



PROCEDIMIENTO PREVENCION Y ACTUACION ANTE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA EN LA PROVINCIA DE MALAGA

Fotógrafa **Camila Espinel**, de la Exposición: "Mi lucha, nuestra lucha", de Médicos del Mundo Madrid.





PRESENTACION

La Mutilación Genital Femenina (MGF) es una manifestación de la violencia contra las mujeres que tiene efectos devastadores en la salud física y psíquica de la mujer que la padece y como tal, debemos activar todos los mecanismos para prevenir, detectar y atender a las niñas y mujeres que están en riesgo de padecerla o que ya han sido sometidas a esta práctica.

Conscientes de la necesidad de profundizar en el conocimiento de la MGF, para mejorar su detección y atención, la Comisión Provincial de Salud para la Prevención y Atención a Mujeres en situación de Violencia de Género, invitó a Médicos del Mundo, en su reunión de junio de 2018, a presentar los trabajos que venían realizando en esta y otras Comunidades Autónomas para la prevención de la MGF. Sumando a esta colaboración con Médicos del Mundo, la permanente con la Fiscalía de Violencia sobre la Mujer y sobre todo, el compromiso inquebrantable y desinteresado de nuestras y nuestros profesionales con la salud integral de las mujeres y con la consecución de una vida libre de violencia para todas, se constituyó un grupo de trabajo interdisciplinar para ordenar y sistematizar toda la información sobre la MGF y ponerla a disposición del conjunto de profesionales de la salud.

El material que se presenta es la versión preliminar de estos trabajos, aún pendiente de concretar los acuerdos de colaboración y coordinación con entidades y disciplinas implicadas. No obstante, la calidad de la información que contiene y la ayuda que proporciona para la mejora de la atención, nos ha impulsado a difundirlo y a solicitar que se comparta en todos los centros.

El 5 de noviembre tendrá lugar una sesión formativa a cargo de las dos coordinadoras del citado grupo de trabajo, que quedará disponible en el canal de YouTube de la Escuela Andaluza de Salud Pública, para quien quiera acceder con posterioridad.

Quiero agradecer el trabajo realizado y reiterar nuestro compromiso con el logro de una sociedad libre de violencia sobre la mujer.

Málaga, 3 de noviembre de 2020

Carlos Bautista Ojeda

Delegado Territorial de Salud y Familias en Málaga



PREFACIO

Cuando **José Luis Sampedro** ingresó en la Academia de la Lengua, [en su maravilloso discurso de ingreso del 2 de Junio de 1991](#) hablaba ‘Desde la Frontera’. Y lo hacía con esta visión:

‘Mis fronteras son todas trascendibles, como lo es la membrana de la célula, sin cuya permeabilidad no sería posible la vida, que es dar y recibir, intercambio, cruce de barreras. Y más aún que trascendible la frontera es provocadora, alzándose como un reto, amorosa invitación a ser franqueada, a ser poseída, a entregarse para darnos con su vencimiento nuestra superación: ese es el encanto profundo del vivir fronterizo. Encanto compuesto de ambivalencia, de ambigüedad —no son lo mismo—, de interpenetración, de vivir a la vez aquí y allá sin borrar diferencias’.

Como el Maestro Sampedro, la Legislación actual, especialmente nuestra Comunidad Autónoma de Andalucía nos exige no sólo opinar sino acercarnos a esa frontera lejana que nos permita estar más cerca de lo que hay detrás, de los límites culturales que nos hacen diferentes para que cuando vulneren los Derechos Humanos y especialmente los derechos de las mujeres por el solo hecho de serlo, podamos actuar vistiendo la desnudez de derechos en los que éstas se encuentran.

Partimos siempre del respeto a la diversidad cultural desde una perspectiva no Europeísta que con tanto énfasis propone la Antropología. Pero todo este proceso de empatización tiene ciertos límites jurídicos.

Nuestro propósito con este Protocolo es que desde el ámbito Sanitario y el ámbito Legal no se dé la espalda o se cierren los ojos ante la Mutilación Genital Femenina por ser una auténtica violación de derechos humanos, con el falso argumentario que es solo un tema cultural.

Queremos transmitir de forma ordenada y protocolizada que la Mutilación Genital Femenina (MGF) es un acto de auténtica violencia a la mujer.

Es un concepto legal que está incluido en el nuevo concepto amplio de violencia de género que establece el Convenio de Estambul de 2011 convenio suscrito por España y especialmente desarrollado desde nuestra Comunidad Autónoma en el Artículo 3, J de la Ley 7/2018, de 30 de julio, por la que se modifica la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género donde se establece como concepto, tipo y manifestación de la Violencia de Género:



“La mutilación genital femenina, entendida como conjunto de prácticas que suponen la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos o produzcan lesiones en los mismos por motivos no médicos ni terapéuticos sino, generalmente, culturales, aunque exista consentimiento expreso o tácito de la mujer, adolescente o niña”

La OMS nos alerta sobre el hecho de que la Mutilación Genital Femenina (MGF) nada aporta a la salud, todo lo contrario: Produce efectos nefastos en la mujer que lo padece. Efectos físicos y psicológicos perversos.

Y es que lo que con este innovador Protocolo pretendemos abarcar no sólo un concepto de Mutilación Genital Femenina como un delito exclusivo de lesiones graves a la mujer del Artículo 149 del Código Penal. Es más. Mucho más. Está catalogado como un concepto legal de violencia de género. Es violencia a la mujer por el solo hecho de serlo. Y contemplando este atentado a la salud física, psíquica y social de la mujer como un acto de violencia de género podremos atacarlo con las mismas armas legales y protocolarias con las que actuamos contra cualquier acto de violencia de género.

Es un honor para mí por tanto haber participado en nombre de la Fiscalía de Violencia a la Mujer de Andalucía en la elaboración de este Protocolo liderado por la Doctora **D^a Carmen Agüera Urbano** Médica de Urgencias del Hospital Costa del Sol. De la mano de su conocimiento científico y de su compromiso inequívoco por la igualdad así como de cualquier forma de manifestación de la Violencia de género. Algo que conozco personal y profesionalmente desde hace muchos años por haber tenido el honor de caminar con ella en múltiples protocolos pioneros en nuestra Comunidad Autónoma que se tomaron como referencia a nivel Nacional.

Palabras que hago extensivas a **D^a Alicia Maldonado Ramos**. Pedagoga, Técnica de Salud Distrito Málaga Guadalhorce por habernos proporcionado el Distrito Sanitario de Málaga como centro de reuniones donde hemos ido gestando este protocolo y su implicación desde siempre en algo tan fundamental y esencial para la convivencia desde el Distrito Sanitario de Málaga como es la Igualdad.

Y gracias a todas y todos autoras y autores de este protocolo, con los que aprendimos a coordinarnos y abrazar otras disciplinas del conocimiento que son imprescindibles para tener una visión integral del problema sanitario y delictivo de la mutilación genital femenina.

Disciplinas que abarcan Salud, Trabajo Social, Trabajo de Enfermería, Medicina de Urgencias, Matronas, Ginecología y la visión de la Fiscalía de Violencia sobre la Mujer de Andalucía con la especial implicación de la **ONG Médicos del Mundo** de Andalucía y Málaga por su conocimiento real y compromiso a través de sus profesionales que nos entregaron experiencia y ciencia en cada una de las aportaciones en este protocolo desde su inicio.



Todas y todos, las personas firmantes de este Protocolo, compañeras y compañeros de compromiso por la igualdad y contra la violencia de género que se gesta a través de la Mutilación Genital Femenina.

Gracias a nuestra Comunidad Autónoma, a través de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, por hacer posible con su apoyo esta guía que pretende visibilizar un delito de enormes consecuencias para la salud pública y para las mujeres que lo sufren para que por todas/todos los profesionales actuaremos en la prevención, y cuando ya no sea posible en su praxis conjunta y coordinada entre todas las Instituciones.

Solo así: Visibilizando y actuando coordinadamente, unido a nuestro compromiso por la igualdad podremos combatir para erradicar la Mutilación Genital Femenina con todas nuestras armas sanitarias y legales.

Con el deseo que sea útil al Profesional Sanitario, con este Protocolo nos acercamos a la Frontera de los límites culturales y abusos a los derechos humanos que se producen sobre las mujeres y niñas por el sólo y exclusivo hecho de ser Mujeres para que desde esa Frontera, que nos recomienda el Maestro José Luis Sampedro, poder prevenirlos, denunciarlos, combatirlos y sanarlos.

FLOR DE TORRES

FISCAL DELEGADA DE ANDALUCIA DE VIOLENCIA SOBRE LA MUJER



AUTORIA

COORDINACION TECNICA

Carmen Agüera Urbano. Medica de Urgencias Hospital Costa del Sol

Alicia Maldonado Ramos. Pedagoga, Técnica de Salud Distrito Málaga Guadalhorce

GRUPO DE TRABAJO

Carmen Agüera Urbano. Medica de Urgencias Hospital Costa del Sol

Alicia Maldonado Ramos. Pedagoga, Técnica de Salud Distrito Málaga Guadalhorce

Begoña Espinosa de los Monteros Alvarez. Trabajo Social Médicos del Mundo

Flor de Torres Porras. Fiscal Delgada de Violencia sobre la Mujer de la Comunidad Autónoma de Andalucía

Ana Belén Espejo Martínez. Facultativo Especialista de Área Obstetricia y Ginecología (Hospital Comarcal de la Axarquía).

Laura Godoy Romero. Trabajadora Social. UPAS (Servicio de Apoyo Distrito sanitario Málaga Guadalhorce)

Miguel Angel García Raso. Diplomado Universitario de Enfermería. UPAS (Servicio de Apoyo Distrito sanitario Málaga Guadalhorce)

Blanca Martinez Sierra. Médica de familia y Comunitaria

Mercedes Rivera Cuello. Pediatra Axarquía, Médicos del Mundo. Pediatra voluntaria de Médicos del Mundo en Málaga.

Avelina Izquierdo Larra. Matrona. Distrito Costa del Sol.

Sergio Pérez Torres. Facultativo Especialista de Área Obstetricia y Ginecología (Hospital Comarcal de la Axarquía). Médico voluntario de Médicos del Mundo en Málaga.



INDICE

1. FUNDAMENTACION
 2. DEFINICION de MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA(MGF) .TIPOS
 3. EPIDEMIOLOGIA
 4. ETIOLOGIA. FORMAS Y COSTUMBRES DE PRACTICARLA Y SUS REPERCUSIONES EN SALUD
 5. OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECIFICOS. PAPEL DE LAS Y LOS PROFESIONALES DE SALUD
 6. MARCO JURIDICO DE MGF
 - 6.a. NORMATIVA INTERNACIONAL
 - 6.b. NORMATIVA NACIONAL
 - 6.c. NORMATIVA AUTONOMICA
 7. CONSECUENCIAS GENERALES PARA LA SALUD DE LA MGF
 - 7.a. CONSECUENCIAS FISICAS
 - 7.b. CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS
 - 7.c. CONSECUENCIAS SALUD SEXUAL
 - 7.d. CONSECUENCIAS SALUD REPRODUCTIVA
 8. TIPOS DE INTERVENCION DESDE SALUD:
 - 8.a. DETECCION, DIAGNOSTICO Y ATENCION DE CASOS
 - 8.b. PREVENCION DE NUEVOS CASOS: RMGF,RIMGF, MGF PRACTICADA
 - 8.c. NIVELES DE INTERVENCION EN SALUD: INDIVIDUAL FAMILIAR Y COMUNITARIA.COMPROMISO PREVENTIVO.
 - 8.d. COORDINACION (SANITARIO, SOCIAL, COMUNITARIO, JUDICIAL, PROTECCIÓN)
 9. ABORDAJE SANITARIO DE MGF. DIFERENTES AMBITOS DE SALUD DESDE DONDE INTERVENIR.
 - 9.a. ATENCION PRIMARIA: MAP, COMUNITARIA, PEDIATRIA, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
 - 9.b. ATENCION HOSPITALARIA: PEDIATRIA, URGENCIAS,OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA,PARTO Y PUERPERIO
- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
- ANEXOS



1. FUNDAMENTACIÓN

La Mutilación Genital Femenina (MGF de ahora en Adelante) es reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas. Refleja una desigualdad entre los sexos muy arraigada, y constituye una forma extrema de discriminación de la mujer. Es practicada casi siempre en menores y constituye una violación de los derechos de la niña. Asimismo, viola los derechos a la salud, la seguridad y la integridad física, el derecho a no ser sometida a torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes, y el derecho a la vida en los casos en que el procedimiento acaba produciendo la muerte. (OMS, 2014).¹

La MGF es una forma de Violencia hacia la mujer reconocida como tal en el derecho internacional y además es considerada como una forma de Maltrato Infantil.

A pesar de esto en el ideario de la comunidad donde se practica la MGF no es percibida como maltrato infantil. Las comunidades insisten en la mutilación de sus niñas y mujeres para prepararlas para su elegibilidad en matrimonio, la única garantía de estatus social; asumen este rito de paso desde el amor y la preocupación por el futuro de sus niñas. Por otra parte, el proceso de socialización infantil que moldea las actitudes de las niñas, las prepara para aceptar el dolor y el sufrimiento como parte inevitable de la vida de una mujer, y como una obligación a cumplir para ser aceptadas en sus respectivas sociedades.²

El Problema es de enorme dimensión, disponemos de diferentes fuentes de datos, siendo estos solo estimaciones de datos al no existir sistemas de registro en la mayoría de los países. De ahí la importancia de la recogida y sistematización de casos de MGF. Según un informe estadístico publicado por UNICEF la víspera del Día Internacional de Tolerancia Cero, con la Mutilación Genital Femenina se estima que al menos 200 millones de niñas y mujeres en el mundo han sido o son víctimas de la MGF, de las que 44 millones son menores de 14 años, la mayor incidencia de esta práctica entre las niñas de esta edad se produce en Gambia, con un 56%, en Mauritania con un 54%, y en Indonesia, donde alrededor de la mitad de las niñas menores de 11 años han sido sometidas a la práctica. Los países con mayor prevalencia de la mutilación genital entre niñas y mujeres de 15 a 49 años son Somalia, con un 98%, Guinea, con un 97%, y Djibouti, con un 93%. Si la tendencia actual continúa, en el año 2030 aproximadamente 86 millones de niñas en todo el mundo sufrirán algún tipo de mutilación genital. La práctica se realiza principalmente en 30 países esencialmente del África subsahariana, pero también en Egipto, Yemen o Indonesia. (UNICEF 2016).

En 2008, en la 61 Asamblea Mundial de la Salud se adoptó la resolución (WHA61.16) sobre la eliminación de la MGF, en la que se subrayaba la necesidad de una acción concertada entre todos los sectores: salud, educación, finanzas, justicia y asuntos de la mujer.³

En España según datos de la Fundación Wassu-UAB presentado en 2017 (con datos del año 2016) el Mapa de la Mutilación Genital Femenina (MGF), en España hay 69.086 mujeres que provienen de países donde se practica la MGF, un 5,2% más que en 2012. De ellas, 18.396 son niñas entre 0 y 14 años, grupo que ha disminuido 0,35% en los últimos cuatro años.

Casi un tercio de la población femenina de orígenes MGF empadronada en España reside en Cataluña que, con 21.298 mujeres y 6.295 niñas, es la comunidad autónoma que lidera el ranking. Le sigue la



Comunidad de Madrid, con 8.891 mujeres y 2.128 niñas. El tercer lugar lo ocupa Andalucía, con 7.820 mujeres y 1.741 niñas. ⁴

En provincias Andaluzas como Málaga, Almería y la costa de Granada (Frontera Sur), el flujo de llegadas de mujeres procedentes de países en riesgo ha sido constante, datos relevantes a la hora de plantear estrategias de intervención.

Málaga es la primera provincia de Andalucía en datos de población procedente de países con altas tasas de prevalencia de MGF, con 2.612 mujeres (le seguirían Almería, con 2.451, y Sevilla, con 1.111), de las que casi la mitad son de origen nigeriano.⁵

En el estudio diagnóstico de la MGF en la provincia de Málaga realizado por MDM 2019 se concluye que: "Se observa un importante desconocimiento de la MGF y su abordaje por parte de los profesionales en contacto directo con población en riesgo de sufrirla. Destaca el alto interés referido por los encuestados por la problemática planteada. Dado que nuestra provincia es zona de alta prevalencia de grupos practicantes, consideramos necesario el impulso y mejora de los protocolos existentes y la formación de profesionales en este ámbito."⁵

El ámbito sanitario es un espacio privilegiado para prevenir la MGF así como para atender las complicaciones derivadas de la realización de la misma. Para ello, es necesario que las y los profesionales socio-sanitarios conozcan esta práctica y sepan cómo actuar con un enfoque de derechos humanos y equidad de género. Por tanto, esta guía se dirige a profesionales que trabajan en el campo tanto de la salud pública como de la atención sanitaria.

Se trata de un problema de salud pública que trasciende del marco puramente asistencial que para abordarlo es necesario e imprescindible el trabajo y la coordinación con otros sectores (educación, servicios sociales, asociaciones civiles, cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, fiscalía, forenses, etc.) así como la participación de las comunidades afectadas. Por tanto, esta guía debería formar parte en un futuro de un protocolo más amplio que contemple el papel de los distintos sectores implicados.

La presente guía ha sido elaborada, teniendo en cuenta las recomendaciones a nivel estatal que establece el "Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género". Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales 2015. Dentro del cual se marcan actuaciones concretas en casos especiales, enmarcando aquí la MGF, y el diagnóstico sobre MGF en la provincia de Málaga elaborado por MDM (Málaga), elaborada por un grupo de trabajo multidisciplinar de profesionales de Salud (movidos por la preocupación de este problema de salud en auge el importante desconocimiento de la MGF y su abordaje por parte de las/los profesionales en contacto directo con población en riesgo de sufrirla)⁵; con la colaboración especial de la Fiscalía de Violencia sobre la Mujer e impulsada por Médicos del Mundo Málaga.

2. DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que “la MGF comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos”². Es una práctica que perjudica la salud de las mujeres y niñas de muy diversas formas.²

Las cifras disponibles estiman que anualmente, hay por lo menos 2 millones de niñas, 6.000 por día, en riesgo de sufrir la MGF.⁵

A pesar de ser una práctica prohibida por la mayoría de los países y que implica una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas y expone gravemente su salud, esta práctica milenaria se sigue practicando en comunidades y grupos étnicos de África y Asia, llegando a ser perpetuada la práctica en mujeres migrantes arraigadas en nuestra comunidad.

TIPOS

Según la clasificación de la OMS (2007)⁶, se identifican cuatro tipos de MGF:

- **Tipo I o clitoridectomía:** resección parcial o total del clítoris y, en casos muy infrecuentes solo del prepucio (pliegue de piel que rodea el clítoris).
- **Tipo II o escisión:** resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores.
- **Tipo III o infibulación:** estrechamiento y cierre de la apertura vaginal mediante el corte y la recolocación de los labios menores o mayores, con o sin resección del clítoris.
- **Tipo IV:** todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital.



Tipo I
Escisión del prepucio del clitoris con o sin Extirpación total o parcial del glande del clitoris.



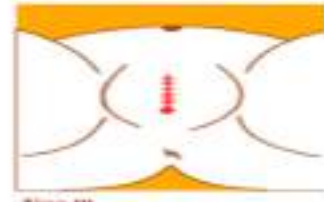
Tipo I

Tipo II
Extirpación del glande del clitoris con eliminación total o parcial de los labios menores. Puede incluir algún tipo de herida o corte en los labios mayores.



Tipo II

Tipo III. Infibulación.
Extirpación más o menos extensa de genitales externos, y el estrechamiento de la apertura vaginal a través de sutura, cosido, o recolocación de los labios para su cicatrización.



Tipo III

Aunque el término MGF se acuñó en los 70 no será hasta 1991 y por recomendación de la OMS cuando se consensue el mismo con el objetivo de desmarcarlo claramente de otras prácticas como la circuncisión masculina y que exprese una postura negativa reflejando así los aspectos negativos que conlleva esta práctica y que la distinguen de otros ritos o prácticas culturales.

Sin embargo, es habitual que las propias mujeres que la sufren y sus comunidades la conozcan con otros nombres como cosido, corte (siendo este el más frecuente), circuncisión, ablación, suna, etc. El nombre con el que la reconocen denota el sentido que le dan a esta práctica.

El lenguaje o terminología que usemos para referirnos a la mutilación con la población afectada es clave para su reconocimiento o identificación. Es probable que haya mujeres supervivientes de la mutilación que no reconozcan este término como tal.⁵

3. EPIDEMIOLOGÍA

La mutilación genital femenina, no es una práctica exclusiva de países de África. Aunque es atribuible la misma a unos 30 países de África Subsahariana. La prevalencia de la misma depende del país y de las etnias practicantes presentes en el mismo. Entre los países africanos de mayor prevalencia se sitúan Egipto, Sudán, Somalia, Mali, Guinea, Sierra Leona y Gambia. La prevalencia depende del grupo étnico mayoritario. Países como Tanzania, Togo, Uganda, Yemen, Yibu, Benin, Burkina faso, Camerún, Chad, Congo, Costa de Marfil, etc. presentan mayores tasas de prevalencia que otros países donde la prevalencia es menor, debido en parte, a la menor presencia de etnias practicantes. Conocer algunas etnias practicantes puede sernos útil en el abordaje de casos de MGF, aunque no es un dato único. Ya que, en ocasiones aun no perteneciendo a etnias practicantes, existe riesgo de sufrir una mutilación genital femenina, por otros factores añadidos como es el caso de los matrimonios pactados o forzados ⁵.

La edad y el momento en que se practica la MGF difieren de comunidad en comunidad, dependiendo de factores como la etnia, el estatus social y económico, etc. Suele asociarse a la llegada de la pubertad, pero en algunos casos se realiza en recién nacidas, otras veces durante el embarazo o incluso tras el nacimiento del primer hijo. Una de las tendencias actuales es la progresiva disminución en la edad de la práctica, como

estrategia para evadir la legislación prohibitiva cuando existe; por lo mismo, pasan a realizarse de forma secreta en lugar de ser un acontecimiento público.²

Uno de los motivos de anticipación en la edad puede ser los proyectos migratorios y la previsión de estancias prolongadas en países de acogida, lo que podría dificultar a las familias la realización de la mutilación en niñas. E incluso, para evitar de esa manera la interferencia de la cultura del país de acogida lo que supondría un cambio en la visión de esta práctica y un cuestionamiento social y cultural.

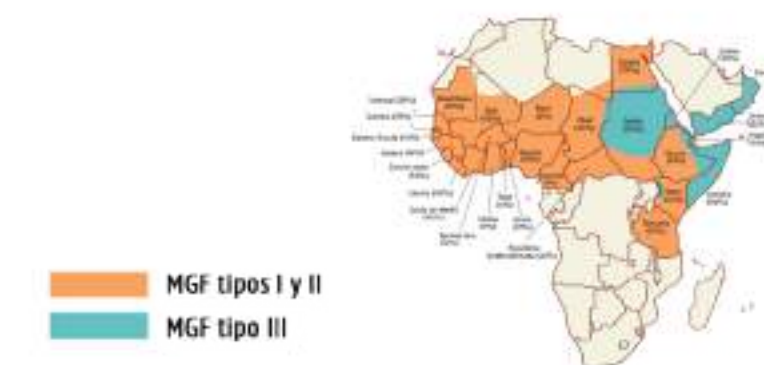
Organizaciones como Amnistía Internacional revelaron datos de MGF en otras localizaciones de India, Indonesia, Malasia, Pakistán y Sri Lanka. Así como la presencia de casos en países de América Latina como Brasil, Colombia, México y Perú.

Sin embargo, es fundamental prestar atención a los casos de MGF en la zona de la diáspora. La falta de registros y datos fidedignos es una de las dificultades en el conocimiento y abordaje de la MGF que dificultan la puesta en marcha de estrategias adecuadas. Siendo España, un país de acogida a comunidades practicantes de MGF.



Fuente: Fundación Wella-LMS, 2013

Nota: Europa es considerada una única región geográfica, independientemente de que cada país sea destino de migrantes procedentes de comunidades en donde se practica la MGF.



Fuente: Fundación Wella-LMS, basado en la Encuesta Demográfica y de Salud (EDS Macro) 2011

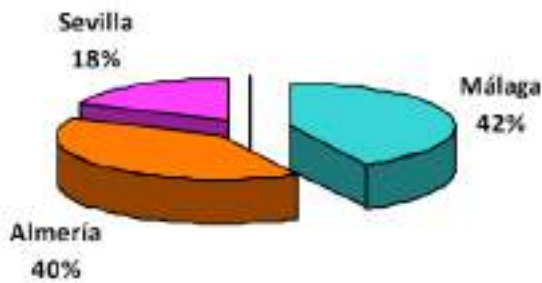


Según la OMS, en países del cuerno de África como Sudán, Yibuti, Somalia un 90 % de las mujeres están mutiladas, suponiendo el 15% de estas mutilaciones las formas más graves como el Tipo III. Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia, Kenia y Malí donde también existe una prevalencia del 90%, registran sus formas leves Tipo I y Tipo II.

DATOS DE LA PROVINCIA DE MALAGA,

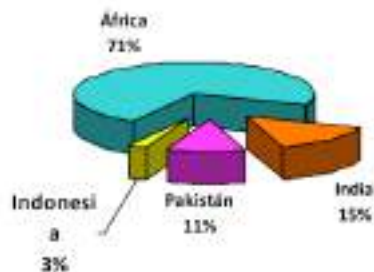
Málaga es la primera provincia de Andalucía en datos de población procedente de países con altas tasas de prevalencia de MGF, con 2.612 mujeres.

Le seguirían Almería, con 2.451, y Sevilla, con 1.111.



POBLACION EXTRANJERA RESIDENTE EN MALAGA SEGUN CONTINENTE DE ORIGEN

	Mujeres	%	Hombres	%	Total por continente	%
África	4915	1,66	8313	3,03%	13228	2,32%
Asia	1958	0,66	2375	0,87%	4333	0,76%



Si tenemos en cuenta sólo la población extranjera residente en Málaga procedente de países de origen dónde se practica la MGF representaría el 3,08%. Siendo mayoritaria la población africana, 1.891 mujeres. Contando con 380 mujeres procedentes de India, 66 Indonesia, 275 Pakistán.



4. ETIOLOGÍA

"LA MGF puede interpretarse no sólo como una causa sino también como una consecuencia de la desigualdad de género. Simboliza la máxima expresión de poder económico y social entre sexos. Es una forma de subordinación de las mujeres en la sociedad, de asunción de su rol dentro de su comunidad y del control de los hombres sobre el sexo femenino y sobre el cuerpo de la mujer. Esta práctica se vincula a normas sociales, tradición, ritos y status de inferioridad de la mujer en todas las esferas.

Aunque a continuación expondremos las distintas justificaciones que se dan a esta práctica y que varía de una comunidad o grupo étnico a otro, en general, se enumeran la necesidad de controlar la sexualidad y fidelidad femenina como medio para mantener el matrimonio, para preservar la belleza femenina atribuyendo a los genitales femeninos características negativas.

Aumento del placer sexual de los hombres etc. Aunque desde una perspectiva de género, esta práctica se perpetúa por dos elementos principalmente: la necesidad de controlar la sexualidad femenina y el mantenimiento de las relaciones desiguales de poder.

En definitiva, la perpetuación de esta práctica está relacionada con la falta de empoderamiento de las niñas y las mujeres y la falta de autonomía, de su derecho a tomar decisiones sobre sus vidas y cuerpos. Las mujeres sacrifican sus órganos sexuales a cambio de aceptación social y la supervivencia material (matrimonio). Las mujeres no abandonarán esta práctica a menos que consigan un poder de negociación igual o mayor dentro de sus comunidades por medio del acceso a la educación, la atención sanitaria, la justicia, las oportunidades económicas y el liderazgo político".⁵

(Material Didáctico Plataforma End FGM)

Norma social: Tradición, costumbre, práctica cultural.

- Consecuencias positivas del cumplimiento de la norma: posibilidad de casarse, apta como mujer, integración familiar y social. Honor de la familia
- Consecuencias negativas del incumplimiento de la norma: rechazo y deshonra familiar, rechazo social, imposibilidad de casarse, no apta para su rol como mujer.
- La MGF considera "cuestiones de familia", lo que ha contribuido a la invisibilización de la misma.

Factores relacionados con el género: Realizado por mujeres y para mujeres.

- Diferencia social que debe existir entre hombres y mujeres
- Cumplimiento con el papel asignado por la comunidad.
- Mandato del hombre a la mujer. Sinónimo de obediencia y sumisión de la mujer

Control de la sexualidad de la mujer:

- La extirpación del clítoris contribuye a la fidelidad de la mujer y a la disminución de la libido
- Obediencia al hombre a través del control del cuerpo de la mujer y su sexualidad.
- Mujer mutilada es sinónimo de mayor placer para el hombre.
- Atribución de cualidades negativas a los genitales femeninos, considerándolos como algo sucio, anti natural, que puede lesionar los genitales del hombre y provocar daños al bebé en el momento del nacimiento.



Higiene y estética, mutilar los genitales femeninos para considerar a la mujer limpia y pura.

Rito de paso: poder simbólico atribuido a las mujeres que atribuye así un ámbito de poder para ellas. Asegurando de esta manera que serán las mismas mujeres, ejerciendo este poder, las que se encarguen de transmitir esta práctica de generación en generación. Convirtiéndose ellas mismas en las perpetradoras de esta tradición con el fin de mantener la identidad de etnia y de género.

Motivos religiosos. En algunos países la MGF es conocida como "sunna" o precepto impuesto por una religión. Sin embargo, no se puede atribuir históricamente la MGF a ninguna religión. La MGF, a pesar de ser atribuida en muchas ocasiones a la religión musulmana, es una práctica preislámica. No haciendo referencia en el Corán a la misma.

FORMAS Y COSTUMBRES DE PRACTICARLA Y SU REPERCUSION EN SALUD

La MGF presenta consecuencias negativas para la salud de las mujeres y las niñas. La resección y el daño del tejido genital femenino sano traen múltiples consecuencias a nivel físico, psicológico, emocional y sexual tanto de forma inmediata como a medio y largo plazo.

Los factores que influyen en las consecuencias físicas son la extensión de la herida, la habilidad del "operador", la limpieza de los utensilios (cuchillas de afeitar, cristales, navajas, tapas de latas, etc), el estado físico de la niña o adolescente y el tipo de mutilación (la tipo III es la más lesiva).

La MGF suele ser practicada por personas respetadas dentro de la comunidad, como pueden ser parteras, curanderas o ancianas, que carecen de conocimientos médicos e instrumental para tal actuación. Les confiere prestigio y respeto en su comunidad y por eso se transmiten los conocimientos acerca de su realización de generación en generación de mujeres de una misma familia. Además de ser una fuente de ingresos para ellas.

En otros sitios, como es el caso de Sudán o Egipto, esta práctica se ha medicalizado, a pesar de estar prohibida en sus países, con la excusa de garantizar así que no se produzcan consecuencias negativas en la realización de la misma al hacerse en un entorno sanitario o clínico. Por ello, una tendencia bastante extendida en diferentes países de África, y que puede ser extendida a nuestro entorno, es la **medicalización de la práctica**, es decir, la realización de la mutilación en hospitales o centros médicos. Los sectores que apoyan este enfoque argumentan que, dado que no pueden evitar que se mutile a las niñas, así se minimizan las secuelas. Sin embargo, incluso en las mejores condiciones, se trata de un procedimiento quirúrgico innecesario que va en detrimento de la salud de las mujeres -niñas y una forma extrema de violencia de género. La medicalización sólo consigue perpetuar la MGF.

La forma de realizarla es variable, pudiéndose llevar a cabo de manera individual o colectiva. Siendo ésta última habitual en celebraciones o ritos de paso de niña a mujer. Y como preparación para la vida adulta y ejecución del rol social de la mujer.

Cualquier objeto cortante como cuchillas, cuchillo, navaja, puede ser válido para realizar una mutilación. No existen medidas de esterilización del material y en las mutilaciones colectivas el mismo



material es usado en todas las niñas. Con las graves consecuencias, que como veremos a continuación implica para la salud de las mismas.

5. OBJETIVOS

GENERAL

Promover en la Provincia de Málaga actuaciones homogéneas para la prevención de la MGF y la atención a las mujeres y niñas que han sido mutiladas desde un abordaje de Salud Pública con un enfoque de género, de derechos humanos e interculturalidad.

ESPECÍFICOS

1. Sensibilizar y Formar a las/los profesionales socio-sanitarios la situación de la MGF y las consecuencias sobre la salud de las mujeres y las niñas.
2. Establecer pautas de actuación y prevención sanitarias para abordar la MGF, en coordinación con entidades sociales y comunitarias.
3. Implicar de forma activa a las mujeres y hombres de las comunidades en riesgo de realiza esta práctica, para fomentar la prevención de la MGF.
4. Establecer canales de comunicación y coordinación con todos los agentes implicados en el abordaje de este problema de salud (educación, FyCSE, Judicatura, Fiscalía, Servicios Sociales Comunitarios, Servicios de Protección al Menor)

ALCANCE

Alcance del protocolo

Todas las Unidades de Atención Primaria, las Unidades de Ginecología y Obstetricia, las Unidades de pediatría, las unidades de salud mental, las unidad de atención a la Ciudadanía y las unidad de trabajo social dependientes del Sistema Andaluz de Salud (SAS de ahora en adelante)

Alcance de las/os profesionales

Todas y todos las/os profesionales implicadas/os en el proceso de atención a mujeres y niñas afectas por la MGF o susceptibles de dicha práctica



PAPEL DE PROFESIONALES DE SALUD

El rol profesional en los Servicios de Salud

Su conocimiento acerca de la relación entre prácticas tradicionales perjudiciales y la salud, junto con el respeto y la confianza que se han ganado por parte de la población, les otorga potencial para transformarse en agentes eficaces de cambio.³

El trabajo sobre MGF implica a los servicios de salud en intervenciones de prevención con mujeres, familias y comunidades, especialmente a centros de atención primaria, pediatría y servicios de salud sexual y reproductiva. También estarán involucrados en esta prevención los diversos servicios de asistencia especializada que atenderán las consecuencias y complicaciones de los distintos tipos de MGF en niñas, adolescentes y mujeres jóvenes y adultas.

La llegada a nuestro país de personas procedentes del África subsahariana ha ido aumentando de manera progresiva durante las dos últimas décadas. Este hecho, junto con una elevada tasa de natalidad y una importante movilidad geográfica por parte de dicha población, ha llevado a que la MGF pase de ser un hecho puntual a una cuestión de interés social y sanitario en la que puede verse involucrado cualquier profesional de los equipos de Atención Primaria y Hospitalaria en su labor cotidiana. Aunque, por supuesto, todas/os las/os profesionales sanitarios deberían tener unas nociones básicas sobre la MGF, determinadas perfiles profesionales como medicina de familia, enfermería en sus distintas especialidades, unidades de trabajo social, ginecología y pediatría, unidades de salud mental comunitaria; necesitan profundizar en el tema especialmente.

Hay profesionales que plantean actitudes paternalistas, de superioridad y etnocéntricas, e incluso que verbalizan argumentos racistas. Abordar el tema desde una perspectiva de género puede llegar a provocar que se delegue en las profesionales por el hecho de considerarlo un tema de mujeres en el que se puedan crear vínculos e ir más allá por ser mujer.

Las/os profesionales pueden sentirse cuestionadas/os por parte de las familias afectadas por la práctica, que argumentan que no es un tema que nos atañe a nosotras/os. Ser deslegitimada/o por algunos miembros de la comunidad afectada, pues como blanca/o y no afectada/o por la práctica pueden considerar que no se está legitimada/o para hablar de un tema que sólo les atañe a ellas/os y su cultura. Pueden sentirse atacadas/os y generar actitudes agresivas hacia el personal sanitario.

Cuando existen indicadores de situación de riesgo inminente, ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial es obligatorio, a pesar de los dilemas morales que se nos planteen. A veces podemos utilizar la ley en positivo, haciendo replantear a ciertas familias la práctica.

Esta serie de circunstancias no deben cambiar nuestro posicionamiento y trabajo a favor de la desaparición de una práctica que vulnera los derechos humanos, la igualdad de oportunidades y el bienestar de las mujeres y las niñas. Es importante ponernos en el lugar del otro, «escuchar mucho y aprender más».



6. MARCO JURÍDICO de MGF

6.a. NORMATIVA INTERNACIONAL

La MGF es un área clave del desarrollo que se refleja en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS Cumbre Histórica Naciones Unidas 2015) tiene repercusiones en materia de derechos humanos, igualdad de género, pobreza, salud maternal, mortalidad infantil y educación básica universal.

Así se refleja en sus diferentes objetivos como.

Objetivo 5 : " Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas", se hace referencia explícita a la MGF (Meta 5.3: Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina). Aunque también se recoge en otros como :

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas/todos, en todas las edades.

Objetivo 4: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todas/todos.

6.b. NORMATIVA NACIONAL

El Convenio de Estambul de 11 de mayo de 2011, ratificado por España el fecha 18 de marzo de 2014 nos vincula legislativamente en el Marco Europeo. Su objetivo principal es homologar las legislaciones de Europa en la lucha contra la Violencia a la Mujer

Este importante Convenio Junto a la Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2012, en la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, y que sustituye la Decisión marco 2001/220/JAI del Consejo, que fue incorporada al ordenamiento jurídico español mediante la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito.

Así se contempla en el Art. 3 del Convenio de Estambul que establece que la **“violencia contra las mujeres”** se deberá entender una violación de los derechos humano y una forma de discriminación contra las mujeres, y designará todos los actos de violencia basados en el género que implican o pueden implicar para las mujeres daños o sufrimiento de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada.

España verificó el Instrumento de ratificación del Convenio tras su Publicación en el BOE en fecha de Junio de 2014 y en el Pacto de Estado contra la violencia de Género se adopta como previsión la armonización de Violencia contra las Mujeres conforme al Art. 3 del Convenio de Estambul, lo que incluirá en su desarrollo



legislativo la MGF su categorización como delito de Violencia a la Mujer. Así expresamente son los compromisos asumidos por el **Pacto de Estado contra la Violencia de Género en sus Apartados 76,101,186,187,188,256,263,270 y 273.**

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, modificada por la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia; la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, que extiende a las hijas e hijos de mujeres víctimas la consideración de víctimas de violencia de género, y les otorga la misma protección que a sus madres; y por último, la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito, que aglutina en un solo texto legislativo el catálogo del derecho de las víctimas.

La MGF desde el Convenio de Estambul de 2011 ratificado por España en un delito de violencia a la mujer pero su desarrollo legislativo no trasciende de su conceptualización como delito del Código Penal

Artículo 149.

1. El que causara a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años.

2. El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años. Si la víctima fuera menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de 4 a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección.

Artículo 150. El que causare a otro la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro no principal, o la deformidad, será castigado con la pena de prisión de tres a seis años.

Artículo 151. La provocación, la conspiración y la proposición para cometer los delitos previstos en los artículos precedentes de este Título, será castigada con la pena inferior en uno o dos grados a la del delito correspondiente.

Artículo 23.4 de la LOPJ

Ampliación del alcance de la ley, para evitar la impunidad en los casos en los que se aproveche la realización de un viaje al país de origen para practicar la MGF a las niñas.

Artículo 262 LEC “Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante...”



6.c.NORMATIVA AUTONÓMICA

En relación a la **Normativa Autonómica**, va más allá de lo establecido en la **LOMPIVG (L.O. 1/2004)** con la **Ley 13/2007, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género** la cual es **modificada en la Ley 7/2018, de 30 de julio**, que entre otros aspecto modifica el Art 3 de la Ley originaria de 2017 para considerar dentro del concepto, tipología y manifestaciones de la Violencia de Género entre otras:

i) La mutilación genital femenina, entendida como conjunto de prácticas que suponen la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos o produzcan lesiones en los mismos por motivos no médicos ni terapéuticos sino, generalmente, culturales, aunque exista consentimiento expreso o tácito de la mujer, adolescente o niña.

j) El matrimonio precoz o forzado, entendido como un matrimonio en el que no haya existido consentimiento libre y pleno de la mujer para su celebración, bien porque haya sido fruto de un acuerdo entre terceras personas, ajenas a la voluntad de aquella, bien porque se celebre bajo condiciones de intimidación o violencia o porque no se haya alcanzado la edad prevista legalmente para otorgar dicho consentimiento o se carezca de capacidad para prestarlo, incluso si en el momento de la celebración no se hubiera procedido a su incapacitación judicial.

k) Las violencias originadas por la aplicación de tradiciones culturales que atenten contra los derechos de las mujeres, tales como crímenes por honor, crímenes por la dote, ejecuciones extrajudiciales, ejecuciones o castigos por adulterio o violaciones por honor.

l) La violencia derivada de conflictos armados, incluyendo todas las formas de violencia posible: asesinato, violación, embarazo forzado, aborto forzado o esterilización forzosa, entre otras.

Se hace por ello imprescindible una armonización de Legislaciones tanto en materia Autonómica como Nacional en aras de la detección, protección y prevención de la MGF y en los casos que se haya practicado y detectado se proceda a una coordinación con los Organos Judiciales y Fiscalía de Menores y de Violencia a la Mujer por si procede sobre los autores la declaración de desamparo de las menores respecto a sus progenitores y todas y cada una de las medidas tendentes a su protección siendo su interés superior el determinante de su bienestar así como la incoación de todas las medidas civiles y penales derivadas del ejercicio a la salud de las menores y mujeres de este delito.



7. CONSECUENCIAS GENERALES DE LA MGF PARA LA SALUD

La MGF presenta consecuencias negativas para la salud de las mujeres y las niñas. La resección y el daño del tejido genital femenino sano traen múltiples consecuencias a nivel físico, psicológico, emocional y sexual tanto de forma inmediata como a medio y largo plazo.

Las consecuencias van a depender a su vez del tipo de mutilación realizada, de las condiciones en las que se lleva a cabo, de la edad de las mujeres y de las secuelas producidas. Todo tipo de MGF es violenta siendo las del tipo II y III las más lesivas, teniendo peores consecuencias en la vida de las mujeres afectadas.

Las consecuencias y el grado de afectación es variable en cada mujer, dependiendo del tipo de mutilación realizada y de la forma de realización de la misma.

Las consecuencias pueden ser agudas o subagudas que se suelen dar en las niñas o adolescente (cuando se realiza la MGF) y las consecuencias a largo plazo, se desarrollan generalmente en la edad adulta.

7. 1. CONSECUENCIA FISICAS

7.1.a. AGUDAS Y SUBAGUDAS

- **Hemorragia:** Puede presentar **anemia** posterior cuando ésta es importante.
- **Dolor intenso.**
- **Shock:** Hemorrágico/hipovolémico (si existe un sangrado importante) o septicemia (por diseminación de la infección de los tejidos lesionados).
- **Lesiones del tejido genital y tejidos adyacentes:** Lesiones por la realización de la MGF o secundarios la inflamación o infección de la zona
 - **Fusión no intencionada de los labios**
 - **Daño en órganos vecinos:**
 - Uretra, vejiga, esfínter anal, paredes vaginales (producidas generalmente por el desconocimiento de las personas que la realizan y el modo de realizarlas)
 - Lesión del meato urinario por proximidad del corte
 - Glándulas de Bartholino
 - **Problemas o retraso en la cicatrización**
- **Problemas Urinarios:** Infecciones de orina, retenciones agudas de orina
- **Infecciones:**
 - **Locales: Producidas por el mismo corte o por la afectación de tejidos adyacentes.** Se pueden producir **abscesos**, o incluso **sepsis** si se disemina esta infección.
 - Debido a los utensilios utilizados, en ocasiones, se pueden contraer infecciones como el **tétano**. O enfermedades infecciosas como el **VIH, VHC o VHB**.
- **Fracturas:** Debido en ocasiones a la resistencia de las niñas o jóvenes presentada durante la realización de la MGF.
- **Muerte:** Debida a la hemorragia severas o septicemia.



7.1.b.MEDIO-LARGO PLAZO

- **Genitourinarias:** Infecciones urinarias de repetición, micciones dolorosas, incontinencia urinaria, infecciones genitales crónicas, fistulas, pielonefritis crónica por obstrucción del tracto urinario con Insuficiencia renal crónica, problemas menstruales (dismenorrea, menstruaciones irregulares, dificultad del paso de la sangre menstrual), picores vaginales, dolor crónico en el tejido genital, secreción vaginal a raíz de infecciones, hematócolpos, salpingitis, inflamación pélvica. Infertilidad y/o esterilidad.
- **Cicatrización anómala:** Queloides, quistes dermoides (es la complicación tardía más frecuente), neurinomas (provocados por la clitoridectomía), fibrosis, etc
- **Anemia:** debida a sangrados e infecciones

CONSECUENCIAS FÍSICAS A CORTO PLAZO	CONSECUENCIAS FÍSICAS A MEDIO/LARGO PLAZO
<ul style="list-style-type: none">● Hemorragias● Anemia● Dolor intenso● Shock● Daño en órganos vecinos (uretra, vejiga, esfínter anal, paredes vaginales, glándula de Bartholino)● Infecciones locales● Problemas urinarios● Septicemia● Infecciones (Tétanos, VIH, Hepatitis,...)● Fracturas● Muerte	<ul style="list-style-type: none">● Problemas de tracto urinario: infecciones urinarias de repetición, retención urinaria, incontinencia urinaria, fístulas y pielonefritis crónica por obstrucción del tracto urinario, con insuficiencia renal crónica.● Alteraciones ginecológicas: problemas menstruales (dismenorrea, menstruaciones irregulares, dificultad en el paso de la sangre menstrual), vaginitis de repetición, infecciones genitales crónicas, enfermedad pélvica inflamatoria. Infertilidad y/o esterilidad.● Problemas de cicatrización: Quiste dermoide, queloides, neuomas, fibrosis, etc.● Anemia por sangrados e infecciones.● Enfermedades infecciosas de transmisión sanguínea: VIH, hepatitis B y hepatitis C,...

Elaborado y modificado desde:

Guía de actuaciones sanitarias para la prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid. (2017).¹

Mutilación genital femenina: Guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi (2016).¹⁴



7.2. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

Las consecuencias psicológicas y emocionales aparecen en la vida de mujeres y niñas, en diferentes áreas y en diferentes momentos vitales o acontecimientos clave. En muchos casos, sino la mayoría, las mujeres que han sobrevivido a algún de mutilación, no han hablado con nadie acerca de la realización de la misma. Encontrando momentos clave que agravan estos estados psicológicos como puede ser el matrimonio y la noche de bodas, un posible embarazo y parto, relaciones de pareja, etc. Además de los propios temores, dudas e inquietudes que ya de por sí condicionan la vida de las mujeres que han sufrido algún tipo de mutilación.

7.2.a. AGUDAS Y SUBAGUDAS

Terror, pánico, miedo a la muerte y al dolor, ansiedad, confusión, sentimientos de incomprensión hacia la familia y seres queridos, estados de disociación, percepción de la MGF como un castigo.

7.2.b. MEDIO LARGO PLAZO.

- Trastorno de Estrés Post Traumático y todo lo que puede llevar asociado: ansiedad, depresión, insomnio, sentimientos de humillación, vergüenza, terrores nocturnos, etc.
- Baja autoestima y como consecuencia de ello problemas en las relaciones sociales, de pareja, etc.
- Problemas en la relación de pareja y sexualidad. Miedo a expresar sus inquietudes, la falta de deseo y/o dolor en las relaciones sexuales. Escaso control sobre sus vidas.
- En caso de mujeres migrantes el choque con la cultura del país de acogida y la valoración de este sobre la mutilación genital, aparece un profundo sentimiento de contradicción propios de la colisión entre los valores de la sociedad en la que viven y los de la cultura a la que pertenecen. Posible cuestionamiento de su cultura y de sí misma como mujer.

7.3. CONSECUENCIAS SALUD SEXUAL_{6,13.15}

Sin duda alguna, la mutilación se trata de una grave violación de los derechos sexuales de las mujeres. Incluso aunque no suprima necesariamente la posibilidad de placer, es evidente que cualquier tipo de MGF interfiere de alguna manera en la respuesta sexual

Hay pocos estudios que analicen en profundidad las consecuencias sobre la vida sexual de las mujeres afectadas por la MGF. Entre las consecuencias más conocidas, como ya hemos mencionado estarían: la dispareunia, y el vaginismo, la disminución de la satisfacción sexual, reducción del deseo y la excitación sexual, disminución de la lubricación durante las relaciones sexuales, dificultades en llegar al orgasmo o anorgasmia, modificación de la sensibilidad sexual, vivencias anómalas de la sexualidad₄; en definitiva escasa o nula satisfacción en las relaciones sexuales.

Entre las consecuencias más conocidas dependiendo del tipo de mutilación realizada, la afectación será diferente.



En el tipo I y II las consecuencias suelen tener mayor afectación sobre la vida sexual y de pareja, debido entre otras, a la falta de deseo y excitación. Esto, unido a la falta de lubricación puede acarrear dispareunia, dolor en las relaciones sexuales, anorgasmia y vaginismo. Todo ello provoca miedo a la intimidad y a la vida sexual.

En el tipo II y III las primeras relaciones sexuales pueden llegar a ser extremadamente dolorosas y peligrosas con afectación de la satisfacción sexual. En muchas ocasiones, sufren anorgasmia debido a la amputación del clítoris.

Existe una práctica llamada **desinfibulación parcial** que se realiza como una parte del **rito matrimonial** para poder permitir la penetración en aquellas mujeres con **MGF tipo III**. Tristemente, la tradición suele dictar la **reinfibulación**.

Sin embargo, aun siendo conocedores de que las consecuencias en la vida sexual aparecen en cualquier tipo de mutilación, es complicado encontrar protocolos y/o circuitos establecidos que garanticen una atención integral a las mujeres víctimas de la misma.

No obstante, muchas de estas mujeres han sido **obligadas a casarse a edades tempranas y forzadas a mantener relaciones sexuales**, por lo que estas consecuencias pueden no ser solo atribuibles a la MGF. Añadiendo así a la mutilación otros tipos de violencia sexual.

Esta problemática también tiene una vertiente de afectación a la relación de la pareja de la mujer, como así se describe en otros documentos y protocolos, formando un factor más en la recuperación de la salud sexual, ya que, por ejemplo, el desconocimiento e incapacidad de comprensión de la pareja de la problemática puede contribuir aún más a la disfunción sexual.

CONSECUENCIAS PSICOSEXUALES	
PROBLEMAS SALUD SEXUAL A MEDIO/LARGO PLAZO	PROBLEMAS PSICOSOCIALES AGUDOS
<ul style="list-style-type: none"> • Dispareunia • Disminución del deseo sexual. • Disminución de la satisfacción sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Terror, pánico, miedo a la muerte y al dolor • Ansiedad, confusión, sentimientos de incompreensión hacia la familia y seres queridos, estados de disociación • Percepción de la MGF como un castigo.
	<p>PROBLEMAS PSICOSOCIALES A MEDIO/LARGO PLAZO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrés postraumático • Ansiedad, depresión, Insomnio, • Somatizaciones • Baja autoestima

Modificado de: Guía de actuaciones sanitarias para la prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid (2017)



7.4. CONSECUENCIAS SALUD REPRODUCTIVA

Los estudios realizados en los países donde se realiza MGF han constatado, un aumento de problemas durante el parto y postparto, relacionados sobre todo con los casos de infibulación: alargamiento del segundo periodo del parto, aumento de desgarros perineales y fístulas, aumento de hemorragia postparto, necesidad de episiotomía o cesárea, aumento de la estancia hospitalaria, con un aumento de la morbilidad materna y fetal.

La MGF es un factor de riesgo de mortalidad y morbilidad materna y neonatal, aumentando a 1-2 muertes perinatales más por cada 100 partos. La severidad de las complicaciones es directamente proporcional al grado de mutilación, existiendo un menor riesgo de complicaciones en la MGF tipo I, en la MGF tipo II dependerá del estado del periné y serán más severas en el tipo III o en el tipo II complicado con una pseudoinfibulación.

Sin embargo, los últimos estudios realizados en países que reciben mujeres con MGF y en los que hay una atención multiprofesional y protocolizada al embarazo y parto, con desinfibulación, se ha comprobado que estas complicaciones son mucho menores.¹³

En las de Tipo IV Pueden verse afectadas funciones de los órganos genitales, dolores y lesiones inespecíficas en función del daño infligido, esterilidad, etc.

PROBLEMAS OBSTÉTRICOS	COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS ASOCIADAS A LA MGF
<ul style="list-style-type: none"> ● Prolongación del trabajo de parto ● Hemorragias ● Desgarros ● Fístula obstétrica ● Aumento partos instrumentales ● Infertilidad ● Incremento de la morbi- mortalidad perinatal 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor incidencia de hemorragias. • Infecciones del tracto urinario (cistitis, pielonefritis). • Infecciones genitales más frecuentes. • Infecciones perineales. • Mayor incidencia de desgarros perineales. • Aumento del número de episiotomías. • Mayor necesidad de cesáreas. • Expulsivo fetal prolongado (proporcional al grado de MGF, resistencia del periné por tejido cicatricial secundario a mutilación). • Aumento de mortalidad neonatal (asfixia perinatal y traumas obstétricos). • Mayor incidencia de dehiscencia de episiotomía y endometritis.

Modificado de: Guía de actuaciones sanitarias para la prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid (2017)



8. TIPOS DE INTERVENCIONES DESDE SALUD

Para la mayoría de profesionales sanitarios/os la MGF es una realidad desconocida en nuestra comunidad. De hecho, muchas/os profesionales no han visto ningún caso y si lo han visto no han podido reconocerlo. Este hecho contrasta con los datos que disponemos de población africana procedente de países donde se practica la MGF, que reflejan un aumento en los últimos años.

Las/os profesionales sanitarios/os, y debido a la accesibilidad y universalidad de los Servicios Sanitarios, desempeñan un papel clave en la detección, intervención y prevención de la MGF, y pueden contribuir a su erradicación. Ya que la MGF conlleva un importante deterioro de la salud de mujeres y niñas que las lleva a consultar.

Ante la MGF, el principal **objetivo** de los equipos de salud es promover su **prevención** y el abandono de esta práctica. Cuando ésta se haya producido, se **tratarán las complicaciones asociadas a los distintos tipos de MGF**. La mayor efectividad se obtiene mediante un **trabajo interdisciplinar y comunitario**, con un enfoque en el que se incluya a la MGF dentro del conjunto global de actividades preventivas habituales y no como un problema de salud aislado, creando un **trabajo en red** con otras/os profesionales y organizaciones .

Los ámbitos asistenciales dónde más frecuentemente se van a detectar y atender casos son: consultas en los centros de atención primaria, incluidas pediatría, enfermería especialista en obstetricia y ginecología (matrona) y trabajo social, servicios de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias, servicios de Obstetricia, Ginecología, Urología y Salud Mental.

Los servicios de **atención primaria** se presentan como un entorno privilegiado y clave para la **prevención** así como del seguimiento de los casos detectados. Atención Hospitalaria tendrá un mayor papel en las medidas terapéuticas y reparadoras. Será necesaria una adecuada **coordinación interniveles y multidisciplinar** para garantizar la continuidad asistencial.

Los profesionales sanitarios especialmente implicados en esta labor:

- Atención Primaria : pediatras, enfermeras, matronas, medicina de familia y enfermería de familia así como trabajo social.
- Atención Hospitalaria: personal médico y de enfermería de los servicios de Ginecología, Obstetricia, Urología, Pediatría, Salud Mental, Urgencias.
- Otras/otros profesionales con implicación en la atención: personal de los centros de vacunación internacional, personal de atención a la ciudadanía.

Abordar un tema tan sensible y complejo, y proponer un cambio en la perspectiva que las mujeres tienen de la MGF, supone acceder a una de las vivencias más íntimas y dolorosas que han podido experimentar. Modificar la práctica de la MGF, supone romper con la norma establecida en la sociedad de origen.

Es imprescindible que la/el profesional incorpore el tema de la MGF en su práctica profesional como un tema más a tratar desde la educación para la salud, para ello es **crucial que las y los profesionales hayan recibido sensibilización y formación en materia de MGF, con una capacitación adaptada a cada nivel**



asistencial, contemplando la coordinación entre profesionales de la salud, servicios sociales y educación (cuando se valore la necesidad)⁶

Es importante que las y los profesionales adopten **un rol facilitador, de ayuda y apoyo**, desde el primer contacto de la familia en riesgo, en coordinación con la red sanitaria y que garantice la universalidad y la continuidad de todas las intervenciones terapéuticas y de prevención.⁸ Recordar siempre que sea necesario recurrir a **mediadoras interculturales**.

Es importante **cuidar la privacidad y confidencialidad**, así como **el respeto y la no culpabilización** o rechazo. Intentando evitar la revictimización en el caso de mujeres y niñas que hayan sufrido algún tipo de MGF. Crear un clima de confianza previo, interesándose por la situación sociosanitaria de la familia para informar y derivar a los recursos y servicios de apoyo de los que puedan beneficiarse, favoreciendo la atención integral y la inclusión social.

La importancia del **registro en Historia Digital de Salud (HDS)** de todas las actuaciones propias y la derivadas de la coordinación con otros sectores /profesionales.

LA IMPORTANCIA DE LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL EN LA DETECCIÓN DE CASOS Y EN LA PREVENCIÓN

Ante **casos detectados o sospecha de posibles casos de MGF**, deben llevarse a cabo **intervenciones multidisciplinares**, en **coordinación con los diferentes servicios y organismos implicados como entre diferentes profesionales de un mismo servicio**.

Así mismo, es fundamental, **trabajar en paralelo con las familias y comunidades implicadas**, a través de **actuaciones preventivas**, para facilitar e impulsar los procesos de cambio en el seno de sus comunidades. Agentes clave de esta intervención, tanto en el campo de la detección como de la prevención, son aquellas/os profesionales que de manera directa atienden a estas personas. Referenciando de esta manera, el papel clave que adquiere **atención primaria** en la atención, ya que es lugar desde dónde se puede garantizar una atención longitudinal y sostenida durante todo el proceso que conlleva la atención a la MGF y la coordinación con otras áreas sanitarias y sociales.

Para garantizar el éxito de nuestras actuaciones es necesario adquirir unos **conocimientos mínimos que nos permitan interactuar con las comunidades y mujeres afectadas**. Además, de permitir una adecuada implementación del protocolo a seguir en estos casos. Es importante un **acercamiento a sus claves culturales** para garantizar un correcto abordaje, cuidando aspectos como el lenguaje. Tratando de usar **términos coloquiales o reconocidos por las mujeres como "corte" "cosido"**. Y evitando el uso de la expresión mutilación genital femenina, ya que no es reconocido por las mujeres y provoca rechazo. Sin embargo, es de vital importancia usar el término MGF a nivel profesional y en el registro de datos en historia clínica para poner de manifiesto una grave vulneración de Derechos Humanos.

El abordaje integral de la prevención de la MGF implica acciones coordinadas de los distintos sectores, niveles y ámbitos de intervención: individual, grupal, institucional y comunitario en un determinado territorio.



TIPOS DE INTERVENCIONES DESDE SALUD

- a. Detección y diagnóstico de casos de MGF, atender las consecuencias y complicaciones** de las distintas tipologías de la práctica que se puedan presentar en niñas, adolescentes y mujeres.
- b. Prevención de nuevos casos.**
- c. Nivel de Intervención: individual, familiar y comunitaria.**
- d. Coordinación (Sanitario, Social, Comunitario, Judicial, Protección)**

8.a. DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN DE CASOS DE MGF.

- Contribuir a la **identificación y detección de casos de MGF** según lo establecido en este protocolo de actuación. Incluyendo las sospechas de MGF practicadas con la revisión post-viaje
- Atención clínica de las consecuencias y complicaciones, los casos detectados según este protocolo de actuación
- **Registrar en la historia clínica (MGF)** en listado de Problemas, de manera que cualquier profesional o servicio dónde sea atendida esa persona pueda conocer la situación al respecto para actuar en consecuencia. **Codificación CIE 10 de MGF correspondiente.**(Anexo 1ª)

8.b. PREVENCIÓN DE NUEVOS CASOS.

Las intervenciones preventivas se realizan en el marco de los servicios de salud, servicios sociales, educación y otros servicios relacionados con la atención a las personas desde un enfoque amplio de promoción de salud.



En este sentido hemos definido dos situaciones de niveles de riesgo que se pueden detectar en salud.

SITUACIONES DE RIESGO. 5

A) SITUACIONES OBJETIVAS DE RIESGO.(RMGF) (para ponernos alerta)

1. Mujer o niña, originaria de un país practicante de MGF.
2. Pertener a una familia en la que una o más mujeres hayan sufrido algún tipo de MGF.
3. Posicionamiento de la familia a favor de la mutilación.
4. Viaje a país de origen ó idea del retorno.

B) SITUACIONES DE RIESGO INMINENTE. (RIMGF)

1. Valoración y sospecha profesional.
2. Verbalización de la familia o la niña de una probable realización de una MGF.
3. Viaje próximo al país de origen con posicionamiento de la familia a favor de la MGF.
4. Negativa continuada de la familia a firmar el compromiso preventivo.
5. Sospecha de que la MGF pueda realizarse en territorio español

ACTUACIONES DE PREVENCION

a) INFORMACION Y SENSIBILIZACIÓN

Cualquier profesional sanitario responsable de la atención, debe informar y sensibilizar a la mujer y en especial las Unidades de Trabajo Social, a la familia y/o a la menor, constatando que comprenden:

- Las graves consecuencias de la MGF en la salud física, psicológica y sexual de las mujeres y niñas, durante el parto, en la relación de pareja, y el peligro inmediato que supone su realización a las menores, con el propósito de sensibilizar y facilitar un cambio de actitud ante la MGF. Si existen barreras idiomáticas se podrá solicitar servicio de traducción y mediación.
- Las implicaciones legales asociadas a su práctica tanto en nuestro país como fuera del mismo.
- Los recursos comunitarios provinciales existentes para la atención de la MGF (Anexo 1)



b) ACTIVIDADES PREVENTIVAS

- Promover **actividades de Educación Sanitaria** sobre todo en **Atención Primaria y Comunitaria** que favorezcan la mejora de sus condiciones de vida, así como acompañar y facilitar procesos de cambio en aquellas familias que mantengan posicionamientos a favor a la MGF.
- **Prevenir la realización de MGF anticipándose**, es decir actuar antes de que se practique la MGF a niñas, **detectando las situaciones objetivas de riesgo**.
- Activar **protocolo de actuación en casos de riesgo inminente**.

DIFERENTES NIVELES DE SALUD DONDE REALIZAR PREVENCIÓN

1. Prevención específica sistemática de manera coordinada, utilizando los canales establecidos de consultas programadas o protocolizadas ya existentes.

1.a. Pediatría: Consulta a demanda y Programa de salud Infantil

1.b. Servicios de salud sexual y reproductiva

- Planificación familiar y Consulta a demanda de ginecología y obstetricia
- Programa de Embarazo, Parto y Puerperio.
- Otras actividades de salud sexual y reproductiva. Forma Joven.
- Detección del cáncer de cérvix

2. Prevención “oportunista”: se realiza de forma habitual en **medicina y enfermería de atención primaria, y en cualquier otro servicio de salud**.

2.a. Cualquier proceso asistencial en relación con **alguna complicación derivada de una MGF realizada** (en general con mujeres adultas o niñas es una oportunidad **para hablar del tema, dar información y consejos**, relacionar la complicación actual con la MGF e indagar la situación de sus hijas (si las hay). Se debe asesorar siempre a madres, padres o a personas que ejerzan la tutoría legal, sobre los riesgos para la salud y las posibles consecuencias a largo plazo, así como sobre la ilegalidad de esta práctica, aunque se realice fuera de España. A veces se les puede citar para otra ocasión.

2.b. Servicio de sanidad Exterior (Programa de Vacunación Internacional) Se recomienda establecer coordinación con los servicios de salud de sanidad exterior, aprovechando la necesidad vacunación y/o profilaxis internacional previa al viaje de riesgo. (se le proveerá de folletos informativos para las familias) **(pendiente de acordar procedimiento específico)**



3. Prevención Comunitaria: en colaboración con servicios sociales y escolares, asociaciones de inmigrantes, servicios de mediación, etc.

- **Coordinando estrategias de abordaje constructivas** para que entiendan lo perjudicial de la MGF, **empoderando a las mujeres**, buscando alternativas, para que **se conviertan en agentes de salud** dentro de su comunidad, contando con **mediadoras/mediadores socioculturales**.
- Se busca informar y sensibilizar a la comunidad mediante **charlas con asociaciones, talleres con hombres, mujeres y jóvenes**, y otras en las que participen figuras clave de la comunidad.
- La información proporcionada debe adecuarse a las creencias, costumbres y valores de la población a la que va dirigida. En zonas de presencia numerosa de inmigrantes subsaharianos, distribuir material informativo a la familia sobre la MGF y mantener campañas de divulgación.

8.c. NIVELES DE INTERVENCIÓN DESDE SALUD: INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA

- **INDIVIDUAL:** Valoración social y sanitaria de mujeres y niñas con MGF practicada o en riesgo.
- **FAMILIAR:** Trabajo específico con familias que mantengan posicionamientos a favor de la MGF y tengan a niñas en riesgo de sufrirla, **a cargo de Trabajo Social en coordinación con equipo educativo y equipo de salud comunitario y ONG.**
- **COMUNITARIA:** Trabajar con las comunidades a largo plazo con el objetivo de promover cambios dentro de la mismas que faciliten la modificación de creencias y conductas respecto a la MGF
 - ✓ **Diseño y evaluación de un proyecto de Intervención Comunitaria** (Anexo 4)
 - ✓ Organizar **talleres específicos** de salud sexual y reproductiva, salud materno-infantil, violencia de género, relaciones saludables, consecuencias para la salud de la MGF ... (a este respecto existe Unidad didáctica específica en MGF)
 - ✓ **Identificación de líderes de la comunidad**
 - ✓ **Colaborar en la formación de profesionales:** (Formación establecida en VG, actividades formativas de las comisiones de Violencia) Unidades docentes (Pediatría, Ginecología/obstetricia, psiquiatría, medicina de familia y comunitaria) Grado de Enfermería y medicina.
 - ✓ **Colaborar en formación de agentes de salud (AS) y mediadores-as interculturales**



8.d. COORDINACION CON OTROS SISTEMAS DE PROTECCIÓN₂ (JUSTICIA, EDUCACIÓN, CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD).

La coordinación desde los servicios de Salud con otros sistemas de protección está establecida a través de las/los profesionales de Trabajo social.

Los servicios de salud han de coordinarse con los servicios de educación y la administración local (servicios sociales, departamento de salud, promoción de la salud, departamento de educación, servicio de mediación, servicio de información y recursos para la mujer, etc.). También con las asociaciones locales que trabajen la prevención de la salud (directa o indirectamente) centros cívicos, centros de formación profesional, guarderías, asociaciones de madres y padres, etc.

También sería interesante englobar a las/los técnicas/os encargadas/os de dinamizar los planes de desarrollo comunitario que hay en algunos municipios.

Profesionales del ámbito social que tengan la sospecha de que se haya realizado una MGF, sería idóneo que informaran a los centros sanitarios para que sean éstos quienes comprueben si la MGF se ha llevado a cabo, sólo el personal sanitario puede corroborar este hecho.

- Realizar la **coordinación con el resto de profesionales e instituciones implicados en la atención:** Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP), hospital, Servicios Sociales Comunitarios (SSCC), centros educativos, Servicio de Protección de Menores (SPM), Fiscalía, Asociaciones...
- La Necesidad de coordinación con ambito comunitario y social aprovechando las instancias existentes (mesas locales de Vg y las mesas de participación ciudadana) y creando nuevas allí donde no existan.
- Servir de enlace con los distintos servicios de salud y comunitarios. Trabajo en RED.

COORDINACIÓN CON MEDIO ESCOLAR

Los profesionales del ámbito educativo pueden detectar indicadores que le hagan sospechar que se ha practicado MGF a la menor.

- a) Observación de algún malestar físico importante en la menor (infecciones, dolores).
- b) Absentismo escolar.
- c) Cambios de comportamiento (se relaciona menos con los demás, se vuelve menos comunicativa).
- d) Sentimientos de tristeza, desconfianza, retraimiento, rechazo, rabia.
- e) Evitación de actividades deportivas.

(PENDIENTE DE ACORDAR PROCEDIMIENTO ESPECIFICO Anexo 3)



PAUTAS DE ACTUACION EN SITUACIONES DE RIESGO DESDE ATENCION PRIMARIA

RIMGF

1. Niñas

• Si ya se ha trabajado el tema con la familia, se derivará, previa coordinación, a **pediatría** para revisión y **firma del compromiso preventivo**.

Se podrá reforzar la sensibilización y se informará de la necesidad de **nueva cita con pediatra tras el viaje**.

• **Registrar en historia clínica** si no se ha hecho antes. **RIMGF** en Listado de Problemas.

• Visitas de **seguimiento** pautadas con la familia de **T. social** y/o pediatría

• Si tenemos la certeza de RIMGF **que aun insistiendo en las consecuencias legales, la familia** (padres o personas que ostentan la tutela o patria potestad) **persiste en la actitud a favor de** la MGF y **no firma el compromiso preventivo**, se emitirá **comunicación a JUZGADO DE GUARDIA, Fiscalía de Menores y Protección de Menores**.

2. Mujeres Adultas

• Reforzar la información sobre las consecuencias de la MGF en la salud y las consecuencias legales para practicantes. (Anexo 5)

• **Registrar en historia clínica** si no se ha hecho antes. **RIMGF** en Listado de Problemas.

• Revisión en visita de seguimiento con trabajo social y consulta médica.

• Si tenemos la certeza del RIMGF **que aun insistiendo en las consecuencias legales, la familia persiste en la actitud a favor de** la MGF, se emitirá **comunicación a JUZGADO DE GUARDIA**, si el familiar es el padre; en caso de ser su pareja (varón) quien está persistiendo en la actitud a favor de la MGF, la comunicación ha de ser **al JUZGADO DE VIOLENCIA DE GÉNERO**.

*Si la pareja es menor de edad se comunicará a **Fiscalía de Menores**

RMGF

(con posicionamiento muy a favor de realizar la MGF a pesar de haber trabajado el tema con los familiares)

1.- Niñas:

1. a. Si quienes están a favor de realizar la MGF son madre/padre ó personas que ostentan la patria potestad, 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) o sea instada directamente por la Fiscalía de Menores la situación de desamparo. Siendo la entidad pública la que asume su representación declarandose la situación de desamparo.

1. b. Si las personas que están a favor de realizar la MGF son terceros mayores de edad. Comunicado a la **Fiscalía Penal para su investigación y Fiscalía de Menores** en el caso que ostenten la patria potestad o cualquier derecho sobre el menor por si procede el desamparo

2.- Mujeres Adultas

2. a. Si las personas que promueven la práctica de la MGF son los familiares ó terceras mayores de edad, se hará Comunicado a la **Fiscalía Penal para su investigación**

2. b. Si el familiar que promueve la práctica de la MGF es la pareja (varón) se hará comunicado a la **Fiscalía de Violencia sobre la mujer**.



En aquellos casos en que exista la duda sobre el deber de comunicar al sistema Judicial se consultara con la comisión de violencia del distrito/centro que responderá con la mayor brevedad posible mediante la persona de la comisión que se haya designado previamente para esta tarea y se haya formado en MGF.

COMPROMISO PREVENTIVO

El compromiso preventivo puede ser considerado como una herramienta de trabajo en el campo de la prevención. A pesar de **carecer de vinculación legal** y de que su firma es **voluntaria** por parte de la familia, constituye un buen aliado en el trabajo preventivo con las mismas. Es además, indicativo para los/las profesionales del posicionamiento o intenciones de la familia sobre una posible mutilación en caso de hijas.

Así mismo, el compromiso preventivo se ha convertido en un **instrumento disuasorio** de las propias familias en sus países de origen. El hecho de haberlo firmado y de las repercusiones que puede conllevar su incumplimiento, ha sido suficiente por sí sólo para evitar nuevas mutilaciones en niñas.

El compromiso preventivo debe ser **usado una vez que se ha establecido una relación de confianza** con las familias y se ha trabajado progresivamente con ellas aspectos sobre la MGF y se es conocedor del posicionamiento de las familias al respecto. Además, es importante **ante situaciones de riesgo** ser conocedores de su uso, y de las consecuencias que la negativa a la firma del mismo puede suponer para las familias.

Es recomendable que el manejo y oferta del mismo se realice **desde consulta de pediatría**, ya que es el/la profesional que ha trabajado con la familia acerca de sus posicionamientos. Y, debe ser el/la encargado/a de **establecer visitas con las familias antes y después de viajes a países de origen**. No obstante, este abordaje puede ser realizado **conjuntamente con el/la referente de T. social del servicio**. Ya que en los casos que se mantengan posicionamientos a favor de la MGF, o el profesional valore el riesgo, la intervención desde t. social es esencial en el seguimiento y trabajo de las familias y en la derivación y/o coordinación con Servicios Sociales (SS.SS)

Es importante saber también, que el compromiso preventivo, puede constituir una salvaguarda legal para l@s profesionales, en aquellos casos, en los que a pesar de haber aplicado correctamente el protocolo y de haber trabajado con las familias, nos encontramos que se ha practicado una mutilación genital femenina.

Anotar en la HDS la firma de este documento.

Guardar una copia en el Centro de Salud

Se entrega una copia a madre/padre ó persona que ostenta la patria potestad.

Se aconseja que este documento figure como formulario entre los documentos habituales de trabajo de las/los profesionales.

Ver modelo de compromiso preventivo en (Anexo 2)



COMPROMISO PREVENTIVO



Herramienta de trabajo preventivo.



NO tiene vinculación legal.

Recomendación de usarlo al final de una abordaje del tema. No inicialmente



Las familias no lo entenderían fuera de un abordaje sobre el tema

Es voluntario. El padre/madre/tutor legal puede firmarlo o no



Indicativo para el profesional de las intenciones de la familia

Herramienta de ayuda a las propias familias ante su comunidad



Se ha constatado la disminución de nuevos casos de mutilación en familias con compromiso preventivo firmado

Salv guarda del profesional



Prueba de su intervención, aplicación del protocolo.



PAUTAS GENERALES DE ACTUACIÓN EN CASO DE MGF PRACTICADAS

- Registrar en HDS: MGF. **Codificación CIE 10 de MGF correspondiente** (Anexo 1a)
- Detectar cuándo y en qué condiciones se ha practicado y qué consecuencias tiene para su salud.
- Valorar grado de afectación física, psicológica y sexual y derivación a Servicio de salud mental y de ginecología del hospital para determinar tipo de mutilación y posibilidad de paliar daños físicos y/o psicológicos.
- Comunicar a Trabajo Social
- Si existen otras niñas en la familia comunicaremos a pediatría de AP para iniciar actividades preventivas.
- Realizar intervención preventiva para el caso de que existan otras mujeres/niñas en la familia.
- Anotarlo en Historia Clínica: tipo y secuelas (elasticidad, cicatrices, infecciones...), de la manera más completa y exhaustiva posible, la planificación y prevención realizada y los cuidados que se precisen.

PAUTAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE MGF PRACTICADAS SEGÚN EDAD Y SITUACION DE MUJER/NIÑA

Mujer Adulta

- Si la mujer **está embarazada** o comunica su deseo de gestación, se debe valorar la derivación a ginecología de manera urgente para conocer el tipo de MGF practicada y sus posibles complicaciones en el momento del parto. En el caso de que el bebé sea una niña, se priorizaría la educación sanitaria para prevenir la MGF.
- Ofrecer apoyo psicológico, con la derivación a los correspondientes servicios de salud mental, es otro aspecto fundamental a tener en cuenta en los casos de:
 - Mujeres con la MGF practicada que presentan complicaciones tanto físicas como psicológicas.
 - Madres en las que puede existir un sentimiento de culpa por posicionarse en contra de la MGF en la actualidad, pero que previamente han practicado la MGF a sus hijas mayores.
 - Adolescentes, tanto si han padecido la práctica como si no, que suelen sentirse entre dos culturas con valores diferentes. Necesitan recibir, en un ambiente de confianza, información sobre todos los aspectos de su salud y de su sexualidad.

Mujer Menor Adolescente: según recoge la Ley de Autonomía de la paciente, si el profesional constata madurez y capacidad de decidir, se podrá abordar el tema de MGF directamente con la menor. Valorar, en menores de 25 años, la derivación a COS para abordaje psicosexual.

Niña

1.- Intervención en caso de **MGF practicada tras el viaje:**

Si se constata, tras revisión, que se ha practicado MGF tras el viaje, se emitirá **parte al juzgado y comunicación al SPM.**

Seguimiento pautado del caso, con especial atención si en la familia hay más menores susceptibles de sufrir MGF

2.- Intervención en caso de **MGF ya practicada antes de residir a España:**

Abordaje sanitario e información a la familia sobre las consecuencias para la salud de la práctica de MGF.

No olvidar que por el hecho de estar mutilada no está exenta de una nueva MGF, ante tal sospecha seguiremos las indicaciones propuestas en situación RIMGF.



9. ABORDAJE SANITARIO DE MGF

DIFERENTES ÁMBITOS DE SALUD DESDE DONDE INTERVENIR

9.1) Atención Primaria

1. Medicina y enfermería de familia y comunitaria.
2. Pediatría de los centros de atención primaria. Consulta a demanda y Programa de Salud Infantil.
3. Servicios de atención a la salud sexual y reproductiva (Medicina de Atención Primaria, Matronas..)
 - Planificación familiar
 - Programa de Embarazo, Parto y Puerperio
 - Detección del cáncer de cérvix
 - Otras actividades de salud sexual y reproductiva.

9.2) Atención Hospitalaria

1. Unidades de Pediatría.
2. Urgencias Hospitalarias.
3. Unidades de Obstetricia y Ginecología.
 - Tratamiento Quirúrgico de MGF
 - MGF en parto
 - Cuidados tras parto

9.3) Otros Ámbitos de Salud

1. Sanidad Exterior (Vacunación Internacional)
2. COSJ (Centro de orientación sexual para jóvenes)

PAUTAS GENERALES DE INTERVENCIÓN DESDE SALUD

1. Conocer la **población en riesgo** asignada al centro de salud/hospital en el que se trabaje, eso implica el **conocimiento de las zonas geográficas**, donde existe una alta prevalencia de la MGF, conocer **la realidad cultural** de las/los inmigrantes, según su origen. Plantear sesiones Clínicas informativas al respecto en cada servicio implicado
2. Contar con el apoyo de **mediadoras interculturales**, en caso de barrera idiomática y siempre que sea posible para facilitar la comunicación.
3. **Abordaje integral e interdisciplinar** asegurando la coordinación y la continuidad de los cuidados.
4. **Coordinarse** con otras/otros profesionales que tienen un papel destacado en el proceso preventivo (comunidad educativa, **trabajo social** / servicios Sociales comunitarios, departamentos de protección de Infancia/ Fiscalía / Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, mediadores culturales, asociaciones de personas inmigrantes, ONGs). Hay que establecer y definir esos canales de comunicación específicos en cada área sanitaria



5. Registrar en la Historia Clínica la existencia de MGF y/o factores de Riesgo, según los criterios y procedimientos propios de cada servicio, de **todas las actuaciones propias y la derivadas de la coordinación** con otros sectores /profesionales (contactos en consulta, exploraciones realizadas a las personas de riesgo, seguimiento e intervención con las niñas, mujeres o familias de riesgo, etc.)

Si tuviese practicada la MGF: Codificación CIE 10 de MGF correspondiente (Anexo 1a)

6. Usar el término MGF a nivel profesional y en el registro de datos en historia clínica en listado de Problemas.

7. Contar con información sobre la red de **recursos comunitarios** de cada zona, que faciliten la continuidad de la atención y cuidados de la paciente.

8. En situaciones de riesgo o que se haya producido la mutilación, **conocer las obligaciones legales de los profesionales de salud así como las herramientas existentes para la notificación sanitaria** y, en caso necesario, los canales establecidos para la comunicación del hecho al resto de sectores y agentes implicados (entidades públicas de protección de menores, fiscalía, órganos judiciales, etc.) para un adecuado seguimiento del caso, poner en marcha las **medidas de protección** necesarias o, si existiera delito, la persecución del mismo.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA ENTREVISTA EN LA CONSULTA_{1,6,10}

1. Crear **clima de confianza y tolerancia**, desde la flexibilidad, la cercanía y el dialogo, más que de la distancia y superioridad.

2. Se recomienda **enfoque holístico**, tener en cuenta los aspectos socio-económicos y culturales con sus valores patriarcales, en los que las mujeres viven e interactúan.

3. Acercamiento desde el **RESPECTO** a sus costumbres y tradiciones, potenciando lo positivo y sus valores, evitando actitudes de Juicio ó culpabilización.

4. **Actitud Empática**, reconociendo y comprendiendo los sentimientos, pensamientos y puntos de vista de la otra persona, sin confundirlos con los míos, mostrarle una disposición de ayudarla.

5. **Cuidar el lenguaje y las expresiones** informando y educando sobre las consecuencias físicas y psicológicas en su salud y las repercusiones legales. Usar términos coloquiales o reconocidos por las mujeres como "corte" "cosido". Y evitando el uso de la expresión mutilación genital femenina.

6. Es recomendable y siempre que sea posible **el abordaje puede ser gradual** en sucesivas consultas.

7. Explorar el apoyo de la pareja, la familia y el entorno, **indagar** siempre sobre la actitud de madre/padre o persona que ostenta la patria potestad, frente a la MGF en especial si tienen hijas menores.

8. Reforzar siempre la Decisión de No MGF



Propuesta Preguntas Coloquiales para abordar el tema en consulta.

1. ¿Has oído hablar del corte, ablación, circuncisión, suna, cosido?
2. ¿Sabes que es el corte?
3. ¿Conoces a algún familiar o amiga que lo tenga realizado?
4. ¿Tú tienes realizado el corte? ¿A qué edad te lo hicieron?
5. ¿Qué recuerdas de lo que te hicieron? ¿O qué te cortaron?
6. ¿Por qué crees que se realiza?
7. ¿Crees que se debería seguir realizando el corte en tu comunidad o en las comunidades dónde se realiza?
8. ¿Qué consecuencias positivas crees que tiene el corte?
9. ¿Has oído hablar alguna vez de las consecuencias negativas para la salud que puede tener? ¿O Crees que tiene alguna consecuencia negativa?
10. ¿Crees que al tener el corte puede ser perjudicial para tu salud, tus relaciones sexuales o para tener hijos/as?
11. ¿Si tú hubieras podido elegir ¿te lo habrías hecho?
12. ¿A qué edad se practica en tu comunidad o país?
13. ¿Tienes hijas? ¿Están aquí tus hijas/os?
14. ¿Se los realizarías a tus hijas? ¿Alguna de tus hijas lo tiene ya hecho?
15. ¿Sabes si hay alguna ley que prohíba realizarlo en tu país? ¿Y en España?
16. ¿Te han preguntado alguna vez en el centro de salud u hospital por este tema? ¿Has hablado con tu médica/o de ello?
17. ¿Has tenido hijas/os en España? ¿Tuviste alguna complicación? ¿Te informaron de alguna complicación o secuela como consecuencia de tener el corte?

Extracto entrevista individual diagnóstico MGF MDM Málaga 2018.



9.a. ATENCION PRIMARIA

En AP se llevaran a cabo actividades dirigidas fundamentalmente para:

- Promover su prevención y abandono de la práctica
- Tratar las complicaciones cuando la MGF se ha realizado.
- Trabajo interdisciplinar y comunitario. Incluir la MGF dentro del conjunto global de actividades preventivas habituales y no como un problema de salud aislado

ABORDAJE EN CONSULTA MAP

Además de las Recomendaciones Generales para la entrevista ya expuestas anteriormente se realizaran las siguientes recomendaciones

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA ABORDAJE EN CONSULTA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

1. Tener presente la presencia de **signos susceptibles relacionados con MGF en mujeres procedentes de países o etnias que practiquen MGF.**
 - Infecciones urinarias de repetición, dismenorrea, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad...
 - Anemia crónica, hepatitis.
 - Problemas de salud mental...
2. **Anamnesis** completa introduciendo las preguntas adecuadas.
3. **Exploración** que nos permita detectar la posible existencia de MGF. Se deberá realizar esta también a las hijas jóvenes que conviven y dependen de la familia. Si hay MGF seguir las indicaciones ante tal situación.
4. Conocer la proximidad de un viaje al país de origen de la familia o de la joven menor de edad, reforzando la decisión de la no intervención. Utilizando el **compromiso preventivo**. Transmitir nuestra obligación de denunciar si se realiza.
5. Ante un **inminente viaje y la decisión por parte de la familia a favor de la MGF**, informar de nuestra obligación de ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial. Intentar mediar.
6. **Iniciar actividades preventivas**, explorando creencias/sentimientos y le informaremos de las consecuencias en la salud.
7. **Informar a trabajador/a social para su intervención y coordinación con** los servicios sociales comunitarios y otros recursos.



ABORDAJE COMUNITARIO DESDE AP

El abordaje comunitario de la MGF deberá estar coordinado con los Centros de Salud, basado en:

1. Construir fuertes lazos entre las comunidades afectadas y las administraciones públicas (sanitarias, sociales, etc.).

2. Elaborar un **programa específico para la prevención de la MGF en AP**,

(Adaptado de: Kaplan, A., Torán, P., Bermúdez, K., & Castany, M.J. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales. *Migraciones*, 19, 189-217.)

2.1. Identificación a la población vulnerable. Elaborar listados de población femenina procedente de países donde se practica MGF

2.2. Desde distrito promoción para la salud proyectar reuniones con trabajo social, direccionesde Centro de Salud donde haya población de riesgo para:

- **Dar a conocer el protocolo**, acordar criterios de intervención, mecanismos y herramientas (compromiso preventivo...) para la prevención y atención de la MGF.
- **Crear grupo motor y/o persona responsable en cada centro** que dinamice la puesta en marcha del protocolo y practique el asesoramiento en casos puntuales

2.3. Diseñar **estrategia Formativa** en red a profesionales del SSPA, agentes de salud (AS) y mediadores-as interculturales:

- Formación específica a profesionales directamente más implicados según este protocolo (Trabajadoras Sociales, Pediatras MAP, Matronas, Enfermería de AP. Para fomentar el desarrollo de habilidades interculturales y poder intervenir con las familias desde la sensibilidad, el conocimiento, el respeto, el diálogo, la no estigmatización y la no culpabilización.
- Sesiones de sensibilización al resto de profesionales de los centros de salud
- Incorporar información sobre la MGF en el programa de salud sexual y reproductiva, haciendo especial hincapié en la prevención.
- Incorporar información sobre la MGF en la formación VG y maltrato Infantil

2.4. Aprovechar los circuitos de coordinación y de participación comunitaria ya existentes para establecer enlaces con agentes sociales, comunitarios, dirigidos a la prevención.

- Organizar talleres específicos de salud sexual y reproductiva, salud materno-infantil, violencia de género, relaciones saludables... (Anexo 4)
- Promover el empoderamiento de mujeres, hombres, jóvenes, familias y comunidades con origen en países donde se practica la MGF.
- Crear conciencia de las complicaciones físicas y psicológicas de la práctica de MGF.
- Dar a conocer el marco legal en España, para promover actitudes hacia el abandono de la práctica.
- Identificación de líderes de la comunidad.



- Coordinar estrategias de abordaje entre servicios de atención primaria en salud, servicios sociales y educación, las entidades, y asociaciones y ONG existentes en el territorio.

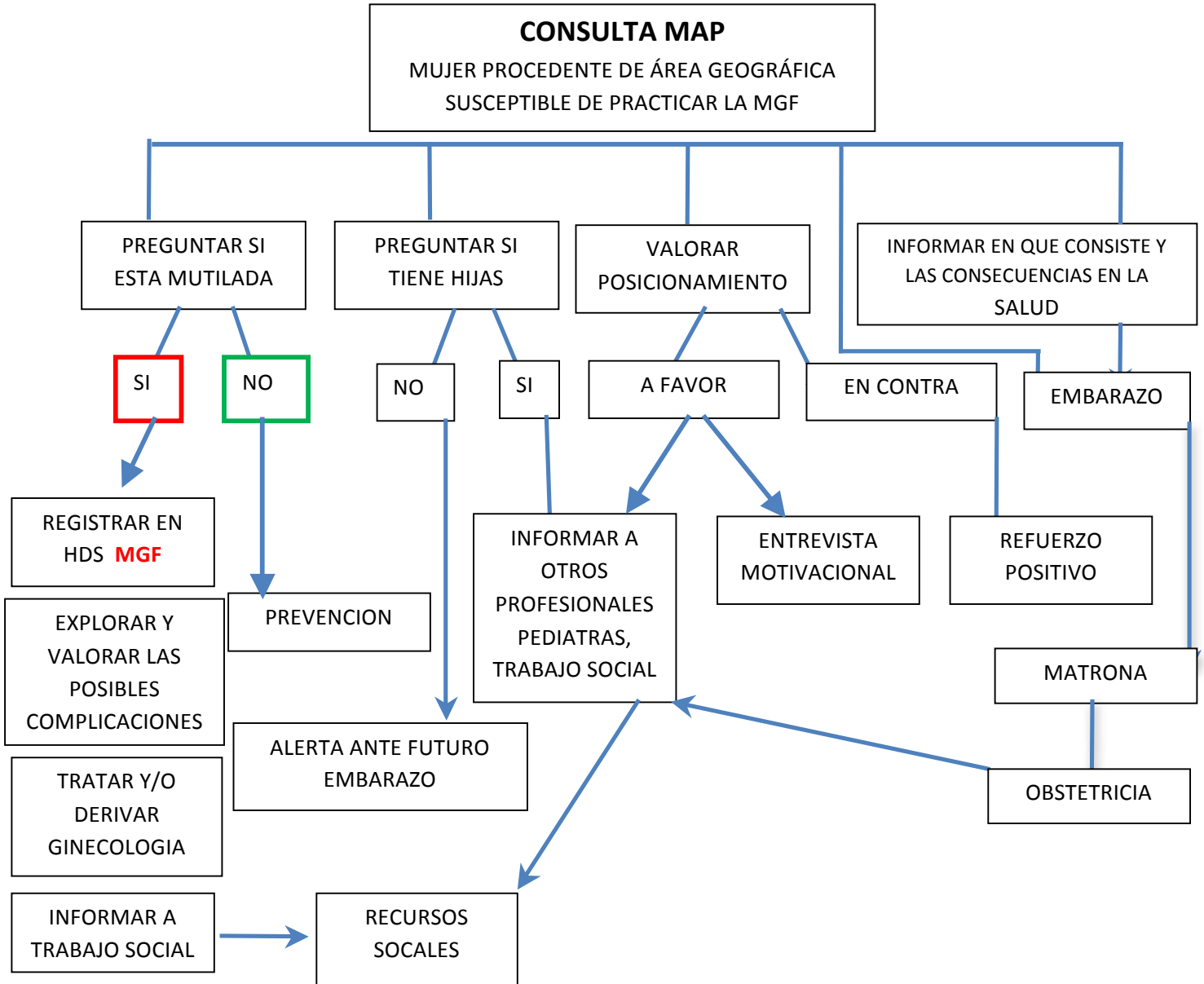
2.6. Definir Indicadores de Evaluación del programa

3. Recopilar material divulgativo y elaborar Guía de Recursos de cada zona, utilizando los mapas de activos ya existentes.

Se aconseja utilizar el material ya editado por Fundación WASSU UAB : **Miniguía profesionales y el desplegable para familias** que ha sido diseñado para apoyar el abordaje preventivo de la MGF en relación a los países donde se practica, las razones que la sustentan y su deconstrucción, las consecuencias para la salud y las implicaciones legales. Situándolo en la consulta en un lugar visible, para utilizarlo en la atención directa con las familias. Está disponible en dos idiomas, castellano e inglés, facilitando la comunicación entre profesionales en España y migrantes anglófonos. (Anexo 9)

ALGORITMOS DE ACTUACIONES

Adaptado de : García de Herreros Madueño, 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.





ABORDAJE EN CONSULTA DE PEDIATRÍA

Consideraciones específicas para intervenir con las niñas en Pediatría

- La infancia es la etapa de la vida donde las actividades preventivas **y de promoción de la salud** influyen de manera más positiva, durante el desarrollo de la vida adulta, por lo que las actuaciones que se realizan con las niñas son del ámbito de la prevención.
- **El objetivo** principal de la intervención es identificar el riesgo de la MGF para prevenir que cualquier niña o adolescente, sea mutilada.
- Se debe evitar exploraciones innecesarias, respetar la **intimidad y confidencialidad**, así como estudiar y tomar conjuntamente con otras/os profesionales, decisiones que siempre son complejas.

A) DETECCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO O SITUACIONES DE RIESGO.

Factores de riesgo de MGF en la niña: (RMGF)

- Niña o joven procedente de un país que practique la MGF.
- Pertener a una familia en la que alguna mujer haya sufrido la MGF.
- Idea de retorno presente en la familia.
- Verbalización por parte de la familia de una postura favorable a la MGF

Factores de riesgo inminente de MGF en niñas: (RIMGF)

- Valoración y sospecha profesional.
- Conocimiento por la familia o entorno de la proximidad de un viaje al país de origen
- Viaje al país de origen con posicionamiento de la familia a favor de la MGF.
- Negativa continuada de la familia a firmar el compromiso preventivo.
- La niña o joven informa de la previsión de la familia de una probable o posible práctica de MGF.
- Sospecha de que la MGF pueda realizarse en territorio español.



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 (¿está cortada?) de la menor.

- Preguntar por la situación de la madre (¿está 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 ó 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 ó centro escolar al que acude.

- **COMUNICACIÓN 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



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 qué momento se ha hecho la MGF, ante a o después de haber llegado España
- Informar a la trabajadora social.
- Valorar posibles consecuencias clínicas y/o psicológicas.
- Abordaje multidisciplinar del caso.

D) ACTUACION TRAS EL VIAJE

INDICIOS DE MGF PRACTICADA TRAS EL VIAJE

- Cambio de comportamiento de la niña a la vuelta de vacaciones, tristeza, desconfianza, retraimiento
- Alteraciones en el estado de salud de las niñas: anemia producida por sangrado postmutilación molestias en zona genital, infecciones de orina
- Absentismo escolar alegando motivos de salud
- Incumplimiento injustificado y reiterado a las visitas de la consulta pediátrica, sobre todo si se trata de niñas en edades comprendidas entre los 4 y 10 años, etapa donde es más frecuente la realización de la MGF
- Incumplimiento de la visita pactada después 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 ámbito educativo (si estos tienen protocolo) y de servicios sociales, así como con otras áreas 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 así, se compromete la relación asistencial. Una intervención basada en una sospecha no fundamentada, favorece que las familias lo interpreten como una intromisión en su vida y costumbres e incluso como un acto racista.



- Para verificar la práctica de la MGF, se realiza **una exploración de los genitales**, tal y como está previsto en el protocolo asistencial de niñas y niños, independientemente de su origen, y de acuerdo con los procedimientos detallados en el apartado «Abordaje en consulta». Sólo tras una constatación de este tipo y como último recurso, se realiza **la notificación pertinente ante las autoridades judiciales**.
 - **Parte Judicial**, Hoja de Notificación de posibles situaciones de riesgo y desamparo de la infancia y adolescencia (SIMIA), Comunicación a **Fiscalía**
- Registrar en la historia clínica. Cuándo y en qué 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 clínicas y/o psicológicas y derivación a Salud Mental, según procedimiento de derivación. (Anexo 6) (pendiente de acordar)
- Informar a madre/padre o persona que ostentan la patria potestad de las consecuencias Físicas/Psicológicas 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:

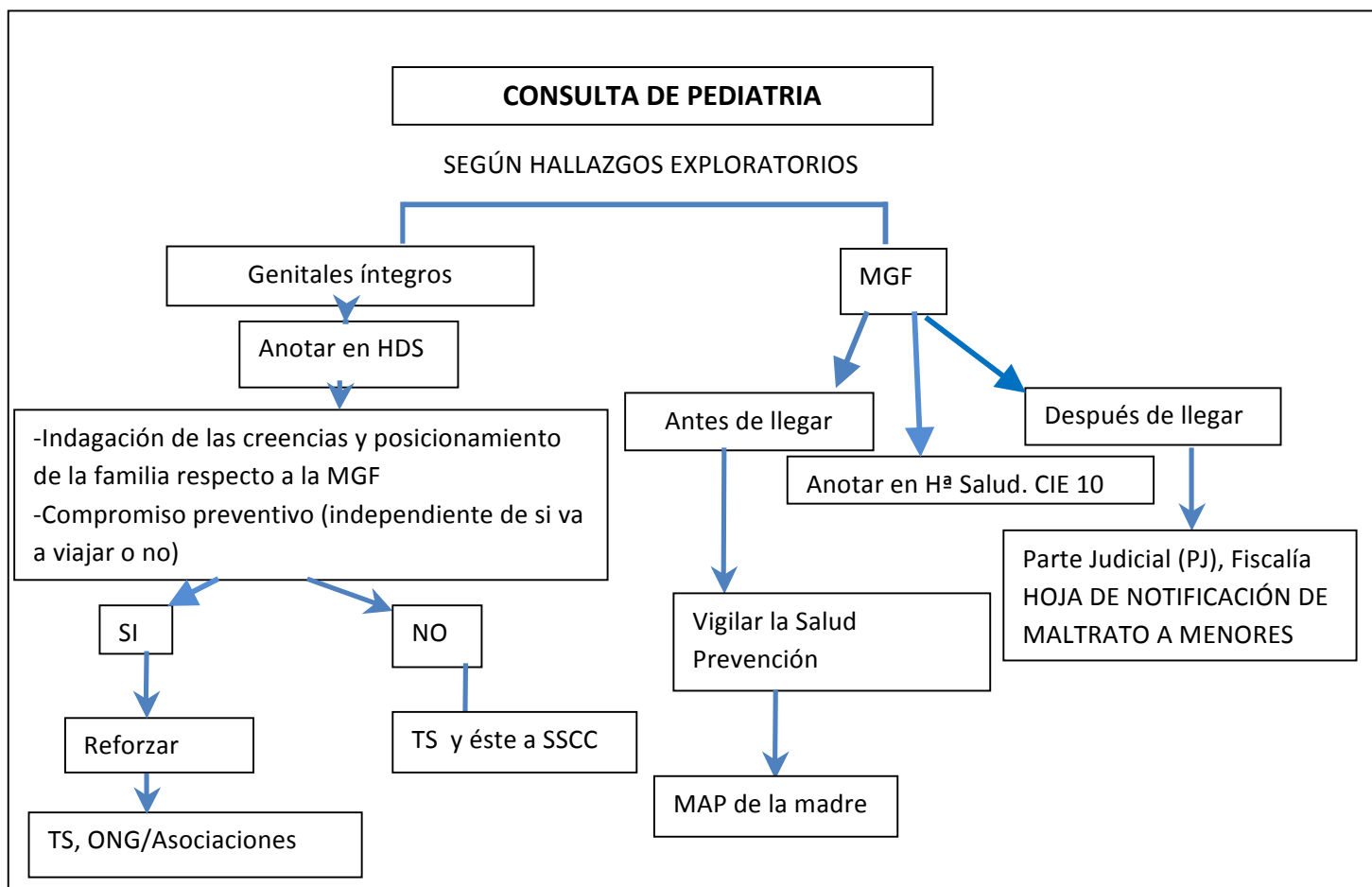
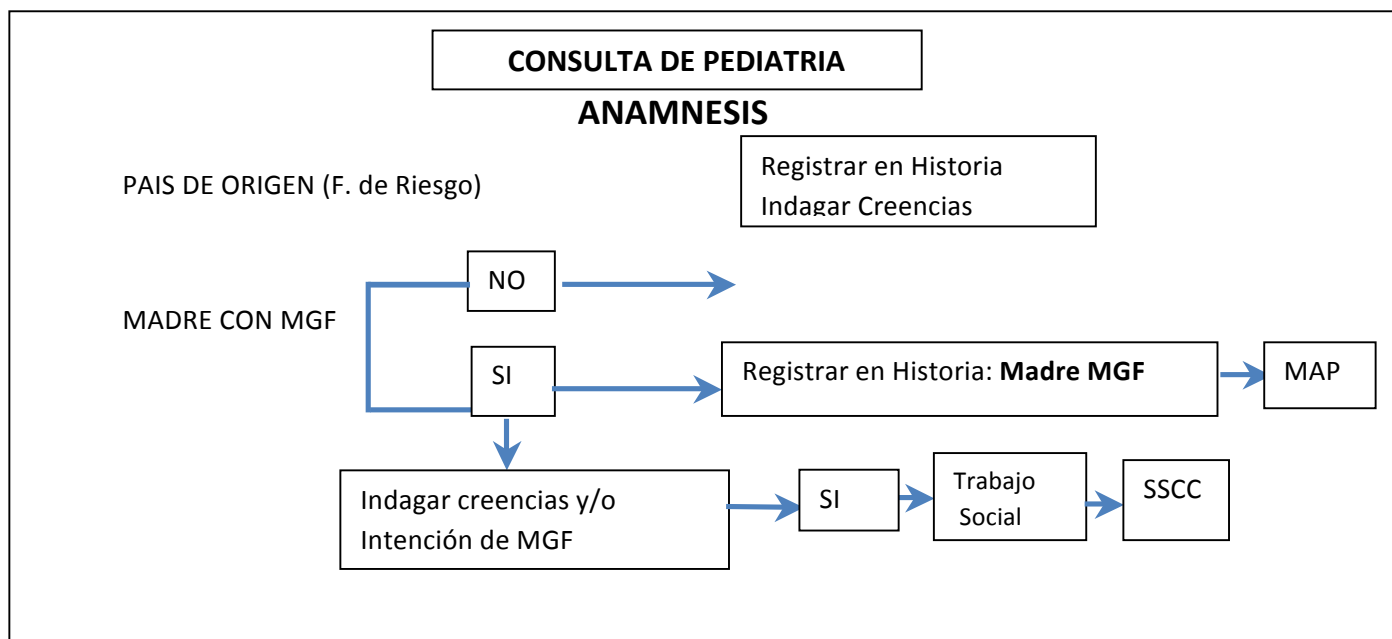
Se recomienda incorporar examen completo incluidos genitales en las sucesivas visitas del Programa de Salud Infantil y Adolescentes de Andalucía a partir del año de vida. (las niñas pueden ser mutiladas en cualquier momento)

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.

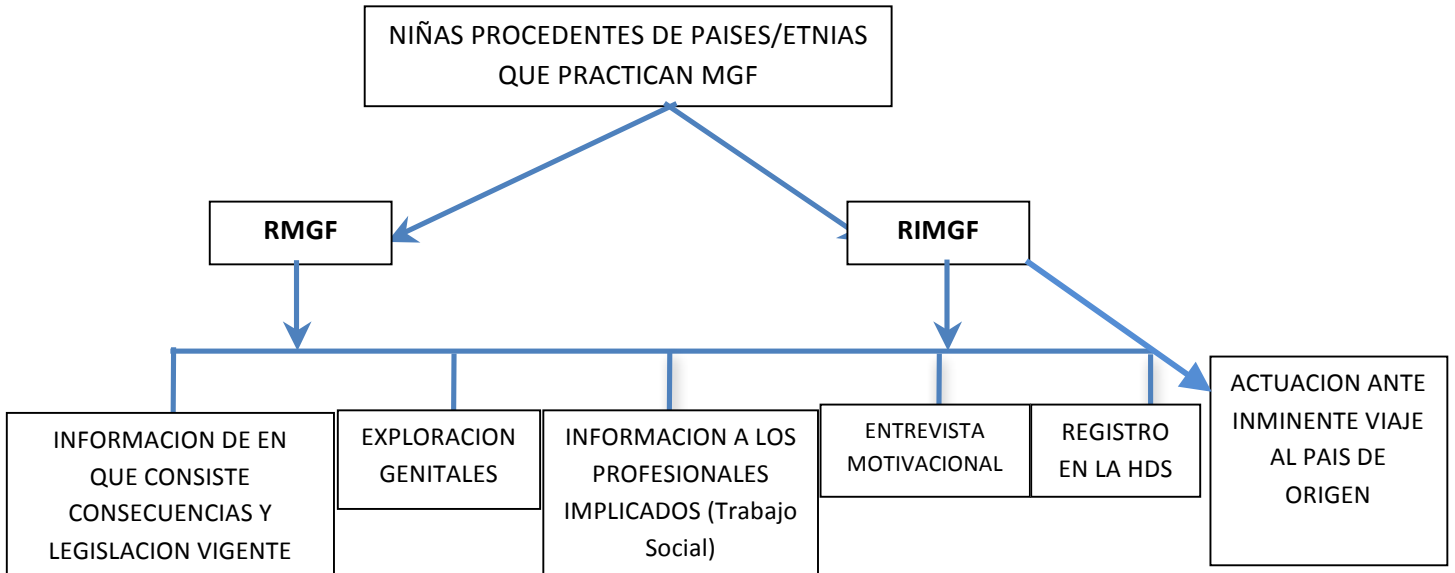
En caso de no comparecencia a la cita propuesta o pérdida del seguimiento comunicar a la UTS.



Adaptados de : García de Herreros Madueño, 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.

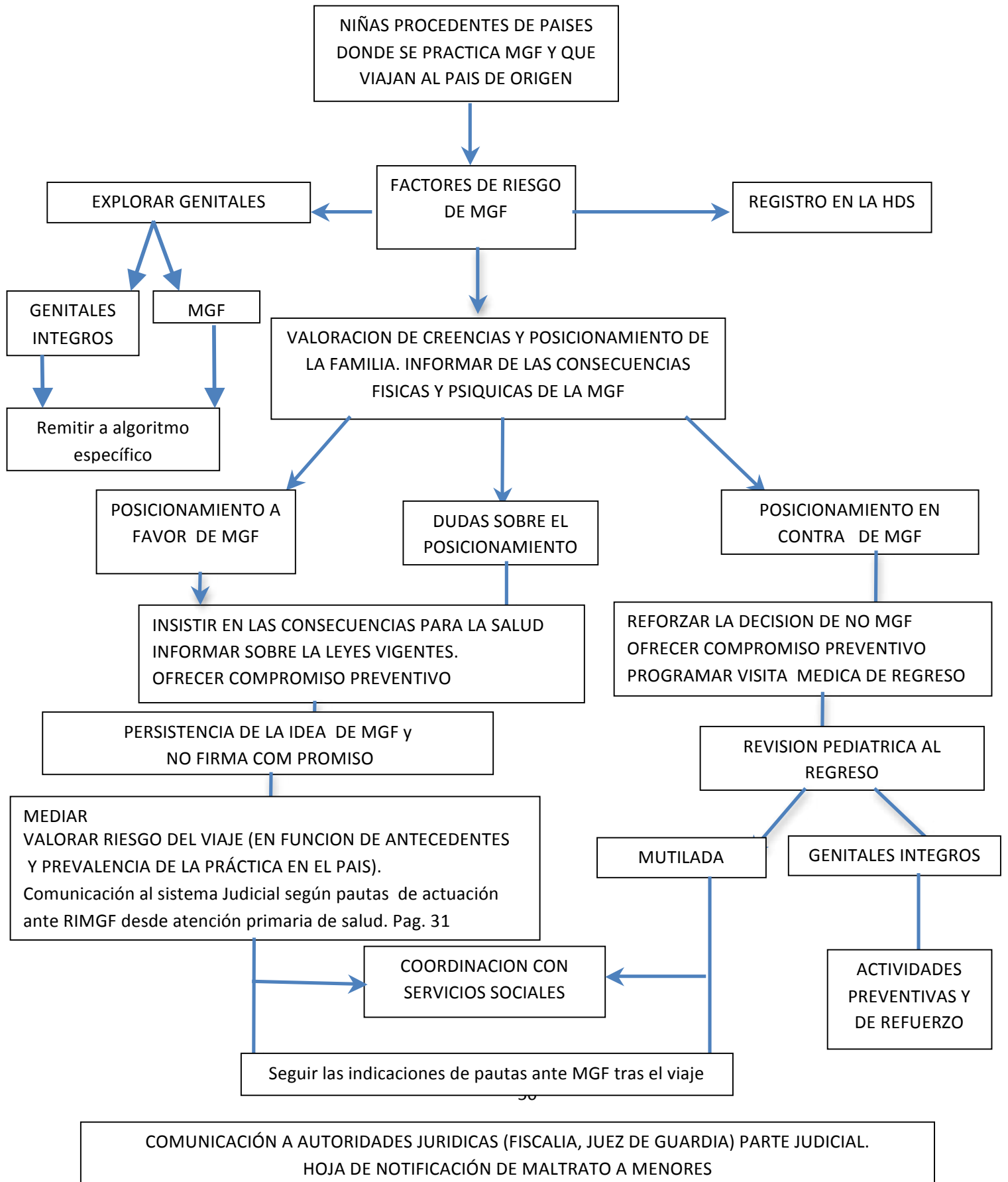


ACTUACIONES PREVENTIVAS GENERALES CON LAS NIÑAS



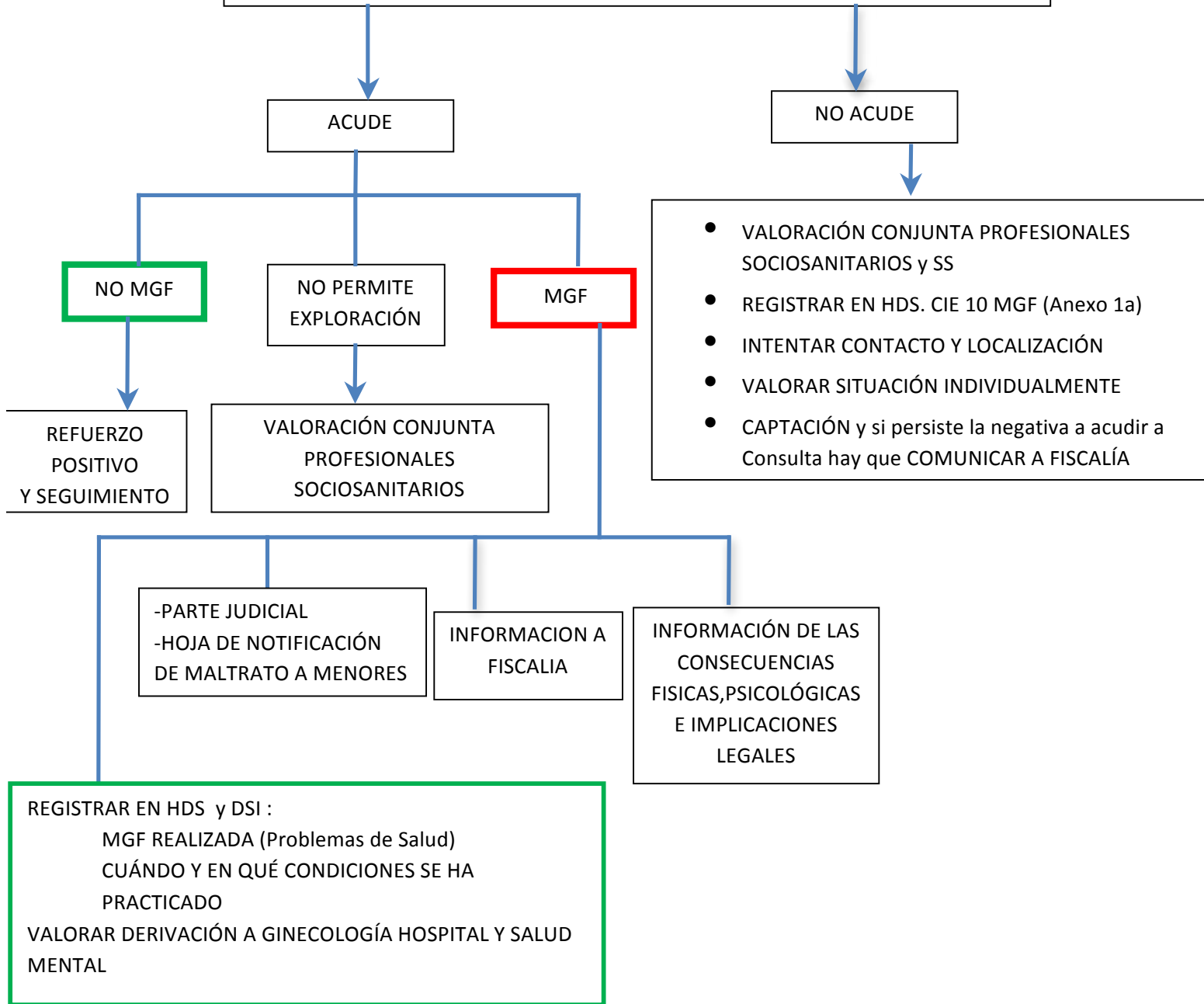


ACTUACION ANTE VIAJE INMINENTE AL PAIS DE ORIGEN





ACTUACION CON NIÑAS EN CONSULTA POST-VIAJE





**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 CUÁNDO Y EN QUÉ CONDICIONES SE HA PRACTICADO Y QUÉ
CONSECUENCIAS TIENE PARA SU SALUD LA MENOR TIENE OTRAS HERMANAS EN
EL PAIS, SE ACTUARA SEGÚN ALGORITMO ESPECIFICAMENTE

VALORAR DERIVACION

GINECOLOGIA HOSPITAL PARA
VALORACION DE SECUELAS FISICAS

SALUD MENTAL PARA VALORACION
DE SECUELAS PSIQUICAS

INFECCIONES,
SANGRADO, QUELOIDES

APOYO PSICOLOGICO

VALORAR CIRUGIA
REPARADORA

INFORMAR POSIBLE RECONSTRUCCION



ABORDAJE DESDE SERVICIOS DE ATENCIÓN 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



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 normales⁴. 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 realizaran 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.

- **Conocimiento por las/los profesionales de las modificaciones anatómicas en cada tipo de MGF**

B) ABORDAJE EN VISITAS POSTERIORES ⁶

- 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



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 PLANIFICACIÓN₈

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 atenerse 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.



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

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 está vinculada con la gestación, 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_s

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 clítoris 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.



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

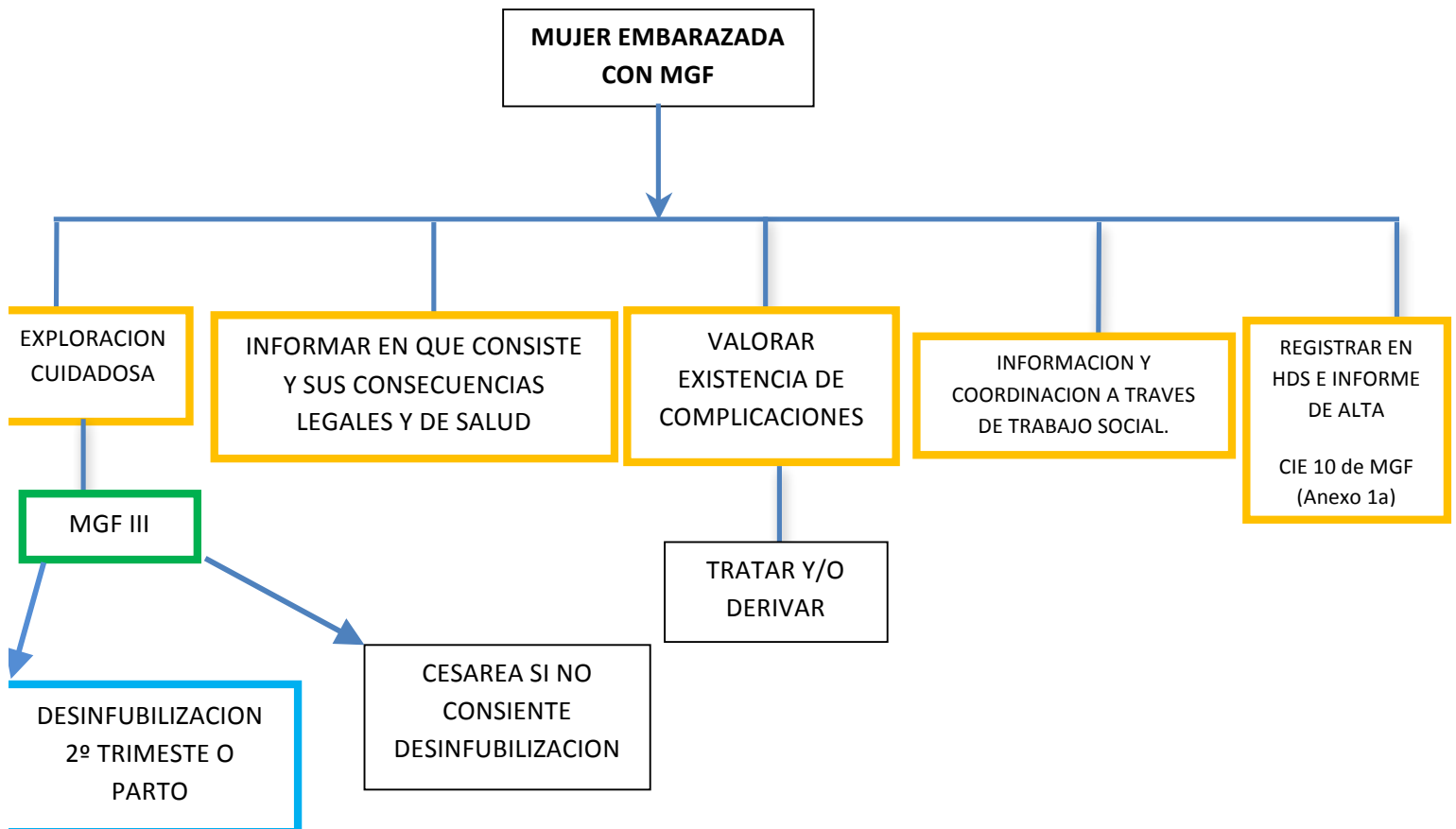
- Infecciones de orina de repetición: detección y tratamiento precoz, por su importancia durante la gestación.
- Infecciones vaginales de repetición: es necesario realizar cultivos vaginales para identificar el germen, instaurar el tratamiento específico, tratar a su pareja si fuera necesario y supervisar 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, periné 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 derivara 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.



ALGORITMOS DE ACTUACIONES

Adaptados de : García de Herreros Madueño, 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





3. ABORDAJE EN CONSULTA DETECCIÓN CÁNCER DE CÉRVIX 8

Salvo los casos de MGF graves que impidan el acceso al cérvix uterino, estas mujeres deben realizarse las citologías cérvico-vaginales tal como esté contemplado en el programa de cribado del cáncer de cérvix. 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 PEDIATRIA

CARACTERISTICAS DE LA INTERVENCION 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.



- **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, intérpretes, cuidando la privacidad, intimidad y confidencialidad. No usar con ellas la terminología “mutilación” (utilizar el término “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 anotara (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



- 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 actuara específicamente según cada situación particular (Ver algoritmo de actuaciones en Menor con MGF pag 49,50 y 51). En caso necesario se contara 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 MGF₆

Según la OMS (2016), **la desinfibulación es imperativa en el caso de una MGF tipo III**, en la que sólo se ha dejado un pequeño orificio en el introito y, por tanto, el parto sin esta intervención se podría producir un desgarro total de periné 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 porqué **de la intervención** y de los **beneficios** en el desarrollo del parto, para la salud del bebé y de la madre, la mejora en la micción, la menstruación 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, periné 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. En caso de mutilaciones graves es necesario hacer desinfibulación durante el parto, lo ideal es hacerla **antes, en el 2º trimestre**.

A) DESINFIBULACIÓN

La intervención desinfibuladora **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 desinfibulación **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 desinfibulación no resulta complejo. La desinfibulación puede implicar volver atrás en el tiempo y hacer recordar el momento en que la mujer fue infibulada, implicando un trauma psicológico. Cualquier profesional que sepa cómo realizar una episiotomía en un parto, puede realizar la desinfibulación, 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 pequeñas dosis bajo la piel a ambos lados de la cicatriz, en abanico; también 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 ningún daño en las estructuras debajo de la cicatriz (uretra, labios menores y clítoris).

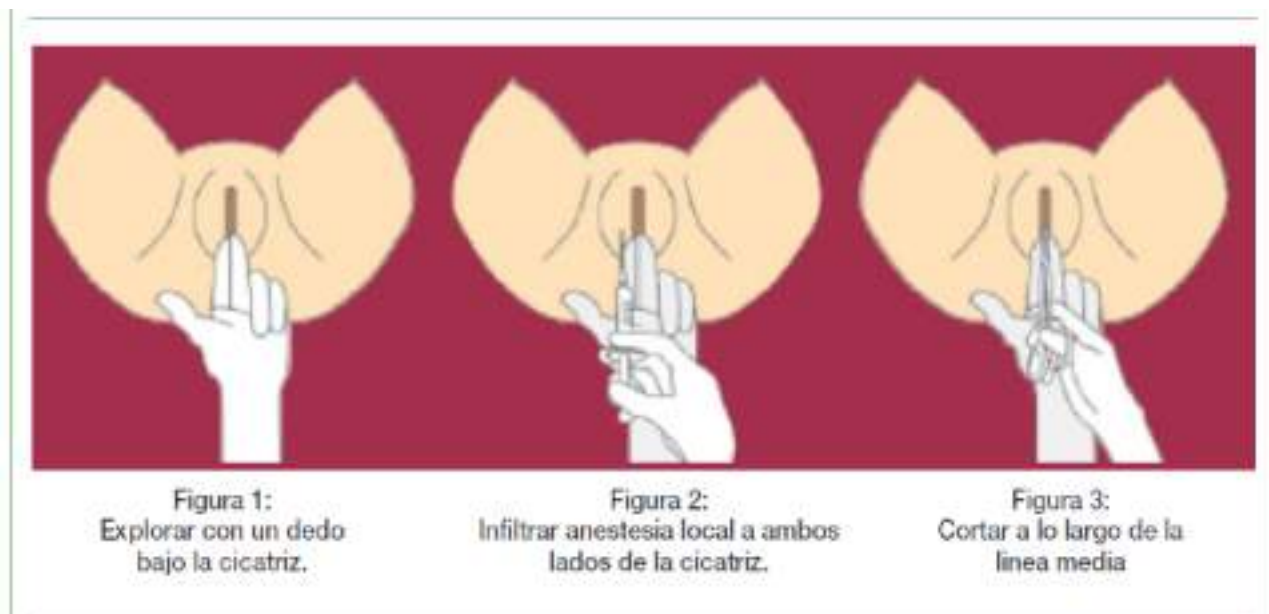
Con el tipo III de la MGF, estas estructuras se encuentran en la mayoría de casos intactas. Una vez la anestesia ha hecho efecto, se introduce un dedo bajo la cicatriz para valorar la extensión de esta y la zona a desinfibular. Normalmente, el dedo entra fácilmente debajo de la piel cicatrizada. Si la apertura es demasiado pequeña para que pueda entrar un dedo, se pueden utilizar instrumental quirúrgico 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 clítoris para determinar si hay el clítoris 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 clítoris** debajo de la piel cicatrizada y extremar el cuidado en esta zona debido a la hipersensibilidad del clítoris.

Paso 4:

Después de dividir los labios mayores que estaban cerrados, a veces se ha encontrado un clítoris 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**.



Procedimiento de desinfibulación ¹²

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 desaparecerá 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.



B) RECONSTRUCCIÓN DEL CLÍTORIS

La intervención de reconstrucción incluye la desinfibulación (en el tipo III) y la reconstrucción del clítoris 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 clítoris, 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 clítoris 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.



ATENCIÓN Y CUIDADOS TRAS EL PARTO₈

- 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 desinfibulación, a los cambios anatómicos, funcionales y psicológicos que puede conllevar.
- La **comunicación entre el equipo de profesionales implicados** en los cuidados es fundamental, utilizando los documentos habituales de comunicación. Deben estar informados de si se ha realizado algún tipo de cirugía reparadora o desinfibulación.
- Coordinarse con los servicios de pediatría con el fin de activar el protocolo de seguimiento y prevención (Trabajo Social y Atención Primaria).
- La continuidad de cuidados es importante el seguimiento y la evolución clínica
 - La higiene adecuada al estado de su periné.
 - Recuperación de su suelo pélvico.
 - Métodos anticonceptivos.
 - Relaciones sexuales: asesorar sobre el inicio en función de la evolución clínica de cada mujer:

Esperar 4 o 6 semanas, salvo que se produzca una cicatrización adecuada en menos tiempo.

Usar un método anticonceptivo adecuado.

Se puede aconsejar el uso de algún lubricante vaginal.

Implicar a la pareja en la información y asesoramiento, explicar los cambios que van a percibir.

Contenido del Informe de ALTA tras parto en mujeres con MGF

8

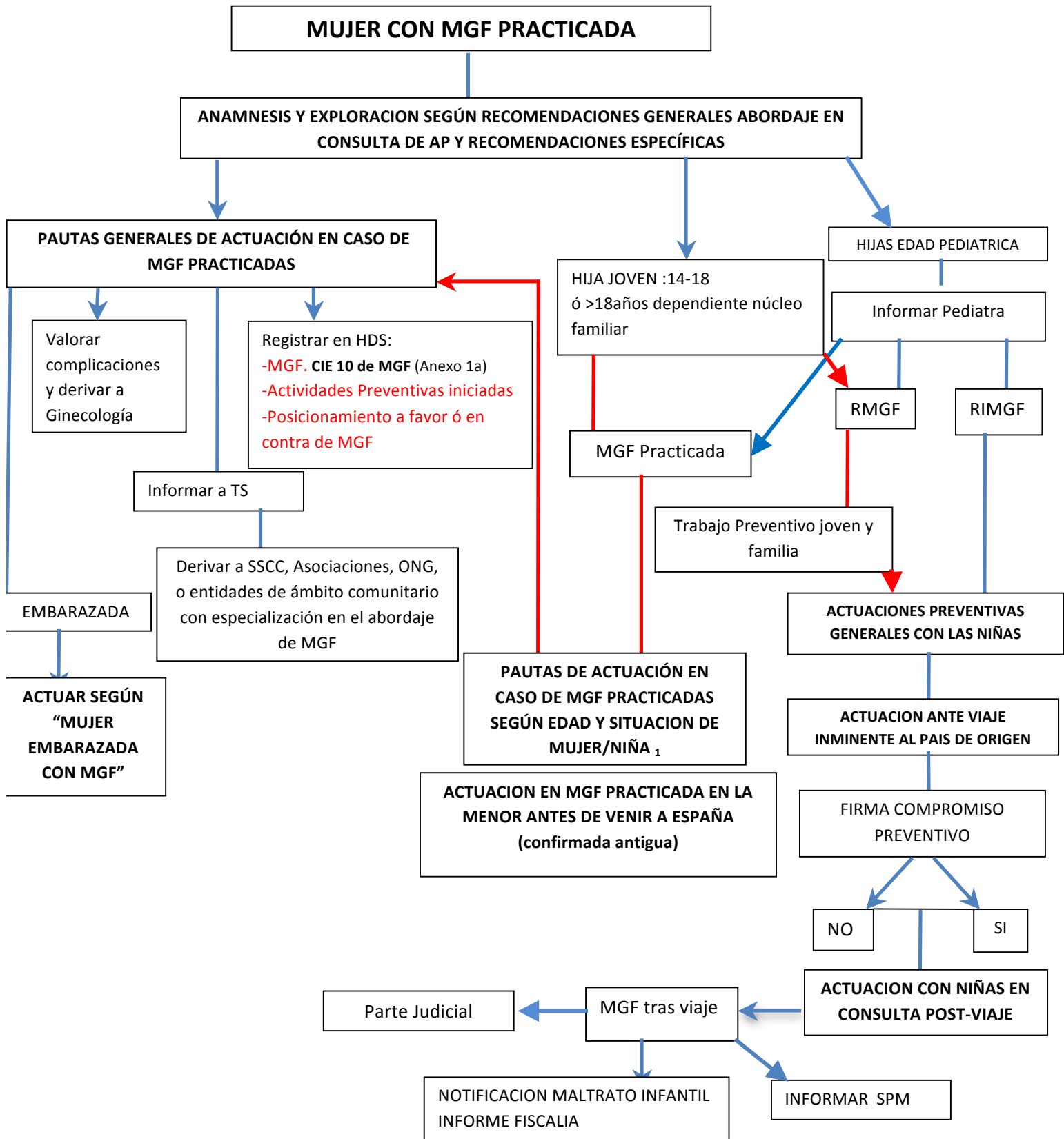
El INFORME DE ALTA DE LA MADRE debe estar completo y claro en cuanto al **diagnóstico, las intervenciones realizadas y los cuidados** precisos. **Cita para revisión** en la misma unidad, con el fin de comprobar la evolución y los resultados.

Si ha nacido una niña, el INFORME DE ALTA DE LA RECIEN NACIDA tiene que llegar a la/el Pediatra y equipo de Atención Primaria, para que continúen con el seguimiento y las acciones necesarias de sensibilización y prevención.

Tanto pediatría como el resto del **equipo de atención primaria**, deben **conocer** (a través de Trabajo Social) **si se han realizado actividades preventivas con la madre** y cuál es el posicionamiento de la familia acerca de la MGF.



RESUMEN DE ACTUACIONES SANITARIAS EN MGF₈



Adaptado de Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la MGF. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García de Herreros Madueño, 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. Madrid: Red de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid.
2. MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF) Manual para profesionales. UAB
3. Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern. UNICEF, New York, 2016
4. Mapa de la Mutilación Genital Femenina (MGF) en España 2017 (Fundación Wassu-UAB). Adriana Kaplan Marcusán, directora de la fundación y profesora del Departamento de Antropología Social y Cultural de la UAB, y el demógrafo Antonio López Gay.
5. Documento diagnóstico MDM Málaga 2019
6. Kaplan Marcusán, Adriana; Aliaga Figueras, Neus; Álvarez Rossat, Carolina. Prevención y atención de la mutilación genital femenina .Manual para profesionales en Andalucía (2ª edición).Consejería de Justicia e Interior. Junta de Andalucía. Fundación Wassu 2018
7. KAPLAN,A.;TORAN,P.;BEDOYA,M.H.et al (2006) “Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria en salud, la educación y los servicios sociales”, en Revista Migraciones 19, Madrid. pp. 189-217.
8. Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
9. Protocolo para la prevención y actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la Región de Murcia. Consejería de salud 2017.
10. Protocolo de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la Comunitat Valenciana. Generalitat . Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública 2016,1ª edición.
11. Guía de UNAF 2013. “Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e Intervención.
12. Mutilación Genital Femenina. Abordaje y Prevención. Guía. Medicosmundi-Andalucía. 2009.
13. Cámara Faraig, Alicia . Mutilación genital femenina. Revisión quinquenal de casos en el Hospital de Basurto. 2018. [cited 2019 Jul 2]; Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsbas&AN=edsbas.10C67891&lang=es&site=eds-live&scope=site>
14. Mutilación genital femenina: Guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi (2016).
15. Berg RC, Denison E. Does Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Affect Women’s Sexual Functioning? A Systematic Review of the Sexual Consequences of FGM/C. Sex Res Social Policy. 2011;9(1):41-56. doi: 10.1007/s13178-011-0048-z
16. Berg R, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Underland V, Vist G. An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of the Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting. Obstet Gynecol Int. 2014;2014:542859. doi: 10.1155/2014/542859
17. Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. Lancet. 2006; 367:1835–1841. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68805-3



ANEXO 1. GUÍA DE RECURSOS:

MALAGA

ORIENTACIÓN JURÍDICA

MÁLAGA ACOGE

C/ Bustamante s/n 29007 Málaga
TLF: 952393200

CEAR. CENTRO ESPAÑOL DE AYUDA AL REFUGIADO

C/ Ollerías 31 29012 Málaga
TLF: 952601321

CRUZ ROJA ESPAÑOLA.

C/ Ollerías N 40 29012 Málaga
TLF: 952222222

ORIENTACIÓN SOCIO SANITARIA

Asociación Mujer Emancipada

C/ Trinidad Grund 21. 29001 Málaga.
TLF: 952604346

Médicos del Mundo

C/ Cruz Verde 16 29013

ORIENTACIÓN / INFORMACIÓN:

IAM : <https://www.iam.junta-andalucia.es/index.php/iam/centros-provinciales>

Telf. Málaga: 900200999

Centro de la Mujer de Málaga

C/ San Jacinto, 7

29007 - Málaga

Teléfono: 951 04 08 47

Fax: 951 04 08 48

Email: cmujer.malaga.iam@juntadeandalucia.es

Centros de la Mujer : <https://www.iam.junta-andalucia.es/index.php/201309-25-10-31-11/centros-municipales-de-informacion-a-la-mujer>

EMUME:

http://www.guardiacivil.es/documentos/pdfs/2017/Direcciones_EMUMEs.pdf

Telf. MÁLAGA 952 071 520 Extensión 1536/1532



UFAM:

https://www.policia.es/org_central/judicial/ufam/donde_ufam.php

Málaga - Plaza Manuel Azaña, 3 - CP 29006 - Tfno. 952 046 200

Antequera - Calle Ciudad de Oaxaca, S/N - CP 29200 - Tfno. 952 706 350

Estepona - Calle Valle Inclán, 1 - CP 29680 - Tfno. 952 798 300

Fuengirola - Avenida Condes de San Isidro, 98 - CP 29640 - Tfno. 952 197 090

Marbella - Avenida Arias de Velasco, 25 - CP 29600 - Tfno. 952 762 600

Ronda - Avenida de Málaga, 9 - CP 29400 - Tfno. 952 161 220

Torremolinos-Benalmádena - Calle Skal, S/N - CP 29620 - Tfno. 952 378 720

Vélez-Málaga - Calle Puerta del Mar, nº4, Torre del Mar. Tfno. 952 046 521

Fiscalía Provincial de Violencia sobre la Mujer de Málaga:

Fiscal Decana de Violencia sobre la Mujer

Mari Flor de Torres Porras 951 938 395

Ciudad de la Justicia.

Avda Fiscal Luis Portero S/N

29016 Malaga

Fax 951938395

<http://www.fiscal.es/http://www.juntadeandalucia.es/justicia/adriano>

Notificación de Maltrato al Menor: 900851818

<https://juntadeandalucia.es/temas/familias-igualdad/infancia/maltrato/telefono-menor.html>

ANEXO 1 a: Codificación CIE 10 de MGF

N90810 Estado de Mutilación Genital Femenina no especificada

N90811 Estado de Mutilación Genital Femenina Tipo I

N90812 Estado de Mutilación Genital Femenina Tipo II

N90813 Estado de Mutilación Genital Femenina Tipo III

N90814 Otros Estados de Mutilación Genital Femenina (Tipo IV)



ANEXO 2 . COMPROMISO INFORMADO DE PREVENCION



COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

Desde el Centro de Salud:

Se certifica que, hasta este momento, en los exámenes de salud realizados a la niña cuyos datos se consignan a continuación, no se ha detectado alteración en la integridad de sus genitales.

NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	PAÍS AL QUE VIAJA

Por ello se informa a los familiares/ responsables de la niña sobre las siguientes circunstancias:

- **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).
- La necesidad de que, **al regreso del viaje, 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.

Por todo ello:

- **DECLARO haber sido informado**, por el profesional sanitario responsable de la salud de la niña 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, yo 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. Profesional Responsable



COMPROMISE AND PREVENTION FORM FOR FEMALE GENITAL MUTILATION (FGM)

The Health Centre:

Certifies that, until now, in health examinations carried the girl whose data are reported below, has not been detected alteration in the integrity of their genitals.

NAME	DATE OF BIRTH	COUNTRY

Would like to inform the parents/tutors of the girl: about:

- The **social, sanitary and psychological risks** which derive from female genital mutilation rituals that take place in some African Countries, and the attempt against Human Rights they mean.
- **The Spanish law** related to genital mutilation rituals. This type of intervention is considered a crime against human health and safety in **the article 149.2 of the criminal law**, even when the surgery takes place abroad (in Gambia, Mali, Senegal, for example), as modification of the LOPJ 3/2005.
- **A prison penalty from 6 up to 12 years can be enforced to parents/tutors, the loss of their custody of the girl, and the possible placement of the girl in a juvenile centre.**
- The parents' compromise to visit their doctor in their health centre upon return from their trip in order to check the health status of the girl.
- The relevance of adopting all preventive measures during the trip that have been recommended by the health professionals in the sanitary services.

The parents/tutors of the girl:

- **DECLARE** that they have been informed by the health personnel about the various aspects related to female genital mutilation specified above.
- **UNDERSTAND** the purpose, the seriousness and the legal consequences included in these explanations.
- **ACCEPT the compromise to care for my daughter /girl I am a tutor for, and avoid her genital mutilation.**

I,....., have read and sign this form, and will keep a copy of it.

In....., day of 20.....

Signature. Parents/tutors of the girl
 Full Name.....

Signature. Pediatrician/ Doctor
 Full Name.....



ANEXO 3 Procedimiento específico con Educación (pendiente)

ANEXO 4 Estrategia de Formación sobre MGF

Unidades Didácticas específicas de MGF para talleres a la comunidad (Salud Sexual Reproductiva) **Se adjunta pdf con presentación de Sesión Formativa de MGF**

ESTRATEGIA DE FORMACIÓN SOBRE MGF EN EL DSMVG

Proyecto de sensibilización y formación en MGF a profesionales **DSMVG**, partiendo del protocolo de VG de 2015 de la Consejería de Salud, para la prevención efectiva de la MGF.

Fases del proyecto:

- 1) Reuniones entre MM y Distrito para diseñar la estrategia: (Temporalización 1 mes)

Para profundizar en el conocimiento sobre el problema, identificar los centros de salud más afectados en base a la localización de la población susceptible de padecerla (a través de la BDU) y priorizar la intervención. Se propone empezar por los centros que concentran el mayor número de población procedente de Nigeria, Senegal, Guinea Bissau y Ghana.

Impartir Sesión de sensibilización convocando a direcciones, pediatras, matronas y trabajadoras/es sociales de los centros priorizados. El Objetivo es realizar una intervención rápida y urgente que pueda prevenir casos inminentes.

Impartir una segunda sesión a profesionales de los centros restantes en los que más en los que se haya identificado población de los países señalados anteriormente.

- 2) Diseño del despliegue de la estrategia de formación (temporalización 1 año)

Diseñar un plan de formación con el objetivo de aportar a profesionales implicadas/os la formación suficiente para detectar e intervenir sobre la MGF y ofrecerles herramientas para dicha intervención, mediante:

- Sesiones iniciales con centros más implicados por población residente
- Taller de formación en habilidades para la intervención con población en riesgo de sufrir MGF dirigida a trabajadoras sociales.
- Sesiones de sensibilización dirigidas a matronas y pediatras.
- Formación básica en MGF (20 horas) dirigida a todas/os profesionales sanitarios.

Paralelamente se llevaran a cabo otras actuaciones dirigidas a extender el conocimiento y las herramientas de intervención:

En los cursos de formación básica en VG y en las Sesiones de actualización se introducirá un apartado específico de MGF.

Diseñar contenidos para incluir en las sesiones de educación maternal, en los cursos de salud sexual y reproductiva y en los GRUSE.

ANEXO 5a : Tríptico informativo para profesionales

CONSECUENCIAS LEGALES

La MGF es la expresión de la vulneración de derechos humanos básicos de las mujeres y niñas como el derecho a la salud e incluso a la propia vida.



La MGF es la expresión de la **discriminación por ser mujer** y de la **desigualdad entre hombres y mujeres**.

Cuando la MGF se realiza en España o se viaja para realizarla tanto a niñas como a mujeres adultas, tiene **consecuencias legales**:

Ley Orgánica 10/1995 (Código penal español). Artículo 149.2: MGF del/a castigado con 0-12 años de prisión / **reclusión de custodia de menores** entre 4 y 12 años.

Ley Orgánica 1/2014. Artículo 23.4: **Podrá ser castigado** el/a residente en España causante de la MGF aunque se haya producido fuera del país.

Ley Orgánica 1/1994 (modificación 26/2015). Artículo 11.2: protección administraciones públicas frente a la MGF.

Andalucía: Ley 7/2018 (modifica la Ley 13/2007): Medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género, incluida la MGF.

Imprescindible firmar el "compromiso preventivo": La familia de la niña se compromete por escrito a no realizar la MGF durante ningún viaje, sabiendo las consecuencias legales de realizarla.



MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF)

La **mutilación genital femenina (MGF)**, también conocida como **excisión, circuncisión, corte o suena** consiste en la **lesión o resección parcial o total de los genitales externos de niñas y mujeres** sin que exista motivos médicos que lo justifiquen.




TIPOS DE MGF

- **Tipo 1:** resección parcial o total del clítoris (zona más sensible de los genitales externos)
- **Tipo 2:** resección del clítoris y los labios menores (labios internos de la vulva), con o sin excisión de los labios mayores (pliegues cutáneos externos de la vulva).
- **Tipo 3:** infibulación o estrechamiento de la abertura vaginal con sellado o cosido de labios menores o mayores, con o sin resección del clítoris.
- **Tipo 4:** punción, perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital.

Se realiza en al menos 29 países, afectando a millones de niñas y mujeres.




Riesgos para la salud (OMS/PAHO)

Complicaciones físicas	Complicaciones Psicológicas	Complicaciones en el EMBARAZO
Hemorragia (sangrado excesivo)	Ansiedad y Depresión	Embarazo
Dolor intenso y crónico	Trastornos psicológicos	Hemorragia postparto
Problemas urinarios y menstruales	Infecciones de transmisión sexual	Rotura prematura del Tejido
Infección por el VIH y ITS	Interrupción de modo o culpa	Muerte anormal postparto
Íncubación		Muerte del feto
Infertilidad/ Muerte		Trastorno de parto

Millones de mujeres y hombres de miles de comunidades han dejado de realizar la MGF, protegiendo a sus niñas y mujeres de esta agresión.




ANEXO 5b: Tríptico Informativo para Mujeres

Riesgos para la salud de la Mutilación Genital Femenina

Dolor intenso y crónico
 Infecciones genitales y por el VIH (SIDA)
 Infertilidad y Muerte

Complicaciones en el embarazo
 Parto de riesgo para el bebé
 Caderas arqueadas

Emorragia postparto
 Muerte materna postparto
 Muerte del lactante

MILLONES de mujeres y hombres de miles de comunidades han dejado de realizar la MGF, protegiendo a sus niñas y mujeres de esta agresión.

STOP VIOLENCIA 6 FEB Día Internacional Tolerancia Cero MGF **STOP MGF**

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA MGF

Circuncisión **Ablación**
Corte **Escisión**

... LESIÓN O DAÑO DE LOS ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS POR MOTIVOS NO MÉDICOS ...

TIPOS DE MGF

Tipo 1: resección parcial o total del clitoris incluyendo a los labios menores y mayores de la vulva.

Tipo 2: escisión del clitoris y los labios menores incluyendo o no los mayores.

Tipo 3: infibulación o estrechamiento de la abertura vaginal con o sin el uso de los labios.

CONSEJOS ÚTILES POR LOS QUE SE EVITAN LA MGF:

- EDUCACIÓN:** Una tradición que lesiona y daña a las niñas y mujeres debe cambiarse para protegerlas.
- RESISTENCIA:** No se debe ser un blanco de MGF y no normalizar con las comunidades del país.
- RESISTENCIA Y RESILIANZA:** El clitoris se promueve siempre, se trata durante el desarrollo de la vida, se trata al sereno nacido durante el parto.
- CONVENCIO DE LA VIRGINIDAD:** La MGF lesiona a las mujeres y no protege la virginidad.
- PROTECCIÓN:** El clitoris se protege siempre resección que solo el uso del marido, al dolo al sereno en las relaciones, se va demostrando que la MGF no es factor necesario de fertilidad.

La MGF es la expresión de:
 la vulneración de derechos humanos de mujeres y niñas.
 la desigualdad entre hombres y mujeres

REALIZAR MGF TIENE CONSECUENCIAS LEGALES

• 17 años de prisión / retirada de custodia de menores.

• Multa por perjuicio al momento nacimiento se aplica cuando la MGF se realiza durante el parto.

• Represión y protección contra cualquier violencia de género (incluida la MGF (Legislación Antiviolencia).

CONSEJOS ÚTILES:
EVITAR EL COMERCIO DE NIÑAS

La familia de la niña se compromete por escrito a no realizar la MGF durante ningún viaje, subiendo las consecuencias legales de realizarla.



ANEXO 6 : (Pendiente coordinación con Salud Mental)

ANEXO 7: Enlace a Hoja de Notificación de Maltrato al Menor en Andalucía

<https://juntadeandalucia.es/boja/2019/149/18>

ANEXO 8: Enlace a Parte Judicial y Comunicación a Fiscalía

<https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/adulta/paginas/parte-juzgado-guardia.html>

ANEXO 9: Enlace a Miniguía de Fundación WASSU-UAB

<https://www.uab.cat/web/transferencia-de-conocimiento/materiales-de-intervencion-con-las-familias-1345799902042.html>



ANEXO 10: Consentimiento Informado para Desinfibulación

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
-------------------------	--

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*Reparación genitales externos) DESINFIBULACION.

Este documento sirve para que usted o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

(* Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

LO QUE USTED DEBE SABER:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

La mutilación genital femenina (a partir de ahora MGF) comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos. Esta práctica que perjudica ampliamente la salud de las mujeres y niñas produce en muchas ocasiones una cicatrización que tiende a cerrar las heridas originadas o suturadas de forma anómala y que dejará como secuela una cicatrización, que tendrá consecuencias, en ocasiones muy negativas para la salud sexual (infecciones, lesiones de órganos genitales o adyacentes,dispareunia...) y reproductiva (desgarros en el parto, parto prolongado o complicado, hemorragias,...) de las mujeres. La extensión de las lesiones tras una MGF persiste durante toda la vida , y pueden ser variables dependiendo de: la forma individual de cicatrizar de cada mujer, de la localización , del mecanismo lesional y de otros factores como la raza y la edad de la paciente. Cualquier cicatriz puede derivar en la aparición de una alteración funcional y/o estética dependiendo del área afectada, resultado de la cicatrización y de los factores anteriormente expuestos. Ciertos tipos de cicatrices anormales: atróficas, hipertróficas, anchas, hundidas, dolorosas e irregulares, pueden ser subsidiarias de revisión quirúrgica, que, si no consigue la eliminación total de la misma si una mejoría, tanto estética como funcional.



JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

CÓMO SE REALIZA:

La desinfibulación ó intervención 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 desinfibulación 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 desinfibulación no resulta complejo.

La intervención consiste en una incisión genital anterior ("desinfibulación") que revierta la mutilación. La intervención incluye la desinfibulación (en el tipo III) y la reconstrucción de la 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 y reparar los genitales externos.

La intervención a la que usted va a someterse se puede realizar bajo anestesia local , regional o general. Consiste en la extirpación de la cicatriz y de los tejidos anómalos y reparación de la herida ocasionada en las mejores condiciones posibles, para así mejorar el resultado estético y /o funcional de la misma. Cuando se trata de anestesia local, se infiltra pequeñas dosis bajo la piel a ambos lados de la cicatriz, en abanico; también pueden emplearse anestesia epidural o general.

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 extensión de esta y la zona a desinfibular. Si la apertura es demasiado pequeña para que pueda entrar un dedo, se pueden utilizar instrumental quirúrgico 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. Se incide con tijeras siguiendo la línea media sobre la cicatriz hasta que la uretra sea visible. No se debe hacer una incisión por encima de la uretra. Después de dividir los labios mayores se evalúa los genitales externos. Se tienen que coser los bordes del recorte utilizando suturas para prevenir la formación de adherencias. El proceso de recuperación es de aproximadamente una semana.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Durante un tiempo presentará molestias debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización. La forma de la cicatriz variará dependiendo del tipo de MGF. 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 desaparecerá con el tiempo.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

En una mejora estética y/o funcional sus genitales y las secuelas existentes provocadas por la MGF. Debe recordar que a pesar de la mejora, siempre existirá una cicatriz.



QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

● LOS MÁS FRECUENTES:

- Edema o inflamación de la piel y de los tejidos adyacentes, que puede ser subsidiario de tratamiento con antiinflamatorios.
- Cambios en la coloración de la piel que pueden ser prolongados en el tiempo, y en ocasiones permanentes.
- Dehiscencia de sutura, que puede hacer necesaria una nueva revisión quirúrgica de la herida.
- Retraso en la cicatrización al tratar con tejidos de escasa vitalidad.

● LOS MÁS GRAVES:

- Hemorragia: Es posible, aunque infrecuente, experimentar un episodio de sangrado durante o después de la cirugía. Si ocurriera una hemorragia postoperatoria, podría requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada, o incluso una transfusión de sangre.
- Reacciones alérgicas: Pueden ocurrir reacciones alérgicas generales (normalmente debidas al empleo de medicación) o locales (por el uso de apósitos o pomadas) que requieran un tratamiento adicional.
- Infección: Es posible que después de una intervención pueda ocurrir un proceso infeccioso que requiera de un tratamiento antibiótico adecuado e incluso cirugía para el desbridamiento de los tejidos devitalizados. No es frecuente en este tipo de intervención, pero en los casos más graves la infección puede extenderse por el organismo y a otros órganos, dificultando su funcionamiento y pudiendo amenazar la vida.
- Hematomas: No son frecuentes, pero pueden aparecer después de la cirugía y puede ser necesaria su evacuación.
- Seromas: Son infrecuentes en este tipo de procedimiento quirúrgico, pero si apareciesen se haría preciso su drenaje.
- Sensibilidad y función: Puede existir un déficit de sensibilidad o de función en la zona intervenida, éste puede ser temporal o permanente; éste déficit, a veces, es difícil de predecir.

● LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:



SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Las enfermedades previas como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades crónicas hábitos tóxicos (entre ellas el consumo del tabaco), obesidad, etc... pueden influir negativamente en el resultado de la cirugía.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

Los queloides son una forma anormal de cicatrización, produciéndose más cicatriz de la cuenta, sobrepasando los límites, tanto en altura como en anchura, de la cicatriz. Además de los defectos estéticos, pueden provocar molestias como picores, dolores, sensación de malestar, etc.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.



JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
-------------------------	--

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si la paciente está emancipada o tiene 16 años cumplidos será ella quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE DEL PACIENTE DNI/NIE

APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL DNI/NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, Dña _____ manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

SI NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

SI NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

SI NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

SI NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

En _____ a _____ de _____ de _____

LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE O LEGAL

Fdo: Fdo:



JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
-------------------------	--

2.4 RECHAZO DEL PROCEDIMIENTO

Yo, Dña. _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Dña. _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:



JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE
-------------------------	--------------------

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) CICATRICES Y SECUELAS

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

La cicatrización es un proceso fisiológico del organismo por el cual éste tiende a cerrar cualquier herida que en él se origine, por tanto se tiene que tener en cuenta que cualquier herida dejará como secuela una cicatriz.

La cicatriz persiste durante toda la vida del paciente, y será de peor o mejor calidad dependiendo de: la forma individual de cicatrizar de cada persona, la localización de la cicatriz, mecanismo lesional y de otros factores como la raza y la edad del paciente.

Cualquier cicatriz puede derivar en la aparición de una alteración funcional y/o estética dependiendo del área afectada, resultado de la cicatrización y de los factores anteriormente expuestos.

Ciertos tipos de cicatrices anormales: atróficas, hipertróficas, discrómicas, retráctiles, queloides, neoplásicas, malignizadas, anchas, hundidas, dolorosas e irregulares, pueden ser subevidarias de revisión quirúrgica, que, si no consigue la eliminación total de la misma sí una mejoría, tanto estética como funcional.

CÓMO SE REALIZA:

La intervención a la que usted va a someterse se puede realizar bajo anestesia local o general. Consiste en la extirpación de la cicatriz y de los tejidos anómalos y cierre de la herida ocasionada en las mejores condiciones posibles, para así mejorar el resultado estético y lo funcional de la misma.

Las técnicas de reconstrucción pueden ser varias, según la cicatriz y los tratamientos previamente realizados que determinan la cantidad y calidad de los tejidos en la zona. Su cirujano le indicará el más idóneo para su caso entre las siguientes alternativas: extirpación y plastia (movilización de tejidos) local, regional o a distancia; extirpación y cobertura con injerto (cutáneo, dermograso, cartilaginoso, óseo, tendinoso o nervioso); dermoabrasión o peeling químico.

001530



JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

En determinados casos puede ser necesario la reparación, además de los tejidos blandos (piel, grasa y músculo), de estructuras más profundas implicadas en la funcionalidad de partes importantes del cuerpo como por ejemplo: nervios, tendones, huesos y/o vasos sanguíneos.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Durante un tiempo presentará molestias debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización. La forma de la cicatriz variará dependiendo de la técnica empleada. Si se han empleado plastias a distancia, a la cicatriz de la zona reparada habrá que añadir la cicatriz en la zona donante. Si se han reparado estructuras profundas puede que el paciente precise además un tratamiento rehabilitador.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

En una mejora estética y/o funcional de la cicatriz o secuela existente. Debe recordar que a pesar de la mejora de la cicatriz, siempre existirá una cicatriz.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Existen ciertos tratamientos no quirúrgicos que consisten en:

- **Farmacoterapia:** a base de infiltración dentro de la cicatriz de corticoides de depósito (triamcinolona). El número de infiltraciones es indeterminado, con un intervalo de veinte días a un mes. Existe el riesgo de producir atrofia excesiva de los tejidos adyacentes. Las infiltraciones se pueden acompañar de aplicaciones tópicas de corticoides.
- **Presoterapia:** la presión sostenida ayuda al control de las cicatrices. Esta compresión se puede hacer con prendas elásticas hechas a medida.
- **Silicona:** el contacto de ésta con las cicatrices puede mejorar su evolución. Se puede aplicar en forma de pomada, tiras o láminas.
- **Radioterapia:** se puede emplear en el tratamiento de las cicatrices queloides. El paciente debe saber que la irradiación ionizante puede dejar pigmentaciones y una predisposición al cáncer en la zona irradiada.
- **Otros tratamientos:** El uso de láser de CO2 puede proporcionar buenos resultados aunque no constantes. Los antihistamínicos orales y locales pueden reducir la sintomatología del prurito y el ardor.

En su caso:

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES**
 - Edema o inflamación de la piel y de los tejidos adyacentes, que puede ser subsidiario de tratamiento con antiinflamatorios.



JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

- Cambios en la coloración de la piel que pueden ser prolongados en el tiempo, y en ocasiones permanentes.
 - Necrosis tisular con desvitalización de los tejidos pericicatriciales que puede hacer necesario el desbridamiento quirúrgico de los esfacelos.
 - Dehiscencia de sutura, que puede hacer necesaria una nueva revisión quirúrgica de la herida.
 - Retraso en la cicatrización al tratar con tejidos de escasa vitalidad.
- **LOS MÁS GRAVES:**
 - Hemorragia: Es posible, aunque infrecuente, experimentar un episodio de sangrado durante o después de la cirugía. Si ocurriera una hemorragia postoperatoria, podría requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada, o incluso una transfusión de sangre.
 - Reacciones alérgicas: Pueden ocurrir reacciones alérgicas generales (normalmente debidas al empleo de medicación) o locales (por el uso de apósitos o pomadas) que requieran un tratamiento adicional.
 - Infección: Es posible que después de una intervención pueda ocurrir un proceso infeccioso que requiera de un tratamiento antibiótico adecuado e incluso cirugía para el desbridamiento de los tejidos desvitalizados. No es frecuente en este tipo de intervención, pero en los casos más graves la infección puede extenderse por el organismo y a otros órganos, dificultando su funcionamiento y pudiendo amenazar la vida.
 - Hematomas: No son frecuentes, pero pueden aparecer después de la cirugía y puede ser necesaria su evacuación.
 - Seromas: Son infrecuentes en este tipo de procedimiento quirúrgico, pero si aparecieran se haría preciso su drenaje.
 - Sensibilidad y función: Puede existir un déficit de sensibilidad o de función en la zona intervenida, éste puede ser temporal o permanente. éste déficit, a veces, es difícil de predecir.
 - **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Las enfermedades previas como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades crónicas hábitos tóxicos (entre ellas el consumo del tabaco), obesidad, edad avanzada, etc... pueden influir negativamente en el resultado de la cirugía.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

Los queloides son una forma anormal de cicatrización, produciéndose más cicatriz de la cuenta, sobrepasando los límites, tanto en altura como en anchura, de la cicatriz. Además de los defectos estéticos, pueden provocar molestias como picores, dolores, sensación de malestar, etc. La tendencia a recidivar de los queloides es muy alta, por lo tanto siempre se debe valorar el empleo de tratamientos alternativos.



OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usará directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.
- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o vídeos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.



1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)



JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA
------------------	------------------------------

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 18 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

___SI ___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI ___NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

___SI ___NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

___SI ___NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

001530

En _____ a _____ de _____ de _____
EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: _____ Fdo.: _____



CENTRO SANITARIO

SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.:

Fdo.:

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.:

Fdo.: