

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA: DETECCIÓN Y MANEJO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Sarai Fargas Vico

16/04/2026

1. Introducción: papel social y cultural de la Mutilación Genital Femenina

1.1. Definición de Mutilación Genital Femenina

La OMS define la Mutilación Genital Femenina (MGF) como **“todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos”**. Se trata de una práctica cultural tradicional con fuertes raíces ancestrales, simbólicas y rituales. Está presente en 30 países del África Subsahariana, Oriente Medio y Asia y su prevalencia varía entre países y grupos étnicos.

Debido a la inmigración, la MGF se ha extendido a países europeos, entre ellos, España, donde se configura también como un reto para la preservación de la salud y los derechos de niñas y mujeres. Conocer las raíces de la MGF, el contexto en el que se producen y las consecuencias en la calidad de vida de las mujeres es necesario para su correcta comprensión, contextualización, diagnóstico (*“solo se diagnostica lo que se busca”*) y eventual tratamiento o abordaje.

A nivel mundial, se calcula que hay al menos 200 millones de niñas y mujeres mutiladas. En la actualidad, se estima que cada año se mutilan los genitales a tres millones de niñas. Si la tendencia actual continúa, para 2030 aproximadamente 86 millones de niñas en todo el mundo sufrirán algún tipo de mutilación genital. Con mayor frecuencia se practica a niñas de entre 0 y 15 años, generalmente antes de la primera menstruación.

percibe como requisito para la aceptación social y el honor familiar, y su abandono puede conllevar sanciones sociales, estigmatización o exclusión. Además, en muchas culturas la MGF es esencial para la distinción entre mujeres y hombres: confirma la **feminidad** de las mujeres y otorga identidad étnica y de género. En este contexto, la MGF no se percibe como un maltrato en el ideario de las comunidades practicantes, tampoco como un resultado de las estructuras patriarcales de control sobre las mujeres, ni se relaciona con las consecuencias para la salud que se derivan de ésta. Es una práctica de las mujeres para las mujeres, donde generalmente las mujeres mayores del grupo la practican sobre las más jóvenes para garantizar su inclusión en la comunidad.

Según diferentes estudios antropológicos, algunos motivos que justifican la perpetuación de la práctica son:

- La necesidad de mantener la tradición (*“siempre se ha hecho así”, “es algo habitual”, “es natural”*) y la religión (*“es una Sunna”, “es una obligación religiosa”*). Es importante resaltar que la MGF es una práctica pre-islámica y que el Corán no hace mención ni alusión en ningún versículo a ella.
- Las razones higiénicas (*“es más limpio”*) y los motivos estéticos (*“el clítoris puede crecer demasiado, como un pene”*).
- La protección de la virginidad y la prevención de la promiscuidad (*“una mujer que no está cortada tiene un deseo sexual incontrolable y perderá la virginidad prematuramente”*).
- La preservación del honor de la familia.
- Una mayor garantía de acceder a un matrimonio “apropiado”.
- El incremento de la fertilidad (*“reduce el nacimiento de fetos muertos”, “las mujeres podrán tener más bebés”*) y de la fecundidad (*“los genitales externos pueden provocar la muerte, deformidades físicas o mentales del bebé en el momento de nacer”*).

En los últimos años, la **medicalización de la MGF**, es decir, su realización por personal sanitario con medidas de asepsia y anestesia, ha surgido como una estrategia para reducir complicaciones, pero perpetúa la práctica al legitimar su continuidad bajo la apariencia de modernización y de rigor científico.

2. Frecuencia: la Mutilación Genital Femenina en España y en Andalucía

No existe como tal un registro de casos de mujeres en España sometidas a MGF o que estén en riesgo de sufrirlo por sus características étnicas. Los datos de los que disponemos se basan en estimaciones directas teniendo en cuenta la población inmigrante procedente de países donde se practica la MGF, con actualización de los datos cada cuatro años y elaborando mapas que localizan geográfica y demográficamente a esta población en las diferentes comunidades autónomas. No hablan del número real de mujeres cortadas existentes, sino qué porcentaje de la población de la comunidad o qué número de personas que viven en ella proceden de países con MGF.

En la siguiente imagen se presenta un mapa con la distribución por comunidades de la población con origen en países donde se practica la MGF, a fecha del 1 de enero de 2016:

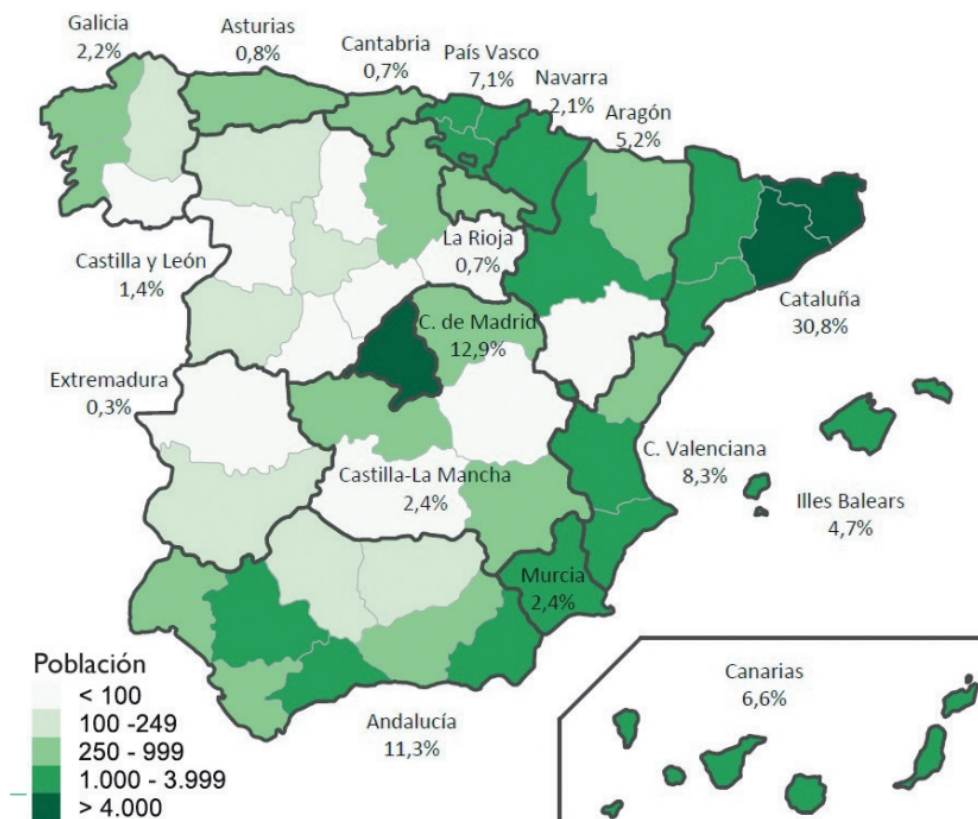


Figura 2. Fuente: Kaplan A, López A. Mapa de la mutilación genital femenina en España 2016. Bellaterra (España): Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions; 2017. *Antropologia Aplicada*; 3.

Como vemos, **Cataluña** es la comunidad autónoma donde reside más población de estos orígenes (30,8%), seguida de la Comunidad de Madrid (12,9%) y **Andalucía** (11,3%).

En Andalucía, la población de origen MGF a 1 de enero de 2016 es de 36.072 personas. Casi una tercera parte de ellas son de origen senegalés, mientras que Nigeria, Malí, Ghana y Guinea Bissau son el resto de nacionalidades que superan los 2.000 efectivos. Si tenemos en cuenta solo las mujeres, representan el 21,7%, es decir, 7.820. El grupo de edad con más efectivos es el de 35-39 años. Este rasgo se cumple en la gran mayoría de procedencias. A nivel territorial, **Málaga y Almería** son las dos provincias andaluzas en las que residen más mujeres con origen MGF. En cuanto a nuestra población, **Granada capital** es el cuarto municipio andaluz con mayor número de población femenina con origen en países MGF, predominando la población de origen senegalés.

Para que nos hagamos una idea de lo frecuente que puede ser la MGF según el hospital andaluz donde trabajemos, en la siguiente tabla se muestra la distribución territorial de la población femenina en cada provincia de Andalucía con origen en países de riesgo:

Nacionalidad	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Total
Nigeria	344	114	87	109	75	18	1.146	511	2.404
Senegal	746	90	27	266	101	43	402	237	1.912
Guinea-Bissau	496	-	-	5	-	-	5	12	526
Ghana	234	-	-	8	7	-	210	22	490
Kenia	-	47	32	15	-	14	112	110	343
Mauritania	35	104	-	27	-	18	50	66	310
Mali	136	7	8	13	30	21	8	10	233
Guinea	78	16	-	17	9	-	57	28	217
Egipto	10	15	-	31	6	-	109	38	213
Iraq	7	-	-	34	-	-	114	15	175
Indonesia	9	16	-	7	-	-	116	10	164
Camerún	13	14	16	7	6	9	55	37	157
Etiopia	-	16	9	11	-	-	71	33	150
Costa de Marfil	16	6	6	10	-	-	41	18	102
Gambia	49	-	-	-	-	-	20	6	80
Malasia	-	5	-	-	-	-	37	6	58
Tanzania	-	-	-	-	-	-	11	28	49
Liberia	-	5	-	-	-	-	17	16	41
Burkina Faso	6	8	-	-	-	-	12	-	40
Togo	-	-	-	-	-	-	17	6	31
Otros países	14	6	4	12	2	3	56	28	125
Total general	2.216	481	224	587	259	147	2.666	1.240	7.820

Figura 3. Fuente: Kaplan A, López A. Mapa de la mutilación genital femenina en España 2016. Bellaterra (España): Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions; 2017. *Antropología Aplicada*; 3.

2.1. Marco legal en España de la MGF

La MGF se sitúa de forma clara en el ámbito de los derechos humanos. Se reconoce como una práctica que vulnera la integridad física y psicológica de mujeres y niñas. Desde esta perspectiva, el sistema sanitario no solo debe tratar las complicaciones, sino también participar en la prevención, la educación y la sensibilización.

En España, la mutilación genital femenina es ilegal bajo el amparo de múltiples leyes penales y normas de protección de los derechos humanos y de la infancia:

- (1) **Código Penal de España (art. 149.2):** donde se tipifica como delito de lesiones graves y se especifica que quien cause mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con pena de prisión de 6 a 12 años. Además, si la víctima es menor o persona vulnerable, puede añadirse inhabilitación para el ejercicio de la patria potestad, tutela o guarda. La ley contempla la persecución extraterritorial, es decir, puede castigarse incluso si la mutilación se realizó fuera de España cuando la víctima reside en el país.
- (2) **Ley Orgánica 3/2005:** fomenta la persecución de la MGF incluso fuera del territorio español, para evitar el llamado “turismo de mutilación genital”, que consiste en realizar la MGF a las niñas durante viajes al país de origen de la familia.
- (3) **Ley Orgánica 1/2004:** establece la mutilación genital femenina como una forma de violencia de género y violencia cultural contra la mujer.
- (4) **Ley Orgánica 8/2021:** se centra en la violencia contra los menores, incluyendo prácticas tradicionales perjudiciales como la mutilación genital femenina.
- (5) Diversos protocolos y planes de actuación a nivel de Comunidades Autónomas. En 2015, se publica el **Protocolo Andaluz de actuación sanitaria ante la violencia de género**, donde se incluye un capítulo a la actuación sanitaria a mujeres en situaciones especiales, entendiéndose como tal, la MGF. En este protocolo, se considera la práctica como un delito de lesiones, teniendo el personal sanitario la obligación legal de ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial cuando se detecte una MGF.

3. Detección: tipos/grados de Mutilación Genital Femenina

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica las modalidades de MGF en cuatro tipos:

- **Tipo I:** escisión parcial o total del clítoris y/o del prepucio. En la cultura islámica, se conoce como *sunna* (tradicción) y suele equipararse a la circuncisión masculina. Puede ser difícil de reconocer, sobre todo si por sistemática no se explora en los genitales externos la integridad del clítoris y la existencia o no de labios menores. Se subdivide en:
 - **Ia:** escisión únicamente del prepucio o capuchón del clítoris (“circuncisión femenina”).
 - **Ib:** escisión de prepucio + clítoris (clitoridectomía)

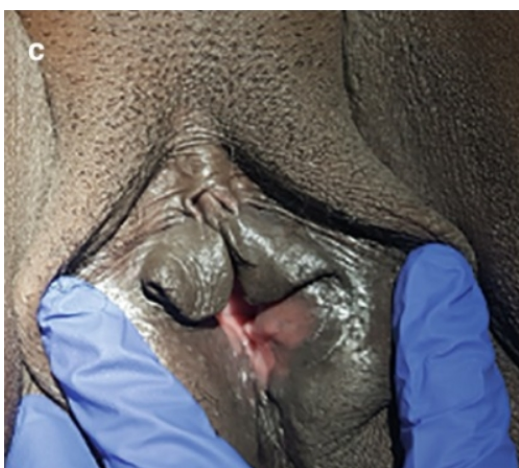
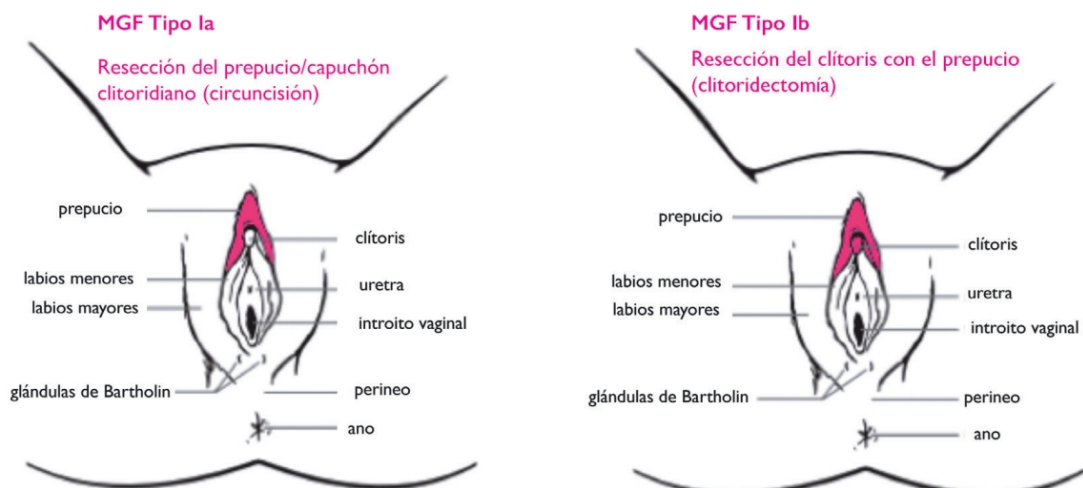


Figura 4: ejemplo de MGF tipo Ia (circuncisión femenina) en paciente de 44 años procedente de Costa de Marfil (9).

- **Tipo II:** Escisión parcial o total del clítoris + labios menores, manteniendo o no los labios mayores. Se subdivide a su vez en:
 - **Ila:** escisión solo de labios menores.
 - **Ilb:** escisión de clítoris + labios menores.
 - **Ilc:** escisión de clítoris + labios menores + labios mayores.

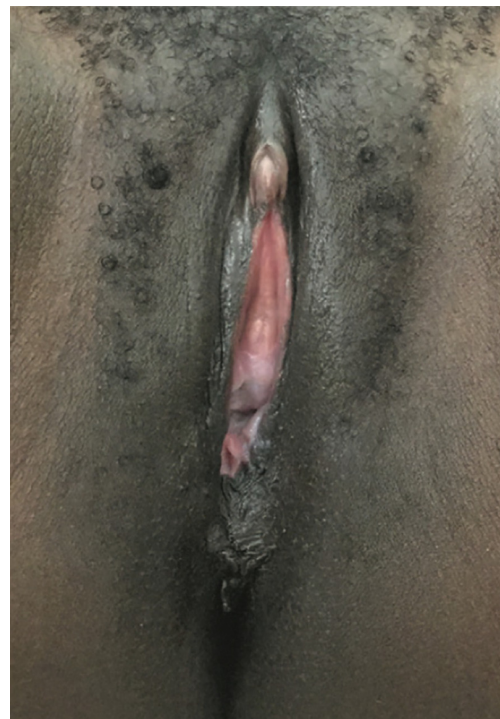
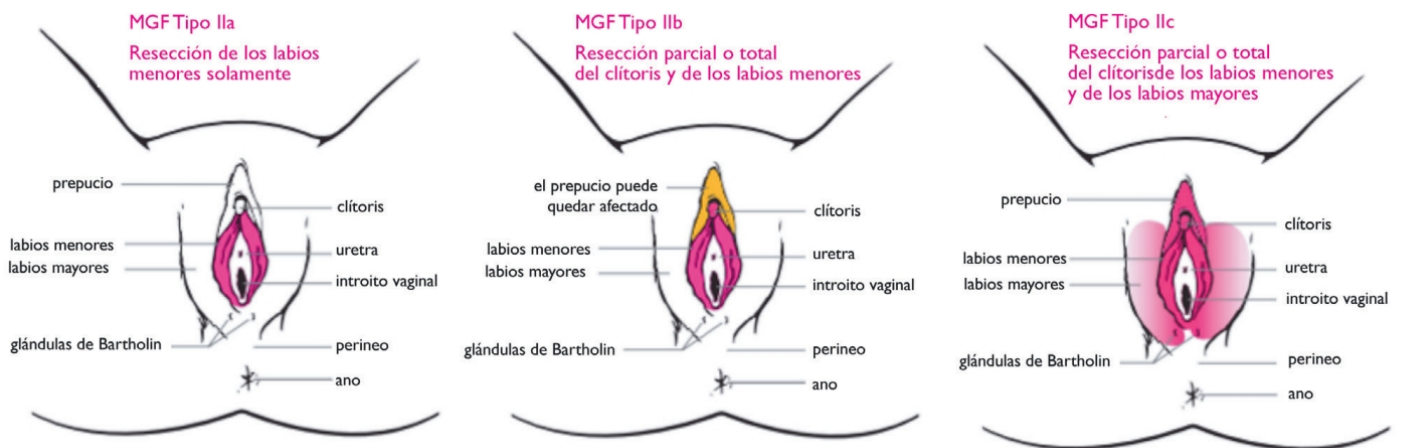


Figura 5: En la imagen de la izquierda se observa resección total del clítoris y parcial de los labios menores (MGF tipo Ilb) en paciente de 39 años procedente de Nigeria. En la imagen de la derecha, resección tipo Ila, respetando clítoris, en paciente de 30 años procedente de Senegal (9).



Figura 6: MGF tipo IIc donde se observa ausencia prácticamente total de labios mayores y menores en paciente de 40 años procedente de Burkina Faso (9).

- **Tipo III (infibulación):** consiste en el estrechamiento del orificio vaginal mediante el corte y la aproximación de los labios menores y/o mayores, pudiendo incluir la escisión del clítoris. Se subdivide en:
 - **IIIa:** Resección y aposición de los labios menores con o sin escisión del clítoris.
 - **IIIb:** Resección y aposición de los labios mayores con o sin escisión del clítoris.

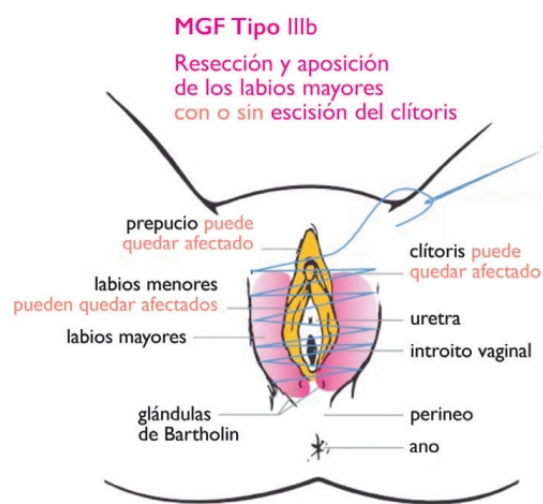
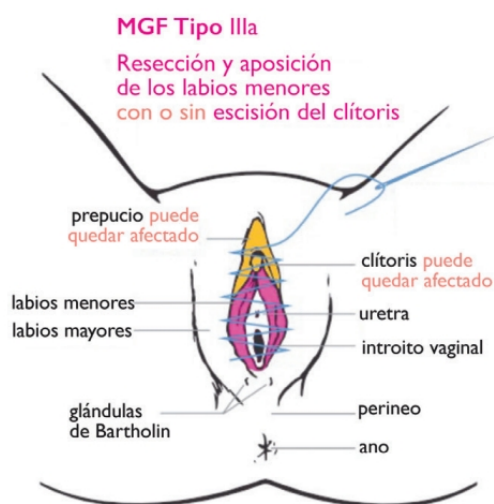




Figura 7: Ejemplo de MGF tipo IIIa. Paciente de 25 años procedente de Somalia donde se observa estrechamiento del introito con aposición de labios menores y escisión de parte de los labios menores y el clítoris con su capuchón (9).

- **Tipo IV:** incluye todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos de severidad variable y sin finalidad terapéutica, como por ejemplo:
 - Punción, *piercing* o incisión en el clítoris y/o los labios.
 - Elongación del clítoris y/o los labios.
 - Cauterización (*burning*) del clítoris y del tejido adyacente.
 - Raspaduras (cortes tipo *angurya*) del orificio vaginal o corte (cortes tipo *gishiri*) de la vagina.
 - Introducción de sustancias corrosivas en la vagina para causar sangrado, o hierbas en la vagina con la intención de estrecharlo (*dry sex*).
 - Cualquier otro procedimiento que se pueda incluir en la definición de MGF pero no en ninguno de los subtipos anteriores.

A nivel global **los tipos más frecuentes son el I y el II** (aproximadamente el 90 % de casos entre ambos), y los casos en que los genitales de las niñas han sufrido un corte, pero sin extirpación (tipo IV). En 19 países, estos tipos son los predominantes, tanto en mujeres adultas como en niñas, según el metaanálisis global más reciente.

Aproximadamente el 10 % de los casos a nivel mundial se incluyen en el tipo III, aunque su prevalencia es mucho mayor en ciertas regiones del noreste y Cuerno de África, como Somalia, Djibouti y Eritrea, donde puede alcanzar entre el 34% y el 79% de los casos en mujeres mayores de 15 años.

4. Impacto: consecuencias de la MGF en el cuerpo y la mente de la mujer

La guía de la OMS publicada en 2025 introduce un cambio relevante en la manera de abordar la mutilación genital femenina (MGF). Frente al enfoque tradicional, centrado fundamentalmente en las alteraciones anatómicas y sus posibles correcciones quirúrgicas, se propone un modelo más amplio que integra dimensiones clínicas, psicológicas y sociales.

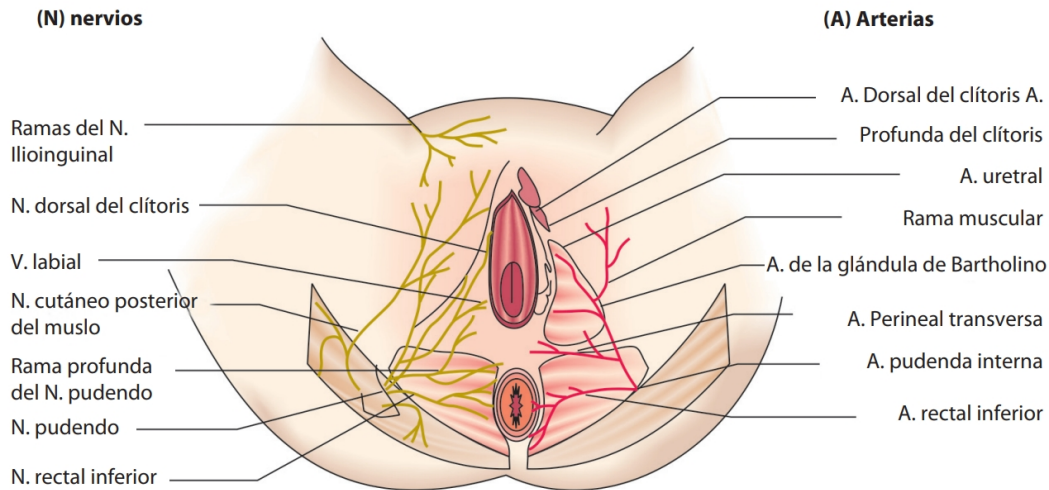
Actualmente se reconoce que la MGF no afecta únicamente al plano físico, sino que tiene repercusiones importantes en la salud mental, la vivencia corporal, la sexualidad y la calidad de vida. Esto obliga a replantear el abordaje asistencial desde una perspectiva más global, teniendo en cuenta también el contexto cultural y la posible experiencia traumática asociada.

Dependiendo del tipo de MGF, la extensión del tejido afectado y la funcionalidad del mismo, las complicaciones clínicas y psicológicas de su práctica pueden variar, pero en general cualquier alteración de la anatomía genital conlleva ciertas consecuencias, algunas inmediatas y otras a largo plazo y sobre el futuro reproductivo y obstétrico de las niñas cortadas.

4.1. Complicaciones clínicas inmediatas

Aparecen debido al propio procedimiento, e incluyen:

- **Hemorragia:** debido al sangrado inmediato y en días posteriores, pudiendo llegar a ser anemizante y suponer un importante problema en poblaciones en riesgo de desnutrición y con bajas reservas. Es especialmente llamativa cuando hay daño a la arteria dorsal del clítoris o ramas labiales de la arteria pudenda, donde se ha documentado hemorragia severa en el 4-19 % de los casos.
- **Síncope y dolor severo.**



- **Shock:** hipovolémico o hemorrágico como la máxima expresión de la complicación hemorrágica, o shock séptico. Son una de las causas más frecuentes de muerte.
- **Infección local (celulitis, abscesos) y sistémica:** Producidas por el mismo corte o por la afectación de tejidos adyacentes, llegando incluso a la sepsis. En el caso de la MGF tipo III, está estandarizada la indicación de mantener las piernas cerradas (a veces utilizando cuerdas para ello) durante incluso una semana para favorecer la cicatrización. Ello facilita, debido al ambiente húmedo y cálido de la zona, el crecimiento bacteriano y la maceración de las heridas, con dehiscencia de las suturas y en muchos casos curación por segunda intención. Además, debido a los utensilios utilizados, en ocasiones, se pueden contraer infecciones como el tétanos, o enfermedades infecciosas como VIH, VHB o VHC. Generalmente cuando se realizan ceremonias de corte conjunto a varias niñas no se esterilizan ni cambian los utensilios entre unas y otras, y hablamos de países con cierta incidencia de VHB e VIH congénito por transmisión vertical. No obstante, aún no existen estudios concluyentes que hablen sobre la frecuencia de transmisión de estas enfermedades durante la MGF.
- **Fiebre.**
- **Necrosis:** por alteración en la vascularización de las estructuras que se conservan.
- **Complicaciones urinarias inmediatas:** como infecciones del tracto urinario, retención urinaria aguda (debido tanto al dolor y el miedo a orinar por el mismo, y a la deshidratación subsecuente durante los días de

convalecencia), o lesión del meato o la uretra por proximidad y poca precisión del corte.

- **Lesiones vaginales y rectales:** por corte accidental debido al movimiento de resistencia de las niñas durante el procedimiento.
- **Fracturas:** siendo las más frecuentes de clavícula, fémur y húmero. Se deben a la sujeción de las niñas, carentes de anestesia ni analgesia.

4.2. Complicaciones clínicas a largo plazo

Son más frecuentes tras MGF de tipo III, aunque también pueden ocurrir en los tipos I, II y IV.

4.2.1. Complicaciones genitourinarias

Se incluyen infecciones urinarias de repetición, micción dolorosa, incontinencia urinaria o retención urinaria por fibrosis u obliteración de la uretra (pudiendo llegar a la insuficiencia renal postrenal), infecciones genitales crónicas, alteraciones menstruales (dismenorrea, fibrosis himeneal que impide el paso de la sangre menstrual y puede incluso provocar hematocolpos), prurito, dolor vulvar o pélvico crónico o disestesias vulvares, salpingitis y enfermedad inflamatoria pélvica por infección ascendente.

Con respecto al dolor genital o pélvico crónico, se ha descrito incluso la presencia de neuromas por corte o atrapamiento de fibras nerviosas en las cicatrices.

A nivel local es rara la formación de queloides, aunque se ha descrito. También se ha descrito la formación de quistes o incluso abscesos genitales debido a que la fibrosis local impide el flujo de secreciones, especialmente en glándulas de la piel (quistes dermoides), con indicación quirúrgica en muchos casos.



Figura 8: paciente adolescente sometida a MGF tipo IIb con gran quiste dermoide (6).

Las mujeres sometidas a MGF son más propensas a las infecciones bacterianas, herpéticas y fúngicas a nivel genital debido al ambiente húmedo y cerrado que se crea bajo las cicatrices, especialmente en la tipo III.

4.2.2. Complicaciones en la sexualidad y fertilidad

El impacto de la MGF en la vida sexual de las jóvenes y las mujeres es a menudo minimizado y no se tiene lo suficientemente en cuenta en la intervención. Es un tema difícil de abordar con el tiempo y la calidad que se requiere, además de que conlleva abrir heridas dolorosas en la mujer. Es necesario abrir un diálogo sobre temas de sexualidad para poder acompañar a las mujeres en una mejora de su salud psicosexual.

También es difícil obtener datos para la investigación al respecto. Los estudios disponibles sobre las consecuencias psicosexuales de la práctica, mencionan disfunciones sexuales debido a la extirpación del clítoris y los labios menores, así como dificultades en la penetración, dificultades de estimulación y dolor en las relaciones. La excitación de las mujeres es diferente según el tipo de intervención que hayan sufrido y cómo vivan su sexualidad en términos psicoemocionales.

Los daños físicos y psicológicos, junto con el dolor, pueden dificultar que se disfrute de una vida sexual plena (falta de deseo sexual y menor placer sexual, ansiedad ante la penetración, dificultades en la lubricación, mayor dificultad para conseguir al orgasmo, menor frecuencia de orgasmos, etc.). A su vez, se pueden dar cuadros de ansiedad y depresión crónica por la preocupación del estado de los genitales, por dismenorrea intratable, por el dolor que se siente durante las relaciones sexuales, y por el miedo a la infertilidad. Además, las mujeres a las que se les ha realizado una MGF, que viven en sociedades donde esta práctica no es habitual, pueden llegar a tener problemas en el desarrollo de su identidad sexual y sentimientos de culpabilidad y traición por no tener unos genitales “normales” con los que puedan disfrutar de su vida sexual. La presión social por un pleno disfrute sexual en sociedades occidentales puede conllevar conflictos psicológicos que impliquen dificultades añadidas, en particular a las adolescentes y mujeres jóvenes.

Por otro lado, las mujeres que han sido infibuladas y desinfibuladas en el momento del matrimonio para permitir la penetración, experimentan dolor y en ocasiones, traumas psicológicos graves. El primer acto sexual sólo puede realizarse cuando se ha dilatado la abertura que ha quedado después de la MGF y, en algunos casos, es necesaria la práctica de una incisión para hacer posible la penetración.

En cuanto a la fertilidad en estas mujeres, se ve influida por las alteraciones anatómicas y psicológicas, además de por las posibles adherencias debidas a infecciones pélvicas de repetición.

La reconstrucción quirúrgica del clítoris en un intento de devolver la funcionalidad sexual tras la MGF es un área de estudio en auge, aunque aún no se dispone de datos suficientemente concluyentes sobre balance riesgo-beneficio ni resultados a largo plazo de esta cirugía.

4.2.3. Complicaciones obstétricas

Puede producirse falta de progresión del parto, expulsivos prolongados, parto pretérmino (por infección ascendente), mayor riesgo de desgarros de alto grado o necesidad de episiotomía o parto instrumental, infección de las heridas perineales, hemorragia posparto, sepsis puerperal, fístulas o dificultad para algunos procedimientos como la colocación de instrumental en el parto o de electrodos fetales, catéter de amniotomía o sondaje vesical. En estas pacientes está incrementado el riesgo de cesárea por dificultad de monitorización fetal (cuando, por ejemplo, se dificulta la realización de un pH de calota fetal) o por estancamiento de la dilatación o del expulsivo. También aumenta la duración del ingreso postparto si ocurre alguna de las complicaciones mencionadas.

En los recién nacidos de madre sometida a MGF se ha visto un riesgo aumentado de necesidad de reanimación neonatal. Asimismo, se estima que las mutilaciones genitales podrían causar una o dos muertes perinatales añadidas por cada 100 nacimientos entre las mujeres africanas mutiladas.

4.2.4. Implicaciones en salud mental

Hay evidencia de calidad bastante limitada sobre el impacto de la MGF en la salud mental. En algunos estudios se han encontrado mayores prevalencias de trastornos por somatización, depresión, ansiedad, trastornos de estrés postraumático, sentimientos de humillación, vergüenza o terrores nocturnos en adolescentes y adultas tras MGF.

5. Manejo y abordaje: dónde podemos encontrarnos un caso de MGF y cómo actuar

En los últimos años el abordaje de la MGF ha virado hacia un modelo centrado en la mujer. Esto implica que la paciente participe activamente en la toma de decisiones, en un entorno donde se respeten sus valores, expectativas y experiencias previas.

Se da especial importancia al enfoque informado por trauma. En muchas ocasiones, la MGF ha sido vivida como una experiencia traumática, por lo que la atención sanitaria debe evitar cualquier forma de revictimización. Esto se traduce en una anamnesis cuidadosa, exploraciones siempre explicadas y consentidas, y una adaptación al ritmo de cada paciente.

La comunicación empática y la generación de un entorno seguro pasan a considerarse elementos clave del proceso asistencial.

En muchos casos, el primer contacto entre las mujeres que han sufrido una MGF con el sistema sanitario se produce durante el embarazo. Pero también pueden acudir a la consulta o Urgencias por secuelas de la MGF como infecciones urinarias de repetición, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad y otras. El primer paso para un correcto diagnóstico y actuación ante un caso de MGF es **saber reconocerlo**, y para ello es fundamental la formación y concienciación de los profesionales. La exploración en pacientes ginecológicas u obstétricas sometidas a MGF puede ser muy complicada, tanto por la sutileza de algunas formas de MGF tipo I, como por la dificultad en sí misma de la exploración en pacientes con introito, labios menores o incluso tercio inferior de vagina estenosados y rígidos, que pueden impedir exploraciones básicas como la introducción de un espéculo o el tacto bimanual.

En todas las pacientes en las que se sospeche una MGF, independientemente del lugar donde se detecte, se debe reflejar en la historia:

- **Tipo de mutilación** y breve descripción del caso concreto de la mujer.
- Si la mutilación se produjo **en su país de origen o en España**. En este último caso se considera según el Código Penal en su artículo 149 un delito penal, y se debe realizar parte de lesiones y comunicar al juzgado.
- **Edad** de mutilación y país de origen de la paciente.
- **Sintomatología** (ginecológica, obstétrica, urológica o psicológica).

Todo esto lo reflejaremos en el episodio de Consultas de Diraya o en una Hoja de Resumen Clínico. En el caso de Urgencias, aunque se escriba en el episodio de Urgencias es conveniente también trasladarlo a la Estación Clínica.

En nuestro Hospital, tras la detección de un caso de MGF se propone en la presente clase como algoritmo de actuación la **derivación de la paciente a Consulta de Salud Sexual y a consulta del Tracto Genital Inferior** para estudio y seguimiento. La salud sexual debe ocupar un lugar central en la evaluación. Problemas como la dispareunia o las dificultades en la respuesta sexual son frecuentes y deben abordarse de manera activa. El manejo incluye educación sexual, intervenciones terapéuticas específicas y, cuando sea necesario, derivación a unidades especializadas.

Además, ante todo caso de MGF se debe realizar una **evaluación del riesgo** de que se repita la práctica en las hijas. Para ello, se debe indagar, en caso de que existan menores a cargo de la mujer, si la familia tiene intención de viajar al país de origen o si sufren presiones familiares para realizar el corte a sus hijas. Si existe riesgo para una menor debe activarse el protocolo de actuación en menores, que consiste en comunicar el caso a la **trabajadora social** del hospital o del centro de salud y comunicar el caso al pediatra de referencia de atención primaria.

En cualquier caso es fundamental en estas pacientes y sus familias la **educación sanitaria**: hacer ver que en España la MGF es ilegal, que los menores residentes en España están protegidos, aunque viajen a su país de origen, y que existen programas preventivos y de persecución penal. Una figura útil en este ámbito es el llamado **Documento de Compromiso Preventivo**. Se trata de un documento que normalmente entregan los pediatras de AP o los trabajadores sociales del centro de salud a las familias donde la madre sufrió MGF, donde se comprometen a no realizar el corte a sus hijas menores en España ni en sus países de origen. Este documento lo firman los padres y tiene validez legal, y en él consta que la MGF es un delito y que comprenden sus consecuencias penales.

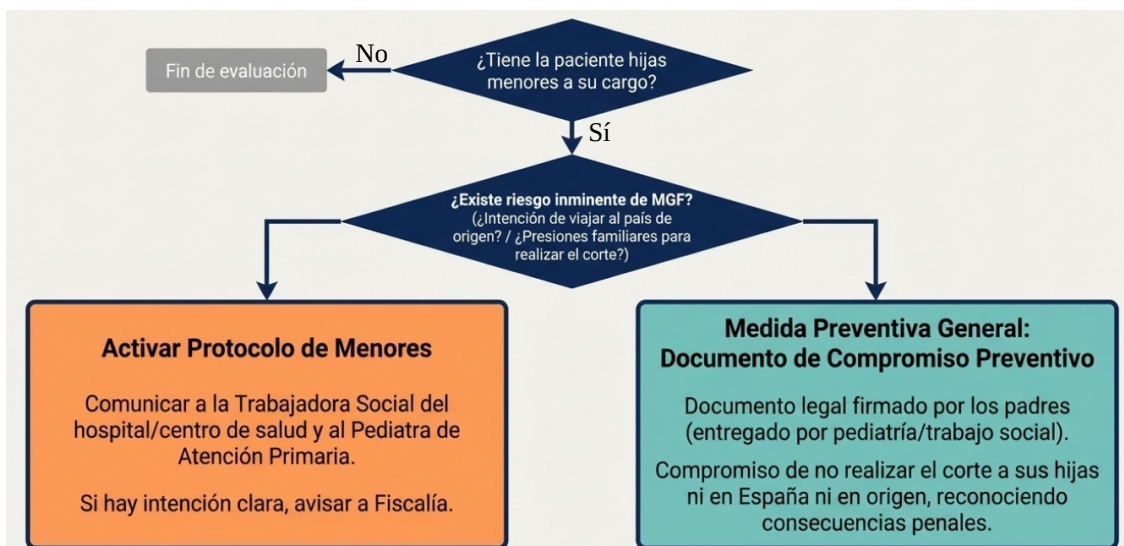


Figura 9: sugerencia de algoritmo de actuación en menores en riesgo de sufrir MGF.

Según la guía de la OMS de 2025, se establece como uno de los avances más relevantes la incorporación explícita de la **salud mental** en el manejo clínico. Como ya se ha explicado, las mujeres con MGF presentan mayor riesgo de trastornos como ansiedad, depresión o trastorno de estrés postraumático. Sin embargo, estos aspectos han sido tradicionalmente poco explorados en la práctica clínica. La guía recomienda el cribado activo de estas alteraciones y la integración de apoyo psicológico dentro del circuito asistencial, entendiendo que el tratamiento no puede limitarse a las secuelas físicas.

En los siguientes apartados se describen pormenorizadamente actuaciones adicionales a realizar según dónde se detecte el caso, aunque lo anteriormente descrito aplica en todos los casos.

5.1. Detección en Consultas de Obstetricia / Urgencias en una gestante / Puerperio

Si por sospecha debido a la procedencia de la paciente, por anamnesis o por cualquier otro motivo se realiza exploración genital en consultas de Obstetricia y se detecta una posible MGF, algunas de las medidas preventivas y de notificación del caso recogidas en los diferentes protocolos andaluces son:

- Comunicación al centro de salud ante la detección de un caso de mujer embarazada sometida a MGF o procedente de un país donde se practica MGF, y embarazada de una niña. Para ello, debe quedar constancia de ello en su **documento de salud de la embarazada (DSE)**, así como en el documento de salud infantil (DSI), una vez que la niña naciera. Además, en caso de detectar

intencionalidad de realizar el corte a su hija, es prioritario emitir una Hoja de Intervención Social para valoración por Trabajo Social previo al alta de puerperio para extremar la alerta sobre la misma.

- Registro de la MGF o del riesgo de MGF en la historia clínica de madre e hija. Debe emitirse una alerta sobre el mismo en el **informe de alta de Puerperio** dirigida a matrn/a del centro de salud.
- En caso de embarazo de una niña y sospecha de riesgo de MGF en la hija, ya desde el embarazo se debe informar de los riesgos médicos y legales que conlleva la práctica.
- Se puede y debe aprovechar la cierta confianza creada en consultas sucesivas de Prenatal con el mismo profesional para planificar con la paciente las posibles intervenciones que pueden ser necesarias, no solo de cara al parto, sino de forma integral en cuanto a su salud sexual y reproductiva y la salud de su hija.
- **Derivación a Consulta de Salud Sexual y Tracto Genital Inferior tras el parto** para valorar secuelas tras el parto y estudio de dispareunia y otras complicaciones de la MGF detalladas en apartados previos.
- Detallar en el informe de alta de puerperio todas las posibles complicaciones obstétricas que hayan podido de alguna manera ser consecuencia directa o indirecta de la MGF (necesidad de episiotomía o parto instrumental, cesárea por no progresión del parto, dificultades en el control analgésico, desgarros de alto grado, hemorragia postparto, etc.).

5.2. Detección en consultas de Ginecología / Urgencias en no gestantes

En no gestantes, se mantiene la indicación de derivación a Consulta de Salud Sexual y Tracto Genital Inferior y la necesidad de dejar constancia del caso en la Historia de Salud Única y en todos los informes de exploraciones, adjuntando las siglas “MGF” a los diagnósticos de Urgencias y Consultas. Además, algunas consideraciones a tener en cuenta en la atención ginecológica a estas pacientes incluyen:

- En cuanto al **cribado de cáncer de cuello uterino**, en mujeres sometidas a MGF debe realizarse según corresponde a su franja de edad y características con independencia del tipo de MGF, salvo que por estenosis u otras complicaciones sea imposible el acceso al cérvix. En algunos países donde se practica la MGF hay una mayor incidencia de inmunosupresión (p. ej. VIH) u

otras infecciones de transmisión sexual concomitantes, por lo que el cribado cobra especial interés en estas pacientes y se debe fomentar tanto desde atención primaria como desde consultas de Ginecología.

- Con respecto al **asesoramiento anticonceptivo**, en casos de MGF importantes o con secuelas frecuentes o graves, la opción de los métodos barrera femeninos, tales como el preservativo femenino, el diafragma y el capuchón cervical no es apropiada, por la evidente dificultad en su colocación. En cuanto al DIU, no es apropiado cuando su colocación puede verse entorpecida por la dificultad de acceso al cérvix, y tampoco en mujeres con infecciones vaginales recurrentes.

RESUMEN: Qué hacer ante un caso de Mutilación Genital Femenina

Debemos dejar respuesta a las siguientes cinco preguntas en la historia de la paciente:

- ▶ *¿Qué tipo de mutilación es y dónde se ha realizado? ¿Cuándo?*
- ▶ *¿Qué síntomas tiene la paciente?*
- ▶ *¿La paciente tiene hijas menores?*
- ▶ *¿La paciente tiene intención de viajar a su país de origen?*
- ▶ *¿La paciente ha recibido información y apoyo médico sobre MGF?*

PREGUNTAS FRECUENTES

Algunas dudas que, como profesionales, nos pueden surgir en la atención a estas pacientes incluyen:

- ❖ **¿Hay que hacer parte de lesiones siempre?** No, únicamente en pacientes mutiladas recientemente en España o en sus hijas menores nacidas en España a las que se le ha practicado mutilación o haya intención de hacerlo.
- ❖ **¿Qué pasa si la mutilación se ha realizado fuera de España?** No hay necesidad de hacer parte de lesiones (salvo en menores), pero sí de reflejarlo en la historia de la paciente y ofrecer todo lo anteriormente mencionado con respecto a atención a sintomatología, educación sanitaria y protección de la mujer y sus hijas.
- ❖ **¿Cuándo se activa el protocolo de atención al menor (incluyendo aviso a**

Fiscalía)? En caso de que detectemos intencionalidad de realizar mutilación genital a una menor (generalmente hija de una mujer cortada), comunicando los padres deseo de viajar próximamente con ella al país de origen; o bien si nos encontramos con la menor ya cortada.

		Paciente	
		Mujer Adulta	Menor de edad
Lugar de la MGF	En España	Acción Legal Obligatoria Considerado delito penal (Art. 149 Código Penal). Realizar parte de lesiones y comunicar al Juzgado inmediatamente.	
	En el Extranjero	No Parte de Lesiones Reflejar en historia clínica, ofrecer atención integral y documentar para proteger a futuras hijas.	Acción Protectora Obligatoria Activar protocolo de atención al menor y aviso a Fiscalía si hay intención de viaje/corte o si la menor ya ha sido mutilada.

Figura 10: criterios para la emisión del parte de lesiones. Se debe emitir en todos los supuestos subrayados en naranja.

6. Reparación: opciones reconstructivas en la MGF.

La reconstrucción quirúrgica en mujeres sometidas a MGF surge en el último siglo como una opción de alivio de sintomatología y mejora de la funcionalidad, apareciendo en cada vez más hospitales unidades específicas de atención a supervivientes de MGF.

La candidata ideal para una opción quirúrgica reconstructiva es aquella con secuelas físicas o psicológicas que dificultan su vida diaria (vulvodinia, dispareunia, problemas derivados de la retención menstrual y/o urinaria), o mujeres que buscan embarazo y en las que queremos facilitar el parto vaginal y evitar riesgos para la vida del recién nacido; que ha sido sometida a clitoridectomía/escisión de parte del clítoris o a infibulación. 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.

Estas pacientes deben ser consideradas como preferentes, de manera que no se produzca una gran demora desde que se toma la decisión de practicar la intervención hasta su realización. Si es necesario y en nuestro centro hay poca experiencia, se

deben derivar a centros de referencia nacional. En nuestro ámbito destacan como centros de referencia el Hospital Clínic de Barcelona, Dexeus Mujer (Barcelona), Hospital Universitario Doctor Peset (Valencia) y recientemente el Hospital Universitario Virgen de la Macarena (Sevilla).

Cuando planteamos a una mujer la necesidad de realizar una cirugía reparadora, hay que tener en cuenta algunas cuestiones:

- La información sobre la misma se dará, en la medida de lo posible, a ella y a su pareja, de manera que entiendan los beneficios esperados inmediatos y a largo plazo que tendrá para su salud sexual y reproductiva, así como la disminución de los riesgos para el recién nacido en caso de embarazo.
- Se debe explicar detenidamente la intervención, a ser posible con gráficos o dibujos, y también informar o recordar los aspectos legislativos de una nueva mutilación.
- Como en cualquier otra intervención, se debe obtener el consentimiento informado específico.
- No olvidar los aspectos emocionales y psicológicos que sin duda suscitará la cirugía, teniendo en cuenta los aspectos psicosociales de la MGF mencionados en apartados anteriores. Se deben ofrecer los recursos disponibles para tratarlos.
- Tranquilizar a la mujer en cuanto al tratamiento del dolor, asegurándole que será el adecuado y suficiente (*intentar evitar la idea de revivir la mutilación*).
- Ofrecer y asegurar los cuidados postquirúrgicos específicos propios de una cirugía compleja vulvar, tanto hospitalarios como ambulatorios. Se deben explicar detenidamente los cambios que percibirá en cuanto a la micción, la menstruación y las relaciones sexuales.
- Con respecto a la reinfibulación, se desaconseja de forma firme por carecer de indicación médica y por su implicación en términos de derechos humanos.
- Reforzar durante todo el proceso, tanto a la mujer como a su pareja, con información sobre los beneficios derivados de esta actuación.
- Asegurar la privacidad y confidencialidad.

- Dejar documentado adecuadamente todo este proceso en la historia clínica.

Las opciones quirúrgicas reconstructivas en casos de mutilación genital femenina reconocidas por la OMS como recomendables en sus últimas guías son:

- **Desinfibulación:** intervención de referencia en mujeres con MGF tipo III. Está indicada en presencia de síntomas (dispareunia, problemas urinarios o menstruales, infecciones recurrentes) y también en el contexto del embarazo. Se recomienda ofrecerla de forma proactiva, idealmente antes de la gestación o durante el control prenatal.
- **Cirugía reconstructiva del clítoris:** se aborda con cautela. La OMS no recomienda su uso rutinario debido a la limitada calidad de la evidencia y a la variabilidad de resultados. Puede considerarse en casos seleccionados, siempre en centros especializados y tras una adecuada información a la paciente como ya se ha explicado.

6.1. Reconstrucción del clítoris

Se presenta como la principal opción reconstructiva en mujeres que presentan MGF tipo I (especialmente tipo Ib) o tipo II con afectación de clítoris (IIb y IIc).

La reconstrucción del clítoris tras mutilación genital femenina ha generado un interés creciente en los últimos años, especialmente en relación con la mejora del dolor, la función sexual y la imagen corporal. Sin embargo, **la evidencia disponible sigue siendo limitada** y, en muchos casos, heterogénea.

La técnica más utilizada en nuestro medio es la **técnica de Foldès**, la cual se basa en el principio general de que el clítoris no se llega a extirpar por completo en la MGF, ya que una parte importante permanece profunda y anatómicamente intacta, y utiliza ese “remanente” clitorideo para exteriorizar un clítoris funcional.

Para ello, se aprovecha la fibrosis que se forma en la mayor parte de los casos sobre el muñón clitorideo, abriendo la cicatriz y disecando cuidadosamente el tejido fibroso cicatricial hasta exponer el muñón clitorideo en profundidad. Una vez alcanzado, se seccionan los ligamentos suspensorios del clítoris para aportar movilidad evitando dañar el paquete vasculonervioso dorsal. Posteriormente, se tracciona hacia delante del muñón clitorideo liberado para reposicionarlo en una ubicación más superficial y anatómica, fijando el “neoclítoris” en su posición.

En caso de existir sección del capuchón del clítoris se puede intentar su reconstrucción con mucosa circundante, formando un “prepucio” alrededor del muñón clitorideo exteriorizado.

Por último, se cubre el conjunto con piel para un resultado más estético y para minimizar en lo posible el número de cicatrices que puedan provocar nueva fibrosis. Para ello, puede utilizarse la técnica *omega-domed flap* como se describe más adelante.

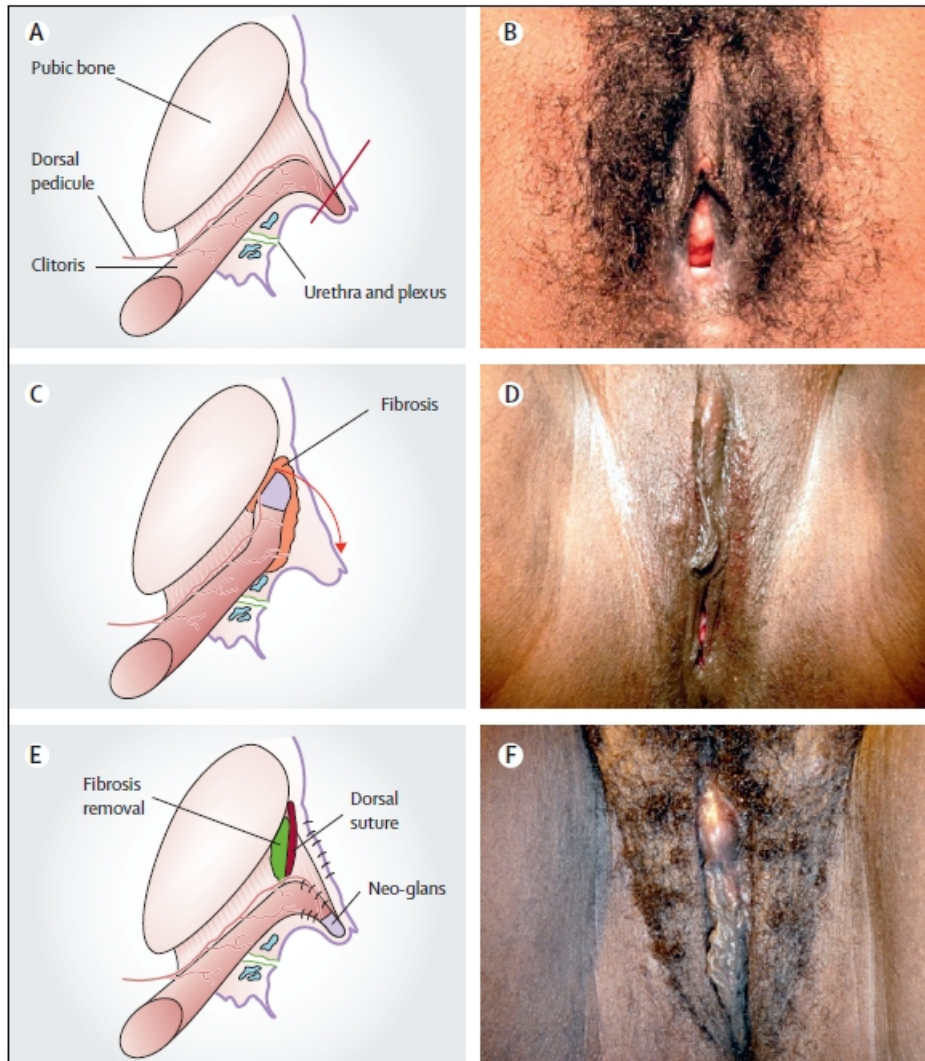


Figura 11 (19): A) Representación esquemática de la anatomía de un clítoris sin mutilación. El efecto de la MGF se representa con una línea roja. B) Fotografía de ejemplo de clítoris sin mutilación. C) Clítoris reparado tras la cicatrización: la cirugía consiste en la liberación del muñón clitorideo, retraído tras el corte y adherido al hueso mediante una intensa fibrosis, la cual impide su movilización fisiológica. D) Ejemplo de una MGF tipo 2 con pseudoinfibulación (cierre de la vulva por la intensa fibrosis debida al corte del clítoris). E) Representación esquemática de los resultados tras la cirugía reconstructiva. F) Ejemplo fotográfico del resultado estético un año después de la cirugía reconstructiva del clítoris, con un clítoris funcional y labios menores aparentemente fisiológicos.

Con respecto a los resultados de la cirugía, presentamos el estudio de cohortes prospectivas realizado en Francia por el equipo de P. Foldès, donde se incluyeron miles de mujeres sometidas a MGF que fueron intervenidas quirúrgicamente con el objetivo de restaurar la anatomía del clítoris y mejorar la función sexual y el dolor mediante la técnica que se acaba de describir, publicado en *The Lancet*.

El estudio concluye que la cirugía es técnicamente factible y segura, con una baja tasa de complicaciones (principalmente dolor o infección leve). Se observa una mejoría significativa del **dolor genital crónico** en muchas pacientes. Un porcentaje relevante de mujeres refiere recuperación parcial o mejoría de la **función sexual** (deseo, placer y orgasmo). También se describe un impacto positivo en la autoimagen corporal y bienestar psicológico. No obstante, el estudio se ve **limitado** tanto por su carácter observacional como por las múltiples pérdidas en el seguimiento a largo plazo, la presencia de los sesgos propios de la medición de la funcionalidad utilizando autoinforme, y la ausencia de un grupo control.

En vista de esta evidencia, la clitoridoplastia no se recomienda de forma rutinaria, aunque puede considerarse en casos seleccionados, siempre en centros con experiencia y tras un proceso adecuado de información y toma de decisiones compartida.

Otras técnicas más recientes, como el *omega-domed flap* y el NMCS (*neurotizing and molding of the clitoral stump*), han demostrado reducción significativa de dismenorrea, disuria, dispareunia y anorgasmia, con bajo índice de complicaciones (20), aunque aún con baja evidencia debido a la poca experiencia clínica:

- **Omega-domed flap:** se utiliza especialmente tras una técnica de desinfibulación o tras la técnica de Foldès. Utiliza un colgajo cutáneo local en forma de omega para cubrir el neoclítoris o reconstruir el capuchón. Este diseño permite una buena vascularización y movilidad y supone una protección sobre el clítoris reconstruido, mejorando tanto el resultado funcional como el estético, disminuyendo además el riesgo de cicatrices retráctiles o hipersensibilidad local.
- **NMCS (*neurotizing and molding of the clitoral stump*):** es una técnica que va más allá de la liberación clitoridea. Combina la neurotización del clítoris, buscando optimizar la función nerviosa del muñón clitorideo; con el modelado del muñón que puede incluir la realización de un *omega-domed flap*. Debemos quedarnos con el concepto de que es como una “combinación” de varias técnicas (liberación mediante Foldès, neurotización del paquete nervioso,

reconstrucción mediante colgajos), más enfocado hacia la reconstrucción nerviosa y funcional, no solo anatómica. Suele implicar técnicas de microcirugía y neurocirugía.

El uso de estas técnicas debe integrarse dentro de un abordaje multidisciplinar (ginecológico, psicológico y sexológico), con adecuada información a la paciente sobre expectativas realistas y resultados variables.

Característica	Técnica de Foldès	Omega-domed flap	NMCS
Principio básico	Liberación y exteriorización del clítoris residual	Reconstrucción con colgajo en Ω para cobertura	Reconstrucción con enfoque neurofuncional + modelado
Objetivo principal	Restaurar anatomía y función básica	Mejorar cobertura y resultado estético	Optimizar sensibilidad, función sexual y dolor
Técnica clave	Sección de ligamentos suspensorios + descenso del clítoris	Colgajo cutáneo vascularizado que cubre el neoclítoris	Liberación nerviosa + remodelado del muñón clitorídeo
Manejo nervioso	Conservación del paquete neurovascular	-	Enfoque activo: neurotización, tratamiento de neuromas
Indicaciones	Base de la reconstrucción en la mayoría de casos	Casos con déficit de cobertura o cicatrices	Casos complejos, dolor crónico o disfunción sexual
Resultados funcionales	Mejora de dolor y función sexual (variable)	Mejora estética y protección	Potencial mayor mejora funcional (evidencia emergente pero limitada)
Limitaciones	Resultados variables, posible hipersensibilidad	Evidencia limitada	Nivel técnico avanzado (requiere experiencia en cirugía reconstructiva y nerviosa)

Tabla 1: comparativa de las diferentes técnicas reconstructivas del clítoris disponibles en la actualidad.

6.2. Desinfibulación

La **defibulación** es el tratamiento de elección en mujeres con infibulación (MGF tipo III), especialmente para aliviar síntomas como dispareunia, vulvodinia, dificultad menstrual y complicaciones obstétricas. La evidencia al respecto es más sólida que en el caso de la reconstrucción de clítoris, en parte por su mayor experiencia de uso y su mayor sencillez, de manera que puede realizarse en centros sin necesidad de unidades específicas de cirugía reconstructiva vulvar. Incluso, como veremos más adelante, se ha descrito su realización durante el embarazo y el parto.

En cuanto a la técnica, la intervención se puede realizar con anestesia local pero, en muchos casos (sobre todo cuando se realiza antes de la gestación) la mujer puede no tolerarlo por desencadenarle recuerdos dolorosos (*revivir el trauma*), por lo que

precisará anestesia general. Los pasos recomendados para su realización en las últimas guías andaluzas son:

- Tras realizar un lavado cuidadoso de los genitales con antiséptico (no utilizar antisépticos yodados en mujeres embarazadas), explorar cuidadosa y suavemente con un dedo bajo la cicatriz para valorar la extensión de esta y la zona a infiltrar en caso de usar anestesia local. A veces, no es posible limpiar el interior de la vagina debido al estrechamiento de la apertura vaginal.
- Cuando se trata de anestesia local, se infiltra una aguja fina a 45° en pequeñas dosis bajo la piel a ambos lados de la cicatriz, en abanico. Posteriormente, se infiltra anestesia en el tejido grueso de la misma zona, en sentido longitudinal y utilizando una aguja intramuscular a 45°. 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 local ha hecho efecto, se introduce un dedo bajo la cicatriz para valorar la extensión de esta y la zona a desinfiar. Normalmente, el dedo entra fácilmente debajo de la piel cicatrizada. Si la apertura es demasiado pequeña para que pueda entrar un dedo, se puede usar instrumental para abrir y 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 clítoris bajo la cicatriz.
- 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. 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. No se debe cortar más allá de la exposición de la uretra por ser esta una zona muy hemorrágica.
- 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 de vicryl 4.0 ó 3.0 para prevenir la formación de adherencias.
- El proceso de recuperación es de aproximadamente una semana.

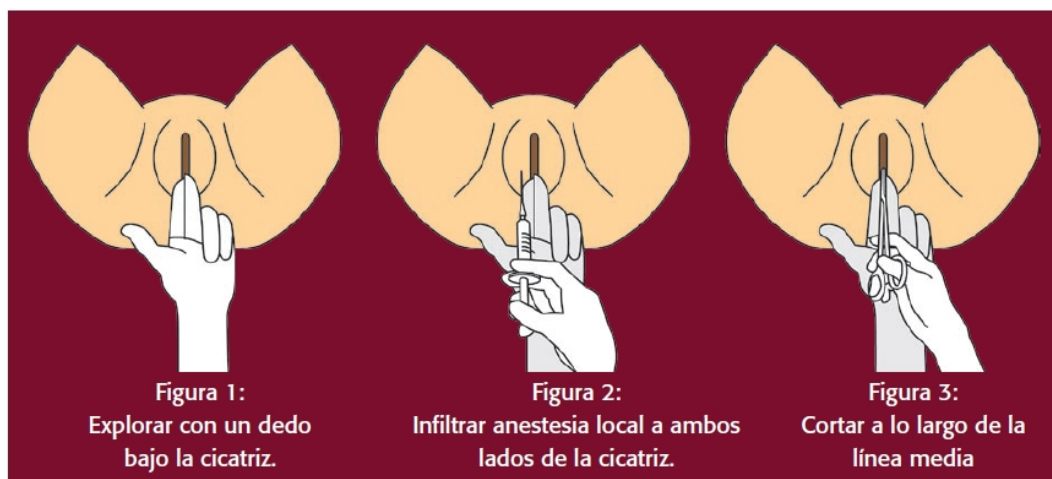


Figura 12: técnica de la desinfibulación (5)

Es importante hacer un seguimiento de los pacientes después de un procedimiento de desinfibulación. Algunas mujeres informan de que su sensibilidad en la zona de la vulva ha aumentado (la que antes estaba cubierta por la piel cicatrizada) después de 2 a 4 semanas. También pueden informar de no sentirse cómodas por tener los genitales húmedos y la sensación de que les entra aire en la vulva. Se tiene que preparar a las mujeres para estas experiencias, explicándoles que habrá cambios en sus genitales y que verán incrementada su sensibilidad, asegurando que se acostumbraran a sentir sus genitales húmedos y que la sensibilidad desaparecerá con el tiempo.

Se le puede sugerir que tomen baños de sal de tres a cuatro veces al día, con un secado pertinente del área de la vulva. También se puede recomendar el uso de una crema calmante y jabones cicatrizantes las primeras 2 semanas. 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.

6.3. Caso especial: detección en gestantes o durante el parto. Desinfibulación intraparto.

En el ámbito obstétrico, se enfatiza la importancia de la planificación y el manejo individualizado. La desinfibulación durante el embarazo se plantea como estrategia para reducir complicaciones en el parto. Asimismo, se insiste en la necesidad de protocolos claros que permitan una atención segura y respetuosa.

El tratamiento de las secuelas graves producidas por mutilaciones de tipo III, IV, o por alteraciones en la cicatrización de mutilaciones I o II, debe ser abordado lo antes posible. Lo idóneo es hacerlo antes del embarazo pero, si esto no es posible, el mejor momento es al final del segundo trimestre de la gestación, **entre las 20-28 semanas**, período que se considera el más seguro para la realización de cualquier cirugía y procedimiento anestésico, y que permitirá, además, la completa curación de las heridas antes del parto.

La última, y peor opción para realizar la cirugía reparadora, es durante el parto, en el caso de no haberse detectado el problema previamente, aunque puede realizarse. Se trata de la peor opción por el peor manejo analgésico, la no preparación ni planificación quirúrgica y la falta de tiempo para explicar en profundidad la cirugía y sus consecuencias. En estos casos, además de la incertidumbre usual que ocasiona el parto, la mujer puede sentir aumentados sus temores si piensa que los profesionales de la salud no tienen los conocimientos necesarios para atenderla adecuadamente (cesáreas innecesarias, etc.), por lo que como actuaciones básicas para la **desinfibulación intra-parto** se recomiendan:

- Es muy importante, como en todas las mujeres, atender adecuadamente las necesidades de analgesia durante el proceso del parto, así como limitar el número de exploraciones para no provocar dolor. En caso de no disponer de analgesia epidural (porque la paciente no se la haya puesto), para la cirugía se valorará la infiltración con anestésico local tras la evaluación del tejido cicatricial. El bloqueo de pudendos puede suplementar posteriormente la analgesia.
- Explicar detalladamente la necesidad de la intervención, la técnica, así como las consecuencias positivas que tendrá para el desarrollo del parto, la salud del bebé y la propia salud de la mujer. Obtener, tras estas explicaciones, el consentimiento informado.

- En la primera fase del parto, el manejo será el habitual. Deben planificarse cuidadosamente, con los profesionales implicados, los pasos y actuaciones precisas para realizar la desinfibulación.
- Explicar que **NO se realizará la re-infibulación tras el parto.**
- La técnica de la desinfibulación debe realizarse lo antes posible, una vez detectado el problema, tras el ingreso hospitalario de la gestante. En el caso de encontrarnos en la fase de expulsivo, es recomendable realizar la incisión durante una contracción.
- Si se realiza la desinfibulación durante el parto, la anestesia más conveniente y segura para la madre y el bebé es la epidural.
- Durante el expulsivo, realizar episiotomía anterior en primer lugar, y realizar episiotomía medio lateral solo cuando sea necesario.
- Tras el parto, suturar la episiotomía anterior dejando el clítoris (o los restos) cubiertos con piel. Suturar ambos lados de la infibulación por separado, así como los posibles desgarros que se hayan podido producir durante el expulsivo, con suturas finas y atraumáticas como el daxon/vicryl 4.0 ó 3.0.
- Nos podemos encontrar durante la asistencia al parto con mujeres que hayan sufrido mutilaciones genitales de los tipos I y II. En estas ocasiones, valorar la elasticidad de los tejidos y, como en el resto de mujeres, plantear la episiotomía mediolateral solo en los casos necesarios, NO de forma sistemática. Asimismo, insistir en el apoyo emocional y psicológico a estas mujeres y cubrir las necesidades analgésicas.

Con respecto a los cuidados puerperales de estas pacientes, serán los habituales tanto durante la estancia hospitalaria como en domicilio. Los profesionales implicados en los cuidados del puerperio deben estar informados del tipo de cirugía reparadora / desinfibulación que se ha realizado para adecuar las curas y según el estado del periné y los desgarros ocurridos durante el parto, y asesorar al alta sobre los cuidados y ejercicios adecuados para la recuperación del suelo pélvico. Es conveniente en estas mujeres dar **cita al alta en consulta de Salud Sexual / Tracto Genital Inferior** para seguimiento tras la reparación de la MGF, con el fin de comprobar la evolución y los resultados funcionales de la cirugía.

Con respecto al inicio de las relaciones sexuales, se recomienda esperar 4-6 semanas para asegurar una cicatrización adecuada, así como aconsejar el uso de algún

lubricante vaginal y de un método anticonceptivo adecuado, como en el resto de mujeres.

7. Conclusiones.

La mutilación genital femenina es una práctica compleja que trasciende el ámbito sanitario, profundamente arraigada en algunas culturas, pero claramente reconocida como una violación de los derechos humanos y un problema de salud global. En España, aunque su prevalencia es baja, el fenómeno migratorio exige una adecuada vigilancia y conocimiento del marco legal, que permite su prevención y persecución incluso fuera del territorio nacional.

Sus consecuencias abarcan desde complicaciones físicas y obstétricas hasta un importante impacto en la salud sexual y psicológica, lo que hace imprescindible un abordaje integral. La detección de un caso requiere una actuación protocolizada, con especial atención a la protección de menores y la coordinación entre niveles asistenciales y recursos sociales.

Finalmente, las opciones quirúrgicas, como la desinfibulación y la reconstrucción clitoridea, ofrecen posibilidades de mejora funcional y de calidad de vida, pero deben plantearse dentro de un enfoque multidisciplinar, centrado en la paciente y con expectativas realistas, teniendo aún algunas técnicas evidencia limitada.

El conocimiento y la comprensión de este fenómeno es fundamental en la práctica asistencial de ginecólogas, matronas, enfermeras, profesionales de atención primaria y del ámbito de la psicología y la educación social y sexual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan Marcusán A, Aliaga Figueras N, Álvarez Rossat C, eds. Prevención y atención de la mutilación genital femenina: manual para profesionales en Andalucía. Sevilla: Consejería de Justicia e Interior, Junta de Andalucía; 2018.
2. Consejería de Salud. Protocolo andaluz de actuación sanitaria ante la violencia de género. Sevilla: Junta de Andalucía; 2015.
3. World Health Organization. *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*. Geneva: World Health Organization; 2016.
4. World Health Organization. *WHO guideline on the prevention of female genital mutilation and clinical management of complications* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025.
5. Medicus Mundi Andalucía. Mutilación genital femenina: abordaje y prevención. Granada: Medicus Mundi Andalucía; 2008.
6. Kimani S, Kabiru CW, Muteshi J, Guyo J. Female genital mutilation/cutting: Emerging factors sustaining medicalization related changes in selected Kenyan communities. *PLoS One*. 2020;15(3):e0228410. doi:10.1371/journal.pone.0228410.
7. Kaplan A, Hechavarría S, Puppo V. Mutilación genital femenina: perspectivas antropológicas y de salud pública. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2015. p. 29-32.
8. De Schrijver L, Van Baelen L, Van Eekert N, Leye E. Towards a better estimation of prevalence of female genital mutilation in the European Union: a situation analysis. *Reprod Health*. 2020 Jul 8;17(1):105. doi:10.1186/s12978-020-00947-2.
9. Abdulcadir J, Sachs Guedj N, Yaron M, editors. *Female genital mutilation/cutting in children and adolescents: illustrated guide to diagnose, assess, inform and report* [Internet]. Cham (CH): Springer; 2022.
10. Xu Z, Chen X, Yu J, Hu Y. Female genital mutilation/cutting: a systematic review of global patterns, sociocultural drivers, and health consequences. *J*

- Pediatr Adolesc Gynecol. 2025 Sep 30:S1083-3188(25)00353-5. doi:10.1016/j.jpag.2025.09.009.
11. Farouki L, El-Dirani Z, Abdulrahim S, Akl C, Akik C, McCall SJ. The global prevalence of female genital mutilation/cutting: a systematic review and meta-analysis of national, regional, facility, and school-based studies. *PLoS Med.* 2022;19(1):e1004061. doi:10.1371/journal.pmed.1004061.
 12. Young J, Nour NM, Macauley RC, Narang SK, Johnson-Agbakwu C; Section on Global Health; Committee on Medical Liability and Risk Management; Committee on Bioethics. Diagnosis, management, and treatment of female genital mutilation or cutting in girls. *Pediatrics.* 2020;146(2):e20201012. doi:10.1542/peds.2020-1012.
 13. Pallitto C, Ruiz-Vallejo F, Mochache V, Stein K, Vogel JP, Petzold M, et al. Exploring the health complications of female genital mutilation through a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2025;25:1387. doi:10.1186/s12889-025-21584-z.
 14. Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M; WHO Study Group on Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet.* 2006;367(9525):1835-41.
 15. Nour NM. Female genital cutting: clinical and cultural guidelines. *Obstet Gynecol Surv.* 2004;59(4):272-9.
 16. Goel N, Rajaram S, Mehta S, eds. *Arte quirúrgico en cirugía vaginal.* 2ª ed. Bogotá: AMOLCA; 2014. Cap. 1, Vulva: Anatomía, Aporte Sanguíneo y Drenaje Linfático. ISBN 978-9588871028.
 17. Berg RC, Taraldsen S, Said MA, Sørbye IK, Vangen S. The effectiveness of surgical interventions for women with FGM/C: a systematic review. *BJOG.* 2018;125(3):278-87.
 18. Abdulcadir J, Rodriguez MI, Say L. A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;129(2):93-7.

19. Foldès P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *Lancet*. 2012;380(9837):134-41. doi:10.1016/S0140-6736(12)60400-0.
20. O'Dey DM, Khosh MK, Boersch N. Anatomical reconstruction following female genital mutilation/cutting. *Plast Reconstr Surg*. 2024;154(2):426-438. doi:10.1097/PRS.00000000000011026.
21. Berg RC, Denison E. Addressing female genital mutilation/cutting (FGM/C) in the era of clitoral reconstruction: plastic surgery. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2018;30(6):430-438.
22. Broussard K, et al. Clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting: a review of surgical techniques and ethical debate. *J Sex Med*. 2020.
23. Momoh C. Actuación ante la mutilación genital femenina en un país europeo: el ejemplo del Reino Unido. En: *Mutilación genital femenina: más que un problema de salud. Abordaje y prevención*; 6-8 nov 2008; Sevilla: Universidad Internacional de Andalucía; 2008.
24. Akotionga M. Complicaciones obstétricas de la mutilación genital femenina. En: *Mutilación genital femenina: más que un problema de salud. Abordaje y prevención*; 6-8 nov 2008; Sevilla: Universidad Internacional de Andalucía; 2008.