

Atención gineco- obstétrica a la mujer gestante y puérpera en procesos migratorios



Índice:

1. Introducción	Pag.3
2. Objetivos	Pag.4
3. Recomendaciones para la atención sanitaria a la mujer gestante en procesos migratorios	Pag.5
4. Circuito de atención a las mujeres gestantes	Pag.6
5. Anamnesis	Pag.7
6. Exploración física inicial	Pag.8
7. Exploración gineco-obstétrica	Pag.9
8. Pruebas complementarias	Pag.10
9. Control y seguimiento de la gestación	Pag.11
10. Control y seguimiento de la gestación por parte de la matrona	Pag.12
11. Vacunación	Pag.15
12. Puerperio de la mujer migrante	Pag.17
13. Primera atención en el puerperio de la mujer migrante	Pag.18
14. Anamnesis y exploración I y II	Pag.20
15. Lactancia materna	Pag.22
16. Anticoncepción	Pag.23
Anexo I. Mutilación Genital Femenina en la mujer gestante	Pag.24
Anexo II. Esquema de actuación	Pag.37
Referencias bibliográficas	Pag.44

1. Introducción

España se ha convertido en país de acogida de personas que se quedan para establecer su proyecto vital, laboral y familiar. Nuestro Estado, ha sido capaz de canalizar una recepción creciente de personas extranjeras, siendo en torno al 10% de la población total.

Cuando hablamos de población extranjera nos referimos a un colectivo que no es en absoluto homogéneo, tiene en común el hecho de la migración.

A menudo, las personas que vienen a vivir y trabajar en España procedentes de países empobrecidos se encuentran en una situación de desigualdad con respecto a la población nativa.

Existen factores que influyen en el grado de vulnerabilidad de la persona, especialmente en el caso de las mujeres, como son: la dificultad para la comunicación, travesías peligrosas para llegar a nuestro país, una posible situación administrativa irregular, un marco laboral precario, problemas relacionados con la vivienda, bajo nivel instructivo, roles de género muy marcados, patrones familiares rígidos,... Además, la violencia de género se ve especialmente agravada ante las situaciones anteriormente citadas.

Es importante observar, escuchar y preguntar lo que se desconoce de la cultura de la otra persona para favorecer la aproximación mutua, evitar estereotipos y garantizar el respeto, comprender sin juzgar y facilitar la información adecuada adaptada a las necesidades.

Por este motivo, las personas profesionales del ámbito de salud de la mujer, se encuentran en una posición óptima para convertirse en agentes que detecten dificultades en la adaptación en el periodo de embarazo y posparto. Hay que tener presente que las mujeres que han sufrido violencia física, violaciones o que han sobrevivido a la práctica de la mutilación genital femenina, no suelen denunciar. Esto se debe a tabúes sobre la sexualidad, al aislamiento que pueden vivir al llegar a nuestro país, al miedo a la estigmatización y al impacto en su estatus como migrante, a la falta de confianza en las instituciones o al desconocimiento sobre la ayuda que éstas pueden aportar. Por lo que, en momentos vitales de especial sensibilidad como el embarazo, parto y puerperio, es de gran importancia reparar sobre los determinantes de inequidad y emprender acciones que atiendan y subsanen la vulnerabilidad de las mujeres que se encuentran en procesos migratorios.

Aplicar un enfoque multicultural a nuestra práctica asistencial supone dirigir la atención a la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva diversa y basada en derechos. Implica, a su vez, fomentar la igualdad y la equidad de género, considerando también la singularidad de cada una de las personas a las que atendemos.

2. Objetivos

- *Garantizar y facilitar la atención sanitaria inicial adecuada y respetuosa de las mujeres gestantes y puérperas migrantes procedentes de África.*
- *Estandarizar las pruebas complementarias usadas como cribado de enfermedad en de las mujeres gestantes y puérperas migrantes procedentes de África.*
- *Definir los cauces de coordinación entre las distintas entidades implicadas en la atención de estas mujeres.*
- *Generar unos circuitos de información que faciliten la continuidad de la atención sanitaria de esta población vulnerable entre los diferentes niveles de atención.*

3. Recomendaciones para la atención sanitaria a la mujer gestante en procesos migratorios

Estas recomendaciones están orientadas a la primera toma de contacto en atención sanitaria que reciban las mujeres migrantes gestantes o puérperas a la llegada a nuestro archipiélago. Dada la complejidad y la heterogeneidad de la población a la que nos dirigimos, debemos tener en cuenta una serie de premisas a la hora de realizar la anamnesis y exploración.

Es importante conseguir una comunicación efectiva con la mujer, (bien sea por compartir un idioma común, o por contar con traducción en el momento de la entrevista) para conseguir, no sólo una buena comunicación sino, para mejorar futuras intervenciones en el ámbito sanitario. Podemos encontrarnos ante la situación de que las mujeres migrantes gestantes hayan llevado un control de la gestación actual muy deficitario o incluso nulo, ya que muchas no han podido ser conocedoras de su estado durante el proceso migratorio, o ya encontrarse una edad gestacional muy avanzada. Además, no debemos olvidar que muchas de las mujeres migrantes (más de un 60% según algunas fuentes) son violadas durante el trayecto o se han visto forzadas a utilizar su cuerpo como salvoconducto, por lo que es posible que muchas de estas gestaciones sean fruto de una agresión sexual.

Como ya es sabido, las agresiones sexuales, además de la brutal agresión física y que suponen, exponen a las mujeres a un riesgo incrementado de enfermedades que debemos de tener en cuenta en el momento en el que acceden a nuestro circuito sanitario.

Ante la situación actual de crisis migratoria en Canarias, se hace necesaria una coordinación entre los dispositivos de acogida de personas migrantes y aquellos que les prestan atención sanitaria.

Mientras dure la pandemia por COVID-19, las personas migrantes que lleguen a las costas canarias por mar de manera irregular:

- Deberán cumplir con las directrices publicadas por los Ministerios de Sanidad y/o Migraciones y Seguridad Social y la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias aplicadas a cada situación en particular, en términos de cuarentena/aislamiento temporal según proceda acorde a los protocolos vigentes, siempre en las dependencias designadas por el Gobierno de Canarias para tal fin.
- Se les realizarán pruebas diagnósticas para detectar SARS-CoV-2 idealmente en las primeras 24-48h tras su llegada y se repetirán en caso de que fuera necesario.

4. Circuito de atención a las mujeres gestantes migrantes

Las mujeres gestantes migrantes que lleguen a nuestras costas deben ser identificadas, y en todos los casos, ser derivadas inicialmente al hospital de referencia de cada isla, preferiblemente a las Urgencias de Ginecología y Obstetricia del área correspondiente, donde se le realizará, además del cribado de covid-19, una valoración gineco-obstétrica inicial y donde se tomarán las medidas terapéuticas oportunas.

En aquellas islas no capitalinas, donde tras la valoración se detecte una situación de alto riesgo para el embarazo y/o la vida de la mujer, y no sea posible realizar la atención adecuada, se tomarán las oportunas medidas de traslado al hospital de referencia.

5. Anamnesis

Antecedentes personales:

- Alergias conocidas.
- Enfermedades previas, cirugías.
- Tratamientos recibidos y medicación actual (incluir medicinas tradicionales)
- Antecedentes de riesgo para la salud: riesgo de enfermedades de transmisión sexual, transfusiones de sangre, inyecciones intramusculares.

Antecedentes gineco-obstétricos:

- Antecedentes ginecológicos de interés: métodos anticonceptivos? ¿Cirugías ginecológicas?
- Gestaciones previas y vía del parto. ¿Gestación a término? ¿Recién nacidos sanos? ¿Puerperio fisiológico?
- ¿Te has sentido incómoda o forzada a tener relaciones sexuales porque no te apetecía tenerlas?
- Fecha ultima regla -> Calcular Fecha Prevista de Parto y Edad Gestacional en el momento actual.

Historia actual:

- **Datos demográficos:** país de origen y región. Contexto cultural y religioso.
- **Hábitos patológicos:** consumo alcohol, tabaco, otras drogas, prácticas sexuales de riesgo.
- **Salud mental :** trastornos ansiosos y depresivos, enfermedades mentales, discapacidad física, psíquica o sensorial. Cuestionario preguntas WHOLEY, Durante el último mes.

¿Se ha sentido a menudo baja de ánimo, deprimida o desesperanzada? ¿Ha sentido a menudo que ha perdido interés o placer por las cosas? ¿Se ha sentido nerviosa, ansiosa o desbordada? ¿Se ha sentido incapaz de controlar o parar sus preocupaciones?

“Siempre tener en cuenta el contexto cultural y religioso de la mujer inmigrante, hay religiones que no permiten el uso de anticonceptivos”.

6. Exploración física inicial

- Talla, peso, índice de masa corporal (IMC).
- Toma de constantes.
- Examen piel y mucosas, (edemas, deshidratación, valoración nutricional...).
- Palpación tiroidea
- Adenopatías región cervical, axilas e ingles.
- Exploración cardio-respiratoria.
- Palpación abdominal.
- Exploración neurológica.
- Exploración aparato locomotor.
- Bucodental
- Exploración genitales.

Es importante derivar a la gestante y/o puérpera al centro hospitalario de referencia a la llegada a las costas, de forma específica a Urgencias Gineco-Obstétricas y/o pediátricas en su caso, para completar control de bienestar materno-fetal y/o neonatal de forma adecuada.

(Datación de la edad gestacional, ecografía morfológica, RCTG si EG lo requiere, etc.)

Tener en cuenta la presencia de úlceras genitales sugestivas de ETS y signos de mutilación genital femenina.

7. Exploración gineco-obstétrica

Exploración gineco-obstétrica:

- Confirmar con la paciente ausencia de sangrado por vía vaginal, descartar posible mutilación genital femenina (ver anexo I) y detectar posibles anomalías del aparato genital.
- Valorar la inexistencia de signos de infección (descripción de presencia de leucorrea y características)
- Tacto bimanual si procede.

Comprobar actividad fetal en el ámbito hospitalario:

- Comprobar bienestar fetal mediante ecografía morfológica
- Correcta datación de la gestación y posterior RCTG si procede en función de la EG.

“Cuando la usuaria presenta MGF tipo 3 o infibulación, se debe programar la desinfibulación entre la semana 20 y la 28 con anestesia local o epidural al disminuir notablemente los riesgos obstétricos”.

Detección de factores de riesgo: agresión sexual, parejas sexuales múltiples, pareja sexual nueva, pareja sexual con ITS, uso no sistemático del preservativo con parejas sexuales ocasionales, antecedentes de ITS.



8. Pruebas Complementarias

- **ANALÍTICA PREFERENTE O URGENTE:**
- **Glucemia basal** a todas las gestantes, independientemente de los factores de riesgo.
- **Hemograma, grupo y Rh**, anticuerpos irregulares (coombs indirecto) y ferritina.
- **Bioquímica básica** (glucemia, urea, creatinina, ALT, AST, GGT, colesterol total, Fosfatasa alcalina) TSH.
- **Urinocultivo/ Urianálisis.**

- **Exudado vaginal y endocervical.**
- **Si EG 35-37 semanas: Cultivo vagino-rectal** para la detección de **SGB**.
- **Citología.**
- **O'Sullivan si gestación entre 24-28 semanas.**
- **Cribaje de infecciones de transmisión sexual (ITS)** (muestra vaginal):
 - Chlamydia trachomatis.
 - Neisseria gonorrhoeae.
- **Parásitos en heces**, recomendable tres muestras en días distintos (intentar que sean al menos dos).
- **Despistaje de TBC.**

- **Serologías de enfermedades infecciosas *previo consentimiento*:** Sífilis, Rubéola, VIH, Hepatitis B (AgHBs, Ac antiHBs, Ac anticore), Hepatitis C.
- **Solicitar *Chagas* en mujeres de riesgo*** (endémica de zonas continentales del norte, centro y sur de América).
- **Virus Zika:** Síndrome del Zika Congénito a las gestantes de riesgo:
 - A. Toda mujer que haya viajado a zonas endémicas durante el embarazo o en las 8 semanas previas tanto si ha presentado síntomas de infección (durante el viaje o en los 15 días posteriores a su retorno) como si no ha presentado.
 - B. Toda mujer que haya mantenido relaciones sexuales sin protección (sexo vaginal, anal u oral) durante el embarazo o en las 8 semanas previas, con un hombre o mujer que haya regresado de zonas endémicas.

Debido a la posibilidad de infecciones concomitantes y de reacciones serológicas cruzadas, en el mismo suero se deberá **solicitar la serología de Dengue o Dengue y Chikungunya), Malaria.**

9. Control y seguimiento de la gestación



a la nutrición de nuestro medio una vez están instaladas, estado de estrés que supone su situación... Por lo que puede ser adecuado solicitar una ecografía de control en la semana 28 de gestación en el centro de especialidades de zona para detección precoz de CIR o alteraciones de líquido amniótico (LA), tal y como se lleva a cabo rutinariamente con otras pacientes con similares factores de riesgo: IMC bajos, grandes fumadoras, etc.).

Una vez que la paciente sea dada de alta, el control y el seguimiento de la gestación se realizará según el riesgo obstétrico por el profesional más adecuado.

Deben quedar registrados en la Historia Clínica Electrónica todos los datos de la anamnesis, exploración, analíticas y si se ha detectado la existencia mutilación genital femenina en la gestante (grado, secuelas y repercusiones).

En el caso gestación de bajo riesgo en las pacientes migrantes se deben considerar algunas particularidades. De forma frecuente, se pueden detectar alteraciones del crecimiento fetal, posiblemente secundarios a la dificultad de adaptación

10. Control y seguimiento de la gestación por la matrona

Debemos recordar que estas mujeres ya han sido valoradas en los centros hospitalarios de referencia, con lo que muchos datos de la historia clínica obstétrica ya han sido integrados en la Historia Clínica Electrónica. El seguimiento de la gestación, considerada de bajo riesgo obstétrico, seguirá las acciones e intervenciones contempladas en el **Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva del Servicio Canario de la Salud**, concretamente de la atención al **Embarazo**. Se realizarán las siguientes actuaciones:

- **Valorar y/o complimentar los antecedentes personales en la H^a Clínica Electrónica:**

- **Alergias conocidas.**
- **Enfermedades y cirugías previas.**
- **Tratamientos recibidos y medicación actual** (incluir medicinas tradicionales).
- **Antecedentes de riesgo para la salud:** riesgo de enfermedades de transmisión sexual, transfusiones de sangre, inyecciones intramusculares.
- **Vacunaciones.**

- **Valorar y/o complimentar los antecedentes gineco-obstétricos en la H^a Clínica Electrónica:**

- **Antecedentes ginecológicos de interés:** ¿métodos anticonceptivos? ¿Cirugías ginecológicas?
- **Gestaciones previas y vía del parto.** ¿Gestación a término? ¿Recién nacidos sanos? ¿Puerperio fisiológico?
- **Fecha ultima regla:** Calcular Fecha Prevista de Parto (FPP) y Edad Gestacional (EG) en el momento actual.

- **Valorar y completar la historia actual:**

- **Datos demográficos:** país de origen y región. Contexto cultural y religioso.
- **Hábitos patológicos:** consumo alcohol, tabaco, otras drogas, prácticas sexuales de riesgo.
- **Salud mental:** trastornos ansiosos y depresivos, enfermedades mentales, discapacidad física, psíquica o sensorial. Cuestionario preguntas **WHOLEY**:

Se ha sentido a menudo baja de ánimo, deprimida o desesperanzada? ¿Ha sentido a menudo que ha perdido interés o placer por las cosas? ¿Se ha sentido nerviosa ansiosa o desbordada? ¿Se ha sentido incapaz de controlar o parar sus preocupaciones?

10. Control y seguimiento de la gestación por la matrona



• Tratamientos y toma de medicación durante la gestación:

Se deben seguir la pautas recomendadas para todas las gestantes:

- **Ácido fólico**
- **Yodo**
- **Suplementación con ferrotterapia oral** a partir del 2º Trimestre de gestación donde se siguen las recomendaciones de la SEGO:

“A partir de 2º trimestre debe realizarse prevención de anemia en gestante con factores de riesgo, como malnutrición”.

• Preguntas para la detección de la Mutilación Genital Femenina (MGF):

“¿Tienes problemas al orinar o para expulsar flujo menstrual?”; “¿Sueles tener infecciones de orina recurrentes?”; “¿Experimentas dolor o dificultad durante las relaciones sexuales?”

Estas preguntas se deben realizar en un contexto de tranquilidad dejando claro que nuestra prioridad es ofrecerle la mejor atención de forma individualizada y ante la confirmación o sospecha, remitimos al ANEXO I de MGF de este documento.

10. Control y seguimiento de la gestación por la matrona

- **¿Has venido acompañada por tu pareja?**

En caso **afirmativo** seguir preguntando: ¿qué tal son las relaciones con él? ¿Te sientes segura? ¿Acepta él este embarazo?

Si ha venido sola, preguntar ¿Te sientes segura donde estás residiendo? En relación a su vida diaria en nuestro entorno, ¿te han pedido o han forzado a hacer algo que no quieres? ¿Cómo van las cosas?

En caso de obtener alguna respuesta afirmativa, consultar con **Trabajo Social**.

- **¿Cómo se encuentra en este embarazo? ¿Quería este embarazo? ¿Ha sido forzada o agredida para tener este bebé?**

Si existe deseo de continuar con gestación actual, se continuará con el seguimiento según protocolo. Si la gestante desea interrupción de la gestación actual, se deben tener en cuenta los siguientes supuestos según la Ley Orgánica 2/2010:

Si la gestación es menor a 14 semanas: la gestación podrá interrumpirse a petición de la embarazada, siendo derivada a un centro sanitario público o privado acreditado (Artículo 14).

Si la gestación es superior a 14 semanas, e inferior a 22 semanas: Si consta en un dictamen emitido por un médico o médica especialista que existe grave riesgo para la vida o la salud de la mujer embarazada (Artículo 15).

Es recomendable explicar que en España la práctica del aborto en estos supuestos es legal, que se realiza de forma anónima y entraña mínimos riesgos para su salud, antes de llevarnos su negativa inicial por falta de conocimiento del marco legal en nuestro país.

“Estas preguntas se deben realizar en un contexto de tranquilidad, dejando claro que nuestra prioridad es ofrecerle la mejor atención de forma individualizada. Debemos contemplar la manera de formular las preguntas observando su comportamiento y la historia actual. En el caso que la mujer acuda sola, es recomendable solicitar la presencia de Trabajo Social. ¿Usted deseaba este embarazo o este bebé? ¿Ha sido usted obligada o agredida para tener este bebé?”

Se debe hacer una valoración de los factores de riesgo para los cuidados en la gestación contemplados en el Programa de atención al embarazo del PASAR, así como su derivación de los casos que requieran la intervención de Trabajo Social.

11. Vacunación:

Se debe tener presente que durante la gestación están contraindicadas las vacunas de microorganismos vivos o atenuados y que, en nuestro contexto, se debe recomendar la vacuna del SARS-COV2.

Vacunas indicadas durante la gestación: En las pacientes no vacunadas se recomendará la administración de estas vacunas:

dTpa vacuna combinada antitetánica-antidiftérica-antipertúsica:

Contiene toxoide diftérico-tetánico y pertusis acelular. Protege a la paciente y también al neonato del tétanos y de la tos ferina. Se debe administrar entre las semanas 27 y 36, y de preferencia entre la semana 27 y 32 de gestación.

- **Gestantes nunca vacunadas:** 1a dosis, 2a dosis al menos 4 semanas después de la 1a, y 3a dosis al menos 6 meses después de la 2a. Una de las dosis, de preferencia entre las semanas 27 y 32, debe incluir la dTpa.
- **Gestantes con primovacunación incompleta:** En ningún caso debe reiniciarse la pauta entera, solamente completar la pauta hasta las 3 dosis con inclusión de una dosis de dTpa, de preferencia entre las semanas 27 y 32. Se consideran válidas las dosis administradas que cumplan los intervalos mínimos (> 4 semanas desde 1a dosis).

Las Gestantes que han recibido la pauta de vacunación completa según el calendario (≥ 5 dosis). No es necesaria ninguna dosis de recuerdo hasta los 40 años, pero se administrará una dosis de dTpa de preferencia entre las semanas 27 y 32, para proteger al neonato de la tos ferina. No hay intervalos máximos entre dosis para considerarlos válidos (“DOSIS ADMINISTRADA, DOSIS CONTADA”)

Vacuna antigripal:

La administración de la vacuna también protege al neonato durante los primeros meses de vida. Es muy recomendable la administración de la vacuna en cualquier trimestre de la gestación, siempre que haya disposición de la misma.

Vacuna de la Hepatitis B en población de riesgo:

Se incluyen a las gestantes con infección por VIH, previa comprobación de ausencia de inmunidad (AntiHBc y AntiHBs negativo). Se administra de preferencia a partir del 2º trimestre.

La pauta de vacunación para conseguir una protección rápida durante la gestación es la de 3 dosis: 0, 1, 2 meses, con una dosis de recuerdo a los 6 meses. La pauta de vacunación habitual es de 3 dosis: 0, 1, 6 meses. La pauta de vacunación de las gestantes con infección VIH es: 0, 1, 2, 6 /12meses (4 dosis) y la dosificación de la vacuna es mayor.

✓ Profilaxis antitetánica de heridas en gestantes que no han recibido la dTpa durante la gestación

En el caso de herida contaminada y vacunación incompleta (< 3 dosis) o > 5 años desde la última dosis: administrar una dosis de dTpa independientemente de la edad gestacional. Si vacunación desconocida o incompleta (< 3 dosis) administrar conjuntamente, pero en diferente lugar de punción, una dosis de inmunoglobulina antitetánica específica IM. Si antecedente de vacunación incompleta con necesidad de ≥ 1 dosis, administrar de preferencia la dosis de dTpa entre las 27 y las 32 semanas.

“La recomendación general en el tratamiento de las heridas de la gestante es que, siempre que se plantee la necesidad de administrar toxoide tetánico, se administre dTpa, independientemente del trimestre gestacional.

Si por el antecedente de vacunación incompleta (< 3 dosis) existe la necesidad de administrar ≥ 1 dosis de vacuna, la dosis de dTpa se administrará de preferencia entre las 27 y las 32 semanas,

¿Administrar profilaxis antitetánica?	Herida limpia		Herida contaminada*	
	Ultima vacunación			
	<10 años < 5 años	>10 años	< 5 años	
Vacunación completa previa (≥3 dosis)	No	Si	Si	No
Vacunación incompleta previa (<3 dosis)	Si	Si	(+IG)	Si (+IG) Si

✓ La paciente gestante con infección VIH

Son válidas las mismas recomendaciones que en mujeres sin VIH y, además:

- **Vacunación antineumocócica 23-valente** en pacientes que no hayan recibido nunca la vacunación. De elección a partir de las 14 semanas.
- **Vacunación hepatitis B** en pacientes no vacunadas y previa comprobación de ausencia de inmunidad (AntiHBc y AntiHBs negativo). De elección a partir de las 14 semanas. La pauta recomendada en estas pacientes incluye una mayor dosis.

Pacientes VIH con CD4 < 200 células/ul.

En pacientes inmunodeprimidas no deben administrarse vacunas atenuadas.

**Herida contaminada:* aquella con tierra, saliva, heces, suciedad...También aquellas heridas punzantes, producidas por arma blanca o de fuego, heridas crónicas abiertas o antiguas con tejido desvitalizado. Herida con signos de infección.

12. Puerperio de la mujer migrante



13. Primera atención en el puerperio de la mujer migrante

En el caso de que las mujeres migrantes se encuentren en el puerperio durante el primer contacto con el personal sanitario, se deben tener en cuenta los cambios fisiológicos habituales en este período, así como las posibles complicaciones derivadas del mismo, para poder detectarlas y tratarlas adecuadamente o bien derivarlas a un centro hospitalario de referencia.

Debemos definir el puerperio como:

- **Puerperio inmediato:** comprende las primeras 24 horas, teniendo en cuenta que las primeras dos horas posparto la puérpera debe permanecer en un sitio donde se garantice una vigilancia exhaustiva de signos de alarma.
- **Puerperio precoz:** es el período que va desde el final del puerperio inmediato hasta la primera semana después del parto.
- **Puerperio tardío:** comienza en la segunda semana después del parto hasta la aparición de la primera menstruación, usualmente 6-8 semanas posparto.

Debemos tener en cuenta cuáles son los cambios fisiológicos para poder hacer un diagnóstico diferencial adecuado con los cambios patológicos:

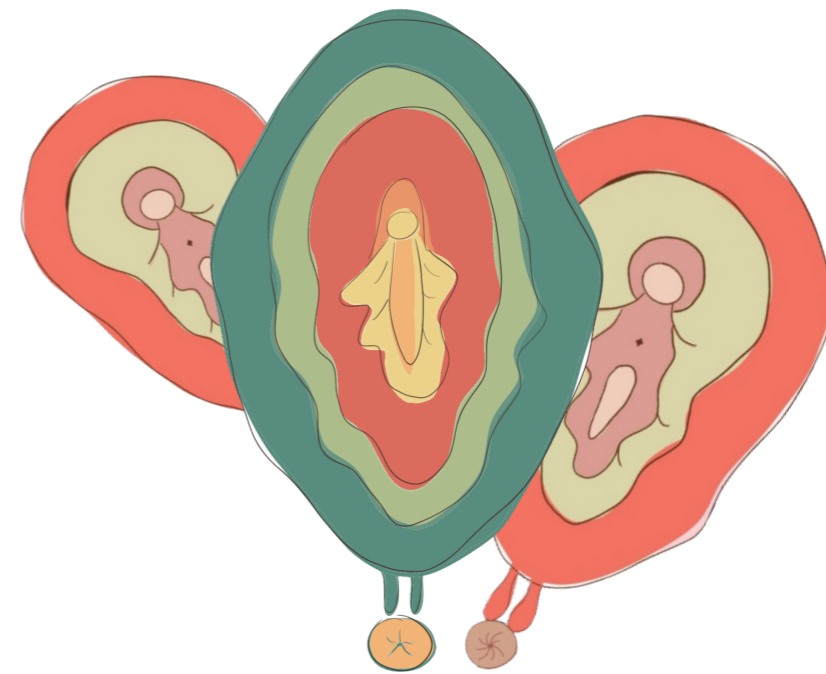
1. **Involución uterina:** el fondo uterino se localiza cerca del ombligo a las 24 horas posparto, entre el ombligo y la sínfisis del pubis a la semana del parto, se deja de palpar a nivel abdominal pasadas dos semanas del parto, alcanzando su tamaño pregestacional a las 6-8 semanas posparto.
2. **Dolor en hipogastrio** (entuetos): son episodios de dolor intermitentes, más frecuentes en multíparas y que se acentúan con la lactancia.
3. **Loquios:** Secreción posparto de la cavidad uterina. Se expulsan sobre todo durante la primera semana, pero no cesa totalmente hasta la 5ª semana. Su olor es peculiar y varía según la flora bacteriana. Los loquios se clasifican en:
 - *Loquios rojos:* 2-3 días, sangre casi exclusivamente con pequeños fragmentos de membrana y restos fetales como lanugo, vermix y meconio.
 - *Loquios rosados:* 1-2 semanas, menos sangre y más exudado, leucocitos y decidua.
 - *Loquios blancos:* aumento de leucocitos, moco, y microorganismos. Se expulsan sobre todo durante la primera semana, pero no cesa totalmente hasta la 5ª semana. Su olor es peculiar y varía según la flora bacteriana.

4.-**Sistema urinario:** Hay un aumento de la diuresis (hasta 3 litros) durante los 4-5 primeros días tras el parto por aumento de la filtración glomerular. La incontinencia urinaria o anal suele ser transitoria y se presenta a veces hasta tres meses tras el parto. El filtrado glomerular y el aclaramiento de creatinina, vuelven a valores pregestacionales a las 8 semanas posparto.

5.-**Cambios hematológicos:** los cambios hematológicos relacionados con la gestación vuelven a su estado basal a las 6-12 semanas tras el parto. El estado protrombótico dura semanas, con lo que el puerperio representa un riesgo de enfermedad protrombótica, siendo importante la valoración del riesgo individualizado de las púerperas, administrando profilaxis a aquellas que lo precisen.

6.- **Aparato digestivo:** el tono y la motilidad se normalizan en dos semanas. El estreñimiento es frecuente por la disminución de la motilidad intestinal , y se pueden perder los hábitos de evacuación intestinal por cambios en horarios, sueño y comidas. También por las molestias perineales (dolor hemorroidal o el de la episiotomía) y el miedo a hacer fuerza para defecar. Puede asegurarse la normalización de la función intestinal por medio de laxantes prescritos por facultativo/a.

7.-**Edemas:** En general compromete los miembros inferiores, pero a veces aparece en la cara y las manos. La causa más común es el edema fisiológico que puede empeorar en el puerperio y suele resolverse en 2-3 semanas. Las causas patológicas de edema son menos comunes, pero más peligrosas, como la trombosis venosa profunda (TVP) y la preeclampsia.



14. Anamnesis y exploración (I)

Antecedentes personales:

- Antecedentes personales, ginecoobstétricos e historia de parto actual.
- Valorar grupo y Rh materno y R.N. si procede, y parto en las últimas 72h.
- Valorar serología de la madre y cribado del estado portador de estreptococo del B.

Antecedentes ginecoobstétricos:

- Antecedentes ginecológicos de interés: métodos anticonceptivos? Cirugías ginecológicas?
- Gestaciones previas y vía del parto.
- Gestación a término? Recién nacidos sanos?
- Puerperio fisiológico?

Nota: Aprovechar este espacio para poder hablar e indagar sobre sus costumbres, de esta forma logramos afianzar el vínculo terapéutico y aumentar el grado de información sobre las posibilidades de la crianza.

Cuidados y atención específica en el puerperio:

1. *Desgarros perineales o episiotomías* (tener en cuenta anexo de MGF): Se debe realizar una valoración vulvoperineal para comprobar la presencia y tipo de alteración vaginal, vulvoperineal (episiorrafia, desgarros, dehiscencia, hematomas, inflamación/edemas, dolor, varices vulvares, otros).
- *Higiene perineal:* se recomienda higiene del área perineal dos o tres veces al día. Se puede recomendar aplicación de frío local si la mujer refiere que se alivia la incomodidad de la sutura.
- *Manejo del dolor:* puede incluir tratamientos tópicos (frío y calor), y analgésicos orales. No se recomienda la aplicación de frío local durante más de 20 minutos constantes. En cuanto a los analgésicos orales, son válidos los AINEs en su posología habitual y el paracetamol.
- *Identificación de posibles complicaciones:*
 - **Dolor permanente:** las mujeres con dolor permanente deben ser evaluadas para descartar complicaciones como infección, dehiscencia o aparición de hematomas.
 - **Infección:** puede asociarse con fiebre o malestar general. Puede estar localizada a nivel de la cicatriz, con formación de absceso, o incluso asociarse con celulitis o en los casos más graves con fascitis necrotizante. Si se sospecha, la mujer debe derivarse.

14. Anamnesis y exploración (II)

• **Identificación de posibles complicaciones:**

- Dehiscencia de la cicatriz, puede ser parcial o completa. El momento de mayor riesgo para la dehiscencia suele ser entre los 10-14 días de la reparación.
- Prolapsos: si la paciente presenta algún tipo de prolapso, deberá ser valorada por personal especializado en un centro de referencia.
- Fístulas
- Hemorroides: la aparición de hemorroides en el puerperio es muy común, incluso aunque no se hayan padecido durante la gestación. Pueden ser tratadas de manera conservadora, pero se debe tener en cuenta la posibilidad de que se encuentren trombosadas, y deban ser derivadas a un especialista.
- Prevención de estreñimiento: el estreñimiento en el embarazo y puerperio es muy habitual, pudiendo prolongarse de días a semanas.
- Identificar la presencia de factores de riesgo social para los cuidados del Programa de Puerperio en el PASAR.

Puerperio patológico:

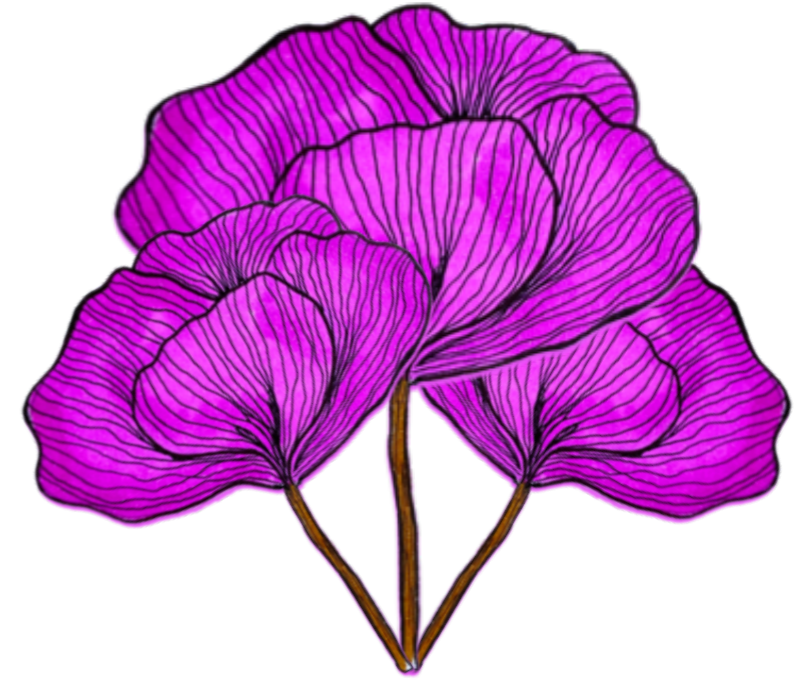
Signos de alarma en mujeres en el puerperio:

- Presencia de loquios, con mal olor, sangrados abundantes o hemorragia.
- Temperatura > 38,5°C.
- Empeoramiento o experiencia de nuevos dolores perineales o uterinos.
- Dolores agudos (cefaleas, torácico o abdominal).
- Disuria (micción dolorosa, incompleta o dificultosa).
- Problemas con los pechos (enrojecimiento, dolor, calor) y/o lactancia.
- Dolor o hinchazón en las piernas.
- Tensión Arterial superior a 150/90.
- Estado de ánimo que afecta a la relación con el R.N., con los demás o que no permite una actividad normal.

Preguntar sobre sus costumbres relacionadas con el puerperio. Ej: cuidados específicos por parte de los familiares ("alimentos prohibidos", dieta especial) rituales con el recién nacido) y acciones en las puérperas como es el uso de faja. Aconsejar y dar educación sanitaria al respecto.

Valorar el **contexto socio-económico de la madre** (si tienes más hijos o familiares a su cargo, sin ayuda familiar) y valorar derivar a **trabajo social** si lo requiere.

15. Lactancia materna:



Los beneficios de la lactancia materna (LM) en el lactante y en las madres son ya conocidos. Existen muy pocas contraindicaciones para practicarla, pero en estos casos hay que tenerlas presente:

Contraindicaciones absolutas:

- *Infección por VIH (HIV1 y 2).*
- *Galactosemia clásica.*
- *Virus linfotrópico de células T humanas (HTLV I y II).*

Existen otras situaciones relacionadas con enfermedades o tratamientos farmacológicos de la madre, o bien trastornos del lactante, que requieren una valoración individualizada.

Como generalidad, la LM no está contraindicada en los hijos de madres con hepatitis A, B o C. En las hepatitis A y B se debe proporcionar la profilaxis adecuada para evitar la transmisión de la infección.

Por otro lado, hay que proporcionar información a las mujeres que tengan una contraindicaciones para lactar, para valorar si tiene que recurrir a lactancia artificial (LA) y ver las posibilidades existentes de financiación

En caso de que sea viable la LM, existen factores que favorecen su continuidad, como son el apoyo profesional y social, siendo las mujeres que se sienten mejor acogidas en país de destino, las que mejor y más tiempo lactan, así como haber tenido experiencia previa en la LM, ya sea por su entorno o por haber amamantado anteriormente.

Sin embargo, existen otros factores que pueden dificultar su mantenimiento en las mujeres en esta situación, como son el contexto deficitario de la situación de acogida y la incomodidad a la que pueden estar sometidas, así como el escaso apoyo profesional y familiar o del entorno.

16. Anticoncepción:

Se recomienda informar a la mujer en materia de anticoncepción eligiendo el método que se adapte mejor a su estilo de vida y necesidades en este momento. Dadas las circunstancias de especial vulnerabilidad de estas mujeres, es recomendable garantizar que la transmisión de la información sea la correcta y que se dé de manera comprensible para ella, por lo que es importante contactar con un o una traductora que facilite el intercambio de información. También es recomendable hablar de este tema de una forma cuidadosa y comprensiva, pueden mostrarse reticentes y con déficit de información al respecto. Algunas religiones tienen "prohibido" su uso...

Según las recomendaciones a nivel general es que esta información debe ser dada y comprendida por la usuaria en los primeros 21 días tras el parto.

Desde una estrategia preventiva, hay que tener presente los riesgos que pueden tener estas mujeres de padecer una infección de transmisión sexual, por lo tanto, la primera opción es enseñar y recomendar el uso del preservativo en la reanudación de las relaciones sexuales.

En caso de descartar la opción anterior, la recomendación, siempre que la mujer esté en período de **lactancia materna** exclusiva o suplementada*, serán las siguientes :

	MÉTODO	48 HORAS	4 SEMANAS	6 SEMANAS	6 MESES
LACTANCIA MATERNA	MELA	SI	SI	SI	SI <6 MESES
	MSG	SI	SI	SI	SI
	HORMONALES COMBINADOS	NO	NO	NO	SI <6 MESES

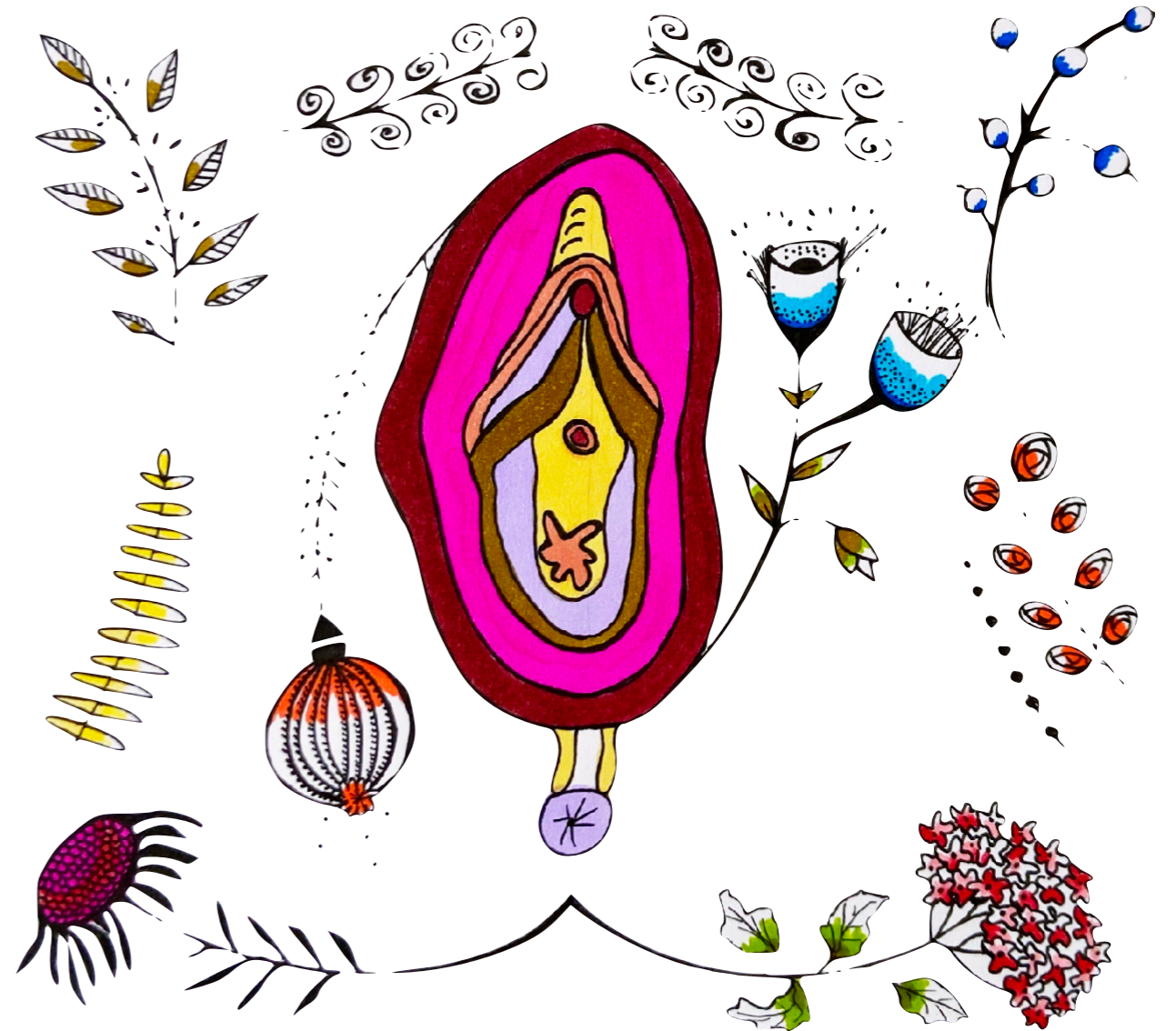
En el supuesto que la madre haya decidido no lactar, o en su caso no sea recomendable iniciar la lactancia materna, las opciones se muestran en la siguiente tabla:

	MÉTODO	48 HORAS	4 SEMANAS	6 SEMANAS	6 MESES
NO LACTANCIA MATERNA	MSG	SI	SI	SI	SI
	HORMONALES COMBINADOS	NO	NO	SI sin Factores de Riesgo	SI

***Lactancia materna exclusiva:** el recién nacido recibe sólo leche materna y ningún otro líquido ni sólido a excepción de medicinas o vitaminas. La leche materna incluye leche extraída (la definición OMS también incluye la leche donada, aunque no se contempla su uso en la Maternidad). La leche puede ser administrada por diferentes formas y no sólo por succión al pecho.

***LM suplementada:** el niño ha tomado leche materna junto con fórmula, agua, líquidos rituales, infusiones, suero glucosado, zumos, solución de sacarosa (excepto en procedimientos dolorosos).

Mutilación genital femenina en la mujer gestante



Introducción

La Mutilación Genital Femenina (MGF) es una práctica tradicional con fuertes raíces ancestrales y socio culturales que afectan a la salud de las mujeres y las niñas. Consiste en la ablación total o parcial de los genitales externos femeninos, no con fines terapéuticos. Es una práctica que se realiza principalmente en algunos países del continente africano y de Asia y se estima que afecta a más de 140 millones de niñas y mujeres en todo el mundo.

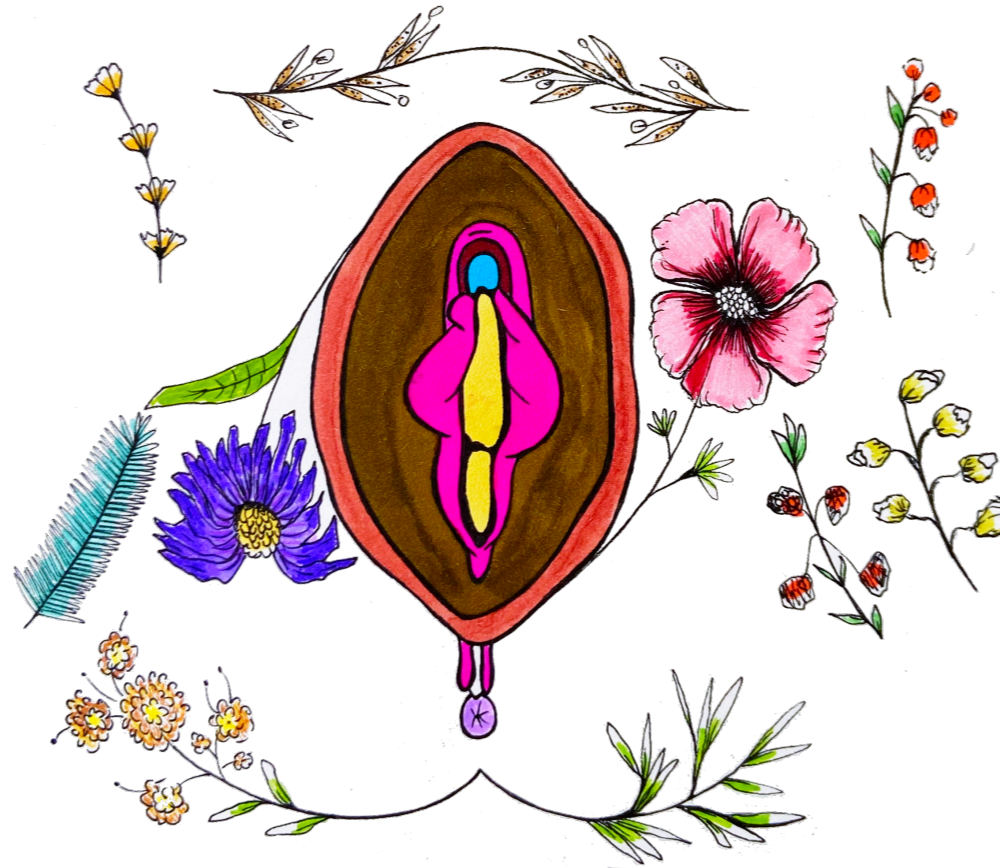
Es reconocida internacionalmente como una violación de los Derechos Humanos y de los Derechos de la Infancia, atentando explícitamente contra los derechos de las mujeres y las niñas. Es practicada con mayor frecuencia en mujeres y niñas menores de 18 años y en algún momento entre la lactancia y los 15 años.

Es una manifestación extrema de la desigualdad y la Violencia de Género, basada en una serie de convicciones y percepciones profundamente arraigadas a las estructuras sociales, económicas, culturales y políticas de algunas comunidades o grupos donde se practica. En algunas sociedades, por ejemplo, se considera un ritual iniciático a la edad adulta; en otras, es un requisito para el matrimonio.

Al no estar ligada a ninguna religión se debe enmarcar dentro del orden sociocultural y patriarcal como forma de control y dominio sobre el cuerpo y la sexualidad femenina. El hecho migratorio motiva que sea un elemento a tener en cuenta en la asistencia y el acompañamiento a mujeres que llegan a nuestro territorio procedentes de lugares con una alta incidencia de MGF y a sus hijas. El abordaje mediante guías de actuación y la formación del personal implicado en todos los ámbitos que comprenden la salud sexual y reproductiva es crucial para prevenir y paliar las consecuencias de la MGF.



ANEXO I



Tipología

La MGF implica la modificación o extirpación de la estructuras de los órganos sexuales externos de la mujer y la niña. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la divide en cuatro tipos que se describen a continuación:

- **Tipo 1 o Clitoridectomía:** resección parcial o total del glande del clítoris (la parte externa y visible del clítoris, que es la parte sensible de los genitales femeninos) y/o del prepucio/capuchón del clítoris (pliegue de piel que rodea el glande del clítoris).
- **Tipo 2 o Excisión:** resección parcial o total del glande del clítoris y los labios menores (pliegues internos de la vulva), con o sin escisión de los labios mayores (pliegues cutáneos externos de la vulva). Los tipos 1 y 2 suponen el 90% de los casos.

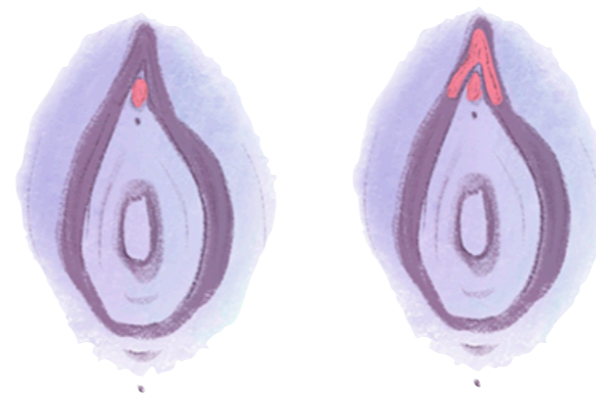
- **Tipo 3 o Infibulación:** estrechamiento de la abertura vaginal, que se sella procediendo a cortar y recolocar los labios menores o mayores, a veces cosiéndolos, con o sin resección del prepucio/capuchón del clítoris. La desinfibulación supone la apertura de la vagina de la mujer previamente sometida a infibulación.
- **Tipo 4:** Miscelánea donde se incluyen todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos con fines no médicos, tales como la punción, perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital

Clasificación:

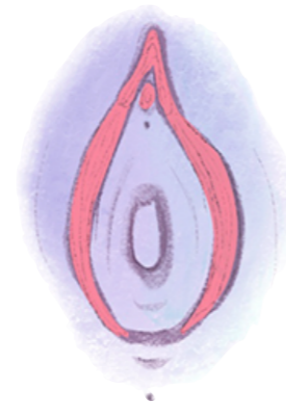
SIN MGF



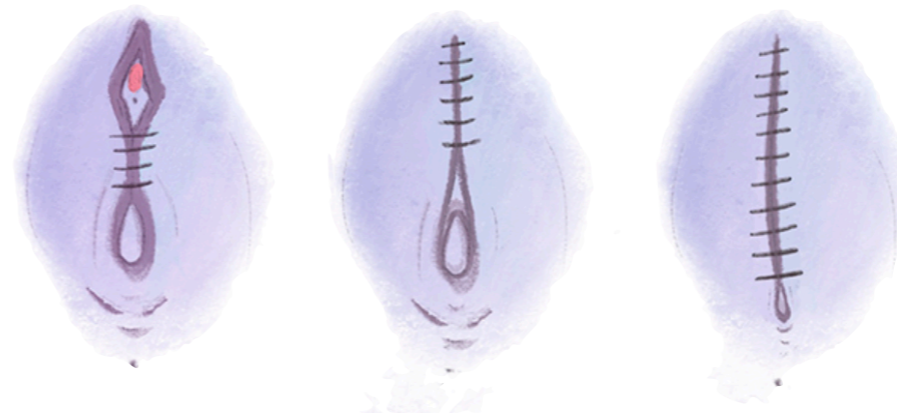
TIPO 1 - CLITORIDECTOMÍA



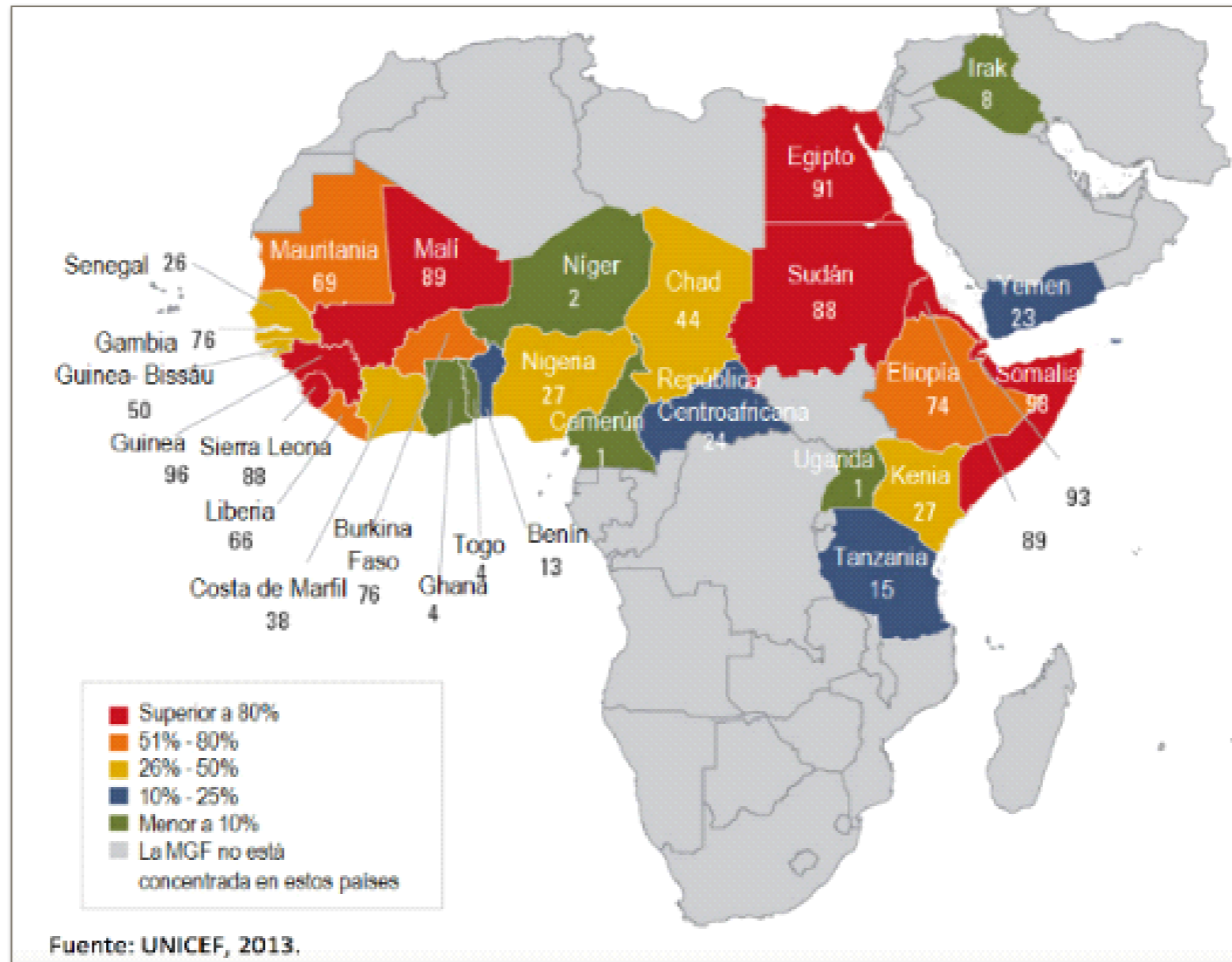
TIPO 2 - EXCISIÓN



TIPO 3 - INFIBULACIÓN



Fuente: Save a Girl save a generation. Disponible en: <https://www.savegirlssaveageneration.org/mutilacion-genital-femenina/>



Porcentaje de MGF, entre los 15 a 49 años, en niñas y mujeres por países. UNICEF 2013

PREVALENCIA

La prevalencia de la MGF varía entre los grupos étnicos presentes en los 30 países del África Subsahariana y en algunos de Oriente Medio y Asia, en donde se realiza ancestralmente en el contexto de los ritos de paso a la edad adulta y como elemento socializador de las niñas (UNICEF, 2016).

Los tipo I y II son los más frecuentes, representan alrededor de un 90%, y se producen más en la zona del Africa subsahariana

occidental. El tipo III supone alrededor de un 10% según la OMS y se produce más en la zona de Africa oriental.

Más de 200 millones de mujeres y niñas vivas actualmente han sido objeto de la MGF, según la información obtenida en 30 países donde hay datos de población al respecto.

Consecuencias para la salud de las mujeres



Como se ha señalado con anterioridad, la MGF es una grave vulneración de los derechos humanos. Comprende consecuencias físicas y psicológicas que afectan a la salud sexual y reproductiva de la mujer. La gravedad de la complicación depende, en gran medida, del tipo de mutilación que se haya practicado. Así, las mujeres sometidas a infibulación suelen tener más problemas de salud que las que han sobrevivido a los tipos 1 y 2.

De forma inmediata, la MGF produce a nivel físico: dolor intenso, dificultad para la micción, hemorragia con alto riesgo de shock hipovolémico además de posible infección de la herida por falta de asepsia durante el procedimiento.

A nivel general destacan las complicaciones fruto de las infecciones (locales, urinarias, tétanos, hepatitis y/o VIH) y la anemia severa en contextos de desnutrición.

En cuanto a los problemas ginecológicos, la MGF no solo puede dificultar o impedir el placer sexual genital y el orgasmo, sino que es común la dispareunia, la dismenorrea (hematocolpos) y las infecciones vaginales con tendencia a la cronicidad. Tras haber sufrido una infibulación es común la modificación de la uretra produciendo dificultad y el dolor al orinar, además de retención, de infección urinaria así como de incontinencia.

A nivel obstétrico, las mujeres supervivientes a la MGF tienen más probabilidades de tener un parto mediante cesárea.

Complicaciones a corto y medio plazo:

A corto plazo	A medio plazo
<i>Dolor intenso</i>	<i>Anemias severas</i>
<i>Hemorragias</i>	<i>Infección pélvica</i>
<i>Infecciones de la herida</i>	<i>Menstruaciones dolorosas</i>
<i>Infecciones urinarias</i>	<i>Cicatrices queloides</i>
<i>Septisemias</i>	
<i>Tétanos</i>	
<i>Riesgo de infección, VIH</i>	
<i>Lesiones de los órganos o estructuras anatómicas de la zona</i>	

ANEXO I

Complicaciones a largo plazo:

Psicológicas	Físicas	Sexuales	Obstétricas y del RN
<i>Terror, miedo (al rechazo, a las primeras relaciones sexuales, al parto...)</i>	<i>Infecciones genito-urinarias recurrentes</i>	<i>Disminución de la sensibilidad sexual.(placer,excitación, lubricación, orgasmo).</i>	<i>Aumenta la necesidad de cesárea</i>
<i>Humillación y vergüenza</i>	<i>Exposición y riesgo de sufrir VIH</i>	<i>Coito doloroso. Fobia al coito</i>	<i>Aumenta las incidencia de hemorragias postparto</i>
<i>Pesadillas</i>	<i>Hepatitis</i>	<i>Frigidez</i>	<i>Aumento del nº de episiotomías (sobre todo en las de tipo III)</i>
<i>Perdida autoestima</i>	<i>Tétano</i>	<i>Dispareunia</i>	<i>Mayor mortalidad materna</i>
<i>Depresiones</i>	<i>Dolores menstruales</i>	<i>Vaginismo</i>	<i>Aumenta el número de RN que requieren reanimación al nacimiento</i>
<i>Ansiedad crónica</i>	<i>Fistulas genito urinarias</i>	<i>Anorgasmia</i>	
<i>Fobias</i>	<i>Retención o incontinencia urinaria</i>		
<i>Ataques de pánico</i>			
<i>Alteraciones psicosomáticas e incluso psicóticas</i>			

Seguimiento de la mujer embarazada

¿Tienes problemas al orinar o para expulsar flujo menstrual? ¿Sueles tener infecciones de orina recurrentes? ¿Experimentas dolor o dificultad durante las relaciones sexuales?”

En el caso de que las respuestas sean afirmativas podemos informar de la relación que guardan con la MGF. También podemos realizar actividades de educación sexual donde se haga alusión a la función de las distintas partes de los genitales externos.

En el caso de que la mujer vaya a tener una hija o que vengan acompañadas de otras niñas de su familia, es una oportunidad para explicar que se trata de una práctica ilegal en España y las consecuencias que puede tener para la salud. Se trabajará conjuntamente con el área de medicina de familia, pediatría y trabajo social para que se aborde de forma integral siempre con respeto y confianza, explicando a la familia que caso de viajar con sus hijas a su país de origen, existe el documento “Compromiso de prevención de la MGF”, donde se comprometen a no realizar la mutilación a sus hijas, ya que en nuestro territorio es un hecho constitutivo de delito. El contacto con asociaciones y mediadoras de la comunidad para su abordaje suele resultar de gran ayuda.

Una vez hemos explicado la pertinencia de la exploración y habiendo obtenido el consentimiento de la usuaria, la matrona, medicina de familia o medicina obstétrico-ginecológica realizará la anamnesis habitual y valorará también los genitales externos con el fin de evaluar la anatomía de la mujer de cara al parto. Se recogerán datos sobre el tipo y la extensión de la MGF, la presencia de cicatrices rígidas, la elasticidad del tejido,... con el fin de perpetuar una relación terapéutica de calidad.

El seguimiento del embarazo es uno de los contextos sanitarios donde la mujer superviviente a la MGF suele enfrentarse al tema. La formación y la sensibilización del equipo de ginecología y obstetricia y de las matronas es crucial para que la usuaria sienta respeto, empatía y confianza. No es aconsejable hacer una detección preguntando en la primera consulta directamente, sino ir ganando la confianza y la seguridad de la mujer.

Normalizar las preguntas para que entiendan que valoramos su salud integral, y como parte de ella, la salud sexual y reproductiva.

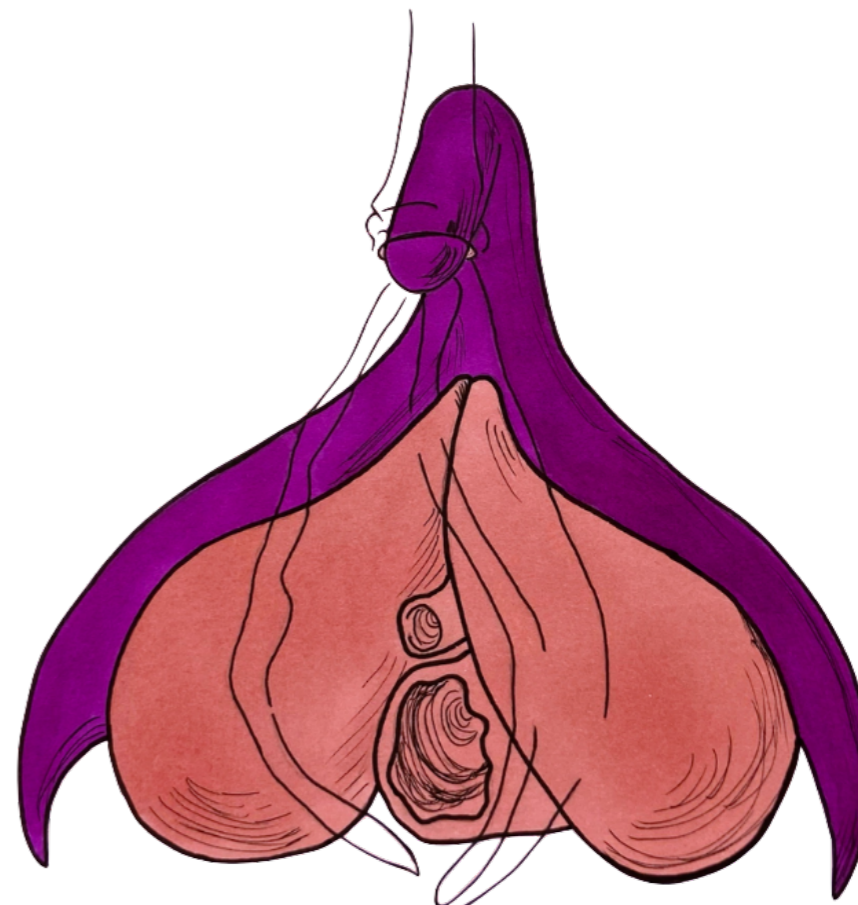
Cuando la mujer gestante proviene de uno de los países donde se realiza la MGF es importante reflejarlo en la historia desde la primera visita pero sólo tocaremos el tema cuando se haya establecido un contexto de confianza con la usuaria.

Es de vital importancia actuar con naturalidad durante la exploración evitando muestras de asombro o de victimización de la mujer para que no se sienta avergonzada ni humillada.

Cuando la usuaria presenta MGF tipo 3 o infibulación, se debe programar la desinfibulación entre la semana 20 y la 28 con anestesia local o epidural al disminuir notablemente los riesgos obstétricos.

Previamente se ha de explicar a la usuaria y a su pareja en qué consiste la técnica, las ventajas de realizarla (mejora la micción, la expulsión menstrual y de flujo vaginal, ...) y los problemas asociados a no hacerlo. También se informará de que no se realizará de nuevo la infibulación y de que esta práctica es ilegal en España.

Por desinfibulación se designa la técnica consistente en practicar un corte para abrir la abertura vaginal sellada de una mujer previamente sometida a infibulación, lo que suele ser necesario para mejorar su estado de salud y bienestar y para hacer posible el coito o facilitar el parto



Asistencia al parto

- Se ha de proceder a los cuidados y el acompañamiento habitual del parto en mujeres con MGF tipo I y II, teniendo en cuenta que la mujer puede revivir el trauma de la mutilación durante el expulsivo. Se debe valorar la elasticidad del periné y la presencia de cicatrices por si es necesaria la realización de una episiotomía, que **no se practicará de forma sistemática**.
- En los casos de MGF tipo III, donde se ha realizado en el embarazo desinfibulación, se llevará a cabo una conducción del parto habitual, si la gestación lo requiere, atendiendo especialmente a las necesidades de analgesia de la mujer, limitando los tactos vaginales a los mínimos indispensables y valorando la elasticidad del periné para practicar una episiotomía mediolateral, sólo cuando sea necesaria.
- En el caso de MGF tipo III en las que no se haya realizado desinfibulación durante el embarazo, se practicará bajo anestesia al inicio de la segunda fase del parto.

Seguimiento del puerperio

En el puerperio se llevará a cabo los controles habituales en el hospital y, en el marco de Atención Primaria se continuará con el seguimiento habitual. En la HCE Drago AE/SAP se debe reflejar las lesiones y los cuidados recomendados con el fin de que se haga correctamente el seguimiento durante el puerperio.

Cuando se trata de una mujer a la que se ha realizado una desinfibulación, debemos resaltar los aspectos positivos con los que se encontrará tras la intervención, y le daremos el apoyo necesario para que pueda afrontar esta nueva situación.

Se explicará la realización de ejercicios de suelo pélvico y corsé estabilizador, en caso necesario, cuando se puedan comenzar a realizar y se asesorará sobre aspectos relacionados con el inicio de las relaciones sexuales y la anticoncepción.

Se recomendará no mantener relaciones con penetración vaginal hasta que no hayan cicatrizado las posibles heridas y se haya valorado la funcionalidad pélvica. Una vez que la mujer desee comenzar prácticas sexuales con penetración es importante que, si lo precisa, use lubricantes de base acuosa y que informe a su matrona en el caso de que experimente dolor durante el coito.



Si el neonato es niña o si hay alguna otra menor en el entorno de la familia, nos aseguraremos de que la madre y/o el padre reciban la información adecuada sobre las consecuencias para la salud de la MGF y se hará hincapié en el hecho de que se trata de una práctica ilegal sin intimidarles. Una comunicación fluida con el **equipo de pediatría, medicina de familia y trabajo social** del centro es crucial para poder trabajar cada caso desde distintos ámbitos.

Pondremos en valor los aspectos positivos de su cultura (lactancia natural prolongada, fuerte apego entre madre e hijo/a, la figura de la familia extensa, ...).

Se adjunta (anexo II) el **Modelo de Compromiso de Prevención de la Mutilación Genital Femenina** (extraído del documento Recomendaciones para la asistencia sanitaria al menor de 15 años migrante africano asintomático del SCS).

ANEXO 7. Mutilación Genital Femenina.

(Fuente: Protocolo común para la actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.

MODELO DE COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Desde el Centro de Salud Se certifica que, hasta este momento, en los exámenes de salud realizados a la niña cuyos datos se consignan a continuación, no se ha detectado alteración en la integridad de sus genitales.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO de la niña	PAÍS AL QUE VIAJA

Por ello se informa a los familiares/ responsables de la niña sobre las siguientes circunstancias:

- Los riesgos socio- sanitarios y psicológicos que presenta la mutilación genital, y el reconocimiento a nivel internacional que tiene esta práctica como violación de los Derechos Humanos de las niñas.
- El marco legal de la mutilación genital femenina en España, donde esta intervención es considerada un delito de lesiones en el Artículo 149.2 del Código Penal, aunque haya sido realizada fuera del territorio nacional (por ejemplo en Gambia, Malí, Senegal, etc.), en los términos previstos en la Ley Orgánica del Poder Judicial, modificada por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo.
- La práctica de la mutilación genital se castiga con pena de prisión de 6 a 12 años para los padres, tutores o guardadores; y con pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento de 4 a 10 años (es decir, los padres no podrían ejercer la patria potestad ni tener consigo a su hija, por lo que la entidad pública de protección de menores correspondiente podría asumir su tutela, pudiendo la niña ser acogida por una familia o ingresar en un centro de Protección de Menores).
- El compromiso de que, al regreso del viaje, la niña acuda a consulta pediátrica/médica de su Centro de Salud para la realización de un examen de salud en el marco del Programa de Salud Infantil.

Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/54305dco-fbff-11eb-9517-4b6cb7acb6e6/AtencionSanitariaMenorMigrante.pdf>

Aspectos legales:

Parte de lesiones

En las mujeres y menores migrantes, recién llegadas que ya han sufrido MGF no procede emitir parte de lesiones por este motivo*

** Según el protocolo común de MGF del Sistema Nacional de Salud: “el delito de mutilación genital femenina es perseguible en España, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, aunque se haya practicado fuera del territorio nacional, siempre que el procedimiento se dirija contra una persona española, el procedimiento se dirija contra una persona extranjera que resida habitualmente en España o, el delito se hubiera cometido contra una víctima que, en el momento de comisión de los hechos, tuviera nacionalidad española o residencia habitual en España, siempre que la persona a la que se impute la comisión del hecho delictivo se encuentre en España”.*

En menores de edad que presenten MGF a su llegada, tanto si llegan solas como acompañadas, no procede emitir el parte de lesiones. Si se debe comunicar a la Dirección General de la Infancia y la Familia mediante el oficio de notificación, en este caso, debe ser comunicado a medicina de familia, pediatría y trabajo social. Además debe quedar registro en la historia clínica electrónica de este hecho (conviene recoger claramente el tipo de mutilación, país, etnia, si es posible la edad en la que ocurrió, datos de la madre/padre o familiar que le acompaña en su caso) y hacerlo constar en todos los documentos que se emitan, para conocimiento de todos los profesionales sanitarios e instituciones que puedan asistirles en el futuro.

Esquema de actuación

En la mujer gestante y puérpera en procesos migratorios.



Esquema de actuación I

“Primer contacto con la gestante migrante”

Derivación inicial al hospital de referencia de cada isla, preferiblemente a las Urgencias de Ginecología y Obstetricia del área correspondiente, donde se le realizará, además del cribado de covid-19, una valoración gineco-obstétrica inicial y donde se tomarán las medidas terapéuticas oportunas.

Antecedentes personales:

- **Alergias conocidas.**
- **Enfermedades** previas, cirugías.
- **Tratamientos** recibidos y medicación actual (incluir medicinas tradicionales)
- **Antecedentes de riesgo** para la salud: riesgo de enfermedades de transmisión sexual, transfusiones de sangre, inyecciones intramusculares.
- **Vacunaciones.**

Antecedentes gineco-obstétricos:

- **Antecedentes ginecológicos de interés:** métodos anticonceptivos? ¿Cirugías ginecológicas?
- **Gestaciones previas** y vía del parto. ¿Gestación a término? ¿Recién nacidos sanos? ¿Puerperio fisiológico?
- ¿Te has sentido incómoda o forzada a tener relaciones sexuales porque no te apetecía tenerlas?
- **Fecha última regla** -> Calcular Fecha Prevista de Parto y Edad Gestacional en el momento actual.

Historia actual:

- **Datos demográficos: país de origen y región.** Contexto cultural y religioso.
- **Hábitos patológicos:** consumo alcohol, tabaco, otras drogas, prácticas sexuales de riesgo.
- **Salud mental :** trastornos ansiosos y depresivos, enfermedades mentales, discapacidad física, psíquica o sensorial. Cuestionario preguntas WHOLEY, Durante el último mes.

Exploración física inicial:

- Talla, peso, índice de masa corporal (IMC).
- Toma de constantes.
- Examen piel y mucosas, (edemas, deshidratación, valoración nutricional...).
- Palpación tiroidea
- Adenopatías región cervical, axilas e ingles.
- Exploración cardio-respiratoria.
- Palpación abdominal.
- Exploración neurológica.
- Exploración aparato locomotor.
- Bucodental
- Exploración genitales

Pruebas de bienestar materno-fetal (si lo requiere):

- Completar control de bienestar materno-fetal y/o neonatal de forma adecuada.
- Datación de la edad gestacional, ecografía morfológica, RCTG si EG lo requiere, etc.)

Exploración gineco-obstétrica:

- Ausencia de sangrado por vía vaginal, descartar posible MGF (ver anexo I) y detectar posibles anomalías del aparato genital.
- Valorar la inexistencia de signos de infección. Tacto bimanual si procede.
- Si **MGF tipo 3 o infibulación**, programar la desinfibulación entre la semana 20 y la 28 con anestesia local o epidural.

Esquema de actuación II

“Pruebas complementarias”

Analítica preferente o urgente:

- **Glucemia basal** a todas las gestantes, independientemente de los factores de riesgo.
- **Hemograma, grupo y Rh**, anticuerpos irregulares (coombs indirecto) y ferritina.
- **Bioquímica básica** (glucemia, urea, creatinina, ALT, AST, GGT, colesterol total, Fosfatasa alcalina) TSH.
- **Urinocultivo/ Urianálisis.**

Otras pruebas de interés:

- **Exudado vaginal y endocervical.**
- **Si EG 35-37 semanas: Cultivo vagino-rectal** para la detección de **SGB.**
- **Citología.**
- **O´Sullivan** si gestación entre 24-28 semanas.
- **Cribaje de infecciones de transmisión sexual (ITS)** (muestra vaginal):
 - Chlamydia trachomatis.
 - Neisseria gonorrhoeae.
- **Parásitos en heces**, recomendable tres muestras en días distintos (intentar que sean al menos dos).
- **Despistaje de TBC.**

Serologías de enfermedades infecciosas con consentimiento previo:

- Sífilis, Rubéola, VIH, Hepatitis B (AgHBs, Ac antiHBs, Ac anticore), Hepatitis C.
- **Solicitar Chagas en mujeres de riesgo*** (endémica de zonas continentales del norte, centro y sur de América)
- **Virus Zika:** Síndrome del Zika Congénito a las gestantes de riesgo:
 - A. Toda mujer que haya viajado a zonas endémicas durante el embarazo o en las 8 semanas previas tanto si ha presentado síntomas de infección (durante el viaje o en los 15 días posteriores a su retorno) como si no ha presentado.
 - B. Toda mujer que haya mantenido relaciones sexuales sin protección (sexo vaginal, anal u oral) durante el embarazo o en las 8 semanas previas, con un hombre o mujer que haya regresado de zonas endémicas.

Debido a la posibilidad de infecciones concomitantes y de reacciones serológicas cruzadas, en el mismo suero se deberá **solicitar la serología de Dengue o Dengue y Chikungunya), Malaria.**

Esquema de actuación III

“Control y seguimiento de la gestación por la matrona”

Una vez que las usuarias toman contacto con Atención Primaria, debemos integrar los datos recopilados con anterioridad en la Historia Clínica Electrónica de Drago AP dentro del **Programa de Atención a la Salud Afectivo-sexual y Reproductiva del Servicio Canario de la Salud**, concretamente de la Atención al Embarazo.

RECOMENDACIONES GENERALES DE SEGUIMIENTO DE LA GESTACIÓN

Valorar y cumplimentar los antecedentes personales en la H^a Clínica Electrónica (alergias, enfermedades y cirugías previas, tratamientos, vacunación,...)

Valorar y cumplimentar los antecedentes gineco-obstétricos en la H^a Clínica Electrónica (Fórmula obstétrica, FUR,...).

Valorar y completar la historia actual. (País de origen, etnia y religión, hábitos, estado emocional,...).

Recomendación de tratamiento durante la gestación (ácido fólico, yodo, feroterapia,...) y solicitud de pruebas en función de cada caso.

Es importante preguntar algunos datos emocionales de la gestación actual: **“¿Cómo se encuentra en este embarazo?”**

“¿Quería este embarazo?” “¿Ha sido forzada o agredida para tener este bebé?”

Si existe deseo de continuar con gestación actual, se continuará con el seguimiento según protocolo.

Si la gestante desea interrupción de la gestación actual, se deben tener en cuenta los supuestos según la **Ley Orgánica 2/2010**.

Es recomendable explicar el contexto de seguridad y legalidad de la práctica del aborto en España para que la usuaria tome una decisión informada.

Esquema de actuación IV

“Atención en el puerperio I”

Clasificación: puerperio inmediato (primeras 24 horas); puerperio precoz (desde las 24 horas hasta la primera semana posparto) y puerperio tardío (desde la 2ª hasta la 6ª-8ª semana posparto).

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL PUERPERIO

Involución uterina: palpación a nivel del ombligo (puerperio inmediato), entre ombligo y sínfisis (puerperio precoz) y no palpable a nivel abdominal (puerperio tardío).

Dolor en el hipogastrio: entuertos, más frecuentes en multíparas que lactan.

Loquios: secreción uterina de duración variable y con cambio de color en su evolución: rojos, rosados y blancos

Sistema urinario: aumento de diuresis los primeros días e incontinencia inicial hasta tres meses, de forma transitoria.

Cambios hematológicos: se revierten a las 6-12 semanas posparto en las existe riesgo de enfermedad trombótica.

Aparato digestivo: frecuente aparición de estreñimiento por disminución de la motilidad y dolor perineal por hemorroides y/o episiotomía.

Edemas: los más frecuentes son de aparición fisiológica en MMII (desaparecen a las 2-3 semanas posparto) y menos comunes los asociados a patología (TVP y preeclampsia).

Esquema de actuación V

“Atención en el puerperio II”

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN:

- Antecedentes personales, resultados analíticos (grupo y Rh materno y fetal, serología y cribado SGB).
- Antecedentes ginecoobstétricos: fórmula obstétrica, cirugías previas y otros datos relevantes relacionados.
- Cuidados y atención específica en el puerperio relacionados con las episiotomías/desgarros perineales: recomendar la higiene 2-3 veces al día, aplicación de frío y/o analgésicos si procede e identificar posibles complicaciones valorando la presencia de infección, deshidratación, hematomas, prolapsos, fístulas y/o hemorroides; derivando si es preciso.

SIGNOS DE ALARMA:

Loquios malolientes, metrorragia, fiebre, empeoramiento del dolor o inicio agudo (periné, toraco-abdominal o cefaleas), disuria, problemas relacionados con la lactancia, sintomatología de hipertensión abdominal o alteración del estado de ánimo que afecte al binomio madre-hijo.

LACTANCIA MATERNA:

La información y el apoyo profesional y social es fundamental para su continuidad, así como la valoración de la contraindicación en los siguientes casos: infección por VIH, galactosemia clásica y virus linfotrópico de las células T humanas (HTLV I y II).

ANTICONCEPCIÓN:

Informar de manera completa, adaptada e individualizada y adecuar el método según la elección de la mujer; teniendo en cuenta su contexto sociocultural y el tipo de lactancia, enfocándonos en la planificación familiar y en la prevención de las ITS.

Esquema de actuación VI

“Detección de la Mutilación Genital Femenina”

Estas preguntas se deben realizar en un contexto de tranquilidad, dejando claro que nuestra prioridad es ofrecerle la mejor atención de forma individualizada. Debemos contemplar la manera de formular las preguntas observando su comportamiento y la historia actual. En el caso que la mujer acuda sola, es recomendable solicitar la presencia de Trabajo Social.

Ante la confirmación o sospecha, remitimos al **ANEXO I de MGF de este documento**.

Repercusiones en la salud

“¿Tienes problemas al orinar o para expulsar flujo menstrual?” “¿Sueles tener infecciones de orina recurrentes?” “¿Experimentas dolor o dificultad para mantener relaciones sexuales?”

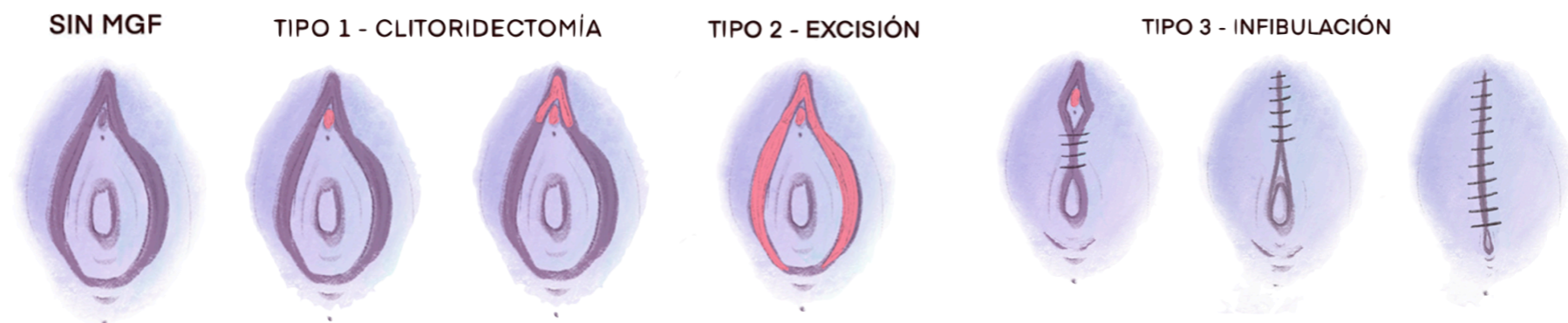
Repercusiones en la relación afectiva

“¿Has venido acompañada por tu pareja?” En caso afirmativo seguir preguntando... “¿qué tal son las relaciones con él?” “¿Te sientes segura?” “¿Acepta él este embarazo?”

Repercusiones en la relación con el entorno

En relación a su vida diaria en nuestro entorno... “¿Le han pedido o la han forzado a hacer algo que usted no quiere?” “¿Cómo van las cosas?” En caso afirmativo, consultar con **Trabajo Social**.

Clasificación de la MGF



Referencias bibliográficas

Ali, P. A., O’Cathain, A., & Croot, E. (2017). Not managing expectations: a grounded theory of intimate partner violence from the perspective of Pakistani People. *Journal of Interpersonal Violence*.

Alto representante de la Unión para Asuntos Exteriores y Política de Seguridad. (2020). COMUNICACIÓN CONJUNTA AL PARLAMENTO EUROPEO Y AL CONSEJO. Bruselas.

Aronson, L. (2017). Immigrant Muslim Couples and Domestic Violence. *Psychology Today*. Obtenido de . <https://www.psychologytoday.com/intl/experts/lisaaronson-fontes-phd>

Aronson, L., & McCloskey, K. (2011). Cultural issues in violence against women. En *Sourcebook on violence*. J. Edelson, C.M. Renzetti y Bergen.

Berg, R., & Underland, V. (2013). The Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obstetrics and Gynecology International*.

Consejo Noruego para los Refugiados. (2018). Centro para el Monitoreo del Desplazamiento Interno (NRC/IDMC).

Defensor del pueblo. (2021). *La migración en Canarias*. Madrid.

Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU. (2019).

Esteban Sanchez, A. (2017). *TRATA DE PERSONAS: ANÁLISIS DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS*. XII Máster Universitario en Protección Internacional de los Derechos Humanos Universidad de Alcalá.

Gimeno, B. (2012). *La prostitución*. Barcelona: Bellaterra.

Herrera, S. (2013). *ATRAPADAS EN EL LIMBO MUJERES, MIGRACIONES Y VIOLENCIA SEXUAL*. Barcelona: Cristianisme i Justícia,. 50

Instituto de las Mujeres. Ministerio de Igualdad. (2020). Areas temáticas: mujeres migrantes . Obtenido de <https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/multiDiscriminacion/mujeresMigrantes/home.htm>

Instituto Nacional de Estadística. (2020). Población extranjera por nacionalidad. .

Nawal M Nour. (2020). Female genital cutting (circumcision). Obtenido de Uptodate: <https://www.uptodate.com/contents/female-genital-cutting-circumcision>

Organisation for Economic Co-Operation and Development. (2021). Obtenido de <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=MIG>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2019). *Scaling fences. Voices of irregular African migrants to Europe*.

Público. (09 de Abril de 2021). Médicos del Mundo denuncia el "fracaso" de los macrocampamentos para migrantes en Canarias.

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

Referencias bibliográficas

Ruiz, O. (2004). Violencia sexual: el caso de las migrantes centroamericanas en la frontera sur. México DF: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). (2019). Mutilación genital femenina.

International Organization for Migration. (2015). POLÍTICA DE LA OIM SOBRE LA IGUALDAD DE GÉNERO 2015-2019. CONSEJO CENTÉSIMA SEXTA REUNION.

Magallón, C. (2006). Mujeres en pie de paz: pensamientos y prácticas. Siglo XXI, 38.

Médicos del Mundo. (09 de Abril de 2021). "LAS RAÍCES", EJEMPLO DEL FRACASO DE LOS MACRO CAMPAMENTOS PARA MIGRANTES. Obtenido de <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/noticias/las-raices-ejemplo-del-fracaso-de-los-macro-campamentos-para>

Médicos sin Fronteras. (2010). Violencia Sexual y Migración. La realidad oculta de las mujeres subsaharianas atrapadas en Marruecos de camino a Europa. Madrid.

Ministerio de Igualdad. (2020). Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019. Madrid: Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género.

Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. (2020). El Ministerio de Inclusión alcanzará las 7.000 plazas propias de acogida en siete nuevos espacios en Canarias.

Obtenido de <https://revista.seg-social.es/2020/11/20/el-ministerio-de-inclusion-alcanzara-las-7-000-plazas-propias-de-acogida-en-siete-nuevos-espacios-en-canarias/>

Nawal M Nour. (2020). Female genital cutting (circumcision). Obtenido de Uptodate: <https://www.uptodate.com/contents/female-genital-cutting-circumcision>

Organisation for Economic Co-Operation and Development. (2021). Obtenido de <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=MIG>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2019). Scaling fences. Voices of irregular African migrants to Europe.

Público. (09 de Abril de 2021). Médicos del Mundo denuncia el "fracaso" de los macrocampamentos para migrantes en Canarias. Público.

Ruiz, O. (2004). Violencia sexual: el caso de las migrantes centroamericanas en la frontera sur. México DF: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). (2019). Mutilación genital femenina.

United Nations Population Fund (UNFPA). (2015). Demographic Perspectives on Females Genital Mutilation. UNFPA.

Villacrés, J., Valarezo, M., & Calvo, J. (2016). Conocimientos, actitudes y prácticas de la población de la provincia de Bolívar con relación a salud sexual y reproductiva y violencia intrafamiliar y de género. Barcelona: Medicus Mundi Catalunya.

Whooley, M., Avins, A., M. J., & Browner, W. (1997). Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med.

Equipo de trabajo:

Responsables institucionales:

Elizabeth Hernández González

Maria del Mar Julios Reyes

Víctor Naranjo Sintés

Coordinación autonómica:

Aythamy Glez Darias

Equipo de trabajo:

Artemi Dámaso Manzanares

Aythamy González Darias

Beatriz Rodríguez Villegas

Carmen Gloria Ramos Martín

M^a Dolores Amador Demetrio

Lila Damas Plasencia

Revisiones y aportaciones al documento:

Amanda Álvarez Campos

Ana Bella Álvarez Medina

Ayoze Gil Santiago

Cassandra del Pilar González Hernández

Clara Girones Bredy

Elena Cortés Cros

Estefanía Lorenzo López

Juan José Díaz Díaz

Judith Ortiz Paneque

Lucía Almeida Valverde

María Janet Pérez Piñero

Rosa Del Valle Álvarez

Sara Caamiña Alvarez

Asociaciones que han colaborado en la elaboración del documento:

Médicos del Mundo Canarias

Asociación Intercultural de Mujeres Mauritanas

Dimbe Asociación Mujeres Africanas de Canarias (AMAC).

Ilustraciones:

Amanda Álvarez Campos

Maquetación:

Aythamy González Darias

Edición: Diciembre de 2021

ISBN: 978-84-16878-29-1