibir atención una vez dentro del centro de salud. Se desconoce en qué medida otras morbilidades y vulnerabilidades (por ejemplo: VIH, malnutrición y prácticas culturales como la mutilación genital femenina) contribuyen a la ocurrencia y el tratamiento de la fístula.

Consecuencias de la fístula

Los efectos físicos de la fístula incluyen la dermatitis de la vulva y de los muslos, las infecciones del tracto urinario, el fallo renal, la disfunción sexual, los partos de un niño muerto (en hasta un 90 por ciento de los casos) y la infertilidad. Los efectos sociales son devastadores. La constante humedad y el olor intenso y desagradable que produce, junto con la historia de parto de un niño muerto pueden causar una pérdida de la dignidad en la mujer, la cual podría conducir a la estigmatización y a la discriminación incluso dentro de la propia familia y al abandono por parte del esposo. La fístula también tiene implicaciones negativas para la escolarización, el empleo, los desplazamientos y para un gran número de interacciones sociales.

La fístula tiene una larga historia e incluso se ha encontrado un caso en una momia egipcia de mujer. Globalmente, la fístula es común en aquellos lugares donde no se dispone de una atención obstétrica oportuna, lo cual es indicativo de un sistema de atención de salud maternal deficiente: en aquellos lugares en los que existe la fístula, las mujeres mueren por causa del embarazo y del parto.

Más de 2 millones de mujeres viven con fístula obstétrica (predominantemente en el África Subsahariana, partes del Asia del Sur y del mundo Árabe) y se producen de 50.000 a 100.000 nuevos casos anualmente. Estos números están basados en los casos provenientes de los centros de salud, ya que los datos referentes a las comunidades son muy escasos y posiblemente están basados en estimaciones muy bajas.⁷ Llevará varios años para clarificar la acumulación de trabajo en cuanto al número de casos nuevos y antiguos dados los actuales recursos y niveles de reparación.

Casi todas las mujeres pueden tener una fístula. La mayoría son madres jóvenes primerizas y sus bebés son normalmente nacidos muertos, a pesar de que se realice una intervención médica tardía.³ La pobreza extrema, un estatus de salud comprometido, poca o ninguna educación, el acceso limitado a los sistemas de salud, las desigualdades de género, el escaso control y la falta de responsabilidad por parte del gobierno y del proveedor son factores que contribuyen a su aparición. En los casos de emergencia, el riesgo aumenta debido a la preferencia cultural por llevar a cabo el parto del primer bebé en casa y por la no aceptación de la sección cesárea.

Intervenciones programáticas

Los sistemas de salud necesitan una mejora junto con una legislación a nivel nacional y de centro local que los apoye, además de pautas y estándares. Existe una falta crucial de estandarización en las áreas de entrenamiento, de pautas de prestación de servicios y materiales, de clasificación de las fistulas y de investigación clínica y operacional para informar sobre la prevención, el tratamiento y la reintegración social.

Es necesario un esfuerzo coordinado para tratar este problema de salud pública. Entre los responsables clave se incluyen los gobiernos, las organizaciones nacionales e internacionales no gubernamentales (ONGs), las asociaciones profesionales y las agencias regionales, los proveedores de salud y las asociaciones públicas y privadas.

Prevención

El coste de cirujanos especializados, de proveedores de salud y de otros recursos para tratar la fistula son prohibitivos en lugares con escasos recursos (donde más se necesita) y por lo tanto prevención es el factor clave. Esto supone que múltiples sectores y grupos o individuos públicos interesados se involucren en los temas de embarazo y de parto seguro. Los que elaboran las políticas deben distribuir los recursos equitativamente y reforzar las leyes contra el matrimonio entre menores de edad. Existe la necesidad de expandir información y de un acceso a la planificación familiar, servicios de alta calidad de salud en centros con trabajadores bien entrenados y con un equipamiento adecuado, y además, los trabajadores de la salud de la comunidad (como las matronas tradicionales) deben ser animados a participar.

La iniciativa para una maternidad segura debe especificar los estándares de las intervenciones mínimas y la metodología para asegurar la disponibilidad de unas leyes nacionales e institucionales dirigidas a aumentar la concienciación, mejorar la información y conseguir una atención para la salud de calidad. Esta iniciativa debe incluir un conjunto de estrategias de prevención temprana y tardía para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna, incluida la fistula. Debe asegurar la salud y nutrición de todas las mujeres embarazadas, mejorar el ambiente en el que se desarrolla el feto, asegurar la nutrición, educación y vacunación de las hijas, proporcionar servicios o remisión a los servicios de planificación familiar y asegurarse de que mujeres bien informadas puedan alcanzar y recibir la atención en un centro general dirigido al cliente.

Estas intervenciones deben estar integradas en un programa horizontal de maternidad seguro mediante:

- El fomento de fuertes lazos entre las comunidades y los centros clínicos mediante la educación sobre prácticas seguras para el embarazo y la provisión de una atención especializada, el diálogo, la preparación para las emergencias y los desplazamientos (apoyada por mini créditos y seguros)
- Actualización de la capacidad de los centros para incluir una atención comprensiva de emergencia obstetricia y para el recién nacido, que incluya una evaluación del parto rutinaria (mediante el uso del partograma) y la sección cesárea.
- Evaluar el nivel de calidad de la atención regularmente, ya que el nivel de calidad es crucial para la supervivencia de la madre y del bebe.
- El uso de un catéter interno puede prevenir la fistula resultante de un parto obstruido tardío o ayudar al cicatrizado de una fistula ya existente.⁸

Tratamiento

Algunas mujeres ahorran dinero durante muchos años para cubrir los gastos médicos y de desplazamiento. Retrasos de cualquier tipo aumentan la probabilidad de que se produzcan complicaciones médicas y psicosociales. Sin embargo, la comunidad puede exigir activamente el tratamiento de la fistula mediante el aumento de la concienciación e involucrando a los hombres a todos los niveles. Los legisladores pueden impulsar los recursos y los hombres pueden ser educados acerca de los recursos necesarios y disponibles para las mujeres a través de la radio, el teatro, la música y otras actividades interactivas de difusión de información.

Los centros de tratamiento necesitan actualizar su infraestructura, sus programas, su equipamiento general y específico para la fistula, sus abastecimientos y su medicación. También necesitan leyes de apoyo nacional y específicas para cada centro, provisión de supervisión, evaluación y seguimiento de las actividades de los proveedores, entrenamiento, calidad de atención y responsabilidad institucional. Las supervisiones médicas y programáticas son importantes y los sistemas de administración de información sobre la salud necesitan mejorar.

Es difícil motivar, entrenar y mantener a los cirujanos especialistas en fistula. Estos cirujanos necesitarán un plan de promoción y reconocimiento profesional, un ambiente de trabajo propicio y un apoyo en forma de

supervisión. Además se necesitará una mayor capacitación para enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

Reintegración

Las mujeres que hayan padecido de fistula por un tiempo relativamente corto antes de que se produzca una recuperación con éxito, se reintegrarán en la comunidad más fácilmente. Las recuperaciones sin éxito o la necesidad de llevar a cabo desvíos urinarios o fecales, con estomas, pueden suponer desafíos médicos, logísticos, éticos y sociales.

La rehabilitación física, psicológica y vocacional es necesaria. EngenderHealth dispone de un currículum de asesoramiento sobre la fistula. Estos clientes tienen una necesidad especial de asesoramiento debido a un previo o continuo trauma físico y emocional, ambivalencia sobre la planificación familiar, amenaza de su derecho a una toma de decisión informada, y vulnerabilidad al VIH. Algunas ONGs y otras Organizaciones basadas en la comunidad (de sus siglas en inglés, CBOs) ayudan proporcionando experiencia financiera y contabilidad, habilidades para generar ingresos e iniciar mini créditos en moneda o en género.

Las intervenciones dirigidas a la integración deben involucrar a la mujer, a su familia y a la comunidad para desaparezca la estigmatización, la discriminación y las falsas creencias acerca de la fistula. La comunidad puede contribuir con dinero o con mano de obra y proporcionando ayuda para la prevención de la fistula, tratando con los proveedores de salud para identificar las mujeres que presentan fistula y exigir su tratamiento.

Impacto

Las mujeres se beneficiarán de intervenciones que podrían salvar sus vidas, partos y embarazos más seguros, tener bebés más sanos y disponer de tratamiento y prevención contra la fistula. Se les asegurará el respeto, la dignidad y la privacidad para tomar decisiones informadas. Con el aumento de su confianza en la calidad de la atención, ellas estarán más dispuestas a volver a visitar el centro.

A los proveedores de atención de salud se les permitirá utilizar las mejores prácticas basadas en la evidencia, un equipamiento moderno y sistemas de administración para prevenir infecciones y tratar cualquier complicación relacionada con el embarazo, reducir el estigma asociado con la fistula, aconsejar a los clientes y llevar a cabo las remisiones apropiadas a los servicios de planificación familiar, de salud materna y del niño y a otros servicios.

Las comunidades y los sistemas de salud se transformarán mediante el aumento y el sostenimiento de la capacidad y del apoyo por una maternidad y unos servicios de salud reproductiva seguros.

Conclusión

La prevención y el tratamiento de la fistula es posible si se trabaja en estrecha colaboración con organizaciones locales e internacionales para crear un ambiente de apoyo. Todas las mujeres del mundo que cada minuto se quedan embarazadas no se merecen menos.

Dr Joseph Ruminjo

Senior Clinical Manager

Safe Motherhood Programme, EngenderHealth/ACQUIRE

1. World Health Organization. World Health Day highlights scandal of 600 maternal deaths each year. Press release, WHO/33, April 6, 1998. www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-33.html

2. Family Health International. The base of the iceberg: Prevalence and perceptions of maternal morbidity in four developing countries. Research Triangle Park, NC: Family Health International, 1997.

3. United Nations Population Fund (UNFPA), EngenderHealth. Obstetric fistula needs assessment report: Findings from nine African countries. New York, NY: UNFPA & EngenderHealth, 2003

4. EngenderHealth, Mailman School of Public Health of Columbia University. Obstetric fistula: a needs assessment in Ghana and Rwanda; expanding knowledge. New York, NY: EngenderHealth & Columbia University, 2004.

5. Association of East, Central and Southern African Obstetrics and Gynecology Societies (2005). Women's Dignity Project Symposium on Obstetric Fistula, ECSAOGS 7th Scientific Conference, Dar-es-Salaam, Tanzania Nov 13-16, 2005.

6. Maine D et al. Prevention of maternal deaths in developing countries: Programme options and practical considerations. Paper presented at the International Safe Motherhood Conference, Nairobi, 10-13 February, 1987.

7. Murray C, Lopez A, eds. Health dimensions of sex and reproduction: The global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies. Cambridge, MA: Harvard University Press on behalf of the World Health Organization and World Bank, 1998; p390.

8. Waaldijk K. Immediate management of fresh obstetric fistulas. *Am J Obstet Gynecol* 2004; **191**: 795-99

9. Ghachatou AK. Taking care of fistula patient's social reintegration. Presentation at International Fistula Ethics Meeting, Duke University, Durham, NC, Feb 2007. mc.duke.edu/pdf/Ghachatou.pdf