

## **B) PROPUESTAS DE ABORDAJE DE LA DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA MGF EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE AP.**

- Dejar constancia del país de origen y etnia en la historia clínica.
- Preguntar por la posible MGF previa (.esta cortada?) de la menor.
- Preguntar por la situación de la madre (.esta cortada?), sus creencias. Si lo está anotar en HDS y DSI de la menor "Madre MGF" y/o RMGF.
- Preguntar por el resto de hermanas.
- Registrar en la historia clínica los hallazgos de la exploración En Motivo de consulta o listado de problemas las siglas MGF, RMGF, RIMGF
- Ofrecer progresivamente información a la familia sobre la práctica de la mutilación, consecuencias clínicas, psicológicas y legales en nuestro país. (Dejando constancia de la intervenciones realizadas).
- Ofrecer la firma del compromiso de "no realización de MGF" (custodiando una copia del mismo en el centro sanitario) anotar en la historia clínica la firma o negativa de ello y entregar una copia a la familia.
- Ante la negativa de la firma del compromiso, informar a trabajadora social por escrito.
- Registrar en la historia la guardería o centro escolar al que acude.
- COMUNICACION AL SISTEMA JUDICIAL
  1. Si los familiares con posicionamiento muy a favor de la MGF son madre/padre o personas que ostentan su tutela o patria potestad
    - En RMGF: Comunicar a **Fiscalía de Menores** para que, en caso de riesgo de salud física o psíquica de la menor, tras una investigación del hecho promueva ante la Entidad Pública competente (Servicio de Menores de la Junta de Andalucía y el Juzgado de Menores) la situación de desamparo, y esta asuma su representación declarando la situación de desamparo.
    - En RIMGF o se realizó la MGF a **Juzgado de Guardia, Protección de Menores** por si procede la desprotección o a petición del Ministerio Fiscal.
  2. Si los que están a favor de realizar la MGF son familiares o terceros mayores de edad, que no ostentan la patria potestad
    - **Comunicado a la Fiscalía Penal**
    - Si es la pareja de la víctima siendo mayor de edad a la Fiscalía de violencia sobre la mujer y si este es menor de edad a la Fiscalía de menores

46

Delegación Territorial en Málaga

## **c) ACTUACIONES ESPECÍFICAS SEGÚN HALLAZGOS EN LA EXPLORACIÓN**

### **1) Genitales íntegros:**

- Ofrecer progresivamente información a la familia sobre la práctica de la mutilación, consecuencias clínicas, psicológicas y legales en nuestro país. (Dejando constancia en HDS de la intervenciones realizadas).
- Exploración de genitales en cada revisión (en el marco del PSI y por demanda clínica), constatar y registrar su integridad.

### **2) Signos de MGF o sospecha de la misma:**

- Investigar en que momento se ha hecho la MGF, antes o después de haber llegado España

- Informar a la trabajadora social.
- Valorar posibles consecuencias clinicas y/o psicologicas.
- Abordaje multidisciplinar del caso.

#### **D) ACTUACION TRAS EL VIAJE**

##### **INDICIOS DE MGF PRACTICADA TRAS EL VIAJE**

- Cambio de comportamiento de la nina a la vuelta de vacaciones, tristeza, desconfianza, retraimiento
- Alteraciones en el estado de salud de las ninas: anemia producida por sangrado postmutilacion molestias en zona genital, infecciones de orina
- Absentismo escolar alegando motivos de salud
- Incumplimiento injustificado y reiterado a las visitas de la consulta pediatrica, sobre todo si se trata de ninas en edades comprendidas entre los 4 y 10 anos, etapa donde es mas frecuente la realizacion de la MGF
- Incumplimiento de la visita pactada despues del viaje

##### **ACTUACION ANTE LA SOSPECHA DE MGF PRACTICADA EN UNA NIÑA**

- Ante una sospecha de MGF practicada, es necesario contactar con las/los profesionales del ambito educativo ( si estos tienen protocolo) y de servicios sociales, asi como con otras areas sanitarias vinculadas a la familia, ya que es preciso un **abordaje multidisciplinar**.
- Antes de plantearlo en la familia, hay que analizar si los indicios son suficientes para sospechar que se ha llevado a cabo la MGF, pues, en caso de que no haya sido asi, se compromete la relacion asistencial. Una intervencion basada en una sospecha no fundamentada, favorece que las familias lo interpreten como una intromision en su vida y costumbres e incluso como un acto racista.

47

Delegacion Territorial en Malaga

- Para verificar la practica de la MGF, se realiza **una exploración de los genitales**, tal y como esta previsto en el protocolo asistencial de ninas y ninos, independientemente de su origen, y de acuerdo con los procedimientos detallados en el apartado «Abordaje en consulta». Solo tras una constatacion de este tipo y como ultimo recurso, se realiza **la notificación pertinente ante las autoridades judiciales**.
- **Parte Judicial**, Hoja de Notificacion de posibles situaciones de riesgo y desamparo de la infancia y adolescencia ( SIMIA), Comunicacion a **Fiscalía**
- Registrar en la historia clinica. Cuando y en que condiciones se ha practicado Tipo de MGF realizada. **Codificación CIE 10 de MGF correspondiente** (Anexo 1a)
- Informar a Unidad de Trabajo Social.
- Valorar posibles consecuencias clinicas y/o psicologicas y derivacion a Salud Mental, segun procedimiento de derivacion. (Anexo 6) (pendiente de acordar)
- Informar a madre/padre o persona que ostentan la patria potestad de las consecuencias Fisicas/Psicologicas y de las Implicaciones legales

#### **E) DIFERENTES ESCENARIOS EN CONSULTA DE PEDIATRIA AP**

**Se seguirá la sistemática descrita anteriormente**

##### **A) Programa de salud infantil (PSIA):**

###### **1. Primera visita:**

**La exploración genital es imprescindible, para verificar su normalidad y descartar MGF. Es**

momento apropiado para indagar sobre las actitudes familiares con respecto a la mutilación y realizar las actividades preventivas recomendadas en este procedimiento.

## **2. Visitas sucesivas:**

Se recomienda incorporar examen completo incluidos genitales en las sucesivas visitas del Programa de Salud Infantil y Adolescentes de Andalucía a partir del año de vida. (las niñas pueden ser mutiladas en cualquier momento)

Se considera imprescindible un abordaje continuado en el tiempo en cada revisión en un clima de respeto y confianza mutua para, partiendo de la actitud y posicionamiento inicial de la familia respecto a la MGF, desmontar ideas erróneas, informar de los aspectos y consecuencias para la salud de dicha práctica y finalmente las consecuencias legales y el abordaje de prevención individual mediante la firma del compromiso preventivo.

### **B) Consulta a demanda de Pediatra de AP**

Incluir a la paciente en el PSIA facilitando una cita programada para poder realizar un abordaje holístico y continuado en el tiempo del proceso.

En caso de no comparecencia a la cita propuesta o pérdida del seguimiento comunicar a la UTS.

48

Delegación Territorial en Málaga

## **ALGORITMOS DE ACTUACIONES**

Adaptados de : Garcia de Herreros Madueno, T., Garabato Gonzalez, S., Martinez Blanco, M.L. (coords.) y Grupo de Trabajo (2017). Guía de actuaciones sanitarias para la prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid.

### **ANAMNESIS**

PAIS DE ORIGEN (F. de Riesgo)

MADRE CON MGF

### **CONSULTA DE PEDIATRIA**

SI

NO

Registrar en Historia

Indagar Creencias

Registrar en Historia: **Madre MGF MAP**

Indagar creencias y/o

Intención de MGF

Trabajo

Social

SI SSCC

SEGUN HALLAZGOS EXPLORATORIOS

### **CONSULTA DE PEDIATRIA**

Genitales íntegros MGF

Anotar en HDS

Antes de llegar Después de llegar

Anotar en Ha Salud. CIE 10

Vigilar la Salud

Prevención

MAP de la madre

-Indagación de las creencias y posicionamiento de la familia respecto a la MGF

-Compromiso preventivo (independiente de si va a viajar o no)

SI NO

TS, ONG/Asociaciones

Reforzar  
Parte Judicial (PJ), Fiscalía  
HOJA DE NOTIFICACION DE  
MALTRATO A MENORES  
TS y este a SSCC  
49

Delegacion Territorial en Malaga

## **ACTUACIONES PREVENTIVAS GENERALES CON LAS NIÑAS**

NINAS PROCEDENTES DE PAISES/ETNIAS  
QUE PRACTICAN MGF

### **RMGF RIMGF**

ACTUACION ANTE  
INMINENTE VIAJE  
AL PAIS DE  
ORIGEN  
INFORMACION DE EN  
QUE CONSISTE  
CONSECUENCIAS Y  
LEGISLACION VIGENTE  
EXPLORACION  
GENITALES  
INFORMACION A LOS  
PROFESIONALES  
IMPLICADOS (Trabajo  
Social)  
ENTREVISTA  
MOTIVACIONAL  
REGISTRO  
EN LA HDS  
50

Delegacion Territorial en Malaga

## **ACTUACION ANTE VIAJE INMINENTE AL PAIS DE ORIGEN**

NINAS PROCEDENTES DE PAISES  
DONDE SE PRACTICA MGF Y QUE  
VIAJAN AL PAIS DE ORIGEN  
FACTORES DE RIESGO  
DE EXPLORAR GENITALES MGF REGISTRO EN LA HDS  
VALORACION DE CREENCIAS Y POSICIONAMIENTO DE  
LA FAMILIA. INFORMAR DE LAS CONSECUENCIAS  
FISICAS Y PSIQUICAS DE LA MGF  
POSICIONAMIENTO A  
FAVOR DE MGF  
POSICIONAMIENTO EN  
CONTRA DE MGF  
DUDAS SOBRE EL  
POSICIONAMIENTO  
INSISTIR EN LAS CONSECUENCIAS PARA LA SALUD  
INFORMAR SOBRE LA LEYES VIGENTES.  
OFRECER COMPROMISO PREVENTIVO  
REFORZAR LA DECISION DE NO MGF  
OFRECER COMPROMISO PREVENTIVO  
PROGRAMAR VISITA MEDICA DE REGRESO  
PERSISTENCIA DE LA IDEA DE MGF y

NO FIRMA COM PROMISO REVISION PEDIATRICA AL  
REGRESO  
MEDIAR  
VALORAR RIESGO DEL VIAJE (EN FUNCION DE ANTECEDENTES  
Y PREVALENCIA DE LA PRACTICA EN EL PAIS).  
Comunicacion al sistema Judicial segun pautas de actuacion  
ante RIMGF desde atencion primaria de salud. Pag. 31  
MUTILADA GENITALES INTEGROS  
COORDINACION CON  
SERVICIOS SOCIALES  
COMUNICACION A AUTORIDADES JURIDICAS (FISCALIA, JUEZ DE GUARDIA) PARTE JUDICIAL.  
HOJA DE NOTIFICACION DE MALTRATO A MENORES  
ACTIVIDADES  
PREVENTIVAS Y  
DE REFUERZO  
GENITALES  
INTEGROS  
MGF  
Remitir a algoritmo  
especifico  
Seguir las indicaciones de pautas ante MGF tras el viaje  
51

Delegacion Territorial en Malaga

## **ACTUACION CON NIÑAS EN CONSULTA POST-VIAJE**

ACUDE NO ACUDE  
NO MGF NO PERMITE MGF  
EXPLORACION  
REFUERZO  
POSITIVO  
Y SEGUIMIENTO  
VALORACION CONJUNTA  
PROFESIONALES  
SOCIOSANITARIOS  
INFORMACION A  
FISCALIA  
INFORMACION DE LAS  
CONSECUENCIAS  
FISICAS,PSICOLOGICAS  
E IMPLICACIONES  
LEGALES

- VALORACION CONJUNTA PROFESIONALES  
SOCIOSANITARIOS y SS
- REGISTRAR EN HDS. CIE 10 MGF (Anexo 1a)
- INTENTAR CONTACTO Y LOCALIZACION
- VALORAR SITUACION INDIVIDUALMENTE
- CAPTACION y si persiste la negativa a acudir a  
Consulta hay que COMUNICAR A FISCALIA  
-PARTE JUDICIAL  
-HOJA DE NOTIFICACION

DE MALTRATO A MENORES  
REGISTRAR EN HDS y DSI :  
MGF REALIZADA (Problemas de Salud)  
CUANDO Y EN QUE CONDICIONES SE HA  
PRACTICADO  
VALORAR DERIVACION A GINECOLOGIA HOSPITAL Y SALUD  
MENTAL  
52

Delegacion Territorial en Malaga

## **ACTUACION EN MGF PRACTICADA EN LA MENOR ANTES DE VENIR A ESPAÑA (confirmada antigua)**

NO REPERCUSION LEGAL  
REGISTRAR EN HDS : **MGF REALIZADA** (Problemas de Salud)  
CIE 10 de MGF (Anexo 1a)  
DETECTAR CUANDO Y EN QUE CONDICIONES SE HA PRACTICADO Y QUE  
CONSECUENCIAS TIENE PARA SU SALUD LA MENOR TIENE OTRAS HERMANAS EN  
EL PAIS, SE ACTUARA SEGUN ALGORITMO ESPECIFICAMENTE  
VALORAR DERIVACION  
SALUD MENTAL PARA VALORACION  
DE SECUELAS PSIQUICAS  
GINECOLOGIA HOSPITAL PARA  
VALORACION DE SECUELAS FISICAS  
INFECCIONES,  
SANGRADO, QUELOIDES APOYO PSICOLOGICO  
VALORAR CIRUGIA  
REPARADORA  
INFORMAR POSIBLE RECONSTRUCCION  
53

Delegacion Territorial en Malaga

## **ABORDAJE DESDE SERVICIOS DE ATENCION A SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

### **Consideraciones Específicas 6**

- Los canales de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva son a través de las consultas de
  - Planificación familiar
  - Embarazo
  - Parto
  - Consulta detección cáncer de cérvix
  - Derivación desde servicios de la salud o servicios sociales.
- Las dificultades para el acceso a estos servicios por parte de las mujeres migrantes debido a las barreras idiomáticas, la relación cultural con los horarios pactados y el desconocimiento de los recursos sanitarios a su disposición, hacen necesario poder contar con **dispositivos facilitadores como la presencia de una mediadora cultural** o la coordinación con ONGs 6
- En la colaboración con recursos /servicios de la zona es muy importante la figura del trabajador/a social del recurso sanitario implicado (hospital o primaria) como recurso de enlace con los servicios sociales comunitarios y ONGs.

### **En general la Intervención con las Mujeres**

#### **Anamnesis**

- Elegir cuidadosamente la terminología, evitando connotaciones culpabilizadoras

- Después de establecer una relación de confianza, preguntar por la MGF o por sus complicaciones

#### **Evaluación clínica**

- Evaluar la mutilación: tipo, cicatrices, elasticidad de los tejidos
- Explicar que determinados problemas están relacionados con la práctica de la mutilación
- Registrar todas las incidencias en la historia clínica

54

Delegación Territorial en Málaga

### **A) ABORDAJE PRIMERA VISITA**

- Una MGF ya practicada, en sí misma, no suele ser un motivo de consulta por iniciativa de la mujer, ya que en sus comunidades se consideran prácticas normales<sup>4</sup>. La primera visita puede ser una urgencia ginecológica (prurito vaginal, metrorragia, retraso menstrual...). Tampoco es habitual plantear dificultades en la sexualidad en este primer contacto, de modo que **no es aconsejable abordar en un primer encuentro temas de sexualidad o de un probable antecedente de MGF.**

**NO es necesario completar la historia clínica en la primera visita**

**NO realizar una exploración completa si no es preciso.**

- **Conviene priorizar el establecimiento de una relación de respeto y confianza** que facilite la continuidad en las visitas y por tanto el conocimiento de la historia individual de la mujer (origen, procedencia, etnia, etc.), valorando la normalización de las preguntas sobre la MGF, como parte importante de la salud sexual y reproductiva.

- En la **primera visita** es necesario **registro en HDS la filiación correcta : edad, núcleo familiar, país de origen, etnia, tiempo de permanencia en el país de acogida, y se realizarán los procedimientos habituales en consulta.**

- En paralelo, se crean **actividades de acercamiento a la comunidad para familiarizar a la población con el servicio** y como medio alternativo a la consulta: se **introducen propuestas de mejores cuidados en la salud, se realiza educación sexual y reproductiva en general, planificación familiar, y se hace prevención de prácticas como la MGF en particular.**

(Modelo en Anexo 4)

Hay que tener en cuenta que existe **cierta resistencia en este colectivo de mujeres a las actividades**

**grupales**, por tratarse la MGF de un tema íntimo y del mundo secreto de las mujeres. Se aconseja

utilizar talleres de Educación para la salud en torno a temas más globales como p.ej. “Talleres de Salud

Sexual y Reproductiva”, en los que de forma transversal se aborde la MGF.

Χονοχιμειντο πορ λασ/λοσ πορφεσιοναλεσ δε λασ μοδιφιχαχιονεσ ανατ (μιχασ εν χαδα τιπο δε

**MGF**

### **B) ABORDAJE EN VISITAS POSTERIORES <sup>6</sup>**

- Se puede abordar aquí la posibilidad de una MGF a través de la **indagación sobre episodios clínicos eventualmente ocasionados por la misma**: dismenorreas, vaginitis de repetición, cistitis, partos anteriores con dificultades, dispareunia. Si las preguntas se realizan en un marco de confianza, respeto y privacidad, suelen ser contestadas con naturalidad. Es importante relacionar siempre los problemas ginecológicos derivados de una MGF con

55

Delegación Territorial en Málaga

respeto, pero con firmeza, transmitiendo elementos que permitan y faciliten el replanteamiento de la postura ante la MGF cuando llegue el momento de decidir sobre sus hijas.

- Se puede **sospechar la existencia de una MGF cuando se plantee una exploración ginecológica y ésta sea respondida con actitudes evasivas o la negativa a ser exploradas.**
- La apariencia de los genitales externos de una mujer con una MGF practicada puede **provocar en el profesional reacciones de sorpresa o desagrado**, que de ser percibidas favorecen **sentimientos de vergüenza o humillación**. Las distancias culturales que hay que gestionar desde el servicio se manifiestan en este conflicto entre lo que unos y otros tienen integrado como “aparición normal” de los genitales externos de una mujer.
- En la exploración **debe observarse la integridad del prepucio y del clítoris, así como de los labios menores y mayores**. Esto permite **catalogar el tipo de MGF**, si se ha producido, y a partir de esta información, plantear futuras exploraciones y actuaciones sanitarias. El/la profesional se puede encontrar con la imposibilidad de realizar una exploración vaginal completa si hay una MGF tipo III (infibulación) poco frecuente en España dada la procedencia de las mujeres africanas migrantes. En ocasiones, una MGF tipo II puede parecer una tipo III si se ha producido una sinequia.
- Si la mujer tiene hijas menores de edad, o niñas menores a su cargo, se debe comunicar a Pediatría Atención primaria y /o Atención hospitalaria, e iniciar actividades preventivas, explorando creencias/sentimientos y le informaremos de las consecuencias en la salud. Y asegurarnos de que conoce la legislación española al respecto y las consecuencias legales para ella y su pareja como progenitores de la niña

## **1. ABORDAJE EN CONSULTA DE PLANIFICACIÓN:**

Tener en cuenta en la Atención a la mujer con MGF:

1. Aspectos físicos: Al realizar exploraciones, **recordar los gráficos anatómicos de mutilación y así poder adecuar la exploración a la circunstancias de su anatomía.**
2. Explicar paso a paso y con sensibilidad las exploraciones necesarias y los distintos tratamientos en caso de ser necesarios.
3. Las circunstancias que acompañan a estas situaciones, cuidando **la privacidad, la intimidad y el respeto**, y por supuesto **la exploración con el consentimiento de la mujer.**
4. Realizar un consejo contraceptivo adecuado: Las **opciones anticonceptivas** deben atenderse en términos sanitarios -como en cualquier otra mujer- a los **criterios de elegibilidad de la OMS**, es decir, respetando la elección de la mujer, y teniendo en cuenta sus valores con respecto a la fertilidad y la propia percepción de su cuerpo.  
-En casos de MGF importantes o con secuelas frecuentes o graves, la opción de los métodos barrera femeninos, tales como el condón femenino, el diafragma y el capuchón cervical no es apropiada, por la evidente dificultad en su colocación.

56

Delegación Territorial en Málaga

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

## **2. ABORDAJE DURANTE EL EMBARAZO DESDE AP**

### **2.1. General 6,8 ( MAP, MATRONA, OBSTETRICIA)**

1. El control y el seguimiento del embarazo se realiza según los **protocolos vigentes en cada área**



**sanitaria**, como con cualquier otra gestante. Siempre es importante contar con el apoyo de su pareja,

puede ser valiosa la colaboración de alguna mujer de la comunidad o bien mediadoras culturales y que conozcan su idioma

2. Cuando una visita esta vinculada con la gestacion, es necesario **explicar claramente todos los**

**controles y exploraciones que se realizarán a lo largo del mismo**, ya que una MGF puede interferir,

por ejemplo, en la realización de algunas exploraciones, como en el caso de las ecografías transvaginales

3. Las consecuencias de la MGF no solo son perjudiciales para la mujer sino también para el bebé.

4. Indagar sobre la actitud y **expectativas de la mujer y su comunidad frente a la práctica de MGF.**

5. Si se constata una MGF **registrar en HDS, CIE 10 de MGF (Anexo 1a) y en DSE**, para una correcta

prevención secundaria durante el parto.

## **2.2. Exploración obstétrica y evaluación de la Mutilación:**

1. Cuando hay sospecha de MGF, la primera visita de control de embarazo no es la más adecuada para

realizar la exploración ginecológica. Esta exploración puede realizarse en sucesivas visitas de manera

que la mujer tenga mayor confianza con el equipo que la atiende. Debemos ser **especialmente cuidadosos en la manipulación de los genitales**, sobre todo cuando encontremos secuelas importantes que hacen difíciles, y a veces imposibles, ciertas exploraciones.

2. Observar genitales externos y la integridad del clitoris y la existencia o no de los labios menores, a

veces es difícil identificar o reconocer la mutilación. Cuando hay cicatrices extensas o graves y puede

que la vagina este rígida o con estenosis lo que puede impedir tanto el tacto bimanual como la introducción del espéculo, este sería un buen momento para planificar con la mujer las intervenciones

necesarias, no solo de cara al parto, sino de forma integral en cuanto a su salud sexual y reproductiva.

3. Debe quedar **registrada la exploración en la HDS** de la forma más **completa y exhaustiva posible**,

de esta forma evitaremos exploraciones innecesarias en el futuro.

57

Delegación Territorial en Málaga

4. Prioritario **detectar si hay intencionalidad de realizar MGF a sus hijas, de ser así ver algoritmo correspondiente.**

**correspondiente.**

5. Tratamiento de las secuelas de MGF durante el embarazo:

**Algunas complicaciones de la MGF deben ser tratadas**, cuando aparezcan, según los protocolos, guías

clínicas y tratamientos adecuados para cada uno de los procesos. Las situaciones clínicas más comunes

consultadas son.

● Infecciones de orina de repetición: detección y tratamiento precoz, por su importancia durante la gestación.

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

● En aquellos casos en los que se detecten quistes vulvares o vaginales, o cicatrices queloides extensas, se debe derivar a la mujer a un nivel de atención especializada.

● Si se encuentra una MGF, se debe informar y tranquilizar a la gestante en cuanto a las posibles complicaciones motivadas por esta situación durante el parto. En el caso de MGF tipo III, es posible que el introito, perineo y tercio inferior de la vagina estén estenosados o rígidos, lo que impedirá una correcta exploración. Es en estos casos cuando se plantea la intervención desinfibuladora y se derivará a consulta de Obstetricia de Hospital de Referencia, informando a la mujer de que esta práctica infibuladora no se volverá a practicar tras el parto.

58

Delegación Territorial en Málaga

## **ALGORITMOS DE ACTUACIONES**

Adaptados de : García de Herreros Madueno, T., Garabato González, S., Martínez Blanco, M.L. (coords.) y Grupo de Trabajo (2017). Guía de actuaciones sanitarias para la prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid.

## **ACTUACIONES EN EMBARAZO PARTO Y POSTPARTO**

### **MUJER EMBARAZADA**

#### **CON MGF**

EXPLORACION

CUIDADOSA

INFORMAR EN QUE CONSISTE

Y SUS CONSECUENCIAS

LEGALES Y DE SALUD

REGISTRAR EN

HDS E INFORME

DE ALTA

CIE 10 de MGF

(Anexo 1a)

INFORMACION Y

COORDINACION A TRAVES

DE TRABAJO SOCIAL.

VALORAR

EXISTENCIA DE

COMPLICACIONES

MGF III

TRATAR Y/O

DERIVAR

CESAREA SI NO

CONSIENTE

DESINFIBULIZACION

DESINFIBULIZACION

2o TRIMESTRE O

PARTO

59

Delegación Territorial en Málaga

## **3. ABORDAJE EN CONSULTA DETECCIÓN CÁNCER DE CÉRVIX 8**

Salvo los casos de MGF graves que impidan el acceso al cervix uterino, estas mujeres deben realizarse las citologías cervico-vaginales tal como este contemplado en el programa de cribado del cáncer de cervix. La intervención será oportunista: al hacer una citología o exploración ginecológica es necesario valorar el resto de los genitales externos

## **9.b. ATENCIÓN HOSPITALARIA**

### **ABORDAJE EN UNIDADES HOSPITALARIAS DE PEDIATRÍA**

#### **CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN DESDE LAS UNIDADES DE PEDIATRÍA HOSPITALARIA**

El abordaje comprende 3 escenarios bien diferenciados: urgencias hospitalarias, unidad de encamación y consulta externa. Se trata, en cada uno de ellos, de una intervención oportunista cuyo

objetivo fundamental debe ser complementar el trabajo realizado en atención primaria y/o la detección de posibles factores de riesgo familiares o complicaciones de la paciente para la coordinación con su centro de salud de referencia.

1. Urgencias hospitalarias:

2. Unidad de encamación (*independientemente del motivo de ingreso*):

● **Valoración del riesgo** de MGF (*ver apartado correspondiente*).

● Explorar **abordajes previos** de la MGF y entornos en los que se ha producido el mismo.

● **En caso de abordaje previo** reforzar información y/o resolución de dudas si procede.

● **En caso de no existir abordajes previos**: es fundamental dejar constancia de las intervenciones realizadas.

- Ofrecer información a la familia sobre la práctica de la mutilación, consecuencias clínicas, psicológicas y legales en nuestro país.

- Exploración de genitales externos (*ver apartado correspondiente*).

- Hoja de interconsulta a la unidad de trabajo social para facilitar la coordinación con atención primaria.

- Asegurar el seguimiento de la paciente por parte de atención primaria.

3. Consulta externa (*independientemente del motivo de consulta o seguimiento*):

● **Valoración del riesgo** de MGF (*ver apartado correspondiente*).

● Explorar **abordajes previos** de la MGF y entornos en los que se ha producido el mismo.

● **En caso de abordaje previo** reforzar información y/o resolución de dudas si procede.

60

Delegación Territorial en Málaga

● **En caso de no existir abordajes previos**: es fundamental dejar constancia de las intervenciones realizadas.

- Ofrecer información a la familia sobre la práctica de la mutilación, consecuencias clínicas, psicológicas y legales en nuestro país.

- Informar al pediatra de atención primaria de los riesgos detectados.

- Asegurar el seguimiento de la paciente por parte de atención primaria.

- Valorar en consultas sucesivas la situación complementando el trabajo realizado por parte del dispositivo de atención primaria.

### **ABORDAJE EN URGENCIAS**

#### **CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN DESDE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS**

1. Es una intervención Oportunista, detectar es la prioridad

● Mantener un alto índice de sospecha en mujeres y niñas de nacionalidad o etnia de mayor prevalencia de esta práctica, o bien por los síntomas y signos que presente.

- Realizar ante cualquier sospecha:

- Anamnesis:** Ayudarnos siempre que sea posible de mediadoras culturales, interpretes, cuidando la privacidad, intimidad y confidencialidad. No usar con ellas la terminología "mutilacion" (utilizar el termino "corte" )

- Exploración física:** cuidadosa y valoración ginecológica (explicando cada actuación y recabando el consentimiento de la mujer siempre que sea necesario)

- Comunicación a Trabajo Social de todos los casos de sospecha y confirmación.

2. La Intervención según la situación y edad de la paciente. Se ha de procurar una intervención eficaz,

integral y que garantice la continuidad

- Mujer Adulta (>18 años) no embarazada que acude por una urgencia ginecológica (prurito vaginal, metrorragia, retraso menstrual...):

Desde el área de urgencias cuando exista una alta sospecha de MGF se registra en la HDS y remitir a Ginecología, donde se intervendrá según las indicaciones específicas.

- Mujer embarazada por alguna emergencia del embarazo:

-Si se detecta MGF se anotará (tipo de Mutilación y secuelas) en la HDS y DSE. CIE 10 de MGF (Anexo 1a)

-Asegurarnos de que conoce la legislación Vigente

-Averiguar las intenciones y expectativas con respecto a MGF, en caso de nacimiento de una niña.

-Informar de las graves consecuencias para la salud.

-Intervención desde Obstetricia según las indicaciones específicas en embarazo y parto con MGF

61

Delegación Territorial en Málaga

- Niñas:

Puede ser atendida por alguna complicación de MGF realizada, entre ellas una hemorragia o infección en aquellos casos recientes, o por sospecha en caso de manifestación expresa por parte de la familia

Se ha de hacer una exploración y si se confirma se debe anotar en la HDS, DSI. Se actuará específicamente según cada situación particular (Ver algoritmo de actuaciones en Menor con MGF pag 49,50 y 51). En caso necesario se contará con la intervención específica de otras/otros profesionales implicados (urología, cirugía...)

Si la paciente consulta por cualquier otro motivo de salud y se sospecha MGF por (Nacionalidad o casos de MGF en la familia), no se aconseja abordar el tema de forma explícita porque genera rechazo y desconfianza. Es importante registrar en la historia cualquier sospecha o dato de sospecha de posible mutilación, comunicarlo a la UTS para que se aborde por parte de su pediatra de AP y a nivel comunitario si no se ha hecho previamente.

Cualquier pediatra que tenga notificación de que una niña realizara un viaje inminente al país de origen de su familia con **alto riesgo** de que se le practique la MGF, deberá seguir las indicaciones expuestas en el apartado de Intervención en Pediatría.

## **OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA**

### **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE MGF<sub>6</sub>**

Según la OMS (2016), la **desinfibulación es imperativa en el caso de una MGF tipo III**, en la que solo

se ha dejado un pequeño orificio en el introito y, por tanto, el parto sin esta intervención se podría

producir un desgarramiento total de perineo con una alta morbilidad fetal.

La mujer infibulada tiene que **firmar el consentimiento informado** donde se explicita su **conformidad** para que se le realice la **intervención**. (Anexo 10)

**Informar** a la mujer junto a su pareja, con detalle del porque **de la intervención** y de los **beneficios** en el desarrollo del parto, para la salud del bebe y de la madre, la mejora en la miccion, la menstruacion y en sus relaciones sexuales.

Explicar concretamente **en qué consiste la intervención** y dejar claro que **NO SE REINFIBULARÁ TRAS EL PARTO**, ante la posible petición de la mujer. Reforzar durante todo el proceso

tanto a la mujer como a su pareja, los beneficios derivados de esta situación actual.

En el caso de **MGF tipo III**, es posible que el introito, perine y tercio inferior de la vagina esten estenosados o rigidos, lo que impedira una correcta exploracion. Es en estos casos cuando se plantea

62

Delegacion Territorial en Malaga

la intervencion desinfibulatoria. En caso de mutilaciones graves es necesario hacer desinfibulacion

durante el parto, lo ideal es hacerla **antes, en el 2º trimestre**.

### **A) DESINFIBULACIÓN**

La intervencion desinfibulatoria **puede plantearse con independencia de la gestación y el parto**, si

bien es muy poco frecuente. Por razones de seguridad, el mejor momento para realizar la desinfibulacion **es entre la semana 20 y 28 de la gestación**; si esto no es posible, se lleva a cabo **en el**

**momento del parto**.

**El procedimiento quirúrgico** que se precisa para realizar la desinfibulacion no resulta complejo La desinfibulacion puede implicar volver atras en el tiempo y hacer recordar el momento en

que la mujer fue infibulada, implicando un trauma psicologico. Cualquier profesional que sepa como

realizar una episiotomia en un parto, puede realizar la desinfibulacion, sin complicaciones.

#### **Paso 1:**

Realizar un **lavado cuidadoso de los genitales con antisépticos**. A veces, no es posible limpiar el

interior de la vagina debido al estrechamiento de la apertura vaginal.

#### **Paso 2:**

Cuando se trata de **anestesia local**, se infiltra una aguja fina a 45º en pequenas dosis bajo la piel a

ambos lados de la cicatriz, en abanico; tambien pueden emplearse anestesia epidural o general.

Posteriormente, se infiltra anestesia en el tejido grueso de la misma zona, en sentido longitudinal y

utilizando una aguja intramuscular a 45º. Se debe vigilar que no se cause ningun dano en las estructuras debajo de la cicatriz (uretra, labios menores y clitoris).

Con el tipo III de la MGF, estas estructuras se encuentran en la mayoría de casos intactas. Una vez la

anestesia ha hecho efecto, se introduce un dedo bajo la cicatriz para valorar la extension de esta y la

zona a desinfibular. Normalmente, el dedo entra facilmente debajo de la piel cicatrizada. Si la apertura

es demasiado pequena para que pueda entrar un dedo, se pueden utilizar instrumental quirurgico y

abrir para posibilitar una división inicial desde la parte posterior de la parte cerrada permitiendo que el dedo pueda entrar. Palpar la zona del clitoris para determinar si hay el clitoris bajo la cicatriz.

**Paso 3:**

Para la incisión, se introduce el dedo índice en dirección al pubis y luego se corta con tijeras de punta

curvada siguiendo la línea media sobre la cicatriz hasta que la uretra sea visible. **No se debe hacer una**

**incisión por encima de la uretra.** Extender la incisión puede causar una hemorragia difícil de controlar.

Al mismo tiempo, se tiene que **vigilar no hacer una incisión en el clitoris** debajo de la piel cicatrizada y

extremar el cuidado en esta zona debido a la hipersensibilidad del clitoris.

**Paso 4:**

Después de dividir los labios mayores que estaban cerrados, a veces se ha encontrado un clitoris y

unos labios menores intactos, protegidos por la cicatriz. Se tienen que **coser los bordes del recorte**

**utilizando suturas para prevenir la formación de adherencias.** El proceso de **recuperación es de una**

**semana.**

63

Delegación Territorial en Málaga

**Procedimiento de desinfibulación** <sup>12</sup>

Fuente: Médicos Mundi (Andalucía). Guía "Mutilación Genital Femenina. Abordaje y prevención" 2009

**Cuidado postoperatorio:**

- La desinfibulación puede realizarse en un día.
- Los **analgésicos** postoperatorios son importantes y pueden ser infiltrados debajo de la herida con un 1% de lidocaína, seguido de analgésico las primeras 48 horas. Es importante hacer un **seguimiento** de los pacientes después de un procedimiento de desinfibulación.
- Preparar a las mujeres para experiencias nuevas en sus genitales:
  - Explicándoles que habrá cambios en sus genitales y que verán incrementada su sensibilidad en la vulva después de 2 a 4 semanas, en la zona que antes estaba cubierta por piel cicatrizada, asegurándoles que la sensibilidad desapareciera con el tiempo.
  - También informar que sentirán los genitales húmedos y la sensación de que les entra aire en la vulva, y que se acostumbrarán a ello.
- Se aconseja hablar con la mujer y con el marido para recomendar el momento en que se pueden volver a tener relaciones sexuales (normalmente después de 4 a 6 semanas) para adecuar el tiempo de cicatrización. Dar recomendaciones sobre temas sexuales requiere sensibilidad y debe adaptarse a cada paciente, según lo que se considere culturalmente apropiado.
- Es de gran importancia ofrecer un **seguimiento** y un **asesoramiento sobre las expectativas de la mujer en relación a la sexualidad después de la cirugía.** La desinfibulación suele generar grandes expectativas y a la vez, decepciones si estas no se cumplen.

64

Delegación Territorial en Málaga

## **B) RECONSTRUCCIÓN DEL CLÍTORIS**

La intervención de reconstrucción incluye la desinfibulación (en el tipo III) y la reconstrucción del clitoris o zona afectada (en los tipos I y II), en función de los daños ocasionados. La intervención

consiste en hacer desaparecer el tejido cicatrizado después del corte, localizar y exteriorizar lo que

queda de clitoris, preservando los vasos y los nervios, y anclar el órgano a su posición original.

El resultado de la intervención es una apariencia anatómica de normalidad en los genitales femeninos; se evitan problemas de salud relacionados con la MGF, pero, sobre todo, y en algunos

casos, dependiendo de la gravedad de la intervención, **se recupera la sensibilidad del clitoris a los 3-4**

**meses de la cirugía.** Todos estos elementos pueden contribuir a la mejora de la calidad de vida de la

mujer (OMS, 2016).

Es importante remarcar, que la reconstrucción supone una nueva intervención que puede aflorar alteraciones psicológicas ligadas a una “nueva mutilación”. El placer sexual, como muchas otras

emociones, están mediatizadas por la cultura y se entiende de formas distintas. Por este motivo **no**

**debemos ver la sexualidad de las mujeres africanas desde los parámetros occidentales.**

Es necesario y deseable, que antes de que una mujer decida someterse a la intervención de reconstrucción, se realice una **valoración psicológica conjunta y de acompañamiento en la toma de**

**decisión con profesionales cualificados** al respecto, tanto del ámbito médico como del ámbito psicológico. La mujer tiene que conocer bien en qué consiste la intervención y qué efectos podrá tener

en su vida. Es necesario considerar las repercusiones de la MGF en su vida sexual y los beneficios que

pueden darse con la cirugía, tanto a nivel funcional, de apariencia anatómica de sus genitales externos, y por supuesto, en su vida psicosexual y reproductiva en general.

### **ATENCIÓN HOSPITALARIA DE MGF EN EL PARTO 6**

- En el parto hay que prestar atención, para **evitar complicaciones derivadas de una MGF** realizada, principalmente **en el período expulsivo.**

- Además de las consideraciones habituales durante el parto, es de especial importancia la **actitud tranquilizadora y de apoyo** de las/ los profesionales que acompañan en este proceso, así como la capacidad de gestionar reacciones adversas a la apariencia genital de la mujer. En estos casos, se busca la **participación de una mediadora cultural y/o la pareja de la gestante**, tomando en cuenta que la mujer puede preferir una compañía femenina, por tratarse de un asunto tabú en su cultura.

- Se intentará **reducir al mínimo durante este período las exploraciones vaginales, así como el**

**rasurado perineal de manera rutinaria.** En el período expulsivo, es fundamental **valorar la elasticidad vulvar** para evitar desgarros y dejar la episiotomía para casos de extrema necesidad.

65

Delegación Territorial en Málaga

### **ATENCIÓN Y CUIDADOS TRAS EL PARTO 8**

- Los **controles en el puerperio serán los habituales**, tanto durante la estancia hospitalaria como en el domicilio, pero con la atención especial o dirigida, si se le hubiera realizado cirugía

reparadora o desinfibulacion, a los cambios anatomicos, funcionales y psicologicos que puede conllevar.

- La **comunicación entre el equipo de profesionales implicados** en los cuidados es fundamental, utilizando los documentos habituales de comunicacion. Deben estar informados de si se ha realizado algun tipo de cirugia reparadora o desinfibulacion.
- Coordinarse con los servicios de pediatria con el fin de activar el protocolo de seguimiento y prevencion (Trabajo Social y Atencion Primaria).
- La continuidad de cuidados es importante el seguimiento y la evolucion clinica
  - La higiene adecuada al estado de su perine.
  - Recuperacion de su suelo pelvico.
  - Metodos anticonceptivos.
  - Relaciones sexuales: asesorar sobre el inicio en funcion de la evolucion clinica de cada mujer:
    - Esperar 4 o 6 semanas, salvo que se produzca una cicatrizacion adecuada en menos tiempo.
    - Usar un metodo anticonceptivo adecuado.
    - Se puede aconsejar el uso de algun lubricante vaginal.
    - Implicar a la pareja en la informacion y asesoramiento, explicar los cambios que van a percibir.

**Contenido del Informe de ALTA tras parto en mujeres con MGF**