

La fístula obstétrica: una visión transcultural y con perspectiva de género

Obstetric Fistula: A Transcultural and Gender Perspective

Fístula obstétrica: una perspectiva transcultural e de género

ANDREA MONGE QUINTA, ALMUDENA ARROYO RODRÍGUEZ

Andrea Monge Quinta

Universidad de Sevilla, España
andreamongequinta@gmail.com
<http://orcid.org/0009-0009-4799-2784>

Almudena Arroyo Rodríguez

Universidad de Sevilla, España
almudena.arroyo@sjd.edu.es
<http://orcid.org/0000-0001-9193-7170>

Correo de correspondencia:

almudena.arroyo@sjd.edu.es

Fecha de recepción: 12/12/2023

Fecha de aceptación: 23/03/2024

Financiación: este trabajo no ha recibido financiación

Conflicto de intereses: las autoras declaran que no hay conflicto de intereses



Licencia: este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 Andrea Monge Quinta, Almudena Arroyo Rodríguez

Resumen

Objetivo: El objetivo de este estudio fue analizar la producción científica actual sobre la fístula obstétrica desde una perspectiva de género. **Metodología:** Revisión de la literatura en Scopus, Dialnet Plus, PubMed, ERIC + PsycINFO, Cinahl, Cochrane, CUIDEN Plus y SciELO. Criterios de inclusión/exclusión: artículos a texto completo, publicados desde 2005 hasta 2022, en inglés y/o español. Se encontraron 60 documentos de los cuales se seleccionaron 49 para incluir en la revisión. **Conclusiones:** Las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de la fístula obstétrica en la vida de las mujeres y niñas que la sufren son devastadoras: la incontinencia urinaria y fecal las convierte en víctimas de discriminación por parte de sus comunidades y familias. Existe relación entre este problema y la mutilación genital femenina, ya que además de restar elasticidad al orificio vaginal, desencadena una secuencia de eventos que incluyen el abandono escolar, que lleva a un matrimonio forzado y por tanto a un embarazo temprano. La reparación de la fístula es posible mediante intervención quirúrgica, aunque también deben destinarse esfuerzos en prevenir la aparición de nuevos casos educando a la población en anticoncepción; mejorando la formación del personal sanitario y ampliando la dotación de los centros; facilitando el acceso universal a cirugía; mejorando las infraestructuras y accesibilidad a los centros; llevando a cabo programas de sensibilización a los hombres; y brindando información para acabar con los mitos que rodean este problema de salud.

Palabras clave: Fístula vesicovaginal; fístula rectovaginal; fístula obstétrica; países en desarrollo.

Citación: Monge Quinta, A., & Arroyo Rodríguez, A. (2024). La fístula obstétrica: una visión transcultural y con perspectiva de género. *Cultura de los Cuidados*, (69), 271-287. <https://doi.org/10.14198/cuid.26253>



Abstract

Objective: The aim of this study was to analyze the current scientific production on obstetric fistula from a gender perspective. **Methodology:** Literature review in Scopus, Dialnet Plus, PubMed, ERIC + PsycINFO, Cinahl, Cochrane, CUIDEN Plus and SciELO. Inclusion/exclusion criteria: full-text articles, published from 2005 to 2022, in English and/or Spanish. 60 documents were found, of which 49 were selected to be included in the review. **Conclusions:** The physical, psychological and social consequences of obstetric fistula in the lives of women and girls who suffer from it are devastating: urinary and fecal incontinence makes them victims of discrimination by their communities and families. There is a relationship between this problem and female genital mutilation, since in addition to reducing the elasticity of the vaginal opening, it triggers a sequence of events that include dropping out of school, which leads to a forced marriage and therefore an early pregnancy. Fistula repair is possible through surgical intervention, although efforts must also be made to prevent the appearance of new cases by educating the population on contraception; improving the training of health personnel and expanding the centers' staff; facilitating universal access to surgery; improving infrastructure and accessibility to centers; carrying out awareness programs for men; and providing information to dispel the myths surrounding this health problem.

Keywords: Vesicovaginal fistula; rectovaginal fistula; obstetric fistula; developing countries.

Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo era analisar a produção científica atual sobre fístula obstétrica a partir de uma perspectiva de gênero. **Metodologia:** Revisão de literatura em Scopus, Dialnet Plus, PubMed, ERIC + PsycINFO, Cinahl, Cochrane, CUIDEN Plus e SciELO. Critérios de inclusão/exclusão: artigos em texto completo, publicados de 2005 até o presente, em inglês e/ou espanhol. Foram encontrados 60 documentos, dos quais 49 foram selecionados para serem incluídos na revisão. **Conclusões:** As consequências físicas, psicológicas e sociais da fístula obstétrica na vida das mulheres e raparigas que a sofrem são devastadoras: a incontinência urinária e fecal torna-as vítimas de discriminação por parte das suas comunidades e famílias. Existe uma relação entre este problema e a mutilação genital feminina, pois além de reduzir a elasticidade da abertura vaginal, desencadeia uma sequência de acontecimentos que incluem o abandono escolar, o que leva ao casamento forçado e, portanto, à gravidez precoce. A reparação da fístula é possível através de intervenção cirúrgica, embora também devam ser feitos esforços para prevenir o aparecimento de novos casos através da educação da população sobre contraceção; melhorar a formação do pessoal de saúde e ampliar o quadro de pessoal dos centros; facilitar o acesso universal à cirurgia; melhorar a infraestrutura e a acessibilidade aos centros; realização de programas de conscientização para homens; e fornecer informações para dissipar os mitos que cercam este problema de saúde.

Palavras-chave: Fístula vesicovaginal; fístula re-tovaginal; fístula obstétrica; países em desenvolvimento.

INTRODUCCIÓN

La fistula obstétrica es una de las lesiones más trágicas y devastadoras que pueden ocurrir durante el parto. Se trata de una complicación del parto obstruido y prolongado que afecta principalmente a mujeres y niñas que viven en países en vías de desarrollo, sin acceso a una atención sanitaria de calidad (Miller, Lester, Webster, y Cowan, 2005; Wall, 2006; Tebeu y otros, 2012; Ahmed y Holtz, 2007).

Un parto obstruido es aquel en el que el bebé tiene dificultades para nacer debido a una malposición fetal o a una discrepancia entre la medida del niño/a y el tamaño de la pelvis de la madre (Wall, 2006; Herrero, 2015). Esta disparidad entre las dimensiones de la cabeza fetal y la pelvis materna se conoce como “desproporción cefalopélvica” es común en los partos de mujeres jóvenes, primíparas y con una baja edad ginecológica. Factores sociales como el matrimonio infantil, la malnutrición y el que las niñas se queden embarazadas antes de haber alcanzado el crecimiento pélvico completo también pueden contribuir a que se produzca esta complicación en el momento de dar a luz (Wall, 2006; Muleta, Rasmussen, y Kiserud, 2010; Zheng y Anderson, 2009).

Si no se recibe un tratamiento sanitario adecuado, el parto puede alargarse durante días, estimándose una duración media del trabajo de parto de 3.9 días en aquellas mujeres que posteriormente desarrollan fistula (Miller, Lester, Webster, y Cowan, 2005). Mientras tanto, la cabeza fetal permanece comprimiendo el tejido vaginal contra la pelvis ósea materna, interrumpiendo el flujo sanguíneo a la zona. Si la compresión se alarga el tiempo suficiente, se produce un daño isquémico generalizado del tejido blando, que se gangrena. Unos 3-10 días después de la expulsión del bebé, que en el 85-100% de los casos nace muerto, el tejido necrótico se desprende y deja una apertura anormal entre la pared vaginal y la vejiga (fistula vesicovaginal), y/o el recto (fistula rectovaginal) (Miller, Lester, Webster, y Cowan, 2005; Semere y Nour, 2008; Roush K. M., 2009).

Mientras que en los países industrializados la cesárea es una intervención quirúrgica rutinaria y al alcance de toda la población, en los lugares más pobres del mundo no está disponible para las mujeres y niñas gestantes, a pesar de que en muchos casos sea de necesidad vital. Este procedimiento quirúrgico salvaría muchas vidas dadas las altas cifras de mortalidad que acompañan al parto obstruido, no siendo altas solo las cifras de mortalidad de los bebés, sino también las de las madres, que no sobreviven en el 30%-40% de estos casos (Herrero, 2015).

Por otro lado, las consecuencias físicas que la fistula subsecuente deja en las mujeres y niñas que sobreviven al parto también son sobrecogedoras. La comunicación anómala entre las estructuras anatómicas hace que padezcan una constante fuga de orina (fistula vesicovaginal) y/o heces (fistula rectovaginal), que provoca un olor desagradable; llagas en el perineo y en la parte superior de las piernas; infecciones recurrentes del tracto urinario; afecciones neurológicas por la lesión de nervios de la zona lumbar y sacra, como pie pendular; anomalías renales y amenorrea. Este tipo de consecuencias se agravan extraordinariamente si le añadimos las repercusiones psicológicas y sociales que conlleva la fistula (Ahmed y Holtz, 2007; Semere y Nour, 2008; Roush K. M., 2009).

La mayoría de mujeres y niñas que padecen esta lesión viven en una situación económica precaria debido al bajo estatus social de la mujer en África Subsahariana y Asia Meridional.

Suelen ser pobres y analfabetas, normalmente viven en áreas rurales y cosechan la tierra para su propia subsistencia, no tienen acceso a una atención sanitaria de calidad y sufren prácticas tradicionales como la mutilación genital femenina. Muchas de ellas son solo niñas, con 14 o 15 años, que fueron casadas poco después de alcanzar la pubertad y se quedaron embarazadas tras su primera menstruación (Roush K. M., 2009; de Bernis, 2007; Browning, Allsworth, y Wall, 2010).

La maternidad cobra una gran importancia en estos países, donde el valor de una mujer y su propia autoestima están directamente relacionados con su capacidad para dar a luz hijos/as sanos/as y para cumplir su papel como esposa, incluyendo el satisfacer sexualmente a su marido (Biadgilign, Lakew, Reda, y Deribe, 2013). Las mujeres están seriamente presionadas para ser madres, incluso cuando el embarazo puede suponer un grave riesgo para su salud. La falta de descendencia en un matrimonio está fuertemente asociada al divorcio y las mujeres infértiles, en la mayoría de casos (78.3%), sufren abusos por parte de la familia del marido. Las mujeres sin hijos/as también son severamente estigmatizadas: son acusadas de ser brujas y excluidas de toda actividad social (Roush, Kurth, Hutchinson, y VanDevanter, 2012).

La fístula impide a las mujeres y niñas cumplir sus roles como madres y como esposas, por lo que son abandonadas por sus esposos y rechazadas por sus familias, por sus comunidades y por todo su entorno social. Cuando desean regresar a sus hogares, no se les permite. Su vida se transforma. El desagradable olor y los problemas higiénicos impiden la convivencia con su familia, ya que normalmente el agua debe ser traída de lejos y el jabón es un artículo de lujo. Este rechazo se ve aumentado por los mitos e ideas erróneas que la población tiene sobre las causas de esta lesión: creen que la fístula se produce como consecuencia de una infidelidad de la mujer, como un castigo de Dios o por una enfermedad de transmisión sexual (Holme, Breen, y MacArthur, 2007; Weston, y otros, 2011; Donnay y Ramsey, 2006).

Las mujeres sufren esta condición por muchos años porque en sus países hay muy pocos centros donde se pueda intervenir quirúrgicamente, e incluso cuando este servicio está disponible, no saben que la fístula puede ser reparada o no tienen los suficientes recursos para acceder al tratamiento (Miller, Lester, Webster, y Cowan, 2005; Zheng y Anderson, 2009). Se estima que alrededor del 80% de las mujeres con fístula nunca reciben asistencia sanitaria (Holme, Breen, y MacArthur, 2007). De esta forma entran en una etapa de aceptación-resignación, de olvido y desesperanza (Herrero, 2015).

La fístula obstétrica fue erradicada de los países desarrollados a mediados del siglo XX gracias a la creación de sistemas de atención obstétrica eficaces destinados a todas las mujeres en edad fértil (Wall, 2006). Ha sido la atención sanitaria materno-infantil de calidad la que ha hecho que esta lesión, fruto de la pobreza máxima y el aislamiento, haya quedado postergada a países sin atención sanitaria sistematizada y con una carente educación para la salud (Herrero, 2015). Al ser una condición que afecta a uno de los colectivos más marginados de la población, durante años ha sido un problema invisible (Holme, Breen, y MacArthur, 2007; Donnay y Ramsey, 2006; Browning, Allsworth, y Wall, 2010).

Aunque es difícil determinar cifras exactas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de 2 millones de niñas y mujeres en el mundo viven con esta condición, principalmente en África Subsahariana y en Asia Meridional, y que cada año se suman a estas cifras entre 50.000 y 100.000 nuevos casos (Semere y Nour, 2008; Roush, 2009). Sin embargo, debido a que la

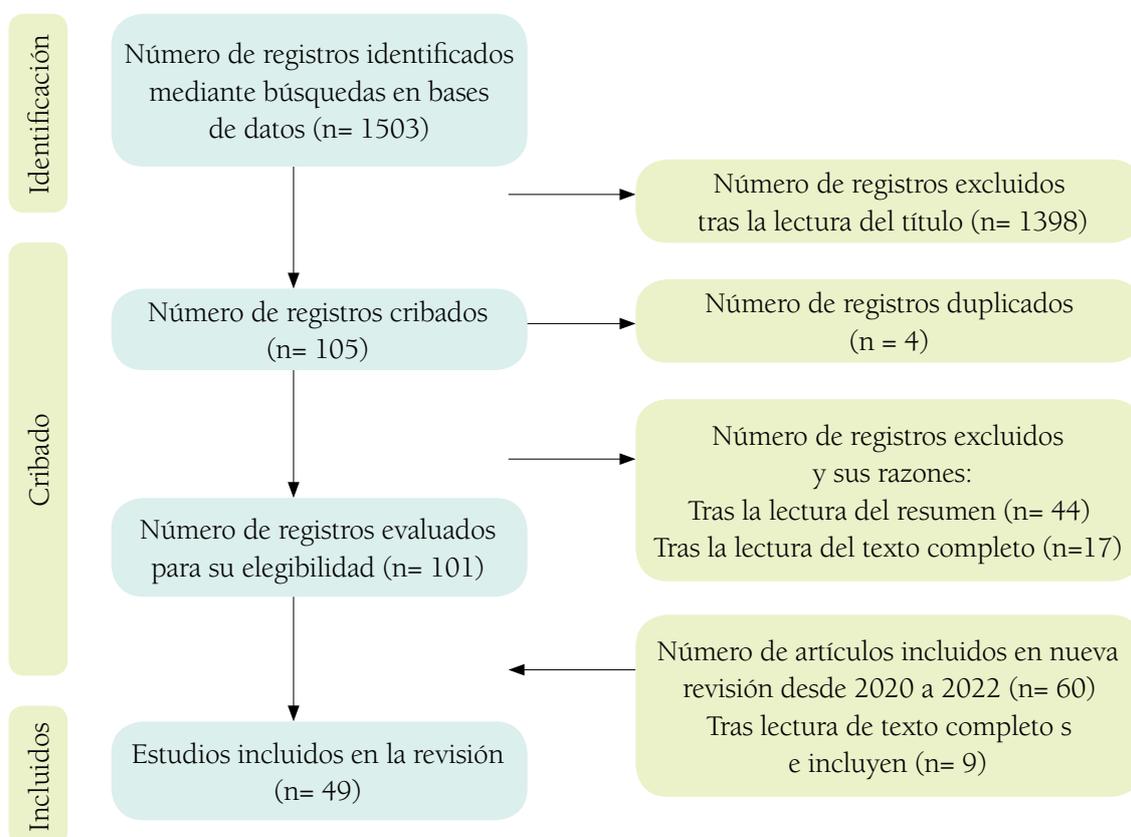
mayoría de mujeres y niñas con fistula no tienen acceso a la atención médica, las cifras expuestas pueden estar severamente subestimadas (Zheng y Anderson, 2009; Semere y Nour, 2008).

Por tanto, el objetivo principal de este estudio fue analizar la producción científica actual sobre la fistula obstétrica desde una perspectiva de género. Y para ello nos planteamos los siguientes objetivos específicos: dilucidar cómo influyen las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de la fistula obstétrica en la vida de las mujeres y niñas que la sufren; determinar si existe relación entre la fistula obstétrica y la mutilación genital femenina; y exponer posibles soluciones para este problema de salud.

METODOLOGÍA

Para alcanzar los objetivos de nuestro estudio hemos realizado una revisión de la literatura en Scopus, Dialnet Plus, PubMed, ERIC + PsycINFO, Cinahl, Cochrane, CUIDEN Plus y SciELO. Tras aplicar nuestros criterios de selección (artículos a texto completo, publicados desde 2005 hasta 2022, en inglés y/o español), excluir duplicados y revisar título y resumen, nos quedaron 60 documentos para leer a texto completo. De estos, excluimos 11 que no respondían a ninguno de nuestros objetivos específicos. Finalmente quedaron 49 documentos para incluir en la revisión.

Figura 1. Diagrama de Flujo (Elaborado a partir de PRISMA, 2020)



RESULTADOS

Consecuencias físicas, psicológicas y sociales de la fistula obstétrica: poniendo voz a dos millones de mujeres y niñas

Existen pocas investigaciones sobre la fistula obstétrica donde se preste especial atención a las experiencias vividas por las supervivientes (Gebresilase, y Yenenesh, 2014). Por este motivo, hemos decidido exponer las consecuencias de la fistula a través de los testimonios de las mujeres y niñas que las han vivido o las siguen viviendo.

La incontinencia urinaria, que hace que sus camas y sus ropas estén mojadas constantemente; las llagas en la zona genital; el ardor; el prurito; el desagradable olor; y la fuga de heces a través de la vagina fueron algunas de las consecuencias físicas a las que las mujeres dieron mayor importancia en los estudios consultados. Sienten profunda vergüenza por mojar sus ropas y camas, por lo que lavan sus vestidos y su ropa interior varias veces al día, limpian sus partes íntimas y el resto de su cuerpo constantemente, usan compresas sanitarias y toallas e incluso, con el objetivo de reducir la producción de orina, limitan peligrosamente la ingesta de agua (tabla 1) (Animut, y otros, 2019; Bashah, Worku, Yitayal, y Azale, 2019).

Tabla 1. Testimonios sobre las consecuencias físicas de la fistula obstétrica

Testimonio original	Testimonio traducido
<p>“I am passing urine continuously day and night. I can't get good sleep. My sleeping “agoza” (local sleeping place made of animal skin) is always wet. Sometimes, I prefer to lie on the bare ground rather than on the “agoza”. I would prefer to live a healthy life for five years than die having lived with this problem for 20 years”.</p>	<p>“La orina fluye constantemente, día y noche. No puedo dormir bien. Mi “agoza” (lugar local para dormir hecho de piel animal) siempre está mojado. A veces prefiero acostarme en el suelo desnudo en vez de en la “agoza”. Preferiría vivir una vida sana por cinco años que morir habiendo vivido 20 con este problema”.</p>
<p>“Before attending any social event, I wash my clothes, cleaning my body. I am losing money to buy sanitary materials like soap and sanitary pads though. You know, I am not doing any business while being obstetric fistula patient”.</p>	<p>“Antes de asistir a cualquier evento social, lavo mi ropa y me limpio el cuerpo. Sin embargo, estoy perdiendo dinero para comprar materiales sanitarios como jabón y compresas. No estoy trabajando mientras tengo fistula obstétrica”.</p>

Fuente: Animut, M., Mamo, A., Abebe, L., Berhe, M. A., Asfaw, S., y Birhanu, Z. (2019). “The sun keeps rising but darkness surrounds us”: a qualitative exploration of the lived experiences of women with obstetric fistula in Ethiopia. *BMC Women's Health*.

Las mujeres experimentan discriminación por parte de los miembros de su familia, de sus vecinos/as y del resto de sus comunidades. El divorcio, la falta de amor y apoyo por parte de sus esposos, el abandono de la escuela por la discriminación de sus compañeros/as de clase y ver cómo sus maridos buscan segundas esposas son algunas de las consecuencias sociales más duras para las víctimas de esta lesión (tabla 2) (Animut, y otros, 2019; Gebresilase, y Yenenesh, 2014).

Tabla 2. Testimonios sobre las consecuencias sociales de la fistula obstétrica

Testimonio original	Testimonio traducido
<p>“My husband spends a year using a different bed at the same house. He was thinking I would improve after a while. But he lost hopes on me and arranged a divorce letter. Nobody wants you if you become useless person like me!” (Crying)</p>	<p>“Mi esposo pasó un año durmiendo en una cama diferente en la misma casa. Pensaba que mejoraría en un tiempo. Pero perdió las esperanzas en mí e hizo una carta de divorcio. ¡Nadie te quiere si te conviertes en una persona inútil como yo! (Llorando)</p>
<p>“After I developed obstetric fistula, I started education and learnt up to grade four. My classmate ostracizes me for bad smelling and flow of urine in the class. The were not sitting close to me. I used to sit far away from students. I decided to stop my education when I become unable to cope these ostracization. At the beginning of the school, I was actively learning and understand everything. Meanwhile, I started fully thinking about my problem rather than the lesson given in the class”.</p>	<p>“Después de desarrollar la fistula obstétrica, comencé mi educación y cursé hasta el cuarto grado. Mis compañeros/as de clase me marginaban por el mal olor y el flujo de orina en clase. No se sentaban cerca mía. Solía sentarme lejos del resto de estudiantes. Decidí suspender mi educación cuando me volví incapaz de hacer frente a esta marginación. Al comienzo de la escuela, estaba aprendiendo y entendía todo. Luego, pensaba más en mi problema que en la lección que se estaba dando en clase”.</p>

Fuente: Animut, M., Mamo, A., Abebe, L., Berhe, M. A., Asfaw, S., y Birhanu, Z. (2019). “The sun keeps rising but darkness surrounds us”: a qualitative exploration of the lived experiences of women with obstetric fistula in Ethiopia. *BMC Women’s Health*.

Se estima que el 97% de las mujeres con fistula obstétrica tiene problemas de salud mental, como depresión. De estas, alrededor del 54% ha tenido ideas suicidas. Otras han intentado hacerlo, y muchas lo han conseguido. En sus testimonios decían que era mejor morir que vivir con esta lesión (tabla 3) (Animut, y otros, 2019; Narcisi, Tieniber, Andriani, y McKinney, 2010; Bashah, Worku, Yitayal, y Azale, 2019).

Tabla 3. Testimonios sobre las consecuencias psicológicas de la fistula obstétrica

Testimonio original	Testimonio traducido
<p>“I am a person who is standing bot not alive. If I will not be improved from this illness, I will live alone in private home. I may not be able to be cured, and my problem has worsened after the operation, but others are being recovering. However, I understand one thing that darkness surrounds us despite sun keeps rising”. (Crying)</p>	<p>“Soy una persona que está de pie pero no viva. Si no mejora mi enfermedad, iré a vivir sola en un hogar privado. Es posible que no pueda curarme y mi problema ha empeorado después de la operación, pero otras se están recuperando. Sin embargo, entiendo una cosa: que la oscuridad nos rodea a pesar de que el sol sigue saliendo”. (Llorando)</p>

<p>“When I approach to peoples, they cover their face and mouth by towels and hands. Then I became panic and feels shame. I felt that I shouldn’t had been born”.</p>	<p>“Cuando me acerco a la gente, se cubren la cara y la boca con toallas y con sus manos. Entonces entro en pánico y me siento avergonzada. Siento que no debería haber nacido”.</p>
<p>“Even I cannot sit close to my mother and father. I tried to kill myself for several times. (Crying...) Once a day, my father stopped me while I tried to take rat killer (toxic substance)”.</p>	<p>“Ni siquiera puedo sentarme cerca de mi madre y mi padre. Traté de suicidarme varias veces. (Llorando...) Una vez mi padre me tuvo que parar cuando intentaba tomar veneno para ratas (sustancia tóxica)”.</p>

Fuentes: Animut, M., Mamo, A., Abebe, L., Berhe, M. A., Asfaw, S., y Birhanu, Z. (2019). “The sun keeps rising but darkness surrounds us”: a qualitative exploration of the lived experiences of women with obstetric fistula in Ethiopia. *BMC Women’s Health*. / Ruder, B., Cheyney, M., y Emasu, A. A. (2018). Too Long to Wait: Obstetric Fistula and the Sociopolitical Dynamics on the Fourth Delay in Soroti, Uganda. *Qualitative Health Research*, 721-732.

Este es el dolor que viven millones de mujeres y niñas en el mundo mientras esperan un diagnóstico y tratamiento que nunca llega. En sus testimonios, las mujeres con fistula afirmaban haber tenido que esperar hasta 21 años para recibir tratamiento. La mayoría de ellas fueron expulsadas de sus familias y comunidades, que no entendían la causa de la fistula, culpándolas a ellas por su adquisición (Animut, y otros, 2019; Ruder, Cheyney, y Emasu, 2018). Además, describen haber sufrido también un trato discriminatorio por parte del personal, lo que hacía que no fuesen a buscar tratamiento (tabla 4) (Ruder, Cheyney, y Emasu, 2018; Kavai, Chepchirchir, y Kayugira, 2010).

Tabla 4. Testimonio de una mujer sobre el trato del personal sanitario.

Testimonio original	Testimonio traducido
<p>“We felt so ashamed of ourselves, and that feeling would not let us go beyond our houses. Because even when you reach the hospital you find the nurses say, “Who’s that one? Who’s smelling? Who are you? You’re so dirty!” So, you feel ashamed. And so we took time to go and seek treatment”.</p>	<p>“Sentimos mucha vergüenza de nosotras mismas, y ese sentimiento no nos deja ir más allá de nuestras casas. Porque incluso cuando llegas al hospital te encuentras con que las enfermeras dicen: “¿Quién es esa? ¿Quién huele? ¿Quién eres tú? ¡Estás tan sucia!” Entonces, te sientes avergonzada. Por eso tardamos en ir a buscar tratamiento”.</p>

Fuente: Ruder, B., Cheyney, M., y Emasu, A. A. (2018). Too Long to Wait: Obstetric Fistula and the Sociopolitical Dynamics on the Fourth Delay in Soroti, Uganda. *Qualitative Health Research*, 721-732.

¿Existe relación entre la fistula obstétrica y la mutilación genital femenina?

La mutilación genital femenina (MGF) se realiza en muchas comunidades como un rito

de iniciación en las niñas. Existen cuatro tipos de MGF en función de la severidad de la intervención. En un estudio que recoge testimonios de profesionales sanitarios envueltos en el cuidado de mujeres con fístula obstétrica realizado en Kenia, los/as participantes describieron que el tipo de mutilación que más veían en sus pacientes era el tipo III. Este tipo de MGF, también conocida como infibulación, consiste en la extirpación de los labios mayores, labios menores y clítoris. Esto hace que las relaciones sexuales sean difíciles y dolorosas. En algunos casos, cuando la niña se casa, el marido tiene que usar un cuerno de vaca para abrir el orificio (desinfibulación) antes del acto sexual (Animut, y otros, 2019; Khisa y Nyamongo, 2011).

Durante la curación, la formación patológica de tejido fibroso hace que los tejidos lesionados formen una cicatriz en forma de cremallera. Estas cicatrices carecen de elasticidad, por lo que el parto se vuelve extremadamente difícil: la cabeza no puede salir por la estrechez y rigidez del orificio vaginal, el parto se obstruye y se prolonga y la fístula obstétrica tiene lugar (tabla 5) (Khisa y Nyamongo, 2011).

Tabla 5. Testimonio de un cirujano reparador de fístula obstétrica sobre la influencia de la MGF en el desarrollo de fístula obstétrica

Testimonio original	Testimonio traducido
<p>“Early marriage and early pregnancy contributes to fistula because of the inadequacy of the pelvis. Traditional practices like female genital mutilation has a definite contribution to fistula with early marriage after FGM and delayed second stage [labour] due to tough fibrotic scars that narrow the outlet and limit distension of the perineum”.</p>	<p>“El matrimonio temprano y el embarazo temprano contribuyen a la aparición de fístula debido al tamaño de la pelvis. Las prácticas tradicionales como la mutilación genital femenina tienen una contribución definitiva en el desarrollo de fístula, dado que las niñas son casadas después de realizarse la MGF y el trabajo de parto se prolonga debido a cicatrices fibróticas duras que estrechan la salida y limitan la distensión del perineo”.</p>

Fuente: Khisa, A. M., y Nyamongo, I. K. (2011). What factors contribute to obstetric fistulae formation in rural Kenya? *African Journal of Midwifery and Women's Health*, 95-100.

Las mujeres y niñas que se someten a la MGF tienen más probabilidades de tener un parto difícil con muerte neonatal, mayor necesidad de episiotomía y de cesárea y una mayor probabilidad de hemorragia postparto. Este riesgo aumenta con el tipo y la gravedad de la MGF realizada (Khisa y Nyamongo, 2011).

En algunas culturas se cree que una niña que ha sido circuncidada, tenga la edad que tenga, está preparada para casarse, y se espera que tenga hijos a una edad temprana. Como identificó una enfermera que participó en el estudio realizado en Kenia, la MGF desencadena una secuencia de eventos que incluyen el abandono escolar, que lleva a un matrimonio forzado y por tanto a un embarazo temprano que, a su vez, contribuye a la probable formación de fístula obstétrica. De esta forma, la MGF perpetúa la desigualdad de género en salud (Animut, y otros, 2019; Khisa y Nyamongo, 2011).

Otro importante dato es que las parteras tradicionales no pueden asistir el parto de una niña que no ha sido circuncidada, ya que socialmente se la ve como una persona “sucias, impura”. Solo si la familia de la niña tiene una oveja, esta puede ser usada para limpiar las manos de la partera después de haber atendido el “parto impuro”. Por este motivo las niñas tienen miedo a que, si no se realizan la MGF, nadie las ayude cuando tengan que parir (Khisa y Nyamongo, 2011).

Posibles soluciones para este problema: la vida después de la reparación

A pesar de los devastadores efectos de la fístula obstétrica, a día de hoy sabemos que, como divulga el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en su campaña para acabar con la fístula, estamos ante una “tragedia prevenible y tratable”. La fístula puede ser corregida quirúrgicamente y, además, los resultados de la cirugía son esperanzadores, con tasas de éxito del 80-90%. Sin embargo, no siempre el cierre de la fístula conlleva un cese de la incontinencia; por lo que surge una importante pregunta: ¿Qué consideramos “éxito” en la reparación de la fístula obstétrica? ¿El cierre de la fístula? ¿O el cese de la incontinencia urinaria y/o fecal? (Bomboka y N-Mboowa, 2019; Delamou, y otros, 2015; Rosenthal, Tebeu, Colas, Diallo, y Blanchot, 2021).

La mayoría de mujeres recuperan la continencia tras la reparación, pero son también muchas (7-55%) las que sufren incontinencia residual post-reparación en forma de incontinencia de estrés, incontinencia de urgencia y síndrome de urgencia-frecuencia. No obstante, aunque es cierto que la continencia urinaria no siempre se logra inmediatamente después de la reparación quirúrgica, la incontinencia residual puede mejorar o resolverse con el tiempo (Ruder, Cheyney, y Emasu, 2018; Delamou, y otros, 2015).

Existe una serie de cuidados postquirúrgicos de los que las enfermeras somos responsables: tras la intervención se realiza un sondaje vesical para que la zona reparada se mantenga libre de tensión y el tejido puede cicatrizar correctamente. Un mal manejo de la sonda o una atención postoperatoria inadecuada pueden ser motivos para que la incontinencia perdure tras la reparación, por lo que es importante evitar estos factores de riesgo (Garthwaite y Harris, 2016; Yismaw, Alemu, Addis, y Alene, 2019).

Otros factores que pueden hacer que la incontinencia perdure son la realización de trabajo pesado poco después de la cirugía, tener relaciones sexuales y/o contraer infecciones en las heridas. La fístula también puede reabrirse si hubiese un embarazo posterior y la mujer o niña volviese a tener un mal manejo del parto vaginal. Por estos motivos es de vital importancia dar educación sanitaria a las mujeres y niñas tras la operación para que la fístula no vuelva a abrirse (Ruder, Cheyney, y Emasu, 2018; Delamou, y otros, 2015).

Por otro lado, hay una minoría de pacientes cuyas fístulas resultan irreparables, generalmente porque ha pasado demasiado tiempo desde la formación de la fístula. Este dato refleja la importancia de lanzar campañas en las que se informe a las mujeres y niñas con fístula sobre la existencia de una cura. De esta forma transcurriría menor tiempo desde la adquisición hasta la intervención (Ruder, Cheyney, y Emasu, 2018; Delamou, y otros, 2015; Ojewola, y otros, 2018).

La mayoría de mujeres refieren sentirse satisfechas tras la reparación. Aunque el objetivo principal de la cirugía es reparar el daño físico que quedó en sus cuerpos, también tiene efectos positivos en los daños psicológicos y sociales que la lesión les causó. Algunas de ellas volvieron a concebir y dieron a luz bebés sanos. Además, el cese de la incontinencia hace que su autoestima vuelva a aumentar y que, en la mayoría de casos, sus relaciones sociales se recuperen (tabla 6) (Bomboka y N-Mboowa, 2019; Bashah, Worku, Yitayal, y Azale, 2019).

Tabla 6. Testimonios esperanzadores de dos mujeres cuyas fistulas fueron reparadas

Testimonio original	Testimonio traducido
“After the repair both my social and health life went back to normal and I have no complaints at all... and I thank God that I gave birth to a healthy baby”.	“Después de la reparación mi salud y mi vida social volvieron a la normalidad y no tengo ningún tipo de queja... agradezco a Dios que luego pudiese dar a luz a un bebé sano”.
“Since the operation, my personal health is fantastic, no more infections that I used to get when I had fistula... I managed conceive but I can no longer give birth normally but by caesarian”.	“Desde la operación, mi nivel de salud es fantástico, no he tenido más infecciones como las que solía contraer cuando tenía fistula... He podido concebir aunque no puedo dar a luz de forma natural, sino por cesárea”.

Fuente: Bomboka, J. B., y N-Mboowa, M. G. (2019). Post-effects of obstetric fistula in Uganda; a case study of fistula survivors in KITOVU mission hospital (MASAKA), Uganda. *BMC Public Health*.

No obstante, otras mujeres siguen siendo severamente estigmatizadas incluso después de la reparación. Las supervivientes a menudo se divorcian después de haberse sometido a la reparación de la fístula, incluso cuando la operación fue exitosa. Muchas siguen viviendo con miedo debido a las experiencias traumáticas que les causó el trato de sus familias y comunidades. Muchas de las que fueron expulsadas de sus familias y comunidades continúan viviendo aisladas por decisión propia. Sin lugar a dudas, aunque hay lesiones físicas que pueden ser reparadas, existe otro tipo de lesiones que no se pueden ver a simple vista, y que no son “tan fáciles” de curar (tabla 7) (Animut, y otros, 2019; Bomboka y N-Mboowa, 2019).

Tabla 7. Testimonio de una mujer que sigue sufriendo estigma tras la cirugía.

Testimonio original	Testimonio traducido
“After the operation, my social life improved than when I had fistula, although I still experience stigma to a smaller extent and I even decided to relocate to another place for my residence in order to avoid the gossips and where no one knows about my history”.	“Después de la operación, mi vida social mejoró en comparación con cuando tenía fístula, aunque todavía sufro estigma, en menor medida, e incluso decidí mudarme a otro lugar para evitar los cotilleos y donde nadie supiera sobre mi historia”.

Fuente: Bomboka, J. B., y N-Mboowa, M. G. (2019). Post-effects of obstetric fistula in Uganda; a case study of fistula survivors in KITOVU mission hospital (MASAKA), Uganda. *BMC Public Health*.

Identificar los resultados de la cirugía y hacer un seguimiento exhaustivo de las mujeres tras la reparación para comprobar su calidad de vida a largo plazo es fundamental para mejorar las intervenciones y cuidados brindados (Bomboka y N-Mboowa, 2019; Delamou, y otros, 2015; Osotimehin, 2014). Sin embargo, nuestros esfuerzos no se deben encaminar exclusivamente a tratar a las mujeres y niñas que padecen fístula, sino que también deben orientarse a prevenir la aparición de nuevos casos mediante la anticoncepción, evitando que el parto se obstruya o mejorando la atención al parto cuando ya se ha obstruido (Wall, 2012; McCaw-Binns, 2015).

El Global Burden of Disease prevé que el 37% de las muertes maternas, perinatales y en recién nacidos podrían prevenirse con un acceso universal a cirugía obstétrica, por lo que es importante priorizar la capacitación quirúrgica y fortalecer la infraestructura en estos países (Wall, 2012; McCaw-Binns, 2015; Epiu, y otros, 2018).

Como las fístulas obstétricas son causadas por una compresión del tejido, el tiempo que transcurre desde que se produce la obstrucción hasta el parto es crítico. Este tiempo normalmente se alarga debido a las demoras que Thaddeus y Maine describieron en su *modelo de las tres demoras*, que considera tres momentos clave en los que pueden identificarse factores que generan un retraso en el acceso al tratamiento cuando hay una emergencia obstétrica: 1) la demora en la decisión de buscar atención sanitaria; 2) la demora en identificar dónde buscar ayuda profesional y llegar al servicio de salud; y 3) la demora en recibir el tratamiento adecuado una vez que se ha llegado al centro de asistencia (Ruder, Cheyney, y Emasu, 2018), por lo que tenemos la responsabilidad de lanzar intervenciones con las que se acorten estos tiempos (Wall, 2012; Caw-Binns, 2015).

Las barreras que impiden a las mujeres y niñas pedir ayuda cuando el parto se obstruye son distintas en cada una de estas fases de demora. En cuanto a la demora en buscar ayuda, el principal problema es la falta de conocimiento. Esta barrera podría abordarse mediante programas de educación que aporten un mayor conocimiento de la morbilidad materno-infantil y su prevención y que acaben con los mitos que la rodean. Además, es fundamental que con estos programas también se sensibilice a los hombres ya que, finalmente, serán ellos quienes tengan la última palabra en la decisión de buscar ayuda (Lufumpa, Doos, y Lindenmeyer, 2018; Changole, Thorsen, y Kafulafula, 2018; Pasha, y otros, 2010).

Con respecto a la demora en identificar dónde buscar ayuda profesional y llegar al servicio de salud, la UNFPA ha subrayado el uso de motocicletas-ambulancias. Son recursos que cuestan poco dinero y ofrecen un transporte rápido de las mujeres a los centros sanitarios (Lufumpa, Doos, y Lindenmeyer, 2018; Pasha, y otros, 2010). También existen clínicas móviles y hogares de maternidad para las gestantes con embarazo de alto riesgo (Lufumpa, Doos, y Lindenmeyer, 2018; Urwin, 2014).

Para disminuir la demora en recibir atención una vez que se llega al centro sanitario es necesario aumentar la capacidad de las instalaciones y el uso de programas educativos que mejoren las competencias del personal (Browning y Menber, 2015; Elneil, 2010). También es fundamental aumentar el número de matronas, enfermeras, obstetras y pediatras y su reubicación en áreas rurales donde la fístula es más prevalente (Swain, Parida, Jena, Das, y Das, 2019; Romanzi, 2014).

Se deben destinar esfuerzos y apoyo financiero para mejorar la calidad de la atención prenatal y obstétrica de emergencia, incluida la cirugía. Además, es importante que los hospitales de primer nivel y las instalaciones de salud rurales tengan la capacidad de atender emergencias quirúrgicas (Higashi, y otros, 2015).

En cuanto a la demora en recibir tratamiento para la fístula, lo primero es informar a las mujeres y niñas de que esta lesión puede ser reparada (Baker, Bellows, Bach, y Warren, 2017). Como es tan difícil llegar a tantos millones de mujeres, muchas de las mujeres que han sido tratadas en los centros de reparación deciden viajar por los distintos poblados buscando a otras mujeres y niñas con fístula para informarlas (Lufumpa, Doos, y Lindenmeyer, 2018).

El transporte de nuevo supone una barrera para las mujeres y niñas, pues no se les permite usarlo debido al olor. A esto le sumamos el coste económico de la operación y que no hay suficientes cirujanos/as para atender todos los nuevos casos. Por estos motivos es importante hacer hincapié de nuevo en facilitar el transporte, dar apoyo económico a todas las mujeres y niñas y formar a más profesionales (Ruder, Cheyney, y Emasu, 2018; Baker, Bellows, Bach, y Warren, 2017).

Otro dato a tener en cuenta es que en un estudio se descubrió que el 31,7% de las mujeres y niñas que fueron a reparar su fístula en Kenia en realidad no padecían fístula obstétrica, sino desgarros perineales de tercer y cuarto grado. En base a este hallazgo, se deberían incrementar los esfuerzos en instruir al personal sanitario en el diagnóstico diferencial de estas dos patologías, así como en proporcionar material diagnóstico adecuado (Delamou, y otros, 2015; Stamatakos, Sargedí, Stasinou, y Kontzoglou, 2014; Pinder, y otros, 2017).

A pesar de que durante estos años los líderes políticos han intentado mejorar la salud de las madres homogeneizando protocolos y guías de actuación, en la mayoría de países en vías de desarrollo aún no existen planes estandarizados de atención a estas mujeres y niñas (Lankarani, Changizi, Rasouli, Amir AmirKhani, y Assari, 2014). Una atención sanitaria de calidad antes y después del parto y, particularmente durante este, puede hacer una enorme diferencia entre la vida y la muerte de las mujeres y niñas y sus bebés y puede reducir el número de mujeres que quedan con fístula obstétrica (Swain, Parida, Jena, Das, y Das, 2019).

CONCLUSIONES

Las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de la fístula obstétrica en la vida de las mujeres y niñas que la sufren son devastadoras: la incontinencia urinaria y fecal, que las hace mojar sus camas y vestidos continuamente, las convierte en víctimas de una severa discriminación por parte de la sociedad e incluso de sus familias. Se les impide participar en todo tipo de actividades socio-culturales y, en muchos casos, se ven obligadas a vivir aisladas de sus comunidades.

Se ha demostrado que existe relación entre la fístula obstétrica y la MGF, ya que además de restar elasticidad al orificio vaginal a la hora del parto, la MGF desencadena una secuencia

de eventos que incluyen el abandono escolar, que lleva a un matrimonio forzado y por tanto a un embarazo temprano. Esta suma de factores físicos (pérdida de elasticidad de los tejidos) y sociales (matrimonio infantil, que lleva a un embarazo temprano y por tanto a un parto sin haber alcanzado el crecimiento óseo completo) propiciados por la MGF hace que podamos concluir que existe fuerte relación entre ella y la fístula obstétrica.

Se plantean posibles soluciones para este problema de salud. La reparación de la fístula es posible mediante una intervención quirúrgica. No obstante, la falta de conocimientos, de recursos económicos por parte de la familia y la falta de centros útiles donde se intervenga quirúrgicamente a las mujeres afectadas son las principales causas de que las mujeres y niñas no se sometan a la reparación. Por este motivo es importante enfocar esfuerzos en prevenir la aparición de nuevos casos mediante la educación sanitaria en anticoncepción; mejorando la atención al parto obstruido a través de formación al personal que atiende partos y ampliación de la dotación de los centros en cuanto a recursos materiales y humanos; destinando esfuerzos y apoyo financiero a facilitar el acceso universal a cirugía; mejorando las infraestructuras y accesibilidad a los centros, por ejemplo con el uso de motocicletas-ambulancia, que la UNFPA ha subrayado como recursos baratos que aportan transporte rápido, o creando clínicas móviles y hogares de maternidad para las gestantes de alto riesgo; llevando a cabo programas de sensibilización a los hombres; brindando información acerca de la morbilidad materno-infantil y su prevención para acabar con los mitos que rodean este problema de salud; e informando a las mujeres que padecen fístula de que su reparación es posible y facilitándoles el acceso a la cirugía reparadora.

Es necesario que sigamos investigando sobre este tema, tan ampliamente desconocido en los países desarrollados. También es fundamental lanzar campañas de sensibilización para romper los mitos sobre la fístula obstétrica, sus causas y tratamientos; siempre desde una perspectiva de género y cultural. Asimismo, cobran especial importancia intervenciones con las que se empodere a estas mujeres y la lucha contra el matrimonio infantil.

BIBLIOGRAFÍA

- Ahmed, S., & Holtz, S. (2007). Social and economic consequences of obstetric fistula: Life changed forever? *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 99(1), 10-15. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.06.011>
- Animut, M., Mamo, A., Abebe, L., Berhe, M. A., Asfaw, S., & Birhanu, Z. (2019). “The sun keeps rising but darkness surrounds us”: a qualitative exploration of the lived experiences of women with obstetric fistula in Ethiopia. *BMC Women's Health*, 19(37). <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0732-3>
- Baker, Z., Bellows, B., Bach, R., & Warren, C. (2017). Barriers to obstetric fistula treatment in low-income countries: a systematic review. *Tropical Medicine and International Health*, 22(8), 938-959. <https://doi.org/10.1111/tmi.12893>
- Bashah, D. T., Worku, A. G., Yitayal, M., & Azale, T. (2019). The loss of dignity: social experience and coping of women with obstetric fistula, in Northwest Ethiopia. *BMC Women's Health*, 18(106). <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0605-1>
- Biadgilign, S., Lakew, Y., Reda, A. A., & Deribe, K. (2013). A population based survey in Ethiopia

- using questionnaire as proxy to estimate obstetric fistula prevalence: results from demographic and health survey. *Reproductive Health*, 10(14). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-14>
- Bomboka, J. B., & N-Mboowa, M. G. (2019). Post-effects of obstetric fistula in Uganda; a case study of fistula survivors in KITOVU mission hospital (MASAKA), Uganda. *BMC Public Health*, 19(696). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7023-7>
- Browning, A., & Menber, B. (2015). Reducing maternal morbidity and mortality in the developing world: a simple, cost-effective example. *International Journal of Women's Health*, 7, 155-159. <http://dx.doi.org/10.2147/IJWH.S75097>
- Browning, A., Allsworth, J. E., & Wall, L. L. (2010). The Relationship Between Female Genital Cutting and Obstetric Fistulas. *Obstetrics y Gynecology*, 115(3), 578-583. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3637918/>
- Castrillón, E. (2015). La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural. *Cultura de los Cuidados*, 19(42) 128-136. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.11>
- Changole, J., Thorsen, V. C., & Kafulafula, U. (2018). A road to obstetric fistula in Malawi: capturing women's perspectives through a framework of three delays. *International Journal of Women's Health*, 10, 699-713. <http://dx.doi.org/10.2147/IJWH.S171610>
- de Bernis, L. (2007). Obstetric fistula: Guiding principles for clinical management and programme development, a new WHO guideline. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 99(1), 117-121. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.06.032>
- Delamou, A., Diallo, M., Beavogui, A. H., Delvaux, T., Millimono, S., Kourouma, M., Ruminjo, J. (2015). Good clinical outcomes from a 7-year holistic programme of fistula repair in Guinea. *Tropical and International Health*, 20(6), 813-819. <https://doi.org/10.1111/tmi.12489>
- Donnay, F., & Ramsey, K. (2006). Eliminating obstetric fistula: Progress in partnerships. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 94(3), 254-261. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2006.04.005>
- Elneil, S. (2010). Obstetric fistulae in the developing world. *British Journal of Midwifery*, 18(4), 250-252. <https://doi.org/10.12968/bjom.2010.18.4.47379>
- Epiu, I., Alia, G., Mukisa, J., Tavrow, P., Lamorde, M., & Kuznik, A. (2018). Estimating the cost and cost-effectiveness for obstetric fistula repair in hospitals in Uganda: a low income country. *Health Policy and Planning*, 33(9), 999-1008. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy078>
- Garthwaite, M., & Harris, N. (2016). Vesicovaginal fistulae. *Indian Journal of Urology*, 26(2), 253-256. <https://doi.org/10.4103/0970-1591.65400>
- Gebresilase, Y.T. (2014). A qualitative study of the experience of obstetric fistula survivors in Addis Ababa, Ethiopia. *International Journal of Women's Health*, 6, 1033-1043. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S68382>
- Herrero, M. S. (2015). La fistula obstétrica: la humillante herida de África. La Salud en África Subsahariana. *Tiempo de Paz*, (116), 89-95. Recuperado de <http://grupodeestudiosafricanos.org/cms/wp-content/uploads/2015/12/MENDIGUREN-2015-La-Salud-en-%C3%81frica-Subsahariana.pdf>
- Higashi, H., Barendregt, J., Kassebaum, N., Weiser, T., Bickler, S., & Vos, T. (2015). Surgically avertable burden of obstetric conditions in low- and middle-income regions: a modelled analysis. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, 122(2), 228-237. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13198>
- Holme, A., Breen, M., y MacArthur, C. (2007). Obstetric Fistulae: a study of women managed at the Monze Mission Hospital, Zambia. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114(8), 1010-1017. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01353.x>

- Kavai, M.M., Chepchirchir, A., & Kayugira, R. (2010). Women's knowledge of vesico vaginal fistula in Kenya. *African Journal of Midwifery and Women's Health*, 4(4), 177-181. <https://doi.org/10.12968/ajmw.2010.4.4.79102>
- Khisa, A. M., & Nyamongo, I. K. (2011). What factors contribute to obstetric fistulae formation in rural Kenya? *African Journal of Midwifery and Women's Health*, 5(2), 95-100. <https://doi.org/10.12968/ajmw.2011.5.2.95>
- Lankarani, M. M., Changizi, N., Rasouli, M., Amir AmirKhani, M., & Assari, S. (2014). Prevention of Pregnancy Complications in Iran Following Implementing a National Educational Program. *Journal of Family and Reproductive Health*, 8(3), 97-100. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4275557/#__ffn__sectitle
- Lufumpa, E., Doos, L., & Lindenmeyer, A. (2018). Barriers and facilitators to preventive interventions for the development of obstetric fistulas among women in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 155. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1787-0>
- McCaw-Binns, A. (2015). Is the enabling environment ready to address the surgically avertable burden of obstetric conditions in low- and middle-income regions? *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, 122(2), 237. <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13215>
- McFarland, M. (2011). Madeleine M. Leininger: Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En M. Raile, & A. Marriner, *Modelos y teorías en enfermería* (págs. 452-479). Barcelona: Elsevier.
- Miller, S., Lester, F., Webster, M., & Cowan, B. (2005). Obstetric Fistula: A Preventable Tragedy. *Journal of Midwifery y Women's Health*, 50(4), 286-294. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2005.03.009>
- Muleta, M., Rasmussen, S., & Kiserud, T. (2010). Obstetric fistula in 14,928 Ethiopian women. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 89(7), 945-951. <https://doi.org/10.3109/00016341003801698>
- Narcisi, L., Tieniber, A., Andriani, L., & McKinney, T. (2010). The Fistula Crisis in Sub-Saharan Africa: An Ongoing Struggle in Education and Awareness. *Urologic Nursing*, 30(6), 341-346. Recuperado de <http://fondationmms.org/images/pdf/narcisi.pdf>
- Ojewola, R. W., Tijani, K. H., Jeje, E. A., Ogunjimi, M. A., Animashaun, E. A., & Akanmu, O. N. (2018). Transabdominal Repair of Vesicovaginal Fistulae: A 10-Year Tertiary Care Hospital Experience in Nigeria. *The Nigerian postgraduate medical journal*, 25(4), 213-219. Recuperado de <http://www.npmj.org/article.asp?issn=1117-1936;year=2018;volume=25;issue=4;spage=213;epage=219;aulast=Ojewola>
- Osotimehin, B. (2014). Seizing the moment to end obstetric fistula. *The Lancet*, 2(7), 381-382. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70251-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70251-7)
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pasha, O., Goldenberg, R. L., McClure, E. M., Saleem, S., Goudar, S. S., Althabe, F., . . . Derman, R. (2010). Communities, birth attendants and health facilities: a continuum of emergency maternal and newborn care (the global network's EmONC trial). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(82). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-82>
- Pinder, L. E., Natsuhara, K. H., Burke, T. F., Lozo, S., Oguttu, M., Miller, L., . . . Eckardt, M. J. (2017). Nurse-midwives' ability to diagnose acute third- and fourth-degree obstetric lacerations in western Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(308). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1484-4>

- Rohrbach-Viadas, C. (1998). Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger. *Cultura de los Cuidados*, 2(3), 41-45. <https://doi.org/10.14198/cuid.1998.3.06>
- Romanzi, L. J. (2014). Natural Childbirth-A Global Perspective. *American Medical Association Journal of Ethics*, 16(10), 835-841. Recuperado de <https://journalofethics.ama-assn.org/article/natural-childbirth-global-perspective/2014-10>
- Rosenthal, C., Tebeu, P., Colas, J., Diallo, K., & Blanchot, J. (2021). Fístulas obstétricas. *EMC Ginecología-Obstetricia*, 57(2), 1-12. [https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(21\)45129-5](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(21)45129-5)
- Roush, K. M. (2009). Social Implications of Obstetric Fistula: An Integrative Review. *Journal of Midwifery y Women's Health*, 54(2), 21-33. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.09.005>
- Roush, K., Kurth, A., Hutchinson, M. K., y VanDevanter, N. (2012). Obstetric Fistula: What About Gender Power? *Health Care for Women International*, 33(9), 787-798. <https://doi.org/10.1080/07399332.2011.645964>
- Ruder, B., Cheyney, M., y Emasu, A. A. (2018). Too Long to Wait: Obstetric Fistula and the Sociopolitical Dynamics on the Fourth Delay in Soroti, Uganda. *Qualitative Health Research*, 28(5), 721-732. <https://doi.org/10.1177/1049732317754084>
- Semere, L., y Nour, N. M. (2008). Obstetric Fistula: Living With Incontinence and Shame. *Reviews in Obstetrics y Gynecology*, 1(4), 193-197. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2621054/?report=reader>
- Stamatakis, M., Sargedí, C., Stasinou, T., y Kontzoglou, K. (2014). Vesicovaginal Fistula: Diagnosis and Management. *Indian Journal of Surgery*, 76(2), 131-136. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s12262-012-0787-y>
- Swain, D., Parida, S. P., Jena, S. K., Das, M., y Das, H. (2019). Obstetric fistula: A challenge to public health. *Indian journal of public health*, 63(1), 73-78. https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH_2_18
- Tebeu, P. M., Fomulu, J. N., Khaddaj, S., de Bernis, L., Delvaux, T., y Rochat, C. H. (2012). Risk factors for obstetric fistula: a clinical review. *International Urogynecology Journal*, 23(4), 387-394. <https://doi.org/10.1007/s00192-011-1622-x>
- Urwin, L. (2014). Obstetric Fistula: The Hidden Condition. *African Journal of Midwifery and Women's Health*, 8(4), 162-163. <https://doi.org/10.12968/ajmw.2014.8.4.162>
- Wall, L. L. (2006). Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem. *The Lancet*, 368(9542), 1201-1209. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69476-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69476-2)
- Wall, L. L. (2012). Overcoming phase 1 delays: the critical component of obstetric fistula prevention programs in resource-poor countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(68). Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/68>
- Weston, K., Mutiso, S., Mwangi, J. W., Qureshi, Z., Beard, J., & Venkat, P. (2011). Depression among women with obstetric fistula in Kenya. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 115(1), 31-33. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.04.015>
- Yismaw, L., Alemu, K., Addis, A., & Alene, M. (2019). Time to recovery from obstetric fistula and determinants in Gondar university teaching and referral hospital, northwest Ethiopia. *BMC Women's Health*, 19(5). <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0700-3>
- Zheng, A. X., & Anderson, F. (2009). Obstetric fistula in low-income countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 104(2), 85-89. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2008.09.011>