

Fistulas Obstetricas

Olivia H. Chang, MD, MPH

Patuma Banda, como la mayoría de las mujeres de Malawi, era granjera. Su esposo hizo un pequeño ingreso con su bicicleta taxi. Para alimentar a su familia, cultivó maíz y mandioca en la pequeña parcela de tierra que dejó su padre. Los Bandas tuvieron dos hijos: una hija de cinco años, un hijo de un año y otro niño en camino.



Al contrario de lo que la mayoría de sus amigos decían, el tercer embarazo no fue más fácil que el primero. Su creciente barriga, más grande que cualquiera de sus embarazos anteriores, hizo que sus tareas diarias fueran más difíciles. Le dolía la espalda de despejar los campos para prepararse para la temporada de lluvias. Le dolían las muñecas por preparar comidas a fuego de leña todos los días. Con dos hijos y sus responsabilidades agrícolas, fue difícil para ella obtener atención médica. Al comienzo de su embarazo, vio a una enfermera en el centro de salud más cercano, que estaba a 3 horas en bicicleta. Se suponía que debía regresar, pero dada la distancia del centro de salud y la necesidad de preparar los campos, simplemente no podía asistir a otra visita. Además, este era su tercer embarazo: conocía las señales de advertencia por si algo salía mal.

A principios de Diciembre, Patuma se despertó con dolorosas contracciones. Ella sabía que era hora del bebé. Llamó a su madre, que era una partera tradicional. La bolsa de Patuma se rompió y sintió que el bebé descendía. Hubo una sensación creciente de presión rectal. Tenía ocho centímetros de dilatación. El bebé seguramente estaba en camino. Pasaron cuatro horas, ocho horas y doce horas. Su madre realizó un examen vaginal: Patuma todavía tenía ocho centímetros de dilatación. Algo estaba mal.

El esposo de Patuma la subió a su bicicleta y pedaleó lo más rápido que pudo hasta el centro de salud más cercano. Al llegar, la enfermera evaluó a Patuma y rápidamente la remitió al hospital regional. La enfermera le explicó a Patuma que tenía desproporción cefalopélvica. Esto significa que el bebé no cabe en la pelvis de Patuma, por lo que su cuello uterino dejó de abrirse. Cuando Patuma llegó al hospital regional, había estado de parto durante más de veinticuatro

horas. La llevaron a la sala de operaciones para una cesárea de emergencia. El bebé no sobrevivió.

Durante los días siguientes, Patuma se recuperó de su cesárea en el hospital. Finalmente, al cuarto día, fue liberada a su hogar, a sus campos, a sus hijos y a su familia.

Algo fue diferente. Ella comenzó a notar la humedad en su ropa interior. Al principio, los síntomas no eran notables, pero a los pocos días, estaba claro que la fuga era de su vagina. Olía a orina. Ella sabía que no era normal. Sabía que necesitaba ir a ver a la enfermera otra vez. Sin embargo, necesitaba quedarse en casa para atender los campos. Si no lo hacía, su familia no tendría comida para el año.

Durante veinte años, ella soportó el goteo continuo y el mal olor. Estaba dispuesta a sacrificar su propio cuerpo para asegurarse de que sus hijos fueran alimentados. Finalmente, después de años de arduo trabajo, Patuma tomó el mismo viaje que hizo veinte años antes hasta el hospital regional más cercano, donde el médico le dijo que tenía una fístula vesicovaginal.

Qué es una fístula?

Una fístula es una conexión anormal entre dos lugares del cuerpo. En entornos de bajos recursos, los tipos más comunes de fístulas son las fístulas obstétricas. Según el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas, hay más de 2 millones de mujeres que viven con fístulas en todo el mundo. La mayoría de estos pacientes viven en África subSahariana y Asia. Sigue habiendo 50,000 a 100,000 nuevos casos anualmente.

Las fístulas obstétricas generalmente resultan del parto obstruido. Cuando hay trabajo de parto obstruido, la cabeza del bebé presiona contra la vejiga o el recto. Esto causa necrosis tisular o muerte tisular. El tejido muerto se desprende y aparece una fístula. Esta conexión anormal hace que la orina o las heces se filtren incontrolablemente a través de la vagina.

Los dos tipos de fístulas obstétricas son:



fístula vesicovaginal, una conexión anormal entre la vejiga y la vagina



fístula recto-vaginal, una conexión anormal entre el recto y la vagina.

Qué puede suceder cuando una mujer desarrolla una fístula obstétrica?

Las fístulas obstétricas pueden provocar devastadoras complicaciones físicas, psicológicas y sociales.

Las mujeres con fístulas corren el riesgo de desarrollar cálculos en la vejiga, infecciones de la vejiga o infecciones renales. Su piel se irrita por la fuga constante de orina y heces. Estas mujeres a menudo están aisladas por su comunidad, incluso sus esposos. Puede que les resulte difícil conseguir un trabajo. Con las complicaciones médicas y los aislamientos sociales, muchas de estas mujeres también sufren de depresión.

Por qué las mujeres desarrollan fístula obstétrica en entornos de bajos recursos?



Existe una correlación entre el acceso a los servicios de maternidad y la tasa de fístula obstétrica. Esto significa que las áreas con menos acceso a los servicios de maternidad tienen las tasas más altas de fístula obstétrica.

Sin proveedores de atención médica capacitados, el parto obstruido puede no diagnosticarse rápidamente. Sin acceso a instalaciones de salud con quirófano, no se puede realizar una cesárea a tiempo para aliviar la obstrucción del parto. Como resultado, cuando hay una alta proporción de

pacientes por médico y pocos centros de atención médica, hay una alta tasa de fístula obstétrica.

Cómo puede prevenirse una fístula obstétrica?

Las fístulas se pueden prevenir.

Para prevenir las fístulas, es importante identificar a las mujeres embarazadas que corren el riesgo de desarrollar esta afección. Por lo general, los factores de riesgo para desarrollar fístulas obstétricas incluyen:



pobreza



baja estatura



pelvis estrecha



edad temprana



un bebé grande o un bebé con posicionamiento anormal



vivir en áreas con poco acceso a la atención médica

Muchas pacientes con fístula son jóvenes. Se estima que 1 de cada 3 niñas en países de bajos y medianos ingresos (excluyendo China) se casará antes de los 18 años (UNFPA 2012). Estas mujeres jóvenes tienen un riesgo muy alto de desarrollar una fístula ya que sus pelvis no están completamente desarrolladas para el parto. Sin embargo, muchas de ellas quedaron embarazadas porque desconocen la planificación familiar. Es importante educarlos sobre las opciones de planificación familiar, ya que les permite a estas jóvenes retrasar la maternidad.

Muchas pacientes con fístula viven en áreas rurales. Estas mujeres tienen un alto riesgo de atención obstétrica tardía, simplemente por el tiempo que les lleva llegar a un centro de salud. Cada minuto de retraso pone a las mujeres embarazadas en mayor riesgo de una complicación obstétrica, la muerte del bebé y una fístula obstétrica. Se debe alentar a las pacientes que provienen de áreas rurales a asistir a una maternidad con casa de espera. Una casa de espera suele ser un edificio no médico junto a un centro de salud. Es un lugar donde las

mujeres embarazadas pueden quedarse mientras esperan el parto, para que puedan evitar los retrasos de la atención en una zona rural.

Muchas pacientes con fístula tienen distocia o trabajo de parto obstruido.

El parto obstruido puede ser diagnosticado por una enfermera partera o médico capacitado. Es importante que las mujeres tengan acceso a servicios de maternidad de calidad para que si su trabajo de parto es anormal, pueda diagnosticarse y derivarse de inmediato. Para lograr esto, se necesita más capacitación y apoyo para los profesionales de la salud y los trabajadores de salud comunitarios. En resumen, las fístulas se pueden prevenir con



Acceso oportuno a atención obstétrica de alta calidad.



Presencia de un proveedor obstétrico capacitado en el momento del parto (médico, clínico o enfermera partera)



Acceso a opciones de planificación familiar.

Cómo se reparan las fístulas obstétricas?

Las fístulas se pueden cerrar con un procedimiento vaginal relativamente corto, bajo anestesia regional, a menudo en menos de 90 minutos. Luego, los pacientes se observan de cerca en unidades de hospitalización durante 10-21 días con una sonda vesical hasta que se cierra la fístula. La tasa de éxito de un cierre completo de una fístula es del 80-95% en la primera reparación quirúrgica.

Cuáles son las barreras para la cirugía de reparación de fístula obstétrica?

Por el momento, no hay suficientes cirujanos de fístula en el mundo. La mayoría de los cirujanos de fístula reciben capacitación especializada para realizar la reparación de la fístula. Es necesario invertir en profesionales de la salud que estén capacitados para reparar fístulas. Las cirugías deben realizarse en unidades hospitalarias dedicadas donde las mujeres puedan ser atendidas después de la cirugía. Los pacientes necesitan enfermeras que conozcan las necesidades únicas de la recuperación de la reparación de la fístula. Los hospitales también necesitan personal que esté atento a la fragilidad mental de estas mujeres. Además, algunos pacientes pueden no ser conscientes de que las fístulas son reparables. Se necesita educación y activismo comunitario para alentar a las mujeres con fístula a buscar atención. Por ejemplo, en el [Hospital de la Fundación Freedom from Fistula de Malawi](#), los ex pacientes reciben capacitación sobre la conciencia comunitaria acerca de las fístulas obstétricas y se convierten en embajadores de los pacientes. Educan a las mujeres en su comunidad y acompañan a los nuevos pacientes al hospital de fístula para recibir tratamiento.

Consejos Utiles



La historia de Patuma es la realidad de muchas mujeres en entornos de bajos recursos.



Los factores de riesgo típicos para la fístula incluyen pobreza, baja estatura, edad temprana y falta de acceso a la atención médica.



El gobierno local y la comunidad internacional deben continuar apoyando el acceso a la atención de maternidad y capacitar a profesionales médicos.



Es importante no solo salvar la vida de una mujer durante el parto, sino garantizar que pueda vivir con dignidad.

Referencia



United Nations Population Fund (UNFPA), *Marrying Too Young: End Child Marriage* (New York, 2012).

Acerca del Autor



Olivia H. Chang, M.D., M.P.H. se graduó de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tulane y completó su residencia en obstetricia / ginecología en el Centro Médico Beth Israel Deaconess en Boston, MA. Trabajó en el hospital Freedom from Fistula Foundation en Lilongwe, Malawi. Ahora es becaria en Uroginecología y Cirugía Pélvica Reconstructiva en la Clínica Cleveland en Cleveland, OH.

No posee de intereses para informar.