AXENCIA GALEGA DE COÑECEMENTO EN SAÚDE

Xacobeo 2027

ESCOLA GALEGA DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

XIX XORNADAS DE SAÚDE PERINATAL E REPRODUTIVA

Abordaje ginecológico de la mujer con MGF

Mª Carmen Gutiérrez Vélez
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

20 de outubro de 2026

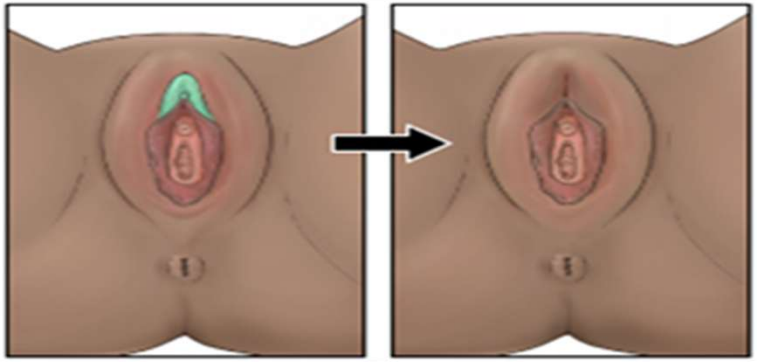
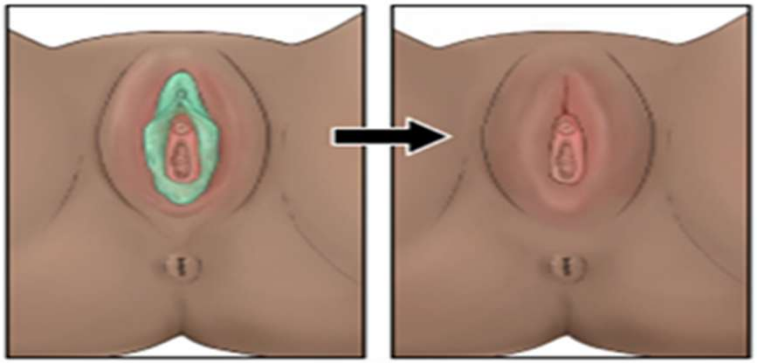
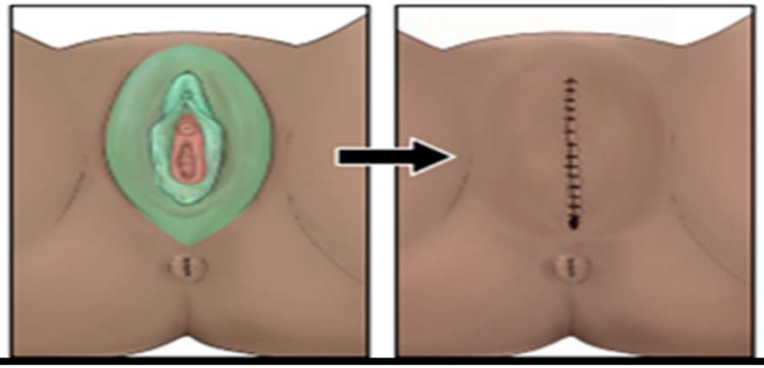
1. **COMPLICACIONES MGF**
2. **ACTUACIÓN EN CONSULTA DE GINECOLOGÍA**
3. **ACTUACIÓN EN EMBARAZO Y PARTO**



1. **COMPLICACIONES MGF**
2. ACTUACIÓN EN CONSULTA DE GINECOLOGÍA
3. ACTUACIÓN EN EMBARAZO Y PARTO



TIPOS: CLASIFICACIÓN OMS 2007

Type I (clitoridectomy)	Excision of the prepuce, with or without excision of part or all of the clitoris.	
Type II (excision)	Clitoridectomy plus partial or total excision of the labia minora and majora.	
Type III (infibulation)	Removal of part or all the external genitalia and reapproximation of the remnant labia majora, leaving a small neo-introitus.	

COMPLICACIONES MGF

CORTO PLAZO

- Hemorragia (precoz o tardía). Lesión arteria del clítoris.
- Infección local (absceso, gangrena) o generalizada (sepsis), ETS.
- Dolor agudo y/o lesión de zonas adyacentes como la uretral o el ano, shock .
- Retención urinaria.
- Muerte
- Secuelas psicológicas a corto plazo (terror, shock, miedo a morir…)

LARGO PLAZO

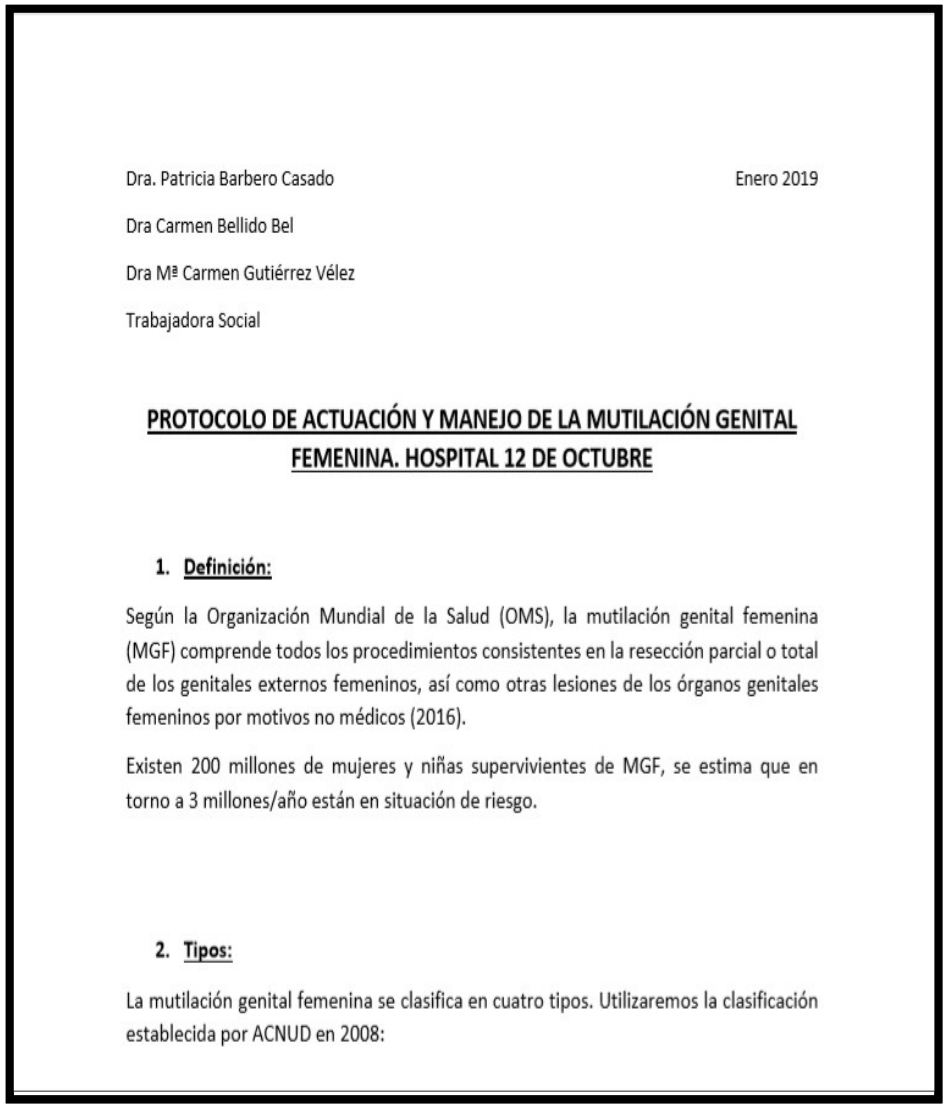
- Anemia
- Cicatrización genital (queloide, atrapamientos nerviosos, neuromas…)
- Quistes dermoides. Abscesos en la vulva. Úlceras.
- ITUs de repetición. Incontinencia de orina o anal.
- Retención urinaria. Fístulas.
- Trastornos menstruales. EIP. Infertilidad.
- Contagio VHB, VIH.
- Complicaciones psicológicas a largo plazo: trastorno de estrés postraumático

1. COMPLICACIONES MGF
2. **ACTUACIÓN EN CONSULTA DE GINECOLOGÍA**
3. ACTUACIÓN EN EMBARAZO Y PARTO



PROTOCOLO H12O MGF 2019

CONSULTA DE GINECOLOGÍA



Dra. Patricia Barbero Casado — Enero 2019

Dra Carmen Bellido Bel

Dra Mª Carmen Gutiérrez Vélez

Trabajadora Social

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN Y MANEJO DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

1. **Definición:**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mutilación genital femenina (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 (2016).

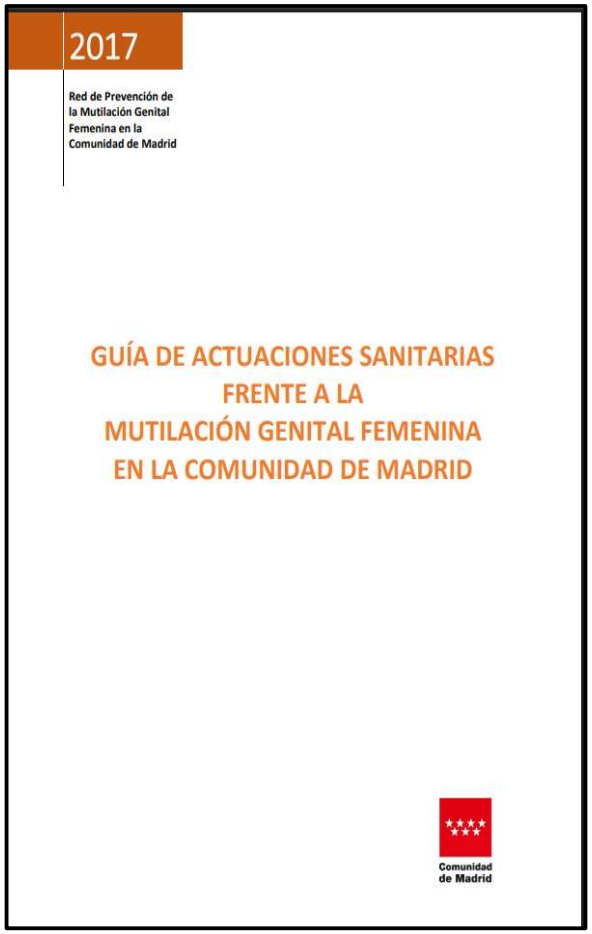
Existen 200 millones de mujeres y niñas supervivientes de MGF, se estima que en torno a 3 millones/año están en situación de riesgo.

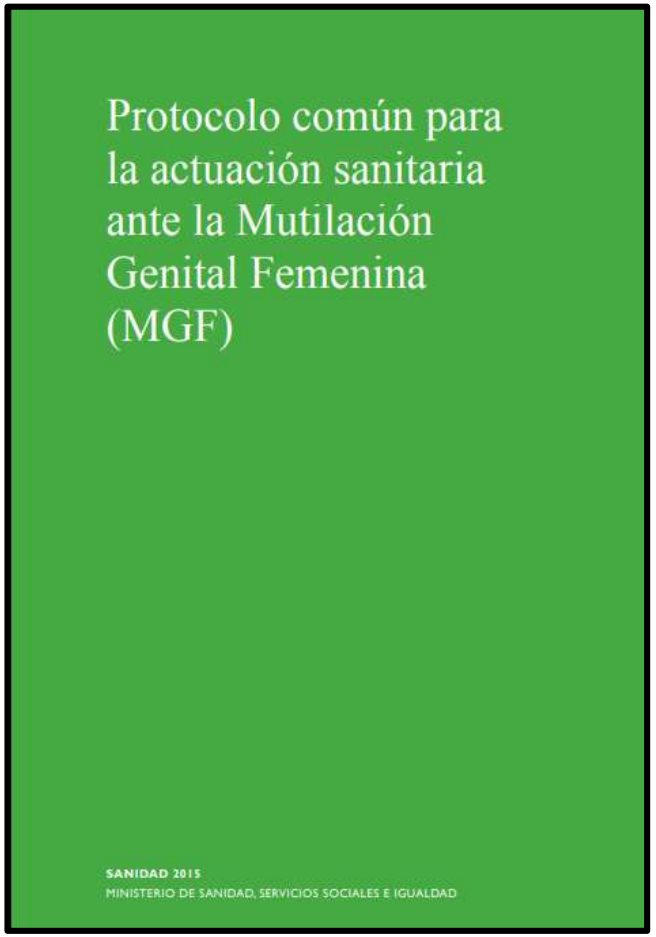
2. **Tipos:**

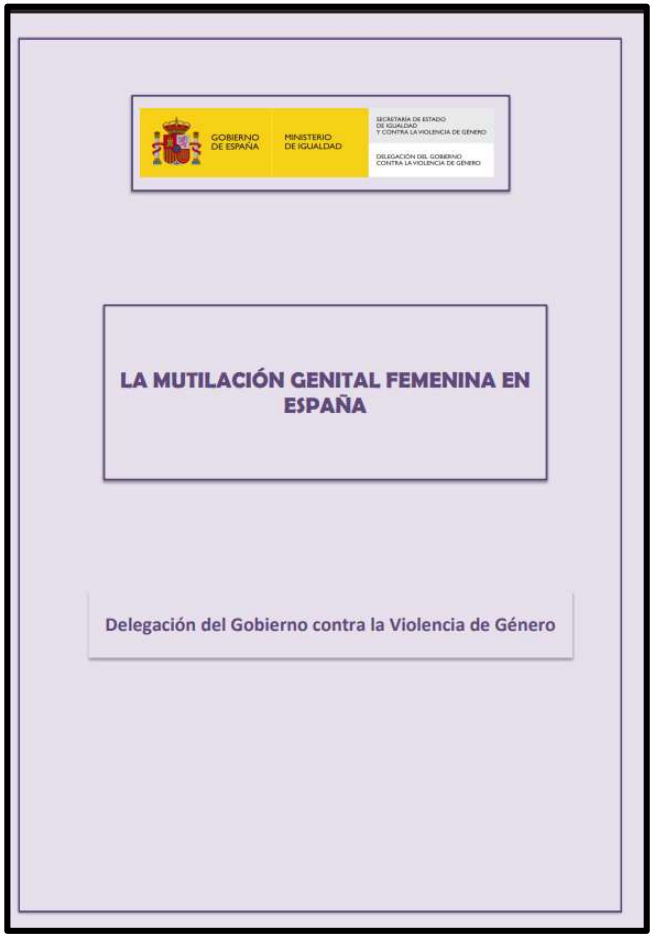
La mutilación genital femenina se clasifica en cuatro tipos. Utilizaremos la clasificación establecida por ACNUD en 2008:

Creación desde Servicio de Ginecología, pero incluye el trabajo de otras especialidades como Pediatría, Trabajo Social, Medicina Aparato Digestivo, Psiquiatría….

PROTOCOLOS


2017
Red de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid
GUÍA DE ACTUACIONES SANITARIAS FRENTE A LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN LA COMUNIDAD DE MADRID
Comunidad de Madrid


Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF)
SANIDAD 2015
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD


GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE IGUALDAD
LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN ESPAÑA
Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género

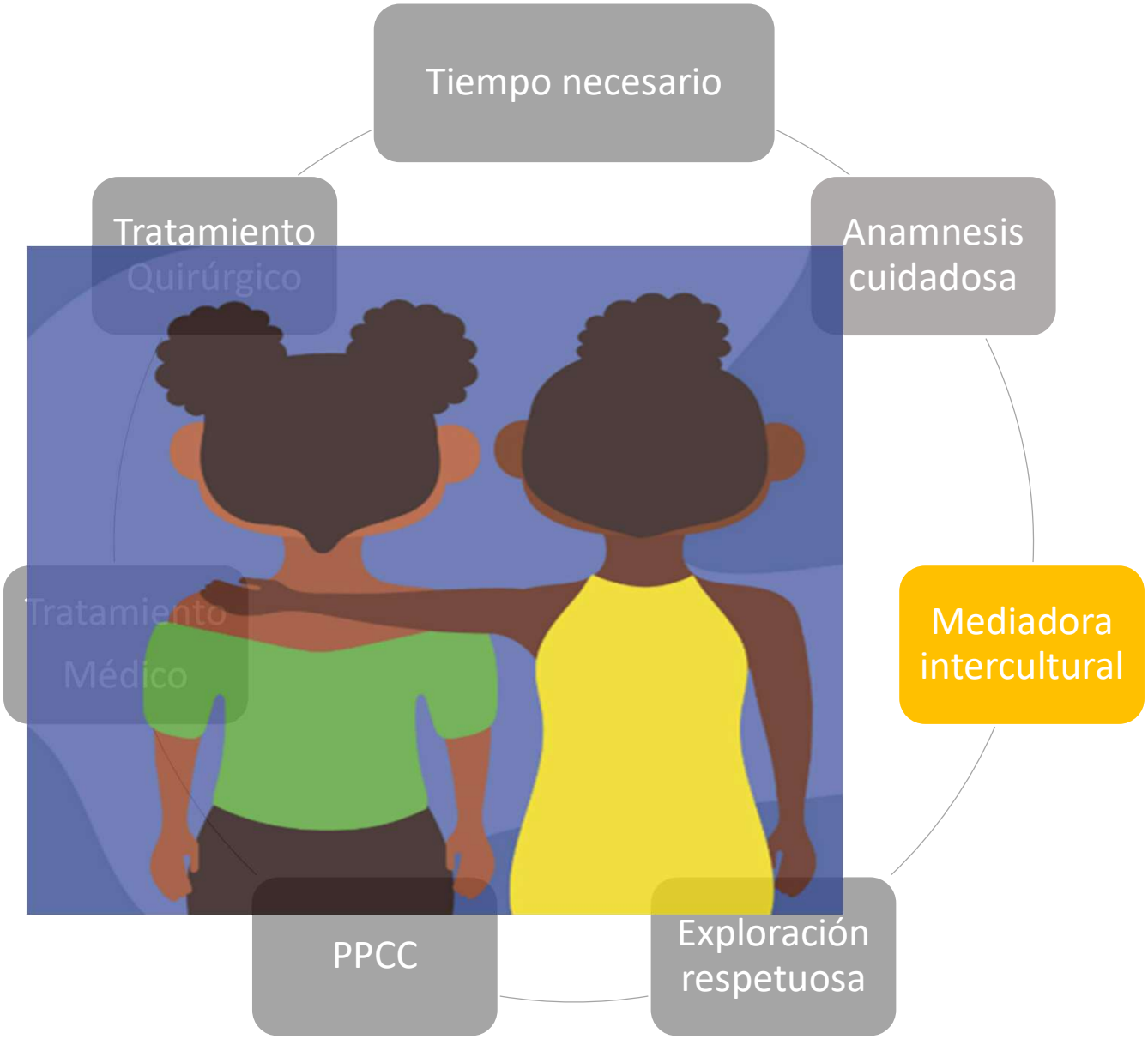
CONSULTA GINECOLÓGICA I



CONSULTA GINECOLÓGICA I



CONSULTA GINECOLÓGICA I



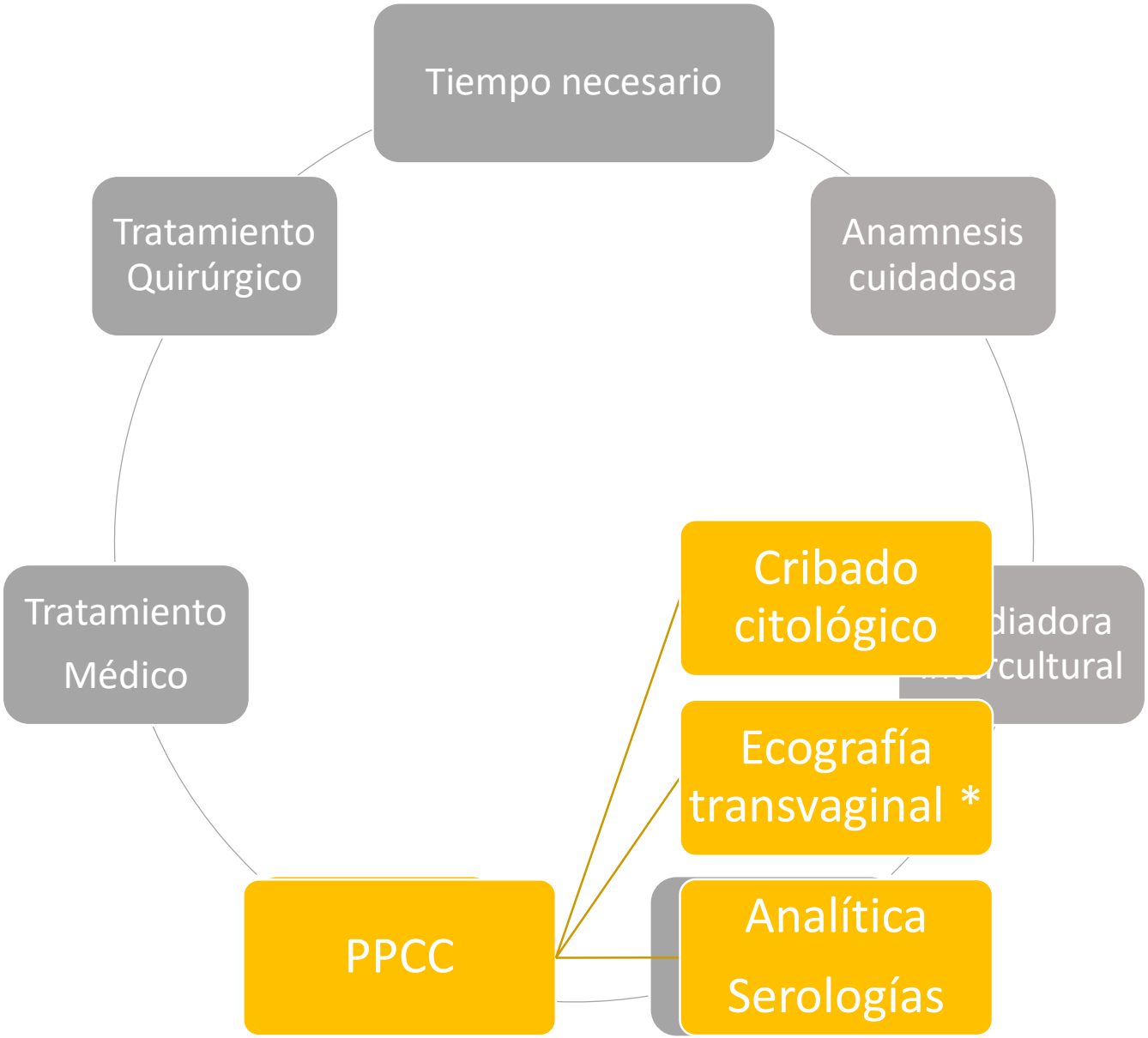
CONSULTA GINECOLÓGICA II



CONSULTA GINECOLÓGICA III



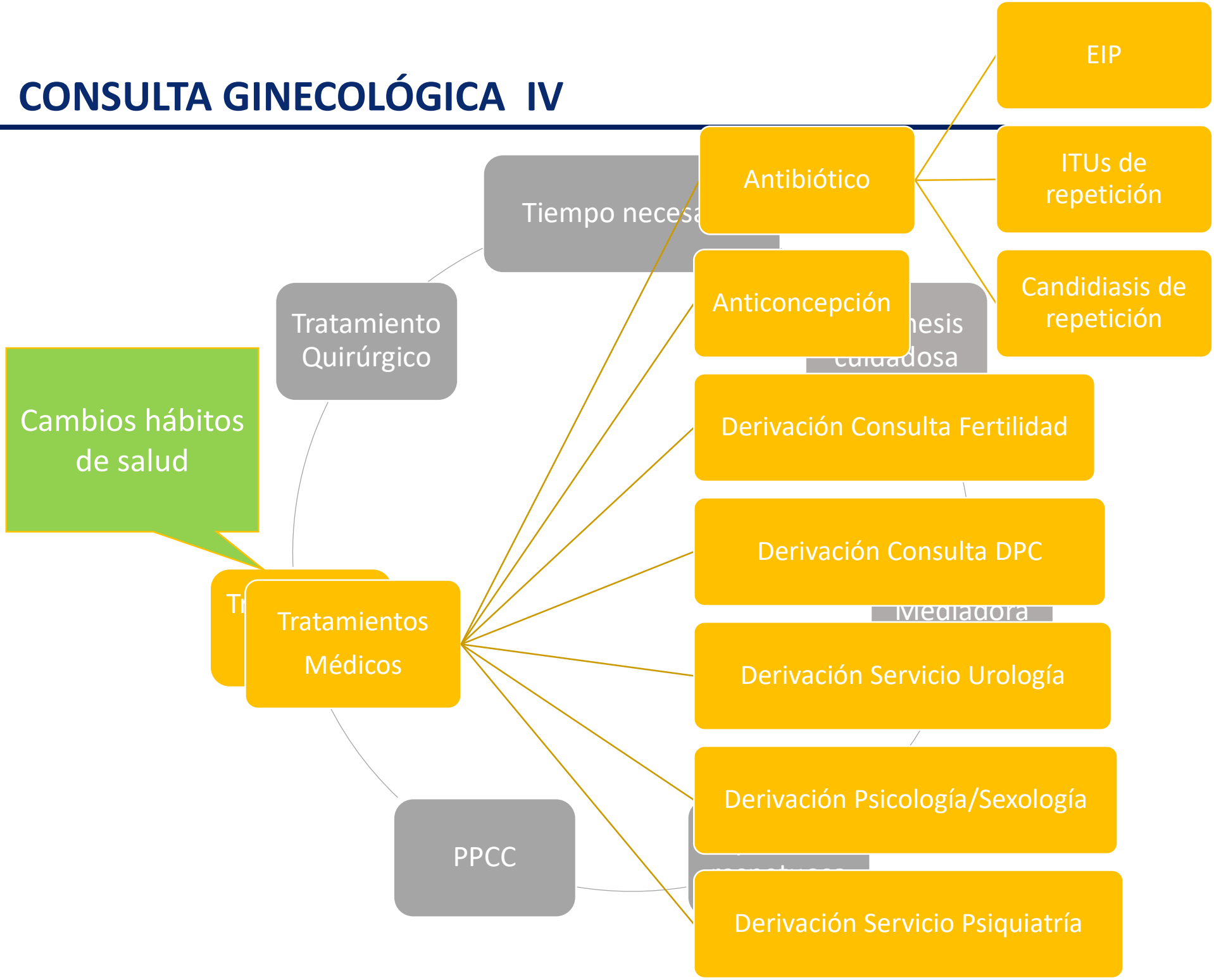
CONSULTA GINECOLÓGICA III



CONSULTA GINECOLÓGICA IV



CONSULTA GINECOLÓGICA IV



CONSULTA GINECOLÓGICA V



CONSULTA GINECOLÓGICA V



TÉCNICA QUIRÚRGICA I: DESINFIBULACIÓN







UpToDate®
Official reprint from UpToDate®
www.uptodate.com © 2021 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.

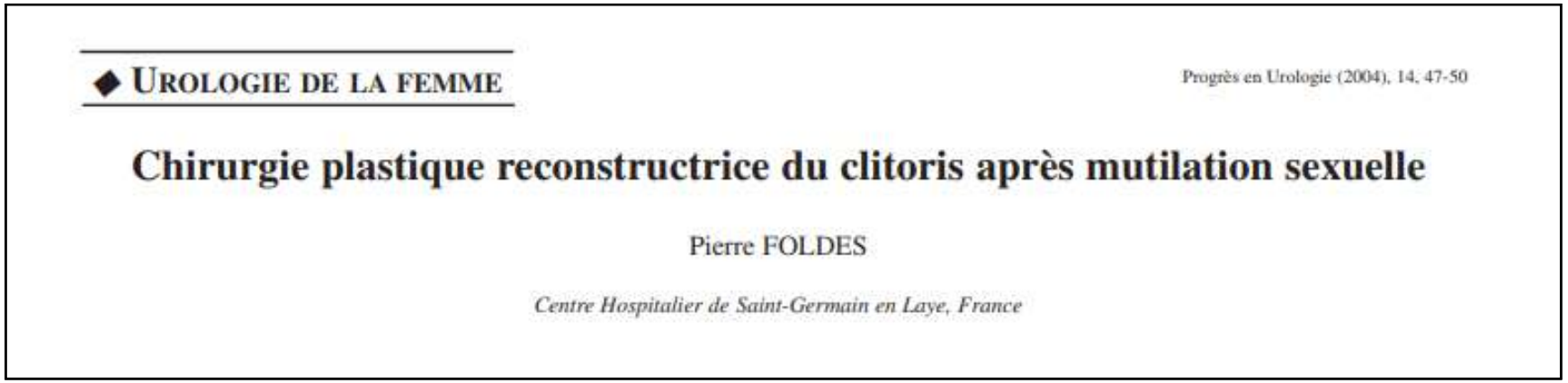
Female genital cutting (circumcision)

Author: Nawal M Nour, MD, MPH
Section Editor: William J Mann, Jr, MD
Deputy Editor: Alana Chakrabarti, MD

All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete.

Literature review current through: **Nov 2021.** | This topic last updated: **Sep 01, 2020.**

TÉCNICA QUIRÚRGICA II: RECONSTRUCCIÓN GENITAL



◆ UROLOGIE DE LA FEMME

Progrès en Urologie (2004), 14, 47-50

Chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilation sexuelle

Pierre FOLDES

Centre Hospitalier de Saint-Germain en Laye, France

- Dr. Pierre Foldes. Francia. 2004.
- En 1998-2009
- 2938 pacientes
- MG: II (60%) y III.
- Complicaciones cirugía: hematomas, fallo de la sutura y fiebre. 5,3% (155/2.938).

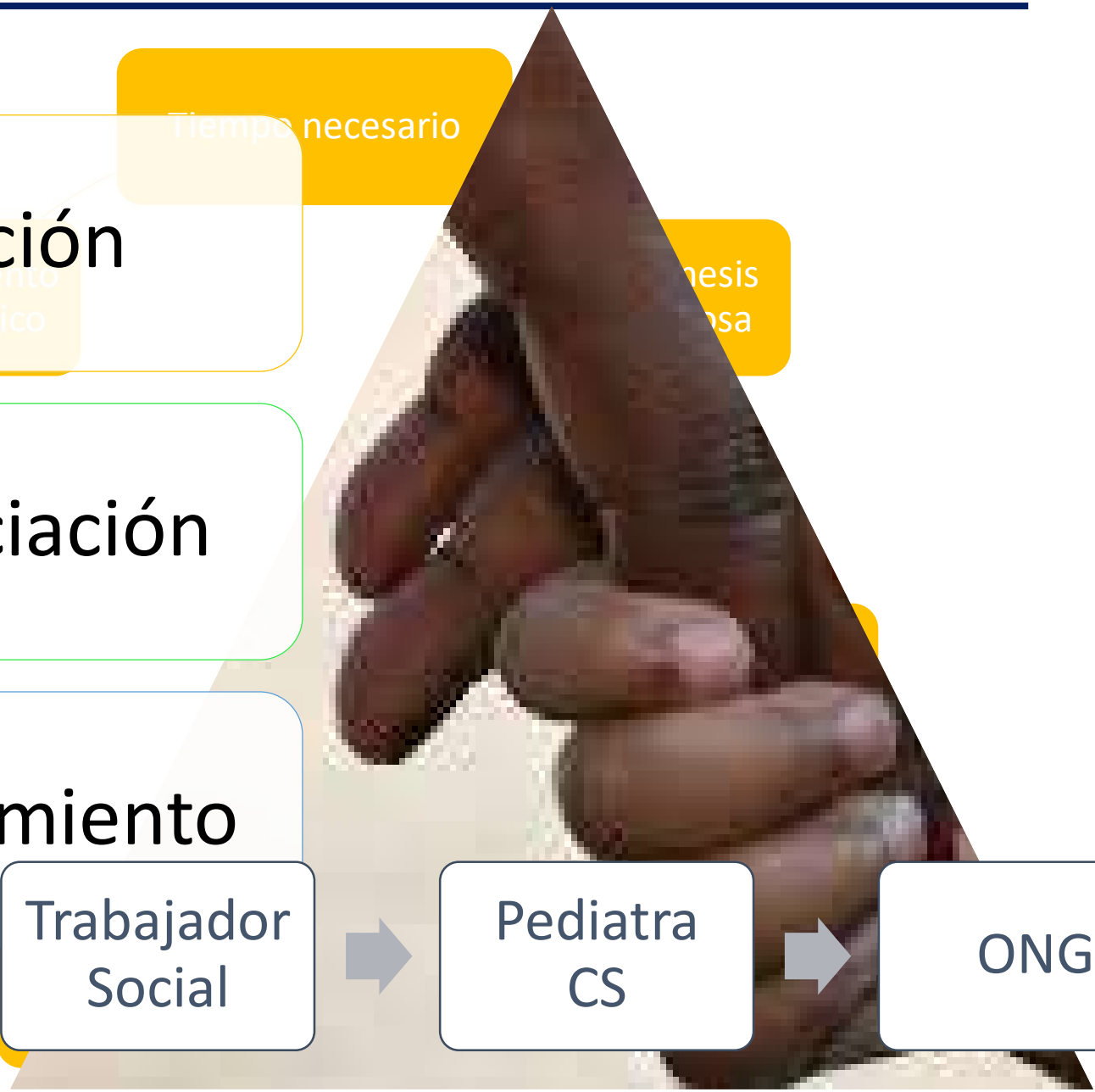
- Tiempo estimado: 45 minutos.
- Objetivo: Restituir anatómicamente el clítoris y otros órganos afectados, así como recuperar su aspecto y capacidad sensitiva.
- Resultados positivos: > 75% de los casos.

CONSULTA GINECOLÓGICA VI

Educación

Concienciación

Posicionamiento



Trabajador Social → Pediatra CS → ONG

CONSULTA GINECOLÓGICA VII

- **DOCUMENTOS.**
  - **Solicitud de Título habilitante como víctima de VG (previo CI firmado por la paciente y solicitado a través de Trabajo Social)**
  - **Asilo político**
  - **Renta Mínima de Inserción**
  - **Otras ayudas**

1. COMPLICACIONES MGF
2. ACTUACIÓN EN CONSULTA DE GINECOLOGÍA
3. **ACTUACIÓN EN EMBARAZO Y PARTO**



CONSULTA OBSTETRICIA I



CONSULTA OBSTETRICIA II

CONSULTA

verbal MGF

licaciones
fibulación

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.

PARTO

CONSULTA O

- **Protocolos habituales control gestación**
- **Crear ambiente confianza**
- **Exploración en alguna de las visitas**
- **Valoración elasticidad tejidos y vía del parto**
- **Programar desinfibulación si precisa (20-28 semanas)**
- **Evitar cirugías genitales en gestación**
- **Programar cesárea si necesario**



POSPARTO

CONTROL EMBARAZO

PARTO

TÉCNICA QUIRÚRGICA I: DESINFIBULACIÓN



No diferencias entre la desinfibulación anteparto e intraparto:

-Parto prolongado

- Desgarro perineal

-Ratio episiotomías



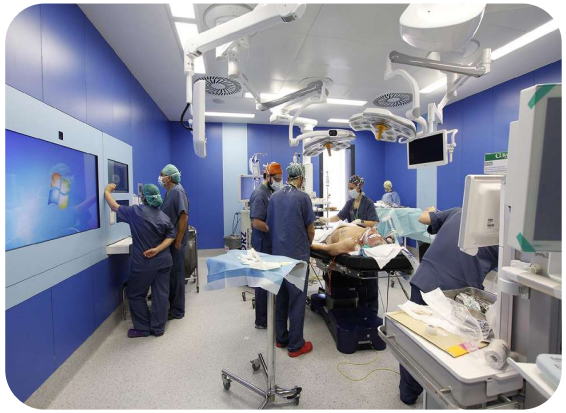
Tendencia es más favorable a favor de las mujeres con desinfibulación previa respecto a MGF III.

Disminuye :

- Parto mediante cesárea

- Hemorragia post-parto

- Días estancia hospitalaria



Países con elevados recursos sanitarios recomendar desinfibulación durante gestación.

Ventajas:

-Tiempo para cicatrizar

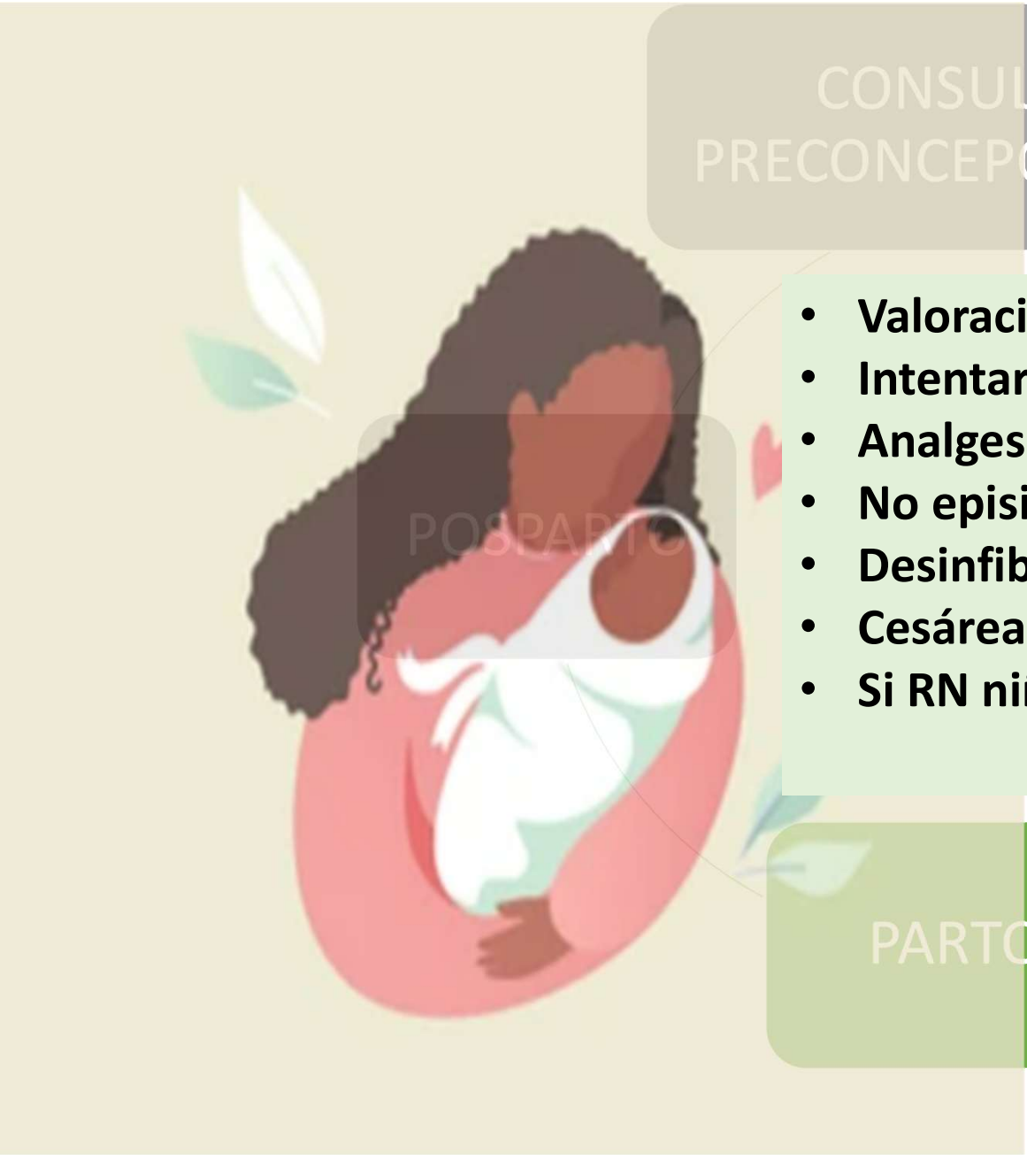
-Aceptación nuevo físico

-Posibilidad de parto extrahospitalario

- Evitar analgesia epidural temprana

Ventajas intraparto

CONSULTA OBSTETRICIA IV



CONSULTA PRECONCEPCIONAL

- **Valoración periné**
- **Intentar parto vaginal**
- **Analgesia epidural**
- **No episiotomía sistemática**
- **Desinfibulación si precisa**
- **Cesárea si no posibilidad de desinfibulación**
- **Si RN niña avisar a Trabajo Social**

PARTO

CONSULTA OBSTETRICIA V



CONSULTA PRECONCEPCIONAL

CONTROL EMBARAZO

POSPARTO

- **Recomendaciones habituales**
- **Si desinfibulación reforzar aspectos positivos (reinfibulación prohibida en nuestro país)**
- **Coordinar acciones con pediatría**

TÉCNICA QUIRÚRGICA I: DESINFIBULACIÓN

MGF añade 1-2 muertes perinatales por cada 100 RN



Mejores resultados perinatales:

-Menor porcentaje de reanimación RN

-Menor tasa de muerte neonatal



MUCHAS GRACIAS

mgf.hdoc@salud.madrid.org