



ORIGINALES

Propuesta de diagnóstico de Síndrome Post Mutilación Genital Femenina

Proposal for Nursing Diagnosis: Post Female Genital Mutilation Syndrome

*Jiménez-Ruiz, Ismael **Almansa Martínez, Pilar ***Juall Carpenito, Lynda

*Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante. España. E-mail: jjimenez@ua.es **Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia. España. ***Family Nurse Practitioner, ChesPenn Health Services, Pennsylvania, USA. Author, Consultant, LJC Consultants, New Jersey, USA

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.263331>

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar un diagnóstico enfermero para la detección y prevención de la MGF.

Metodología: La creación del presente diagnóstico se basa en un exhaustivo estudio bibliográfico en bases de datos como LILACS, CUIDEN, TESEO y Web of Science; y otras fuentes documentales de organismos internacionales.

Resultados principales: Síndrome post Mutilación Genital Femenina se define como: el deterioro de una serie de dominios de la salud como consecuencia de una mutilación genital femenina. Este diagnóstico se sitúa en el dominio 11, seguridad/protección y se posiciona en la clase 3: violencia.

Se establecen para él las siguientes características definitorias: fase aguda, respuestas físicas crónicas, respuestas relacionadas con la sexualidad, alteraciones obstétricas crónicas y respuestas psicológicas.

Conclusión principal: La creación del presente diagnóstico de síndrome facilita a los y la profesionales de enfermería el abordaje de las consecuencias sobre la salud de la Mutilación Genital Femenina y sitúa a Enfermería como una pieza clave para su abordaje y erradicación.

Palabras clave: Mutilación Genital Femenina; circuncisión femenina; diagnóstico de enfermería.

ABSTRACT

Objective: To develop a nursing diagnosis for the detection and prevention of FGM.

Methods: The creation of this diagnosis is based on exhaustive bibliographic research of databases such as LILACS, CUIDEN, TESEO y Web of Sciencie; as well as other documentary sources from international entities.

Results: Post Female Genital Mutilation Syndrome is defined as: Deterioration of a range of health domains as a result of female genital mutilation. This diagnosis belongs to domain 11: safety/protection and class 3: violence.

The following defining characteristics are established for this diagnosis: Acute phase, chronic responses physical, sexuality, chronic obstetric alterations and psychological responses.

Conclusions: Via the diagnosis presented herein, early detection might be procured by nursing professionals of those women and young girls having undergone this traditional practice, thereby being able to treat any possible resultant sequelae.

Keywords: Female Genital Mutilation; Female Circumcision; Nursing Diagnosis

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La Mutilación Genital Femenina (MGF), según datos de UNICEF⁽¹⁾, afecta a unos 200 millones de mujeres y niñas en todo el mundo, principalmente de 30 países del África subsahariana, además de zonas de Oriente Medio, Indonesia y algunas etnias de América Latina. Los movimientos migratorios actuales hacen posible que se den casos en todos los países occidentales. De este modo, la MGF es reconocida internacionalmente como un problema global⁽²⁾.

La MGF, está considerada internacionalmente como un acto de violencia que atenta contra los derechos humanos de las mujeres y niñas porque conlleva la supresión de órganos sexuales sanos sin motivos médicos para ello, y tiene efectos sobre la salud física perjudiciales, que pueden llegar a ser mortales; además de graves consecuencias psicológicas, sexuales y obstétricas. Es el resultado de una fuerte discriminación de género, que perpetúa las relaciones en clave de desigualdad y niega el derecho a la integridad física y psicosexual.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) insta a las enfermeras de todas partes del mundo a detectar la práctica de la MGF, teniendo en cuenta los movimientos de las poblaciones y las diversidades culturales a que da lugar la inmigración. Para ello han de tener el conocimiento y la capacidad necesarios para detenerla en cualquier lugar que se produzca, y han de conocer las alternativas sensibles a la cultura, tales como la circuncisión por la palabra⁽³⁾.

Las intervenciones enfermeras autónomas e independientes, orientadas a abordar las complicaciones para la salud que sufren o pueden sufrir las mujeres y niñas que han sido sometidas a una mutilación de sus genitales, deben partir de un lenguaje enfermero estandarizado. Es por tanto, el objetivo del presente trabajo, desarrollar la propuesta de un Diagnóstico enfermero de síndrome, enfocado a la detección y tratamiento de dichos problemas.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo del Diagnóstico se establecieron dos fases:

La *primera fase*, consistió en la creación de una comisión de profesionales expertos en MGF, integrado por investigadores del Grupo de Investigación en Enfermería, Mujer y Cuidados de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia.

La *segunda fase*, se inició con la revisión integradora de la literatura con el fin llevar a cabo un análisis conceptual profundo de la propuesta, que aportase consistencia teórica a cada uno de los componentes del diagnóstico. Para ello se utilizaron diferentes estrategias en la búsqueda documental:

Para la revisión bibliográfica se utilizaron los descriptores de lenguaje libre presentes en la tabla 1, combinados a través de los operadores booleanos “AND, NOT y OR”.

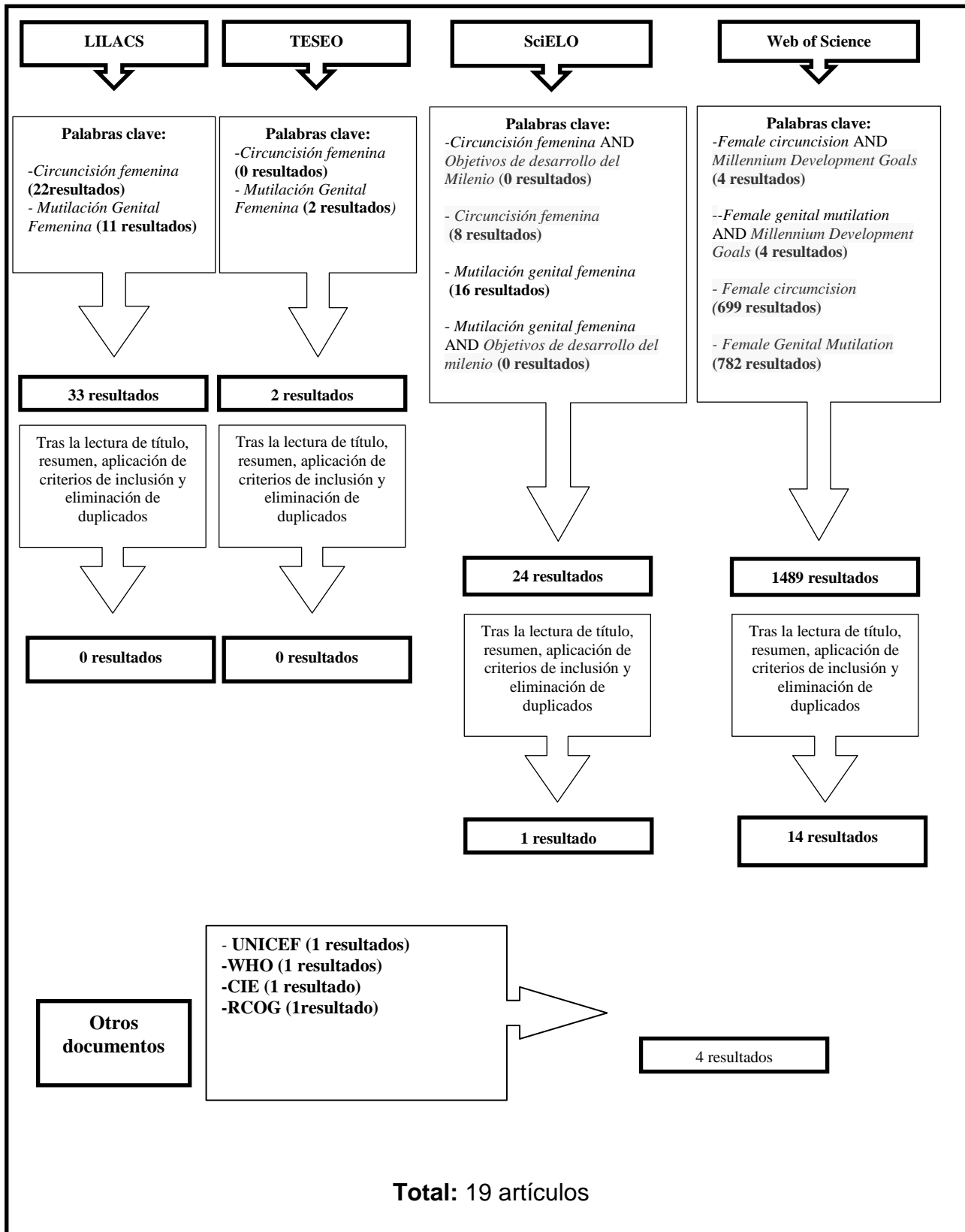
Tabla 1. Palabras clave o descriptores libres

| Español | Inglés |
|-----------------------------|---------------------------|
| Excisión | Excision |
| Ablación | Ablation |
| Infibulación | Infibulation |
| Clitoridectomía | Clitoridectomy |
| Mutilación Genital Femenina | Female Genital Mutilation |
| Complicaciones | Complications |
| Enfermería | Nursing |

A través de estas palabras clave se realizó una revisión en motores de búsqueda en red tipo Google y Google Académico, mediante los que se accedió a diferentes documentos de gran interés para el estudio, existentes en los directorios Web de organizaciones como Amnistía Internacional (AI), United Nations (UN), United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), World Health Organization (WHO), United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) y Unión de Asociaciones Familiares (UNAF).

Posteriormente se realizó una búsqueda más exhaustiva en las bases de datos: LILACS, Cochrane Library Plus, SciELO, TESEO y Web of Science. La búsqueda formal en bases de datos se realizó a través de los descriptores MeSH y DeCS “*circuncisión femenina (female circumcision)*” que se recoge en el siguiente flujograma (Ilustración1).

Ilustración 1. Flujoograma de estrategia de búsqueda



DESARROLLO Y DISCUSIÓN DE LA PROPUESTA

Partiendo de la definición de NANDA-I para el diagnóstico de síndrome: “*juicio clínico en relación con un conjunto de diagnósticos que aparecen de manera conjunta y que se tratan de forma más correcta conjuntamente a través de intervenciones similares*”⁽⁴⁾ hemos desarrollado la siguiente propuesta diagnóstica:

- **Etiqueta:** Síndrome Post Mutilación Genital Femenina
- **Definición:** Deterioro de diversos dominios de salud como consecuencia de una mutilación genital femenina
- **Características definitorias:** Los principales signos y síntomas del síndrome descrito se han agrupado en diferentes áreas:

Fase aguda

Dolor agudo (00132). La gran cantidad de terminaciones nerviosas existentes en la región genital y el deficiente uso, en ocasiones nulo, de medidas anestésicas, hace que el corte provoque un fuerte dolor en la zona que irá disminuyendo durante el período de curación⁽⁵⁻⁷⁾.

Riesgo de Infección (00004). La infección junto con la hemorragia y la anemia son las complicaciones inmediatas más comunes asociadas a la MGF^(5,7). Además, como una complicación adicional, el daño en los tejidos genitales producido por el procedimiento de corte y la consecuente contaminación microbiana crea un riesgo de infecciones vaginales recurrentes y de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) que puede conducir a la infertilidad^(8,9).

Retención urinaria (00023) y Riesgo de retención urinaria. Puede aparecer a consecuencia del dolor intenso que se produce con la micción o derivado de una inflamación secundaria a una lesión en el conducto uretral^(5,6).

Respuestas físicas crónicas

Deterioro de la eliminación urinaria (00016). Debido a la presencia de infecciones recurrentes del tracto urinario⁽⁸⁻¹⁰⁾ y a síntomas del tracto urinario inferior⁽¹¹⁾ como consecuencia de los cambios anatómicos sufridos en la vagina y en los conductos urinarios a consecuencia de una MGF.

Dolor crónico (00113). Asociado con la modificación de los genitales externos como consecuencia del corte⁽⁵⁻⁷⁾.

Infección pélvica crónica^(6,10)

Sexualidad.

Disfunción sexual (00059). Debido a la posibilidad de presentar dispareunia, la sequedad vaginal o la falta de lubricación durante el coito, como consecuencia de los cambios producidos en la estructura de los genitales externos y a la pérdida de elasticidad debido a la creación de tejido cicatricial⁽¹²⁾. Además la vivencia de alguna o varias de estas consecuencias,

repercute negativamente en la calidad de las relaciones sexuales de estas mujeres⁽¹³⁾, pudiendo derivar en cierto grado de fobia sexual y trastornos de la excitación.

Patrón sexual ineficaz (00065). En un gran número de casos suele estar disminuido o abolido. La extirpación de zonas erógenas de gran importancia en la sexualidad femenina, como el clítoris y labios genitales; el tejido cicatricial consecuente y las fobias asociadas al dolor, son algunos de los factores que pueden afectar a la capacidad de excitación y de sentir placer con el coito^(12,13).

Alteraciones obstétricas crónicas

Episiotomía. La presión generada en el canal de parto por el feto puede conducir al desgarro perineal y hemorragia grave que requiere intervención quirúrgica^(14;15). En estos casos, la episiotomía es necesaria debido a la pérdida de elasticidad del vestíbulo vaginal como resultado de la cicatrización^(14,16). Además, el trabajo del parto suele ser muy prolongado en las mujeres infibuladas, lo que favorece la aparición de fístulas obstétricas como consecuencia de la presión de la cabeza del feto sobre la pared vaginal y sobre los órganos adyacentes^(15,17).

Dolor en parto (00256)⁽⁵⁾

Resuestas psicológicas

Síndrome postraumático (00141). La bibliografía consultada describe una prevalencia significativamente mayor de trastorno de estrés postraumático^(18,19). La complejidad y la cronicidad de este diagnóstico puede requerir los conocimientos de un especialista en salud mental (enfermería, psiquiatría).

Ansiedad (00146). Existe una prevalencia significativamente mayor de síndromes psiquiátricos, como trastornos de ansiedad en mujeres que han sufrido MGF con respecto a mujeres que no la han sufrido⁽¹⁸⁾.

Trastorno de la identidad personal (00121) y Riesgo de trastorno de la identidad personal (00225). Las mujeres jóvenes o adultas que han sido cortadas y que luego han emigrado a países occidentales, pueden experimentar una serie de problemas psicológicos relacionados con las diferencias existentes entre la cultura del país de origen y la cultura del país anfitrión, percatándose de que la MGF no es una tradición universal, sino que por el contrario está considerada muy negativamente en otras culturas. Esto puede acarrear graves conflictos internos de identidad y de lealtad hacia su propia cultura, experimentando sentimientos de humillación, confusión, impotencia, sensación de traición de su familia y vergüenza⁽⁶⁾

Procesos familiares disfuncionales (00063) y riesgo de procesos familiares disfuncionales. Las consecuencias de las mutilaciones genitales femeninas pueden afectar a las relaciones familiares⁽⁶⁾.

Ilustración 2. Resumen del Diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: Síndrome Post Mutilación Genital Femenina

Definición: Deterioro de diversos dominios de salud como consecuencia de una mutilación genital femenina

Características definitorias: fase aguda, respuestas físicas crónicas, sexualidad, alteraciones obstétricas crónicas y respuestas psicológicas.

Taxonomía II

Dominio 11. Seguridad protección

Clase 3. Violencia

Taxonomía III

Dominio: Seguridad

Clase: Peligros para la Salud

Estructura Multiaxial del diagnóstico

Siguiendo la estructura multiaxial de los diagnósticos de Enfermería se han definido las 7 dimensiones de la respuesta humana que se deben considerar durante el proceso diagnóstico, de la siguiente forma:

Eje 1 Foco diagnóstico: Mutilación Genital Femenina. Como parte esencial y raíz del presente síndrome se considera que “Mutilación Genital Femenina” forma parte de un único elemento indisociable ya que define de forma específica y concreta el acto a través del cual se producen las respuestas humanas que pueden aparecer de forma conjunta como consecuencia de una MGF. Cada término por sí solo no aportaría el nivel de significado exigido para la descripción de las respuestas humanas que abarca dicho síndrome.

Eje 2 Sujeto del diagnóstico: Individuo mujer o niña (Femenina) El sujeto diagnóstico viene descrito en el foco diagnóstico y estas serán las mujeres o niñas que han sufrido Mutilación Genital Femenina.

Eje 3 Juicio. Deterioro de diversos dominios de salud como consecuencia de una mutilación genital femenina.

Eje 4 Localización. Genitales femeninos.

Eje 7 Estado. Focalizado en el problema. El síndrome se caracteriza por un conjunto de respuestas humanas no deseables derivadas de una mutilación genital.

CONCLUSIONES

De la necesidad de mejorar la atención de las usuarias de los sistemas de salud que han sufrido MGF, nace este diagnóstico denominado *Síndrome Post Mutilación Genital Femenina*. A través de él se prevé la detección precoz, por parte de los profesionales de enfermería, de las mujeres y niñas que han sufrido esta práctica tradicional, para así poder tratar las secuelas derivadas de la misma.

Implicaciones para el conocimiento de Enfermería

En este sentido, y desde el punto de vista del reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los seres humanos, podemos afirmar que la práctica enfermera orientada en la planificación de cuidados transculturales motivados por el reconocimiento de las consecuencias de la MGF, puede ayudar a profundizar en la creación de intervenciones enfermeras específicas y centradas en el cuidado paliativo de las complicaciones, además de detectar con mayor rapidez nuevos casos de MGF para tratar de forma adecuada las secuelas derivadas de esta costumbre.

Además, la comunidad de enfermería en todo el mundo debe ser activa para discutir abiertamente el tema de la MGF como una violación de los derechos humanos.

REFERENCIAS

1. UNICEF. UNICEF's data work on FGM/C. [Online]. 2016. Available at: http://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf
2. Grande Gascón, M; Ruiz Seisdedos, S & Hernández Padilla, M. El Abordaje Social y Político de la Mutilación Genital Femenina. *Portularia*. 2013; XIII(1): 11-18. Available at: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6742/El_abordaje_social_y_politico.pdf?sequence=2
3. CIE. Declaración de posición del CIE: Eliminación de la mutilación genital femenina. 2010. Available at: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A04_Eliminacion_mutilacion_genital_femenina-Sp.pdf
4. NANDA International. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificaciones 2015-2017*. Barcelona: Elsevier. 2015. pp.464
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline Female Genital Mutilation and its management. 2015; (53): 1-26. Available at: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-53-fgm.pdf>
6. Abdulcadir, J; Margairazb, C; Boulvaina, M & Irióna, O. Care of women with female genital mutilation/cutting. *Swiss Medical Weekly*. 2011; 6. doi:10.4414/smw.2010.13137
7. Kaplan, A; Hechavarría, S; Martín, M & Bonhiure, I. Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reproductive Health*. 2011; 8(26): 1-6. doi:[10.1186/1742-4755-8-26](https://doi.org/10.1186/1742-4755-8-26)

8. Almroth, L; Bedri, H; El Musharaf, S; Satti, A; Idris, T;M SIR K & .Bergstrom, S. Urogenital Complications among Girls with Genital Mutilation: A hospital-Based Study in Khartoum. *African Journal of Reproductive Health*. 2005; 9(2): 118-123.
9. Khaled, K; Samy, S; Abed El-Aziz, E & Haytham, H. Impacts of Female Genital Mutilation on Women's Reproductive Health. *Comumunity Medicine & Health Education*. 2012; 2(3): 1-4.
10. Iavazzo, C; Gkegkes, I & Sardi, T. Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence. *Archives Gynecology Obstetrics*. 2013; 287(6): 1137-1149. doi:10.1007/s00404-012-2708-5
11. Amin, M; Rasheed, S & Salem, E. Lower urinary tract symptoms following female genital mutilation. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2013; 123(1): 21-23. doi:10.1016/j.ijgo.2013.06.010
12. Elnashar, A & Abdelhady, R. The impact of female genital cutting on health of newly married women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2007; 97(3): 238-244. doi:[10.1016/j.ijgo.2007.03.008](https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.03.008)
13. Andersson, S; Rymer, J; Joyce, D; Momoh, C & Gayle, C. Sexual quality of life in women who have undergone female genital mutilation: a case-control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2012; 119(13): 1606-11. doi:10.1111/1471-0528.12004
14. WHO. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *The Lancet*. 2006;367: 1835-1841. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68805-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68805-3)
15. Berg, R & Underland, V. The Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obstetrics and Gynecology International*. 2013; (1): 1-15. doi:<http://dx.doi.org/10.1155/2013/496564>
16. Frega, A; Puzio, G; Maniglio, P; Catalano, A; Milazzo, G; Lombardi, D & Bianchi, P. Obstetric and neonatal outcomes of women with FGM I and II in San Camillo Hospital, Burkina Faso. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2013; 288(3): 513-519. doi:10.1007/s00404-013-2779-y.
17. Chibber, R; El-Saleh, E & El Harmi, J. Female circumcision: obstetrical and psychological sequelae continues unabated in the 21st century. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 2011; 24(6): 833-836. doi: 10.3109/14767058.2010.531318
18. Behrendt, A & Moritz, S. Posttraumatic Stress Disorder and Memory Problems After Female Genital Mutilation Female Genital Mutilation. *The American Journal of Psychiatry*. 2005; 162(5): 1000-1002. doi:[10.1176/appi.ajp.162.5.1000](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.1000)
19. Vloeberghs, E; Van der Kwaak, A; Knipscheer, J & Van den Muijsenbergh, M. Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in The Netherlands. *Ethnicity & Health*. 2012; 17(6): 677-695. doi:10.1080/13557858.2013.771148.

Recibido: 12 de julio 2016;

Aceptado: 9 de septiembre 2016

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.06.010) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia