Mutilación Genital Femenina

abordaje y prevención

medicusmundi
andalucía

Mutilación Genital Femenina

abordaje y prevención

medicusmundi
andalucía

JUNTA DE ANDALUCIA
Consejería de la Presidencia

Asociación Andaluza de Matronas

cicode
Centro de Iniciativas de Cooperación al Desarrollo
UNIVERSIDAD DE GRANADA

Promueve y coordina:
medicus mundi andalucía
C/José Tamayo (antigua Ctra Huétor Vega) 12, Edf Puerto Lápice, Local.
18008 Granada

Autores:
Caño Aguilar, África
Martínez García, Encarnación
Oliver Reche, María Isabel
Torrecilla Rojas, Luis
Fernández Caballero, Antonio
Ochoa Rodríguez, Mª Dolores
Sánchez Robles, Carmen
Velasco Juez, Casilda

Diseño y maquetación:
Portair

Edita:
Grupo Editorial Universitario

Imprime:
Etiquetas Alhambra, S.L.

ISBN:
978-84-89908-70-3

Depósito legal:
GR117-2009

Queda permitida la distribución y reproducción libre de extractos de esta publicación siempre que se haga debida mención de la fuente.
Se puede descargar gratuitamente este libro, en formato PDF, en www.luchamgf.org y en www.medicusmundi.es/andalucia.
Para citar este libro o alguna de sus partes: Medicus mundi andalucía. Mutilación genital femenina: abordaje y prevención. MEDICUS MUNDI ANDALUCÍA. Granada. 2008.

Índice

Presentación: El papel de los profesionales ante la mutilación genital femenina. 9

Abordaje 11

Estrategias 13

Recomendaciones para la práctica asistencial 16

Atención durante el embarazo 16

Exploración obstétrica y evaluación de la MGF 18

Tratamiento de las secuelas de la MGF 20

Complicaciones obstétricas y postparto 21

Tratamiento quirúrgico de las secuelas 22

Cuidados tras el parto 26

Atención ginecológica y Planificación familiar 28

Prevención 32

Estrategia a seguir ante una niña nacida en nuestro centro con factores de riesgo 32

Estrategia en caso de sospecha elevada de que a una niña se le va a realizar una mutilación 34

Indicios que deben hacernos sospechar que se ha realizado una MGF 35

Referencias bibliográficas 38

Datos de interés 41

Presentación: El papel de los profesionales ante la mutilación genital femenina.

Debido a que el tema de la mutilación genital femenina (MGF) ha tenido últimamente amplia difusión en los medios de comunicación, cada vez más personas conocen la existencia de dicha práctica. Pero la mayoría, probablemente, la consideran como algo lejano e improbable en nuestro país.

Sin embargo, en los últimos años, se ha producido en nuestro país un aumento progresivo de mujeres procedentes de países y/o etnias en los cuales se realiza la mutilación genital femenina. Esto puede dar lugar a que profesionales con escasos conocimientos sobre dicha práctica puedan encontrarse, en algún momento de su vida laboral, enfrentados a esta temática.

Estudios realizados en algunos de los países desarrollados a los que estas mujeres llevan años emigrando, revelan que los conocimientos que poseen los profesionales sanitarios sobre el tema son, generalmente, insuficientes (1-5). Asimismo, las expectativas de las mujeres mutiladas que acuden a los servicios de salud de los países de adopción, suelen quedar insatisfechas (1, 4-7).

Además, debido al fuerte sentimiento de respeto a las tradiciones y de pertenencia a la comunidad que muchas de estas mujeres poseen, sus hijas pueden encontrarse en grave riesgo de padecer una MGF. Sin embargo, en un número importante de casos los profesionales ignoran esta posibilidad, así como los mecanismos y las leyes existentes en nuestro país para detectar y prevenir este posible riesgo.

Aunque la detección de una mujer con una MGF, o de una niña en riesgo de sufrirla, es habitualmente realizada en un centro sanitario, el tratamiento de esta problemática debe plantearse desde un punto de vista interdisplicinar. La colaboración entre los profesionales sanitarios (matronas, ginecólogo/as, pediatras, médicos de familia) y con otras disciplinas (trabajadores sociales, mediadores interculturales,

educadores, legisladores, servicios sociales de atención a menores y a la mujer, policía, asociaciones civiles) es fundamental para la comunicación, asesoramiento, apoyo y seguimiento de las familias y comunidades afectadas, así como para la detección y prevención de esta práctica.

Teniendo en cuenta estos datos, la larga experiencia de otros países y el excelente trabajo que está siendo realizado en Cataluña (8, 9), creemos que la existencia de una guía en Andalucía, que oriente a los profesionales sobre la conducta a seguir en estos casos, podría ser de mucha utilidad.

Con esta aportación no pretendemos sino rellenar parte de la laguna que, en nuestra opinión, existe en Andalucía, y en el resto de España, sobre el tema. La elaboración de un mapa de riesgo en la comunidad andaluza, la formación específica de los distintos profesionales que pueden verse implicados en el tema, incidiendo especialmente en las áreas de mayor riesgo, y la existencia de unas directrices claras sobre la conducta a seguir cada vez que se detecte a una niña en riesgo, serían, en nuestra opinión, fundamentales para erradicar, al menos entre las personas residentes en nuestro país, una práctica que perjudica de una manera tan grave e irreversible a tantos millones de mujeres.

Abordaje

Dificultades (8)

Comunicación y comprensión:

Idioma

- **Concepción diferente de salud/enfermedad.**
- **Realidades sanitarias y socioculturales distintas.**

Actitud de los profesionales

- **Consideran que la MGF no es un tema importante o frecuente.**
- **Temas privados, difíciles de abordar.**
- **Aparición de sentimientos incómodos que invitan a evitar el tema e ignorar el hecho de la MGF.**
- **Rechazo a reconocer la pluralidad y diversidad cultural (estigmatización del extranjero; estereotipos …).**
- **Asumir que prácticas como la MGF son parte de una diversidad cultural en la que el profesional no debe inmiscuirse.**

Dificultades de las mujeres afectadas

- **Desconocimiento de su propio cuerpo o de los términos médicos utilizados para describirlo.**
- **Desconoce si tiene o no realizada una MGF.**
- **No comprende porqué le damos importancia al aspecto de sus genitales, ni porqué medicalizamos algo que es normal para ella.**
- **Para la mujer puede ser difícil hablar abiertamente de un tema que puede considerar tabú o que considera íntimo y privado.**

La ausencia de una lengua común entre el profesional sanitario y la mujer a la que atiende, es uno de los obstáculos de comunicación más frecuentes entre ambos (8). La utilización de intérpretes es necesaria en muchos casos y, con frecuencia, estos intérpretes proceden de la misma comunidad a la que pertenece la mujer. Esto puede hacer que la mujer no desee hablar de temas que considera privados y pertenecientes a su intimidad ante ellos, por miedo a que sean difundidos en la comunidad (10).

El profesional sanitario puede considerar la MGF como algo infrecuente y poco importante y, por lo tanto, no tenerla en consideración durante su práctica clínica (5). El desconocimiento o rechazo del tema y/o de las circunstancias socio-culturales que lo rodean, puede hacer que surjan sentimientos de confusión, sorpresa y horror cuando se encuentra por primera vez ante una mutilación genital femenina. Estos sentimientos son captados por las mujeres que se sienten humilladas y avergonzadas por ello (1,10,11). Por otra parte, la falta de tiempo y de espacios que garanticen la confidencialidad adecuada (1), la asunción de que esta práctica es parte de una diversidad cultural en la que no debe inmiscuirse, la ausencia de guías o protocolos que indiquen al profesional la conducta a seguir y el desconocimiento de la legislación existente con respecto a la MGF, pueden llevarle a ignorarlo o evitar hablar de ello con la mujer (2,12).

Para las mujeres puede ser difícil comprender porqué le damos tanta importancia al aspecto de sus genitales. Si en su etnia todas las mujeres han sido mutiladas, es posible que nunca hayan tenido la oportunidad de ver unos genitales normales.

En otros casos, según encuestas realizadas a estas mujeres en algunos países desarrollados, la relación que mantienen con los sanitarios durante sus visitas no les resulta satisfactoria. Les gustaría poder disponer de más tiempo para discutir los posibles problemas que su mutilación les puede ocasionar durante un embarazo y un parto, y sentir más empatía por parte de los profesionales (1).

Algunas mujeres prefieren que la persona que las atienda sea otra mujer pues, debido a sus tradiciones, les resulta muy vergonzoso e incómodo hablar con un hombre de aspectos relacionados con su sexualidad. Pero en general, la mayoría acepta ser atendida por un hombre (13). Hay mujeres que no desean hablar del tema, mientras que, para otras, el lugar y el tiempo que se dedica al mismo no son apropiados.

Por otra parte, no comprenden, y les resulta ofensivo, la costumbre occidental –más frecuente en los hospitales universitarios- de mostrar sus genitales mutilados al resto del personal sanitario y a los estudiantes (1).

Estrategias

- **Intérpretes adecuados/mediadores culturales.**
- **Escucha activa.**
- **Respeto por la persona y sus vivencias.**
- **Animar a la expresión.**
- **Respetar una rigurosa confidencialidad.**
- **Proporcionar información comprensible.**
- **Mantener una actitud abierta.**
- **Informar y educar.**
- **Implementar estrategias de motivación.**
- **Proporcionar ayuda emocional.**

Siempre que sea posible, se recomienda utilizar un intérprete ajeno a la comunidad para hablar de estos temas con la mujer y/o mediadores culturales con conocimientos de sus circunstancias socio-culturales. En todo caso, se debe evitar siempre utilizar a menores de edad o a varones de su comunidad como intérpretes (13). Si existe en la zona alguna asociación de inmigrantes que esté implicada en la lucha contra la mutilación genital femenina, su asesoramiento puede sernos de mucha utilidad.

Para plantear el tema es importante haber creado previamente un clima de respeto y confidencialidad. El hacerlo en la primera entrevista o de forma brusca puede ser muy negativo. La mujer puede sentirse rechazada o amenazada y, además, difundir estos sentimientos entre la comunidad a la que pertenece.

Hablar del tema puede provocarle a la mujer sentimientos de confusión. Para crear un clima de confianza podemos comenzar hablando de otras costumbres tradicionales, algunas buenas como la lactancia prolongada o el contacto físico continuado con el bebé, y otras perjudiciales y que han sido abandonadas, como el vendaje de los pies en China. Se recomienda no utilizar el término "mutilación" para hablar con ellas, sino otros como "corte", "escisión" o "circuncisión" que resultan menos agresivos.

Una vez planteado, debemos permitir que la mujer se exprese manteniendo una escucha activa. El tema de la mutilación con frecuencia es tabú entre algunas etnias, y es muy posible que la mujer nunca haya tenido la oportunidad de hablar de este asunto con otra persona. Su planteamiento puede hacerles revivir la experiencia y/o hacer que afloren sentimientos de confusión que precisen ayuda emocional.

recomenda-ciones para la práctica asistencial

Recomendaciones para la práctica asistencial

Por lo general, el primer contacto entre las mujeres que han sufrido una MGF con el sistema sanitario se produce durante el embarazo. Pero también pueden acudir a la consulta por secuelas de la MGF como infecciones urinarias de repetición, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad y otras. Para poder identificar la existencia de una MGF, los profesionales sanitarios, esencialmente matronas y obstetras, deberían conocer la existencia de esta práctica y sus consecuencias para la salud; la mejor manera de abordar el tema y, además, estar capacitados para poder informar y orientar a las mujeres en caso de que precisen cuidados y tratamientos específicos.

Lo más idóneo para abordar la cuestión de la MGF es aprovechar las diferentes consultas, tanto durante el embarazo como las efectuadas en planificación familiar o ginecológicas.

No es conveniente hablar del tema en la primera consulta, sino esperar a que se haya creado una relación de confianza para orientar la historia clínica hacia la MGF así como sus complicaciones y secuelas. Se debe elegir cuidadosamente la terminología, evitando connotaciones que culpabilicen o que denoten rechazo.

En este punto, nos parece conveniente insistir en la necesidad de establecer una relación clínica basada en el respeto a la persona y que asegure a la mujer confidencialidad y la intimidad.

Atención durante el embarazo

El control de la gestación debe ser el establecido en cada área sanitaria. En casos de dificultad con el idioma, es fundamental contar con la ayuda del marido, de alguna mujer de la comunidad o de mediadores culturales.

Se realizarán las actividades previstas en este tipo de consultas. Debido al desconocimiento que estas mujeres pueden tener de los protocolos habituales en nuestro medio, es preciso explicar cada una de las actuaciones o intervenciones necesarias (8). Durante las visitas de control del embarazo es fundamental transmitir la información sobre los cuidados de salud necesarios durante el mismo. En algunas sociedades existen tradiciones culturales relativas a la alimentación durante el embarazo. Debemos preguntar siempre por ellas para poder aconsejar al respecto, haciendo especial hincapié en la necesidad de seguir una alimentación adecuada durante la gestación.

Pueden utilizarse distintas estrategias para abordar el tema de la MGF, no solo en cuanto a términos de salud y cuidados, sino también en el aspecto, muy importante, de las expectativas y actitudes de la mujer y su comunidad en cuanto a continuar con la práctica en las niñas.

Estrategias

- Preguntar por síntomas que nos orienten hacia las secuelas más frecuentes de la MGF, como disuria, infecciones urinarias frecuentes, dispareunia, dismenorrea por obstrucción al flujo menstrual, antecedentes de infecciones genitales ascendentes (cuadros 1 y 2).
- Aprovechar las sesiones de educación al nacimiento para mostrar, mediante materiales visuales, la anatomía y función de los genitales externos.
- Indagar sobre las tradiciones que existan en su comunidad para introducir el tema de la MGF. Es importante conocer las razones por las cuales se practican en su medio, ya que esto nos va a permitir dar explicaciones convincentes para rebatirlas.

Posibles secuelas de las mutilaciones de tipo I y II

- **Infecciones recurrentes del tracto urinario.**
- **Infecciones pélvicas e infertilidad.**
- **Abscesos.**
- **Fístulas vésico-vaginales o recto-vaginales.**
- **Quistes dermoides; queloides en la cicatriz.**
- **Enfermedades de transmisión sanguínea como la hepatitis B y el VIH/SIDA.**
- **Dismenorrea; dispareunia.**

Cuadro 1. Posibles secuelas de las mutilaciones de tipo I y II

Posibles secuelas de las mutilaciones de tipo III

- **Todas las de los tipos I y II.**
- **Retención de flujo menstrual que puede dar lugar a infecciones recurrentes y, éstas, a enfermedad inflamatoria pélvica.**
- **Esterilidad secundaria a la enfermedad inflamatoria pélvica.**
- **Infecciones urinarias crónicas secundarias a la dificultad para orinar.**
- **Incontinencia secundaria a la formación de fístulas.**
- **Relaciones sexuales muy dolorosas o incluso imposibles por estenosis vaginal.**

Cuadro 2. Posibles secuelas de las mutilaciones de tipo III

Exploración obstétrica y evaluación de la MGF

En las mujeres en las que sospechemos la existencia de una MGF, puede que la primera visita no sea la más adecuada para realizar la exploración ginecológica. Esta exploración puede realizarse en sucesivas visitas, de manera que la mujer tenga mayor confianza con nosotros.

Debemos ser especialmente cuidadosos en la manipulación de los genitales, sobre todo cuando encontremos secuelas importantes que hacen difíciles, y a veces imposibles, ciertas exploraciones. Explicar cada paso de la exploración. Tras la observación de los genitales externos, comprobar la integridad del clítoris y la existencia o no de labios menores. En ocasiones puede ser difícil reconocer la existencia de una mutilación, especialmente en las de tipo I (Ver cuadro 3).

Cuando existen cicatrices extensas o mutilaciones graves es posible que el introito vaginal, el periné e incluso el tercio inferior de la vagina estén estenosados o rígidos, lo que impedirá en ocasiones tanto la introducción del espéculo como el tacto bimanual, representando un problema de mayor o menor importancia a la hora del parto.

CLASIFICACIÓN (OMS, 2007)

Según la última clasificación de la OMS, se identifican cuatro tipos de mutilaciones genitales femeninas:

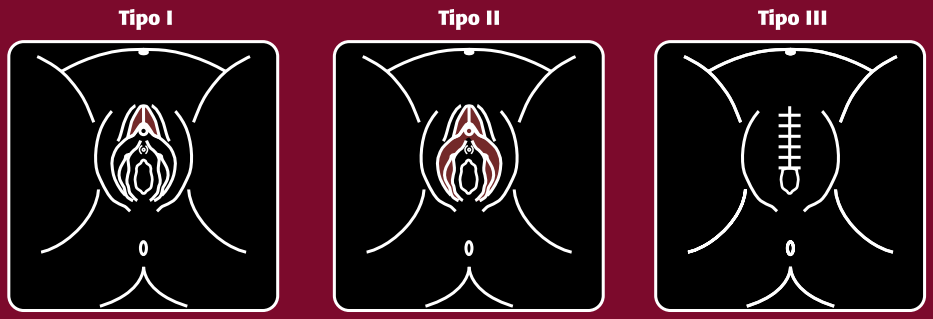
Tipo I: escisión del clítoris y/o del prepucio.

Tipo II: eliminación parcial o total del clítoris y de los labios menores, con o sin resección de los labios mayores.

Tipo III: se cortan y cosen los labios menores y/o mayores produciendo una estenosis del orificio vaginal, con o sin eliminación del clítoris. Este tipo se denomina también "infibulación".

Tipo IV: amplio abanico de prácticas variadas e inclasificables, que incluyen el cosido del clítoris, o los labios, o ambos; la cauterización, quemando el clítoris y los tejidos que lo rodean; el raspado del orificio vaginal (cortes angurya) o hacer cortes en la vagina (cortes gishiri), y la introducción de sustancias corrosivas o hierbas en el interior de la vagina para provocar el sangrado de la misma o con la finalidad de reducirla o estrecharla.

WHO. Eliminating female genital mutilation. 2008.



Cuadro 3. Clasificación de los tipos de mutilación genital femenina (OMS 2007)

En este momento es cuando planificaremos con la mujer las intervenciones necesarias, no solo de cara al parto, sino de forma integral en cuanto a su salud sexual y reproductiva.

En la historia clínica debe quedar registrado, de la manera más completa y exhaustiva posible, el tipo de MGF y las secuelas existentes, así como la planificación realizada y los cuidados que se precisen. Esto permitirá evitar exploraciones innecesarias en el futuro. Además, la información será fundamental a la hora de ciertos procedimientos como la cateterización uretral o la ecografía transvaginal que pueden ser dificultosos en estas mujeres (14).

Llegados a este punto es necesario averiguar las intenciones y expectativas de la mujer sobre la MGF en el caso de que tuviera una hija, y asegurarnos de que conocen no solo las leyes españolas sobre la MGF, sino también las graves consecuencias sanitarias, emocionales, sicológicas y sociales que para sus hijas tendría la realización de la práctica.

En caso de detectar intencionalidad de realizar la MGF a sus hijas es prioritario conocer y alertar a los recursos sociales, educativos y sanitarios existentes que permitan sensibilizar y apoyar a las mujeres, a sus familias y a la comunidad en la lucha contra la MGF.

Tratamiento de las secuelas de la MGF

Algunas complicaciones de la MGF deben ser tratadas, cuando aparezcan, según los protocolos y tratamientos existentes para cada uno de los procesos. Debemos ser especialmente cuidadosos en la detección y tratamiento precoz de las infecciones urinarias de repetición, por su importancia durante la gestación.

Si la mujer padece infecciones vaginales de repetición, es necesario realizar cultivos vaginales para identificar el germen, instaurar el tratamiento específico, tratar a su pareja si fuera necesario y supervisar la evolución, ya que en algunos casos estas infecciones pueden evolucionar hacia abscesos vaginales y/o vulvares, que precisen drenaje quirúrgico a pesar del tratamiento antibiótico.

En aquellos casos en los que detectemos quistes vulvares o vaginales, o cicatrices queloides extensas, debemos referirla a un nivel de atención especializada (15).

Complicaciones obstétricas y postparto

"Los tres dolores de las mujeres" relacionados con la mutilación genital femenina, incluyen: los dolores del día en que se realiza la mutilación, la noche de bodas donde a la mujer hay que cortarla para tener relaciones y, finalmente, el día del parto, por cuanto el paso de la vagina es muy angosto para un parto seguro.

Fourcroy, J.L. "The Three Feminine Sorrows", Hospital Practice 1998; 33; 15-21.

Complicaciones obstétricas

Desde la publicación del estudio multicéntrico realizado en varios países africanos por el **Grupo de estudio de la OMS sobre la mutilación genital femenina y los resultados obstétricos (The Lancet, 2006)**, sabemos que las mujeres que han sufrido mutilaciones genitales tienen una probabilidad claramente más elevada de complicaciones obstétricas que aquellas que no las han sufrido. Parece también que el riesgo y la gravedad de estas complicaciones aumenta cuanto mayor sea la mutilación (16).

Este estudio considera como complicaciones graves durante el parto la necesidad de realizar una cesárea, tener una hemorragia abundante postparto y la hospitalización prolongada después del parto.

Es probable que las mutilaciones genitales incrementen de forma importante el número de resultados obstétricos adversos en numerosos países. Las estimaciones presentadas en este trabajo sugieren que las mutilaciones genitales podrían causar una o dos muertes perinatales añadidas por cada 100 nacimientos entre las mujeres africanas mutiladas. Podemos, por lo tanto, sumar los resultados obstétricos y perinatales adversos a la lista de efectos perjudiciales inmediatos y a largo plazo de las mutilaciones genitales.

Esta información es importante para aquellas comunidades en las que se practican mutilaciones genitales, tanto para las mujeres ya mutiladas como para las futuras generaciones de mujeres y niñas (14).

Complicaciones postparto

Las mujeres que han padecido mutilaciones graves también están expuestas a importantes riesgos tras el parto como:

- Mayor incidencia de metrorragia postparto.
- Mayor incidencia de laceraciones o desgarros en el canal del parto que pueden ocasionar, si no se identifican y reparan adecuadamente, incontinencia urinaria y fecal.
- Infecciones y hematomas perineales.
- Dispareunia y/o dificultad para las relaciones sexuales.
- Fístula obstétrica.

Tratamiento quirúrgico de las secuelas (8, 17, 18)

En caso de mutilaciones graves (infibulación) o con mala cicatrización (pseudoinfibulación, rigideces, quistes, etc.) pueden precisarse intervenciones quirúrgicas reparadoras como la desinfibulación u otras. Con ellas intentamos tratar la imposibilidad o dificultad para mantener relaciones sexuales no dolorosas, los problemas derivados de la retención menstrual y/o urinaria y, en el caso del embarazo, facilitar el parto vaginal y evitar riesgos para la vida del recién nacido.

El tratamiento de las secuelas graves producidas por mutilaciones de tipo III, IV, o por alteraciones en la cicatrización de mutilaciones I o II, debe ser abordado lo antes posible. Lo idóneo es hacerlo antes del embarazo pero, si esto no es posible, el mejor momento es al final del segundo trimestre de la gestación, entre las 20-28 semanas, período que se considera el más seguro para la realización de cualquier cirugía y procedimiento anestésico, y que permitirá, además, la completa curación de las heridas antes del parto.

La última, y peor, opción para realizar la cirugía reparadora es durante el parto, en el caso de no haberse detectado el problema previamente (8,14,17,18).

En caso de precisar cirugía es recomendable que sean derivadas al hospital de referencia, con el que debe existir una adecuada coordinación. Estas pacientes deben ser consideradas como preferentes, de manera que no se produzca una gran demora desde que se toma la decisión de practicar la intervención hasta su realización (14). Es importante que el informe clínico sea lo más completo posible.

Cuando planteamos a una mujer la necesidad de realizarle una cirugía reparadora, hay que tener en cuenta algunas cuestiones:

- La información sobre la misma se dará, en la medida de lo posible, a ella y a su pareja de manera que entiendan los beneficios inmediatos y a largo plazo que tendrá para su salud sexual y reproductiva, así como la disminución de los riesgos para el recién nacido.
- Se debe explicar detenidamente la intervención, a ser posible con gráficos o dibujos. Hay que responder a las preguntas que surjan, haciendo hincapié en que, en los casos de precisarse una desinfibulación, NO se realizará, bajo ningún concepto, la reinfibulación tras el parto.
- Hay que informar o recordar los aspectos legislativos.
- Como en cualquier otra intervención, se debe obtener el consentimiento informado específico.
- No olvidar los aspectos emocionales y psicológicos que sin duda suscitará la desinfibulación. Ofrecer los recursos disponibles para tratarlos.
- Tranquilizar a la mujer en cuanto al tratamiento del dolor, asegurándole que será el adecuado y suficiente (intentar evitar la idea de revivir la mutilación).
- Ofrecer y asegurar los cuidados postquirúrgicos específicos, tanto hospitalarios como ambulatorios. Explicar detenidamente los cambios que percibirá en cuanto a la micción, la menstruación y las relaciones sexuales.
- Reforzar durante todo el proceso, tanto a la mujer como a su pareja, con información sobre los beneficios derivados de esta actuación.
- Asegurar la privacidad y confidencialidad.
- Dejar documentado adecuadamente todo este proceso en la historia clínica.

Técnica de la desinfibulación

- Previo a su realización, habrá que tener en cuenta todo lo indicado anteriormente para cualquier tipo de cirugía reparadora
- La intervención se puede realizar con anestesia local pero, en muchos casos –sobre todo cuando se realiza antes de la gestación– la mujer puede no tolerarlo por desencadenarle recuerdos dolorosos, por lo que precisará anestesia general (17).
- Si se realiza la desinfibulación durante el parto, la anestesia más conveniente y segura para la madre y el bebé es la epidural.
- Recibir a la mujer de forma cálida y recordarle los beneficios derivados de la intervención.

- Tras realizar un lavado cuidadoso de los genitales con antiséptico (no utilizar antisépticos yodados en mujeres embarazadas), explorar cuidadosa y suavemente con un dedo bajo la cicatriz para valorar la extensión de esta y la zona a infiltrar en caso de usar anestesia local (figura 1).
- Infiltrar anestesia local con aguja fina a 45º, inyectando pequeñas dosis bajo la piel a ambos lados de la cicatriz de la infibulación en forma de abanico (figura 2).
- Infiltrar, posteriormente, anestesia en el tejido grueso a ambos lados de la cicatriz, en sentido longitudinal y utilizando aguja IM con una inclinación de 45º.
- Para la incisión, insertar el dedo índice (o el índice y el medio) de la mano izquierda a través del introito vaginal en dirección al pubis. Utilizar unas tijeras para cortar a lo largo de la línea media, sobre la cicatriz, hasta que la uretra sea visible (figura 3).
- Debe extremarse el cuidado en esta zona debido a la hipersensibilidad del clítoris a estímulos.
- No cortar más allá de la exposición de la uretra por ser esta una zona muy hemorrágica.
- Posteriormente, suturar ambos lados de la infibulación por separado. Utilizar suturas finas y atraumáticas como el dexon/vicryl 4.0 ó 3.0.

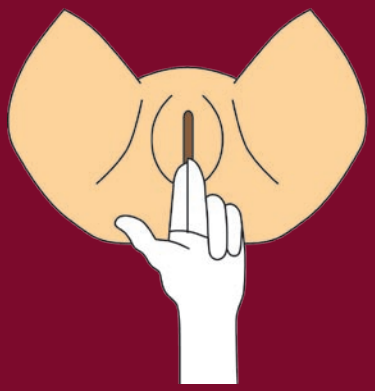


Figura 1:
Explorar con un dedo bajo la cicatriz.

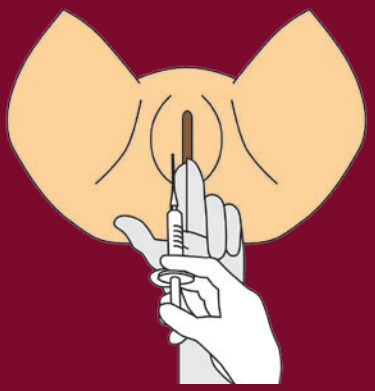


Figura 2:
Infiltrar anestesia local a ambos lados de la cicatriz.

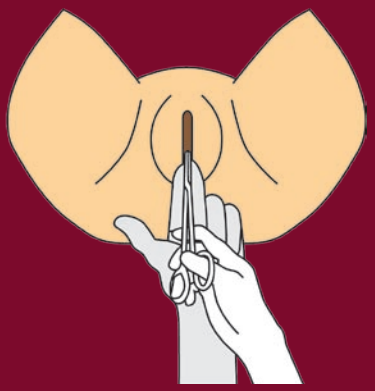


Figura 3:
Cortar a lo largo de la línea media

En caso que la cirugía reparadora, o la desinfibulación, no se haya realizado previa al parto (8, 15)

- En esta situación la mujer, además de la incertidumbre usual que ocasiona el parto, puede sentir aumentados sus temores si piensa que los profesionales de la salud no tienen los conocimientos necesarios para atenderla adecuadamente (cesáreas innecesarias, etc.).
- Explicar detalladamente la necesidad de la intervención, la técnica, así como las consecuencias positivas que tendrá para el desarrollo del parto, la salud del bebé y la propia salud de la mujer. Obtener, tras estas explicaciones, el consentimiento informado.
- Es muy importante atender adecuadamente las necesidades de analgesia durante el proceso del parto, así como limitar el número de exploraciones para no provocar dolor.
- En la primera fase del parto, el manejo será el habitual. Deben planificarse cuidadosamente, con los profesionales implicados, los pasos y actuaciones precisas para realizar la desinfibulación.
- Explicar que NO se realizará la infibulación tras el parto.
- La técnica de la desinfibulación debe realizarse lo antes posible, una vez detectado el problema, tras el ingreso hospitalario de la gestante (17,18). En el caso de encontrarnos en la fase de expulsivo, es recomendable realizar la incisión durante una contracción.
- En caso de que la parturienta no tenga analgesia epidural, se valorará la infiltración con anestésico local tras la evaluación del tejido cicatricial. El bloqueo de pudendos puede suplementar posteriormente la analgesia.
- Durante el expulsivo, realizar episiotomía anterior en primer lugar y realizar episiotomía medio lateral, solo cuando sea necesario.
- Tras el parto, suturar la episiotomía anterior dejando el clítoris (o los restos) cubiertos con piel. Suturar ambos lados de la infibulación por separado, así como los posibles desgarros que se hayan podido producir durante el expulsivo, con suturas finas y atraumáticas como el dexon/vicryl 4.0 ó 3.0.

Nos podemos encontrar durante la asistencia al parto con mujeres que hayan sufrido mutilaciones genitales de los tipos I y II. En estas ocasiones, valorar la elasticidad de los tejidos y plantear la episiotomía mediolateral SOLO en los casos necesarios, NO de forma sistemática. Asimismo, insistir en el apoyo emocional y psicológico a estas mujeres y cubrir las necesidades analgésicas.

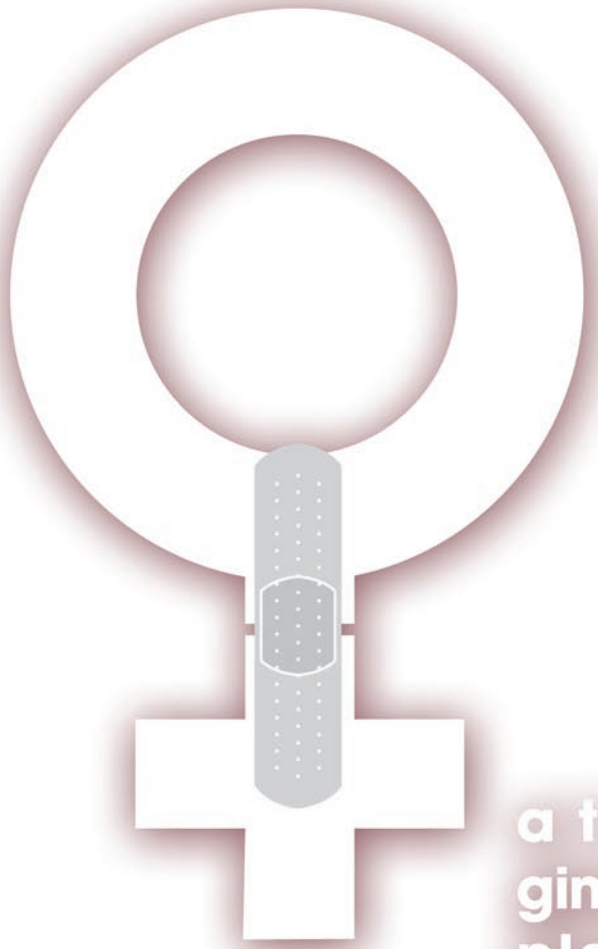
Se sabe que la morbilidad fetal –como asfixia perinatal y traumas obstétricos– aumenta en las mujeres sometidas a MGF, por lo que el control del bienestar fetal debe ser riguroso. Pero, además, en aquellos

casos en los que el expulsivo se prolongue, debido a las condiciones específicas del periné y/o por las intervenciones precisas, debemos contar con los medios necesarios para que esta situación no afecte a la salud del feto (15).

Cuidados tras el parto (8, 15, 17)

- Los controles en el puerperio serán los habituales, tanto durante la estancia hospitalaria como en el domicilio.
- La comunicación entre los profesionales implicados en los cuidados es fundamental. Deben estar informados de si se ha realizado algún tipo de cirugía reparadora o desinfibulación y de los cambios anatómicos y funcionales que conlleva.
- Adecuar las curas, según el estado del periné y los desgarros ocurridos durante el parto.
- Orientar sobre los cuidados y ejercicios adecuados para la recuperación del suelo pélvico.
- Asesorar sobre el inicio de las relaciones sexuales:
  - Esperar 4 o 6 semanas, de manera que haya una cicatrización adecuada.
  - Usar un método anticonceptivo adecuado.
  - Se puede aconsejar el uso de algún lubricante vaginal.
  - Implicar a la pareja en la información y asesoramiento, explicar los cambios que van a percibir.
- Insistir en los aspectos positivos que tendrá la desinfibulación, dar apoyo psicológico.
- Explicar la importancia de la higiene y como realizarla adecuadamente.
- Es fundamental la continuidad de los cuidados y el seguimiento de la evolución clínica.
- Si ha nacido una niña, aprovechar el puerperio y las distintas actuaciones sanitarias para reforzar la información dirigida a los padres sobre las consecuencias que tendría para su hija la realización de una MGF, así como de las repercusiones legales.
- No centrar nuestro discurso solo en lo negativo. Resaltar los aspectos positivos que puedan existir en relación al nacimiento en su cultura, como por ejemplo la lactancia materna, el apoyo familiar, etc.
- El informe de alta de la madre debe estar completo y claro en cuanto al diagnóstico, las intervenciones realizadas y los cuidados precisos. Las mujeres intervenidas deben tener cita al alta para ser revisadas en la misma unidad, con el fin de comprobar la evolución y los resultados.

El informe de alta tiene que llegar al pediatra que se haga cargo de la niña, así como a los dispositivos de Atención Primaria, para que continúen con el seguimiento y las acciones necesarias de sensibilización y prevención.



atención ginecológica y planificación familiar

Atención ginecológica y Planificación familiar

La asistencia ginecológica a las mujeres con mutilaciones genitales, debe tener en cuenta no solo los aspectos físicos específicos, sino también todas aquellas circunstancias que acompañan a esta situación y que ya han sido expuestas.

- Cuidar la privacidad, intimidad y confidencialidad, realizar la exploración siempre con el consentimiento de la mujer.
- Recordar el valor de gráficos y modelos anatómicos para explicar las pruebas a realizar, y la relación entre la mutilación y los problemas ginecológicos que puedan afectarla.
- Extremar los cuidados en las exploraciones y adecuarlas a las circunstancias anatómicas.
- Salvo los casos de MGF graves que impidan el acceso al cérvix uterino, estas mujeres deben realizarse las citologías cérvico-vaginales tal como esté contemplado en el programa de cribado del cáncer de cérvix.
- Explicar paso a paso y con sensibilidad las exploraciones necesarias y los distintos tratamientos en caso de ser necesarios.
- Planificar y definir los tratamientos quirúrgicos en caso de ser necesarios (8, 14, 17).

Las opciones anticonceptivas (15) deben atenerse en términos sanitarios a los criterios de elegibilidad de la OMS, respetando la elección de la mujer, y teniendo en cuenta sus valores con respecto a la fertilidad y la propia percepción de su cuerpo.

En casos de MGF importantes o con secuelas frecuentes o graves, la opción de los métodos barrera femeninos, tales como el condón femenino, el diafragma y el capuchón cervical no es apropiada, por la evidente dificultad en su colocación.

En cuanto al DIU, no está indicado en aquellos casos en los que la visualización del cérvix uterino sea difícil o imposible, o si la mujer padece infecciones vaginales frecuentes. Puede ofrecerse tras la desinfibulación.

Los métodos naturales, tales como el sintotérmico y/o el método del moco cervical, pueden ser difíciles de cumplir, tanto por el entrenamiento y autoconocimiento que precisan como por la posibilidad de modificación del flujo vaginal por el aumento de las vaginitis propios en estas mujeres.

prevención

Prevención

La prevención de la mutilación genital femenina precisa de un trabajo multidisciplinar en el que deben implicarse tanto los profesionales como las asociaciones civiles. Desde el momento en el que –generalmente en un centro sanitario- se detecta la existencia de una mutilación en una mujer y, especialmente, si se sospecha que sus hijas pueden encontrarse en riesgo hasta, si fuere necesario, la aplicación de la legislación vigente por parte de la policía y el ministerio fiscal, se debe trabajar con todos los medios disponibles tanto en el seguimiento de las menores – trabajadores sociales, profesionales sanitarios, educadores, policía– como en el trabajo de sensibilización y formación de la familia y de la comunidad por parte de los trabajadores sociales y las asociaciones civiles.

Existen una serie de factores que nos deben hacer sospechar que una niña se encuentra en riesgo de sufrir una mutilación:

Factores de riesgo (8)

- **Pertenecer a una etnia que practica la mutilación genital femenina.**
- **Pertenecer a una familia en la que la madre y/o las hermanas han sido mutiladas.**
- **Grupo familiar con el mito del retorno al país de origen muy presente.**
- **Proximidad de un viaje al país de origen.**

Estrategia a seguir ante una niña nacida en nuestro centro con factores de riesgo

Para valorar los factores de riesgo se debe conocer el país de origen de la madre y la etnia a la que pertenece. Debemos averiguar, en el caso de que tenga otras hijas, si éstas han sufrido la mutilación, así como si tiene intención de mutilar a la niña que va a nacer o que ha nacido.

Una vez valorados estos factores, si pensamos que existe algún riesgo para la niña, durante las sucesivas visitas que se realicen para control del embarazo o para revisiones de la recién nacida, los padres deben ser informados de los efectos perjudiciales que una mutilación genital puede tener para la niña. Para ello, podemos decirles que, aunque sabemos que la mutilación (corte genital, escisión) es una tradición cultural de su país, se ha demostrado en muchos estudios que dicha práctica da lugar a la aparición de problemas de salud, en ocasiones inmediatos y otras veces mucho tiempo después que, no sólo son irreversibles, sino que pueden ser muy graves e incluso mortales. Además, se les debe informar con claridad de las consecuencias legales que su realización tiene en nuestro país, incluso si la realizan fuera del mismo.

Se debe realizar un informe para el equipo que vaya a realizar el seguimiento de la niña en su centro de salud de referencia (pediatras, trabajadores sociales, médico de familia) y, sería mejor aún, hablar además con ellos personalmente del tema, para iniciar el seguimiento en cuanto sean dados de alta del hospital.

El seguimiento debe ir siempre acompañado de un trabajo de sensibilización dirigido a la familia y a la comunidad a la que pertenecen. Para ello, es de mucha utilidad contactar con asociaciones (si existen) de su país/etnia que trabajen en contra de la MGF en la zona y/o implicar a los líderes de la comunidad a la que pertenecen. En la mayoría de los países de origen de estas mujeres/familias, el sentimiento de pertenencia a la comunidad es muy fuerte y, por lo tanto, el tomar una decisión de manera aislada, sin el apoyo de su comunidad, les puede plantear problemas de marginación y aislamiento.

Si la niña se encuentra en edad escolar, se debe informar a sus educadores de la situación para que estos se impliquen en el trabajo de sensibilización y seguimiento.

Estrategia ante una niña con factores de riesgo

- **Informar a los padres sobre las consecuencias para la salud de la MGF y de la legislación sobre la misma existente en España.**
- **Elaborar informe para el equipo de pediatría y el de trabajadores sociales de su centro de salud de referencia.**
- **Realizar seguimiento sanitario y social de la niña, continuando con el trabajo de sensibilización a la familia.**
- **Contactar (si existen) con asociaciones de su país/etnia que trabajen contra la MGF en nuestro país.**
- **Informar a los educadores en el caso de que la niña esté en edad escolar.**

Estrategia en caso de sospecha elevada de que a una niña se le va a realizar una mutilación

A pesar del trabajo de sensibilización / formación realizado, podemos sospechar que una niña se encuentra en peligro muy elevado de que se le realice una mutilación, bien por el convencimiento de los padres de que debe hacerse, o bien porque, aunque ellos no deseen realizársela o incluso estén en contra, van a viajar a su país de origen y, una vez allí, la presión social a su favor sea tan elevada que otro familiar puede hacer que la niña sea mutilada a escondidas de los padres.

El papel de lo/as educadore/as en la detección de un riesgo elevado de mutilación puede ser muy importante. Estos profesionales, por su contacto diario con las niñas, se encuentran en un lugar privilegiado para detectar conductas “atípicas” en niñas con factores de riesgo conocidos (8). Pero para ello, es preciso que previamente hayan tenido una formación sobre los diversos aspectos de la MGF (historia, contexto cultural) y/o disponer de acceso a otros profesionales con experiencia en el tema (mediadores interculturales, líderes de asociaciones civiles que luchan contra la MGF, servicios sociales, profesionales del centro de salud de referencia).

Para evitar que se practique una mutilación, en primer lugar es importante que los padres estén bien informados sobre las consecuencias legales, si es necesario por escrito, de su realización, para que ellos a su vez puedan informar a todos sus familiares cuando lleguen a su país de origen. Previamente a su partida, es conveniente que entren en contacto con alguna organización de su país que luche contra la MGF[1] para que les apoyen y guíen en el mantenimiento de su decisión.

Si a pesar de todo se considera que el riesgo es muy alto, habrá que ponerlo en conocimiento de los servicios sociales y de las autoridades competentes (Policía, Servicios de Atención al Menor, Instituto de la mujer), para que adopten las medidas cautelares oportunas de protección de la menor.

Estrategia en caso de sospecha elevada

- **Informar a los padres y dotarles con las herramientas precisas, por escrito, para enfrentarse a la familia y a la comunidad en origen, sobre legislación, consecuencias sociales, sanitarias y de integración en el entorno (en su idioma preferiblemente).**
- **Ponerles en contacto con organizaciones / proyectos de lucha contra la MGF en su país.**
- **Informar acerca de la ilegalidad de la práctica en España y, si es el caso, en su país de origen.**
- **Si el riesgo es muy elevado, ponerlo en conocimiento de los servicios sociales y del fiscal de menores para que se tomen las medidas cautelares precisas.**
- **Realizar seguimiento al regreso por parte de los servicios sanitarios, sociales y educativos para descartar o confirmar la realización de una MGF.**

Indicios que deben hacernos sospechar que se ha realizado una MGF

Existen ciertos cambios en una niña con factores de riesgo que nos pueden hacer sospechar que ha sufrido una mutilación genital, especialmente si ha regresado hace poco de un viaje a su país de origen (8, 9).

En estos casos, los educadore(a)s/cuidadore(a)s, como ya hemos dicho antes, pueden ser las personas que más fácilmente detecten la existencia de ciertos cambios en la niña que, cuando han

1 En el anexo 3 de la primera parte de la guía y en la página web del Comité Interafricano: www.iac-ciaf.com, podemos encontrar el nombre, dirección, e-mail y teléfono de muchas de las asociaciones africanas que trabajan en contra de la MGF.

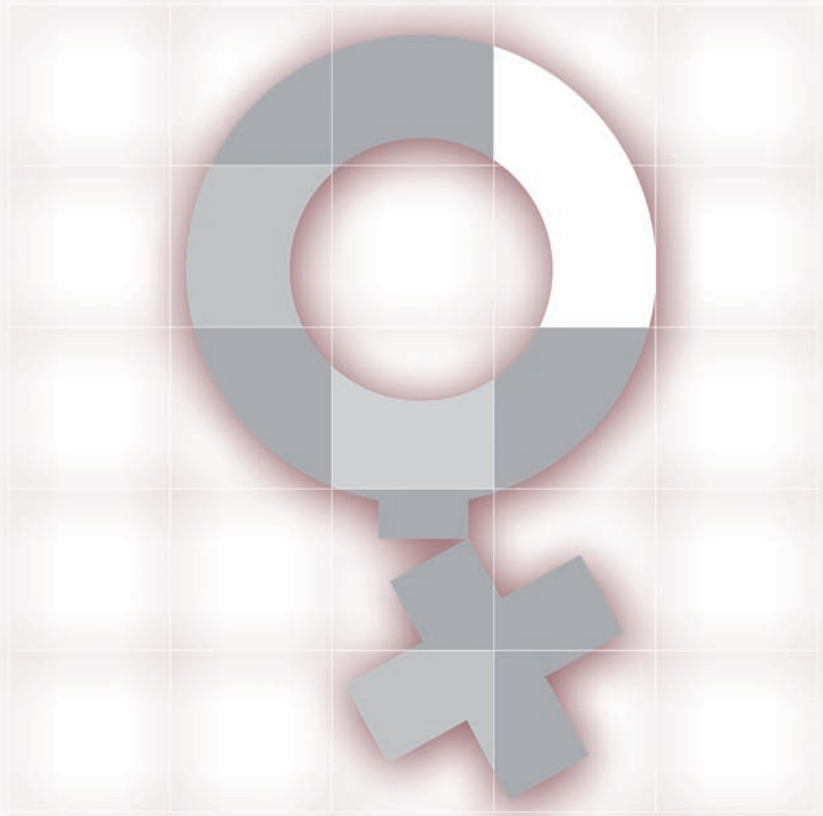
sido previamente formado(a)s en el tema, les pueden hacer sospechar seriamente que la niña ha sufrido una mutilación. Algunos de estos cambios pueden ser: retraimiento, tristeza, falta de interés, no participación en juegos o ejercicios físicos, formas especiales de caminar o de sentarse, y en general, alteraciones de su conducta habitual. En otros casos, la niña puede presentar absentismo escolar alegando motivos de salud (8, 9).

Otra posibilidad es que el hecho se sospeche desde un centro sanitario por incomparecencia de la niña a una cita establecida previamente, se detecte en una revisión de rutina, o en una consulta realizada por aparición de complicaciones o por otras circunstancias. La detección en estos últimos casos sólo será posible en el caso de que los profesionales estén alertas antes esta situación por haber sido previamente formados y sensibilizados en el tema.

En todos estos casos, de sospecha muy elevada o de confirmación, el hecho debe ser puesto en conocimiento de los superiores del centro (sanitario, educativo), de los Servicios Sociales del centro y/o municipales y remitir, de forma inmediata, un informe al Juzgado o al Servicio de Protección de Menores, para que ellos adopten las medidas oportunas.

Indicios de que se ha realizado una MGF (8,9)

- **La niña pertenece a una etnia en la cual se practica la MGF.**
- **Antecedente de un viaje reciente al país de origen.**
- **Cambio de comportamiento al regreso de su país: retraimiento, tristeza, falta de interés. Actitud al sentarse. Caminar con las piernas juntas o muy separadas.**
- **No participación en ejercicios físicos o juegos activos.**
- **Absentismo escolar alegando motivos de salud; por ejemplo, pérdidas sanguíneas o cansancio.**
- **Se descubre en una exploración sanitaria.**



bibliografía y datos de interés

Referencias bibliográficas

1. Thierfelder C, Tanner M, Kessler Bodiang CM. *Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system*. Eur J Public Health. 2005; 15. (1): 86–90.

2. Leye E, Ysebaert I, Deblonde J, Claeys P, Vermeulen G, Jacquemyn Y, Temmerman M. *Female genital mutilation: knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists.* Eur J Contracept Reprod Health Care. 2008; 13(2):182-90.

3. Bikoo M. *Female genital mutilation: classification and management.* Nurs Stand. 2007; 22(7):43-9; quiz 50.

4. Berggren V, Bergström S, Edberg AK. *Being different and vulnerable: experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden.* J Transcult Nurs. 2006; 17:50-7.

5. Vangen S, Johansen RE, Sundby J, Traeen B, Stray-Pedersen B. *Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway.* Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2004;112:29-35.

6. Adams KE. *What's "normal": female genital mutilation, psychology, and body image.* J Am Med Womens Assoc. 2004; 59(3):168-70.

7. Chalmers B, Hashi KO. *Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation*. Birth. 2000; 27:227-34.

8. Associació Catalana de Llevadores. *Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales*. 2004. Disponible en URL: http://mgf.uab.es/seccions/7_Materiales_GIPE/GUIA_MGF_PROFESIONALES_CASTELLANO_04.pdf (consultado el 25 de noviembre de 2008).

9. Generalitat de Catalunya. *Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina*. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Secretaría para la Inmigración. Barcelona. 2007. Disponible en URL: http://www.gencat.cat/benestar/societat/convivencia/immigracio/recursos/protocol/ (Consultado el 25 de noviembre de 2008).

10. Horowitz CR, Jackson JC. *Female circumcision. African women confront American medicine*. J Gen Intern Med. 1997; 12, 8: 491-499.

11. Ahmed M. *Attitudes towards FGM among Somali women living in the UK*. En *Female Genital Mutilation*. Momoh C, editora. Radcliffe Publishing (Oxford); 2005. p. 95-118.

12. Johansen RE. *Care for infibulated women giving birth in Norway: an anthropological analysis of health workers' management of a medically and culturally unfamiliar issue*. Med Anthropol Q. 2006 Dec; 20(4):516-44.

13. Gordon, Harry: *Female genital mutilation: a clinician's experience.* En *Female Genital Mutilation*. Momoh C, editora. Radcliffe Publishing (Oxford); 2005. p. 29-36.

14. The Royal Australian College of Obstetricians and Gynaecologists. *Female genital mutilation. Information for Australian health professionals*. Gilbert E, editor, Ryan M, coordinador. 1997.

15. WHO. *Female Genital Mutilation. Integrating the Prevention and the Management of the Health Complications into the curricula of nursing and midwifer. A Teacher's Guide*. WHO/FCH/GWH. WHO/RHR. 2001. Disponible en URL: http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_01_16_fgm_teacher_guide/index.html (consultado por última vez el 22 de diciembre de 2008).

16 WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. *Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries*. The Lancet 2006; 367:1835-41. Disponible en URL: http://www.who.int/reproductive-health/fgm/obstetric_problems.html (consultado por última vez el 22 de diciembre de 2008).

17. Momoh C. *Actuación ante la mutilación genital femenina en un país europeo: El ejemplo del Reino Unido*. Ponencia presentada en el curso "Mutilación genital femenina: más que un problema de salud. Abordaje y prevención". Universidad Internacional de Andalucía. Sevilla. 6-8 de noviembre de 2008.

18. Akotionga M. *Complicaciones obstétricas de la mutilación genital femenina*. Ponencia presentada en el curso "Mutilación genital femenina: más que un problema de salud. Abordaje y prevención". Universidad Internacional de Andalucía. Sevilla. 6-8 de noviembre de 2008.

Datos de interés
(Teléfonos, direcciones web)

Teléfono de Notificación de Maltrato Infantil: 900 851 818

Teléfono del Menor en Andalucía: 900 506 113

Teléfono de Información General en Materia de Infancia: 902 102 227

Policía Nacional: 091

Guardia Civil: 062

Servicio de Atención de Urgencias y Emergencias: 112

Instituto Andaluz de la Mujer. Servicio de Atención e Información 24 horas:
900 200 999
www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer

Teléfonos de información 24 horas del Instituto de la Mujer:
900 191 010
900 152 152 (para mujeres sordas)

Consejería de Igualdad y Bienestar Social. Programas dirigidos a la prevención y detección del maltrato infantil.
www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/Infancia_Familia/HTML/prevencion/deteccion.html

Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la mujer
91 363 52 53
http://www.mtas.es/igualdad/violencia.htm

EMUMES (Especialistas Mujer / Menor de la Guardia Civil)
http://www.guardiacivil.org/mujer/emumes_new.jsp

Comité Interafricano
http://www.iac-ciaf.com

Granada:

C/ José Tamayo (antigua Ctra. de Huétor Vega), 12, Edif. Puerto Lápice, local. 18008 Granada.

Tlf.: 958 13 50 70 Fax: 958 13 83 38.

e-mail: andalucia@medicusmundi.es

www.medicusmundi.es

Málaga:

Colegio Oficial de Médicos. C/ Curtidores, nº1. 29006 Málaga.

Tlf.: 951 01 94 03.

e-mail: andalucia.malaga@medicusmundi.es