

Serra Arranz Lidia, Asistencia al embarazo y parto en mujeres víctimas de mutilación genital femenina de Somalia

por Lidia Serra Arranz

ARCHIVO	16635_LIDIA_SERRA_ARRANZ_SERRA_ARRANZ_LIDIA__ASISTENCIA_AL _EMBARAZO_Y_PARTO_EN_MUJERES_VÍCTIMAS_DE_MUTILACIÓN_GEN ITAL_FEMENINA__1833642662.PDF (2.15M)	
HORA DE LA ENTREGA	28-ABR-2017 05:13P.M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS19807
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	LA8064974 12	SUMA DE CARACTERES 109016



Trabajo Fin de Grado

Título:

Asistencia al embarazo y parto en mujeres víctimas de mutilación genital femenina de Somalia

Alumno: Lidia Serra Arranz

Director: María Urtasun Lanza

Madrid, abril de 2017

INDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	3
PRESENTACIÓN	4
ESTADO DE LA CUESTION	5
1. FUNDAMENTACIÓN	5
2. JUSTIFICACION	14
OBJETIVOS E HIPÓTESIS	15
Objetivo principal	15
Objetivo específico	15
Hipótesis	15
Hipótesis específicas	15
METODOLOGÍA	17
Diseño del estudio	17
Sujetos de estudio	18
Variables	20
Intervención a evaluación	23
Análisis de datos.....	53
Fases del estudio y cronograma	55
ASPECTOS ÉTICOS	59
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
Anexos.....	70
Anexo 1.....	70
Anexo 2.....	72
Anexo 3.....	73
Anexo 4.....	74
Anexo 5.....	75

RESUMEN

La mutilación genital femenina, es una tradición que persiste a través del tiempo y que en algunos países representa un grave problema para las mujeres. Produce complicaciones físicas y psíquicas, la gran mayoría de ellas graves. Pero es durante el embarazo y el parto donde más pelagra su salud.

El objetivo de este proyecto es generar una guía que oriente a los profesionales de la enfermería. En el contexto de proporcionar cuidados durante el embarazo, parto y postparto, en mujeres con mutilación genital femenina tipo 3. El fin, será lograr reducir el número de complicaciones y mortalidad materna en Somalia. Para ello elaboraremos una serie de protocolos, que más tarde evaluaremos mediante una recogida de datos y análisis de resultados a lo largo de las intervenciones.

Palabras clave: (DeCS) Mutilación genital femenina, parto, embarazo, enfermería y mortalidad materna.

ABSTRACT

Female genital mutilation is a tradition that persist through time and that in some countries represents a serious problem for women. This cause severe physique and psychological complications in the clear majority. But is during pregnancy where women's health can be more affected.

The aim of this project is creating a guideline for nursing professionals. In the context of providing pregnancy, childbirth and postpartum cares in women with type 3 female genital mutilation. The purpose of the study will be to reduce the number of complications and maternal mortality in Somalia. To do this I will be draft a series of protocols. Later assess trough a collection of data analysis of results throughout the interventions.

Key words: (MESH) Female genital mutilation, delivery, pregnancy nursing y maternal mortality.

PRESENTACIÓN

Son muchas las vulneraciones de los derechos humanos que cada día se suceden a lo largo del mundo, de las cuales todos o por lo menos los que aun conservamos el juicio somos conscientes. Nos hemos acostumbrado a conocer a través de los medios de comunicación, las desgarradoras historias que pasan en países lejanos, aquellos que consideramos como subdesarrollados y que, por el hecho de nacer en ese terreno, una persona correrá el riesgo de sufrir cualquier tipo de maltrato, ataque o violación de sus propios derechos fundamentales.

Sin embargo, no todas las personas miran hacia otro lado, existen individuos que aprueban y promueven el cambio, personas que están dispuestas a cambiar aquello que se ha mantenido durante miles de años y que la propia evolución humana olvido modificar.

Muchos son los valientes que se enfrentan al cambio y entre ellos se encuentra mi figura favorita de la sociedad, aquella que tuve la oportunidad de conocer en acción en un entorno similar al que se habla en el estudio, las enfermeras. Veladoras de bienestar y que por el simple hecho de ser en su mayoría mujeres, han quedado apartadas de la medicina durante años.

Por este motivo, este estudio va dirigido a las enfermeras y estudiantes de enfermería de Somalia, ya que como he estudiado y analizado la mutilación genital femenina, requiere de una intervención y por consiguiente un cambio a nivel comunitario.

La mutilación genital femenina (MGF), es uno de los ataques más duros y comunes a la mujer, que, aun siendo ilegal, está más presente de lo que pensaríamos. No solo en países africanos o asiáticos, sino que por la cantidad de inmigrantes que residen en nuestro país, podemos y debemos saber cómo cuidar a una mujer que ha sufrido una atrocidad de este calibre, sobre todo cuando está dando paso a una nueva vida.

Considero que uno de los momentos más felices de la mujer es dar paso a una nueva vida, y por ello ninguna debería perder la suya propia. En Somalia, hay un alto porcentaje

de muerte durante el parto y el postparto cuyo desencadenante es que hayan sido mutiladas anteriormente. Por este motivo, me gustaría proponer un protocolo asistencial, en el que se acompañe a estas mujeres a lo largo de su embarazo y posteriormente durante el postparto, protegiendo a la futura descendencia de sufrir uno de los crímenes más atroces del siglo veintiuno.

ESTADO DE LA CUESTION

1. FUNDAMENTACIÓN

La MGF, ha sido practicada por números países en el mundo durante más de 5.000 años. Las estadísticas revelan cómo los cambios hacia la abolición de esta práctica y por consiguiente la protección de la dignidad femenina, han surtido efecto en algunos países. Sin embargo, existen zonas en el mundo, como Somalia, donde a pesar de las presiones de muchos organismos y fuerzas internacionales, el porcentaje de niñas y mujeres con infibulación es del 98%.⁽¹⁾

Las consecuencias son muy graves, desde hemorragias e infecciones en el momento del corte a infertilidad y patologías psiquiátricas en la edad adulta ⁽²⁾.

En este proyecto se expondrá un protocolo asistencial por el que atender a la mujer con MGF durante su embarazo, de manera integral y comprometida con la situación actual del país. De este modo y para comenzar, plantearé la definición y los tipos de MGF, la prevalencia en los países africanos y el panorama legal en el que nos encontramos actualmente. Tras esto, me centraré en el país de Somalia, estudiando sus características e introduciendo el término de la infibulación. He obtenido los datos para la realización del trabajo, por medio de páginas de búsquedas bibliográficas, como son Pubmed, Scielo o Googel académico, utilizando las palabras clave listadas en el resumen/abstract. Por otro lado, para guiarme en la búsqueda me he inspirado en documentales sobre la materia, como *"Bimba y la gran idea"*, *"La flor del desierto"*, *"The cut"* y *"The cutting"*.

1.1 La mutilación genital femenina

La MGF, se trata de todos los procesos que de forma intencional y no estando relacionados con fines médicos, extirpa parcial o totalmente los genitales femeninos. (1)

Se pueden encontrar cuatro tipos dependiendo de las partes extirpadas, éstos están muy relacionados con la cultura del país donde se practique, estos son:

1. Tipo 1: se conoce como clitoridectomia, donde se extrae parcial o totalmente el clitoris. (ver figura 1)
2. Tipo 2 o escisión: se extirpa totalmente el clitoris y los labios menores, total o parcialmente. (ver figura 2)

Estos dos tipos se conocen tradicionalmente como “*sunna*” (3).

3. Tipo 3: sobre este centraré mi trabajo, es el más común en Somalia y el que más complicaciones acarrea. Se le conoce con varios nombres, la más habitual infibulación. Se extraen todos los órganos del aparato sexual femenino, clitoris, labios menores, labios mayores, para luego juntar la piel restante y coserla, dejando un único agujero de menos de 5 milímetros. (ver figura 3 y 4)
4. Tipos 4: en este apartado se engloban las formas menos comunes y no clasificadas, como cauterización o la introducción de sustancias corrosivas.

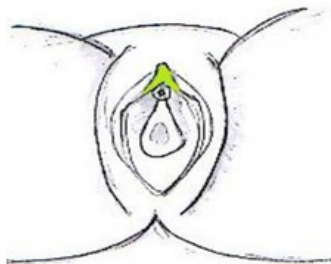


Figura 1
Elaboración propia 1



Figura 2
Elaboración propia 2

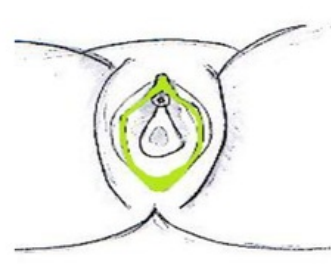


Figura 3
Elaboración propia 3

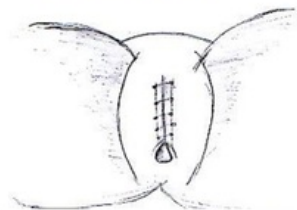


Figura 4
Elaboración propia 4

Se trata de una práctica preislámica, cuyo origen podría haber surgido de la civilización egipcia, pero que se ha extendido por África y parte de Asia. Aunque también pueden encontrarse hoy en día un cierto porcentaje de mujeres circuncidadas o infibuladas en países occidentales. Las estadísticas muestran que al menos 130 millones de mujeres han sido sometidas a la escisión genital femenina, de las cuales a 26 millones se les ha practicado la infibulación (4).

En la actualidad y a pesar de las leyes establecidas por algunos países y por las diferentes organizaciones por los derechos humanos, el índice de mujeres sometidas a esta práctica continúa siendo, en algunos países, alto mientras que en otros se ha mostrado un claro descenso en el porcentaje de mujeres con MGF. Países como Somalia que registra un porcentaje del 98% de mujeres mutiladas, pero no es el único Sudan y Egipto mantienen sus índices muy elevados también. (5-7)

Las razones por las que se lleva a cabo la MGF son:

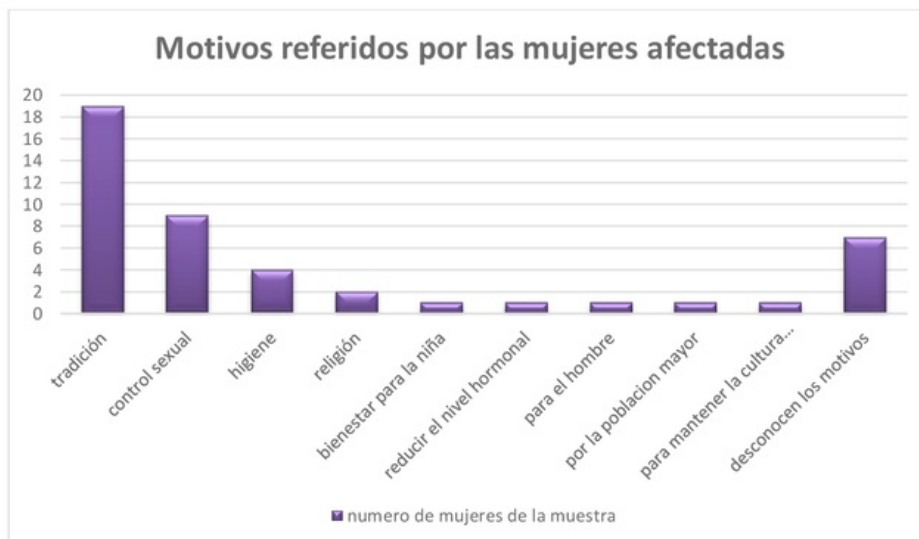


Figura 5

Fuente: *Elaboración propia a partir de Acta Obstetricia et Gynecologica. Female genital mutilation among antenatal care and contraceptive advice attendees in Sweden.*

En esta tabla queda representada gráficamente las ideas que tiene una muestra de 20 mujeres, víctimas de MGF sobre la razón por la cual se les práctico. Como se observa no existe ningún motivo médico, por el cual fundamentar la práctica.

1.2 Marco Legal

Actualmente y conforme avanzan las diferentes sociedades, la MGF se ha visto afectada por numerosos movimientos a favor de los derechos de las mujeres. Organismos que han luchado para salvaguardar la integridad de estas, no solo en África o en Asia, de donde es originaria está práctica, ya que con el fenómeno de la inmigración se ha incrementado el número de mujeres mutiladas en las diferentes regiones del mundo.

Debemos destacar como principal medida de protección La Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 (8,9) , desde donde se fundamentaron los tratados posteriores a través de las Naciones Unidas y mediante los cuales, se establecieron leyes, como la Convención de Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer en 1979 (10), documento que recoge los principios necesarios para establecer la igualdad entre humanos, establecer los derechos de la mujer y proteger su dignidad. Por otro lado también se elaboraron tratados universales para proteger a los niños en 1989 (3), en este caso es de suma importancia ya que el momento de realizar la ablación es durante la niñez. También existen tratados y decretos universales en cuestión de salud, promulgados por la Organización Mundial de la Salud y que se fundamentan en las graves repercusiones que tiene MGF sobre la salud de la mujer (11). Se trata de leyes universales por las cuales se elabora una normativa internacional, impuesta a todos los países. Aunque también existen normas civiles como el Convenio de la Haya (8) y una serie de derechos penales, que entienden cualquier tipo de mutación genital femenina como un delito de lesiones tipificado por una serie de artículos adscritos al código penal de los diferentes países(3).

A lo largo del tiempo, muchos países en colaboración con diferentes organizaciones como UNICEF, han ido introduciendo en su marco legal, leyes que dictaminen la prohibición de esta práctica. Es crucial para la abolición de la ablación, que se impongan leyes generales, civiles y penales, para que se erradique esta práctica. Muchos países ya lo han conseguido, pero aún quedan muchos, como es el caso de Somalia, donde aún no se ha establecido ninguna norma en su legislación que persiga la MGF.

1.3 Somalia

En este apartado expondré las características de Somalia, así como los problemas y conflictos actuales por los que atraviesa. Además, también introduciré la situación sanitaria del país y todo lo relacionado con la MGF dentro del mismo.

Desde el punto de vista sanitario, la situación es delicada, son muchas las mujeres que sufren las complicaciones físicas y psicológicas. Además, algunas son a largo plazo y

las acompañaran toda la vida. Por esta razón, han de plantearse una serie de cuidados sanitarios especiales para proporcionarles la mejor calidad de vida y su supervivencia.

Somalia se encuentra en el cuerno de África delimitado por Kenia, Etiopía y Yibuti, se estima que la población en Somalia gira en torno a unos ocho millones de personas de las cuales el 60% se encuentra en áreas rurales. La etnia predominante es la cushita y a pesar de ser la predominante, en el sur del país también se encuentra los bantúes, aunque son la minoría. Por otra parte, existen dos millones de personas refugiadas en especial en países árabicos y occidentales, conocidos como la diáspora. La capital es Mogadiscio que acoge a 500.000 personas, aunque los combates internos han menguado el número. La religión principal es el islam y no se encuentra homogenizada con el Estado, éste está determinado y dividido por una serie de clanes, que han conseguido ser un signo de identificación en la población, la cual ha estado sumida en un vacío institucional durante los últimos veinte años. La consecuencia de estos clanes, divididos por áreas, ha creado una serie de conflictos militares entre ellos, los principales clanes son los Dir, Isaq, Hawiye y Darod. Cada clan mantiene su identidad social, legal y religiosa. En lo que representa al ministerio, existe un representante en los diferentes parlamentos, pero la realidad es, que existe una gran influencia de estos clanes con respecto a las autoridades generales. (12)

Es un país en el que reina la anarquía, desde la caída del partido Siad Barre en 1991, que se proclamó en 1960 representante del país tras la independencia con las colonias británicas. Desde entonces se han buscado formas de gobierno, intentando establecer marcos legales y constitucionales que ordenen el país. Mientras tanto son muchas las regiones que se han proclamado como independientes a lo largo de los años.

Somalia, se encuentra en una situacional social complicada, sus marcadores sociales indican una crisis humanitaria importante y su economía se encuentra totalmente desarticulada (12).

1.4 Indicadores sanitarios

Los datos sanitarios de Somalia, nos hablan de un país con grandes déficits si lo comparamos con uno occidental. Actualmente, existe una gran carencia de recursos hídricos y acceso a asistencia sanitaria, en la gran mayoría del país. Sobre todo, en las zonas rurales, donde tan solo un 9% de la población rural tuvo acceso a agua potable y un 6% de esa misma población fue beneficiaria de los recursos sanitarios en el año 2008 (12). Se trata de un clima árido y cálido, donde la temperatura media oscila en torno a los 18 grados. Se trata de un país, donde muchas enfermedades infecto-contagiosas

están a la orden del día y donde son muchas las mujeres que mueren durante el embarazo o el parto. Sobre esto las estadísticas informan de 732 fallecimientos de mujeres de 100.000 partos que sucedieron en 2015 (13). España por su parte, como ejemplo comparativo, tuvo una tasa de 6 mujeres fallecidas de cada 100.000 partos en el mismo año (14). Las causas en Somalia son: los niveles de mal nutrición que existe, las precarias condiciones de los centros sanitario y los problemas para acceder a una correcta atención sanitaria, el descenso del número de matronas, un nivel de educación bajo, la poca atención y ayuda al parto y las complicaciones gineco-obstétricas derivadas de la MGF (15).

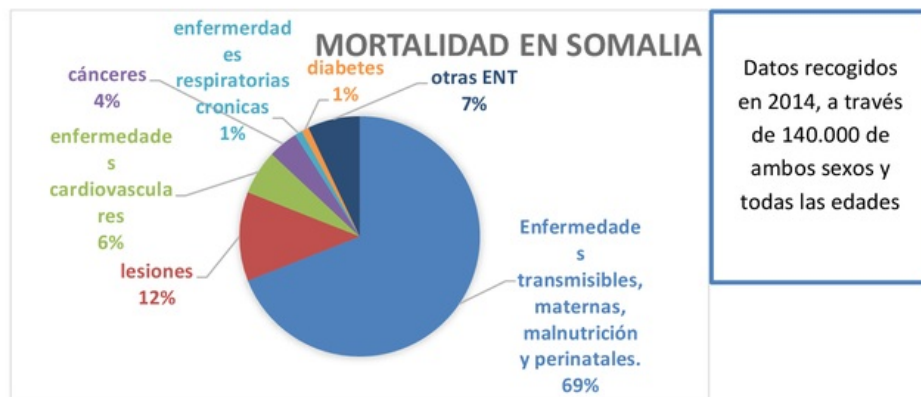


Figura 6

Fuente: Elaboración propia con la Base de datos de la Organización Mundial de la Salud 2014

Como se muestra en la gráfica, más de la mitad de las muertes del país son causadas por las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y de malnutrición, esta tabla fue recogida a través de 140.000 de fallecimientos durante el 2014.

La esperanza de vida en Somalia ronda los 47 años y a pesar de las duras situaciones que se les presentan, las mujeres con una esperanza de vida de 55 son más longevas que los hombres, cuya media es 53 (16). Si comparamos estas cifras con otros países africanos, como por ejemplo en Sudáfrica, donde se registra una esperanza de vida de 62 años (17), observamos que existe una clara diferencia, entre países del mismo continente.

1.5 MGF en Somalia

Conocida como infibulación o “pharaonic circumcison” (18), es lo que entendemos como tipo 3 (ver figura 4). Una vez que extirpan y suturan la piel sobrante de los labios

mayores, dejan un pequeño agujero en la parte distal del resultado de la sutura, al lado del periné, cuyo fin es permitir la salida de la orina y de las secreciones menstruales. Tradicionalmente, en Somalia, el proceso es llevado a cabo por alguna de las mujeres de la familia, madres o abuelas, aunque hay ciertas zonas en las que existe una figura conocida con diferentes nombres según la lengua y la tradición del país, quien inicia el rito y realiza la operación (3). El proceso se realiza a niñas entre edades comprendidas de cuatro a diez años y aunque sea en edades tempranas la mayoría de las mujeres lo recuerdan con miedo, ansiedad y terror (18).

El rito se mantiene en secreto para la niña hasta el día en el que se le practica, por lo general es llevado a cabo sin anestesia y sin esterilidad, aunque raras veces, normalmente en las áreas urbanas, los trabajadores sanitarios lo realizan. Los instrumentos que se utilizan son cuchillos, cristales rotos o cuchillas, materiales contaminados que transmiten enfermedades contagiosas como el VIH, ya que una vez usados vuelven a utilizarse sin ser esterilizados o lavados. Una vez hecha la extirpación, se cose con cuerda, hilo, seda o algodón, sin mantener unas condiciones mínimas de higiene y sin controlar las posibles hemorragias (3).

La razón de mantener esta tradición no está fundamentada en el islam ni en ninguna religión, pero socialmente es visto como una necesidad, para mantener a la niña limpia, como medida estética y pura. Es un prestigio para la familia, ya que a la hora de casarla con un hombre mucho mayor que ella, será el símbolo de lo que ellos consideran virginidad y belleza. Cuando la niña cumple 14 años, es el momento en el que su familia la vende para casarla, sacándola de la escuela para dedicarse íntegramente a su hogar, su marido y a su familia. Durante la noche de boda se produce lo que se conoce como de-infubilación, entendido como la reapertura de la entrada de la vagina, abriendo el orificio que inicialmente se creó con la infubilación. Este proceso, es muy traumático para las mujeres, normalmente es el pene del hombre el que lo produce mediante la penetración, pero en muchas ocasiones la resistencia de la cicatriz es tan fuerte que el orificio tiene que ser abierto con un cuchillo, un cristal o algún objeto cortante (1).

Se trata de momentos muy duros para las mujeres, los cuales les dejan una secuela física, que expone a continuación y psicológicas muy graves. Muchos son los testimonios que podemos encontrar sobre las experiencias de aquellas que pasaron por una situación así.

"A seven-year-old girl from Kismayo had been circumcised. For three days, she suffered from being unable to urinate and showed signs of infection. The parents dug a hole in the yard and put fire in it with the stools of camel, they believed this would control the

infection. The girl was seriously burnt and died six months later” O. Box 44145,airobi, enya. MUTILATION IN SOMALIA.

“People know it is dangerous and brings difficult births, they hear this on the radio. There are those who say we should stop. If it was up to me, i would say: Don’t do this to your daughters. But I ‘am afraid society would not accept. My mother knows there are problems, but she believes it is a rule. She thinks it is shameful to live with genital area open. She will always insist that we have to close it” O. Box 44145, airobi, enya. MUTILATION IN SOMALIA.

1.6 Vivir con la infibulación

En otro tipo de MGF, como el tipo 1 y 2, no se dan altos porcentajes de aparición de complicaciones en las mujeres. Pero en el caso de la infibulación, sí que se dan casos muy graves de problemas en la salud de la mujer, tanto físicos como psicológicos.

Consecuencias inmediatas	Consecuencias a medio y largo plazo
Dolor intenso	Alteraciones ginecológicas (infecciones, dismenorrea, etc.)
Infección	Esterilidad
Hemorragia	Hepatitis, SIDA
Retención urinaria	Anemia crónica
Septicemia	complicaciones obstétricas
Tétanos	Disminución de la sensibilidad sexual
Miedo ansiedad	Depresión

Figura 7

Fuente: *“Female genital mutilation survey in Somaliland” at the Edna Adam Hospital*

A la gran mayoría las consecuencias de la infibulación les acompañarán durante toda su vida, no solo físicas, sino también psicológicas. Dando lugar a trastornos en la conducta, en la personalidad y desarrollando problemas para relacionarse con el entorno. Este tipo de alteraciones, se acercan mucho a las de una persona que haya sufrido un episodio traumático (1).

En condiciones normales, las complicaciones más frecuentes del embarazo son la eclampsia, la preclamsia, el embarazo ectópico y las hemorragias (19). Generando, entre otras, una mortalidad de 303.000.000 muertes a lo largo del mundo. De las cuales,

201.000.000 se produjeron en el África Subsahariana durante el 2015, de donde corresponde Somalia (20).

1.7 Embarazo e infibulación

Es el periodo de la vida que más problemas produce en la mujer. Desde el inicio de su menstruación, hasta el postparto, la salud de la mujer corre un alto riesgo de verse alterada.

Antes de quedarse embarazada la mujer puede experimentar, intenso dolor derivado de la de-infibulación. Dolor durante el coito, conocido también como dispareunia o coitalgia (3). Esto se debe a la poca elasticidad de la vagina debido a las cicatrices de la infibulación. También pueden aparecer problemas reproductivos, como la infertilidad, producido por las infecciones pélvicas. Esto se debe, a que al tener un orificio mucho más pequeño que el anatómico natural, el cuerpo no está preparado para liberar todas las secreciones y por consiguiente estas se acumulan dando lugar a graves infecciones, queloides y quistes vulvares, lo cuales pueden interferir durante el coito y el nacimiento (21).

Una vez que la mujer se ha quedado embarazada, la complicación más habitual antes de parto es el dolor y la dificultad para los exámenes ginecológicos, ya que en todos los embarazos es necesario hacer un seguimiento del mismo y entre las intervenciones a realizar por parte de los profesionales de la salud, el examen ginecológico es uno de los más importantes. Además, a nivel psicológico será muy difícil lidiar con la situación ya que esta puede producirle ansiedad y miedo. Por otra parte, son muy comunes las infecciones durante el embarazo por la retención urinaria que padecen.

Principalmente, es durante el trabajo de parto y el alumbramiento donde la salud de la mujer corre grave riesgo. Esto se debe, a un aumento del trabajo de parto causado por la rigidez y la poca elasticidad de los músculos pélvicos y el periné (22). Dando como resultado, un aumentando el tiempo de dilatación y descenso del feto por el canal vaginal, obstrucciones durante el parto, cicatrices de tercer grado, rotura uterina, atonía uterina, estrés y muerte maternal (23). Como resultado, la mujer puede experimentar grandes hemorragias, fistulas, cesáreas de urgencia, aumento del trabajo de parto,

partos instrumentados, realización de episiotomías, daños en la uretra, vagina y recto y complicaciones post parto graves (24).

Por otro lado, si tenemos en cuenta los pocos recursos sanitarios con los que cuentan, sobre todo en las áreas rurales y la falta de recursos en materia de información y prevención, podemos pensar que hay situaciones y factores que se pueden cambiar o mejorar para disminuir el índice de muertes maternas. Muchas de las mujeres embarazadas en Somalia, jamás llegan a recibir asistencia sanitaria. El 63% de los partos se producen en zonas rurales y solo un tercio de las mujeres recibieron atención sanitaria (17). Es común, sobre todo en zonas rurales, que el parto sea atendido por una de las ancianas del pueblo. La partera tradicional, es la que se encarga de atender los partos, además de ser la encargada de llevar a cabo la infibulación y según la situación, la de-infibulación.

2. JUSTIFICACION

Actualmente en Somalia, no existe la calidad necesaria en materia de salud suficiente y mucho menos en lo que respecta a la salud de la mujer. El índice de mortalidad materna en el país ha descendido, durante el año 2015 se registró un 27,5% de muertes o lo que es lo mismo 732 mujeres fallecidas por 100.000 partos (25). Si lo comparamos con países como Kenia, se observa una clara diferencia, a pesar de ser países colindantes. En Kenia se registró en ese mismo año una mortalidad de 8,25 % (16).

Como se comentó anteriormente, una de las causas más frecuentes de muerte son las obstétricas. Es un claro ejemplo, del retroceso que vive el país respecto al resto de África. Si además de la precaria atención sanitaria, añadimos la generalización de la práctica de la infibulación, la falta de hospitales cercanos y un bajo número de profesionales de la salud, obtenemos una calidad de vida en la población inferior a la que debería.

Según la evidencia observada en lo anteriormente expuesto, la introducción de un protocolo asistencial, basado en una atención integral por áreas, según las características de la gestante; sería de gran utilidad, como método de salvaguardar la vida de las mujeres durante la gestación, parto y el postparto. Teniendo en cuenta las características físicas naturales de la mujer embarazada, además de la problemática que genera la infibulación. Además, tendremos presentes, las necesidades psicológicas, el acompañamiento y el fortalecimiento de la relación profesional-paciente. Por tanto, este estudio se propone evaluar la efectividad de un protocolo asistencial enfermero en mujeres embarazadas con MGF, para disminuir el número de

complicaciones obstétricas y por consiguiente el índice de mortalidad materna en Somalia

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo principal

Evaluar la efectividad de un protocolo asistencial enfermero en mujeres embarazadas con MGF, para disminuir el número de complicaciones obstétricas y por consiguiente el índice de mortalidad materna en Somalia.

Objetivo específico

- 1º. Desarrollar un programa de actuación enfermera, mediante el cual proporcionar una atención integral a la mujer con MGF durante la etapa prenatal, el parto y el puerperio
- 2º. Determinar la incidencia de complicaciones obstétricas tales como Hemorragia, infección, desgarros vaginales, aparición de fistulas rectovaginales y distocia, y la mortalidad de las mujeres embarazadas con MGF de la zona de influencia del Hospital Edan Adam antes de la aplicación del protocolo de atención integral.
- 3º. Determinar la incidencia de complicaciones obstétricas tales como Hemorragia, infección, desgarros vaginales, aparición de fistulas rectovaginales y distocia, y la mortalidad de las mujeres embarazadas con MGF de la zona de influencia del Hospital Edan Adam después de la aplicación del protocolo de atención integral.

Hipótesis

La introducción de un nuevo protocolo asistencial, dirigido a los profesionales de salud. Basado en la atención prenatal y postnatal de la mujer con infibulación desde el segundo trimestre de embarazo, disminuirá el número de complicaciones y por consiguiente la mortalidad materna.

Hipótesis específicas

1. Un protocolo de atención enfermera en mujeres víctimas de infibulación, contendrá las actividades de prevención y atención prenatal, asistencia al parto y cuidados en el postparto y permitirá proveer una atención integral a la mujer con MGF.
2. Con los cuidados maternos habituales que se proveen en el área de influencia del Hospital Adan Edam la incidencia de complicaciones obstétricas tales como Hemorragia, infección, desgarros vaginales, aparición de fístulas rectovaginales y distocia, y la incidencia de la mortalidad de las mujeres embarazadas con MGF será mayor que si se les aplicara un protocolo de atención integral.
3. Aplicando una intervención integral a las mujeres con MGF del área de influencia del Hospital Adan Edam la incidencia de complicaciones obstétricas tales como Hemorragia, infección, desgarros vaginales, aparición de fístulas rectovaginales y distocia, y la incidencia de la mortalidad de las mujeres embarazadas con MGF será menor que si se les aplicaran los cuidados habituales.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Este trabajo está dirigido a elaborar un estudio cuasi experimental del tipo antes-después no controlado, ya que lo que se pretende es evaluar la efectividad de una intervención en una población determinada y en condiciones reales. Se consideró este tipo de estudio como el más adecuado para el objetivo perseguido principalmente por dos aspectos. Primero, porque permitirá maximizar la factibilidad del estudio, ya que permite probar la efectividad de una intervención en condiciones reales, no absolutamente controladas por el investigador, evitando los posibles problemas éticos que surgirían de aleatorizar una intervención o protocolo, potencialmente beneficioso, entre pacientes de una misma unidad de cuidados maternos. Segundo, previene posibles problemas de "contaminación" del grupo control por la propia intervención, ya que si ambos grupos (control e intervención) coincidieran en el tiempo en la misma maternidad, el grupo control podría verse "contaminado" por la intervención, teniendo en cuenta que todo el personal del hospital será formado para aplicar el protocolo. La selección de la muestra será no aleatoria o muestreo intencionado, que al investigador le permite escoger la muestra en función del objetivo de su estudio. En mi caso, analizaré el efecto que tiene la introducción de un nuevo protocolo en un hospital determinado del país de Somalia, Hospital Edan Adam. La muestra será recogida en función a los factores de inclusión y exclusión que se desarrollan más adelante y serán incluidas aquellas mujeres que los cumplan.

Este protocolo está dirigido a las mujeres con MGF asistidas en dicho centro y la metodología de trabajo es un tipo de estudio de intervención, en el que evaluaré su efectividad comparándolo con los datos recogidos antes de la implantación de este. De esta forma, no tendremos un grupo de control establecido, sino que nos serviremos de los datos de partos anteriores a la intervención, para comprobar la efectividad.

Así mismo, he decidido hacer un estudio comparativo entre el antes y el después de la intervención, porque desde el punto de vista ético y moral, no me parecía acertado obviar a una parte del grupo del estudio. Y más cuando son personas que corren un

grave peligro de muerte ya que los cuidados habituales que reciben son muy escasos o incluso a veces apenas reciben cuidados en esta etapa de su vida.

Los resultados se analizarán en función de los datos de mortalidad materna encontrados entre el antes y el después de la intervención. Y la incidencia en aparición de complicaciones.

La duración total del estudio, será de 4 años. Desde la preparación, aceptación del país y el centro sanitario. Estudio poblacional y promoción del servicio, nos llevará alrededor de un año. Para la intervención dispondremos de dos años, ya que si un embarazo dura 9 meses deberemos disponer del tipo y muestra necesaria, para llevar a cabo un buen análisis. Por otra, parte destinaremos un año, al estudio de datos, comparándolo con el otro grupo y analizando cuales han sido las intervenciones más eficaces.

Sujetos de estudio

La población diana conlleva a todas aquellas mujeres en estado de gestación, que hayan sufrido MGF en el Hospital de estudio de Somalia. Mientras que la población accesible serán aquellas gestantes en su segundo trimestre de embarazo atendidas por el equipo sanitario del Hospital Edan Adam en Somalia. De esta forma se establecerá un tipo de muestreo no probabilístico de conveniencia o intencionado, según el flujo de pacientes que recibe el hospital, en el que se instaurarán una serie de criterios, para determinar la población elegible. Este tipo de muestreo nos permite seleccionar a un tipo de sujetos estableciendo un criterio de estudio determinado, en nuestro caso analizar el efecto que tiene la introducción de un nuevo protocolo en el Hospital Edan Adam.

Los criterios de inclusión son:

- Mujeres en su segundo trimestre de embarazo.
- Que se prevea que tendrán partos vaginales.
- Mujeres con edades comprendidas entre 15-45 años.
- Sin antecedentes de reconstrucción o intervención ginecológica.
- Que no presenten actuales complicaciones o enfermedades previas a la gestación.
- Asistida por el equipo de salud del Hospital Edan Adam situado en Harseiga, provincia de Somalia.

- Primíparas
- Que acepten y se comprometan, por medio de un consentimiento informado al seguimiento.

Los criterios de exclusión son:

- Mujeres con antecedentes de enfermedades crónicas graves (diabetes, Hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca...)
- Estadios de embarazo situados en el primer o tercer trimestre.
- Mujeres con partos previos.

Siguiendo estos criterios incluiremos tanto el grupo "pre" como el grupo "post" o grupo de intervención. Así mismo, y para comparar el grupo post intervención, utilizaremos los datos pre-intervención, para evaluar la efectividad. Este tipo de estudios de denomina estudio cuasi experimental no controlado, en los que no existe un grupo control determinado, sino que compara con los datos de antes de la intervención.

La recogida de datos se llevará a cabo mediante las historias clínicas del centro, tanto en pre como en la post-intervención, en ellas se buscará la aparición de complicaciones y la supervivencia postparto.

El tamaño de la muestra se delimitará utilizando el tipo de muestro intencionado y en función del flujo de pacientes que recibe el hospital Edan Adam, que cumplen criterios de inclusión y exclusión. Estimo que el tamaño de la muestra será de un mínimo de 200 mujeres atendidas a lo largo de dos años, en función del flujo previsto de participantes. Así mismo, para determinar el grupo de comparación, analizaremos las historias clínicas de los dos años anteriores, hasta obtener el mismo número de casos que en el grupo intervenido (200), que será el grupo pre intervención. De esta manera el estudio contará con una muestra de 400 mujeres. Divididas en 200, en el grupo pre intervención y 200 en el grupo post intervención.

Con la idea de que los grupos, tanto el "pre" como el "post" sean lo más equivalentes posibles entre sí, ambos se intentarán que cumplan con las siguientes cuotas o estratos de edad (15-25 años, 16-35 años y 36-45 años) cubriendo cada uno de los estratos el 33% de la muestra.

El estudio sobre la efectividad del protocolo asistencial, se llevará a cabo en el Hospital Edan Adam, situado al norte de Somalia. Lo que se busca, es formar a las nuevas y

presentes generaciones de enfermeras de dicho hospital, implantando en su dinámica de trabajo, una nueva forma de abordar los partos de mujeres con MGF.

Variables

Las principales variables introducidas en el estudio y por las cuales valoraremos la efectividad de la intervención son:

La variable dependiente, es aquella que se modifica y donde se reflejan los cambios producidos a través de la variable independiente (26). El fin último del estudio, que en mi caso se trata de la mortalidad materna postparto, ya que es el problema que se pretende reducir por medio de la reducción de las complicaciones derivadas de la infibulación. Estudiaremos esta variable, por medio de la recogida de datos en la historia clínica al finalizar el estudio.

Las variables dependientes que recogeremos a lo largo del estudio serán. Como variable final el número de muertes maternas que ocurran durante la intervención, registrándola como si o no. Por otra parte, existen variables intermedias que están relacionadas con esta, serán. La aparición de hemorragia, que podrá aparecer durante el parto y postparto, quedando registrada según los mililitros de sangre pérdida. Infección, mediante los marcadores típicos en sangre y la sintomatología propia que presente, marcándolo como si no. Esta complicación la tendremos presente en todas las etapas. Días de estancia hospitalaria durante el postparto, se recogerá en la hoja de datos el tiempo transcurrido desde el parto al alta hospitalaria. Realización de cesárea de urgencia o/y episiotomía, las dos se registrarán con sí o no. Trabajo de parto, tiempo transcurrido entre comienzo de las contracciones a salida del feto. Grado de dolor, este parámetro recogerá en todas las etapas, pero deberá tenerse muy presente durante el parto. Se recogerá mediante la escala EVA del dolor (27), donde la mujer nos informará del grado de dolor que siente de 0 a 10 (0 o ausencia de dolor y 10 o peor dolor inimaginable). Aparición de fistulas y laceraciones se registrará durante el postparto, momento en el cual podremos realizar una exploración física de los genitales, para valorar la aparición y el nivel de gravedad. Además, durante este periodo, también nos informaremos sobre la presencia de anemia ferropénica en la madre, mediante los niveles de hemoglobina en sangre ($\geq 12\text{g/dl}$). En la siguiente tabla se recogen a modo resumen, las variables que comento.

Variables	Tipo	Datos
Dependiente		

Mortalidad materna	Variable cualitativa dicotómica	SI/NO
Hemorragia	Variable cualitativa ordinal	25%-35% moderado (1500 ml) ≥ 35% grave (2000 ml)
Infección	Variable cualitativa dicotómica	Marcadores sanguíneos (28): <ul style="list-style-type: none"> - Proteína C reactiva (SI/NO) - Procalcitonina (SI/NO) - Alteración de la serie blanca (SI/NO) Signos y síntomas: <ul style="list-style-type: none"> - Aparición de fiebre (SI/NO) - Sensibilidad uterina o mamaria. (SI/NO) - Secreción vaginal purulenta y mal oliente. (SI/NO)
Días de estancia hospitalaria	Variable cuantitativa discreta	El rango podrá ser de 2-100 días. Descartamos el primero, ya que se trata de una recomendación sanitaria, para la preparación al parto.
Realización de cesárea	Variable cualitativa dicotómica	SI/NO
Realización episiotomía	Variable cualitativa dicotómica	SI/NO
Tiempo trabajo de parto (se dará dividido en fases)	Variable cuantitativa discreta	Fase de dilatación: horas Fase expulsión: minutos Fase alumbramiento: minutos
Grado de dolor	Cuantitativa discreta	0-10
Fistula	Cualitativa ordinal	1º Simple 2º Incompleta 3º Compleja

		4º Complicada
Laceraciones	Cualitativa ordinal	1º grado, 2º grado, 3º grado, 4º grado
Anemia ferropénica	Variable cualitativa dicotómica	SI: (Niveles de hemoglobina ≤12g/dl) No: (Niveles por encima de 12g/dl.)

Por otro lado, también registraremos la realización de las intervenciones. Durante la fase prenatal, será importante registrar que las intervenciones de exploración general, ginecológica, mamaria, obstétrica y ecografías, han sido realizadas. En lo que respecta al parto, será importante registrar las constantes para valorar el bienestar de la mujer, así como el cumplimiento de todas las actividades que se proponen.

La variable independiente por su parte es aquella que el investigador mide y analiza para determinar su relación con el fenómeno estudiado. De tal forma, que obtenga a través de su estudio y aplicación, un resultado en la variable dependiente (29). En el caso de este estudio, la variable independiente principal, sería el protocolo o intervención sobre el que vamos a trabajar. De tal manera, que se consiga inferir en la práctica habitual enfermera de la zona. Conde objetivo, de abordar a la mujer en su época más temprana del embarazo y disminuir la aparición de complicaciones que dificulten la supervivencia de la mujer infibulada.

No obstante, existen una serie de variables independientes que no son modificables, pero si determinantes para los resultados del estudio y que resultan de las características individuales de la mujer, estas son:

- La edad. Cuantitativa continua. Se considerará embarazo de riesgo una edad de menos de 15 años y aquellas mayores de 35.
- Nivel económico. Si la familia se encuentra en una situación de pobreza o dispone de recursos suficientes. Cualitativa ordinal.
- Nivel educacional. Educación básica o educación superior. Cualitativa ordinal.
- Lugar de residencia. Analizar los kilómetros hasta el centro sanitario. Y registrar si se trata de una zona urbana o rural. Cualitativa nominal.

- Antecedentes obstétricos. Registrar el número de abortos anteriores u otras patologías como embarazo ectópico, mola, etc. Registrado como SI/NO. Cualitativa dicotómica.
- Antecedentes familiares. Enfermedades genéticas relevantes. SI/NO. Cualitativa dicotómica.
- Infibulación. SI/NO. Cualitativa dicotómica
- Antecedentes personales. Enfermedades graves, SI/NO: En este apartado incluiremos si la mujer está infectada por Malaria, Cólera, Hepatitis, Sífilis y VIH. Cualitativa dicotómica.
- IMC: si se encuentra por debajo de 18 es bajo peso, en este caso lo registraremos como GRAVE. Por debajo de 17 se considera desnutrición, lo que deberemos registrarlo como MUY GRAVE. Cualitativa ordinal.

El registro de estas variables, se incluirá en la historia clínica del paciente. En el apartado de anamnesis (página 24) de tal forma, que una vez finalizado el estudio y registradas las dependientes en la hoja de resultados. Haremos un análisis y estableceremos una relación entre estas y los resultados obtenidos.

Intervención a evaluación

La intervención que se desarrolla, comenzará con la primera visita prenatal de la mujer. La atención prenatal tiene una gran importancia en el desarrollo del embarazo, debe de ser precoz, de calidad, completa y periódica.

Según la Sociedad de Ginecología y Obstetricia Española (SEGO), la primera visita debería ser antes de la semana 11, cuando la mujer confirme el embarazo (30). El protocolo que propongo comenzará a partir de dicha semana.

Captaremos a la población a través de campañas en colegios, zonas rurales y en la medida de lo posible, a través de las parteras tradicionales de la zona. Ya que todas esas mujeres forman parte del área de influencia del Hospital Edan Adam.

El proyecto en sí, está destinado a las profesionales y podrá ser aplicado después en las futuras profesionales de enfermería de la zona (que trabajan en el Hospital y su área de influencia) y será ejecutado por el equipo de investigación del estudio junto con ellas, con el fin de que lo implanten en su modo de trabajo. El coste del programa será gratuito

desde la semana 12 hasta los 40 días postparto. La intervención se realizará con mujeres, salvo que por su propia voluntad también este presente el padre o algún familiar. Para que la comunicación sea fluida, sería conveniente disponer de una de las enfermeras o matronas del hospital o la intervención de un intérprete durante todo el proceso de atención.

La intérprete ha de ser mujer, ya que tradicionalmente no está aceptado socialmente que un hombre ajeno a la relación matriarcal, esté presente en cualquier situación que conlleve la exposición de los genitales femeninos (2,18).

FASE PRENATAL

1. Primera visita prenatal

Se realizará dentro de la semana 13 a la 22, situándonos al comienzo del segundo trimestre de embarazo.

Lo primero y más importante, será presentarnos ante la gestante, abrimos a la conversación para lograr establecer una relación de confianza y seguridad. Sin una relación de confianza, no podremos llegar a la mujer y nos dificultará su expresión de preocupaciones y sentimientos (31).

Un aspecto a tener en cuenta, antes de comenzar con la anamnesis y la exploración clínica, sería que en las primeras visitas la mujer entrará sola a la consulta, de esta forma evitaremos que la mujer se sienta presionada y retraída por intermediarios familiares.

Debemos utilizar correctamente la terminología y tener en cuenta los aspectos culturales, siempre y cuando nos mantengamos firmes respecto a la abolición de la MGF. De esta forma garantizaremos que la mujer continúe realizando el control de su gestación regularmente.(3).

1. ANAMNESIS

Obtendremos información detalla y completa, para abrir la historia clínica. Hay que tener en cuenta que dicha información debe ser detallada, completa y contrastada (30). En ella incluiremos:

- Datos personales: Edad, Código de identificación (el cual mantendrá el anonimato de las personas)

- Nacionalidad, Número de contacto. En este caso, deberemos preguntar si ya ha sido vista por otro departamento y especialidad en el hospital anteriormente, para poder utilizar su historia clínica actual.

- Fecha de última regla. La utilizaremos para identificar la fecha probable de parto, mediante la regla Naegele.

Regla Naegele: FFP (fecha probable de parto) =
FUR (fecha última regla) +7-3

- Condiciones Sociodemográficas. Residencia actual, modo de transporte hasta el hospital (por la gran distancia entre zonas rurales y urbanas (12)), número de personas residiendo en el domicilio (para tener en cuenta la carga de trabajo en el hogar y la posible ayuda con la llegada del recién nacido), disponibilidad de agua potable y otros recursos (32).

Utilizaremos estos datos para determinar la posible ayuda postnatal en cuanto a alimentos, agua y apoyo familiar. Así mismo y ante una urgencia tendremos registrado su lugar de residencia para trasladar el equipo sanitario ambulante, en caso de ser necesario.

- Antecedentes familiares. Presencia de enfermedades importantes en la familia, antecedentes de abortos o partos gemelares, antecedentes obstétricos y ginecológicos, además preguntaremos si existe alguna mujer en la familia que tenga realizado la infibulación.
- Antecedentes personales. En este apartado valoraremos la presencia de enfermedades crónicas importantes (existe una prevalencia en este tipo de mujeres de Virus inmunodeficiencia humana (VIH) y Virus de hepatitis B (VHB) (33)), abortos anteriores y preguntaremos si le ha sido practicada la MGF. En este último aspecto mostraremos una disposición de respeto y confianza ya que socialmente, se trata de una experiencia negativa para la mujer y muchas veces de un trauma (34).
- Antecedentes médico-quirúrgicos. En el caso de que la mujer afirme que se le practicó la de-infibulación, lo tendremos que contrastar con el examen ginecológico para descartarla del estudio.
- Antecedentes reproductivos. Importante saber número de partos, número de abortos anteriores, problemas obstétricos en los embarazos anteriores.

- Hábitos higiénico-dietéticos. Tenemos que tener en cuenta el tipo de dieta socialmente aceptada en el país, además de tener en cuenta que, al seguir las condiciones del islam, habrá ciertos alimentos que estén socialmente prohibidos (12). Por otra parte, también será importante informarnos con qué frecuencia come la mujer, ya que como mencionamos anteriormente existe un elevado índice de pobreza y falta de recursos. Esto puede derivar en problemas nutricionales durante el embarazo, como anemia, paludismo o parásitos intestinales, problemas que podemos solventar durante el embarazo y que se deben detectar en el examen clínico que expondré más adelante. Además, no solo afecta a la madre, sino que, ante una mala nutrición de la madre, el niño puede presentar bajo peso en el nacimiento o fallecer (33).
- Síntomas asociados con la evolución del embarazo actual. Tiempo de amenorrea, aumento y dolor de mamas, náuseas, vómitos, estreñimiento, fatiga, aumento del sueño, síndrome miccional, alteraciones en paladar y olfato, flatulencia, dolor de cabeza, aparición acné, flujo vaginal.
- Historia menstrual.

Todos estos datos serán registrados en la historia clínica de la paciente de forma detallada, cuyo fin será elaborar y complementar el plan de acción específico a cada mujer y sus necesidades. Además, fortaleceremos la relación con la paciente y generaremos un ambiente de confianza, antes de realizar la exploración ginecológica. Esto se debe, al impacto que produce sobre las mujeres este tipo de exposición genital y a la ansiedad que les genere el comportamiento del profesional (2).

Para realizar la estructura de la anamnesis me he basado, en el documento " *Control prenatal del embarazo normal. Protocolo SEGO*" (30).

2. EXPLORACION FÍSICA GENERAL, GINECOLÓGICA Y MAMARIA.

Llegado este punto hay que tener muy en cuenta la psicología de la paciente y el grado de confianza que deposite en nosotras. Para ellas, el parto significa algo doloroso y terrorífico (35). El recordar el momento en el que fueron mutiladas les genera ansiedad y miedo, por eso es importante saber responder a estas respuestas psicológicas.

- Examen clínico general: donde obtendremos las medidas antropométricas, exploración de cabeza a pies por si tuviera alguna lesión a la vista, como una úlcera. Examinaremos las glándulas tiroideas, el abdomen y recogeremos sus

signos vitales (presión arterial (PA), temperatura, saturación de oxígeno (SpO2) y pulso). Además, se le realizará una analítica de sangre, donde mediremos: hemograma, grupo sanguíneo (en el caso de ser RH negativo realizar un Coombs indirecto), glucemia, cribado de diabetes, proteinuria cualitativa, nivel de hierro, coagulación, hormonas tiroideas, cribado toxoplasmosis, cribado VIH, VHB, malaria, rubeola, sífilis y malaria.

- Examen ginecológico: ante todo mantendremos una actitud de apertura, confianza y hablando en un tono tranquilo. En este caso observaremos la presencia de MGF, el estado del tejido cicatricial, presencia de quistes, queloides, valorar la integridad de la piel y la mucosa y valoraremos la higiene de la paciente (36).

A la hora de realizar el examen manual ginecológico, como norma general si el meato no es perceptible a la vista o con la introducción de dos dedos por la vagina generamos dolor o no hay posibilidad de progreso a través del canal, existe un grave riesgo de daño perineal (35). En este momento recogeremos una muestra de exudado vaginal, para valorar la presencia de bacterias u otros organismos que interfieran en el desarrollo del parto.

Por norma general, en España se realiza una citología si la mujer no se la ha realizado en los últimos dos años (30), pero ante la imposibilidad del examen ginecológico, no existen evidencias de que sea beneficioso para la mujer.

En este momento, existen dos intervenciones y consejos para la mujer redundantes en el control del embarazo.

- Control rutinario de orina. La infección (INF) de orina y la enfermedad renal crónica es una de las complicaciones más importantes de la MGF (ver figura 7). Por esta razón conviene hacer una analítica de orina de forma regular (35).
- Recomendación respecto a la de-infibulación. Muchos artículos y guías coinciden en que esta intervención es necesaria para evitar complicaciones en el trabajo de parto. El proceso es sencillo, pero puede que traumático para la mujer, porque puede evocar el momento donde fue infibulada. Por esta razón, será conveniente explicar el proceso a la mujer y la importancia de realizarlo, respondiendo sus dudas y apoyándola psicológicamente (4,35).

La intervención se realizará bajo anestesia local o epidural, tanto en la pre-intervención como en los días posteriores, garantizando que la mujer sienta el menos dolor posible. Consiste en volver a exponer el canal vaginal y el meato. De esta forma disminuirémos el riesgo de Infección urinaria y vaginal, hemorragias, y nos permitirá realizar un adecuado examen vaginal, influirá en el trabajo de parto y nos facilitará a los profesionales la asistencia durante el parto. (2,22,24,35-37).

El consentimiento informado para esta intervención quirúrgica en concreto será firmado por la mujer, así aseguraremos su conformidad ante la ley. Además, transmitiremos la imposibilidad de realizar de nuevo la infibulación en el periodo postparto, ya que no se ajusta al panorama legal actual y esta perseguido por los diferentes organismos internacionales (35).

- Exploración mamaria. Valoraremos la integridad de la mama y los pezones, ya que el aumento de las hormonas, como la prolactina, genera cambios en el tamaño, el color y la forma de las mamas. Además de producir síntomas de hipersensibilidad y hormigueo (30).
- Información sobre los problemas más frecuentes causados por el embarazo (38).
 - Náuseas y vómitos. Lo primero afecta a un 70% de las mujeres, mientras que los vómitos al 50%.
 - Pirosis y acidez. En un 70%.
 - Estreñimiento.
 - Hemorroides.
 - Edemas.
 - Varices.
 - Dolor lumbar.
 - Calambres en las piernas.
 - Manchas en la piel.
 - Mareo.

- Dolor abdominal
- Estrías.
- Sensibilidad dental.
- Micciones más frecuentes.

3. ASESORAMIENTO E INFORMACIÓN.

Esta parte del proceso de atención es fundamental para el correcto desarrollo del embarazo. Son mujeres que sufren en un alto porcentaje de violencia machista, problemas psicológicos, patologías ginecológicas y partos complicados. Además, tenemos que tener en cuenta la falta de recursos, la distancia al centro sanitario, las condiciones familiares y las características obstétricas individuales. (39)

Lo primero será el apoyo psicológico a la mujer. Le preguntaremos por vivencias pasadas que hayan podido ser relevantes para ella, tanto las consideradas como traumas como aquellas que supusieran un momento de felicidad para ella. De esta forma analizaremos su impacto, en la vida de la mujer. Interpretando signos y síntomas de enfermedades psiquiátricas como traumas, fobia o ansiedad. Por otro lado, identificaremos los posibles signos de violencia doméstica (en el caso de mostrar algún signo, se elaborará un plan de acción con el trabajador social y el equipo médico, como medidas preventivas y apoyo entre mujeres en su misma situación).

Urgencias

Tras esto, le informaremos sobre la importancia que tiene la atención y el seguimiento prenatal, en cuanto a la reducción de complicaciones y muerte materna. (40). Así mismo le informaremos del cronograma de visitas, el acceso a los servicios sanitarios y le facilitaremos un número de urgencias, al cual dirigirse en el caso de necesitarlo.

En el caso de producirse una urgencia, un equipo formado por 3 enfermeras y un médico, se desplazará hasta el lugar donde se encuentre la mujer, provistos de los recursos sanitarios ambulantes necesarios para tratar a la mujer.

Movimientos fetales

La siguiente intervención, irá enfocada a garantizar el bienestar fetal en el periodo de anteparto, antes de la semana 40. Informaremos a la madre sobre la importancia de notar al bebé y sus movimientos. Actualmente no hay consenso sobre un criterio específico que garantice la actividad fetal. Pero, si puede considerarse como una

correcta actividad fetal, la percepción de al menos 2 movimientos fetales por hora y durante dos horas a partir de la semana 26 (30). En el caso de que la mujer no perciba dichos movimientos y actividad fetal, se realizará una monitorización cardiotocográfica no estresante.

Problemas comunes durante el embarazo

Realizar recomendaciones ante como paliar los efectos fisiológicos más comunes durante el embarazo. Estos son los expuestos anteriormente y sus recomendaciones varían según la situación de cada mujer.

Nutrición

En lo que respecta a la nutrición, muy relevante en mujeres embarazadas. Tendremos que tener en cuenta, los recursos materiales y económicos de la mujer, así como los tabúes alimenticios que siguen ciertas culturas (3). Haremos una pequeña anamnesis sobre los hábitos alimenticios de cada mujer, valorando sobre todo la frecuencia con la que comen e incidiendo en la necesidad de llevar una correcta alimentación. Las recomendaciones alimenticias son:

- Aumento del consumo de agua.
- Aumento del consumo de proteínas.
- Aumento de consumo de hidratos de carbono al día. en una mujer no embarazada sería 135 g/día y durante el embarazo debería de aumentar a 175 g/día.
- Se debe advertir sobre la necesidad de cocinar todos los alimentos y lavarlos en la medida de lo posible. Con el fin de evitar toxoplasmosis y parásitos intestinales.

A continuación, expongo una tabla donde aparecen representados el índice de masa corporal óptimo para una embarazada, dependiendo del trimestre donde se encuentre.

IMC antes del embarazo (kg/m ²)	Ganancia de peso recomendada	Ganancia de peso en 1º trimestre	Ganancia de peso en 2º y 3º trimestre
Bajo peso ≤18.4	12.5-18	2-2.5	0.44-0.58
Normal: 18.5-24.9	11.5-16	1.3-1.8	0.35-0.5
Sobrepeso: 15-29.9	7-11.5	0.8-1	0.23-0.33

Figura 8

Elaboración propia en base a la información de: Institute of medicine and National research council "Weight gain and pregnancy"

En Somalia, se han registrado los datos más altos sobre anemia, déficit de vitamina A y yodo a lo largo del embarazo y la lactancia (41). Por esta razón y valorando la necesidad de un buen aporte nutricional durante el embarazo y la lactancia; propongo en el proyecto, la elaboración de un pack nutricional completo y gratuito. En dicho pack, que será totalmente gratuito, se incluirán suplementos vitamínicos suficientes para abarcar todo el proceso (vitamina A, D, hierro, calcio), vales de comida que podrán recoger en el centro (pastas, conservas y agua) y preparados para leche artificial.

Además, muchas de las mujeres de la población se encuentran actualmente en situación de hambruna. Esto significa, que si les garantizamos los alimentos necesarios para su bienestar y el correcto desarrollo del embarazo, disminuirémos los riesgos feto con bajo peso, nacimiento prematuro o deficiencias cerebrales (42).

Prevención y tratamiento enfermedades.

Otro aspecto importante es la transmisión de enfermedades como el VIH o VHB derivadas de la poca higiene en la que realiza habitualmente la infibulación. Sería conveniente contar con un infectólogo, para pautar fármacos que reduzcan la carga viral y no se produzca la transmisión materno-infantil. Así mismo, daremos unos consejos sobre prevención de paludismo y cólera, dos enfermedades que están causando estragos en el país.

Malaria

Esta prevención está fundamentada en un artículo de la Organización mundial de la Salud (OMS) que propone (43):

- Mosquiteros tratados con insecticidas.

- Tratamiento preventivo intermitente. Se recomienda la administración de antipalúdicos como método de PC.
- Tratamiento eficaz en los casos de paludismo.

Cólera

Se trata de una enfermedad causada por la bacteria "Vibrio cholerae", que se contagia a través del agua o alimentos contaminados por heces humanas. No se transmite de humano a humano y su cuadro clínico suele ser diarrea, que puede provocar una deshidratación extrema y causar la muerte.

Esta enfermedad representa un riesgo durante el embarazo, tanto para la mujer como para el feto. Aunque aún se encuentran estudiando cual es la razón principal de muerte, ya se cree que es debido a la gran deshidratación y la hipovolemia. Existe una vacuna, que se comercializa gratuitamente en los países donde es endémica la enfermedad, que se ha demostrado que minimiza las muertes maternas, en la mitad de los casos estudiados (44). Por esta razón, se dirigirá a la mujer al servicio que proporciona y administra este tipo de sustancias.

Otras intervenciones de carácter informativo a tener en cuenta serían:

- Información sobre la sexualidad durante el embarazo.
- Salud bucodental
- Consejos sobre lactancia. Advertir a la madre infectada por VIH, que no debe amamantar al niño, por una posible transmisión del virus al feto (40). En este caso, informaremos sobre las prestaciones de leche artificial que proporciona el centro. También podría proponerse la creación de bancos de leche materna, donde las mujeres puedan hacer donaciones, en la más estricta intimidad.
- Registro de movimientos fetales. Le pediremos a la mujer que apunte el día de comienzo e intensidad.
- Programación de la siguiente consulta. Consulta del segundo trimestre, aproximadamente en la semana 26.

4. ECOGRAFÍA

Esta prueba de imagen, tendrá diferentes objetivos dependiendo del trimestre en el que se encuentre. Se harán 2, divididas en los 2 trimestres de gestación y coincidiendo con la visita prenatal.

La primera se realizará, en la semana 12 aprovechando la primera visita de la mujer. Esta prueba tendrá como objetivo: identificar el número de embriones, identificar el latido cardíaco del embrión, estimar la edad gestacional, observación de morfología fetal, identificar la existencia de patología uterina y anejos (30).

2. Segunda visita prenatal

La fecha clave para una segunda visita prenatal, es según los expertos entre la semana 22-26 del segundo trimestre (30). En este punto del embarazo, ya tendremos más confianza con la mujer y nos podrá proporcionar más información sobre sus vivencias y miedos.

La visita consistirá en los siguientes puntos:

- RESIVIÓN MÉDICA
- Evaluar síntomas actuales de malestar general, como pueden ser náuseas, vómitos o estreñimiento. La razón es, porque en el caso de presentarse estos síntomas habría que consensuar con el médico, la administración de fármacos que reviertan estos efectos.
- Preguntar por cambios corporales sentidos y percibidos por otros miembros de la familia.
- Evaluación de los posibles problemas obstétricos entre visitas prenatales. Si ha experimentado periodos de sangrado vaginal, dolor abdominal o fiebre. Para poder descartar posibles problemas obstétricos.
- Analizar los resultados de la analítica de orina y sangre que se propuso en la primera visita. Es importante, valorar los niveles de iones, sobre todo el hierro, la hemoglobina, calcio, vitamina A y D, leucocitos, la posible carga viral que tenga (en el caso de VIH o VHB), yodo, folatos y Rh (por la posible necesidad de isoimmunización) (40) . Además, recogeremos otra muestra de orina y sangre, estudiando todo lo anterior propuesto. Para tener lo resultados, de cara a la siguiente visita.

- Valorar su estado de salud general: peso, talla, PA, temperatura, SpO2, pulso.
- Identificar los posibles signos de pre-eclampsia, diabetes gestacional, alteraciones dermatológicas u otra alteración derivada de la gestación.
- Comprobar la correcta ganancia de peso. En este punto del embarazo, la ganancia de peso de la mujer debe ser de más de 4 kilos (40). Por ese motivo, calcularemos el IMC, para asegurarnos que no se encuentra desnutrida.
- Analítica completa de sangre. Bioquímica, Coagulación, Serología, Hormonas y Hemograma.
- Analítica de orina. Para valorar la aparición de proteinuria y bacteriuria.

Es de vital importancia que la mujer reciba el aporte necesario de nutrientes, ya que de ello dependerá el desarrollo del feto y su supervivencia.

- Valorar su estado psíquico (34):
 - o Utilizar escalas como la correspondiente a Harvard Trauma Questionnaire (45).
 - o Realizar preguntas como: ¿Cómo están viviendo en casa el embarazo?, ¿Tu marido se preocupa cuando te encuentras mal?, ¿estás visitando a la partera tradicional de la zona?, ¿Tienes ganas de conocer al bebé? Preguntas que irán dirigidas a identificar posibles problemas psicológicos y a mantener una postura de apoyo y aceptación.
 - o Nunca haremos juicios de valor respecto a la infibulación, solo adscribirnos al marco legal e informar de los daños que acarrea en la mujer, dicho en el contenido de la primera visita prenatal.
 - o Proponer a la mujer la participación en terapias de grupo. Este tipo de terapias, ayudan a las mujeres a apoyarse entre ellas y a establecer vínculos de amistad, que pueden ser de gran utilidad como coadyuvante durante el desarrollo del niño.
 - o Realizar valoración de depresión. Síntoma común entre estas mujeres. (30,46)

1. REVISIÓN OBSTETRICA y GINECOLÓGICA.

Se tumbará a la mujer en la camilla y primeramente se realizará una exploración abdominal, por lo que colocaremos a la mujer en decúbito supino. Tras esto el examen incluirá las siguientes pruebas:

- Valoración de la altura uterina (AU), lo que determinará el buen desarrollo del feto. En este punto del embarazo, la AU se encontrará en la zona umbilical.
- Auscultación el latido fetal.
- Observar la aparición de edemas en los miembros superiores e inferiores. Signo de insuficiencia venosa de las extremidades.
- Determinar la presencia de disnea.
- Realizar una exploración mamaria. En la que se evalúe la mama a la vista, comprobando si presenta alguna deformidad en el pezón o alrededores. Y al tacto, para detectar la presencia de dolor a la palpación o sensación de hipertermia. Esto puede indicar la presencia de mastitis. Para la correcta realización de la prueba colocaremos la palma de la mano de la mujer en nuca, de este modo la mama quedará mejor expuesta.

Tras esto se colocará a la mujer en postura de litotomía, previo aviso y consentimiento. Aquí intervendremos dependiendo si se realizó la de-infibulación que previamente aconsejamos o no:

- En el caso de haberse llevado a cabo la de-infibulación:
 - o Valorar el tejido cicatricial, la presencia de signos de infección, visualizaremos la entrada a la vagina, localizaremos el meato y haremos una exploración del canal vaginal.
 - o Observar la presencia de secreciones vaginales.
 - o Analizar la elasticidad del periné.
 - o Realizar una exploración vaginal.
 - o Realizar una citología cervical.
- En el caso de no haberse realizado la de-infibulación:
 - o Insistir en la necesidad de realizarla (página 20).

- Observar el estado de los genitales externos, sin realizar ningún tacto vaginal.
- Proponer la cesárea como vía de parto, dadas las complicaciones de MGF.

Existen evidencias sobre la necesidad de llevar a cabo la cesárea, en mujer sin de-infibulación (37).

- Realizar una exploración mamaria.
- Examinaremos la salida de la orina. Una de las consecuencias más importantes de la MGF, es la infección urinaria debida a la retención causada por las cicatrices. Por este motivo, un buen control de la orina por parte de la mujer, sería de gran utilidad para reducir las infecciones (35).

2. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Comprobar si se sigue la pauta alimenticia propuesta en la primera consulta.
- Comprobar el cumplimiento y repetir recomendaciones anteriores.
- Marcar una tabla de ejercicios de suelo pélvico. Estos ejercicios están destinados a fortalecer la musculatura pélvica. El parto, es un momento muy traumático para dicha musculatura, por esa razón sería conveniente marcar un número de sencillos ejercicios para fortalecer la zona y conseguir el menor daño posible a la hora del parto. Si a eso le sumamos, la poca elasticidad por la MGF, las mujeres tendrán mayor número de posibilidades de sufrir desgarros en el perineo (47).
- Elaborar plan y lugar de parto. Poniendo en conocimiento de la gestante la prevalencia de aparición de complicaciones y como serán intervenidas.
- Reiterar la disposición de los servicios de urgencias, ante cualquier índice de inminencia de parto, dolor, sangrado, mal estar general, síntomas neurológicos, infección, etc.
- Proponer participación en grupos de terapia. Estos grupos, se realizarán en diversos puntos de la zona y se trabajará con grupos de mujeres y mixtos. Su fin, es promover la paternidad responsable y conseguir generar un grupo de apoyo, donde la mujer se respalde con otras que pasen por su misma situación.

- La prevención de ablación femenina en las generaciones futuras.
- Herramientas para la paternidad.
- Beneficios y uso eficaz de la lactancia materna.

Este tipo de intervención no está inscrita como actividad durante el estudio, para demostrar su efectividad en torno a las variables que queremos analizar. Pero al ser un protocolo de asistencia integral, debemos incluirlo en los cuidados para dar un mejor pronóstico a la mujer y a la descendencia.

- Concretar la cita para la tercera visita prenatal. Entre la semana 32 y 34 de embarazo.(30,40,46)

3. ECOGRAFIA

En este punto de la gestación, estudiaremos mediante técnicas ecográficas de imagen:

- La presencia de anomalías estructurales.
- Sexo del bebe.
- Dinámica el feto.
- Posición y estado de la placenta.

3. Tercera visita prenatal

En este punto del embarazo, la mujer se encuentra en la recta final. Esta revisión prenatal, se realizará entre las semanas 32 a la 34 y si no aparecen síntomas de gravedad o parto prematuro. Será la última vez que veamos a la mujer antes del parto.

1º. REVISION MEDICA

- Valorar estado general respecto a los datos recogidos en la segunda y primera visita.
- Valorar las posibles enfermedades intercurrentes que pudieran haber aparecido, como lesiones u otras patologías desde la segunda visita.
- Valorar el resultado de las analíticas. Habrá que tener muy en cuenta, el nivel de hierro, la carga viral en caso de padecer VIH o VHB.

- Confirmar la correcta ingesta de hierro, vitaminas, ácido fólico y vacuna de cólera.
- Dejar a la mujer que exprese sus dudas, sentimientos y exponga posibles problemas u acontecimientos que le hayan ocurrido en el tiempo entre la segunda y la tercera consulta.
- Toma de constantes.
- Recoger nuevas analíticas de sangre y orina. Si algún resultado aparece alterado, durante el transcurso del tercer trimestre, valorar ingreso en planta de obstetricia.
- Confirmar grupo sanguíneo y dejar constancia en la historia clínica.(30,39,40,46,48)

2º. REVISION OBSTÉTRICA Y MAMARIA

- Revisar los síntomas obstétricos que hayan podido aparecer a lo largo del embarazo y valorar su evolución en cuanto a los consejos dados por la enfermera para paliarlos.
- Cambios fisiológicos observados por la mujer y su entorno.
- Valoración ginecológica de los genitales externos, en cuanto al resultado de la de-infubilación.
- Medir la apertura vaginal resultante de la intervención, para valorar la capacidad de dilatación ante la inminencia del parto.
- Presencia de secreciones vaginales y/o sangrados.
- Valorar altura uterina. Si presenta un crecimiento fetal retardado, la derivaremos a su médico. Es muy común en mujeres sin una buena alimentación.
- Examen de mamas. Preguntarle por plan de lactancia para el recién nacido.
- Exudado vaginorectal. Para determinación streptococo B.(30,39,40,46,48)

3º. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Evaluar cumplimiento de las recomendaciones anteriores.
- Evaluar la utilidad de las terapias grupales, resolviendo dudas si es necesario.
- Preguntar a la mujer su intención con respecto a la MGF en su futura descendencia. En el caso de ser positiva, no realizaremos juicios de valor, si no que volveremos a incidir en las complicaciones que conlleva para la salud de su hija y para el desarrollo social. Por otro lado, mantendremos informadas a las autoridades sobre la intención de la madre, ya que es así como lo marca la ley (18,21,48).
- Indicar la importancia de mantener un suelo pélvico fuerte de cara al parto. Para ello enseñaremos a la mujer a realizar ejercicios de Kegel (contraer los músculos de la vagina y el periné, en repetidas ocasiones mientras la mujer orina). El fin será, mantener lo máximo posible la integridad de la zona y evitar la realización de la episiotomía o los desgarros vaginales, además de prevenir las posibles fistulas vaginoanales. Y el resultado que obtendremos en el postparto será, la prevención de la incontinencia urinaria. La cual, se ha demostrado que, a través de estos simples ejercicios, su incidencia es menor (49).
- Explicar a la mujer las sensaciones que experimentará en el parto, el equipo de trabajo con el que contará, los recursos ante urgencias, la forma de abordaje y la técnica empuje durante la segunda fase de parto (10 cm de dilatación) (50).
- Técnica de empuje consistirá (50):
 - o Esfuerzo ante la contracción.
 - o Técnicas de relajación entre contracciones.
 - o Aplicación en caso de ser necesario de anestesia epidural.
 - o Control del bienestar fetal.
- Informar sobre el día del ingreso. La mujer acudirá 24 horas antes, a la fecha asignada para el parto.
- Información sobre conducta a adoptar y recursos que preparar ante la llegada del recién nacido al hogar.
- Informar sobre los síntomas de parto inminente o pródromos.

- Presencia de contracciones rítmicas y dolorosas, que van aumentando según se acerca el periodo de dilatación, cuyo ritmo es una contracción cada 5 minutos.
 - Rotura de la bolsa.
 - Dilatación del cuello uterino.
- Dar consejo sobre la lactancia materna y métodos para extraerla.
 - Informar sobre las medidas anticonceptivas más económicas, de cara por lo menos a un año y medio.
 - Incidir sobre la necesidad de la asistencia médica al parto.

(30,40,46,50)

4º. ECOGRAFÍA

- Identificar la vitalidad y estática fetal.
- Valorar el crecimiento fetal.
- Localizar la placenta.
- Valorar el volumen del líquido amniótico.
- Estudio de flujo feto-placentario.

(30)

ASISTENCIA A PARTO.

Es en este momento del proceso donde más tenemos que tener en cuenta a la mujer y sus circunstancias. Se considera un parto de riesgo, ya que la MGF conlleva mucho riesgo, sobre todo en la segunda parte de trabajo de parto (24). Por eso deberemos proporcionar una asistencia de calidad y seguridad y comprometeremos a la madre y a su pareja (si así ella lo desea) para favorecer el vínculo madre-hijo (51).

Para la realización de este apartado, me he servido en gran parte de *"Protocolo de parto de baja intervención" del Hospital Universitario de Getafe (51)*.

Las fases del parto son:

- Periodo de dilatación.

- Periodo expulsivo (donde más riesgo encontramos)
- Periodo de alumbramiento.

1. Ingreso de la mujer

Será según lo acordado en las anteriores visitas prenatales, 24 h antes de la fecha probable de parto. Durante esa 24 h se realizan cuidados para preparar el organismo de la mujer ante las posibles complicaciones del parto.

Ante la llegada de la mujer a la planta de obstetricia, la enfermera será la responsable de acogerla y comenzar así un clima cálido y de confianza. Se informará sobre la posibilidad de acompañamiento del padre o algún miembro de la familia. En el caso de que la mujer solicite, el no acompañamiento, se reflejará en la historia de la paciente y garantizaremos la mayor privacidad posible.

Una vez acomodada en la habitación correspondiente, se realizará:

- Una valoración médica e historia clínica.
 - o Identificación de la gestante. Colocaremos la pulsera identificativa en su muñeca.
 - o Revisión y actualización de historia clínica.
 - Fecha de última regla y fecha probable de parto.
 - Informes ecográficos
 - Grupos sanguíneo. Administrar anti-D, si corresponde y avisar a banco de sangre para tener preparados al menos 2 concentrados de hematíes para el parto (identificados con grupo y concentración)
 - Serología y carga viral.
 - Estudio analítico de sangre y orina del tercer trimestre. Sacaremos una nueva muestra de sangre de carácter urgente, donde observaremos, principalmente, los niveles de Hemoglobina (HB) y coagulación (COA).
 - Toma de constantes, TA, SpO2, temperatura y pulso.
 - o Plan de parto y consentimiento de la mujer.

- Valoración de las contracciones. Comienzo, frecuencia e intensidad.
- Exploración abdominal.
 - Altura fondo uterino.
 - Realización maniobras de Leopold, gracias a las cuales valoraremos la situación, la presentación y la colocación del feto. Para que se lleve a cabo el parto vaginal, debemos cerciorarnos de que el feto se encuentra posición cefálica o podálica, pero siempre longitudinal. En el caso de ser transversal u oblicua se llevará a cabo una cesárea.
 - Intensidad de contracciones, mediante respuesta fisiológica materna. Podemos utilizar escalas del dolor, como la escala EVA.
- Exploración vaginal.
 - En el caso de no tener de-infibulación realizada, no se le realizará ninguna exploración manual. El plan será, una de-infibulación de urgencia (52) (con el consentimiento de la mujer) o en el caso de no desearlo, informar sobre la necesidad vital de lleva a cabo una cesárea. La cicatriz de MGF, comprometen la vida de la madre y el feto por esta razón, se demostró la eficacia de una cesárea en este tipo de casos (37).
 - Si la mujer llevo a cabo la de-infibulación, será valorada e inscrita en su historia clínica, como aceptada para parto vaginal.
 - Valorar el estado de la de-infibulación. Síntomas de infección, sangrado, fistulas o isquemia.

2. Intervenciones pre-parto.

Los partos en mujeres con MGF, acaban con la vida de muchas de ellas. Son las complicaciones que aparecen durante el parto y el puerperio inmediato, las que producen el fallecimiento de la madre. Como se puede ver en la figura 9 las más frecuentes son:

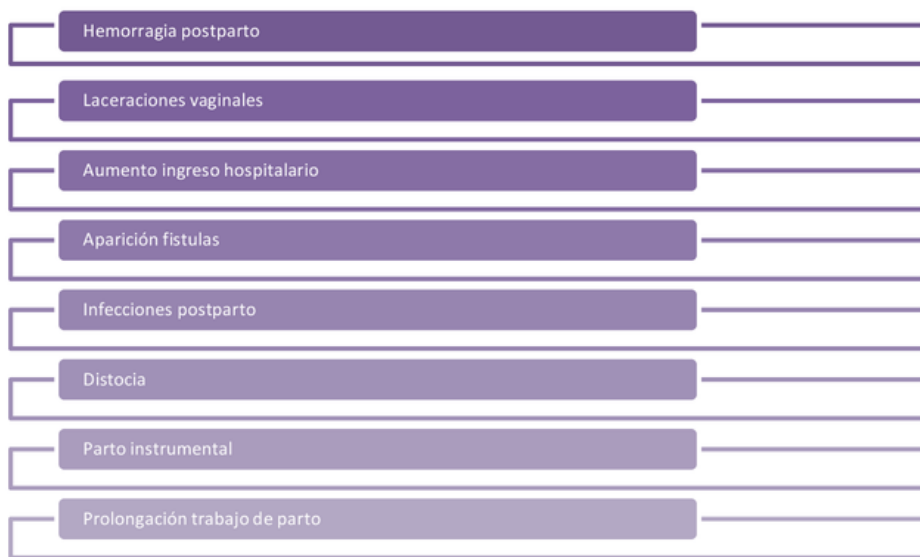


figura 9 Complicaciones de la infibulación durante el parto

Elaboración: Elaboración propia basado en datos recogidos por el artículo *"The Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting: A Systematic Review and Meta-Analysis"*.

Desde la atención prenatal, hemos intervenido sobre estas complicaciones, mediante la actividad de prevención. Pero, nuestra atención no acaba ahí, sino que debemos tener en cuenta estas complicaciones en los tres periodos siguientes.

Durante las 24 h de ingreso previo al parto, trabajaremos sobre las siguientes intervenciones:

- Hemorragia postparto. La poca elasticidad de los tejidos, causado por la MGF. Genera una prevalencia en rotura de grandes vasos pélvicos, causados por desgarros en el canal del parto o por atonía uterina que son las más comunes en estos casos. Consideramos hemorragia a la pérdida de 1000 ml de sangre, acompañado de signos y síntomas como caída de la TA, sudoración, taquicardia, palidez, incluso puede llegar a producir un cuadro de shock (23).

Para prevenirlo debemos tener en cuenta varios aspectos:

- Comprobar grupos sanguíneo de la mujer, identificándolo en su historia y pulsera identificativa.
- Analizar el nivel de HB en sangre. Los niveles normales son en mujeres, de 12.5 mg/dl a 15 mg/dl.

- Canalizar como mínimo una vía venosa periférica (VVP), con abocat del número 16.
 - En el caso de tener una HB inferior a 12.5 mg/dl administraremos una dosis de hierro intravenoso, con el fin de solventar la posible anemia. Según un estudio realizado, se evidenció la eficacia de una solución de hierro frente a la administración de un concentrado de hematíes (53).
- Infección postparto. La falta de sensibilidad por las múltiples cicatrices y el efecto de la analgesia que se administrará posteriormente(23,24) ; pueden influir en las posibles infecciones postparto. Es importante, a la hora de finalizar el parto vaginal y suturar las posibles lesiones o episiotomía resultante, que se realice con la máxima asepsia. Por otro lado, también observaremos los posibles signos de infección durante el postparto.

Como medida profiláctica, en las 24 h preparto, administraremos por vía intravenosa una serie de dosis de antibiótico (ATB). El ATB de elección, será la cefalosporina de primera generación. Su administración dosificada y no en dosis única, está demostrada que tiene menos posibilidad de producir infecciones en el tracto urinario (54). Se administrarán, 3 dosis cada 8 horas, la última se administrará al menos 30 minutos antes del parto o la cesárea.

- Necesidad de episiotomía. Informaremos a la mujer, de la necesidad de una posible realización de episiotomía. Su fin será, evitar las laceraciones vaginales, hemorragias, prolongación de trabajo de parto y los partos instrumentales (55). La realización de la incisión será, medio lateral derecho, para mantener lo máximo posible la integridad del periné.
- Información sobre sensaciones al parto y posterior colocación del recién nacido en piel con piel, con la madre.
- Enema. Solo se administrará si la gestante lo solicita. No existen evidencias de reducción de infecciones puerperales (51).
- Alimentación. Se pautará una dieta blanda y se permitirá la ingesta de líquidos claros e isotónicos (51).
- Vigilancia de signos vitales por turno.
- Recordar plan acordado sobre la no re-íntubación postparto (3).

- La noche previa al parto, se garantizará el descanso materno.

3. Parto

Las etapas de parto se pueden ver en la siguiente figura:



Figura 10

Elaboración: Basada en "Manejo del parto normal" SEGO. Doctora Carmen Osuna, Hospital universitario de Cruces.

El parto en mujeres con MGF, supone uno de los mayores retos en su vida. Las múltiples complicaciones y la no asistencia sanitaria, hace que muchas mujeres pierdan la vida, como vimos anteriormente. Las intervenciones se realizarán conforme a las 3 etapas:

3.1. DILATACIÓN Y BORRAMIENTO.

- Proporcionar un ambiente de confianza e intimidad a la mujer.
- Reducir sus miedos con medidas de apoyo emocional.
- Se fomentará un ambiente familiar. Siempre y cuando la gestante lo autorice.
 - o En el caso de permitir el acceso al acompañante, se le enseñará a este, técnicas para ayudar a la gestante. Masaje lumbar y piernas, paño humedecido en agua para la cara, ayudarla a la movilización y adopción de distintas posturas.
- No se realizará rasurado púbico ni perineal.
- Limitar las exploraciones vaginales lo mínimo necesario (3).
- Control de las constantes maternas, TA, SpO2, temperatura, cada 4 horas.
- Administrar analgesia suficiente, para control de dolor y prevención del flashback del momento en el que vivió la infibulación (56).
- Medidas para corregir el retardo de la dilatación.

- Se considerará retardo en la dilatación, cuando tras 4 horas la dilatación sea menor a 2 cm.
 - En primera instancia, propondremos medidas conservadoras: cambios posturales, ingestión de bebidas isotónicas, apoyo emocional, deambulación y vaciado vesical.
 - Si la progresión es menor a 1 cm con las membranas íntegras se realizará la amniorrexis.
 - Si el retardo continúa, se administrará 3ml/h de oxitocina. Informaremos a la mujer del aumento de las contracciones y realizaremos un control cardiotocográfico continuo.
- Administrar analgesia epidural.
 - En el caso de no haberse realizado la de-ínterfubulacón será realizada en la segunda etapa de trabajo de parto, como medida de urgencia (56).
 - Control bienestar fetal.
 - Período de dilatación: se registrará la frecuencia cardíaca fetal (FCF) al menos cada 15 minutos, después de 60 segundos post-contracción. Se medirá la dinámica uterina cada 30 minutos. Si se sospecha de anomalías en alguna contracción, se auscultará en la contracción o el período íntercontráctil.
 - Período expulsivo. Se auscultará FCF, cada 5 minutos, después de los 60 segundos post-contracción.
 - Si hay sospecha de sufrimiento fetal o anomalías en el registro, se comunicará al médico la posibilidad de realizar una cesárea de urgencia.
 - Movilización. La mujer puede moverse libremente por la sala, mejorando el dolor y su autonomía y control del parto. La sala estará provista de sillas, balones y sillones, donde la mujer podrá adoptar libremente la postura que más útil le sea.
 - Respiración y relajación. La respiración sincrónica y controlada es efectiva para el control del dolor y estrés. Pero serán muchas las herramientas que podrán utilizarse para el control de la ansiedad de la gestante: temperatura ambiental adecuada, aromaterapia, acompañamientos o la musicoterapia.

3.2. EXPULSIVO

Esta etapa se alcanza cuando la mujer ha alcanzado la dilatación completa. La duración según la SEGO es aproximadamente de 2 horas (57). Cuenta con dos fases:

- La fase pasiva: cuando el útero está totalmente dilatado, no hay necesidad involuntaria de empujar.
- La fase activa: periodo comprendido desde que la presentación fetal está por debajo de las espinas ilíacas, hasta el nacimiento.

Las intervenciones en esta fase serán:

- Control del bienestar fetal.
- Postura durante el periodo expulsivo. La gestante se situará en la posición que le resulte más cómoda.
- Soporte verbal o psicoprofilaxis (50). Comunicación verbal con la gestante, a través de:
 - Afirmación: motivación durante el proceso, animar a pujar, relajar durante el cese de las contracciones y reforzar las acciones.
 - Intercambio de información: hacerla participe del proceso, explicando todo lo que se acontece en el momento y lo que está por ocurrir.
 - Dirección: instruir en el momento de empujar. En aquellas mujeres a las que no se les haya administrado epidural, los esfuerzos de puje serán más espontáneos que las que se las haya administrado anestesia epidural.
 - Hablar al bebé. Utilizando frases como "Vamos, sal ya" "queremos conocerte".
- Medidas de asepsia. Fundamental, la MGF hace propensas a las mujeres a padecer infecciones postnatales, además de garantizar protección al personal sanitario en caso de que la mujer padezca VIH o VHB (56). Las medidas a adoptar serán:

- Lavado de manos con solución alcohólica.
- Uso de mascarillas y batas estériles.
- Uso de guantes estériles.
- Cuidados del periné. La mujer con MGF, no tiene una buena elasticidad en la zona perianal, a consecuencia de la infibulación (37). Por eso realizaremos una serie de intervenciones, con el fin de evitar los desgarros, laceraciones y hemorragias vaginales.
 - Masajes perineales.
 - Aplicación de calor, mediante compresas húmedas.
 - Protección del periné, colocando las manos en forma de protección controlando la deflexión de la cabeza.
 - Episiotomía. No debe ser sistemática, solo debe realizarse cuando exista isquemia en el periné y sea necesario (3).
- Salida del bebe.
 - Permitir extensión del periné.
 - Controlar la salida del bebe, posicionando la mano en la presentación. Evitando una expulsión incontrolada.
 - Limpiar las secreciones nasobucales, tras la salida de la cabeza.
 - Comprobar si existe estrangulamiento del cordón umbilical en el cuello.
 - Dejar que la rotación externa se realice espontáneamente, con los empujes de la mujer.
- Tras la salida completa del bebe, ponerlo en el pecho de la madre para que se produzca el efecto piel con piel (58).
- Valorar los signos vitales de la mujer, TA, SpO2, temperatura.
 - Si TA es inferior a 100mmHg de sistólica y 50mmHg de diastólica y se ha observado una pérdida de sangre significativa. Se sacará una muestra de sangre de urgencia para valorar hemoglobina. Mientras, se administrará sueroterapia para compensar la hipotensión.

3.3. ALUMBRAMIENTO.

Es la etapa de expulsión de la placenta, donde más riesgo existe de hemorragia.

Existen dos vías:

- Manejo fisiológico.
 - o Esperar a signos de desprendimiento natural de la placenta (alargamiento del cordón, salida de sangre oscura y útero firme)
 - o Animar a la mujer a pujar.
 - o No traccionar del cordón.
- Manejo activo.
 - o Administrar 10 UI de oxitocina intravenoso (IV).
 - o Traccionar controladamente el cordón.
- Revisión del periné. Se deberá inspeccionar el canal vaginal, suturando las zonas de laceraciones y la posible episiotomía. La técnica se realizará de forma estéril, lavando la zona con antiséptico y administrando analgesia local (Lidocaína al 1%).
- Se suturarán los bordes del labio femenino, con el objetivo de no dejar lugar a la re-infibulación.

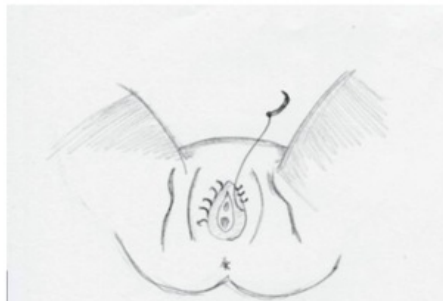


Figura 11

Elaboración propia

- Se realizará un tacto rectal, para valorar la posible aparición de fistulas o desgarros.
- Tomar y registrar constantes.

- Observar los posibles signos de hemorragia. Sudoración, TA, temperatura, consciencia y tono de la piel.

A lo largo de todo el proceso registraremos en la hoja de enfermería:

- La hora de entrada al paritorio.
- Fármacos administrados y en qué cantidad.
- Registro de incidencias.
- Constantes.
- Hora de nacimiento, APGAR, constantes y peso del niño.
- Número de transfusiones realizadas.
- Lugar de los accesos venosos.
- Posición de parto elegida por la madre.
- Evolutivo de enfermería

CUIDADOS POSTPARTO

Una vez realizado las identificaciones pertinentes de la madre y el niño, dejando por escrito su filiación e identificándole con las pulseras identificativas. Además, de conservar la salud de la madre y el bebé estable; éstos serán ingresados en la zona de hospitalización.

El puerperio, que es la fase en la que nos encontramos, es un periodo en el que se producen las modificaciones gravídicas, la secreción láctica, el reajuste psicológico de la madre y el establecimiento de la relación madre-hijo. Dura alrededor de 60 días, dividido en 4 etapas que son (59):

- Inmediato: primeras 24 horas.
- Propiamente dicho. Entre el segundo y décimo día.

- Alejado. Desde el día 11 al 45, coincidiendo con el retorno de la menstruación, en muchas ocasiones.
- Tardío: 45 al 60 día.

Las complicaciones más frecuentes, durante el postparto de una mujer con FGM, que pueden aparecer son: Dolor, causado por las laceraciones vaginales, de-infibulación y rotura de fibras, esto se debe a la fragilidad del tejido en la zona de los genitales. Infección, de alto riesgo en infección del tracto urinario, perineal, vulvar, vaginal y debido a la reciente de-infibulación. Por otro lado, también pueden aparecer problemas psicológicos, debidos al recuerdo de la mujer en el momento de la práctica (60).

Nuestras intervenciones se centrarán en el puerperio inmediato, con el fin de disminuir el tiempo de estancia hospitalaria.

Las actuaciones que se deberán llevar a cabo son:

Para la realización de este apartado me he basado en el *“Protocolo de enfermería. Servicio de Tocoginecología. Hospital Universitario de Albacete” (61)*

- Informarnos en la historia clínica obstétrica sobre la evolución y desarrollo del parto.
- Control signos vitales
- Valoración de metrorragia, altura de fondo uterino y contracción uterina.

Los loquios tendrán que ser valorados. Se considera hemorragia, la pérdida hemática de más de una compresa por hora. Valoraremos el olor y el color en las primeras horas. Se espera que tenga una apariencia de color rojizo y un olor fuerte, sin llegar a ser desagradable.

Este signo es importante tenerlo controlado, ya que la FGM acarrea como complicación las hemorragias postparto (4). Como medida preventiva, mantendremos a la mujer en reposo absoluto durante las primeras 24 horas, vigilarémos los signos vitales por turno y vigilarémos el nivel de pérdida hemática, en las compresas.

- Potenciar la micción espontánea en las primeras horas. Si la de-infibulación se llevó a cabo en el segundo trimestre de embarazo, lo habitual sería que tuviera su vejiga reeducada. En el caso de haberse realizado la de-infibulación durante el trabajo de parto, se contemplaría la opción de colocar una sonda vesical (24).

- Estado de la episiotomía.
- Fomento de la lactancia materna.
- Higiene diaria. Recomendaremos una ducha perianal dos o tres veces al día, de delante hacia atrás.
- Inicio del vínculo materno filial.

Deberemos reforzar este aspecto y utilizar charlas de sensibilización, sobre la continuación de la MGF. Valoraremos junto con la mujer la experiencia que ha sufrido, incidiendo sobre las complicaciones pasadas, presentes y futuras. Acentuaremos la ley vigente internacional y los avances a favor de perseguir la MGF como delito penal.

Por otro lado, animaremos a la mujer a asistir a terapias grupales con otras madres. En las cuales, se tratarán temas de violencia familiar, salud, sexualidad y puestas en común sobre sensaciones y emociones respecto a la MGF (60).

- Alimentación. Se seguirán los programas de ayudas alimenticias.
- Alivio del dolor. Se administrará tratamiento analgésico intravenoso en el caso de necesitarlo. Si el dolor se continúa e intensifica, se valorará la posibilidad de administración por vía epidural.
- Vigilar signos de infección: Dolor abdominal, estado de las heridas, fiebre, loquios (olor y color), fiebre y malestar general. En el caso de presentar fiebre se realizarán hemocultivos. Finalmente si presenta infección, se valorará la administración de antibioterapia (62).
- Recomendaciones en puerperio tardío:
 - Informar sobre el panorama actual de la re-infibulación.
 - Educar sobre técnicas contraceptivas.
 - Informar sobre los servicios de urgencias y facilitar un número para asistencia domiciliaria.
 - Recomendaciones higiénicas.

- Advertir sobre las necesidades alimenticias. Como se mencionó anteriormente se facilitarán ayudas de banco de alimentos para completar las necesidades básicas del período.
- Concretar un cita a los 15 días del alta.
- Informar sobre los signos y síntomas de necesidad inmediata de atención hospitalaria. Se les facilitara un folleto (Anexo 5), en el cual vendrán recogidas los signos de alarma más frecuentes. De esta forma, será más fácil para ellas reconocerlos y contactar con los servicios de emergencias.

Análisis de datos

En primer lugar, realizaré un análisis descriptivo identificando las diferentes variables del estudio. Los datos obtenidos serán representados mediante una gráfica en la que se mostrará el número de manifestaciones de las diferentes complicaciones que queremos analizar, además en otra tabla resumiremos el número de intervenciones que se detallan en el protocolo y que fueron realizadas en la mujer.

Con esto realizaremos una estrategia analítica, en la que estudiaremos la relación que guardan las variables dependientes con las independientes. En el caso de las variables cuantitativas tendremos que comprobar si cumplen los criterios de normalidad. En ese caso utilizaremos un test paramétrico, utilizando el t-student. En el caso contrario, se usarían los test no paramétricos, utilizando el U-Mann -Whitney.

En el caso de ser cualitativas, los resultados se analizarían con el test chí-cuadrado.

Una vez que comprobemos que existen diferencias entre las variables y los diferentes resultados. Comprobando que, además, estas diferencias son significativas, se aplicarán los siguientes test estadísticos. En mi caso, por ejemplo, utilizaremos la variable hemorragia mediante el test t-student. Aunque en el caso de no existir normalidad, se analizaran mediante el test U-Mann-Whitney. Por otro lado, las variables cualitativas como la aparición de fistulas. Serán evaluadas con el test chi-cuadrado.

Una vez analizadas con los diferentes test, se realizará un estudio comparativo en el que se establezca la relación entre variables dependientes e independientes. Mediante un análisis bivariado.

Se permitirá un nivel de confianza del 95% y un error $\alpha < 0.05$.

Para la realización del análisis podremos utilizar, programas estadísticos como el SPSS.

Procedimiento de recogida de datos

Los datos serán recogidos dependiendo de las diferentes etapas del trabajo, pero antes de tratar con datos personales se pedirá a la paciente su consentimiento, mediante la información detallada de todo el proceso y sus alternativas. Este apartado será explicado conforme al orden cronológico del estudio:

1. La primera parte, de la recogida de datos se establecerá tras la formación y la captación del grupo de intervención. Y por otro lado la selección del grupo de control. En primer lugar, el grupo en el grupo de "control" (o grupo pre), los datos serán recogidos de las historias clínicas, analizando el número de muertes y complicaciones que deseamos intervenir.

En el grupo de intervención, los datos serán recogidos a lo largo de todo el proyecto y mediante el cumplimiento de las diferentes actividades del protocolo. Por ello, la primera fase será la visita prenatal. Esta fase constará de tres visitas a la mujer, donde recogeremos las variables que queremos analizar de su estado de salud, las intervenciones que queremos analizar. Y en primera instancia, mediante la anamnesis que realizaremos al comienzo de la primera visita prenatal, conseguiremos aquellos datos de variables independientes específicas de cada mujer. Cada grupo, variable independiente y variable dependiente figurarán en la historia clínica de cada paciente, pero solo las dependientes se registrarán en la hoja de recogida de datos (Anexo 2).

2. La segunda fase corresponderá al parto. En esta etapa realizaremos una serie de intervenciones que deberemos registrar. Además, es el periodo donde más complicaciones aparecerán y por ese motivo deberán quedar anotadas, según las instrucciones del apartado de variables (página 19). Al igual que en la etapa anterior, el registro de las variables acontecidas en este término, eran registradas en la hoja correspondiente (Anexo 3).

3. La tercera etapa, corresponde al postparto. Algunas complicaciones son específicas de esta etapa y por ello deberán registrarse en su hoja específica (Anexo 4).

Fases del estudio y cronograma

En este apartado se expondrán las fases del estudio, indicando la duración y los objetivos de cada una de ellas. Para ello utilizaré un esquema, para facilitar la visión de cada etapa.

Etapa de presentación. A todos los organismos y organizaciones relacionados con el país y el ámbito sanitario. Con el fin de aceptar el estudio, apoyarlo económicamente y brindar facilidades para llevarlo a cabo. Por otro lado, será presentado ante un comité de bioética, que lo validará para poder llevar a cabo.

1º FASE PRE-INTERVENCIÓN. Recogida de los datos obstétricos anteriores, hasta alcanzar un mínimo de 200 partos llevados a término asistidos en el Hospital. Recogeremos las variables por medio de las historias clínicas de cada mujer. Dejando constancia del análisis por medio del documento pre-intervención.

Etapa de preparación. (Duración un año, nos encontramos dentro del primer año)

En la cual se explicará y formará por medio de talleres de educación. A las profesionales de la salud del Hospital Edan Adam los objetivos a alcanzar y las instrucciones para realizarlo.

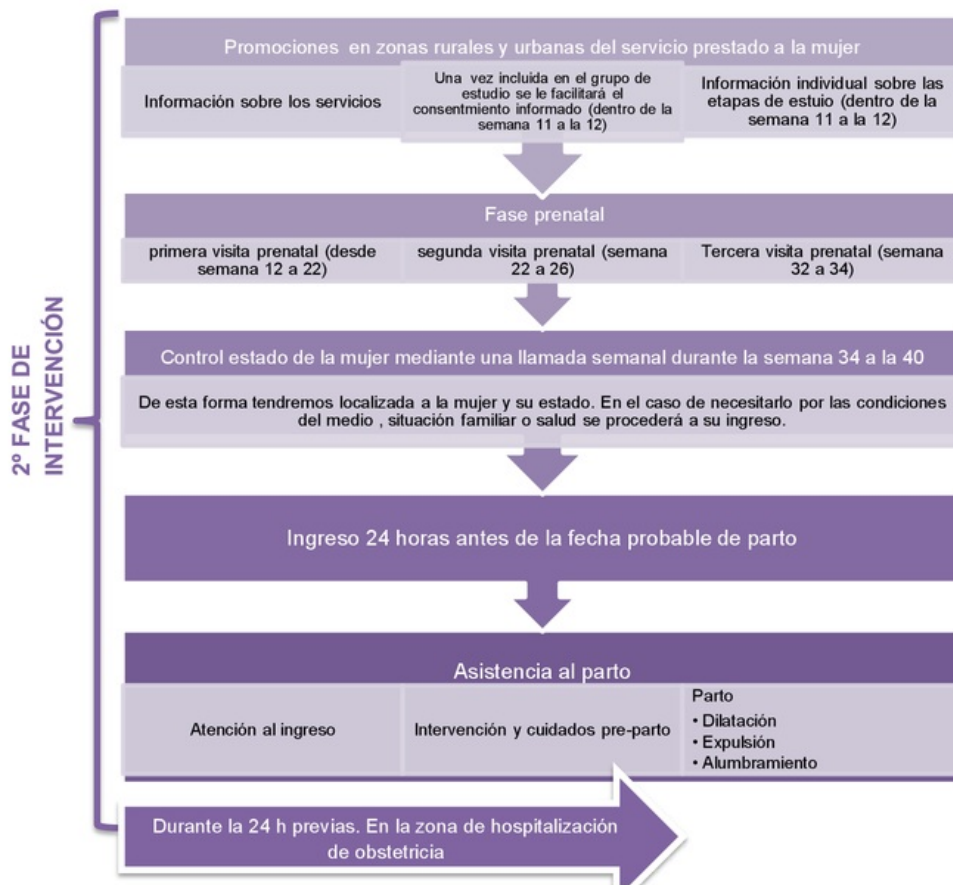


figura 13

Elaboración propia

3º FASE DE ANÁLISIS DE DATOS. En ella se estudiarán los resultados obtenidos y recogidos durante la intervención (que se habrán recogido en el primer mes del estudio) y se compararán con los obtenidos durante la etapa de pre intervención. De esta forma valoraremos la efectividad del estudio,

4º PUBLICACIÓN Y DIVULGACIÓN DE RESULTADOS.

En esta etapa se divulgarán los resultados del estudio a la sociedad de la zona de influencia del hospital. Se comunicarán a los profesionales del hospital y otros hospitales del país mediante la realización de un informe de resultados. Así mismo este informe se les proporcionará a las autoridades locales con la intención de recabar su apoyo para la continuidad de la intervención.

Por otro lado, se preparará un manuscrito para su publicación en una revista científica de la materia de salud materna.

Como se puede observar, el estudio consta de tres fases más una cuarta de publicación y divulgación de resultados.

En la primera de ellas, se tratará el tema en conjunto con los profesionales del hospital, así como con los estudiantes de tercer año. El objetivo, es implantar una dinámica de trabajo conforme a las actividades que se pretenden estudiar. Así mismo, también reforzaremos la idea de protección de la mujer infibulada, las necesidades durante el embarazo y la importancia de una atención integral. Esta fase constará, de dos ponencias repartidas entre las dos semanas previas al inicio del estudio.

La segunda fase o fase de intervención, consta de varias partes, repartidas en las diferentes etapas del ciclo gestacional fisiológico. La primera intervención, consistirá en la promoción del servicio y la necesidad de llevarlo a cabo, entre la población de la zona. Una vez captada y seleccionado el grupo de estudio, se comenzará con la primera visita prenatal. Esta fase es de suma importancia, ya que nos permite hacer una valoración personalizada de las necesidades de cada mujer. Amoldando las actuaciones conforme a las situaciones personales de cada mujer.

De esta forma y conforme al esquema anterior, tendrá lugar la segunda fase. En ella recogeremos todos los datos pertinentes y serán registrados en la historia clínica. Este periodo tendrá una duración de dos años, aunque podemos alargarlo si el estudio lo requiere, como en el caso de dejar alguna gestante entre el tercer trimestre y el parto. Es decir, que todas aquellas mujeres aceptadas e intervenidas han de seguirse hasta el final.

La tercera fase o fase de análisis de resultados, conlleva el estudio de los datos obtenidos de la muestra, tanto los anteriores como los posteriores al estudio. Haciendo un análisis comparativo de la morbilidad y mortalidad presente en cada uno. Estimo que este periodo tendrá una duración de tres meses.

La cuarta fase de publicación de resultados, durará aproximadamente 6 meses.

En total el estudio durará 4 años. Y se ejecutará entre septiembre de 2016 y septiembre de 2020. La etapa de presentación tendrá una duración de 6 meses, la misma que la etapa pre-intervención. Tras esto estimo que la duración del estudio será de dos años, en los cuales realizaremos las diferentes intervenciones y registraremos los

correspondientes datos. La última etapa, fase de análisis, tendrá una duración de un año. Cuyo final será la publicación de los mismos.

ASPECTOS ÉTICOS

Para fundamentar nuestra intervención, el estudio tiene que ser evaluado por un comité de bioética. En este caso, será estudiado por el Comité de Bioética de San Juan de Dios, que al igual que el resto de las agrupaciones para el control de ética asistencial; está basado en la Ley 14/2007, 3 de julio, de Investigación bioética. Esta Ley tiene como fin la protección de la dignidad y la intimidad de la persona, que se incluye en una investigación, como objeto de estudio. Por medio de sus derechos inherentes por el hecho de ser persona, en aquellas investigaciones de carácter asistencial (63). Este comité tiene como función (64):

- Promover el interés y la preocupación por problemas de tipo ético.
- Ofrecer respuesta a consultas. De tipo asistencial.
- Promover la formación ética.
- Realizar estudios y elaborar publicaciones. Así mismo, estudiarán propuestas de protocolos de carácter asistencial, así como las posibles investigaciones que se les propongan.

De esta manera, el proyecto será presentado ante dicha agrupación; la cual determinará, las posibles carencias asistenciales, las posibles faltas en el código ético asistencial, las posibles mejoras en la asistencia, etc.

Consentimiento Informado

Se trata de un documento de carácter legal y obligatorio según las leyes establecidas en los diferentes países. Las cuales están respaldadas por la declaración de los Derechos Humanos, introducidos anteriormente. Este documento, permite al paciente conservar su propia autonomía y conservar su dignidad, ante los procedimientos clínicos de cualquier hospital. Es por ello, que la mayoría de los centros hospitalarios del mundo, antes de realizar cualquier intervención en la que se considere que el paciente corre riesgos de sufrir daños, ser sujeto de estudio o fallecer; tienen que obtener el consentimiento de la persona, por medio de este documento (65).

De esta forma, introduciremos en este documento:

critérios de calidad para formular el documento

- Nombre del centro
- servicio
- Identificación del colegiado
- Identificación paciente
- Identificación representante legal (en el caso de ser menor de 18 años)
- Fecha y lugar de firma
- Tipo de procedimiento
- Descripción
- Finalidad
- Riesgos típicos
- Riesgos personalizados
- Contrindicaciones
- Declaración entendimiento por parte del paciente.
- Declaración para revocar el consentimiento en cualquier momento
- Declaración de consentimiento con firma, DNI y fecha.
- Declarar la entrega de una copia del mismo

Figura 12

Elaboración: Basada en "Introducción de un sistema de acreditación para los documentos de consentimiento informado hospitalario. Revista de calidad asistencial."

Basándonos en este esquema para la realización del consentimiento informado, formularemos el nuestro propio del estudio. El documento será entregado, una vez que se hayan establecido los criterios de inclusión y exclusión, configurándose de esta manera el grupo de mujeres sobre el que trabajaremos.

Antes de firma y por tanto consentir la intervención, se explicará con todo detalle, solo a la mujer intervenida, la finalidad del proceso y sus características. De esta manera, haremos consciente a la mujer de todos los procedimientos que aplicaremos y su finalidad.

Por otra parte, y una vez que la mujer es consciente y entiende todos los apartados. Haremos lo mismo con la familia, si la mujer así lo desea.

Riesgos potenciales del estudio

Los riesgos potenciales, son aquellos que pueden aparecer durante el estudio, a consecuencia de las diferentes intervenciones que se realicen. Es importante considerar estos riesgos con anticipación, para evitar el menor daño posible.

Para elaborar los riesgos que podemos encontrarnos a lo largo del estudio, conviene estudiar el caso, conforme a tres riesgos interdependientes. El riesgo propio del

paciente, derivado de su patología, condicionado a su vez por factores como la edad, e nivel económico, el educativo, etc. Relacionado con las decisiones médicas. Por último, el derivado de aquellos planes asistenciales que se le van a aplicar (66).

Riesgos potenciales

- Infección de heridas
- Infecciones debidas a los cuidados sanitarios (quedan excluidas aquellas que presenten inmunodeficiencia)
- Complicaciones de anestesia
- Sepsis postoperatoria. (Quedan excluidos aquellos que padecieran infección, ni inmunodeficiencia)
- Reacción de la transfusión.
- Error grupo sanguíneo.
- Traumatismo neonatal.
- Traumatismo obstétrico en parto vaginal.
- Partos difíciles.
- Hemorragias y hematomas postoperatorios.
- Muerte materna.
- Muerte neonatal.
- Violencia de género.

Para formular la lista de riesgos potenciales, me he basado en las indicaciones de la *“Unidad didáctica 6: La gestión del riesgo”* Elaborado por El Ministerio de Sanidad y Consumo.

Confidencialidad

Ante una investigación de carácter asistencial, en la que serán tratados datos sanitarios de personas.; debemos tener en cuenta numerosos reglamentos, como la Ley del Parlamento Europeo y del Consejo, del 24 de octubre de 1995, que se basa en la protección de los datos personales y la libre circulación de estos (67).

Con esta premisa, los datos referentes a la investigación, registrados o no en la historia clínica de cada paciente; serán tratados con toda confidencialidad. Si algún profesional implicado cometiera alguna imprudencia en la divulgación de estos, será puesto en conocimiento de la autoridad legal pertinente para que aplique las medidas que corresponda.

Así mismo, por las posibles circunstancias familiares de la mujer, solo serán tratados los datos con la familia, que la mujer considere oportuno. En ese caso, se dejará constancia en la historia clínica.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las principales limitaciones que encontraremos serán:

- La situación por la que atraviesa el país. Se trata de una zona en decadencia económica, rodeada de conflictos internos y baja de recursos. Lo que nos repercutirá a la hora de establecer las medidas asistenciales y en promoción de la salud.
- La situación de la mujer somalí. En un país donde prevalece la influencia machista, la mujer queda adscrita a un segundo plano de la "supuesta pirámide poblacional". Esto nos influirá a la hora de conseguir la participación de la población, las mujeres pueden verse cohibidas, con serias dificultades para seguir el estudio y puede darse violencia de género.
- La posible falta de recursos del hospital en el que basaremos la intervención. Al tratarse de un país en desarrollo, este tipo de centro sanitario se sustenta a base de donaciones y ayudas internacionales. Por este motivo, puede que nos encontremos con dificultades a la hora de llevar a cabo los diferentes puntos del protocolo.
- A la hora de recoger la muestra. Hemos introducido como criterio de exclusión aquellas mujeres sin partos previos. Teniendo en cuenta que la tasa de fertilidad fue en el 2014, fue de 6,5 hijos por mujer en edad fértil (datos obtenidos por Banco Mundial). Eso significa que se excluirá una buena parte de la muestra. Pero teniendo en cuenta el tiempo de duración del estudio, se prevé obtener un número de datos suficientes, para obtener resultados.
- En lo que respecta a los profesionales. La falta de profesionalización entre la población, puede ocasionar un número insuficiente de enfermeras y matronas. Y esto será directamente proporcional a la calidad de los cuidados.
- Podemos encontrarnos con conflictos y negativas por parte de la dirección de país, que nos lleven a abordar el proyecto con otra perspectiva e incluso a abandonarlo.
- Falta de apoyos económicos exteriores. Será de vital importancia, el apoyo por parte de las diferentes organizaciones internacionales, así como parte de la embajada española de Somalia.

- Falta de seguridad en el terreno. Contaremos con profesionales de seguridad tanto dentro del centro hospitalario, como fuera de este. Pero puede que, por las condiciones de conflicto interno, sea insuficiente.
- En relación a las limitaciones que podemos encontrar por el propio diseño del estudio cuasi experimental no controlado, destacar:
 - Efecto placebo: se produce una respuesta en la persona como consecuencia de la intervención, pero no puede considerarse específico del mismo.
 - Efecto Hawthorne: respuesta inducida por el conocimiento de los participantes intervenidos.
 - Evolución natural: cuando la enfermedad tiende a su resolución, pero sin que sean los esfuerzos terapéuticos la causa de ello.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Mrs. Edna Adan Ismail. Female Genital Mutilation. England: Radcliffe Publishing/Taylor & Francis; 2005.
- (2) Cropp G, Armstrong J. Female genital mutilation and reporting duties for all clinical personnel. British Journal of Hospital Medicine 2016 Jul;77(7):419-423.
- (3) GuiaMutilacGenitalFemeninaX 15/1/04 18:11 Página I. GuiaMutilacGenitalFemeninaX 15/1/04 18:11 Página I.
- (4) Sanaria A. Raouf, Teresa Ball, Alison Hughes, Roger Holder, Spyros Papaioannou. Obstetric and neonatal outcomes for women with reversed and non-reversed type III female genital mutilation. International journal of gynecology and obstetrics .
- (5) UNICEF. Female genital mutilation/cutting. A statistical overview and exploration of the dynamics of change. BMJ (Clinical research ed.) 2013;347(sep24 1):1-94.
- (6) OMS | Mutilación genital femenina y otras prácticas lesivas. Available at: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/es/>. Accessed Jan 23, 2017.
- (7) Meritxell Casajoana Guerrero, Elisabeth Caravaca Nieto, M^a Isabel Martínez Madrigal. Una visión global de la mutilación genital femenina Matronas profesión 2012;13(3-4):76-82.
- (8) Anna Escalona Barrera. El delito de la MGF: una primera aproximación jurisprudencial. 2014 May,16.
- (9) Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights - Regional Office for Europe (OHCHR). Universal Declaration of Human Rights. 2015.
- (10) Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 2006 4 de agosto.
- (11) Dr Jasmine Abdulcadir Ms Joya Banerjee, Dr Owolabi Bialkander, Dr Susana Fried Adriana Kaplan Marcusan, Jopeh Karaja, Gamal Serour, Morissanda Kouyaté, et al. Guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. WHO 2016.
- (12) Oficina de Información Diplomática del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Somalia. República Somalí. Oficina de información diplomática 2016 Abril.
- (13) IndexMundi. Somalia Maternal mortality rate Demographics. 2016 Oct 8,.
- (14) IndexMundi. España Tasa de mortalidad materna Población. 2015 Jul 6,.
- (15) Regional Health Systems Observatory-EMRO. Health Systems Profile - Somalia. 2008.
- (16) Agematsu R, Inagaki S, Kawaguchi T. Standard population for age-standardized death rate. [Nihon kōshū eisei zasshi] Japanese journal of public health 1990 May;37(5):358.

- (17) OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2014. 2014:1-178.
- (18) Jinnah Z, Lowe L. Circumcising Circumcision: Renegotiating Beliefs and Practices among Somali Women in Johannesburg and Nairobi. *Medical Anthropology* 2015 Jul 4;;34(4):371-388.
- (19) G. González González, J. M. Suárez Delgado, M. L. Marengo de la Fuente, A. Pajuelo Gallego, H. Murillo García. Patología y morbimortalidad en una Unidad de Reanimación Obstétrica. *Revista Española de anestesiología y reanimación* 2005;52:71-74.
- (20) Organización Mundial de la Salud. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015: estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas: sinopsis. 2015.
- (21) colegio de enfermeras en relacion con MGF.
- (22) Edna Adan University Hospital | Treatment of Illnesses | Training of Midwives | Edna Adan Hospital Somaliland.
- (23) Berg RC, Underland V. The obstetric consequences of female genital mutilation/cutting: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and gynecology international* 2013;2013:496564.
- (24) Arbesman M1, Kahler L, Buck GM. Assesment of the Impact of Female Circumcision on the Gynecological, Genitourinary and Obtetrical Health Problems of Women from Somalia: Literature Review and Case Series. Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujerConvención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 2006 4 de agosto de. Report of the mational institutes of health: Opportunities for Research on Women's Health 1993;20(3):27-42.
- (25) World Health Organization, World Bank, UNICEF, United Nations Population Fund. Trends in maternal mortality: 1990-2015: estimates from WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. 2015.
- (26) siguiente: Buendía, L.; Colás, P. y Hernández, F. (2001): M P. Madrid: McGraw-Hill. Tipos de variables en un experimento.
- (27) R. Montero Ibáñez, A. Manzanares Briega. Escalas de valoración del dolor. *Nursing (Ed. española)* 2003 Feb;21(2):48.
- (28) Aurora Muñoz Colmenero, Laura Rincón de Pablo, Patricia Nieto Sandoval Martín de la Sierra, Luis Sáenz Mateos, Elena Buces González, Vicente Morales Elipe. MARCADORES DE SEPSIS: SITUACIÓN ACTUAL. Servicio de Análisis Clínicos. Hospital General Universitario de Ciudad Real. 2014 30 ABRIL.
- (29) Peter B. Mandeville. Tema 1: Definición de las variables. *Ciencia UANL* 2003;Ciencia UANL (México) Num.001 Vol.VI(1).
- (30) Control prenatal del embarazo normal. *Progresos de obstetricia y ginecología* 2011;54(6):330-349.

- (31) Moxey JM, Jones LL. A qualitative study exploring how Somali women exposed to female genital mutilation experience and perceive antenatal and intrapartum care in England. *BMJ open* 2016;6(1):e009846.
- (32) Unicef. Water Sanitation and Hygiene. Issue .
- (33) UNICEF. Progreso para la infancia. 2007.
https://www.unicef.org/spanish/publications/files/Progreso_para_la_infancia_No_6.pdf
- (34) Knipscheer J, Vloeberghs E, Kwaak A, Muijsenbergh, M E T C van den. Mental health problems associated with female genital mutilation. *BJPsych Bulletin* 2015;39(6):273-277.
- (35) Review Obstetric management of women with female genital mutilation. *The obstetrician & Gynaecologist* 2007;9:95-101.
- (36) Litorp H, Franck M, Almroth L. Female genital mutilation among antenatal care and contraceptive advice attendees in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2008;87(7):716-722.
- (37) Raouf SA, Ball T, Hughes A, Holder R, Papaioannou S. Obstetric and neonatal outcomes for women with reversed and non-reversed type III female genital mutilation. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2011 /05/01;113(2):141-143.
- (38) Silvia Alcolea Flores Dina Mohamed Mohamed. Guía de cuidados de embarazo. Hospital Universitario de ceuta .
- (39) Byrskog U, Olsson P, Essén B, Allvin M. Being a bridge: Swedish antenatal care midwives' encounters with Somali-born women and questions of violence; a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth* 2015;15(1):1.
- (40) NICE Pathways bring together all NICE guidance, quality standards, other NICE information on a specific topic. Antenatal care for uncomplicated pregnancies overview.
- (41) Ingvil Krarup Sorbye, M D. A situation analysis of reproductive health. UNFPA 2009 April.
- (42) Institute of medicine and National research council. Implementing Guidelines on Weight gain and pregnancy.
- (43) OMS | Vidas en riesgo: el paludismo en el embarazo. Available at: <http://www.who.int/features/2003/04b/es/>. Accessed Feb 25, 2017.
- (44) Grout L, Martinez-Pino I, Ciglenecki I, Keita S, Diallo AA, Traore B, et al. Pregnancy Outcomes after a Mass Vaccination Campaign with an Oral Cholera Vaccine in Guinea: A Retrospective Cohort Study. *PLoS neglected tropical diseases* 2015 Dec;9(12):e0004274.
- (45) Iraqi Version- Arabic. HARVARD TRAUMA QUESTIONNAIRE. VERITAS.
<http://www.healtorture.org/sites/healtorture.org/files/4%20HTQ%20Arabic.pdf>
- (46) TRANSITIONAL ISLAMIC GOVERNMENT OF AFGHANISTAN Ministry of Health General Directorate for Health Care and Promotion Women's and Reproductive Health Directorate

Reproductive Health Task Force. Antenatal Care Service. NATIONAL STANDARDS FOR REPRODUCTIVE HEALTH SERVICES 2003 October.

(47) Bø K, Hilde G, Stær-Jensen J, Siafarikas F, Tennfjord MK, Engh ME. Postpartum pelvic floor muscle training and pelvic organ prolapse--a randomized trial of primiparous women. *American journal of obstetrics and gynecology* 2015 Jan;212(1):38.e7.

(48) The role of the Midwife | About FGM. <http://about-fgm.co.uk/taking-action/the-role-of-the-midwife/>

(49) Kissler K, Yount SM, Rendeiro M, Zeidenstein L. Primary Prevention of Urinary Incontinence: A Case Study of Prenatal and Intrapartum Interventions. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2016 Jul;61(4):507-511.

(50) Borders N, Wendland C, Haozous E, Leeman L, Rogers R. Midwives' Verbal Support of Nulliparous Women in Second-Stage Labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2013 May;42(3):311-320.

(51) Grupo de trabajo Hospital Universitario de Getafe. PROTOCOLO DE PARTO. 2015 16 de Junio.

(52) Ball T. Female genital mutilation. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain))* : 1987) 2008 Oct 8,;23(5):43-47.

(53) Holm C, Thomsen LL, Norgaard A, Langhoff-Roos J. Single-dose intravenous iron infusion versus red blood cell transfusion for the treatment of severe postpartum anaemia: a randomized controlled pilot study. *Vox Sang* 2016 December 1,;n/a.

(54) Pinto-Lopes R, Sousa-Pinto B, Azevedo L. Single dose versus multiple dose of antibiotic prophylaxis in caesarean section: a systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2016 Nov.

(55) Rodriguez MI, Seuc A, Say L, Hindin MJ. Episiotomy and obstetric outcomes among women living with type 3 female genital mutilation: a secondary analysis. *Reproductive Health* 2016 Dec;13(1).

(56) Ball T. Female genital mutilation. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain))* : 1987) 2008 Oct 8,;23(5):43-47.

(57) (Sustituyen al Protocolo de Asistencia al Parto Normal publicado en, 2003). RECOMENDACIONES SOBRE LA ASISTENCIA AL PARTO.

(58) PROTOCOLO DE, CONTACTO PIEL CON PIEL, EN EL ÁREA DE PARTOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA SERVICIO DE OBSTETRICIA y PEDIATRIA.

(59) 08.Protocolo Parto Puerperio RN Catalunya. Generalitat de Catalunya Departamento de Salud 2003 agosto de:1-224.

(60) NSWKids and Families. Maternity-Pregnancy and Birthing Care for Women Affected by Female Genital Mutilation / Cutting. 2014 Sep 23,;13/3946:1-25.

- (61) Ministerio de salud. Protocolo de Atención del Puerperio Fisiológico. p. 192-213.
- (62) Gayle C, Rymer J. Female genital mutilation and pregnancy: associated risks. British Journal of Nursing 2016 Sep;25(17):978-983.
- (63) Jefatura del estado. I. Disposiciones generales. 2006-01-01; 2007.
- (64) COMITÉ DE ÉTICA DE LA PROVINCIA DE CASTILLA DE LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS. COMITÉ DE ÉTICA.
- (65) López-Picazo JJ, Tomás-García N, Calle-Urra JE, Parra-Hidalgo P, Valverde-Iniesta JJ. Introducción de un sistema de acreditación para los documentos de consentimiento informado hospitalario. Rev Calidad Asistencial :55-63.
- (66) Carlos Aibar Remón Universidad de Zaragoza Jesús M. Aranaz Andrés Universidad Miguel Hernández. UNIDAD 6 LA GESTIÓN DEL RIESGO. MSC Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria .
- (67) Igualada Menor A. La Ley de Protección de Datos y la comunicación científica. Medifam 2003 03;/13(3):7-10.

Anexos

Anexo 1

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Título del estudio: La asistencia al embarazo y parto en mujeres víctimas de mutilación genital femenina.

Investigador: D.ª Lidia Serra Arraz

Unidad: Servicio de maternidad. Hospital Edan Adam

La investigadora, D.ª Lidia Serra Arraz le ha propuesto participar en este estudio de investigación. Lea atentamente la información que se le brinda, de cara a decidir si desea participar voluntariamente o no. No es necesario que responda en el momento, puede comentarlo en la siguiente visita o contactar con nosotros a través de teléfono. Todo el equipo le resolverá las posibles dudas que puedan aparecer. Su participación es voluntaria, en el caso de desear salir del estudio en el transcurso de este, no habrá ningún problema.

El embarazo es un momento en la mujer, donde es preciso que siga una adecuada asistencia sanitaria. De tal forma, que se eviten la mayor parte de complicaciones posibles. Por otro lado, en el momento del parto es conveniente seguir una serie de cuidados y atenciones, para salvaguardar la vida de la mujer y el niño.

La mutilación genital femenina, afecta directamente a este proceso, tanto durante el embarazo como en el parto y postparto. Esto es debido, a diversos factores fisiológicos y anatómicos que se dan a causa de la secuela que deja está práctica.

Por esta razón conviene abordar a la mujer, en los primeros momentos del embarazo, para poder solventar los posibles factores de riesgo.

Objetivo: Realizar una serie de intervenciones a nivel asistencial, que nos permita tener el control de la salud de la mujer de cara a reducir la aparición de complicaciones graves, durante el embarazo, parto y postparto.

Beneficio: Con este estudio podremos crear una asistencia nueva e integral para la paciente. Mejora la calidad de los cuidados, a pesar de tener presente la situación por la que atraviesa el país. Por otro lado, consideraremos a la mujer en todas sus esferas, respetando sus decisiones, dignidad e intimidad.

También, es un método que atiende a aquellas figuras sociales que tanto sufren en la actualidad, ofreciéndolas un apoyo entre iguales, sumergidas en una confidencialidad absoluta.

Riesgo: Incluidos en la hoja de riesgos.

CONFIDENCIALIDAD

Todos los datos obtenidos serán tratados confidencialmente por todos los miembros del equipo. Así mismo, aquellas personas ajenas al estudio, no se le permitirá el acceso a ninguno de los datos. Salvo delegados de la comisión sanitaria y aquellos miembros del comité de bioética, siempre y cuando notifiquen el motivo.

No se utilizará su nombre y datos personales durante el registro de los datos de la intervención. En su lugar se utilizará un código de identificación.

CONSETIMIENTO INFORMADO

TÍTULO:.....
.....

D/D^a.....

Leí la información contenida en este documento, y autorizo a que se utilicen los datos de mi historia clínica en las condiciones que se describen. Así como mi participación en el estudio.

- He recibido toda la información acerca del estudio y su metodología.
- Consiento la utilización de mis datos a lo largo de la investigación.
- Deseo conocer el documento una vez se haya publicado.

Fdo.: El/ la paciente

Fdo.: El/la profesional que solicita el consentimiento

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

Fecha:

Fecha:

RIESGOS INTERVENCIÓN

La intervención que le proponemos en sí conlleva muchos más beneficios que riesgos, no obstante, le transmitimos las complicaciones que podrían aparecer derivada de la atención que le brindaremos. Si tiene alguna duda al respecto, no dude en comentárnoslo.

- Infección de heridas
- Infecciones debidas a los cuidados sanitarios (quedan excluidas aquellas que presenten inmunodeficiencia)
- Complicaciones de anestesia
- Sepsis postoperatoria. (Quedan excluidos aquellos que padecieran infección, ni inmunodeficiencia)
- Reacción de la transfusión.
- Error grupo sanguíneo.
- Traumatismo neonatal.
- Traumatismo obstétrico en parto vaginal.
- Partos difíciles.
- Hemorragias y hematomas postoperatorios.
- Muerte materna.

Anexo 2

RECOGIDA DE DATOS ETAPA PRENATAL

N.º de identificación:

1º visita prenatal. Fecha:

Exploración general	Exploración ginecológica/mamaria	Infibulación	Asesoramiento e información	Ecografía

2º Visita prenatal. Fecha:

Revisión Médica	Revisión ginecológica	Prevención y promoción	Ecografía

3º Visita prenatal. Fecha:

Revisión Médica	Revisión ginecológica	Prevención y promoción	Ecografía

Firma en cada casilla con fecha y nombre, la profesional que realizó cada intervención.

Anexo 3

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS PARTO

N.º de identificación:

- Día de ingreso en planta:
- Fecha probable de parto:
- Hora de parto:
- **Grupo sanguíneo:**
- **INFIBULACIÓN:** Registrar si se realizó durante esta etapa.

Registro constantes	SI/NO
Dolor	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Medidas profilácticas	SI/NO
Hemorragia	ML:
Laceraciones	SI/NO
Episiotomía	SI/NO
Trabajo de parto	Horas:
Cesárea de urgencia	SI/NO
EXITUS	RN/MADRE Causa:

REGISTRO DE PROFESIONALES SANITARIOS QUE ATENDIERON A LA PACIENTE:

Nombre, firma y cargo.

Anexo 4

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS PARTO

N.º de identificación:

- Día ingreso en planta:
- Hora ingreso:
- Acompañamiento:
- Grupo sanguíneo:

Registro de constantes	SI/NO
Fistulas	SI/NO
Infección	SI/NO Marcados sanguíneo:
Hemorragia	MI:
Anemia:	SI/NO
Días de estancia hospitalaria	(desde el parto) días:
EXITUS:	RN/MADRE CAUSAS:

Evolución de la paciente:

Comentarios de los profesionales:

NOMBRE Y FIRMA DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS. ASÍ COMO SU CARGO Y NÚMERO DE COLEGIADO.

Anexo 5

Signs and symptoms

- Body temperature ≥ 38
- Dimness
- Vaginal Blood lost
- Vaginal secretion smelly and green or yellow.
- Diarrhoea
- Vomit
- Breast pain.
- Breast redness

Edan Adan Hospital
Nursing and midwife

Lidia Serra Arranz
Researcher

Signs of alarm in postpartum period

This are the signs and symptoms that you can experimented during postpartum period.

IF YOU FEEL SOME OF THESE. GO TO THE HOSPITAL OR CALL US

