



**XXIX REUNIÓN SOCIEDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE
LA REGIÓN DE MURCIA**



MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR

KATHERINE VANESSA VELASTEGUI CALDERÓN; MAGDALENA MOLINA OLLER;
MARIA ELVIRA GARCÍA RÉ; CRISTINA LÓPEZ VÁZQUEZ; M^º LUISA AROCA
MADRID; ROCÍO GÓMEZ MELERO; J. LUIS ALBARRACÍN NAVARRO.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ DE LORCA

OBJETIVOS

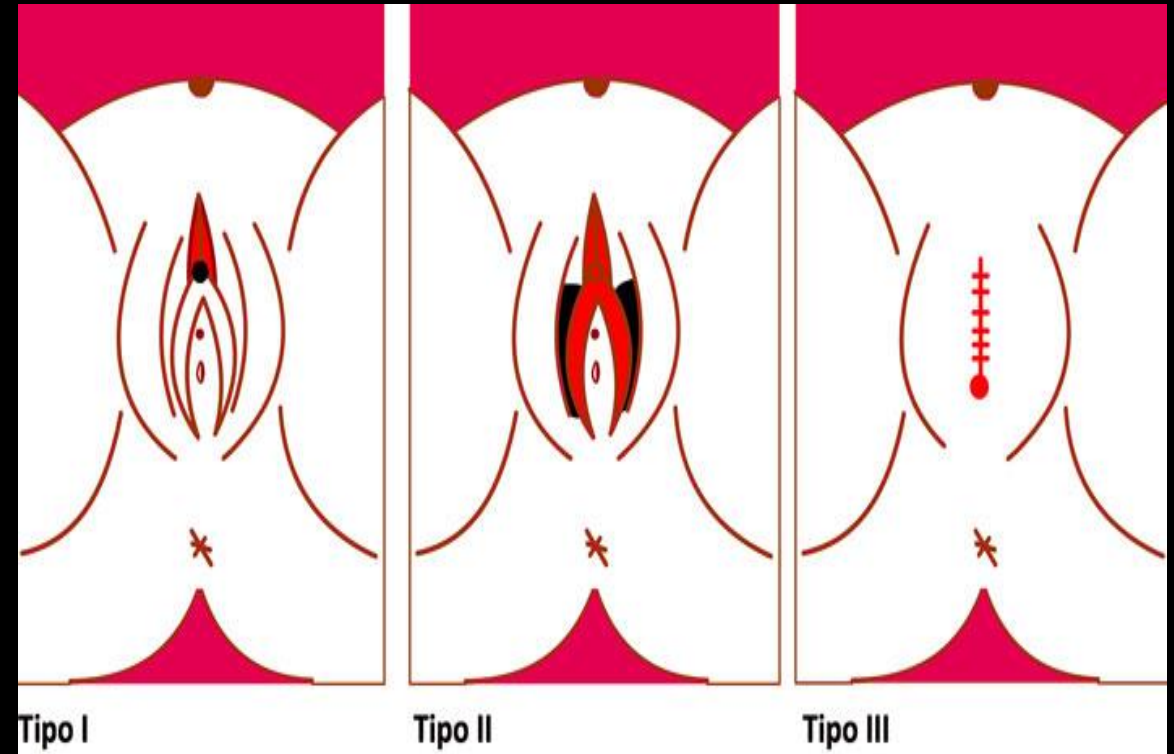
- Saber identificarlas y conocer sus tipos
- Conocer su prevalencia, zonas más afectadas.
- Conocer el protocolo para la prevención y actuación sanitaria ante la MGF en la Región de Murcia.
- Conocer sus complicaciones obstétricas
- Sensibilizar a los profesionales de la salud sobre este tema. Ayudar a prevenir la MGF.
- Conocer los casos que tenemos en nuestra área, si ha habido complicaciones obstétricas y si se ha actuado correctamente con los casos identificados entre los años 2016-2018

DEFINICIÓN

- La MGF comprende todos los procedimientos de ablación parcial o total de los genitales externos de la mujer, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos, causadas por razones culturales u otras y no con fines terapéuticos.
- La ONU en 1993 incluye la MGF como una forma de violencia contra la mujer y una manifestación de la desigualdad de género.
- Es un rito ancestral que aún conservan muchas culturas africanas, algunas en Asia y escasamente en América del Sur.

TIPOS DE MGF

- Tipo I Clitoridectomía
- Tipo II Escisión
- Tipo III Infibulación
- Tipo IV Otros



90 %. África
subsahariana
occidental

10%. África
oriental

PREVALENCIA



La OMS estima que entre 100 y 140 millones de niñas y mujeres de todo el mundo han sido sometidas a uno de los tres primeros tipos de mutilación genital femenina.

91,5 millones de mujeres y niñas mayores de 9 años en África padecen actualmente las consecuencias de la mutilación genital femenina.

Se estima que en África 3 millones de niñas corren el riesgo de ser sometidas a la mutilación genital femenina cada año.

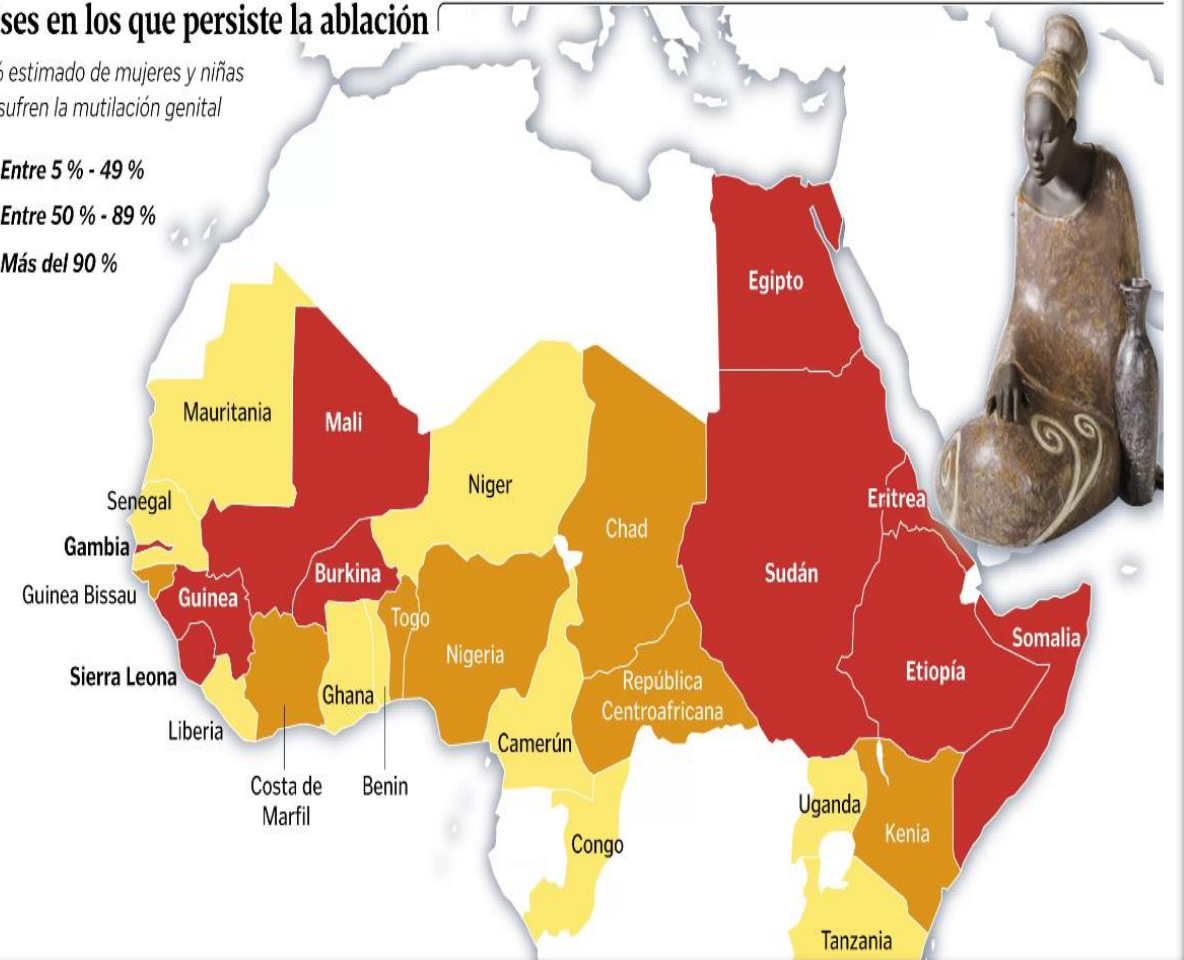
PREVALENCIA

Country	Year	Estimated prevalence of female genital mutilation in girls and women 15-49 years (%)
Burkina Faso	2006	72.5
Djibouti	2006	93.1
Egypt	2008	91.1
Eritrea	2002	88.7
Ethiopia	2005	74.3
Gambia	2005/6	78.3
Guinea	2005	95.6
Mali	2006	85.2
Mauritania	2007	72.2
Sierra Leone	2006	94
Somalia	2006	97.9
Sudan, northern (approximately 80% of total population in survey)	2000	90

Países en los que persiste la ablación

En % estimado de mujeres y niñas que sufren la mutilación genital

- Entre 5 % - 49 %
- Entre 50 % - 89 %
- Más del 90 %



**PROTOCOLO PARA
LA PREVENCIÓN Y
ACTUACIÓN
SANITARIA ANTE LA
MGF EN LA REGIÓN
DE MURCIA**



COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS



CASOS DE MGF EN NUESTRA ÁREA DESDE 2016-2018

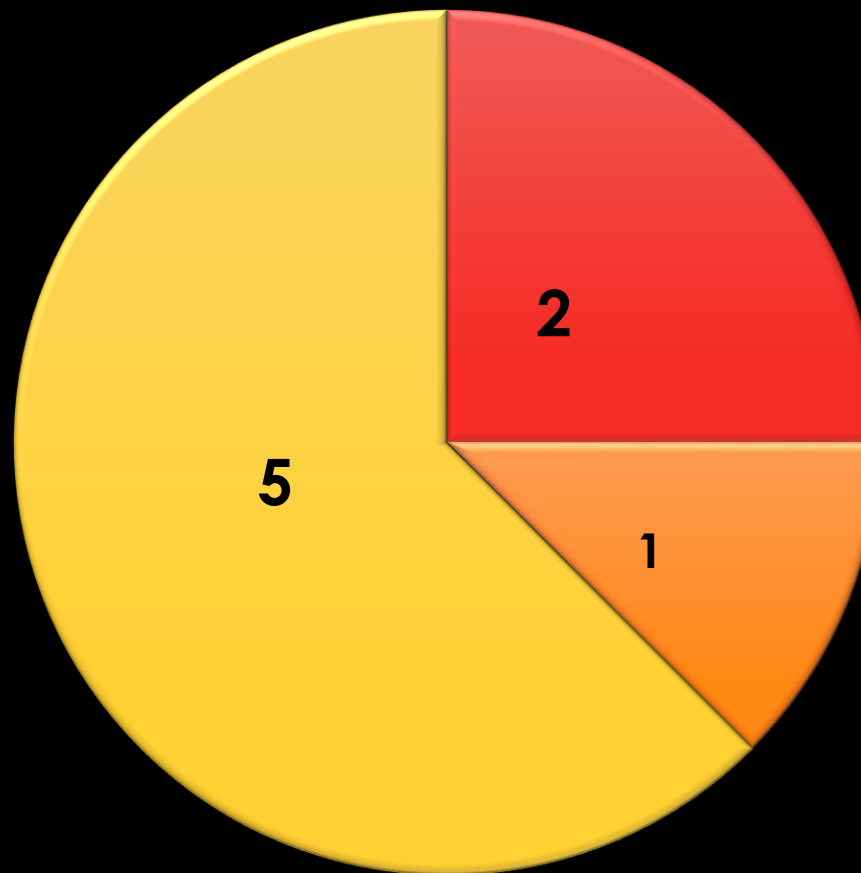
Enero- Diciembre 2016	Formula obstétrica	Tipo de MGF	Tipo de parto	Complicaciones obstétricas	Derivación a pediatra por trabajadora social	Centro de salud
1	G4/C1/A2 (2 IVES)	Tipo I	Ventosa, con episiotomía, sin desgarros	No	SÍ	Lorca, San José.
2	G7/A4/P2 (4 IVES)	Tipo I	Cesárea urgente por nalgas y sospecha de RPBF	Prematuridad (33+6) y distrés respiratorio	SÍ	Totana
Enero- Diciembre 2017	Formula obstétrica	Tipo de MGF	Tipo de parto	Complicaciones obstétricas	Derivación a pediatra por trabajadora social	Centro de salud
3	G1	Tipo I	Cesárea por RPBF	No	SÍ	Lorca, San Diego

CASOS DE MGF EN NUESTRA ÁREA DESDE 2016-2018

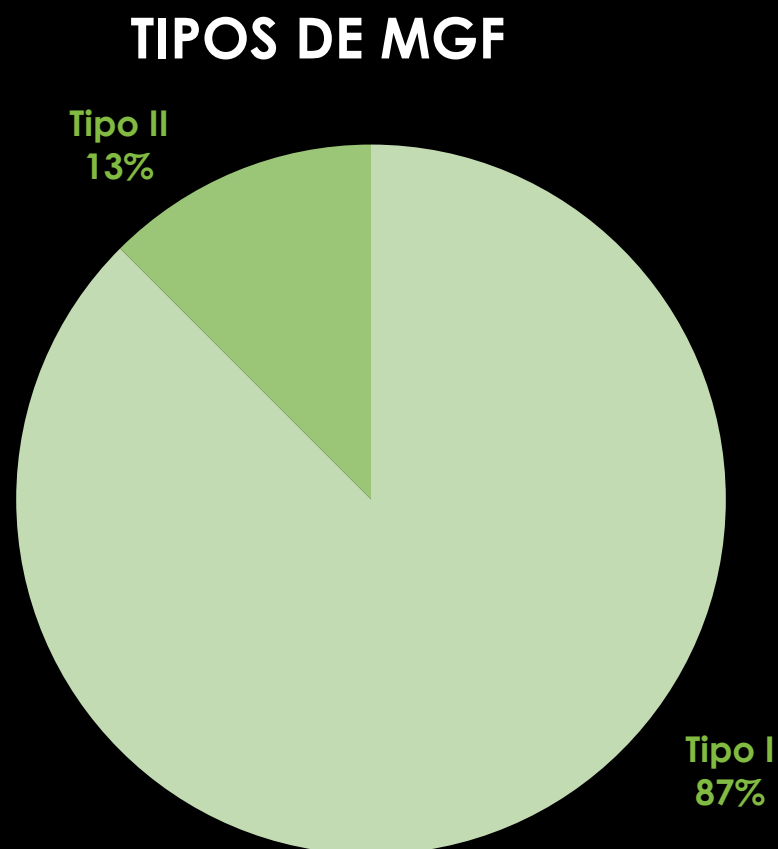
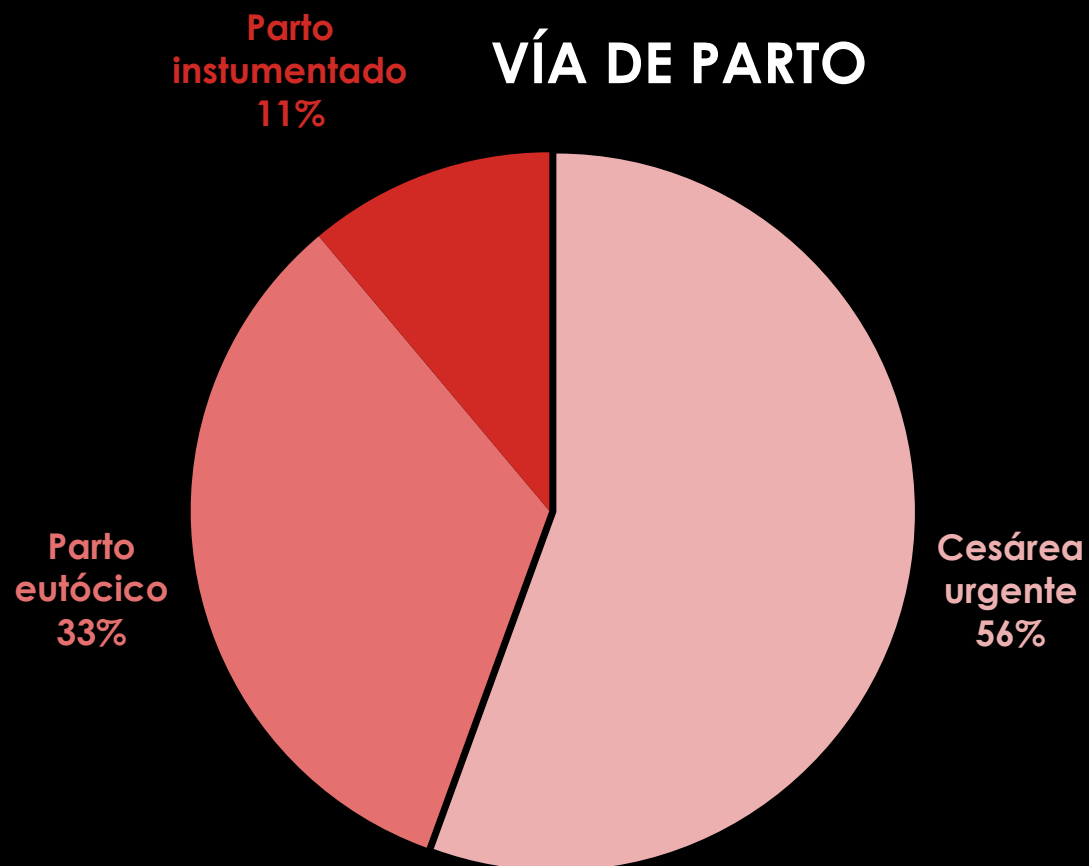
Enero-Diciembre 2018	Formula obstétrica	Tipo de MGF	Tipo de parto	Complicaciones obstétricas	Derivación a pediatra por trabajadora social	Centro de salud
4	G3/C2	Tipo I	Cesárea urgente por 2CA+DU	Hematoma de herida qx.	SÍ	Lorca, San Diego.
5	G5/P1/A3	Tipo I	Eutócico, con desgarro 1º grado	No	SÍ	Lorca, San Diego.
6	G2/C1	Tipo I	Cesárea urgente por bradicardia fetal	No	SÍ	Lorca, San Diego.
7	G5/P4	Tipo II	Cesárea urgente por DPF	Seroma de herida qx.	SÍ	Totana sur
8	G2/P1	Tipo I	Eutócico, sin episiotomía. Desgarro 2º grado	No	SÍ	Lorca, San Diego

CASOS DE MGF EN NUESTRA ÁREA DESDE 2016-2018

■ 2016 ■ 2017 ■ 2018



COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ESTOS CASOS



DERIVACIÓN A PEDIATRA DE AP POR TRABAJADOR SOCIAL

En todos los casos
registrados se derivó a su
pediatra del centro de
salud para seguimiento
de estas niñas.

COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA *(disponible en varios idiomas)*

Desde el Centro de Salud:

Se informa a los familiares/ responsables de la niña (Nombre y apellidos) y cuya fecha de nacimiento es (fecha), acerca de:

Los riesgos socio- sanitarios y psicológicos que presenta la mutilación genital, y el reconocimiento a nivel internacional que tiene esta práctica como violación de los Derechos Humanos de las niñas.

El marco legal de la mutilación genital femenina en España, donde esta intervención es considerada un delito de lesiones en el Artículo 149.2 del Código Penal, aunque haya sido realizada fuera del territorio nacional (por ejemplo en Gambia, Malí, Senegal, etc.), en los términos previstos en la Ley Orgánica del Poder Judicial, modificada por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo.

La práctica de la mutilación genital se castiga con pena de prisión de 6 a 12 años para los padres, tutores o guardadores; y con pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento de 4 a 10 años. Es decir, los padres no podrían ejercer la patria potestad ni tener consigo a su hija, por lo que la entidad pública de Protección de Menores correspondiente podría asumir su tutela, pudiendo la niña ser acogida por una familia o ingresar en un centro de Protección de Menores.

El compromiso de que, si viajan, al regreso del viaje, o cuando sea requerida, la niña acuda a consulta pediátrica/médica de su Centro de Salud para la realización de un examen de salud en el marco del Programa de Salud Infantil.

La importancia de adoptar todas las medidas preventivas relativas al viaje que le han sido recomendadas por los profesionales de la salud desde los Servicios Sanitarios.

El/la Pediatra/Médico certifica que, en los exámenes de salud realizados a la niña hasta ese momento, no se ha detectado alteración en la integridad de sus genitales.

Por todo ello:

DECLARO haber sido informado, por el profesional sanitario responsable de la salud de la/s niña/s sobre los diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina especificados anteriormente.

CONSIDERO haber entendido el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.

ME COMPROMETO a cuidar la salud de la menor de quien soy responsable y a evitar su mutilación genital, así como a acudir a revisión a la vuelta del viaje.

Y para que conste, leo y firmo el original de este compromiso informado, por duplicado, del que me quedo una copia.

En....., a..... de..... de 20.....

Firma. Madre/Padre/Responsable de la niña

Firma: Pediatra/ Médico

CONCLUSIONES

- Con los pocos casos registrados que tenemos, como resultados obstétricos podemos concluir que mujeres con MGF tienen con mayor frecuencia desgarros de 1° y 2° grado y que aunque la tasa de cesáreas haya sido mayor en este grupo, ninguna ha sido por indicación por el antecedente de MGF. Tampoco tuvimos complicaciones obstétricas en este grupo de pacientes. (Resultados similares a un estudio descriptivo en hospital de Australia 2006-2012).
- En cuanto a mujeres con MGF tipo III (infibulación): Se recomienda encarecidamente un procedimiento de desfibulación durante el segundo trimestre para prevenir la prolongación de la segunda fase del parto.
- Reviste gran importancia la coordinación multidisciplinaria entre Ginecólogos, pediatras y trabajadores sociales para la detección temprana de los casos y actuar así en la prevención de la MGF en niñas.

QUÉ PODEMOS MEJORAR?

- Realizar actividades de formación para todos los profesionales implicados, ampliando así la detección de casos y la actuación coordinada.
- En nuestra área tenemos que mejorar el registro de mujeres con MGF, para poder hacer estudios posteriores con un mayor número de mujeres.
- Continuar con el seguimiento de estas niñas e implementar mecanismos legales para asegurar su protección .

BIBLIOGRAFÍA

- OMS, 2013. <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/es/>
- Protocolo para la prevención y actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la Región de Murcia. 2015. Dirección general de asistencia sanitaria. Servicio Murciano de Salud.
- Gombau Giménez, L. 2018. Tesis Doctoral. Complicaciones Obstétrico-Ginecológicas en mujeres procedentes de países de riesgo de Ablación/Mutilación Genital Femenina: Estudio comparativo. Universidad de Murcia.
- Varol, N.; Dawson, A. Obstetric outcomes for women with female genital mutilación at an Australian hospital, 2006-2012: a descriptive study. 2016. BMC Pregnancy and Childbirth.
- Nour, NM. 2018. Female genital cutting (circumcision). https://www.uptodate.com/contents/female-genital-cutting-circumcision?search=v%C3%ADa%20de%20parto%20en%20mujeres%20con%20mutilaci%C3%B3n%20genital%20femenina&source=search_result&selectedtitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98838/WHO_RHR_12.41_spa.pdf;jsessionid=E89EF1235F8F01922BB44AEA1F9B777?sequence=1
- Ballesteros, C.; Almansa, P. 2014. La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina en la Región de Murcia. https://ac.els-cdn.com/S0213911114000478/1-s2.0-S0213911114000478-main.pdf?_tid=686b4a39-9a47-4956-b35e-3d38f62141b5&acdnat=1550436420_68d71555e6e752ed81f582c75d71be69

GRACIAS

