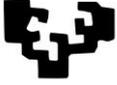


eman ta zabal zazu



Universidad  
del País Vasco

Euskal Herriko  
Unibertsitatea



Medikuntza eta Odontologia Fakultatea  
Facultad de Medicina y Odontología

Trabajo Fin de Grado  
Grado en Medicina

## Abordaje de la Mutilación Genital Femenina. Un reto

Autor:

**María de la Almodena Mantecón Domínguez**

Director/a:

**Amelia Valladolid Urdangaray**

© 2017, María de la Almodena Mantecón Domínguez

Bilbao, 21 de Marzo de 2017

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
1. MARCO CONCEPTUAL.....	2
1.1. DEFINICIÓN.....	2
1.2. TIPOS .....	2
1.3. CONSECUENCIAS .....	3
1.4. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA MGF .....	5
1.5. ANTROPOLOGÍA DE LA MGF: CONTEXTO SOCIOCULTURAL DEL DESARROLLO DE LA PRÁCTICA.....	8
1.5.1. Historia.....	8
1.5.2. Momento de la MGF.....	8
1.5.3. Rito de iniciación .....	9
1.5.4. Mitos y creencias en torno a la MGF .....	11
1.6. MGF EN OCCIDENTE: DESAFÍO EMERGENTE.....	13
2. MARCO JURÍDICO.....	15
2.1. LEGISLACIÓN EUROPEA FRENTE A LA MGF.....	15
2.2. MGF EN ESPAÑA.....	16
2.2.1. Legislación vigente .....	17
2.2.2. Protocolos .....	20
3. ACTUACIÓN SOCIOSANITARIA. ASPECTOS GENERALES .....	20
4. ATENCIÓN A LA MUJER MUTILADA.....	22
4.1. ATENCIÓN PRIMARIA.....	22
4.2. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. PLANIFICACIÓN FAMILIAR. ....	24
4.2.1. Exploración. Consideraciones generales.....	24
4.2.2. Salud sexual y reproductiva .....	24

4.2.3.	Embarazo, parto y posparto .....	25
4.2.4.	Cirugía reconstructiva .....	29
5.	PREVENCIÓN DE LA MGF .....	30
5.1.	FACTORES DE RIESGO .....	30
5.2.	ALGORITMO DE ACTUACIÓN PEDIÁTRICA. ....	31
5.2.1.	Compromiso preventivo.....	32
5.2.2.	Protocolo post-MGF .....	33
5.3.	EDUCACIÓN COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN.....	33
5.3.1.	Actitudes y estrategias .....	33
5.3.2.	Desmitificación de creencias .....	36
5.3.3.	Recomendaciones a los profesionales.....	38
6.	ESTUDIO DE MGF EN EL HOSPITAL DE BASURTO .....	40
6.1.	RESULTADOS.....	40
6.2.	DISCUSIÓN .....	46
6.3.	CONCLUSIONES .....	47
7.	BIBLIOGRAFÍA .....	49

## INTRODUCCIÓN

La mutilación genital femenina es una práctica ancestral que, por desgracia, sigue vigente en nuestros días. Más de 200 millones de mujeres han sufrido algún tipo de mutilación genital y todas las descendientes de las etnias y países donde es un mal endémico están en riesgo de padecerla.

A pesar de ser una práctica penada en muchos países, su realización clandestina, en núcleos generalmente rurales, hace que sea una realidad que aún está lejos de erradicarse.

Este trabajo consta de dos partes, una teórica y otra práctica. En la parte teórica se estudia en qué consiste la mutilación y cuál es la justificación de su realización. Conociendo el contexto antropológico y social de estas intervenciones, se pretende el acercamiento a estas culturas con la finalidad de ayudar a erradicar esta práctica perjudicial ya que, debido al proceso de globalización y de intensos movimientos migratorios que está experimentando el mundo, la mutilación ha dejado de ser un problema circunscrito para pasar a ser un asunto de índole global. Por ello, debemos estar preparados para reconocerla, tratar a las mujeres de las secuelas físicas y psicológicas que padezcan y prevenir que sus hijas sigan su mismo camino mediante la elaboración de protocolos.

En la parte práctica se expone un estudio realizado en el Hospital Universitario Basurto donde se evalúan los resultados obstétricos que presentan las mujeres mutiladas que dieron a luz en este hospital durante 2016.

La mutilación supone una forma de violencia contra la mujer prácticamente desconocida en nuestro medio. A pesar de las escalofriantes cifras sigue siendo una realidad silente.

Por ello, la solución está en la educación. Nuestra misión en este campo es acompañar a estas mujeres en un proceso que las libere de tabúes e ideas transmitidas, de generación en generación, que suponen una privación de su libertad y su derecho a decidir sobre su cuerpo y su vida. Ellas, que son las principales valedoras de la transmisión de enseñanzas en sus lugares de origen, poseen el verdadero poder de cambiar las cosas.

## 1. MARCO CONCEPTUAL

### 1.1. DEFINICIÓN

La mutilación genital femenina (MGF) se define como todos aquellos procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos alteran o lesionan los órganos genitales femeninos <sup>(10)</sup>.

Se trata de una práctica realizada en 28 países de todo el mundo (principalmente en África y Oriente medio, como hablaremos en futuros apartados) que forma parte de un compendio de ritos que simbolizan, en su gran mayoría, el paso de la niña a la edad adulta. Se incluye dentro de las conocidas como prácticas tradicionales perjudiciales (PTP) <sup>(7) (9)</sup>.

En cifras, se calcula que actualmente más de 200 millones de mujeres en el mundo han sido mutiladas y que, cada año, 3 millones de niñas corren el riesgo de ser sometidas a esta práctica <sup>(13)</sup>.

### 1.2. TIPOS

En base a la clasificación realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>(10)</sup> hay cuatro tipos diferentes de MGF.

- Tipo I: Clitoridectomía. También conocida como circuncisión femenina, consiste en extirpar el prepucio del clítoris y el clítoris parcial o totalmente.
- Tipo II: Escisión. Consiste en la resección parcial o total del clítoris, los labios menores y, eventualmente, la resección de labios mayores.
- Tipo III: Infibulación. Sutura de la apertura vaginal a fin de estrecharla mediante el corte y recolocación de los labios menores o mayores, con o sin resección del clítoris. Se deja dos pequeños orificios a través de los cuales eliminar la orina y la sangre menstrual.
- Tipo IV: Miscelánea. Se registran en este grupo todas aquellas lesiones a los órganos genitales femeninos con fines no médicos que no se corresponden con las lesiones anteriores. En este grupo se pueden incluir las perforaciones, incisiones, raspados, cauterizaciones o la introducción de sustancias corrosivas.

En 2007 la OMS introdujo una serie de modificaciones<sup>(10)</sup>:

- En el tipo I se hace distinción entre la extirpación del clítoris o solamente la del prepucio del mismo.
- En el tipo II se subclasifica en función de la afectación del clítoris, labios menores y mayores.
- En el tipo III se da más énfasis al estrechamiento del orificio vaginal que a la exéresis de órganos como tal. Proponen además subclasificaciones en caso de que los labios menores o mayores sean dañados en el procedimiento

La que se practica con mayor frecuencia es el tipo I, seguida del tipo II. Entre ambas suman el 80-85% de los casos. El 15 -20% restante corresponde al tipo III<sup>(4)</sup>.

### 1.3. CONSECUENCIAS

La práctica de la mutilación trae múltiples consecuencias nefastas a nivel físico y psicológico no sólo debidas a la intervención *per se*, sino a las condiciones en las que ésta se practica.

Se trata de un ritual realizado en la mayoría de las en condiciones pésimas; en lugares apartados, sin acondicionar y sin unas mínimas condiciones higiénicas. No se emplea anestesia de ningún tipo y el instrumental, compuesto por utensilios tales como cuchillas afeitar, a menudo se emplea para más de una niña.

Hacemos distinción entre las consecuencias que se producen de forma inmediata y que pueden conducir, en el peor de los casos, al fallecimiento de la niña y las consecuencias a medio y largo plazo (**Tabla 1**). Estas últimas, aunque a priori pueden parecer menos alarmantes que las inmediatas, sí que pueden dejar secuelas en las esferas física, psicológica, emocional y sexual de la mujer.

INMEDIATAS	A MEDIO Y LARGO PLAZO
Dolor intenso	Alteraciones ginecológicas: infecciones vaginales, EIP, hematocolpos, dismenorrea
Hemorragia	Alteraciones urinarias: ITUs de repetición, pielonefritis, incontinencia urinaria, retención urinaria
Shock hipovolémico, muerte	Fístulas ginecológicas Cicatrización anómala de los tejidos (fibrosis, cicatrices queloides)
Lesión de órganos vecinos	Infecciones por VIH, VHB o VHC
Retención urinaria	Anemia
Infección local	Dispareunia, disminución de la sensibilidad sexual
Septicemia	Esterilidad
Tétanos	Complicaciones obstétricas: partos prolongados, desgarros perineales, hemorragia post-parto, mayor tasa de cesárea y de morbi-mortalidad perinatal
Miedo, angustia	Sentimiento de vergüenza, angustia, estrés post-traumático, depresión

**Tabla 1.** Consecuencias inmediatas, a medio plazo y a largo plazo de la realización de la MGF.

Fuente: Mutilación Genital Femenina. Guía de Actuaciones Recomendadas en el Sistema Sanitario de Euskadi (2016)

Una tendencia al alza en diferentes países de África es la medicalización de la práctica, que consiste en realizar la mutilación en hospitales o centros médicos. El pretexto empleado es minimizar algunas de las consecuencias físicas más graves que acarrea, realizándose el procedimiento por médicos en un ambiente adecuado. Los sectores que apoyan este enfoque definen la medicalización de la MGF <sup>(6)</sup> como un *mal menor*, basándose en que, dado que no pueden evitar que se mutile a las niñas, esta alternativa minimiza las secuelas y el consecuente sufrimiento que acarrear.

Sin embargo, si atendemos a la tabla mostrada, podemos comprobar que esta teoría no se sostiene. Aun en las mejores condiciones, sigue consistiendo en someter a una persona a un procedimiento quirúrgico innecesario que va en detrimento de su salud, lo que implica mala praxis y contribuye a que se perpetúe la práctica.

#### **1.4. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA MGF**

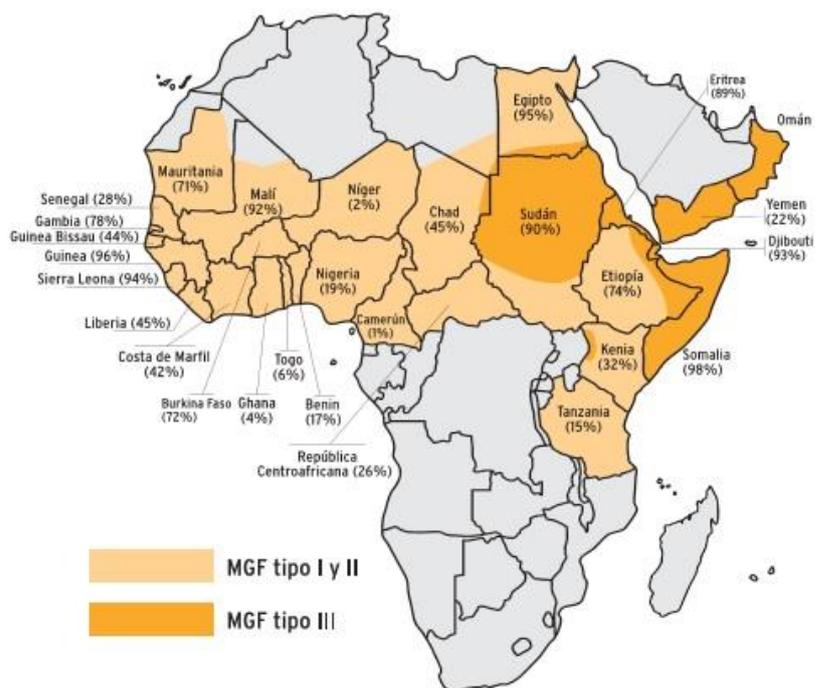
La mutilación genital es una práctica que se realiza fundamentalmente en 28 países del África subsahariana, pero también se practica en países de Oriente Medio (Egipto, Omán, Yemen y Emiratos Árabes Unidos) y en determinadas zonas de Asia (India, Indonesia, Malasia, Pakistán y Sri Lanka). Asimismo, también se han descrito casos en América Latina (Brasil, Colombia, México y Perú). <sup>(4)</sup>

En las diferentes regiones se practican unas intervenciones u otras. Así, en la región occidental de África subsahariana se practican los tipos I y II mientras que en lugares más orientales como Sudán, Somalia, Eritrea y determinadas áreas de Etiopía se practica predominantemente el tipo III <sup>(7)</sup> (**Figura 1**)

Sin embargo, a pesar de esta distribución, es importante recalcar dos premisas fundamentales en el contexto de la MGF:

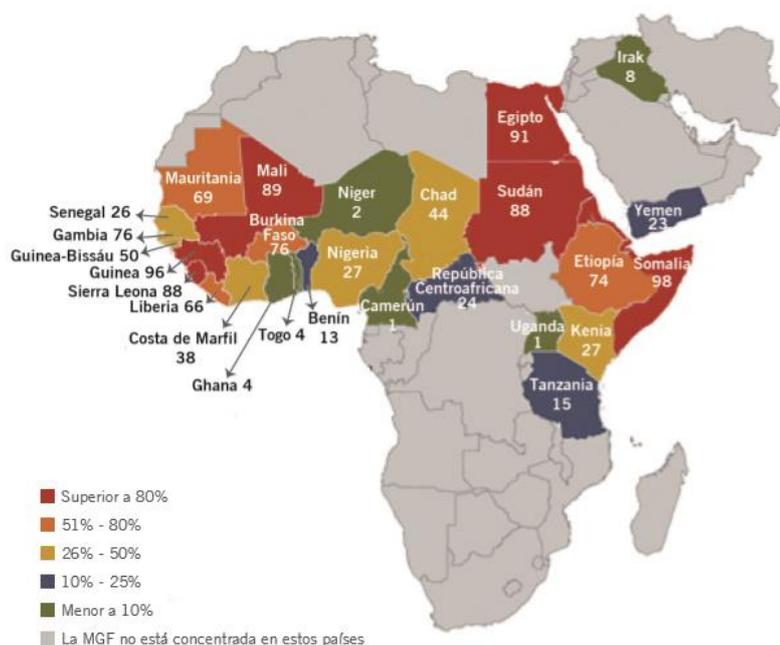
1. La mutilación genital femenina es una práctica que se realiza en el contexto cultural de una etnia. Es decir, no es una praxis relacionada con una religión ni obedece a una distribución geográfica fronteriza lineal correspondiente a un país. Esto implica que en el mismo territorio pueden coexistir grupos que practican mutilación y otros que no la realizan (**Figura 2**).
2. La globalización y las corrientes migratorias han supuesto un fenómeno que, entre sus muchas consecuencias, ha hecho que la mutilación sea un problema de

índole global. Actualmente la mutilación no es una práctica circunscrita a los países nombrados con anterioridad, sino que se ha constatado que es una realidad en Europa, Norteamérica, Australia y Nueva Zelanda <sup>(4) (7)</sup> (**Figura 3**).



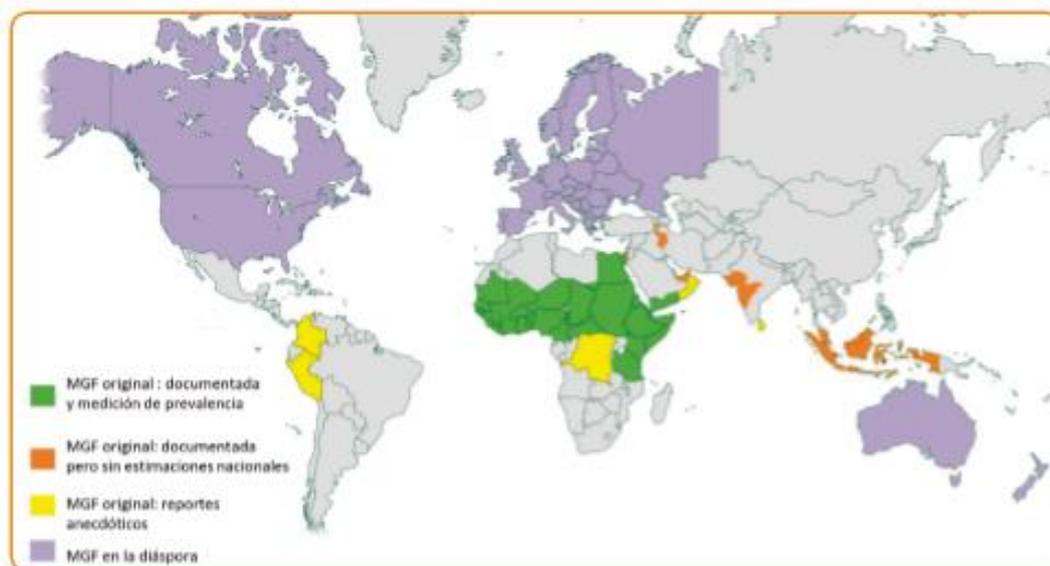
**Figura 1.** Distribución de la MGF, tipología y prevalencia en África.

Fuente: Mutilación genital Femenina. Manual para profesionales; A. Kaplan (2010)



**Figura 2.** Prevalencia de la MGF en África.

Fuente: UNICEF (2013); Mutilación Genital Femenina. Guía de Actuaciones Recomendadas en el Sistema Sanitario de Euskadi (2016)



**Figura 3.** Distribución mundial MGF

Fuente: Guía para Profesionales. (UNAF, 2015)

## 1.5. ANTROPOLOGÍA DE LA MGF: CONTEXTO SOCIOCULTURAL DEL DESARROLLO DE LA PRÁCTICA

### 1.5.1. Historia

Se desconoce con exactitud cuál es el origen de la MGF. A pesar de que se atribuye a diferentes lugares y etnias, la mayoría de los historiadores coinciden en que lo más probable es que esta práctica se originase en Egipto, dadas las referencias a la misma en el papiro Harris<sup>(8)</sup>.

Sin embargo, la clitoridectomía también se practicó en Europa y EEUU<sup>(4)</sup>. Concretamente a lo largo de los siglos XVIII, XIX y comienzos del XX, como tratamiento de epilepsia, histeria, problemas ginecológicos o migraña ya que, en el caso de esta última, existían defensores de una teoría basada en que la masturbación era el origen de múltiples enfermedades nerviosas<sup>(8)</sup>.

La infibulación, en cambio, dataría de la época romana (*fibula* hace referencia al broche con el que los romanos se ataban la toga). También hay constancia de la consumación de este rito en zonas de Asia como Filipinas, en el seno de etnias procedentes de la Alta Amazonia y entre las mujeres de la etnia *arunta*, procedentes de Australia<sup>(4)</sup>.

A excepción de las intervenciones realizadas con el fin de “curar” a las mujeres, el resto de mutilaciones realizadas en el contexto de una celebración tienen un significado común: simbolizar el paso de niña a mujer adulta y, con ello, reconocer y proclamar su nuevo estatus de mujer casadera que puede concebir.

### 1.5.2. Momento de la MGF

Este reconocimiento de la pubertad social a menudo no se corresponde con la pubertad fisiológica<sup>(7)</sup>. La edad a la que se practica varía en función de las tribus y países. De esta manera, hay un intervalo en el que se puede realizar de los 4 a los 14 o 15 años. En cualquier caso, en la mayoría de los casos se realiza antes de la menarquia. También existen etnias en las que lo realizan días después de nacer, antes de contraer matrimonio, a lo largo del embarazo o en el posparto.

Actualmente, la tendencia es realizar la MGF cuando la niña es muy pequeña por varios motivos: evitar que la niña sea consciente de lo que se le está haciendo (cuando son mayores, es más probable que huyan de casa), procurar que tenga un recuerdo lo menos vívido posible del dolor y que le sea más difícil oponer resistencia. Además, cuanto más joven sea la niña, más sencillo es ocultar a las autoridades la realización de la práctica.

A continuación, mostramos el ejemplo de diferentes etnias en Etiopía (**Figura 4**):

DESPUÉS DE 8 DÍAS	1-10 AÑOS	10 AÑOS O MÁS	RELACIONADO CON MATRIMONIO	
			ANTES DE	DESPUÉS DE
Afar	Jebelawi	Dasench	Fadashi	Goffa
Agew/kamyr	Konta	Guragie	Oromo	Sidama
Amhara	Oromo (Chiro, Gimbo)	Hadya Kembata	Goffa	
Argoba	Somali	Konta	Welaita	
Kemant		Oromo (Adara)	Arbore	
Oromo				
Tigraway				

**Figura 4.** Grupos étnicos etíopes ordenados en función de la edad a la que practican la MGF

Fuente: Comité etíope de Prácticas Tradicionales Perjudiciales (EGLDAM), 2008; Guía para profesionales (UNAF, 2015)

### 1.5.3. Rito de iniciación

El rito de iniciación, conocido como *kaseo para* los hombres y como *ñyaka* para las mujeres, se divide en tres fases <sup>(7)</sup>:

#### 1. Separación

Los niños y niñas son separados del resto de la comunidad. Después se los divide en función de su sexo y se los circuncida, cortando el prepucio a los varones o mutilando en cualquiera de sus formas a las niñas. No es infrecuente que la mutilación sea colectiva. El “corte”, la sangre y el dolor marcan la ruptura definitiva con la infancia.

## 2. Marginación

Esta etapa se prolonga en función del tiempo de cicatrización de la herida. Este proceso que, en los hombres dura de dos a tres semanas, en las mujeres se prolonga de dos a ocho semanas en función del tipo de intervención. En el transcurso de este período, a todos los “iniciados”, varones y mujeres, se les transmiten las enseñanzas necesarias para formar parte del mundo adulto, así como se les muestran los entresijos de los valores socioculturales de su pueblo. Esta educación es transmitida en forma de leyendas y está repleta de mitos, tabúes y prohibiciones relativas a todos los aspectos de la vida cotidiana, desde la higiene hasta la forma de moverse.

## 3. Agregación

Para culminar el ritual, celebran una gran fiesta donde presentan a las iniciadas como nuevos miembros activos de la sociedad.

La operación de una niña es realizada por la *Ngnangsimbah*, una anciana de la aldea conocida y temida por el resto. Se le atribuyen poderes mágicos como la capacidad de detectar a los malos espíritus, lo que se conoce como *kufanungte*. Estas mujeres, que fueron instruidas por sus madres y abuelas y suelen ejercer como parteras en los poblados, son las encargadas de supervisar todo lo que acontece al rito de iniciación, desde la mutilación hasta las enseñanzas que se les transmiten a las niñas. Como hemos visto, ésta es una tradición practicada y perpetuada por mujeres <sup>(5)</sup> <sup>(7)</sup>. Son ellas (madres, abuelas, tías, hermanas) las que insisten en mutilar a sus hijas porque consideran que sólo mediante este procedimiento podrán adquirir las cualidades más importantes para toda mujer que se precie; más bella, más pura, más femenina. Esto deja a los hombres en la cómoda posición de observador: ellos no tienen nada que decir en todo este proceso. Se exculpan indirectamente, desmarcándose del ritual, pero es indudable que lo apoyan y lo perpetúan desde su posición.

Si sólo disponemos de esta información, la mutilación como rito de iniciación no tiene sentido. ¿Por qué iban las mujeres a someter a sus hijas a una intervención tan dolorosa e incapacitante, que ellas mismas han sufrido y con cuyas secuelas viven? ¿No sería lógico que estas mujeres se negasen rotundamente a que se les hiciese eso a sus hijas? Las respuestas se encuentran en sus creencias, basadas en una amalgama de mitos, leyendas e historias transmitidas de generación en generación.

#### 1.5.4. Mitos y creencias en torno a la MGF

Si la mutilación genital femenina se ha preservado hasta nuestros días es por el gran peso que tiene en la comunidad al dotar a la niña de una identidad étnica y de género. La mutilación supone un reconocimiento dentro del grupo, la conclusión de un proceso en el que ha adquirido una serie de conocimientos que le hacen ser “digna de pertenecer a la comunidad y a la sociedad secreta de mujeres”<sup>(7)</sup>.

Hay multitud de creencias y mitos en torno a la mutilación que justifican que sea éste rito, y no otro, el que se lleve a cabo sobre las niñas.

En primer lugar, se alude a motivos religiosos. Es necesario recalcar que no es una intervención propia de ninguna de las grandes religiones monoteístas. Sí es cierto que la clitoridectomía en el Islam recibe el nombre de *sunna* como parte de la “tradición del profeta”. Si bien, a diferencia de los hombres en los que la circuncisión es obligatoria (como los judíos) la femenina sólo tiene “carácter recomendatorio y no obligatorio”<sup>(4) (7)</sup>. Se trata de una imposición social, ya que la infibulación se ha practicado a mujeres judías *falashas* (Etiopía) y a cristianas coptas (Egipto). En líneas generales, se considera la mutilación como un paso necesario para garantizar la limpieza espiritual de la mujer, subrayando el concepto de pureza.

La pureza en la mujer se emplea como sinónimo de virginidad. Por ello, preservar la misma hasta el matrimonio es un signo de dignidad y de honra tanto para la mujer como para su familia, su futuro esposo y la familia de este. Sin embargo, la virginidad no es el único concepto de la esfera sexual y reproductiva de la mujer que tiene relevancia para las etnias que practican la MGF. Muchos de estos grupos defienden que extirpar los genitales de una mujer parcial o totalmente aporta beneficios tales como un aumento del placer en las relaciones sexuales para el varón o asegurar la fidelidad. Consideran que la mutilación es una buena forma de garantizar la fidelidad porque así la mujer no será promiscua. Es decir, justifican la práctica referenciándola como un método que sirve para contrarrestar el deseo sexual de la mujer. De hecho, no es infrecuente que las mujeres subsaharianas afirmen que, de no estar cortadas, las mujeres “no se controlarían” y no podrían asegurar la paternidad de su marido.

“Así jamás la suegra podrá decirte que los hijos que tienes no son de tu marido”

En la misma línea de concepto de purificación, no faltan razonamientos que defienden la mutilación como una forma de preservar y mejorar la higiene y la estética femeninas. Así, una mujer “cortada” es una mujer “limpia” porque los genitales femeninos son considerados como feos y sucios (a las mujeres no mutiladas no se les permite manipular alimentos ni coger bebés).

En relación a estas creencias, esta fealdad del clítoris podría verse incrementada por un crecimiento indefinido del mismo. Defienden que el clítoris podría llegar a crecer tanto que alcanzase el tamaño de un pene. Esto traería fatales consecuencias como dañar al hombre, dificultar la penetración o causar la muerte del bebé al nacer si lo rozase el clítoris con la cabeza.

Como vemos, también hay referencias a la reproducción. No sólo argumentan a favor de la protección del niño en su nacimiento, sino que augura un parto mejor y más sencillo. Además, creen que la MGF “mejora la fertilidad”.

Además de todas estas creencias basadas en la tradición, la MGF supone algo más que un refuerzo positivo en su contexto cultural. Más allá de las canciones, poemas e historias que celebran la circuncisión (y ridiculizan y humillan a aquellas mujeres que no han sido circuncidadas), el hecho de no estar “cortadas” supone el ostracismo social. Es decir, no es que la mutilación suponga un incremento del valor de ese miembro en la tribu, sino que es el valor primordial de la mujer; su carta de presentación ante el futuro desempeño de la labor para la que ha nacido: ser esposa y madre.

La mujer no mutilada es desprestigiada, puede ser “devuelta”, reclamándose la dote abonada por ella y repudiada por indigna, lo que la conduce al aislamiento del resto del grupo. Por ello, es extremadamente frecuente que la mutilación sea exigida como condición *sine qua non* para contraer matrimonio.

“[...] Como en muchas culturas, está claramente definido y diferenciado el mundo secreto de las mujeres y el mundo secreto de los hombres. La circuncisión es una “marca” de por vida y simboliza que su unión al grupo también será de por vida. Se trata de una cohesión social y pertenencia: **la diferencia entre estar dentro o fuera.**”

*Mutilación genital femenina. Manual para Profesionales (A. Kaplan, 2010)*

## **1.6. MGF EN OCCIDENTE: DESAFÍO EMERGENTE.**

Como indicábamos anteriormente, la MGF ha dejado de ser un problema locorregional (**Figura 5**). Los movimientos migratorios han convertido esta práctica en un conflicto de índole global, que acarrea consigo la necesidad de comprender en qué situación se encuentran los miembros de estas sociedades cuando emigran.

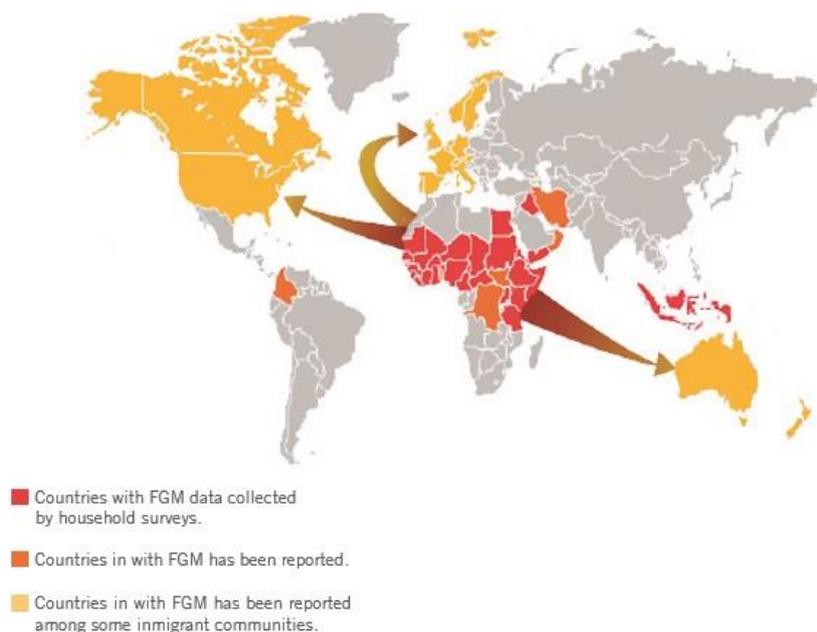
En primer lugar, llegan a un país nuevo, muchos de ellos en una situación irregular. Su estancia es ilegal a ojos del sistema gubernamental y han de centrarse en sobrevivir: alimentarse, buscar un techo, un trabajo...esto hace que el concepto de mutilación para ellos no sea primordial. Tras esto, el racismo y la xenofobia son males que, desgraciadamente, siguen arraigados en Occidente. Los inmigrantes son señalados como diferentes, a menudo repudiados y excluidos de la vida comunitaria. Además, este nuevo entorno apenas conoce sus prácticas culturales y es habitual que sus costumbres y prácticas, que para ellos son identitarias, sean ridiculizadas, menospreciadas y, consecuentemente, ellos sean tachados de ignorantes. La mutilación no es una excepción (el uso del término mutilación ya es, de por sí, definitorio) y si añadimos que esta práctica es tildada de barbarie, perseguida, condenada y, tanto los practicantes como las mujeres que han sido intervenidas, son estigmatizados, el aislamiento es mayor en una sociedad que los prejuzga sistemáticamente.

Para las hijas de estas personas que llegan se produce un intenso choque cultural. Por una parte, están las enseñanzas heredadas de sus ancestros y su lugar de origen y por la otra, las tradiciones y costumbres del país en el que han nacido, crecido y

presumiblemente construirán su vida. Una niña que crezca inmersa en nuestra sociedad se enfrenta al problema de la marginación. En Occidente no entendemos la naturaleza de esta práctica. No lo vemos como un acto de reconocimiento que merezca una celebración, sino como una aberración, una intervención a la que ninguna mujer se prestaría voluntariamente. En nuestro medio, cada vez hay mayor conciencia sobre la libertad de la mujer en la toma de sus decisiones, lo que incluye también su derecho a decidir sobre su propio cuerpo. Por ello, cuando esa niña sea adulta y entienda las implicaciones que puede tener la MGF sobre su percepción corporal y el desarrollo de sus relaciones personales en una sociedad que condena lo que se le ha hecho, pueden presentarse conflictos graves a nivel interno <sup>(5)</sup>. También pueden aparecer sentimientos de rabia, tristeza, impotencia, angustia y ansiedad con mayor frecuencia que en las mujeres que desarrollan su vida en zonas donde la MGF está bien vista. Para éstas últimas, el “corte” es algo inherente a su condición de mujer adulta en el contexto de la tradición. Sin embargo, para las mujeres cuya educación se basa en la libertad individual, la toma de conciencia de sus derechos hace que su posible mutilación pueda convertirse en un hecho profundamente traumático.

Otro punto especialmente importante es el mito del retorno. Consiste en la idea que tienen las familias de volver a su país de origen. Esto puede ser crucial, en la medida que esté presente, ya que puede marcar la diferencia a la hora de tomar ciertas decisiones. Por ejemplo, la de mutilar a una niña para que, a su vuelta, pueda formar parte activa de la sociedad de su aldea y llegar a contraer matrimonio. Ocurre el caso contrario a lo que explicábamos anteriormente; si una mujer no hubiese sido mutilada y su familia tiene la firme idea de volver a su país, existe el miedo a ser marginada de su comunidad por ser considerada impura.

Esto, sin embargo, no tiene porqué ser negativo si se aprovecha coherentemente. Las mujeres, como hemos visto, son quienes transmiten los valores y las enseñanzas. Educándolas a ellas sobre salud sexual y reproductiva, mostrándoles sus derechos y logrando que entiendan lo importante de su emancipación, es posible lograrlo porque ellas son el “motor del cambio” <sup>(7)</sup>.



**Figura 5.** Mapa de la influencia de los movimientos migratorios en la expansión de la MGF

Fuente: UNFPA (2015); Mutilación Genital Femenina. Guía de Actuaciones Recomendadas en el Sistema Sanitario de Euskadi (2016)

## 2. MARCO JURÍDICO

### 2.1. LEGISLACIÓN EUROPEA FRENTE A LA MGF

El Consejo de Europa considera la MGF una violación muy grave de los Derechos Humanos y una forma de violencia contra la mujer injustificable. En la Resolución 1247 del Consejo de Europa relativa a la Mutilación genital femenina (2001) se solicita a los Estados miembros la elaboración de “legislación específica que prohíba la mutilación genital y declare la misma como una violación de los derechos humanos y de la integridad corporal”<sup>(8)</sup> y que los responsables sean enjuiciados “incluidos los miembros de la familia y el personal sanitario por cargos penales de violencia con resultado de mutilación, incluidos los casos de mutilación que se produzcan en otros países”<sup>(8)</sup>. En esta resolución también se exhorta a los Estados a

ofrecer asilo a las madres e hijas que temen ser sometidas a la MGF y permitan la interposición de medidas judiciales contra los responsables cuando alcancen la mayoría de edad.

El 11 de mayo de 2011 se firmó el Convenio de Estambul, el primer tratado sobre violencia contra la mujer y violencia en el seno familiar emitido por el Consejo Europeo. Los firmantes, entre ellos España, se comprometieron a acatar las normas emitidas relativas a la mutilación genital femenina recogidas en el artículo 38. Entró en vigor el 1 de agosto de 2014 <sup>(8)</sup>.

***Artículo 38 – Mutilaciones genitales femeninas***

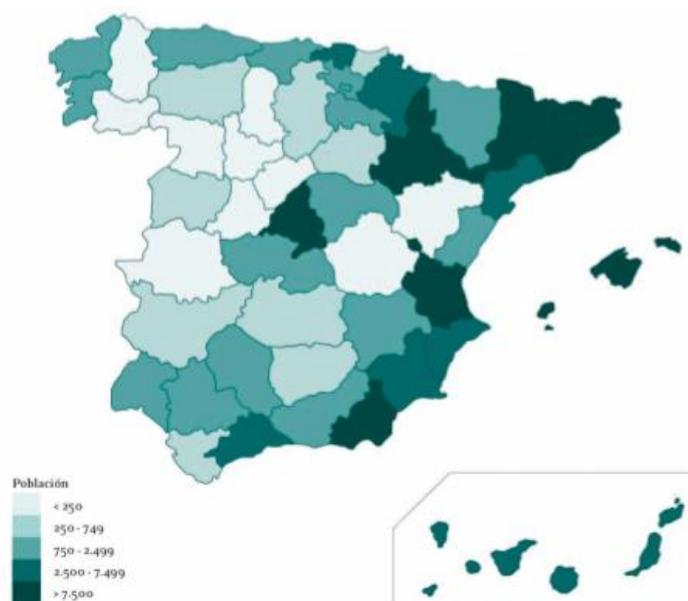
*Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para tipificar como delito, cuando se cometa de modo intencionado:*

- a) La escisión, infibulación o cualquier otra mutilación de la totalidad o parte de los labios mayores, labios menores o clítoris de una mujer;*
- b) El hecho de obligar a una mujer a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el punto a) o de proporcionarle los medios para dicho fin;*
- c) El hecho de incitar u obligar a una niña a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el punto a) o de proporcionarle los medios para dicho fin.*

Convenio del Consejo de Europa de Mayo de 2011

## **2.2. MGF EN ESPAÑA.**

Debido a nuestra localización geográfica, España es un país que acoge a muchos inmigrantes procedentes de zonas donde la MGF es habitual (**Figura 6**). Si bien es cierto que, en función de las provincias, el número de inmigrantes y la procedencia de éstos varía, es de importancia capital conocer la relevancia de la MGF en sus culturas a fin de saber reconocerla, tratarla y prevenirla.



**Figura 6.** Distribución de la mutilación genital femenina en España.

Fuente: Mapa de la mutilación genital femenina en España 2009. Antropología Aplicada 1. (Kaplan, A y López, A; 2010)

### 2.2.1. Legislación vigente

En España cualquier tipo de MGF practicada constituye un delito de lesiones tipificado en el artículo 149 L.O. 11/2003 del Código Penal. En dicho apartado se establece una pena de 6 a 12 años de prisión para el que perpetre la mutilación y, en caso de que ésta sea realizada a una menor, puede llegar a aplicarse “la inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda y acogimiento por un periodo de entre cuatro a diez años”<sup>(8)</sup>.

En 2005 se aprobó la Ley Orgánica 3/2005 por la que la práctica de la MGF se persigue extraterritorialmente. Es decir, si la MGF se detecta en España, a pesar de haberse producido en un país extranjero puede aplicarse la sanción correspondiente siempre y cuando el autor o la afectada se encuentren en el territorio nacional.

Después de introducir un cambio legislativo tras la aprobación de la Ley Orgánica 1/2014 del 13 de marzo de 2014 <sup>(8)</sup> que debía interpretarse así:

**L.O. 1/2014**

*“4. Igualmente, será competente la jurisdicción española para conocer de los hechos cometidos por españoles o extranjeros fuera del territorio nacional susceptibles de tipificarse, según la ley española, como alguno de los siguientes delitos cuando se cumplan las condiciones expresadas:*

- l) Delitos regulados en el Convenio del Consejo de Europa de 11 de mayo de 2011 sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, siempre que:
 
  - a. El procedimiento se dirija contra una persona española*
  - b. El procedimiento se dirija contra un extranjero cuya residencia se encuentra fijada en el España*
  - c. 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. [...]**

Esto implica que:

- Si una niña con nacionalidad española o cuya residencia esté fijada en nuestro país viaja al país de origen y es mutilada se aplica la extraterritorialidad. Si se imputa a los padres y éstos tienen la nacionalidad española o la residencia, serán inculcados.
- Si el autor no está en España no podrá ser juzgado.
- Si una niña con nacionalidad española o cuya residencia está fijada en nuestro país se niega a ser mutilada puede dirigirse al consulado español como ciudadana española.
- Si una niña llega mutilada a España no se puede juzgar el delito porque, cuando se produjo la comisión del mismo, la niña no era residente ni ciudadana española.

En lo referente al ejercicio profesional de los trabajadores sanitarios, el conocimiento de la realización inminente de una mutilación y no hacer nada por evitarlo puede derivar en la comisión de un delito de omisión del deber tipificado en el artículo 450 del Código Penal <sup>(8)</sup>.

Además, el artículo 13 de la L.O. 1/1996 de Protección Jurídica del Menor <sup>(8)</sup> recoge lo siguiente:

**Artículo 13. Obligaciones de los ciudadanos y deber de reserva.**

*1. Toda persona o autoridad y especialmente aquellos que por su profesión o función detecten una situación de maltrato, de riesgo o de posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.*

*[...]4. Toda persona que tuviera noticia, a través de cualquier fuente de información, de un hecho que pudiera constituir un delito contra la libertad e indemnidad sexual, de trata de seres humanos, o de explotación de menores, tendrá la obligación de ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal sin perjuicio de lo dispuesto en la legislación procesal penal.*

Estas son las leyes de nuestro país, sin embargo, si aplicamos la ética las cosas no son tan claras. Es un hecho que la MGF es un acto brutal contra la integridad física, psicológica y sexual de las niñas y mujeres que la sufren. Sin embargo, la comisión de esta intervención no se hace con intención dolosa, es decir, quienes perpetran la MGF lo hacen en defensa de los que ellos consideran el máximo bienestar de sus hijas. No las someten a este rito porque no las quieran, las cuiden o no se preocupen por ellas. Todo lo contrario. Si tomamos en cuenta el contexto antropológico y las consecuencias sociales que implica no mutilarlas (aislamiento, ostracismo social, marginación, imposibilidad de contraer matrimonio, etc.), las familias toman esta decisión tomando en consideración el daño producido como un mal menor; un trámite necesario para la aceptación de sus hijas en la comunidad.

Por ello, cuando decidimos elevar el caso a instancias judiciales, debemos tener en cuenta el bien supremo de la menor <sup>(9)</sup>. Si el fallo dictamina la encarcelación de los padres y la retirada de la patria potestad, custodia y tutela, conducimos a esa menor, que probablemente no tenga más familia en nuestro país, a una situación de desarraigo que puede ser tan terrible o más que la mutilación en sí misma. Por ello, aunque nuestro deber es emitir un parte de lesiones y, según el caso, poner en conocimiento de la Fiscalía de Menores la Comisión del Delito, tenemos que ser conscientes de esta otra realidad. Este es un motivo de suficiente peso para argumentar que la prevención es el mejor camino para preservar la integridad física, psicológica y emocional de la niña, así como educar a las familias para dinamitar la consecución de esta práctica y avanzar en su erradicación.

### **2.2.2. Protocolos**

Actualmente, Cataluña, Navarra, Aragón y País Vasco han creado diversos protocolos para saber qué hacer en caso de encontrarnos ante un caso de MGF.

En este trabajo vamos a seguir las indicaciones del protocolo elaborado en Euskadi <sup>(9)</sup> que contiene directrices para el trabajo multidisciplinar de los servicios sanitarios y sociales, a fin de prevenir la práctica de la mutilación en las niñas y también cómo tratar a las mujeres mutiladas en determinados procesos asistenciales como el embarazo o el parto.

## **3. ACTUACIÓN SOCIOSANITARIA. ASPECTOS GENERALES**

Frente a la MGF tenemos dos objetivos: Prevenir la mutilación de las niñas que han nacido en el seno de una familia favorable a la práctica y tratar a aquellas niñas y mujeres que ya están mutiladas con el fin de paliar las secuelas físicas o psicológicas que puedan presentar <sup>(4)(9)(11)</sup>.

Debido a la complejidad de la MGF necesitamos actuar desde varios frentes y a diferentes niveles. Esto implica la coordinación de los servicios de salud, sociales y educativos que intervenga a nivel individual, familiar y comunitario.

Aunque todos los profesionales de la salud deberían tener unas nociones básicas de la mutilación, es importante que determinadas especialidades profundicen en el tema.

Estos especialistas son aquellos que, por su campo de trabajo, van a estar más en contacto con la mujer inmigrante. Es decir, aquellas personas que en el área de salud trabajen en Atención Primaria, Ginecología y Obstetricia y Pediatría. La coordinación entre los diferentes servicios es importante para ofrecer un servicio integral. Con ello pretendemos que la información proporcionada no sea ofrecida en un momento puntual, ni desde un punto de vista meramente científico, sino como un aporte de información y apoyo continuo en el tiempo.

La finalidad es garantizar el bienestar de las niñas y mujeres que han sufrido o que corren riesgo de sufrir la MGF. Para ello, necesitamos tener una conciencia de todas las situaciones que podrían producirse y en qué momento del proceso asistencial podemos detectarlo:

- Mujeres adultas que han sido mutiladas. Pueden acudir a Atención Primaria por cualquier motivo y, con mayor frecuencia, por patologías derivadas de las secuelas de la MGF. También pueden acudir a los servicios de Ginecología y Obstetricia derivadas por los médicos de familia o porque están embarazadas.
- Menores que ya han sido mutiladas. En función de la edad pueden acudir al pediatra o al médico de familia (si son mayores de 14 años). En todas las mujeres, menores o mayores de edad, cualquier servicio tiene que estar atento para atender las secuelas físicas y psicológicas y paliar las mismas.
- Menores que no han sido mutiladas, pero corren riesgo. Evaluadas principalmente por los pediatras representan el mayor reto porque tenemos la opción de prevenir. A ellas van enfocados los principales esfuerzos en materia de prevención y es en este punto donde la intervención conjunta con otros organismos (servicios sociales y escuelas) pueden influir decisivamente para salvaguardar la integridad de las niñas. La sensibilización puede iniciarse en la primera infancia o venir dada desde el embarazo, o incluso antes, si se recogió el antecedente de MGF y se trabajó tanto con la madre como con su pareja.

Tanto en la prevención como en el tratamiento, debemos optar por incluir a los hombres en el proceso <sup>(7)</sup>. No sólo para que se hagan conscientes de la complejidad de la realidad de sus mujeres e hijas, sino para que ellos participen activamente y

sean también impulsores del cambio en su propia cultura la cual es, característicamente, patriarcal.

Este proceso es largo porque supone un cambio en conceptos muy arraigados. Un error sistemático común es detectar la situación *in extremis*, cuando la familia está a punto de viajar a su país de origen. En este momento, surge el dilema de denunciar o no. Una denuncia podría suponer la pérdida de la relación de confianza establecida con la familia y que no volvamos a saber nada de ellos, pero no denunciar podría tener consecuencias irreparables. Para evitar esto, es necesario empezar con antelación el procedimiento de sensibilización y evaluar la necesidad de recurrir a organismos y planes específicos de apoyo adicionales.

A pesar de que se recomienda evitar, en la medida de lo posible, la judicialización de los casos para garantizar el bien superior de la menor (mutilación vs. desarraigo), tenemos que supeditarnos a las leyes de nuestro país.

## **4. ATENCIÓN A LA MUJER MUTILADA**

### **4.1. ATENCIÓN PRIMARIA**

Una mujer que ha sido mutilada puede acudir a consulta por primera vez por cualquier motivo de salud que no tiene por qué estar relacionado siquiera con la MGF. Si bien, en el contexto de ésta, pueden acudir por patologías derivadas de las secuelas de la MGF: infecciones urinarias (a menudo de repetición), enfermedad inflamatoria pélvica, fístulas obstétricas, menorragia, infertilidad, etc.<sup>(11)</sup>

En una primera consulta no es recomendable abordar el tema de la MGF<sup>(7) (9) (11)</sup>. La mujer aún no nos conoce y, en su cultura, todo lo referente a la esfera sexual y reproductiva rara vez se expresa, incluso en el ámbito privado. Por ello, es recomendable construir, poco a poco, una relación de confianza donde prime el respeto y aseguremos la confidencialidad e intimidad. La finalidad es que ella se sienta más cómoda y predispuesta a hablar y ser escuchada. Además, debemos escoger un lenguaje y tono adecuados que evite que se sientan juzgadas y rechazadas.

Si conseguimos esto podemos facilitar la creación de puentes interculturales. Si ella confía en nosotros, se mostrará más abierta a escuchar la información que podamos ofrecerla sobre salud sexual y reproductiva, el impacto que tiene la MGF sobre ella, su pareja y que podría tener sobre sus hijas en caso de que accediera a que se les sometieran al mismo rito de iniciación que a ella le realizaron cuando era más joven.

A medida que vaya asimilando esta primera parte, podemos ampliar la información, proporcionándole el contacto de servicios sociales y grupos de apoyo locales. El factor psicosocial es importante tanto en el tratamiento como en la prevención. Que estas mujeres encuentren apoyos en la comunidad de adopción es fundamental para que los planes educativos prosperen. También hemos de poner al corriente a estas mujeres de la legislación vigente en nuestro país respecto a la MGF y las consecuencias que traería, a efectos legales, mutilar a sus hijas.

Si estamos ante una sospecha clara de MGF, debemos incluir las preguntas en la entrevista clínica y explorarla cuidadosamente. También tenemos que preguntar por sus hijas.

Estas preguntas deben hacerse con naturalidad, incluyéndolas sin distinción en la anamnesis <sup>(9)</sup>. Es decir, tenemos que preguntar por ella sin hacer un énfasis especial, como si fuese otra cuestión sanitaria más, a fin de evitar que se asusten o se sientan culpables.

En la historia clínica debe quedar reflejado si se ha practicado la mutilación, qué tipo, qué secuelas presenta, que cuidados precisa y cuál es el plan de actuación sobre la mujer y las medidas preventivas que se han llevado a cabo. En el caso de que la mujer tuviese hijas menores de edad, es necesario informar a los pediatras e iniciar sin demora el protocolo de prevención <sup>(9)</sup>.

Sin embargo, debido a su desconocimiento sobre el sistema sanitario, su falta de recursos y su situación en el país, frecuentemente acuden por primera vez a un centro sanitario cuando están embarazadas <sup>(9)</sup>. Por ello, es aconsejable que ginecólogos y matronas tengan interiorizadas estas consideraciones.

No debemos olvidar que los médicos de familia atienden a personas mayores de 14 años. Por ello, deben conocer los protocolos de prevención adecuados para aplicarlos en las menores de edad que estén en riesgo.

## **4.2. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. PLANIFICACIÓN FAMILIAR.**

### **4.2.1. Exploración. Consideraciones generales**

Es importante explicar a la mujer qué estamos haciendo en todo momento y recomendable seguir siempre el mismo esquema cuando exploremos para evitar olvidarnos de nada en la evaluación. La exploración, que ha de realizarse siempre con el consentimiento explícito de la mujer, debe ser muy cuidadosa con el manejo de los genitales <sup>(9)(11)</sup>. De hecho, en función del tipo de MGF puede ser muy difícil, o imposible, realizar según qué maniobras. Esto se ve en mujeres con cicatrices grandes o mutilaciones graves; el introito, el periné y el tercio inferior de la vagina pueden tener una estenosis y rigidez tales que impidan introducir el espéculo o la sonda del ecógrafo.

Generalmente, al evaluar los genitales externos, debemos comprobar si el clítoris está íntegro y si hay o no labios menores. La exploración tiene que ser exhaustiva porque una MGF de tipo I, que es la más frecuente (80-85% de los casos) puede incluso pasar desapercibida si no estamos acostumbrados a verlas.

### **4.2.2. Salud sexual y reproductiva**

Al igual que al resto de las mujeres y, siempre y cuando el tipo de mutilación que se les haya practicado lo permita, se realizará la citología dentro del programa de cribado de cáncer de cérvix <sup>(9)</sup>.

En lo referente al uso de medidas anticonceptivas, se aplicarán los criterios de elegibilidad de la OMS como en el resto de las mujeres. Es decir, que se les proporcionará información de todos ellos respetando la autonomía de la mujer, lo que incluye sus preceptos respecto a su cuerpo y su fertilidad. Sin embargo, si a una mujer se le ha realizado una mutilación grave y/o extensa, el empleo del preservativo femenino, el capuchón cervical y el diafragma no es recomendable <sup>(11)</sup>. La colocación del DIU no será el método de elección en mujeres en las que la visualización del

cérvix sea muy difícil o imposible como ocurre en la MGF tipo III<sup>(11)</sup>. Por último, los métodos naturales (sintotérmico, moco vaginal) son contraproducentes por ser los menos eficaces y porque el flujo vaginal puede estar alterado en estas mujeres que son más propensas a la infección.

### **4.2.3. Embarazo, parto y posparto**

#### **Embarazo**

Como indicábamos anteriormente, el embarazo es el momento en el que, con mayor frecuencia, vamos a detectar un caso de MGF en nuestro medio. En base al seguimiento que se hace en el País Vasco con todas las embarazadas, en la semana 12<sup>(7)</sup> se produce el primer encuentro con el ginecólogo. En este momento debemos preguntarle por la MGF y, si ha sido mutilada debemos apuntarlo en la cartilla de la embarazada; concretamente en el apartado *Riesgo elevado. Problemas perinatales del control del embarazo* (**Figura 7**).

El abordaje como tal empezará entre las semanas 24-28 y lo habitual es que se produzca en la consulta de la matrona<sup>(9)</sup>. El motivo es que, transcurrido este tiempo, la mujer se encuentre más cómoda y se haya establecido una relación de confianza que permita una conversación más fluida y una mayor colaboración por parte de los futuros padres. Además, se puede contactar con los servicios sociales si se estimase oportuno o derivar el caso a un programa más específico.

Se recomienda que, en la medida de lo posible, la mujer acuda con su pareja a las citas. No sólo porque la pareja se implique en el proceso y sea informado también de todo lo concerniente al embarazo, sino porque generalmente ellos llevan más tiempo en el país, conocen mejor nuestro idioma y pueden hacer de intérpretes. Esto será útil para aconsejar a la futura madre en todos los aspectos de la gestación.

En función del tipo de mutilación, hay determinadas consideraciones a tener en cuenta. Si estamos ante un tipo I o II informaremos a la embarazada de los posibles riesgos añadidos y la tranquilizaremos. En caso de que sea un tipo III, se le ofrecerá una desinfibulación<sup>(9)</sup>

La desinfibulación es un procedimiento realizado en la mujer infibulada para que pueda mantener relaciones sexuales y el parto por vía vaginal. Se trata de una

intervención quirúrgica relativamente sencilla que consiste en el siguiente procedimiento:

1. Tras el lavado de la zona con antiséptico, se valora la extensión de la cicatriz introduciendo un dedo por debajo de la misma.
2. Se administra anestesia local (a menos que la desinfibulación se realice en el parto, en cuyo caso se recomienda anestesia epidural).
3. Después, se introduce el índice en el introito, en dirección al pubis. Con unas tijeras se corta, siguiendo la línea media de la cicatriz hasta que sea visible la uretra.
4. Finalmente se sutura a ambos lados.

Lo idóneo es que ésta se practique antes de la semana 28. Si, para entonces no se ha realizado, se realizará en el parto. Sea cuando fuere, se le tiene que asegurar a la mujer que, en ningún caso, se le practicará una reinfibulación <sup>(4) (7) (9) (11)</sup>.



**Figura 7.** Algoritmo de actuación durante el embarazo.

Fuente: Mutilación Genital Femenina. Guía de Actuaciones Recomendadas en el Sistema Sanitario de Euskadi (2016)

Por lo demás, la mujer cumplirá con el resto de sus visitas atendiendo al mismo calendario que el resto de embarazadas.

## Parto

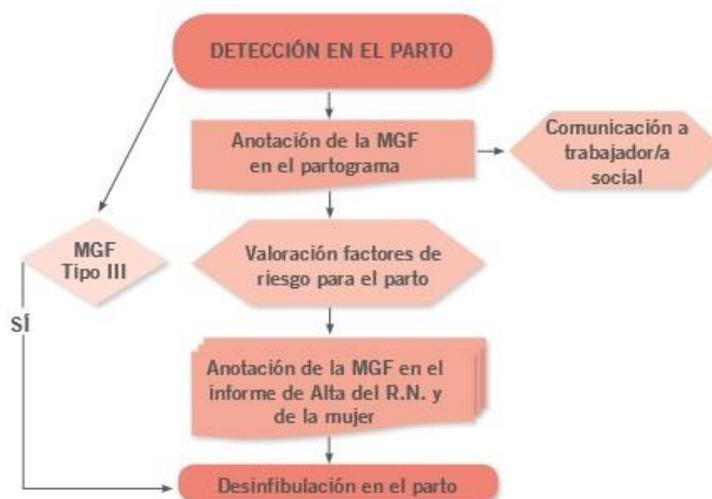
Los estudios publicados difieren en las complicaciones que implica la mutilación de cara al parto. Así, el estudio WHO <sup>(2)</sup> compara los resultados obstétricos obtenidos en mujeres sin mutilar (n=7171), y en mujeres con MGF: MGF I (n=6856), MGF II (n=7771), MGF III (n=6595). En este estudio concluyeron que las mujeres con MGF, especialmente aquéllas a las que se les ha practicado los tipos II y III, presentan mayor riesgo de cesárea, hemorragia postparto, incremento en el número de días de ingreso y necesidad de reanimación a los recién nacidos. Además, afirman que las mujeres que han sido mutiladas, independientemente del tipo de intervención, tienen mayor riesgo una episiotomía y presenten molestias perineales.

Por otra parte, en una revisión sistemática noruega <sup>(3)</sup> realizada en base a 44 estudios previos que incluye cerca de 3 millones de mujeres, de las cuales 70.495 tenían MGF, aseveran que entre las mujeres mutiladas hay mayor incidencia de parto prolongado, parto instrumental, desgarros y hemorragia postparto, siendo mayor la probabilidad cuanto más extensa sea la mutilación. A diferencia del estudio WHO, no hallaron diferencia significativa con las mujeres no mutiladas en lo relevante al riesgo asociado a precisar una cesárea o una episiotomía <sup>(3)</sup>.

Aun cuando la extrapolación de estos resultados a nuestro medio ha de hacerse con cautela, debemos tener en cuentas estas posibles complicaciones en la atención al parto de estas mujeres.

En base a esto, la atención durante el parto debe ser más cuidadosa por nuestra parte. Para ello, lo primero es anotar que la mujer está mutilada en el partograma, valorando los factores de riesgo. Durante la dilatación, se reducirán las exploraciones vaginales al mínimo y, ya en el expulsivo, se valorará la elasticidad vulvar para realizar una episiotomía mediolateral si fuera necesario. Si la mujer tiene una MGF tipo III y no se le ha intervenido antes, se le realiza la desinfibulación.

La MGF debe constar como antecedente en ambos informes de alta, el de la madre y el del recién nacido. Así, el pediatra y el médico de familia tendrán constancia. Antes de darles el alta se avisará al trabajador social del centro para que valore el caso (**Figura 8**).



**Figura 8.** Detección de MGF en el parto.

Fuente: Mutilación Genital Femenina. Guía de Actuaciones Recomendadas en el Sistema Sanitario de Euskadi (2016)

### **Posparto**

En este periodo, las mujeres que han sido mutiladas, tienen mayor incidencia de hemorragia posparto, laceraciones y desgarros <sup>(2) (3) (9)</sup>.

Tras el postparto inmediato tendrán los mismos controles que el resto de las mujeres. Es importante insistir en los cuidados de la episiotomía si se le hubiera realizado o de la reparación del posible desgarro.

También es importante que, como el resto de las púerperas, se ejerciten para recuperar y fortalecer el suelo pélvico. En lo referente a las relaciones sexuales es aconsejable que esperen hasta que hayan cicatrizado los tejidos.

Durante este tiempo es importante ampliar la información dirigida contra la MGF, incluyendo las repercusiones legales, especialmente si el recién nacido es una niña.

#### 4.2.4. Cirugía reconstructiva

La reconstrucción del clítoris es una cirugía que cada vez se realiza con mayor frecuencia. La finalidad es disminuir el dolor durante las relaciones e incrementar el placer sexual femenino de las mismas. Sin embargo, a pesar de lo prometedora que es esta técnica, actualmente las guías desaconsejan su realización al no haber evidencia de un beneficio claro que justifique someter a la mujer a una intervención de estas características <sup>(12)</sup>.

En una revisión sistemática <sup>(1)</sup> donde se analizaron cuatro estudios (1 caso control 2003, Egipto n=147; 1 prospectivo de cohortes 2006, Francia n=453; 1 prospectivo de cohortes 2012 Francia n= 2938; 1 prospectivo de cohortes 2013, Burkina Faso n= 94), se observaron frecuentes complicaciones postquirúrgicas que requirieron de reintervenciones. Además, en la misma revisión, afirman que no hay una diferencia estadísticamente significativa en la percepción de mejora de su vida sexual tras la operación <sup>(1)</sup>.

Estos resultados parecen deberse a que la sexualidad no es algo meramente físico, sino que es un aspecto multifactorial donde participan la bioquímica, la psicología, la antropología y el entorno sociocultural <sup>(5)</sup>. Aspectos como la construcción de la identidad sexual y la autopercepción de la imagen corporal son importantes a la hora de mantener relaciones sexuales. Aunque la cirugía no ha demostrado que su mera realización implique un cambio significativo en la vida sexual de estas mujeres, sí se ha objetivado que dota de una apariencia anatómica de normalidad a los genitales y disminuye los problemas de salud derivados de las complicaciones suscitadas por la MGF.

En cualquier caso, es importante la evaluación psicológica de la mujer antes y después de la operación para que entienda los cambios que se van a producir, tanto estéticos como funcionales, en las relaciones sexuales con su pareja y en los futuros embarazos <sup>(1)</sup>.

En España, la clínica Dexeus (Barcelona) realiza la reconstrucción del clítoris de forma gratuita.

## **5. PREVENCIÓN DE LA MGF**

Nuestro objetivo es evitar que las niñas, hijas de madres con MGF, sean mutiladas. Para ello, es fundamental que los pediatras estén formados en materia de mutilación, qué significa para las familias de las etnias que las practican y cómo poder acceder a ellos sin que se sientan rechazados por sus tradiciones a fin de que confíen en nosotros, nos escuchen y tomen la decisión en consecuencia.

En nuestro medio, generalmente, la prevención en la infancia la vamos a poder desarrollar desde dos vertientes:

- Una recién nacida de la que ya sabemos que su madre fue mutilada porque se recogieron correctamente sus antecedentes.
- Una niña, recién nacida o no, que tiene factores de riesgo.

En ambos casos, el abordaje preventivo va a ser muy similar con la diferencia que, en el segundo caso, tenemos que estar atentos para detectar a esas niñas que tienen algún riesgo y sobre las que no se ha informado ni aplicado planes específicos de sensibilización a sus madres.

Sin embargo, también hay que saber cómo reaccionar ante los casos en los que una niña ya ha sido mutilada.

### **5.1. FACTORES DE RIESGO**

Cuando no tenemos constancia de los antecedentes familiares de MGF de una niña, debemos sospechar en caso de que la menor presente uno o más de los siguientes factores de riesgo:

- Procedencia de una etnia donde se practica la MGF o, en su defecto, cuyo origen sea de un país donde se realiza.
- Antecedentes familiares de mujeres mutiladas. Principalmente su madre y hermanas mayores.
- Postura familiar favorable a la mutilación.

- Pertener a una familia en la que el mito del retorno a su país existe y para los que es importante respetar sus tradiciones a fin de poder reintegrarse en su sociedad de origen
- Proximidad de un viaje al lugar de origen para visitar a sus familiares.

## **5.2. ALGORITMO DE ACTUACIÓN PEDIÁTRICA.**

En todos los casos, cuando una recién nacida llega la consulta le realizaremos el control habitual en el marco del Programa de Salud Infantil con su exploración física pertinente sin ningún tipo de distinción. Es importante evitar actos que puedan interpretarse como segregacionales respecto a una etnia, cultura u origen.

Si en el informe de alta de maternidad de la niña viene recogido que su madre ha sido mutilada, debemos registrarlo debidamente en la historia clínica de la niña. Si no tenemos constancia alguna y la niña presenta factores de riesgo debemos preguntar a los padres con naturalidad y sin emitir juicio alguno.

En los sucesivos controles a lo largo de la vida de la niña se le harán las exploraciones genitales pautadas como a cualquier otra niña. Al igual que con las mujeres adultas, cuando se haya establecido una relación de confianza con los padres y la niña, hablando siempre desde el respeto y la tolerancia, debemos ejercer actividades de prevención frente a la MGF. Entre estas actividades se tiene que averiguar la postura de los padres respecto a la mutilación, desterrar falsos mitos, resolver dudas, enardecer las tradiciones positivas de su cultura e informar de la legislación vigente que se aplica en nuestro país.

En el caso de que la niña no sea recién nacida y no tengamos constancia alguna de si ha sido mutilada, debemos realizar una exploración genital. En el caso de que sus genitales estén indemnes y tenga factores de riesgo, se anotará en la historia clínica, se continuará con las revisiones cuando sea pertinente y, al igual que en el caso anterior, se abordará el tema cuando la relación con la familia lo permita o ante un viaje inminente a su país de origen.

Los viajes a los países de origen suelen ser un punto crítico en este proceso asistencial porque es entonces, durante las visitas a sus familias, cuando las niñas

corren más riesgo. Si tenemos constancia de que dicho viaje se va a realizar debemos de:

1. Informar y sensibilizar a los padres si no lo hemos hecho hasta ahora. Esto incluye hablarles de los riesgos para su hija y las consecuencias físicas, psicológicas, sanitarias que podría tener para ella, así como las repercusiones legales que tendría directamente sobre ellos.
2. Ofrecerles firmar el compromiso preventivo

Si hemos conseguido disuadirles de la idea de practicar la MGF a su hija, reforzaremos esta postura, felicitándolos por la toma de su decisión y ofreciéndoles argumentos a favor. En cualquier caso, recalcaremos la importancia de la firma del compromiso preventivo, alentándolos a que enseñen el documento a sus familiares en caso de que éstos desconfíen y concertaremos una cita para explorar a la niña cuando regresen.

En el caso que se nieguen a firmar el compromiso preventivo o que, a pesar de ello, nuestra sospecha sea alta, coordinándonos con los servicios sociales, debemos dar parte a la fiscalía de menores para que intervengan.

Todas y cada una de las actividades de prevención que realicemos deben constar en la historia clínica de la niña <sup>(9)</sup>(11).

### **5.2.1. Compromiso preventivo**

El compromiso preventivo es un documento que firman los padres de la niña y en el que se comprometen a no realizar la mutilación genital femenina a su hija. El documento por sí sólo carece de valor a efectos legales. Se emplea como medida disuasoria frente a los familiares que presionen para intervenir a la niña. La finalidad es que, mostrando este documento, los padres se acojan al mismo en su lugar de origen y lo empleen como justificación o argumento a favor de su oposición a que su hija sea mutilada.

### **5.2.2. Protocolo post-MGF**

Cuando una niña ha sido mutilada, nuestra forma de actuación variará en función de nuestro conocimiento sobre la situación previa.

Si la niña llega a nuestra consulta ya mutilada, sin haber ningún registro previo en el sistema de salud, debemos averiguar de dónde procede la niña. Puede ser que la niña tenga una historia clínica en otra provincia o comunidad autónoma y que no podamos acceder a la información. Si no podemos afirmar que la niña ha sido mutilada después de su llegada, según la guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi, no se enviará parte de lesiones al juzgado o la fiscalía de menores <sup>(9)</sup>.

Sin embargo, si hay constancia de que esa niña fue explorada con anterioridad y no estaba mutilada en aquél momento y además está registrado que se realizaron las actividades de prevención correctas, el personal sanitario elaborará un parte de lesiones.

Teniendo en cuenta el bien superior de la menor, en el caso de que hubiera un conflicto ético, se puede presentar el caso al Comité de Ética Asistencial correspondiente.

## **5.3. EDUCACIÓN COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN**

### **5.3.1. Actitudes y estrategias**

Para que nuestro trabajo en la prevención sea efectivo debemos conocer la realidad de la práctica de la MGF y el importante significado que tiene para ellos en su cultura, como prueba de valía de la mujer. Esto implica deshacernos de nuestros prejuicios y hacer un ejercicio de empatía que nos permita entender las circunstancias en las que se encuentran estas mujeres <sup>(7)</sup> Debemos transmitir también las leyes que existen, pero asirnos a ellas como único recurso no favorece la consecución de una prevención efectiva, sino que la práctica continúe realizándose clandestinamente.

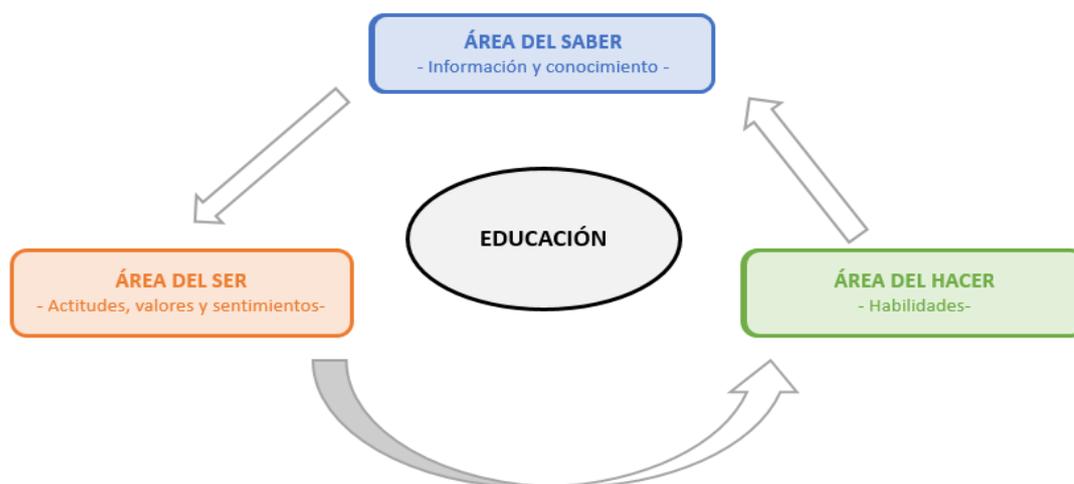
Dejando a un lado una actitud etnocentrista, en la que nuestros preceptos son asumidos como superiores y sus creencias ninguneadas, lo idóneo es acercarse

hablando su propio idioma. Metafórica y literalmente. Estas mujeres a menudo no saben leer ni escribir y tampoco hablan nuestra lengua. Para superar las barreras idiomáticas y culturales podemos optar por mediadores interculturales <sup>(4)(7)(9)</sup>.

No debemos olvidar que, aunque la MGF en nuestro medio es entendida en el marco de los derechos humanos, para estas mujeres es una “zona sensible”. Abordar el tema supone exponer abiertamente una experiencia íntima y dolorosa, cuya importancia es recalcada desde que son muy jóvenes como parte de las enseñanzas transmitidas por las personas mayores, las más respetadas en su comunidad. Se trata de una marca que portan de por vida, que les recuerda su unión a su pueblo y sus creencias, lo que es muy relevante porque son, característicamente, personas muy espirituales.

Por todo ello, la sensibilización es un proceso largo, que requiere de escucha activa y respeto hacia sus ideas y sentimientos. Ellas se encuentran en una posición nada privilegiada por ser mujeres y por ser inmigrantes en un lugar donde las relaciones históricas dominante-dominado las ha posicionado desfavorablemente. Con nuestra actitud tenemos que mostrarnos como un elemento de apoyo sin emisión de juicios morales paralelos.

Desde un punto de vista pedagógico, la educación se basa en tres áreas <sup>(7)</sup> (**Figura 9**). El área del ser, donde se encuentran las actitudes, los valores y los sentimientos; el área del saber, que incluye la información y el conocimiento; el área del hacer que incluye las habilidades.



**Figura 9.** Bases de la educación.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información extraída de *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales* (Kaplan, A. 2010)

Todo ello influye en el proceso de aprendizaje, que se divide en tres etapas:

1. **Conocimiento de la información.** Implica la identificación de experiencias, valores, creencias... y la posterior expresión de su situación conforme a cómo integran toda esa información en la concepción de sí mismas, de sus funciones y de la posición que desempeñan en su familia y su sociedad.
2. **Profundizar.** Incluye desarrollar ideas y conocimientos, analizar esa información y reflexionar sobre el componente emocional de lo que conocen, saben y sienten para reorganizar la información.
3. **Actuar.** En base a los conocimientos adquiridos, responder en consecuencia desarrollando nuevos recursos y habilidades, instruyéndose en la toma de decisiones para plasmarlas en su realidad y aprender a tener una actitud crítica y constructiva respecto a sí mismas y el mundo que las rodea.

Como profesionales, nuestro papel se enfoca en ejercer de guías y no de jueces, ofreciéndoles un espacio donde puedan expresarse libremente y se las trate como a iguales <sup>(4)</sup> <sup>(6)</sup>. Ello implica una actitud tolerante que se base en aceptar a quien tenemos en frente tal y como es, teniendo en cuenta la valía de esa persona y su capacidad de aprender, siendo coherentes con el mensaje que transmitimos. La

empatía resulta fundamental en este proceso asistencial, constituyéndose como la herramienta idónea para identificar los sentimientos ajenos y comprender que, por ser diferentes a los míos, no son mejores ni peores y que, por ello, tanto el juicio como prejuicio no tienen cabida.

### 5.3.2. Desmitificación de creencias

Como parte de la información que les tenemos que proporcionar, aparte de las consecuencias físicas y psicológicas que atañen a la MGF, debemos ir a la raíz. Es decir, desmentir los mitos con los que han crecido y que han servido para perpetuar la mutilación. Para ello debemos contar con buenos argumentos <sup>(4)</sup>.

1. **La imposición religiosa.** En el Corán no hay alusiones explícitas a la MGF, de hecho se les puede sugerir que pregunten a su Imán dónde viene especificado. Lo que si viene escrito es esta frase del profeta: *Cuidad de vuestras hijas y no las hagáis daño.*

Hay que recalcar que es algo cultural, propio de determinadas etnias, indicándoles que hay países musulmanes donde no se realiza la mutilación. También se les puede invitar a la reflexión preguntándoles por qué hay etnias que son africanas y musulmanas donde no se “corta” a las mujeres.

Además, si es algo malo, ¿por qué Dios lo puso en nuestro cuerpo?

2. **Motivos de higiene.** Es conveniente aludir a las personas no mutiladas, mostrándoles imágenes de cómo son los genitales adultos para que vean que no hay nada monstruoso en su desarrollo. Además, señalarles las complicaciones relacionadas con las infecciones que pueden padecer, desmonta el mito de que los genitales son algo sucio *per se*.
3. **Garantiza el bienestar de las niñas, su integración social.** Lo primero es mostrarles las numerosas complicaciones que atañe la intervención e intentar hacerles entender que la salud es primordial, por encima de la tradición y del matrimonio. Este punto puede ser especialmente espinoso, entre otras cosas por la presión familiar. Es habitual que el hombre exija que su futura mujer esté mutilada (de ahí que hacerles partícipe del proceso educativo sea importante), pero tenemos que recalcar que los hombres africanos cada vez empiezan a

reclamar que las mujeres no estén mutiladas porque, el hecho de mantener relaciones sexuales con alguien que no sólo no las disfruta sino que sufre y puede llegar a resistirse, tampoco es placentero para ellos. Aquí entra en juego el conocimiento de la legislación, no tanto para amedrentar, sino para hacer frente a estas presiones familiares si se van a desplazar a su lugar de origen.

4. **El costumbrismo y la tradición.** Hay tradiciones que son beneficiosas para las personas y otras que no. Por eso es mejor centrarse en aquéllas que te hacen crecer como persona y dejar atrás las que vayan en detrimento de la salud de las mujeres.
5. **Estética.** Una vez más, recurrir a las imágenes y el ejemplo de mujeres no mutiladas es útil para que vean cómo es el clítoris y que no alcanza el tamaño del pene. Además, resaltar su función lubricante como característica protectora, ayuda en el proceso.
6. **La moral, el control de la virginidad.** Aquí lo más importante es que comprendan que, para transmitir el valor de la fidelidad a sus parejas, no es necesario dañar los genitales. Mostrarles que la fidelidad es un concepto moral, no una cualidad física. Que puede ser fiel estando *cortada* y no estándolo y que hay mujeres mutiladas que no llegan vírgenes al matrimonio. Cuando una mujer está infibulada, puede requerir una desinfibulación para poder mantener relaciones sexuales y eso supone una fuente de dolor añadido que, de otra manera, no es necesaria. Además, el incremento del placer con su pareja hará que tengan menos necesidad de buscarlo fuera del matrimonio.
7. **La mutilación incrementa el número de hijos.** Si los hijos son un regalo de Dios y nadie tiene voluntad sobre sus designios, la MGF no va a hacer que se tengan más hijos. Para apoyar este argumento, está el hecho de que las continuas infecciones pueden derivar en infertilidad. Además, la mutilación ocasiona más problemas durante el parto. Si nos ponen de ejemplo que las mujeres occidentales tienen menos hijos hay que aclararles que eso no se debe a que sus genitales estén intactos, sino a que usan medidas anticonceptivas.

8. **El corte disminuye la transmisión de enfermedades, el daño al hombre y fortalece la salud del bebé.** Al hilo de lo anterior, mostrarles el aumento de las complicaciones periparto y el aumento de la incidencia de sufrimiento fetal. Asegurar que, por el mecanismo de transmisión de las enfermedades, la MGF no disminuye, sino que en todo caso aumenta el número de casos. Una vez más, mostrarles que las mujeres no mutiladas tienen hijos sanos y no contagian sistemáticamente a sus parejas.
9. **El placer sexual de los hombres se incrementa.** Hay que explicar que el placer sexual deriva de otras prácticas más allá de la penetración. Que hay muchas formas de conocer el cuerpo y de disfrutar en pareja. Los hombres que han estado con una mujer *cortada* y otra que no lo está conocen la diferencia por cómo responde la mujer a los estímulos. Recuperamos el argumento utilizado anteriormente; cuando mantienes relaciones consentidas con una persona que no disfruta, para ti tampoco es placentero al mismo nivel. Es positivo transmitirles que el sexo no sirve simplemente para engendrar hijos, sino que es una forma de comunicación íntima y satisfactoria que sirve para unir más a quienes lo practican, que engloba sentimientos como el cariño y el respeto. Emociones y sentimientos positivos que nos hacen más felices.

### 5.3.3. Recomendaciones a los profesionales

Hemos hablado de la importancia de la escucha activa y empática. Para ello tenemos que entender que se comprende de tres partes: ponernos en su lugar, recoger el mensaje completo (tanto el lenguaje verbal como el no verbal) y hacer que la otra persona vea que hemos comprendido lo que nos quiere transmitir <sup>(7)</sup><sup>(9)</sup>.

Para ello, es recomendable:

- Preparar el espacio. Asegurarnos de que es un entorno adecuado, donde la mujer o la pareja pueden hablar libremente, sin distracciones y minimizando las interrupciones (teléfono, personal del centro, etc.).
- Concretar una hora en la que puedan asistir para facilitar la conciliación familiar y laboral.

- Abordar el tema cuando hayamos establecido una relación de confianza.
- Prever cómo superar la barrera idiomática. Podemos servirnos del cónyuge o de un mediador, pero no es aconsejable usar a los menores como intérpretes.
- Saber de qué estamos hablando y con quién estamos hablando. Por ello nuestra formación en esta materia es importante para legitimar nuestros argumentos y acercar posturas sin ofender a quien tenemos delante.
- Proporcionar información útil, adecuada y dirigida a ellos. No perdernos en tecnicismos, pero sí hacerlos conocedores de las consecuencias en la salud, de la realidad más allá del mito de los grupos de ayuda y de la legislación. Podemos emplear material gráfico si lo creemos necesario o útil para apoyar la explicación.
- Dar espacio al silencio, dejar que se expresen, no cortar su discurso. Responder a sus preguntas, dudas y temores y dar pie a la reflexión.
- No obligar a nadie a hablar sobre el tema. Es mejor posponerlo para otra ocasión en la que se esté más receptivo. El momento en el que debemos indagar más es cuando sepamos que van a realizar un viaje y no se haya hecho antes ninguna pregunta ni se haya puesto en marcha una actividad preventiva.
- Estar preparados para las reacciones que puedan tener ante nuestra intromisión en un tema que, para ellos, es sumamente privado.
- Reforzar positivamente a los padres cuando deciden no someter a su hija a la mutilación. Este refuerzo pasa por felicitarlos, reconocer los aspectos positivos de su cultura y enfatizar que el hecho de que sus hijas se nutran de las tradiciones de ambos lugares resulta enriquecedor para ellas.
- Recalcar la idea de que está en su mano cambiar las bases de su comunidad y construir un mundo más justo, sano y feliz para sus hijos e hijas.

## 6. ESTUDIO DE MGF EN EL HOSPITAL DE BASURTO

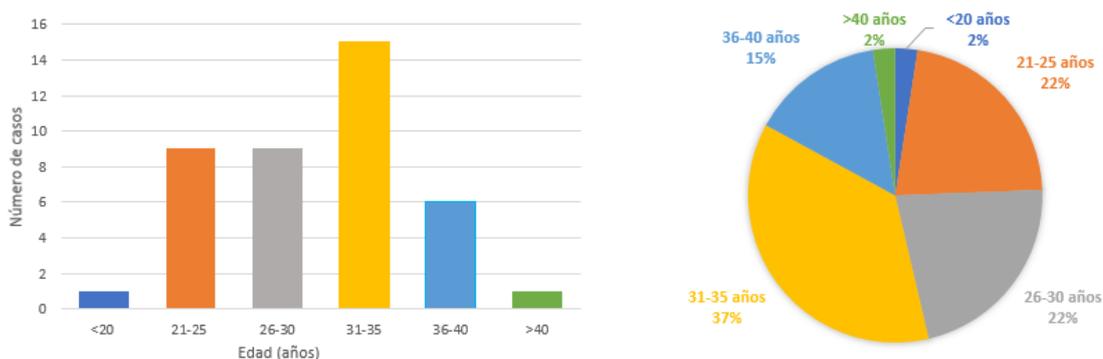
Tras haber mostrado el contexto en el que se realiza la mutilación genital femenina y exponer el protocolo existente en Euskadi para el manejo obstétrico de estas mujeres, en este apartado se refleja el estudio práctico de la MGF realizado para este trabajo.

El objetivo de este estudio es comprobar si la incidencia de las complicaciones derivadas del parto en las mujeres con MGF en nuestro entorno coincide con lo descrito en la bibliografía.

Para la elaboración de este trabajo se tomaron los datos relativos a diferentes variables (previamente fijadas) de las 41 mujeres con MGF que dieron a luz a lo largo del 2016 en el Hospital Universitario Basurto. Esta información se extrajo de los informes de alta de la Unidad de Maternidad. Las variables estudiadas son: la edad de la mujer, el país de origen, el sexo del recién nacido, el tipo de parto, el desgarro y tipo de éste si se hubiera producido, la realización de una episiotomía, los niveles de hemoglobina pre y postparto y los niveles de hematocrito pre y postparto.

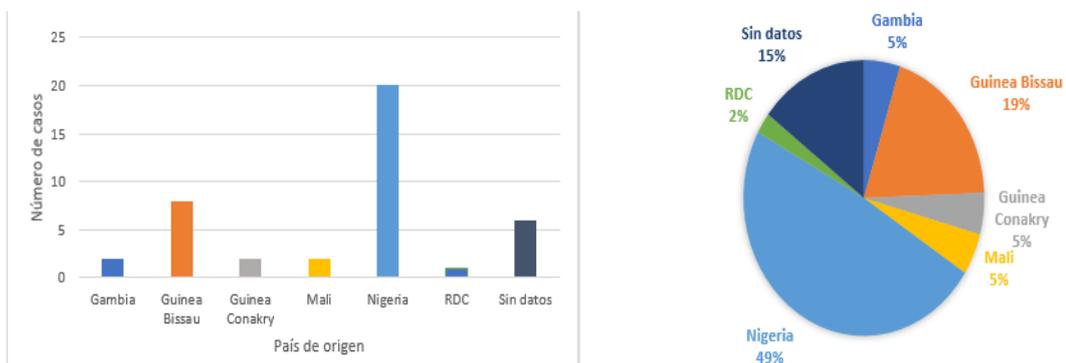
### 6.1. RESULTADOS

#### 6.1.2. Datos generales



**Figura 10.** Edad de las mujeres de parto con MGF en el Hospital de Basurto en 2016.

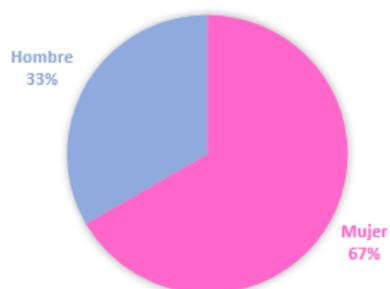
Casi el 60% de las mujeres tenían una edad que oscilaba entre los 25 y los 35 años, siendo la media de edad de 30 años (**Figura 10**).



**Figura 11.** País de origen de las mujeres de parto con MGF en el Hospital de Basurto en 2016.

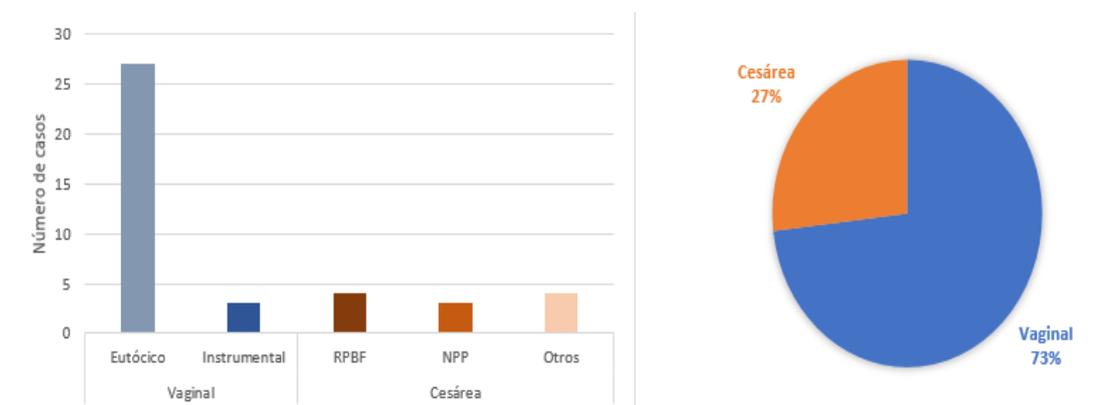
Casi la mitad de las mujeres provenían de Nigeria (49%), siendo Guinea Bissau el segundo país de origen más frecuente (19%) (**Figura 11**).

El 67% de los recién nacidos fueron de sexo femenino, frente al 33% de sexo masculino (**Figura 12**).



**Figura 12.** Sexo de los recién nacidos, hijos de mujeres con MGF, en el Hospital de Basurto en 2016.

### 6.1.2. Resultados obstétricos

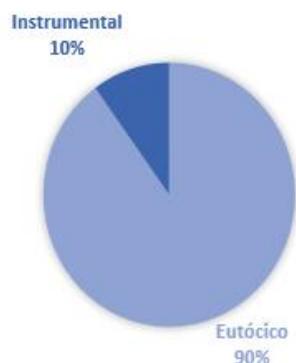


**Figura 13.** Vía de parto de las mujeres con MGF en el Hospital de Basurto en 2016

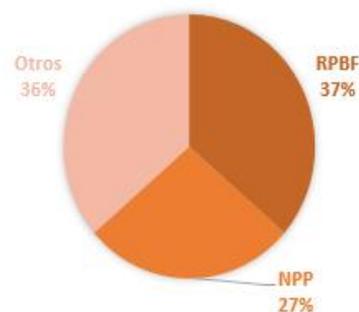
La mayoría de las mujeres tuvieron un parto vaginal (**Figura 13**), de los cuales el 90% fueron eutócicos y sólo el 10% instrumentales (**Figura 14**). De los instrumentales, el 100% fueron mediante ventosa.

La tasa de cesárea fue un 27%. Esta tasa es mayor del doble de la tasa de cesárea de nuestro hospital, que oscila entre un 13-14%. Los motivos de la realización de las cesáreas fueron principalmente riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF) y no progresión de parto (NPP) (**Figura 15**).

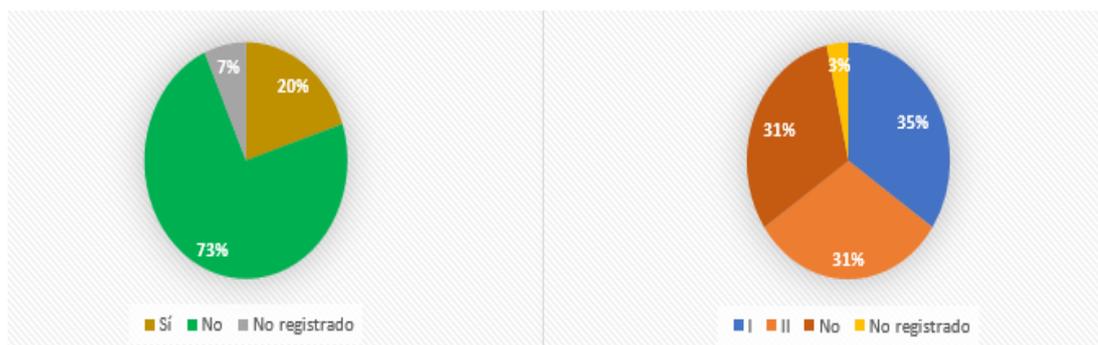
En los partos vaginales, el 72% no precisó de episiotomía (**Figura 16**). En lo referente a los desgarros, no se registró ninguno de significación clínica (desgarro de grado III y IV) (**Figura 17**).



**Figura 14.** Tipos de parto por vía vaginal en mujeres con MGF en Hospital de Basurto en 2016.



**Figura 15.** Causas de realización de cesárea en mujeres con MGF en Hospital de Basurto en 2016.

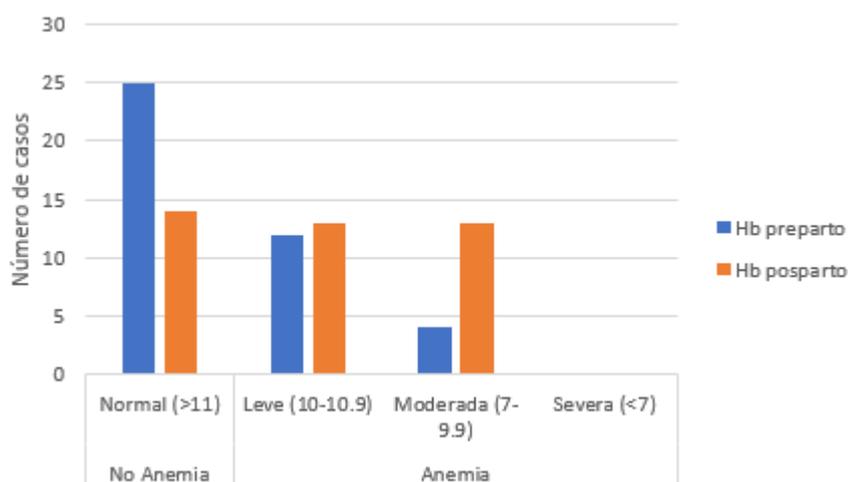


**Figura 16.** Episiotomías realizadas durante el parto en mujeres con MGF en Hospital de Basurto en 2016.

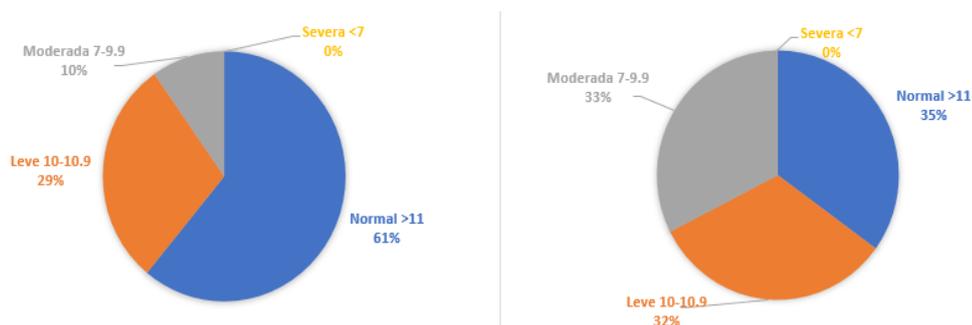
**Figura 17.** Tipo de desgarro presentado durante el parto en mujeres con MGF en Hospital de Basurto en 2016.

En todos los casos se realizó una interconsulta con el servicio de Asistencia Social del Hospital para informar a los padres acerca de la mutilación genital femenina, sus consecuencias y las repercusiones legales que acarrea su práctica, así como para conocer su postura acerca de la práctica y ofrecer formación en prevención de MGF.

La mayoría de las mujeres (61%) presentaba unas cifras de hemoglobina normales para una mujer embarazada antes de dar a luz (**Figuras 18 y 19**). Tras el parto, el 65% de las mujeres presentaba anemia, pero ninguna llegó a alcanzar cifras indicativas de anemia severa (<7 mg/dl) (**Figuras 18 y 19**).

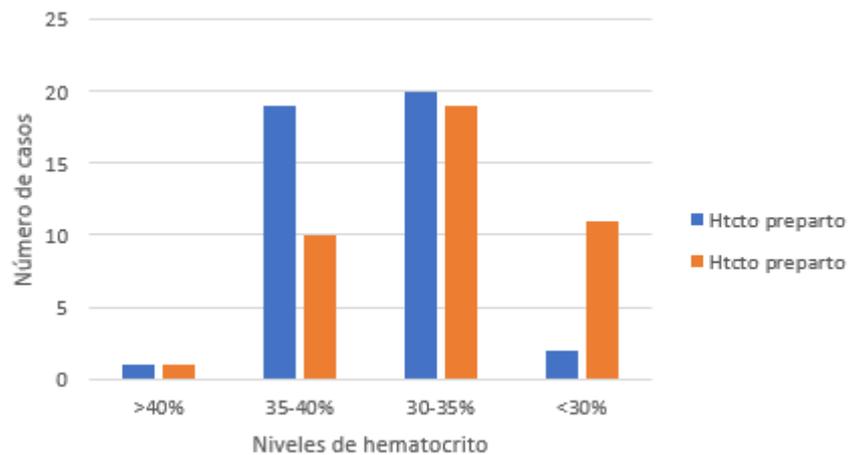


**Figura 18.** Relación de niveles de hemoglobina preparto y postparto en mujeres con MGF en Hospital de Basurto en 2016.

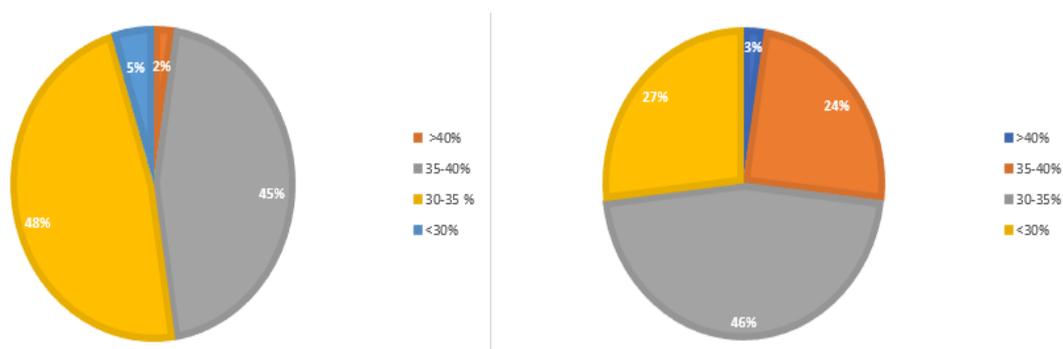


**Figura 19.** Niveles de hemoglobina preparto y postparto en mujeres con MGF en Hospital de Basurto en 2016.

En lo relativo al hematocrito, las cifras son coherentes; mayor porcentaje de mujeres con hematocrito bajo en el postparto que antes del parto. Sin embargo, el porcentaje de mujeres con un hematocrito bajo (<30%) es tan sólo del 3% (**Figuras 20 y 21**).



**Figura 20.** Relación de niveles de hematocrito preparto y postparto en mujeres con MGF en Hospital de Basurto en 2016.



**Figura 21.** Relación de niveles de hematocrito preparto y postparto en mujeres con MGF en Hospital de Basurto en 2016.

## 6.2. DISCUSIÓN

En base a los datos presentados observamos diferentes hallazgos. En primer lugar, el lugar de origen de las parturientas, que en su mayoría provenían de Nigeria y Guinea Bissau. Esto datos son concordantes con los que nos ofrece el censo realizado por el Ayuntamiento de Bilbao, que establece estos dos países como los lugares de origen más prevalentes de las mujeres inmigrantes censadas en esta ciudad.

En lo relativo a la vía de parto, un 27% de las mujeres precisaron cesárea. Este porcentaje duplica la tasa de cesáreas del Hospital de Basurto, que oscila entre el 13 y el 14%. Este dato apoya los resultados citados en la bibliografía (estudio WHO), donde se afirma que las mujeres mutiladas presentan un riesgo mayor de cesárea <sup>(2)</sup>. No obstante, este dato debe tomarse con cautela dado la escasa muestra de nuestro estudio. Estudios más amplios deberán corroborar este hallazgo, descartando posibles factores de confusión no valorados en este estudio.

Por otra parte, determinados resultados de este estudio difieren con lo publicado hasta la fecha. El estudio WHO32 indica que las mujeres mutiladas tienen mayor riesgo de precisar una episiotomía <sup>(2)</sup>. Sin embargo, atendiendo a los datos recogidos entre las parturientas que dieron a luz en el Hospital de Basurto, el 72% de las mujeres cuyo parto fue por vía vaginal no precisó episiotomía, lo que es equiparable a las mujeres no mutiladas. No hubo ningún caso de desgarro con significación clínica (desgarro de grado III y IV), hallazgo que se contrapone a lo referido en la bibliografía <sup>(3)</sup>. Asimismo, la revisión sistemática noruega elaborada por Rigmor Berg y Vigdis Underland <sup>(3)</sup>, afirma que las mujeres con MGF presentan mayor riesgo de parto instrumental. En este estudio se evidencia que el 90% de estas mujeres tuvieron un parto eutócico, siendo el 10% restante instrumentales, finalizados mediante ventosa.

En esta revisión noruega también apuntan a un incremento de la tasa de hemorragia postparto entre las mujeres mutiladas. La definición de hemorragia postparto precoz (HPP) no está consensuada, pero actualmente se acepta como tal un sangrado vaginal mayor de 500 ml tras un parto vaginal, mayor de 1000 ml si se trata de una cesárea o aquella hemorragia que amenace con ocasionar inestabilidad hemodinámica en la parturienta. Clásicamente también se ha etiquetado como HPP a la hemorragia que

implica un descenso de más de un 10% del hematocrito o hemorragia que precisase de transfusión. Entre nuestras pacientes no se objetivó en la historia clínica ningún caso de hemorragia postparto precoz, ni hemorragias tales que precisasen de transfusiones de concentrado de hematíes por hemorragia postparto precoz. Además, en las cifras de hematocrito no hubo ningún caso donde la cifra de hematocrito postparto descendiese más del 10% respecto a la cifra preparto.

Estos datos que, a excepción del incremento en la tasa de cesáreas, podrían extrapolarse a los de las mujeres que dieron a luz sin estar mutiladas, incitan a pensar que el hecho de estar mutilada no es inherente a presentar una complicación en el parto. Esto supone una discordancia plena con lo evidenciado en la bibliografía. Si bien es cierto que, los datos bibliográficos que manejamos provienen, en su mayoría, del continente africano. Estas zonas se caracterizan, en muchas ocasiones, por su déficit en materia de recursos sanitarios y el parto suele realizarse en un entorno no hospitalario, sin personal debidamente cualificado, lo que incrementa la probabilidad de que se produzcan complicaciones.

### **6.3. CONCLUSIONES**

- La mayoría de mujeres con MGF que dieron a luz en el Hospital de Basurto durante 2016 procedían de Nigeria y Guinea Bissau, naciones de las cuales hay mayor número de mujeres inmigrantes con MGF censadas en Bilbao.
- La tasa de cesáreas en mujeres con MGF duplica la de las mujeres no mutiladas en el Hospital de Basurto. Sin embargo, el tamaño de la muestra y eventuales factores de confusión hacen que se deba tomar este hallazgo con cautela. Son necesarios más estudios, con valoración de la tasa de cesáreas en mujeres de raza negra sin MGF, para confirmar este hallazgo.
- Entre las mujeres con MGF la incidencia de los desgarros vaginales y la realización de una episiotomía son equiparables a los mismos parámetros evaluados en mujeres sin mutilar.
- En mujeres mutiladas no hay un incremento del riesgo de hemorragia postparto precoz ni descenso clínicamente significativo en las cifras del hematocrito.

- La atención especializada durante el embarazo y el parto a mujeres con MGF minimiza el riesgo de complicaciones intraparto, logrando que la incidencia de éstas se equipare a la relativa a mujeres sin mutilar.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Abdulcadir J, Rodríguez MI, Say L. A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2015; 129: 93-97.
2. Banks E, Meirik O et al; WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet*. 2006; 367:1835.
3. Berg RC, Underland V. Obstetric consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C). Report from Kunnskapssenteret n°. 6.2013. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2013.
4. Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e intervención. Unión Nacional de Asociaciones Familiares (UNAF); 2013.
5. Hastings Center Report. Seven things to know about Female Surgeries in Africa. 2012.
6. Hodes D, Armitage A, Robinson K, et al. Female genital mutilation in children presenting to a London safeguarding clinic: a case series. *Arch Dis Child*. 2016 Mar; 101(3):212-6. PubMed PMID 26216833.
7. Kaplan A, Moreno J, Pérez Jarauta MJ. Mutilación genital femenina. Manual para profesionales. Barcelona: UAB; 2010.
8. La mutilación genital femenina en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género; 2014.
9. Mutilación genital femenina. Guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco; 2016.
10. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Mutilación genital femenina. Nota descriptiva. Última actualización en febrero de 2017. Citado el 5 de marzo de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>
11. Protocolo Común de actuación sanitaria. Mutilación genital femenina. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.

12. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Female Genital Mutilation and its Management. Green-top Guideline n°53. United Kingdom: NICE; 2015.
13. United Nations Children's Fund. Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern. New York: UNICEF; 2016.