

# Abordaje enfermero de la mutilación genital femenina, sus consecuencias y los conocimientos actuales. Una revisión sistemática exploratoria

Vanessa Díaz-Hernández<sup>a</sup>, María-José Morales-Gázquez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Estudiante del Grado en Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; <sup>b</sup>Profesora Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

## RESUMEN

La Mutilación Genital Femenina (MGF) ha sido durante siglos una violación a los derechos de las mujeres en todo el mundo. Esta práctica, que se continúa realizando en muchos países africanos y asiáticos, supone múltiples consecuencias a la mujer, no solo físicas sino también psíquicas. El objetivo de esta revisión ha sido conocer las consecuencias obstétricas y uroginecológicas en mujeres víctimas de MGF que el personal de enfermería debe tener en cuenta, y, por otra parte, conocer si el personal sanitario tiene los conocimientos y actitudes necesarias para atender a esta población. Para llevarlo a cabo, se ha realizado una revisión sistemática exploratoria siguiendo las normas PRISMA y usando el método SALSA framework, donde se han obtenido 13 artículos relevantes para realizar el estudio tras realizar una lectura crítica empleando el *Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe)*. Con esta se ha observado que, con respecto a las complicaciones obstétricas, las mujeres con MGF presentan mayor riesgo de cesáreas intraparto y realización de episiotomía, ya que se ha observado que hay sufrimiento fetal. A nivel urológico, estas pacientes son tendentes a infecciones del tracto urinario y a sufrir incontinencia urinaria. Por otro lado, los conocimientos por parte del personal sanitario en los diferentes países son deficientes, a pesar de que muchos aseguran haber atendido a uno o más casos de MGF. Se ha destacado la necesidad de aumentar la investigación para paliar las consecuencias de la MGF, ya que los flujos migratorios provenientes de países con alto riesgo de MGF han aumentado, y el personal sanitario debe saber atenderla y prevenirla.

**Palabras clave:** circuncisión femenina, enfermería, obstetricia, urología, ginecología, complicaciones del embarazo.

## 1. INTRODUCCIÓN

Durante siglos la violencia de género ha tenido múltiples formas de llevarse a cabo, tanto de manera verbal como de manera física. Una de estas formas de violencia hacia el género femenino es la práctica de la Mutilación Genital Femenina (MGF), práctica heredada durante generaciones donde se violan los derechos fundamentales de mujeres y niñas, afectando su salud física y mental<sup>1</sup>.

Esta práctica, considerada una tradición, se define como un procedimiento que se lleva a cabo, generalmente, en niñas entre 0 a 14 años y, en ocasiones, en mujeres adultas, donde se lesiona de manera no terapéutica los órganos genitales femeninos. Se relaciona con temas religiosos, con la pureza de la mujer, siendo un requisito para el matrimonio, la iniciación a la edad adulta, e incluso, que beneficiará en su salud. En resumen, se trata de un procedimiento de control sobre el cuerpo y la sexualidad de la mujer<sup>2</sup>.

En los últimos años, los movimientos migratorios provenientes de África a costas canarias se han intensificado, así como, la llegada de mujeres víctimas de la MGF en toda su tipología. Es por ello, la importancia del aprendizaje del personal sanitario a la hora de detectar, actuar y prevenir sobre las víctimas de esta mutilación, en especial en el ámbito obstétrico-ginecológico<sup>2</sup>.

Se han clasificado cuatro tipos diferentes de MGF dependiendo de los tejidos extraídos o dañados. A su vez, con el tiempo de estudio en el tema y teniendo en cuenta el grado de gravedad y los riesgos en la salud, estos cuatro tipos se han subdividido<sup>1,2</sup>.

- Tipo I: en este tipo de MGF se ven implicados el clítoris y/o el prepucio de forma total o parcial. Se puede llevar a cabo una circuncisión, donde se realiza una extirpación del prepucio del clítoris (tipo Ia), y/o una extirpación de ambos, llamada clitoridectomía (tipo Ib).
- Tipo II: se realiza una clitoridectomía total o parcial y corte de labios menores, pudiéndose incluir también los labios mayores (escisión). El tipo IIa, consiste en la amputación de los labios menores exclusivamente. Cuando se realiza la clitoridectomía unida al tipo anterior, hablaríamos del tipo IIb. Y si, se produce una resección a su vez de los labios mayores, tratamos con un tipo IIc.

- Tipo III: se trata del más agresivo. Se realiza un recolocación de los labios menores (tipo IIIa) y/o de los labios mayores (tipo IIIb), con el fin de estrechar o sellar la abertura vaginal, dejando una orificio para la salida de la orina y de la menstruación. Puede ser con o sin clitoridectomía.  
A este proceso se le llama infibulación. Por el contrario, la desinfibulación se trata del corte para reabrir la abertura vaginal. Este procedimiento se suele llevar a cabo en la noche de bodas para llevar a cabo el acto sexual, aunque también, dependiendo del orificio que se haya dejado en la infibulación se puede realizar a la hora del parto o para mejorar la salud de la mujer.  
En algunas ocasiones, tras la desinfibulación, algunas mujeres son sometidas nuevamente a una infibulación, donde se vuelve a suturar la abertura vaginal.
- Tipo IV: conjunto de resto de prácticas donde se lesionan los órganos genitales femeninos, tales como punciones, cauterización genital o incisiones, entre otras.

Esta práctica se lleva a cabo, principalmente, en el continente africano, aunque países pertenecientes al continente asiático y americano también realizan la ablación femenina<sup>3</sup>. En cuanto al continente africano, hablamos de alrededor de 30 países ubicados mayormente en zona subsahariana. Entre ellos, Egipto, Sudán, Mali y Somalia, son algunos donde la prevalencia es mayor. Al igual, Omán, Emiratos Árabes Unidos y Yemen, como países del Oriente Medio, e Irak, Irán y Jordania, de la zona sudeste son algunos de los países donde se realiza la MGF en el continente asiático. Por otra parte, encontramos varios grupos étnicos que realizan esta práctica en Europa del Este y América del Sur<sup>2,3</sup>.

Con el aumento de la migración debido a las crisis producidas en países africanos, la MGF ha pasado de ser algo cultural en algunos países a convertirse en un problema a nivel mundial. Tanto es así, que muchos países, como es el caso de España, han comenzado a elaborar intervenciones y actuaciones para placar las consecuencias de la MGF y prevenirla en las futuras generaciones<sup>2</sup>.

Con los años, la migración a países desarrollados, que tienen por delito la realización de la ablación femenina, y los cambios en las creencias religiosas, las víctimas de MGF han disminuido, pero, a pesar de ello, siguen siendo alrededor de 130 millones de niñas y mujeres las que son sometidas a esta práctica. Además, se estima que cada año en torno a 2 millones de niñas tienen riesgo de que se les realice dicha tradición<sup>2</sup>.

En España, se han redactado múltiples documentos, protocolos de actuación y estudios, dirigidos a los servicios sanitarios con el fin de que estos sepan cómo actuar ante los casos de MGF. Destacamos el “Protocolo para la prevención y actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la Región de Murcia”<sup>4</sup> y el documento elaborado por el Servicio Canario de Salud<sup>1</sup>: “Atención gineco-obstétrica a la mujer gestante y puérpera en procesos migratorios”. Ambos documentos han sido empleados para la realización de esta revisión.

Cabe destacar la importancia de la realización de estudios acerca de la actuación ante casos de mujeres víctimas de la MGF, tanto como la prevención de futuros casos en niñas de riesgo. Además, el aumento de la migración procedente de estas culturas implica que los profesionales sanitarios del país sean conscientes de en qué consiste, las consecuencias y cómo tratar a este tipo de pacientes.

Con esta revisión se busca conocer las consecuencias de la realización de la mutilación genital en mujeres, concretamente en el ámbito obstétrico y el uroginecológicas, que el personal de enfermería puede encontrar al trabajar con este grupo de pacientes, así como conocer su implicaciones. Para llegar a cumplir los objetivos planteados, se realizó una revisión bibliográfica “¿que respondiera a la pregunta qué consecuencias obstétricas y uroginecológicas debe tener en cuenta el personal de enfermería en pacientes víctimas de MGF?”

## 2. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión sistemática exploratoria empleando las normas PRISMA ScR<sup>5</sup> (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR Checklist)) para estructurar la presentación del informe de búsqueda. Se ha basado en el marco de trabajo SALSA<sup>6</sup> (Search, Appraisal, Synthesis y Analysis) para realizar la organización del trabajo. Este framework permitió agrupar las acciones en cuatro grandes fases. Una primera fase o fase de búsqueda, donde se agruparon los aspectos relacionados con la búsqueda, realizada entre los meses de enero y marzo del año 2023, lo que implicó: creación de la pregunta de investigación, extracción de las palabras clave y los DeCS y MeSH correspondientes, selección de las bases de datos y/o motores de búsqueda y establecimiento de los criterios de inclusión y de exclusión, como, por ejemplo, criterios de inclusión de artículos en español e inglés y con una antigüedad de máximo 5 años (2018-2023). Tras esto se llevó a cabo la búsqueda con acceso a las diferentes bases de datos seleccionadas, utilizando diferentes fórmulas de búsqueda según Tesauro y con un proceso de cribado. Un ejemplo de fórmula realizada en la base de datos Web of Science, de la que se obtuvieron 7 resultados es: “Female circumcision AND complications AND nurse”.

Se ha empleado el servicio de la biblioteca digital de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria que ha garantizado el acceso a todos los documentos. Las bases de datos consultadas fueron las siguientes: Faro, Web of Science. Asimismo, se buscó en motores de búsqueda como Pubmed. En la búsqueda he empleado los operadores booleanos AND y NOT. Los Descriptores en Ciencias de la Salud - DeCS, empleados fueron: mutilación genital femenina, matrona, complicaciones, obstétrica, ginecología. Las palabras que se emplearon para obtener resultados en inglés MeSH, fueron: nursing care, female circumcision, midwifery, complications, obstetric, nurse, male, urology. En una segunda fase o fase de evaluación, se seleccionaron los documentos a partir de las búsquedas en las bases de datos mencionadas anteriormente y la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se llevó a cabo una evaluación de la calidad metodológica de los artículos seleccionados, con el fin de garantizar la calidad metodológica de los artículos por el fundamento que estos pueden aportar a las conclusiones de esta revisión. Para ello, se ha empleado una plantilla de evaluación calificada, denominada el método *Critical Appraisal Skills Progame Español (CASPe)*<sup>7</sup>. En la tercera fase o fase de síntesis, los artículos definitivos tras una lectura crítica se resumieron y se agruparon en forma de resultados que se presentan en la Tabla 1. Y, por último, en la cuarta fase o fase de análisis, se empleó un análisis temático inductivo con el fin de analizar los documentos seleccionados.

### 3. RESULTADOS

Se ha realizado una elaboración propia de un diagrama de flujo basándose en las normas PRISMA, con el fin de plasmar la identificación, cribado e inclusión de los artículos a lo largo de la búsqueda bibliográfica.

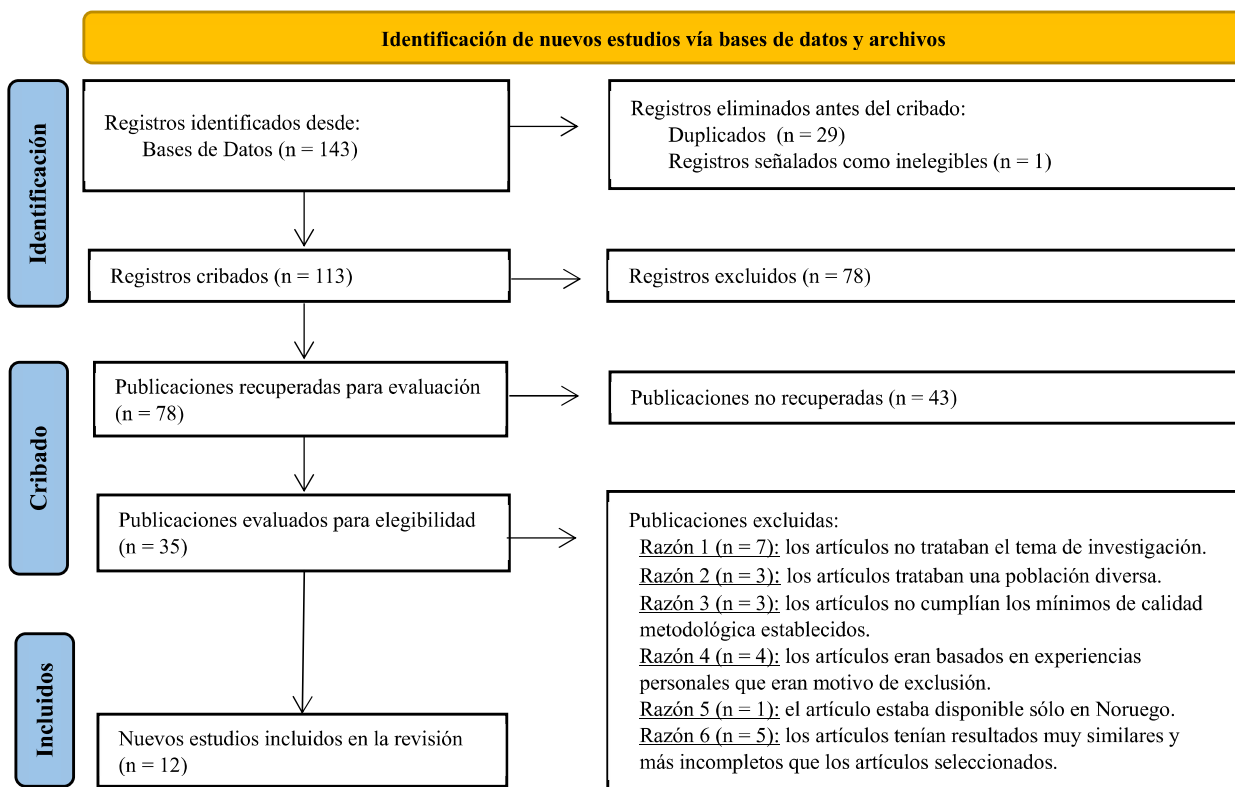


Figura 1. Flujograma de PRISMA<sup>8</sup>

A continuación, se muestra una tabla donde se reflejan los 13 artículos seleccionados, de los cuales 5 son estudios de cohorte, 4 estudios transversales, 1 estudio fenomenológico, 1 caso-control y 1 revisión bibliográfica. Esta última se han empleado debido a la necesidad de completar la información de los estudios empleado

**Tabla 1.** Resumen de artículos de investigación seleccionados

AUTORES	TIPO DE ESTUDIO	ÁMBITO	OBJETIVOS	RESULTADOS
Yassin K (2018) <sup>9</sup>	Estudio observacional, analítico y de cohorte prospectivo.	Zona urbana. Ámbito hospitalario. Sudán, África	Evaluar el grado de riesgo a sufrir MGF y el grado de esta, y determinar si el deterioro sexual está relacionado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El 67,8% de las mujeres del estudio tenían MGF tipo 3 y el resto MGF tipo 1.</li> <li>El 76% sufrieron dispareunia como consecuencia sexual.</li> <li>En cuanto a la primera relación sexual, un 30,4% necesitó cirugía para liberar los labios y un 35,2 tuvo episodio de sangrado tras la relación. Asimismo, el 35,2% tuvieron una disminución de la libido y el 40,9% una disminución de la satisfacción sexual.</li> </ul>
			Determinar la conexión entre la MGF y las consecuencias en parto, tras llevar un registro de las pacientes desde el ingreso hasta 6 semanas después del parto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Al 76,5% de las pacientes se les realizó episiotomía y un 26,2 sufrieron infecciones debido a la herida de esta.</li> <li>Un 2,2% experimentaron hemorragias obstétricas.</li> <li>El 61,7% mostraron problemas a la hora de realizar el examen cervical.</li> <li>Al 57,8% se le realizó la desinfibulación durante el segundo periodo del parto.</li> <li>Las consecuencias no variaron significativamente dependiendo del tipo de MGF.</li> </ul>
González A (2021) <sup>10</sup>	Estudio observacional, analítico, fenomenológico cualitativo.	Valencia, España.	Examinar casos de mujeres víctimas de MGF en sus países de origen y que, actualmente, residen en países europeos, determinando las consecuencias de esta y evaluando la asistencia sanitaria recibida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las mujeres del estudio dieron mayor relevancia a las consecuencias ginecológicas, urinarias y obstétricas. Además, destacaron consecuencias en su sexualidad y consecuencias a nivel psicológico.</li> <li>Demonstraron la necesidad de formación y protocolos para atender adecuadamente a las pacientes con MGF.</li> </ul>
Taraldsen S (2021) <sup>11</sup>	Estudio observacional, analítico y de cohorte.	Zona urbana. Noruega	Evaluar la relación entre la MGF y el riesgo de cesárea en parturientas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las mujeres sin MGF presentaron mayor riesgo de cesárea que las mujeres con MGF tipo III.</li> <li>Entre las mujeres con MGF aproximadamente en el 50% de los partos hubo sufrimiento fetal.</li> <li>A un 28% de los partos se les realizó cesárea.</li> <li>Un 92,9% fue la proporción de la necesidad de realizar operaciones de manera urgente.</li> </ul>
			Evaluar si el momento de la realización de la desinfibulación afectaba al riesgo de cesárea.	Las mujeres sin desinfibulación previa al parto presentaron menor riesgo de cesárea en comparación con las mujeres a las que se les realizó antes o durante el embarazo.
Gombau L (2022) <sup>12</sup>	Estudio observacional, descriptivo y transversal	Zona urbana. Murcia, España.	Enumerar y comparar las complicaciones durante el trabajo de parto en mujeres provenientes de países donde se practica la MGF con los partos de mujeres españolas.	En comparación con las mujeres españolas, las mujeres con MGF presentaban en mayores porcentajes cesáreas intraparto y de emergencia, hemorragias y necesidad de episiotomía, entre otros. Además, en los partos con MGF presentaban mayor riesgo de sufrimiento fetal.
Eshraghi B (2022) <sup>13</sup>	Estudio observacional, analítico y de cohorte.	Zona urbana. Suecia.	Evaluar la relación entre mujeres primíparas víctimas de MGF y sin ella que hayan tenido su parto en Suecia, con el riesgo de sufrir lesión obstétrica del esfínter anal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las mujeres con MGF sufrieron en mayor medida partos instrumentales y episiotomía.</li> <li>Las mujeres con MGF tenían en mayor medida en comparación con las mujeres sin MGF, lesiones obstétricas del esfínter anal.</li> </ul>
Gebremiche al K (2018) <sup>14</sup>	Estudio observacional, analítico y de cohorte.	Zona urbana. Ámbito hospitalario. Etiopía, África.	Demostrar que las víctimas de MGF tienen mayor riesgo de sufrir múltiples consecuencias durante el parto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las mujeres con MGF tipo I y II sufren menos consecuencias que las que tienen MGF tipo III.</li> <li>La MGF tipo II y III se asocian con mayor frecuencia a desgarros perineales.</li> <li>La MGF tipo III supone en más casos trabajo de parto prolongado en el segundo periodo, una puntuación de APGAR menor de 7, la necesidad de cesárea de emergencia y hemorragias posparto.</li> </ul>

AUTORES	TIPO DE ESTUDIO	ÁMBITO	OBJETIVOS	RESULTADOS
Bellizzi S (2020) <sup>15</sup>	Estudio observacional, analítico y de caso-control.	Zonas rurales. Mali, África.	Determinar la relación entre la aparición de eclampsia en mujeres embarazadas con MGF y el tipo de esta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El 10,2% de las mujeres seleccionadas en el estudio sufrían MGF tipo III.</li> <li>- El 5,9% del total indicaron sufrir signos y síntomas de eclampsia.</li> <li>- La eclampsia se asoció a MGF tipo III.</li> </ul>
Moreau C (2020) <sup>16</sup>	Estudio analítico, revisión bibliográfica sistemática y metaanálisis.	Paris, Francia	Identificar las complicaciones maternas y perinatales en pacientes con MGF. Evaluar la diferencia de riesgos entre Europa y África.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En Europa, las mujeres primíparas tenían mayor riesgo de cesárea y episiotomía.</li> <li>- En África, la consecuencia más común fue la hemorragia posparto.</li> <li>- En ambos ámbitos, las consecuencias más significativas en partos de mujeres con MGF fueron partos instrumentales o cesárea, episiotomía, hemorragia posparto, laceración perineal, Test de Apgar con puntaje bajo y aborto espontáneo.</li> </ul>
Kulaksiz D (2021) <sup>17</sup>	Estudio observacional, analítico y de cohorte prospectivo.	Zona urbana. Ámbito hospitalario. Somalia, África.	Evaluar y comparar los partos y sus complicaciones en mujeres con MGF y sin ella. Analizar la necesidad de cuidados intensivos en recién nacidos, debido puntuaciones bajas en el test de APGAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las pacientes con MGF sufrieron en mayores medidas obstrucción en canal de parto, necesidad de cesárea y desgarres perineales comparado con las mujeres sin MGF.</li> <li>- Los niños nacidos de mujeres con MGF tenían el doble de riesgo de tener APGAR menor de 7, y por tanto, necesitar cuidados intensivos.</li> </ul>
Binkova A (2021) <sup>18</sup>	Estudio observacional, descriptivo y transversal.	Zona urbana. Ámbito hospitalario. Geneva, Suiza.	Determinar síntomas psicosexuales en mujeres víctimas de MGF y evaluar los síntomas de la MGF en relación al suelo pélvico y uroginecológicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las mujeres con puntuajes altos en relación a la sintomatología de problemas en el suelo pélvico eran mujeres que tenían MGF de más de 10 años y nulíparas, entre otras características.</li> <li>- La MGF, destacando la infibulación (tipo III), mostraban afecciones en tracto urinario, debido a la cicatrización y al cambio fisiológico, que provocaban incontinencia urinaria, entre otras.</li> </ul>
González A (2018) <sup>19</sup>	Estudio observacional, descriptivo y transversal.	Atención primaria. Valencia, España	Evaluar la información, conocimientos prácticos y actitudes que poseen el personal sanitario de un área de salud a nivel de Atención Primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menos del 5% de los sanitarios han atendido un caso de MGF.</li> <li>- El 21,8% asegura haber trabajado con población de riesgo.</li> <li>- Alrededor del 15% de los profesionales ha recibido formación para la atención a víctimas de MGF, pero, de ellos, sólo el 22,7% seleccionó el tipo de MGF de forma correcta.</li> <li>- El 6,9% de los profesionales, dijo conocer algún protocolo de actuación de MGF, siendo matronas, pediatras y trabajadores sociales los profesionales más sensibilizados.</li> </ul>
Sánchez E (2019) <sup>20</sup>	Estudio observacional, descriptivo y transversal.	Zona urbana. Todos los ámbitos sanitarios. España	Determinar la necesidad de formación con respecto a la MGF tras evaluar los conocimientos y experiencias de los profesionales de la salud y el estudiantado de Enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El 1,6% de los participantes habían atendido algún caso de MGF.</li> <li>- Más del 80% aseguró tener conocimientos sobre la MGF, pero disminuyó tras la realización de cuestiones sobre el tema.</li> <li>- Más del 80% de los participantes desconocían la existencia de protocolos de actuación ante la MGF.</li> </ul>

## 4. DISCUSIÓN

El análisis de los artículos seleccionados ha permitido identificar diferentes tipos de consecuencias obstétricas y uroginecológicas que afectan a mujeres víctimas de MGF, así como, a sus bebés durante y después del embarazo. Además, por otra parte, también se ha podido obtener información mediante los artículos revisados sobre los conocimientos del personal de enfermería y sus estudiantes.

*Complicaciones obstétricas:* en el estudio de Yassin et al.<sup>9</sup>, tras tomar un grupo con mujeres con MGF y sin ella, con edades y características sociodemográficas similares, destacó la mayor prevalencia de complicaciones obstétricas y consecuencias a nivel sexual en las mujeres con MGF, que son comunes en la mayor parte de los estudios revisados. Las complicaciones obstétricas más comunes encontradas en este estudio fueron: la necesidad de episiotomía durante el trabajo de parto (76,5% en mujeres con MGF y 30% en mujeres sin MGF), dificultades durante el examen de cérvix (61,7% en mujeres con MGF y 18,4% en mujeres sin MGF) y, sólo en el caso de mujeres con MGF, se les debió realizar la desinfibulación en el segundo período de parto (57,8%). Además, la realización de la episiotomía, en algunos casos, causaba una infección de esta herida (26,5% en mujeres con MGF y 1,1% en mujeres sin MGF).

Asimismo, se nombran varias consecuencias obstétricas donde se destacaban la alta prevalencia de cesárea, en muchos casos de emergencia debido a la asfixia neonatal; lesiones obstétricas del esfínter anal<sup>13</sup>, desgarros perineales, esterilidad, alto riesgo de infección, partos prematuros, abortos espontáneos y hemorragias posparto, que podían llegar a provocar la muerte materna<sup>10,12,16,17</sup>.

*Respecto al neonato*, se ha observado un riesgo de distocia de hombros<sup>10</sup>, sufrimiento fetal<sup>12</sup>, una puntuación de Apgar baja, que hará que el bebé necesite cuidados críticos e incluso podría provocar la muerte<sup>10,17</sup>. Además, la MGF se ha determinado por la OMS como una causa prevenible de muerte fetal previa a 28 semanas, denominada mortinatalidad<sup>17</sup>.

*Consecuencias sexuales en mujeres con MGF:* se ha destacado bajo deseo sexual, bajo nivel de satisfacción sexual (anorgasmia), así como, relaciones sexuales doloras (dispareunia)<sup>9</sup>. Por otra parte, un estudio de Gonzalez<sup>10</sup>, además de nombrar las consecuencias sexuales anteriores, se observaron problemas durante la menstruación de dolores severos y frecuentes (dismenorrea).

A la hora de hablar sobre los tipos de MGF, según Taraldsen<sup>11</sup>, la tipología no influye en el riesgo de complicaciones obstétricas, pero sí que señala que las mujeres nulíparas sufrían mayores complicaciones en el parto, posiblemente debido a la desinfibulación tras un primer parto. Aunque, por el contrario, Gebremicheal K. et al<sup>14</sup>, asociaron significativamente la MGF tipo III ha un mayor número de complicaciones obstétricas, tales como una segunda etapa de parto prolongado, realización de cesárea de emergencia, hemorragias posparto y unos bebés con una puntuación de Apgar <7. De igual forma, relacionaron la MGF del tipo II y III con mayor riesgo de desgarro perineal<sup>14</sup>. Además, Bellizi et al<sup>15</sup>, han asociado directamente los casos de MGF tipo III o infibulación con la eclampsia asociada, que pasa a ser un factor de riesgo en la mortalidad materna intraparto y parto prematuro que aumenta el riesgo de muerte neonatal<sup>15</sup>.

Por otra parte, en algunos estudios se ha nombrado el hecho de la realización de la desinfibulación previo al momento del parto<sup>10</sup>, en el estudio de Taraldsen<sup>11</sup> se observó que esta desinfibulación antes o durante el embarazo disminuía en un 36% el riesgo de llevar a cabo una cesárea.

Otra consecuencia percibida por uno de los estudios revisados se basaba en incidencias en el suelo pélvico, destacando un mayor riesgo de este en mujeres con MGF nulíparas<sup>18</sup>.

*Consecuencias urológicas:* las más destacadas son la disuria, más frecuente en las primeras micciones tras la realización de la MGF, que produce un dolor intenso a la mujer, e infecciones en el tracto urinario muy frecuentes desde el momento de la mutilación<sup>10,18</sup>. Esta última, se ha relacionado con la MGF del tipo III, la cual tras la realización de la infibulación se puede producir una obstrucción del tracto urinario que conlleva a vejiga hiperactiva e incontinencia urinaria. Se observó que, tras un primer parto vaginal, donde se realizó la desinfibulación, las consecuencias genitourinarias disminuían o incluso se resolvían<sup>18</sup>.

*Con respecto a los conocimientos en el personal sanitario*, en gran parte de los artículos revisados se ha determinado la falta de conocimientos. Se debe destacar la importancia de la formación del personal de enfermería y los estudiantes de esta, no solo para conocer el protocolo de actuación, cómo detectar casos de MGF, así como el tipo de MGF, y cómo prevenirlos, sino también para adoptar actitudes adecuadas a la hora de tratar con este tipo de pacientes, tales como aportar información sobre la MGF a las víctimas y familiares, ya que muchas de ellas han mostrado falta de conocimientos sobre lo que se les ha realizado y de lo que conlleva a nivel de su salud<sup>19</sup>.

Muchos de los sanitarios encuestados en el estudio de González, sobrevaloraron sus conocimientos. Sólo menos de un cuarto de los encuestados conocían los tipos de MGF y menos de un décimo distinguieron dónde se realiza esta práctica. Los profesionales sanitarios con mayores conocimientos fueron matronas, pediatras y ginecólogos<sup>19</sup>.

En España, existen varios protocolos de actuación ante los casos de MGF orientada a que los profesionales sanitarios actúen de manera adecuada, pero es un bajo porcentaje de sanitarios el que ha afirmado conocerlos<sup>20</sup>. Es por ello, que cabe destacar, no solo la necesidad de elaboración de nuevos y actualizados protocolos de actuación, sino de su respectiva difusión a todo el personal sanitario de cualquier ámbito de la salud.

## 5. CONCLUSIONES

Se puede concluir que:

1. Todos los tipos de MGF han presentado mayor riesgo de complicaciones obstétricas y uroginecológicas.
2. La tipología de la MGF influye en la gravedad y frecuencia de las complicaciones obstétricas.
3. Se ha observado que la nuliparidad y el momento de desinfibulación podrían aumentar el riesgo de complicaciones obstétricas intraparto.
4. En el caso de las complicaciones obstétricas, las mujeres con MGF presentan el doble e incluso el triple de riesgo que mujeres sin MGF, y que estas complicaciones se pueden alargar al parto.
5. Los bebés de mujeres con MGF tienen mayor riesgo de tener puntaje APGAR menor de 7, y, por tanto, mayor riesgo de necesitar cuidados intensivos.
6. Existe una gran falta de conocimientos por parte del personal sanitario.
7. Los profesionales con mayores conocimientos acerca de la MGF han sido matronas, pediatras y trabajadores sociales, siendo las matronas las profesionales que más demostraron conocer los tipos, los países de mayor riesgo de MGF y su detección precoz.

## REFERENCIAS

- [1] Atención ginecoobstétrica a la mujer gestante y puérpera en procesos migratorios [Internet]. Gobierno de Canarias. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/f6cbe4b3-ab55-11ec-95aa-ef55e207d918/AtencionGestantesMigrantes.pdf>
- [2] La mutilación genital femenina en España [Internet]. Gobierno de España. Disponible en: [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/pdfs/Estudio\\_MGF.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/pdfs/Estudio_MGF.pdf)
- [3] Kaplan A, Fàbregas JC, Roca D, Fernández M, Río D, Lacambra G, et al. Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria [Internet]. Zehar.eus. Disponible en: [https://zehar.eus/wp-content/uploads/2013/02/mgf\\_atencion\\_primaria.pdf](https://zehar.eus/wp-content/uploads/2013/02/mgf_atencion_primaria.pdf)
- [4] Molina M, Rodríguez E, Brando I, Morales R, Bastida E, et al. Protocolo para la prevención y actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la región de Murcia [Internet]. Gobierno de España. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/MURCIA2017Protocolo.pdf>
- [5] Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018; 169: 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- [6] Codina L. Revisiones de la literatura y cómo llevarlas a cabo con garantías: systematic reviews y SALSA Framework. Lluís Codina [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.lluiscodina.com/revisio-sistemica-salsa-framework/>
- [7] Cabello J. CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier. 2015. Disponible en: <https://redcaspe.org>
- [8] Haddaway N, Page M, Pritchard C, McGuinness L. PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis Campbell Systematic Reviews. 2022;18. <https://doi.org/10.1002/cl2.1230>
- [9] Yassin K, Idris HA, Ali AA. Characteristics of female sexual dysfunctions and obstetric complications related to female genital mutilation in Omdurman maternity hospital, Sudan. *Reproductive Health* [Internet]. 2018;15:1. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=127183573&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- [10] González A, González M, Cano A, Ruiz V. Female Genital Mutilation Consequences and Healthcare Received among Migrant Women: A Phenomenological Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2021. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137195>
- [11] Taraldsen S, Vangen S, Øian P, Sørbye IK. Female genital mutilation/cutting, timing of deinfibulation, and risk of cesarean section. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* [Internet]. 2021;100(4):587-95. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=33719034&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- [12] Gombau L, Almansa P, Suarez M, Molina A, Leal C y Jiménez I. Obstetric Complications in Women from Sub-Saharan Africa—A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2022; 19. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610101>



- [13] Eshraghi B, Hermansson J, Berggren V y Marions L. Risk of obstetric anal sphincter tear among primiparous women with a history of female genital mutilation, giving birth in Sweden. PLoS ONE [Internet]. Diciembre 2022;17(12):1-13. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=161086171&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- [14] Gebremicheal K, Alemseged E, Ewunetu H, Tolossa D, Ma'alin A, Yewondwessen M, et al. Sequela of female genital mutilation on birth outcomes in Jijiga town, Ethiopian Somali region: a prospective cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. 2018;18(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1937-4>
- [15] Bellizzi S, Say L, Rashidian A, Boulvain M, Abdulcadir J. Is female genital mutilation associated with eclampsia? Evidence from a nationally representative survey data. Reproductive Health [Internet]. 2020; 17(1):1-6. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=143358372&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- [16] Moreau C, Sylla F, Andro A. A systematic review and meta-analysis of the consequences of female genital mutilation on maternal and perinatal health outcomes in European and African countries. BMJ Global Health [Internet]. Diciembre 2020; 5(12). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003307>
- [17] Kulaksiz D, Abdi Nor I, Erin R, Baki Erin K, Toprak T. A prospective cohort study of the relationship of female genital mutilation with birth outcomes in Somalia. BMC Women's Health [Internet]. 2022; 22:1-6. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=158178299&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- [18] Binkova A, Uebelhart M, Dällenbach P, Boulvain M, Gayet A, Abdulcadir J. A cross-sectional study on pelvic floor symptoms in women living with Female Genital Mutilation/Cutting. Reproductive Health [Internet]. 2021;18(1):1–12. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01097-9>
- [19] González A, Ruiz V, González M, Cano A. Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: are we ready for this challenge? BMC Health Services Research [Internet]. 2018;18(1):1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3396-z>
- [20] Soler G, Sánchez E, Fernández A. Mutilación genital femenina: conocimientos del profesional sanitario y estudiantado de Enfermería. Metas de Enfermería [Internet]. 2019; 22. <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.22.1003081429>