



## REVISIÓN

### Repercusiones de la mutilación genital femenina en el parto y la sexualidad. Una revisión sistemática

Impact of female genital mutilation on childbirth and sexuality. A systematic review

María Calderón Fernández<sup>1</sup>

Antonio Luis Partida Márquez<sup>2</sup>

Miguel Garrido Bueno<sup>3</sup>

Tamara Moya Ruiz<sup>4</sup>

Manuel Pabón Carrasco<sup>5</sup>

1 Matrona. Centro Universitario Cruz Roja de Enfermería de Sevilla (Universidad de Sevilla). ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0868-3743>

2 Matrón. Centro Universitario Cruz Roja de Enfermería de Sevilla (Universidad de Sevilla). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7211-1146>. Autor de correspondencia, email: [antonio.partida@cruzroja.es](mailto:antonio.partida@cruzroja.es)

3 Master en Nuevas Tendencias Asistenciales y de Investigación. Centro Universitario Cruz Roja de Enfermería de Sevilla. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4695-2264>

4 Graduada en Enfermería. Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios (Universidad de Sevilla). ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8351-5753>

5 Doctor en Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla. Sevilla, España. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9011-3695>

<https://doi.org/10.6018/eglobal.649281>

eolocation-id: e649281

Recibido: 22/02/2025

Aceptado: 22/03/2025

#### RESUMEN:

**Introducción:** La mutilación genital femenina es una práctica con fuerte arraigo cultural en algunos países africanos y asiáticos, justificada como rito de paso a la adultez. Diversos organismos internacionales la consideran una forma de violencia contra las mujeres, con repercusiones negativas en su salud física, psíquica, reproductiva y sexual.

**Material y Método:** Para conocer sus repercusiones en la salud reproductiva, se realizó una revisión sistemática de la literatura científica reciente, seleccionando seis artículos. La búsqueda se llevó a cabo entre noviembre de 2023 y septiembre de 2024 en bases de datos como PubMed, Web of Science, Scopus, Embase, Cochrane Library y CINAHL. Se utilizaron descriptores DeCS y MeSH combinados con operadores booleanos. La selección de estudios siguió las guías PRISMA 2020 y Cochrane, aplicando criterios de inclusión y exclusión. Dos investigadores evaluaron la pertinencia de los estudios de manera independiente, con un tercero resolviendo discrepancias. Se valoró la calidad metodológica y el riesgo de sesgos de los artículos con la escala SIGN e ítems de JBI.

**Resultados:** Se analizaron 6 artículos científicos publicados entre 2018 y 2024 en distintas revistas científicas. Los 6 artículos contaban con muestra de distintos países del continente africano.

**Conclusión:** La literatura revisada establece relación entre la mutilación genital femenina y una mayor duración del parto, mayor índice de cesáreas, más desgarros perineales, mayor necesidad de episiotomía y mayor riesgo de hemorragia puerperal.

**Palabras clave:** Salud reproductiva; Mutilación genital femenina; Parto; Antropología Cultural.

## **ABSTRACT:**

**Introduction:** Female genital mutilation is a practice with deep cultural roots in some African and Asian countries, justified as a rite of passage into adulthood. Various international organizations consider it a form of violence against women, with negative repercussions on their physical, psychological, reproductive, and sexual health.

**Material and Methods:** To understand its repercussions on reproductive health, a systematic review of recent scientific literature was conducted, selecting six articles. The search was conducted between November 2023 and September 2024 in databases such as PubMed, Web of Science, Scopus, Embase, the Cochrane Library, and CINAHL. DeCS and MeSH descriptors were used in combination with Boolean operators. Study selection followed the PRISMA 2020 and Cochrane guidelines, applying inclusion and exclusion criteria. Two researchers independently assessed the relevance of the studies, with a third resolving discrepancies. The methodological quality and risk of bias of the articles were assessed using the SIGN scale and JBI items.

**Results:** Six scientific articles published between 2018 and 2024 in various scientific journals were analyzed. All six articles included samples from different African countries.

**Conclusion:** The literature reviewed establishes a relationship between female genital mutilation and longer labor duration, a higher rate of cesarean sections, more perineal tears, a greater need for episiotomy, and a higher risk of postpartum hemorrhage.

**Key words:** Reproductive Health; Genital Mutilation Female; Parturition; Anthropology Cultural.

## **INTRODUCCIÓN**

La historia humana está llena de ejemplos etnográficos que demuestran cómo las personas han dañado sus propios cuerpos por razones culturales o religiosas. Los genitales han sido particularmente afectados debido a tabúes sexuales, el mantenimiento de jerarquías y ritos de paso a la adultez. Hasta la década de los 90, el término "circuncisión femenina" se utilizaba para diversas intervenciones en los genitales femeninos, creando un falso paralelismo con la circuncisión masculina, a pesar de las diferencias en indicación, realización y consecuencias para la salud <sup>(1,2)</sup>.

A principio de los 90, en la III Conferencia del Comité Interafricano de las Prácticas Tradicionales que perjudican la Salud de las Mujeres y Niños, se adopta "*Ablación o Mutilación Genital Femenina*" (en adelante A/MGF), desvinculándose el término de la circuncisión o escisión femenina <sup>(3)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la A/MGF como cualquier procedimiento que implique la resección parcial o total de los genitales externos femeninos por razones culturales o no terapéuticas <sup>(4)</sup>. Esta práctica no ofrece beneficios biológicos y tiene un impacto negativo significativo en la salud y el bienestar de las mujeres, provocando complicaciones físicas y psíquicas. Es común en unos 29 países de África, Asia y Oriente Próximo, donde se realiza como un rito cultural de paso a la adultez, asociado al reconocimiento del estatus social de adulto <sup>(5,6)</sup>.

A nivel internacional, diversos organismos, consideran que la A/MGF es una forma de violencia de género y una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas. La A/MGF es considerada la práctica tradicional más extendida en el Mundo y aquella que más viola la integridad de la mujer <sup>(7)</sup>.

La A/MGF se realiza en niñas con edades comprendidas entre 0 y 15 años, siendo lo más común entre 4 y 8, generalmente antes de su primera menstruación. La A/MGF se realiza en ceremonias rituales grupales como un rito de paso, generalmente por mujeres mayores del grupo y en condiciones antihigiénicas <sup>(8)</sup>. Estas prácticas refuerzan los ideales androcéntricos y definen los roles femeninos desde edades tempranas. Aunque cada grupo cultural tiene sus propias razones para mantener la A/MGF, la presión social de los líderes comunitarios y la aceptación generalizada del grupo son comunes. Los roles femeninos en estos grupos están vinculados a la docilidad y la obediencia, y la A/MGF no se ve como maltrato, sino como una práctica liberadora. El clítoris se considera un elemento masculino que debe ser eliminado para permitir el desarrollo social e individual pleno de la mujer <sup>(6,9)</sup>.

Debido a la preocupación que genera la A/MGF a escala internacional, se encuentran diferentes estudios que hablan desde la prevención hasta las complicaciones post-mutilación, incluidos la legislación y tradición para la realización de la práctica. El primer estudio fue publicado en 1992 por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) <sup>(5)</sup>.

Posteriormente, se han publicado trabajos importantes sobre este tema. Por ejemplo, Nzinga et al., en 2021 realizaron un metaanálisis con 5 estudios donde relacionan la A/MGF y la salud sexual de las mujeres. En este estudio, se encontró una disminución significativa de la puntuación del cuestionario evaluador de la función sexual de la mujer con A/MGF con respecto a mujeres sin A/MGF. Además, independientemente del tipo de A/MGF, las mujeres se encontraban por debajo del umbral recomendado. Igualmente, aquellas que poseen A/MGF tipo III eran significativamente inferiores a los resultados obtenidos con MGF tipo I y II <sup>(10)</sup>.

En 2016, Biglu y su unidad de investigación realizaron un estudio de casos y controles para examinar la asociación entre la A/MGF y las funciones sexuales femeninas alteradas. Las participantes completaron el cuestionario del Índice de Función Sexual Femenina. Los resultados mostraron que las mujeres con A/MGF experimentan una reducción significativa en el deseo sexual, la excitación, la lubricación, el orgasmo y la satisfacción. Además, sufren más dolor durante las relaciones sexuales debido al daño en los nervios del clítoris y las cicatrices de la A/MGF, que pueden causar desgarros durante el coito. El estudio concluyó que existe una asociación significativa entre la A/MGF y la disminución de las funciones sexuales femeninas <sup>(11)</sup>.

En 2021, Ezeoke et al. realizaron un estudio con encuestas autoadministradas a 2000 adolescentes de escuelas públicas y privadas en el centro y norte de Nigeria, de 13 a 19 años, para evaluar su preparación para proteger a sus futuras hijas de la A/MGF. Los resultados mostraron que el 32,2% de las participantes apoyaba realizar la A/MGF a sus futuras hijas, principalmente asociadas con una clase social baja y la creencia de que evita la promiscuidad sexual. Sin embargo, el 40,7% estaba consciente de los esfuerzos para erradicar la A/MGF y sugería educación, reorientación comunitaria y anuncios en los medios de comunicación para combatir la práctica <sup>(12)</sup>.

Por otro lado, Smolak en 2014 realizó un estudio multinivel por edad, educación, etnia, religión, hogar y comunidad con el fin de evaluar la significación de las diferencias en el estado serológico con respecto al VIH. Las conclusiones de este

estudio mostraron asociación con el estado seropositivo de las mujeres, pero no se relaciona con la disminución de conductas sexuales de riesgo <sup>(13)</sup>.

En 2018, el equipo de Gonzalez-Timoneda realizó un estudio descriptivo transversal con un cuestionario autoadministrado a 321 profesionales de la salud, incluyendo médicos de familia, pediatras, ginecólogos, enfermeras, matronas y trabajadores sociales. El objetivo era evaluar sus percepciones, conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la A/MGF. Solo el 6,3% identificó correctamente la tipología de la MGF y los países de prevalencia (la mayoría había recibido información o eran autodidactas). El estudio concluye que es necesario un enfoque multidisciplinar y transcultural para abordar la A/MGF, además de implementar medidas preventivas y de sensibilización<sup>(14)</sup>.

Se estima que unos 200 millones de mujeres en el mundo son víctimas de MGF y alrededor de 30 millones de niñas se encuentran en riesgo <sup>(7)</sup>.

En España, los flujos migratorios comienzan a aumentar a partir de los años 90, con un notable porcentaje de personas migrantes que provienen de países donde está arraigada la A/MGF. Existe la hipótesis de que aprovechan viajes a sus países de origen para realizar estas prácticas a las niñas <sup>(15)</sup>. La importancia de este tema viene dada por la vulneración de la dignidad y de los derechos de las mujeres y niñas, violando su libertad y seguridad <sup>(16)</sup>.

Es crucial que los profesionales sanitarios tengan conocimientos y se impliquen en ofrecer un abordaje transcultural de calidad y educación sanitaria sobre las complicaciones a corto y largo plazo. También es necesario un compromiso legal para evitar estas prácticas discriminatorias y violentas que ponen en peligro sus vidas. La prevención de la A/MGF es fundamental, y la enfermería desempeña un papel clave<sup>(17)</sup>.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) en la edición de 2018-2020 que incluyó el diagnóstico enfermero de “[00272] Riesgo de Mutilación Genital Femenina”, donde se evidencia la confirmación del papel de la enfermería como pieza clave para la detección de la población en riesgo <sup>(18)</sup>. De igual modo, existe la propuesta de un nuevo diagnóstico “Síndrome Post Mutilación Genital Femenina”, realizado por diferentes enfermeras a nivel internacional, que incluye el deterioro de diversos dominios de salud<sup>(19)</sup>.

Por tanto, debido a las razones anteriormente expuestas, queda justificada la pertinencia de la presente revisión sistemática de la literatura científica.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **Objetivo**

El objetivo principal de esta revisión fue identificar las repercusiones de mutilación genital femenina en el proceso de parto y su relación con la sexualidad femenina

## **Diseño**

Se realizó una revisión sistemática de la literatura siguiendo las recomendaciones de PRISMA 2020 y Cochrane sobre consecuencias que la mutilación genital femenina tiene en la salud reproductiva de las mujeres. Para ello, se definió una pregunta de investigación, se estableció el objetivo principal de la revisión, se desarrolló y registró un protocolo de revisión en Open Science Framework (OSF) (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/CKVUW>), se utilizó una estrategia de búsqueda en bases de datos, se extrajeron y sintetizaron los datos, se analizó a calidad metodológica y el riesgo de sesgos de los estudios, y se discutieron los resultados de los estudios.

## **Fuentes de información**

Se realizó una búsqueda bibliográfica entre noviembre de 2023 y septiembre de 2024, mediante la información disponible en las siguientes bases de datos de carácter general (PubMed, Web Of Science, Scopus, Cochrane Library y Embase) y específico (CINAHL), entre los años 2018 y 2024.

## **Estrategia de búsqueda**

Se seleccionaron los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS y MeSH) pertinentes, se unieron haciendo uso de los booleanos (AND y OR) con el uso de paréntesis y comillas, logrando así una única estrategia de búsqueda que fue utilizada en las bases de datos mencionadas. La estrategia de búsqueda fue la siguiente: ((“circumcision, female”) AND (“impacts on health” OR “obstetric labor complications” OR “reproductive health” or gynecology)).

## **Proceso de selección**

Dos investigadores realizaron una selección de los estudios donde valoraban, de forma independiente, la pertinencia del estudio según los criterios de inclusión previamente establecidos. En caso de duda un tercer investigador con 15 años de experiencia en metodología de la investigación valoraba las discrepancias. Se obtuvo en esta primera fase un índice de Kappa de 0,93, dando una alta concordancia entre ambos investigadores.

Tras la aplicación de los criterios de búsqueda se identificaron un total de 849 artículos, de los cuales 72 se encontraban duplicados entre las diferentes bases de datos donde se realizó la búsqueda. Este proceso de duplicidad se realizó mediante el gestor bibliográfico Zotero®.

## **Criterios de elegibilidad**

Se realizó la aplicación de criterios de inclusión, donde se cribaron; 1) artículos publicados entre 2018 y 2024, 2) artículos publicados en inglés y español, 3) estudios cuyos participantes fuesen mujeres.

Posteriormente, se aplicaron los criterios de exclusión; 1) artículos que por título y resumen no se adaptan al objetivo de esta revisión, 2) publicaciones elaboradas a partir de trabajos secundarios; revisiones de la literatura, revisiones sistemáticas y

metaanálisis, 3) artículos sobre trabajos no finalizados, 4) artículos que tras su lectura a texto completo no se ajustan al objetivo de esta revisión.

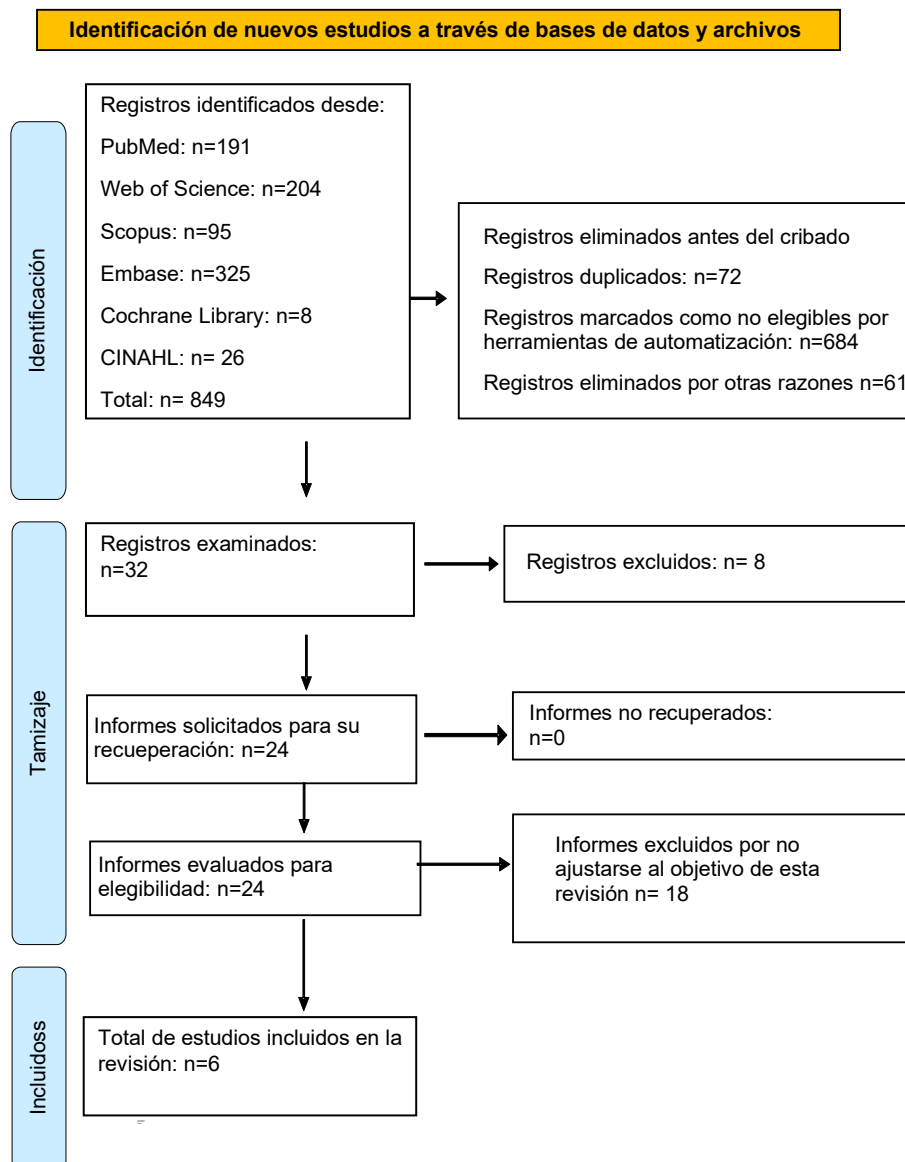
## Calidad metodológica y riesgo de sesgos de los estudios incluidos

La calidad metodológica de los estudios incluidos se evaluó con los ítems de Joanna Briggs Institute adecuados para el diseño de estos <sup>(20)</sup>. Se aplicó la escala SIGN a los 6 artículos seleccionados para evaluar su riesgo de sesgo <sup>(21)</sup>.

## RESULTADOS

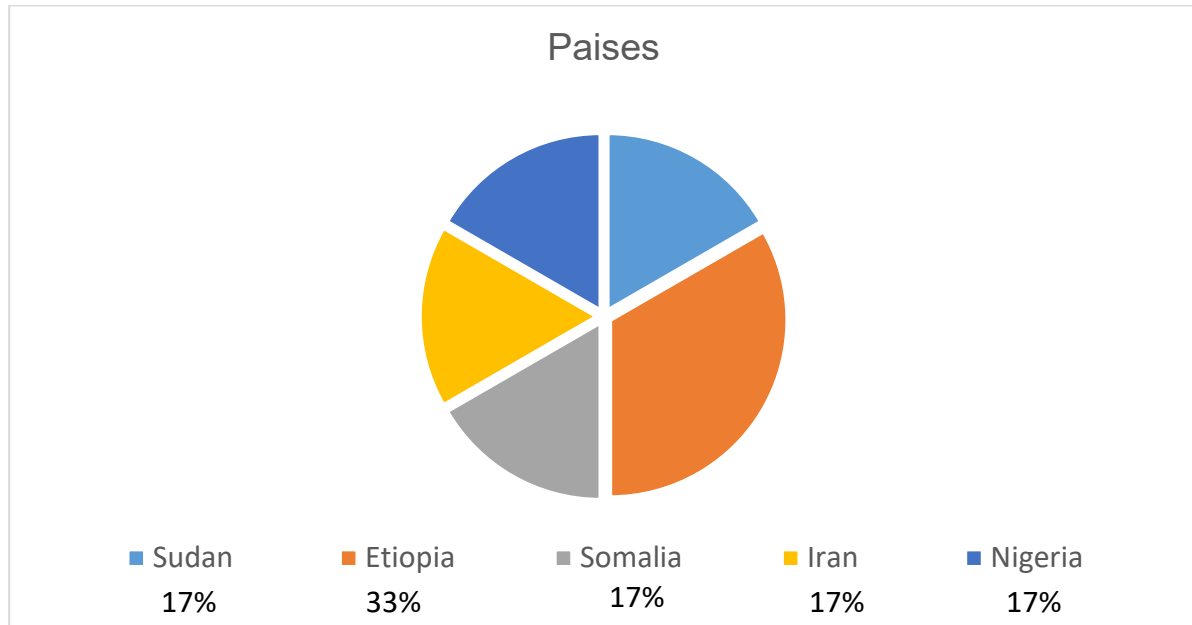
La implementación de la estrategia de búsqueda anteriormente citada permitió identificar 849 artículos los cuales fueron sucesivamente seleccionados según los propósitos de este estudio hasta llegar a la selección de estudios (Figura 1). Finalmente, en esta revisión se incluyen 6 estudios cuyo contenido es analizado.

**Figura 1:** Diagrama de flujo PRISMA del estudio. Fuente: Elaboración propia.



Los artículos analizados con aportan evidencia sobre grupos poblacionales de distintos países que se distribuyen tan y como se recogen en la siguiente ilustración (Figura 2).

**Figura 2:** Procedencia de la población estudiada



En lo referido a la calidad metodológica de los estudios de cohortes, se establece que únicamente no se cumplieron con los ítems “¿Se informó el tiempo de seguimiento y fue suficiente para que ocurrieran los desenlaces?” (n = 2), ¿El seguimiento fue completo y, si no, se describieron y exploraron las razones de la pérdida de seguimiento? (n = 3) y ¿Se utilizaron estrategias para abordar el seguimiento incompleto? (n = 3). En los estudios transversales, no se cumplieron los ítems “¿Se identificaron los factores de confusión?” (n = 2) ni “¿Se declararon estrategias para tratar los factores de confusión?” (n = 2).

Los resultados obtenidos de los estudios incluidos se describen continuación. En primer lugar, se presentan las características más relevantes de los estudios analizados (tabla 1). Finalmente, se discuten los principales resultados sobre las consecuencias de la mutilación genital femenina en la salud reproductiva femenina.

**Tabla 1:** Características de los estudios incluidos

Título, autor, año, riesgo de sesgos y calidad metodológica	Diseño y Muestra	Objetivo	Resultados
<p>“The impact of female genital mutilation/ cutting on obstetric outcomes and its management” Akpak YK, Yilmaz I. (22) 2022 SIGN: 2+ JBI: 9/11 ítems</p>	<p>Estudio de cohortes retrospectivo. N= 220 embarazadas. (n= 110 con A/MGF y 110 sin A/MGF).</p>	<p>Determinar los efectos obstétricos y neonatales de la A/MGF en gestantes, en un grupo homogéneo.</p>	<p>La comparación entre el grupo A/MGF frente a no A/MGF aportó: -mayor número de cesáreas [n=20 (20%)] vs [n=9 (8,2%)] con p=0,03 -2º fase del parto prolongada [61,4 +/- 28,4 +/- 39,1 (min +/-DE)], p = 0,04 -Más episiotomías y desgarros perineales [n=47 (42,7%)] vs [n=17 (15,4%)] p =0,001. -Más hemorragia [n=12 (10,9%)] vs [n=3 (2,7%)] p =0,001.</p>
<p>“A prospective cohort study of the relationship of female genital mutilation with birth outcomes in Somalia” Kulaksiz D et al.(23) 2022 SIGN: 2+ JBI: 11/11 ítems</p>	<p>Estudio de cohortes prospectivo. N=268 embarazadas. (n=134 embarazadas con A/MGF y n=134 embarazadas sin A/MGF).</p>	<p>Evaluar los resultados del parto en mujeres con MGF entre las mujeres de Somalia.</p>	<p>La comparación entre el grupo A/MGF frente a no A/MGF aportó: -segunda fase del parto (74,3 +/-26,8) vs (45,6 +/- 25,4) p= 0,004. Diferencia hemoglobina tras parto [9,5+/-0,9 vs 10,1+/- 1,0] p=0,042 -Cesareas [n=19(14,17%)]vs [n=9 (6,71%)] riesgo relativo (RR) de 2,11 (1,05-3,17) y p = 0,036 -Desgarros perineales [n=21 (15,67%)] vs [n=9 (6,71%)] RR 2,48 (1,28-3,68) y p = 0,033</p>
<p>“The effect of female circumcision on maternal and neonatal outcomes after childbirth: a cohort study” Rabiepour S, Ahmadi Z.(24) 2023 SIGN: 2+ JBI: 9/11 ítems</p>	<p>Estudio de cohortes prospectivo. N=320 embarazadas (n=160 embarazadas con MGF y n=160 mujeres embarazadas sin MGF)</p>	<p>Investigar el efecto de la circuncisión femenina en los resultados maternos y neonatales.</p>	<p>La comparación entre el grupo A/MGF frente a no A/MGF aportó: -Cesáreas [n= 94 (58,8%)] vs [n=100 (62,7%)] p=0,42 -Episiotomía (62,5% tipo I) y (37,5% tipo II) p = 0,006 -Hemorragia postparto p =0,36 -2º fase del parto prolongada. p= 0,03</p>



Título, autor, año, riesgo de sesgos y calidad metodológica	Diseño y Muestra	Objetivo	Resultados
<p>“Female genital mutilation and obstetric outcome: A cross-sectional comparative study in a tertiary hospital in Abakaliki South East Nigeria” Anikwe CC et al.<sup>(25)</sup> 2019. SIGN: 2+ JBI: 6/8 ítems</p>	<p>Estudio transversal. N=520 mujeres parturientas (n=260 parturientas con MGF y n=260 parturientas sin MGF)</p>	<p>Comparar el resultado obstétrico entre parturientas con mutilación genital y una cohorte sin mutilación genital.</p>	<p>La comparación entre el grupo A/MGF frente a no A/MGF aportó: -cesáreas (n=8 - 3,07%) vs (n=5 - 1,92%) p= 0,64 -segunda fase del parto prolongada [n=28 (10,76%)] vs [n=43 (16,53%)] p =0.001 -Desgarro perineal [n=147 – “59,32%)] vs [n=113 – “45,6%)], p = 0,001 -Hemorragia: [n=28(10,76%)] vs [n=24(9,7%)], p =0,001.</p>
<p>“Assessment of complications associated with female genital cutting among postnatal women in Chuko Primary Hospital, Sidama region, Southern Ethiopia” Yosef Y et al.<sup>(26)</sup> 2023 SIGN: 2+ JBI: 6/8 ítems</p>	<p>Estudio transversal. El 76,8% mujeres con MGF y las 23,2 mujeres sin MGF.</p>	<p>Evaluar las complicaciones asociadas a la mutilación genital femenina entre las puérperas.</p>	<p>La comparación entre el grupo A/MGF frente a no A/MGF aportó: -Segunda fase del parto prolongada (AOR=1,52; IC del 95%: 0,03; 0,82), p = 0,0001. -Episiotomía: [n =39 (95,9%)] vs [n=6 (4,1%)] (AOR=7,3; IC del 95%: 0,23;23) p =0,001.</p>
<p>“Sequela of female genitalmutilation on birth outcomes in Jijiga town, Ethiopian Somali region: a prospective cohort study” Gebremicheal K et al.<sup>(27)</sup> 2018 SIGN: 2+ JBI: 8/11 ítems</p>	<p>Estudio de cohortes prospectivo. n=142 parturientas con MGF y n=139 parturientas sin MGF.</p>	<p>El objetivo era probar la hipótesis de que la MGF es un factor de riesgo para las complicaciones durante el parto.</p>	<p>La comparación entre el grupo A/MGF frente a no A/MGF aportó: -Desgarro perineal [RR = 2,52 (IC 95%: 1,26-5,02)] p=0,001 - Hemorragia [RR = 3,14 (IC 95%: 1,27-7,78)] p=0,022 -Cesárea [RR= 1,52 (IC 95%: 1,04-2,22)] p=0,008.</p>

## DISCUSIÓN

La presente revisión ha recopilado la evidencia más reciente sobre las consecuencias de la A/MGF en la salud reproductiva. Las mujeres afectadas por esta práctica constituyen un grupo heterogéneo debido a las distintas variantes de A/MGF, lo que dificulta la comparación entre estudios. No obstante, se ha documentado un impacto negativo en diversos aspectos del parto y el posparto.

Uno de los hallazgos más consistentes fue el aumento en la tasa de cesáreas en mujeres con A/MGF en comparación con aquellas que no la habían sufrido. Múltiples estudios coincidieron en reportar una mayor frecuencia de cesáreas en este grupo (22,23,27), aunque con variabilidad en la significación estadística de los resultados (26,25). Algunos trabajos analizaron además el tipo de A/MGF y su relación con la necesidad de cesárea, evidenciando un riesgo más elevado a medida que aumentaba la severidad de la mutilación (27). Sin embargo, se encontraron resultados divergentes, como los de Rabiepour y Ahmadi (24), quienes no evidenciaron una mayor frecuencia de cesáreas en el grupo de A/MGF.

La prolongación de la segunda fase del parto fue otro de los efectos identificados. Todos los estudios revisados evidenciaron un tiempo significativamente mayor en esta fase en mujeres con A/MGF, lo que sugiere una relación clara entre la mutilación y la dificultad en el trabajo de parto (22,23,24). Aunque los criterios temporales para definir esta fase pueden variar entre países, los resultados fueron congruentes en indicar un incremento en la duración del parto en este grupo de mujeres. En algunos casos, esta prolongación se asoció a un mayor riesgo obstétrico (25,26), mientras que en otros no se encontró una diferencia estadísticamente significativa (27).

En cuanto a la necesidad de episiotomía, la evidencia respaldó una mayor incidencia de esta intervención en mujeres con A/MGF (22,24,25). Este hallazgo se asoció a la menor elasticidad del tejido perineal en mujeres afectadas, lo que dificultó el paso del bebé y aumentó la necesidad de intervenciones obstétricas. Del mismo modo, se reportó una mayor frecuencia de desgarros perineales en este grupo (22,23,25,27), aunque con variabilidad en la significación estadística entre los estudios analizados (26).

La hemorragia postparto fue otro de los indicadores evaluados. Algunos estudios señalaron una mayor pérdida de sangre en mujeres con A/MGF (22,27), aunque con diferencias en la clasificación de la hemorragia. Mientras que algunos estudios evidenciaron niveles de hemoglobina más bajos en el grupo de A/MGF tras el parto (23), otros indicaron que no existían diferencias significativas en la cantidad de sangre perdida entre los grupos comparados (24). Sin embargo, algunos estudios sí reportaron diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de hemorragia postparto en mujeres con A/MGF (25,26).

## Limitaciones y fortalezas

Una de las principales fortalezas de esta revisión fue la inclusión de múltiples estudios con distintas metodologías (cohortes retrospectivas y prospectivas, estudios transversales), lo que permitió un análisis más amplio de las consecuencias de la A/MGF. Sin embargo, existen importantes limitaciones que deben considerarse. En primer lugar, la heterogeneidad en la clasificación de la A/MGF dificultó la comparación de resultados entre estudios. La ausencia de información sobre factores como la paridad, el uso de técnicas analgésicas o el estado general de salud de las mujeres limitó la interpretación de los hallazgos.

Otro aspecto relevante fue que todos los estudios incluidos se realizaron en países africanos, lo que plantea la necesidad de evaluar estos efectos en otros contextos sanitarios. Además, aunque algunos estudios abordaron el impacto de diferentes tipos de A/MGF en los resultados obstétricos (27,24), la mayoría no profundizó en los motivos

específicos que llevaron a la indicación de una cesárea o episiotomía, lo que podría aportar información clave sobre los mecanismos implicados en estas complicaciones.

## **Aplicación y perspectivas de futuro**

Los hallazgos de esta revisión refuerzan la necesidad de abordar la A/MGF como un problema de salud pública con importantes implicaciones obstétricas. La evidencia recopilada sugiere que las mujeres con A/MGF tienen un mayor riesgo de complicaciones en el parto, lo que subraya la importancia de adaptar la atención obstétrica a sus necesidades específicas.

Sería recomendable que futuras investigaciones incorporen variables como la justificación clínica de las cesáreas y episiotomías, así como un análisis más detallado del estado de salud previo de las gestantes. Además, sería relevante estudiar el impacto de la A/MGF en entornos sanitarios distintos, incluyendo países con sistemas de salud más desarrollados, para evaluar si las intervenciones médicas pueden mitigar algunas de las complicaciones observadas.

Con todo ello, se estableció que la A/MGF representó un factor de riesgo para diversas complicaciones obstétricas. Aunque existieron diferencias en la magnitud del impacto según el estudio y la metodología empleada, los resultados en su conjunto refuerzan la necesidad de estrategias preventivas y de atención especializada para las mujeres afectadas por esta práctica.

## **CONCLUSIÓN**

Esta revisión estableció como objetivo general describir las complicaciones en la salud reproductiva derivadas de la mutilación genital femenina. Tras revisar y examinar los estudios seleccionados para el desarrollo de esta revisión, se ha puesto de manifiesto una diversidad de resultados entre los diferentes autores.

No existe un consenso entre los diferentes autores en cuanto al aumento de la realización de cesáreas, prolongación de la 2<sup>o</sup> fase del parto, pérdida de sangre postparto, episiotomía y daños perineales en mujeres embarazadas con A/MGF. En cambio, se observa cierta tendencia a favor de que la A/MGF aumenta las probabilidades de sufrir dichas complicaciones.

Por todo ello, se requieren más estudios para obtener hallazgos más sólidos. También sería relevante conocer los criterios que fundamentaron decisiones como la realización de cesáreas o episiotomías. Además, resulta crucial contar con más información sobre los sistemas sanitarios de los países donde fueron atendidas las mujeres incluidas en los estudios, así como sobre los documentos de consenso que orientan la práctica médica en estos contextos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, Puren A. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial. *PLoS Med.* 2005; 2(11): e298.

2. Hellsten SK. Rationalising circumcision: from tradition to fashion, from public health to individual freedom-critical notes on cultural persistence of the practice of genital mutilation. *J Med Ethics*. 2004; 30(OMS, 1988): 248-53.
3. World Health Organization. Report on the Regional Seminar on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children in Africa, 6-10 April 1987, Addis Ababa, Ethiopia. 1988.
4. Gudeta TA, Regassa TM, Gamtessa LC. Female genital mutilation: prevalence, associated factors and health consequences among reproductive age group women in Keffa Zone, Southwest, Ethiopia. *Reprod Health*. 2022; 19(1): 1-9.
5. León-Larios F, Casado-Mejía RM. Conocimientos, actitudes y experiencias profesionales de las matronas de atención primaria de salud de Sevilla sobre mutilación genital femenina. *Matronas Profesión*. 2014; 15(2): 56-61.
6. World Health Organization. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. 2016. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/206437/?sequence=1>
7. Gallego MA, López MI. Mutilación genital femenina: Revisión y aspectos de interés médico legal. *Cuad Med Forense*. 2010; 16(3): 145-51
8. Jiménez-Ruiz I. Enfermería y Cultura: las fronteras del androcentrismo en la Ablación/Mutilación Genital Femenina. Proyecto de investigación (Tesis doctoral). 2015. Universidad de Murcia.
9. Lucas B. Aproximación antropológica a la práctica de la ablación o mutilación genital femenina. *Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho*. 2008; 17:4.
10. Nzinga AM, De Andrade Castanheira S, Hermann J, Feipel V, Kipula AJ, Bertuit J. Consequences of Female Genital Mutilation on Women's Sexual Health—Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Sexual Medicine*. 2021; 18(4): 750-760.
11. Biglu MH, Farnam A, Abotalebi P, Biglu S, Ghavami M. Effect of female genital mutilation/cutting on sexual functions. *Sexual Reprod Healthc*. 2016; 10:3-8.
12. Ezeoke GG, Adeniran AS, Adesina KT, Fawole AA, Ijaiya MA, Olarinoye AO. Female adolescents and the future of female genital mutilation/cutting: a report from an endemic area. *Afr Health Sci*. 2021; 21(4): 1808-16.
13. Smolak A. The association of female circumcision with HIV status and sexual behavior in Mali: a multilevel analysis. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2014; 65(5): 597-602.
14. González-Timoneda A, Ruiz Ros V, González-Timoneda M, Cano Sánchez A. Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: are we ready for this challenge? *BMC Health Serv Res*. 2018; 18(1):1-13.
15. Kaplan A, Torán Monserrat P, Bedoya Muriel MH, Bermúdez Anderson K, Moreno Navarro J, Bolívar Ribas B. Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria. *Atención Primaria*. 2006; 38(2): 122-6.
16. Jiménez-Ruiz I, Martínez PA, Bravo MMP, Roche FP. Aproximación a la Ablación/Mutilación Genital Femenina (A/MGF) desde la Enfermería Transcultural. Una revisión bibliográfica. *Enfermería Global*. 2012; 11(4).
17. Ávila FP, Mas MM, Moreno JB, Giner AR, Ferrandis EF. Mutilación genital femenina. *Educare21*. 2009;54.
18. Ackley BJ, Ladwig GB, Makic MBF, Martinez-Kratz MR, Zanotti M. Nursing diagnosis handbook, revised reprint with 2021-2023 NANDA-I® updates - e-book. Elsevier Health Sciences; 2021.

19. Jiménez-Ruiz I, Martínez PA, Carpenito LJ. Proposal for Nursing Diagnosis: Post Female Genital Mutilation Syndrome. *Enfermería Global*. 2017;16(1):51-68.
20. Joanna Briggs Institute. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. 2020. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2020.
21. Higgins JPT, Altman DG, Sterne JA. Assessing risk of bias in included studies. In: Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 (updated March 2011)*. The Cochrane Collaboration; 2011. p. 243-96. Available from: [handbook.cochrane.org](http://handbook.cochrane.org).
22. \*Akpak, YK, Yilmaz, I. The impact of female genital mutilation/cutting on obstetric outcomes and its management. *J Mater Fetal Neonatal Med*. 2022; 35(5): 927-932.
23. \*Kulaksiz D, Abdi Nor I, Erin R, Baki Erin K, Toprak T. A prospective cohort study of the relationship of female genital mutilation with birth outcomes in Somalia. *BMC Womens Health*. 2022; 22(1): 202.
24. \*Rabiepour S, Ahmadi Z. The effect of female circumcision on maternal and neonatal outcomes after childbirth: a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):46.
25. \*Anikwe CC, Ejikeme BN, Obiechina NJ, Okoro-chukwu BC, Obuna JA, Onu FA, et al. Female genital mutilation and obstetric outcome: a cross-sectional comparative study in a tertiary hospital in Abakaliki, South East Nigeria. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. 2019; 1:100005.
26. \*Yosef Y, Borsamo A, Abeje S. Assessment of complications associated with female genital cutting among postnatal women in Chuko Primary Hospital, Sidama region, Southern Ethiopia. *SAGE Open Medicine*. 2023; 11:20503121221144243.
27. \*Gebremicheal K, Alemseged F, Ewunetu H, Tolossa D, Ma'alin A, Yewondwessen M, et al. Sequela of female genital mutilation on birth outcomes in Jijiga town, Ethiopian Somali region: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018; 18(1): 305.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia