



Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat

**Treball final de Grau
Curs acadèmic 2013-2014**

Proyecto de guía de práctica clínica: Prevención de la circuncisión ritual y sus complicaciones y secuelas

**José María Gámez Téllez
Fernando Hernández González**

**Mercè Muñoz Gimeno
Francisca Ruiz**

Sant Cugat del Vallès, Junio de 2014

Contenido

1. Introducción	5
1.1. Presentación.....	5
2. Antecedentes	7
2.1. Definición de la circuncisión	7
2.2. Procedimiento quirúrgico de la circuncisión	7
2.3. Indicaciones terapéuticas de la circuncisión.....	7
2.3.1. Fimosis.....	8
2.3.2. Parafimosis	8
2.3.3. Balanitis xerótica obliterante.....	9
2.4. Falsas creencias acerca de la circuncisión	9
2.5. Circuncisión ritual.....	11
2.5.1. La circuncisión en el Islam	11
2.5.2. La circuncisión en el judaísmo	12
2.6. Complicaciones y secuelas	12
2.7. Efectos psicológicos de la circuncisión	14
2.8. Situación actual de la circuncisión.....	15
3. Justificación.....	17
4. Metodología.....	19
4.1. Búsqueda bibliográfica	19
4.1.1. Palabras clave	19
4.1.2. Estrategia de búsqueda	20
4.2. Población diana	21
4.3. Ámbito asistencial	21
4.4. Proceso asistencial	21
4.5. Formulación de preguntas.....	22
4.6. Constitución del Grupo elaborador	24
4.6.1. Líder.....	25
4.6.2. Clínicos	25
4.6.3. Experto en metodología	26
4.6.4. Colaboradores expertos	26
4.7. Funcionamiento del grupo elaborador.....	27
4.8. Revisión externa	27
4.9. Diseño de algoritmos y recomendaciones.....	28

4.10. Claves de implementación de la guía	28
5. Discusión	30
6. Bibliografía	32
I. Anexo	35

Abstract

La circuncisión constituye una práctica que se considera una mutilación genital. Presenta un dilema ético pues, a pesar de su presencia internacional, vulnera los derechos del niño y la libertad religiosa.

En nuestro país, ya existen guías de práctica clínica para la prevención de la mutilación genital femenina. Sin embargo, no hay a disposición de los profesionales sanitarios información suficiente y herramientas para enfrentarse a la circuncisión. Consecuentemente, existe un sobrediagnóstico de patologías para las que está indicada la circuncisión y una falta de recursos para abordar la circuncisión ritual.

El proyecto de guía de práctica clínica que se presenta, constituye una fuente de información dirigida al personal sanitario y tiene el objetivo de ofrecer las herramientas necesarias para abordar el problema.

El proyecto se ha realizado mediante la revisión bibliográfica y la evidencia científica, así como la experiencia de diferentes profesionales expertos.

Los problemas que se encuentran al abordar la circuncisión son tanto el desconocimiento, como la dicotomía de opiniones en cuanto al uso de esta práctica, ya que algunas fuentes proponen que podría ser beneficiosa, mientras que nuevas líneas de investigación y corrientes médicas abogan por la conservación.

Abstract

Circumcision is a procedure considered as genital mutilation. It is regarded as an ethical dilemma because, in spite of its international presence, it infringes child rights and religious freedom.

In Spain, there are already clinical practice guidelines to prevent Female Genital Mutilation. However, health professionals do not have enough information and tools to deal with circumcision. Consequently, there is a lack of resources to fight ritual circumcision as well as an overdiagnosis of pathologies whose main treatment is circumcision.

This guideline is a source of information aimed at health professionals. Its purpose is to offer necessary tools to face this problem.

The guideline has been developed by following scientific evidence, through literature review, as well as the expertise of certain professionals.

Problems faced by professionals who approach circumcision are the popular ignorance and the dichotomy of opinions regarding this procedure, since some sources propose circumcision might be beneficial, whereas new research lines and medical currents stand for conservation.

1. Introducción

1.1. Presentación

Este documento constituye un proyecto de guía de práctica clínica para la prevención de la mutilación genital masculina ritual o circuncisión ritual. Esta práctica se define como la extirpación del prepucio del glande mediante una incisión y se realiza en todo el mundo por motivos médicos o culturales. Es imprescindible señalar que la circuncisión ritual supone un dilema ético, que vulnera los derechos del niño y atenta contra la libertad religiosa.

En estas páginas se tratará la atención a los pacientes para los que exista una indicación terapéutica de circuncisión, así como los cuidados necesarios para prevenir sus complicaciones y secuelas. El proyecto pretende proporcionar información sobre el procedimiento de la circuncisión, sus indicaciones terapéuticas, sus significaciones como rito realizado en varias religiones, sus consecuencias físicas y psicológicas a corto y largo plazo, así como un análisis de las alternativas existentes.

En los apartados posteriores, se plantearán también las bases para la futura creación de la guía: definición, indicaciones y complicaciones de la circuncisión, significaciones religiosas y culturales, datos estadísticos sobre la incidencia y los costes, así como otros detalles. Entre estas bases se incluirá la clasificación de un elenco de profesionales y expertos, de dentro y fuera de las comunidades donde se practica el procedimiento, cuyos conocimientos serán necesarios a la hora de abordar la cuestión de la circuncisión. Éstos deberán aportar información y evidencia a las recomendaciones que la guía propone como respuesta a las preguntas que podría realizarse el profesional en cuyas manos se encuentre.

El objetivo general de este proyecto es realizar una guía de práctica clínica que ofrezca las herramientas necesarias para que el personal de enfermería y medicina pediátrica, especialmente en el ámbito comunitario,

pueda tratar la circuncisión desde la prevención, es decir, anticipándose a la realización de la práctica y trabajando para que no se ejecute y, por otra parte, desde la promoción de la salud, tratando la información y poniéndola a disposición de los usuarios para evitar en la medida de lo posible las complicaciones o secuelas mejorando así la atención a estos pacientes.

Consecuentemente, los objetivos específicos del proyecto son aquellos requeridos para la consecución de susodicha meta. Estos objetivos planteados son, entre otros, analizar los antecedentes de la cuestión en cuanto a evidencia científica, así como experiencia en sistemas sanitarios similares al nuestro o en ámbitos cuyo estudio pueda ser útil en la aplicación de la futura guía; y realizar un repaso de todos los pasos del proceso desde el punto de vista clínico para identificar indicaciones, procedimientos, complicaciones y secuelas.

Se detallará más ampliamente el público diana de la guía, que estará principalmente enfocada a las enfermeras de primaria en la labor que realizan con los padres de los niños en situación de riesgo, es decir, aquellos que son susceptibles por su etnia y/o religión de solicitar la circuncisión para sus hijos.

Cabe mencionar la importancia del papel del personal de enfermería en la prevención de problemas como el de la circuncisión ritual debido, principalmente, a su rol líder en la fase preventiva del proceso asistencial, sobre todo desde la atención comunitaria. Gracias a la proximidad de la enfermera al paciente, especialmente en la pediatría comunitaria, es capaz de detectar los casos en los que los niños son vulnerables a esta práctica.

2. Antecedentes

2.1. Definición de la circuncisión

Como se ha mencionado en el apartado anterior, la circuncisión es una intervención que consiste en la extirpación total o parcial del prepucio del glande. Dentro del sistema biomédico, se practica como medio para tratar ciertas patologías del aparato genital masculino. Pero también se realiza esta intervención por motivos rituales en algunas culturas.

2.2. Procedimiento quirúrgico de la circuncisión

Cuando hablamos de circuncisión por etiología médica, hay diversos modos de practicarla, dependiendo de la edad del niño. En Estados Unidos, donde se practica rutinariamente a todos los niños recién nacidos, se aplica un anestésico local, se coloca un aro de plástico o de metal en el prepucio y luego se corta. El aro de metal se retira, y el anillo de plástico se sutura hasta que cae solo dejando la herida cicatrizada. En niños más grandes o adolescentes se procede a hacer anestesia general, se corta el prepucio y luego se sutura la piel restante con puntos reabsorbibles que caen solos. Actualmente se tiende a realizar cirugía mayor ambulatoria que no requiere ingreso hospitalario. No obstante en niños pequeños se requiere hospitalización convencional debido a la anestesia.(1) Hay muchas más formas de realizar el procedimiento y dependen del cirujano o el sacerdote que las ejecute, muchas de estas prácticas requieren utensilios adicionales específicos para practicar la circuncisión. Algunos de ellos como la pinza de Mogen han sido prohibidas (en la religión judía) dada la alta probabilidad de dañar el glande.(2)

2.3. Indicaciones terapéuticas de la circuncisión

Para la medicina tradicional, la circuncisión está indicada en el tratamiento de tres patologías bien definidas: la fimosis, la parafimosis y la balanitis xerótica obliterante.

2.3.1. Fimosis

La fimosis se caracteriza por la no retracción del prepucio y puede ser primaria (fisiológica) o secundaria (causada por alguna patología que cicatriza el anillo prepucial).(3,4) Este diagnóstico es un motivo por el que habitualmente se practica la circuncisión. No obstante, existe tratamiento tópico para los casos en los que existen adherencias balano prepuciales ligeras, y no en los casos de fimosis verdaderas, que, por otra parte, se dan en una proporción mucho menor a los casos diagnosticados, según ciertas fuentes.(3,5) Hay que tener en consideración que sólo el 4% de los niños recién nacidos presenta el prepucio retráctil, ya que a menudo se da una fimosis fisiológica en los niños hasta los 3-4 años de vida. A los 6 años de edad sólo el 8% presenta fimosis con adherencias balano prepuciales que remiten espontáneamente con el tiempo hasta llegar a los 16 años, edad en la que sólo el 1% lo presenta. Se estima que el 60% de las circuncisiones son innecesarias, según la evidencia científica.(3) Diversos estudios afirman que la circuncisión disminuye el riesgo de infecciones del tracto urinario durante los primeros meses de vida, probablemente esto se deba a una dificultad en la realización de la higiene producida por la imposibilidad de retraer el prepucio a causa de la fimosis fisiológica; no obstante otros estudios sugieren que las causas de estas infecciones son iatrogénicas o por retracciones prematuras del prepucio, además también sostienen la hipótesis de que la propia circuncisión conlleve un riesgo de contracción de la bacteria e. coli.(3)

2.3.2. Parafimosis

La circuncisión también está indicada en la parafimosis, y se debe tratar como una urgencia, ya que se caracteriza por un prepucio retraído por debajo del surco que constriñe el glande y que puede causar graves secuelas, aparte de la circuncisión existen otros tratamientos como la reducción mecánica o el tratamiento con azúcar tópico o inyecciones de medicamentos para reducir la inflamación.(3,6,7)

2.3.3. Balanitis xerótica obliterante

Por último, la circuncisión también está indicada como tratamiento de elección de la balanitis xerótica obliterante. No obstante, tras una revisión bibliográfica,(3,8) hemos descubiertos tratamientos alternativos que podría utilizarse como primera opción, en las próximas líneas se detallarán. La balanitis xerótica obliterante es una enfermedad inflamatoria mucocutánea que es causada por una variante localizada del Liquen Escleroso, su presentación clínica consta de lesiones blanquecinas que se esparcen por el glande y el prepucio y que raramente atacan la piel del pene, los síntomas más comunes son prurito, quemazón y pérdida de sensibilidad en la zona afectada. En casos más graves puede llegar a haber compromiso del meato uretral (como estenosis) y de la uretra prostática. El tratamiento puede ser con antibióticos o mediante corticoides vía tópica, también existen nuevos tratamientos como el láser y por último existe la posibilidad de la circuncisión.(3,8)

2.4. Falsas creencias acerca de la circuncisión

Existe la creencia de que la circuncisión es una buena medida para la prevención del cáncer de pene o cérvix. Aunque se recoge una mayor prevalencia en hombres no circuncidados, es evidente que la zona amputada no desarrollará tumoraciones, pero se han observado casos de tumor en la línea de la cicatriz. En cuanto a la prevención del cáncer de cérvix, se demuestra que el procedimiento no es efectivo ya que hay la misma tasa de infección del VPH en hombres no circuncidados y en circuncidados.(9) Por otra parte, ciertos estudios sugieren que debido a las bajas tasas de cáncer de pene la misma práctica de la circuncisión supondría 100 veces más costes que el tratamiento directo. Además en los países donde más alta es la tasa de circuncisión sigue habiendo la misma prevalencia de cáncer de pene.(3)

Otro motivo por el que ciertas instituciones (10,11) abogan por el procedimiento de la circuncisión es por la hipótesis de que ésta reduce el riesgo de contraer algunas enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH aunque afirman que no hay evidencias suficientes para ello. Sin embargo,

existen estudios que relacionan el menor índice de contagio en poblaciones musulmanas circuncidadas a motivos secundarios como la poca aceptación de las relaciones sexuales esporádicas en estas sociedades.(12) De la misma forma, numerosos estudios desmienten que la circuncisión disminuya el riesgo de contraer el VIH y que, incluso, el hecho de promulgar su uso, como método preventivo, puede ocasionar una tasa más alta de infección, por la falta de prevención por parte de los hombres circuncidados, consecuencia de la falsa creencia de que la circuncisión los protege del contagio. (13,14)

Cabe mencionar que los diferentes estudios realizados en África cuyos resultados apoyan la circuncisión como método de prevención del VIH tienen sesgos reconocidos en posteriores revisiones como el haber sido finalizados antes de tiempo al obtener resultados favorables a sus propuestas; tampoco tuvieron en cuenta las relaciones homosexuales; hubo más participantes que abandonaron el estudio de los que contrajeron el virus; ciertos participantes contrajeron el VIH por otros medios no relacionados con la vía sexual; la educación recibida por los participantes no se habría dado en un medio real; las condiciones de las intervenciones quirúrgicas no hubieran podido ser replicadas en todos los territorios que supuestamente cubrían los estudios de forma masiva, etc.(15) Asimismo, se concluyó que la circuncisión masculina no tenía ningún efecto preventivo en las mujeres y que, de hecho, aumentaba el riesgo posiblemente porque las parejas volvían a mantener relaciones sexuales antes de que la herida quirúrgica hubiera cicatrizado correctamente.(16) El tiempo de cicatrización superó los 60 días en el 24% de las circuncisiones rituales y el 19% de las medicalizadas, según un estudio de la OMS.(17)

La mayoría de estudios están de acuerdo en que no existe una indicación coste-efectiva de la circuncisión como medida para reducir la difusión del VIH, ya que otros medios como el uso de preservativos y, por supuesto, la educación sanitaria, demostraron ser mucho menos costosos y proporcionar mejor protección.(13,15,18)

2.5. Circuncisión ritual

Del mismo modo que existe la circuncisión dentro de los sistemas biomédicos, existe la circuncisión de etiología ritual, que se practica en la religión judía y en culturas musulmanas y africanas, entre otras. El procedimiento ritual, varía mucho dependiendo del origen étnico de la persona y además difiere en la mayoría de los casos del procedimiento médico.

2.5.1. La circuncisión en el Islam

Es necesario hacer hincapié sobre la circuncisión en la cultura musulmana por su importante presencia en nuestro país, debido al importante flujo migratorio que existe desde África, donde la gran mayoría de población es musulmana.

La circuncisión no está reconocida en el Corán. Sin embargo, es una práctica muy extendida entre los musulmanes, constituyendo éstos el mayor segmento de población circuncidada del mundo. El procedimiento se denomina *Khitan* (ختان) y no existe una prescripción sobre el momento de la vida del niño en el que se debe realizar. Constituye uno de los preceptos conocidos como *fitra*, y relacionados con la higiene, muy importante en el Islam ya que es indicada como conducta personal adecuada e imprescindible para el rezo. La circuncisión en la comunidad musulmana es un tema relativamente controvertido, ya que a pesar de su alta prevalencia, solo está recogida en los *hadithes* (حدیث), dichos y acciones del profeta recogidos tras su muerte, y las *madahib* (مذاهب) o escuelas jurídicas del Islam proponen diferentes interpretaciones. En la secta sunní se considera recomendable, aunque no obligatoria. Mientras que en la chíí, que sigue las enseñanzas de Ali, primo y yerno del profeta Mahoma, es obligatoria. Otros grupos que proponen el Corán como única fuente válida en el Islam opinan que la circuncisión es incluso *haram* (حرام), o prohibida, puesto que el Corán manifiesta que el cuerpo humano, como creación divina, es perfecto y no debe ser modificado.(19)

2.5.2. La circuncisión en el judaísmo

Por ser una religión de relevancia en la escena internacional, en la que la circuncisión es clave como rito de acceso a la comunidad, es preciso considerar también la religión judía. En ambas culturas, ya existen organizaciones que proponen rituales alternativos a la circuncisión y que pueden servir de soporte para la elaboración de la futura guía. (20–23)

En el judaísmo, el rito de la circuncisión o *Mitzvá* (מצוה) es muy importante y arraigado, pues representa el pacto entre Abraham y Dios. Debe realizarse el octavo día después del nacimiento y se compone de tres partes bien diferenciadas: la *Milá* (מילה), o corte del prepucio; la *Priá* (פריעה), en la que se retira la piel fina que recubre el glande para dejar libre la corona del glande; y, por último, la *Metzitzá* (מציצה), o la succión de la sangre, que, en principio, el Mohel realiza con la boca.(24)

2.6. Complicaciones y secuelas

Un hecho similar en todas estas formas de practicar la circuncisión, ya sean médicas o rituales, son los riesgos y efectos secundarios que conllevan: hemorragias, fimosis, infección, retención urinaria, fístulas, necrosis, hipospadias y epiespadias de origen iatrogénico, puentes de piel, o el denominado pene "enterrado". Alguno de estos efectos adversos imposibilitan o dificultan en la edad adulta la erección y producen dolor en el acto sexual.(2)

Como intervención invasiva, la circuncisión conlleva una serie de problemas independientemente del tipo de procedimiento. Aparte de las complicaciones que puedan surgir durante la intervención y como consecuencia directa de ésta, existen artículos que revelan secuelas a largo plazo que aparecen en un gran porcentaje de varones circuncidados. Estas secuelas están, en su mayoría, relacionadas con la funcionalidad sexual e incluyen pérdida de sensibilidad en el glande, eyaculación precoz, disminución del placer sexual, dolor o incomodidad durante las relaciones sexuales,

quemazón u otras molestias.(25–27) Las secuelas de carácter físico se deben, en gran parte, a la queratinización del glande debido al roce y el contacto con superficies que no están presentes de forma natural, como la ropa. A su vez, la falta de piel debido a una retirada excesiva durante la intervención también favorece este hecho. Por último, la mala cicatrización del anillo prepucial y la pérdida o el daño de terminaciones nerviosas del pene pueden ser fuente de estas molestias.

En la mayor parte del ámbito geográfico en los que se practica esta técnica, se añaden complicaciones clínicas al postoperatorio, ya que en la mayoría de los casos se realizan por personas sin conocimientos médicos, y con extrema falta de higiene. Sin embargo, dentro de nuestro ámbito geográfico no dejan de existir riesgos o posibles complicaciones. Un estudio realizado en Aragón dónde se preguntó a la población inmigrante de África si habían realizado la circuncisión o pensaban realizarla a sus hijos, más del 90% respondió que lo habían hecho o pensaban hacerlo. El 67% realizó la circuncisión en su país de origen durante algún viaje (de estos un 84% de Marruecos y Argelia) y del 33% restante, el 92% era población subsahariana y la mitad de estos la realizaron en su domicilio, un 84% de origen Gambiano.(28)

Para hacernos una idea del riesgo que esto supone para estos niños, merece la pena mencionar que diversos estudios realizados en diferentes zonas de África sugieren graves problemas asociados a la circuncisión ritual frente a la médica.(29) Hay que tomar en consideración que los estudios realizados se han desarrollado en zonas de grandes poblaciones pero con pocos sujetos, y no han tenido en cuenta el gran grueso de población que vive en zonas rurales que no tienen acceso a hospitales.(29) Entre los problemas más graves, cabe destacar dolor extremo, las hemorragias abundantes, las circuncisiones mal realizadas que han requerido otra intervención y las infecciones de la herida quirúrgica. También aparecen casos de pérdida total o parcial del glande, así como infecciones graves que requieren de la amputación del miembro entero o que acaban en septicemia o incluso la muerte.(29)

Si añadimos el riesgo de infección de enfermedades infecciosas como el VIH o la hepatitis C (hay que recordar que son poblaciones con altas tasas de prevalencia de estas enfermedades) derivadas del uso de utensilios sucios o inadecuados (como trozos de las latas de refrescos, o cuchillos del hogar, navajas, etc.), encontramos que esta práctica constituye un riesgo de salud pública para esas poblaciones.

Como se ha referido anteriormente, diversos estudios sugieren que poblaciones inmigrantes que viven en nuestro país acuden a sus países de origen para realizar estos rituales, ya que el rito supone la entrada a la edad adulta y debe hacerse de forma tradicional, no medicalizada, ya que si no, no sirve. Los colectivos inmigrados del norte de África son especialmente propensos por motivos culturales a realizar estos ritos en sus países de origen con la familia, al igual que sucede con las niñas. No obstante, la protección y vigilancia que se ofrece en las niñas antes y después de realizar el viaje a su país, no se contempla en el caso de los niños.(28)

2.7. Efectos psicológicos de la circuncisión

La práctica de la circuncisión también conlleva secuelas psicológicas como se recoge en ciertos artículos.(30–32) Estos estudios aseguran que la mutilación genital no consentida a menores puede causar trastorno por estrés post traumático debido al intenso dolor al que son sometidos los niños y puede llevar a estados de alteración emocional en el adulto e incluso perjudicarles en su salud mental. Depresión, pena, cólera, ansiedad y el sentimiento de la vulneración personal son algunas características que se describen. En un estudio se describe que el 84% de la muestra de hombres seleccionados sentía una disminución del placer sexual y se consideraba inferior al resto de hombres.(31)

2.8. Situación actual de la circuncisión

Actualmente se estima que hay cerca de 50.000 niños menores de 14 años que provienen de países donde culturalmente se realiza el rito de la circuncisión (anexo I) y por lo tanto tienen un elevado riesgo de que se les realice esta práctica, ya sea en nuestro país o cuando vayan de vacaciones a su país de origen. En los años 2009-2010, en Cataluña se practicaron 8.297 circuncisiones, de las cuales el 29% requirieron ingreso hospitalario convencional, mientras que el 71% restante fue por cirugía mayor ambulatoria. (33)

Dentro del sector socio-sanitario pueden encontrarse referencias acerca de los pasos a seguir frente a la prevención de la mutilación genital. Aunque este soporte se centra en la mutilación genital femenina, que hoy en día en nuestro país está penada por la ley. La futura guía no pretende equiparar la mutilación genital femenina (MGF) con la mutilación genital masculina (MGM). No obstante, se tomarán referencias de guías transversales de prevención de la MGF elaboradas por profesionales de la sanidad, ya que, como todo el análisis anterior demuestra, puede considerarse que la MGM viola de forma explícita los derechos de los menores, al igual que la MGF viola los de las mujeres.

Numerosos organismos luchan o han intentado luchar contra esta práctica sin grandes resultados, ya que es una práctica bien vista a nivel internacional y se considera inocua e incluso beneficiosa. Pero numerosos países de Europa consideran esta práctica una violación de los derechos de los niños y se han manifestado en contra. (17,20,12)

Recientemente, diversas organizaciones internacionales están empezando a luchar en contra de la MGM sistemática que se realiza en algunos países, y piden la protección de los infantes en los casos en los que se realiza por motivos rituales. Entre las más importantes cabe destacar MGMBill,

o Amnistía internacional (a pesar de que presenta ideas contrapuestas en cuanto a este tema, por presiones políticas e ideológicas). Desde hace años se está haciendo un gran trabajo en la prevención de la MGF por parte de profesionales y activistas, tanto a nivel nacional como a nivel internacional. Si bien es cierto que las grandes secuelas físicas y psicológicas que deja la circuncisión no son comparables con el rito de la ablación, la ética que persigue el prevenirla es la misma, ya que la preservación genital en menores es un derecho fundamental básico, más allá del género. La lucha contra la MGF se reforzó en gran medida gracias al gran apoyo de asociaciones feministas que dieron visibilidad a este problema. Sin embargo, en cuanto al rito de la circuncisión se refiere, poca información se ha hecho pública, y en numerosas ocasiones, se ha recomendado como método preventivo de diversas enfermedades sin consenso en la interpretación de los resultados de los estudios realizados.

El *Institut Català de la Salut* y el *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya* dieron un gran paso cuando elaboraron una guía de prevención de la mutilación genital femenina para todos los profesionales sanitarios y sociales. Este proyecto pretende orientar a todos aquellos que se encuentran en esta situación y recomienda actividades y protocolos a seguir. Este tipo de guías junto con la tipificación de estas prácticas en el código penal, han ayudado a prevenir y detectar casos de mutilación en niñas pequeñas, a gran escala. Estos progresos pueden calificarse como un camino a seguir en el caso de la MGM.

3. Justificación

En primer lugar, cabe decir que toda práctica de mutilación genital queda prohibida en el código penal artículo 149, según la Ley Orgánica 11/2003 de 29 septiembre de medidas concretas de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. (34)

Dado que la MGM es un problema de salud, que viola sus derechos fundamentales, que, como se ha detallado anteriormente, puede ocasionar graves daños en el aspecto psicológico y físico tanto del niño como del futuro adulto, y que además supone un gran gasto sanitario tanto en la realización de la práctica quirúrgica como en las curas y cuidados posteriores, puede considerarse que es justificable elaborar una guía, y la proyectar medidas para la lucha contra la mutilación genital masculina.

Debido al hecho de que la circuncisión es una práctica quirúrgica que se realiza de forma no regulada por motivos religiosos y que esto aumenta los riesgos y secuelas del procedimiento y viola los derechos del menor, tanto a nivel de integridad física como de libertad religiosa, es necesario abordar el problema, con especial atención a aquellos niños que vayan a ser trasladados fuera del país para realizar esta práctica. Las condiciones en las que se practica la circuncisión en dichos países puede incrementar los riesgos, es por esto que se pretende que la futura guía pueda servir para evitar este hecho.

En cuanto a la circuncisión por indicación médica, la comparación entre la prevalencia de casos de problemas médicos cuya indicación terapéutica única sea la circuncisión y el número de intervenciones reales realizadas, lleva a pensar que el desconocimiento de vías alternativas de tratamiento y el sobrediagnóstico de fimosis primaria por parte de los profesionales sanitarios hacen que se realice esta práctica más de lo necesario.(3,34) Esto viola los derechos del paciente al no ser ofrecida una vía alternativa a la amputación de una parte de su cuerpo. La futura guía ofrece los conocimientos suficientes de vías alternativas que impedirían que la mutilación genital masculina se llevase a cabo.

Cabe añadir que, a pesar de ser una práctica prohibida, según varios expertos del *Departament de Justícia de la Generalitat* de atención al menor, la circuncisión en sí no supone un delito penal salvo que el daño causado tras la práctica incapacite al niño física o psicológicamente. Debido al desconocimiento sobre el tema por parte de las autoridades sanitarias, a que los expertos no se enfrentan a casos denunciados por las secuelas producidas y a la controversia general sobre la circuncisión masculina, no existen referencias a ésta en la legislación, ya sea para defenderla o para condenarla.

4. Metodología

4.1. Búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica se realizó mediante bases de datos: Scielo, PubMed y Cochrane. A través del uso de las palabras clave y los algoritmos de filtración de la búsqueda, que se detallan en el siguiente apartado, se seleccionaron los artículos sobre estudios científicos, bibliografía relacionada y documentación anexa.

4.1.1. Palabras clave

Introduciendo en la base de datos PubMed las siguientes palabras "male circumcision" aparecieron 4927 resultados de estos 1254 eran resultados de menos de 5 años, aun así se utilizaron artículos de más de 5 años de antigüedad por lo antes mencionado, además se aplicó un filtro para encontrar artículos que proporcionasen el texto completo sin inscripción en las revistas de publicación, de estos 1254 quedaron tan solo 455. Posteriormente, se redujeron los resultados, añadiendo algoritmos de búsqueda como "male circumcision AND HIV prevention" (217 resultados), "male circumcision AND penile dysfunction" (4 resultados), "male circumcision AND sensitivity" (11 resultados), y "male circumcision AND alternatives" (2 resultados). Asimismo, se utilizó la base de datos Pubmed para recoger información sobre las patologías para las cuales está indicada la práctica de la circuncisión como tratamiento de elección. Se usaron las palabras clave "balanitis xerotica obliterans", con 9 resultado; "phimosis", con 59 resultados; y "paraphimosis", con 10 resultados tras aplicar los filtros antes mencionados en los tres casos.

Al considerar que la base de datos Cochrane constituía una posible fuente de documentación circunscrita al ámbito español e iberoamericano, se utilizó como fuente de información sobre tipos de intervención, indicaciones y complicaciones y secuelas de la circuncisión. Se obtuvieron 10 resultados con la palabra clave "circuncisión".

Ante la palabra clave "circumcision", aparecieron 83 resultados en la base de datos de la biblioteca de Scielo. Con el filtro de lengua (español), los resultados se redujeron a 20; sin aplicar filtro de lengua específico, pero filtrando los resultados a partir del año 2009, se obtuvieron 51 artículos.

4.1.2. Estrategia de búsqueda

Una vez recogido el conjunto de estudios que constituye la bibliografía a la que se puede tener acceso a través de estas bases elegidas por su veracidad y fiabilidad científica, se analizaron los artículos valorando criterios como la selección de las muestras, la fecha de publicación o los posibles sesgos, entre otras. Se seleccionaron artículos que mostraban imparcialidad o perspectivas contrarias a la MGM. Asimismo se tuvieron en cuenta artículos que se posicionaban a favor de la circuncisión a modo de contraste de la información, teniendo en cuenta que algunos de ellos se desmintieron en revisiones posteriores. En cuanto a la fecha de publicación, aparecieron problemas ya que existía poca evidencia reciente para ciertos aspectos, como por ejemplo, las indicaciones de la circuncisión, por lo extendido de esta práctica y su poca reevaluación. Como gestor bibliográfico se utilizó el programa informático *Mendeley Desktop*.

También se revisaron estadísticas de las bases de datos de páginas web oficiales como Gencat, Siscat y las webs del Ministerio de sanidad e inmigración.(36–38) Para realizar este análisis, se obtuvieron datos poblacionales sobre la cantidad de niños susceptibles de ser circuncidados gracias a las bases de datos de censos poblacionales del IDESCAT(40). Se realizó una aproximación en base a la proporción de niños inmigrantes que provienen de países de mayoría musulmana, judía o de otras religiones/culturas en las que se da el rito de la circuncisión. Se tuvieron en cuenta aquellos niños en edades de 0 a 14 años (que es un rango que incluye las edades en las que culturalmente tienden a ser circuncidados). No obstante, cabe mencionar que esta estimación no incluye los hijos de inmigrantes nacidos en nuestro país porque no se encontraron esos datos.(Ver anexo)

Se extrajeron los datos del número aproximado de circuncisiones realizadas mediante intervención quirúrgica gracias al informe de la actividad asistencial de la red sanitaria de Cataluña.(33)

Una parte importante de la búsqueda de información se centró en localizar asociaciones que abordan el problema que nosotros tratamos y esto se realizó mediante el buscador de Google, algunas asociaciones que encontramos fueron MGMBill(23) o *Xarxa de drets del infants*.(40)

4.2. Población diana

Esta guía va dirigida a todos aquellos niños que entren dentro de los criterios de riesgo y que sean susceptibles al sometimiento a esta práctica, tanto si ésta se practica a nivel local, como si se realiza en el extranjero siendo el niño residente en nuestro país. Estos criterios de riesgo serán: pertenecer a una etnia o comunidad religiosa donde la circuncisión esté extendida, cómo la musulmana y la judía, tener entre 0 y 14 años y mantener contacto con la comunidad del país de origen de los progenitores, entre otras.

4.3. Ámbito asistencial

Los profesionales que utilizarán la guía como soporte en su práctica asistencial diaria serán sanitarios del ámbito de atención primaria, enfermería y medicina pediátricas, que deberán velar por la salud del niño y su integridad física.

4.4. Proceso asistencial

Dentro del proceso asistencial el personal sanitario en particular la enfermera asume roles de promoción, prevención, atención y rehabilitación entre otros. Esta guía se enmarca dentro de la fase de prevención del proceso

asistencial, pues tiene como objetivo anticiparse a la práctica de la circuncisión y en su defecto a la aparición de complicaciones o secuelas.

4.5. Formulación de preguntas

La formulación de preguntas es un método que se utiliza para la génesis de recomendaciones al realizar una guía de práctica clínica. Estas preguntas deben obtener respuestas por parte del grupo elaborador de la guía y deben estar respaldadas por la evidencia científica. A su vez cada una de las preguntas generará una serie de recomendaciones para abordar el problema que abarca la guía. En el caso de la futura guía, las preguntas irán encaminadas hacia la cuestión de la circuncisión y se procurará en todo momento que éstas generen las recomendaciones para prevenir la práctica, sus complicaciones y secuelas y que aporten información sobre el tema tratado al profesional sanitario.

1. ¿Qué es la circuncisión?

- 1.1. ¿Cómo se realiza el procedimiento dentro del ámbito biomédico?
- 1.2. ¿Cuáles son las indicaciones terapéuticas de la circuncisión?
 - 1.2.1. ¿Cómo se reconoce una fimosis real?
 - 1.2.2. ¿Cómo se reconoce una parafimosis real?
 - 1.2.3. ¿Cómo se reconoce una balanitis xerótica obliterante real?

2. ¿Qué es la circuncisión ritual?

- 2.1. ¿Cómo se realiza?
- 2.2. ¿En qué culturas/religiones se practica?
- 2.3. ¿Cuál es su origen?
- 2.4. ¿A qué edades se realiza?
- 2.5. ¿Qué simboliza en cada cultura?
- 2.6. ¿Existen subculturas en las que se propongan alternativas?
- 2.7. ¿Qué rituales alternativos existen dentro de cada cultura?

3. ¿Es la circuncisión una práctica recomendable o puede ser perjudicial?

- 3.1. ¿Cuáles son las complicaciones del procedimiento de la circuncisión?
- 3.2. ¿Cuáles son los cuidados postquirúrgicos del procedimiento?
- 3.3. ¿Cuáles son las secuelas de la circuncisión a corto y largo plazo?
- 3.4. ¿Puede la circuncisión prevenir el contagio del VIH?
- 3.5. ¿Puede la circuncisión prevenir el contagio de otras Enfermedades de Transmisión sexual?

4. ¿Cuántos niños hay en riesgo de que se le practique el rito de la circuncisión?

- 4.1 ¿A cuántos de estos niños se les realizará la circuncisión en su domicilio?
- 4.2. ¿A cuántos de estos niños se les realizará la circuncisión en su país de origen?

5. ¿Cuáles son los derechos del niño frente a la circuncisión?

- 5.1. ¿La circuncisión ritual, está penada por la ley o regulada de alguna forma?
- 5.2. ¿Es la circuncisión un dilema ético?

6. ¿Qué herramientas tiene el personal sanitario para prevenir la circuncisión ritual?

- 6.1. ¿Cómo debe el personal sanitario abordar esta cuestión con los progenitores?
- 6.2. ¿Cuáles son los temas tabú en las diferentes culturas en las que se practica la circuncisión, con respecto a ésta?
- 6.3. ¿A dónde puede el personal sanitario derivar a los padres para recibir un asesoramiento más personalizado?
- 6.4. ¿Qué figuras existen dentro y fuera de las comunidades y culturas que practican la circuncisión capaces de aportar una visión imparcial?

6.5. ¿Qué protocolos pueden ponerse en marcha para prevenir los ritos en los países de origen?

4.6. Constitución del Grupo elaborador

El grupo elaborador de la guía está constituido por el elenco de profesionales y expertos cuya experiencia y conocimientos sirven de fundamento para ésta. En este apartado se describirán las tareas de los distintos miembros en base a su ámbito de especialidad.

La constitución de un grupo elaborador es una fase clave para el proceso de creación de la futura guía y es de vital importancia mantener una visión multidisciplinar para proporcionar diferentes perspectivas que se complementen, la información esté contrastada y reevaluada, y se identifiquen los problemas de la puesta en marcha del proyecto.

En el caso de la futura guía, debido a su carácter controvertido que enfrenta visiones biomédicas y culturales y que pretende plantar cara a creencias infundadas sobre una práctica que atenta contra los derechos de los niños, es imprescindible incluir en el grupo elaborador a expertos que pertenezcan a las comunidades religiosas analizadas donde se practica la circuncisión. En caso contrario, podrían exponerse visiones etnocéntricas e incluso insultantes para estas comunidades. También es recomendable incluir expertos clínicos para facilitar el manejo de la información médica, así como expertos en cuestiones culturales, como antropólogos, capaces de proporcionar un equilibrio a las visiones científicas y tradicionales.

El grupo elaborador se compone de un líder, que gestione el trabajo del equipo; expertos clínicos, que aporten conocimiento médico y experiencia; un experto en metodología, que administre la información; y colaboradores expertos que proporcionen una visión más amplia y específica del tema a tratar y cuya experiencia sirva para contrastar las recomendaciones.

4.6.1. Líder

Enfermera especialista en atención comunitaria con experiencia en pediatría y en elaboración de guías de práctica clínica.

Esta figura tiene conocimientos sobre el ámbito y parte del proceso asistencial en el que se implantará la guía, los recursos y circuitos que el sistema ofrece en la atención pediátrica, la derivación a otros dispositivos y la gestión de casos. A su vez, como enfermera está capacitada para gestionar y administrar el equipo interdisciplinar que trabajará en esta guía.

4.6.2. Clínicos

Médico pediatra y enfermera pediátrica.

Estos profesionales conocen los programas de seguimiento de los niños sanos, y los recursos para tratar las patologías o problemas de salud asociadas al proceso de la circuncisión. Además de tener conocimiento anatomofisiológico de los pacientes y de las patologías que estos presentan.

Trabajador social.

Esta figura tiene conocimientos de los mecanismos de funcionamiento legales y penales del sistema. Además posee las herramientas para abordar problemas socioculturales circunscritos a comunidades minoritarias. Por otro lado puede aportar información sobre cómo llegar a las familias de los niños en riesgo.

Médico urólogo experto en circuncisión.

Este experto puede ofrecer su visión clínica para aportar nuevas ideas acerca de alternativas de tratamiento en la guía y cómo prevenir los casos de circuncisión biomédica, así como datos relevantes en la investigación acerca de cuántas intervenciones se realizan y las complicaciones y secuelas de estas.

Antropólogo experto en alternativas rituales.

El antropólogo puede proveer alternativas rituales reales ya realizadas o innovadoras a la circuncisión como rito de inclusión a la comunidad o de transición. Así como ofrecer información acerca de las significaciones culturales, los tabúes, las herramientas comunicativas necesarias y la visión completa del sistema de creencias, usos y tradiciones de las diferentes culturas.

Mediador intercultural.

El mediador puede ofrecer formas de acercarnos a la comunidad y puede proporcionar su experiencia para abordar la cuestión desde el relativismo sin forzar ideas preconcebidas occidentales, lo cual facilitará la aceptación de la intervención preventiva por parte de los padres de los menores.

4.6.3. Experto en metodología

Enfermero o médico comunitario con experiencia y formación en investigación y elaboración de guías.

Este profesional desarrollará una función de documentalista y de experto en metodología.

4.6.4. Colaboradores expertos

Figura religiosa especialista en el islam y figura religiosa especialista en el judaísmo.

Estos expertos en sus respectivas culturas y religiones, proporcionarán una visión interna del asunto y aportarán información complementaria a la del antropólogo acerca de la circuncisión como rito, así como alternativas aceptables desde el punto de vista de los creyentes.

4.7. Funcionamiento del grupo elaborador

El funcionamiento del grupo elaborador debe potenciar el trabajo en equipo y la eficiencia para que la elaboración de la futura guía no entorpezca la labor profesional de los miembros del grupo.

El total del grupo se reunirá un máximo de cuatro ocasiones, para debatir, organizar y poner en común el trabajo realizado. En la primera reunión se deberán establecer las preguntas a responder para la elaboración de las recomendaciones, así como información adicional del proyecto y sus objetivos. También se repartirán las preguntas según el campo profesional de cada miembro y se distribuirán en equipos de un máximo de 3 miembros. Así los clínicos responderán a preguntas relacionadas con el ámbito fisiopatológico, los expertos en cuestiones legales y sociales contestarán preguntas de este ámbito y los expertos en culturas, religiones, sociología y tradiciones abordarán las preguntas de este calibre.

En las siguientes reuniones se establecerá el listado definitivo de preguntas y las recomendaciones que de éstas salgan, aportando la evidencia científica correspondiente. A su vez se priorizarán las recomendaciones y se evaluarán según el grado de evidencia aportada.

Finalmente los miembros del grupo deberán llegar a un consenso sobre el material publicado en la futura guía siguiendo los parámetros estándar que marcan ciertos estudios.(41) Y, por último, realizar una revisión exhaustiva de la futura guía antes de presentarla a la revisión externa.

4.8. Revisión externa

En la fase de revisión externa la guía debe ser reevaluada por un grupo de profesionales distinto del grupo elaborador de la guía. En el caso de esta guía de prevención de la circuncisión ritual y sus complicaciones y secuelas, el grupo de elección para esta revisión estaría compuesto por profesionales de los mismos ámbitos que aquellos que pertenecen al grupo elaborador, para

obtener una verificación de los datos. Sin embargo, sería estrictamente necesario desarrollar parte de esta revisión poniendo a prueba la guía con un elenco de al menos 10 médicos y 10 enfermeras de atención comunitaria especialistas en pediatría, que tengan la posibilidad de comprobar la utilidad de las recomendaciones diseñadas a la hora de abordar la circuncisión.

4.9. Diseño de algoritmos y recomendaciones

Para el fácil manejo de la guía será necesario elaborar una serie de algoritmos y recomendaciones fáciles de leer y poner en práctica. Los algoritmos consistirán en esquemas que indiquen cómo actuar desde la detección de un caso, hasta el manejo del mismo, así como a qué profesionales acudir para solventar las dudas que puedan surgir y cómo activar de forma rápida los diferentes mecanismos de derivación.

En cuanto a las recomendaciones, éstas detallarán los criterios para detectar un caso de riesgo, las herramientas para el manejo del abordaje preventivo de la circuncisión, y también el correcto tratamiento de las curas posquirúrgicas y las complicaciones y secuelas que puedan surgir. A su vez, se darán métodos de abordaje intercultural para ofrecer a los profesionales los conocimientos para educar a las familias con niños en riesgo para que identifiquen cuáles son los inconvenientes de la práctica. Por último, se enseñará a los profesionales a realizar derivaciones a los especialistas con más formación y experiencia sobre el manejo de este problema.

Los algoritmos y recomendaciones serán diseñados por el grupo elaborador de la guía y serán aceptados tras la revisión externa de los profesionales sanitarios.

4.10. Claves de implementación de la guía

La MGM no está reconocida internacionalmente como un problema de salud grave. De hecho, como se ha comentado en apartados anteriores de este

proyecto de guía, algunas organizaciones de relevancia en el panorama sanitario recomiendan la circuncisión por diversos motivos. Todo esto, unido al desconocimiento general que existe en nuestra sociedad sobre este asunto, hace que, incluso el colectivo de profesionales que se dedican a la salud ignore las repercusiones que puede tener, o considere la práctica, como mínimo, inocua. Por lo tanto, una de las claves para el éxito de esta futura guía es, evidentemente, la educación.

La primera fase de implementación de la guía deberá comenzar por proporcionar información al personal sanitario que trabaja con niños y que, entre sus pacientes, encontrará casos de menores en riesgo. Para ello, será necesario el uso de recursos como posters informativos, charlas en los centros para el personal, en especial en Centros de Atención Primaria, pero también en unidades de pediatría hospitalaria o escuelas, y ponencias de expertos, entre otras.

Una vez pasada esta fase, el sistema de salud deberá implementar protocolos de prevención para facilitar la tarea del personal. Entre estos protocolos, además de la publicación de la guía, será de utilidad poner a disposición de los profesionales formularios a modo de checklists que cada profesional deberá rellenar durante el seguimiento de los pacientes. En éstos, se incluirán cuestiones como la religión de la familia, sus conocimientos sobre el tema, su intención de circuncidar, sus viajes al país de origen o la presencia de otros hijos ya circuncidados.

Finalmente, el propio formato de la guía deberá estar adaptado para ser cómodamente legible, para ofrecer texto simple y un vocabulario útil sin presentar ambigüedades. Visualmente, es conveniente que la guía sea llamativa y evitando fuentes recargadas. A pesar de la importancia de ser clara y comprensible, será recomendable descartar imágenes reales de circuncisiones y sustituirlas por gráficos diseñados para presentar los procedimientos eludiendo fotografías desagradables a la vista, en caso de que tenga que ser utilizada con las familias.

5. Discusión

La circuncisión es una práctica que se remonta a la antigüedad. Se recogen pruebas de que se realizaba en el Antiguo Egipto, aunque se dejó de realizar en la cultura egipcia, probablemente debido al contacto con otras civilizaciones del Mediterráneo. Lo cierto es que en la actualidad es una de las intervenciones más realizadas en muchos países. Como se ha mencionado anteriormente, solo en Cataluña se realizan 8.297 circuncisiones, lo cual es una cifra pequeña en comparación con otros países como Estados Unidos, donde alrededor del 90% de los varones son circuncidados de forma protocolaria tras su nacimiento.

A pesar la gran aceptación que tiene esta práctica, cada vez más voces se alzan en contra de la circuncisión. No cabe duda de que cualquier mutilación, en especial cuando no es consentida y tampoco tiene una indicación terapéutica clara, es una vulneración de los derechos de las personas. Y lo que es más, la circuncisión, como ritual de inclusión en una comunidad también atenta contra la libertad religiosa. Sin embargo, debido al desconocimiento general sobre la MGM y sus consecuencias para la salud, muchos profesionales no se plantean esta cuestión como un problema sanitario. Por lo tanto, parte de la guía se centrará en ofrecer información sobre la circuncisión a los profesionales. La propia visibilización del problema es un avance en la lucha por los derechos de los niños y de la libertad religiosa, además, puede preverse que el acceso a información sobre la cuestión producirá un enriquecimiento de las perspectivas profesionales y la investigación en este campo.

Otro problema que nos encontramos al abordar este problema es la falta de herramientas que tienen los profesionales sanitarios debido, precisamente, al desconocimiento sobre el tema tratado. Es por eso que la búsqueda de intervenciones efectivas basadas en la experiencia y la evidencia científica es de vital importancia para ofrecer herramientas de calidad a los profesionales que se enfrenten a esta práctica.

Si bien es cierto que existen ciertas organizaciones que ya proponen alternativas rituales a la circuncisión, como puede ser el Brit Shalom, un rito de bienvenida a la comunidad judía, en el que se pone nombre al recién nacido y que se propone como otra opción al Brit Milá(21). Es necesario el desarrollo de más alternativas para las cuales los conocimientos de expertos como antropólogos y líderes religiosos serán primordiales, particularmente, en casos de religiones donde no existen estos rituales alternativos, como la musulmana y otras religiones minoritarias como los animistas africanos.

Tras la revisión de la evidencia científica y la bibliografía citada, esta guía no encuentra recomendable la práctica de la circuncisión y considera que es un hecho que se debe prevenir. Aunque como se ha comentado en otros apartados, existen fuentes que respaldan la circuncisión por varios motivos, a su vez existe bibliografía que desmiente estas ideas. Consecuentemente, la circuncisión es un tema controvertido en el ámbito médico, especialmente en asociaciones americanas de pediatría y ginecología, ya que culturalmente está muy extendida. No obstante, las nuevas tendencias en la salud se dirigen hacia la conservación de las estructuras anatómicas naturales y elusión de medidas invasivas.

6. Bibliografía

1. Circuncisión: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002998.htm>
2. Abdulwahab-Ahmed A, Mungadi IA. Techniques of Male Circumcision. J Surg Tech Case Rep. 2013; 5(1):1–7.
3. Puig C, García-algar O. Circuncisión infantil : revisión de la evidencia CHILDHOOD CIRCUMCISION : REVIEW. An pediatría. 2003;59(5):25–9.
4. Tekgül S, Riedmiller H, Gerharz E, Hoebeke P, Kocvara R, Nijman R, et al. Guía clínica sobre urología pediátrica. 2010.
5. Ridao M. La cirugía de fimosis sólo es coste-efectiva tras el fracaso de la terapia tópica [Internet]. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=6381080&DocumentID=GCS07-11>
6. González M, Sousa M A, Parra L LJC. Azúcar: tratamiento de elección en la parafimosis irreductible. Actas urol Esp. 2001;25(5):393–5.
7. Murillo M. Parafimosis. Rev medica Costa Rica y Centroam. 2012;69(604):477–9.
8. Virasoro D, Kahn AG, Secin FP. Balanitis Xerótica Obliterante Balanitis Xerotica Obliterans. Rev Arg de Urol. 2003;68(3):125–30.
9. Vanbuskirk K, Winer RL, Hughes JP, Feng Q, Arima Y, Lee S-K, et al. Circumcision and acquisition of human papillomavirus infection in young men. Sex Transm Dis. 2011; 38(11):1074–81.
10. Anónimo. American Academy of Pediatrics. Disponible en: <http://www.aap.org/en-us/Pages/Default.aspx>
11. Anónimo. American congress of obstetricians and Gynecologists [Internet]. Disponible en: <http://www.acog.org/>
12. Alnæs A H, Solbakk J H PR. Rituell omskjæring er ikke helsehjelp. Tidsskr Nor Legeforen. 2012; 132:134–5.
13. A. Myers JM. Rolling out male circumcision as a mass HIV/AIDS intervention seems neither justified nor practicable. South African Med J. 2008; 98(10):781–2.
14. Wiysonge CS, Kongnyuy EJ, Shey M, Muula AS, Navti OB, Akl EA, et al. Circumcisión masculina para la prevención de la transmisión homosexual del VIH en hombres. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 1996 Sep 1.

15. Green LW, Travis JW, McAllister RG, Peterson KW, Vardanyan AN CA. Male Circumcision and HIV Prevention Insufficient Evidence and Neglected External Validity. *Am J Prev Med.* 2010; 39(5):479–82.
16. Turner AN, Morrison CS, Padian NS et al. Men’s circumcision status and women’s risk of HIV acquisition in Zimbabwe and Uganda. *AIDS.* 2007;21:1779 – 89.
17. Bailey RC, Egesah O RS. Male circumcision for HIV prevention: a prospective study of complications in a clinical and traditional settings in Bungowa, Kenya. *Bull World Heal Organ.* 2008;86(9):669–77.
18. McAllister RG, Travis JW, Bollinger D, Rutiser C S V. The Cost to Circumcise Africa. *Int J Men’s Heal.* 2008; 7(3):307–16.
19. Muslim ibn al-Hajjaj. Characteristics of Fitra. In: Mika’il al-Almany, editor. *Sahih Muslim.* 1st ed. 2009. p. 195.
20. Anónimo. IntactNews [Internet]. [visitado el 2013 Sep 17]. Disponible en: <http://intactnews.org/>
21. Anónimo. Jews Against Circumcision [Internet]. [visitado el 2013 Sep 17]. Disponible en: <http://www.jewsagainstcircumcision.org/>
22. Anónimo. Beyond the Bris [Internet]. [visitado el 2013 Sep 17]. Disponible en: <http://www.beyondthebris.com/>
23. MGM Bill. A Bill to End Male Genital Mutilation in the U.S. [Internet]. 2003 [visitado el 2013 Sep 15]. Disponible en: <http://www.mgmbill.org/>
24. Zaklikowski D. The Circumcision Procedure and Blessings - Performing the Bris Milah [Internet]. [visitado el 2014 May 5]. Disponible en: http://www.chabad.org/library/article_cdo/aid/144464/jewish/The-Propor-Time-and-Place.htm
25. Tang WS, Khoo EM. Prevalence and correlates of premature ejaculation in a primary care setting: a preliminary cross-sectional study. *J Sex Med.* 2011 Jul; 8(7):2071–8.
26. Bronselaer GA, Schober JM, Meyer-Bahlburg HFL, T’Sjoen G, Vlietinck R, Hoebeke PB. Male circumcision decreases penile sensitivity as measured in a large cohort. *BJU Int.* 2013; 111(5):820–7.
27. Sorrells ML, Snyder JL, Reiss MD, Eden C, Milos MF, Wilcox N, et al. Fine-touch pressure thresholds in the adult penis. *BJU Int.* 2007; 99(4):864–9.
28. Macipe RM, García N, Navarra B, Lasarte JJ, Lalana P, Galbe J, et al. Frecuencia y características de la práctica de la circuncisión masculina no terapéutica, realizada a niños inmigrantes procedentes de África. *Pediatría Atención Primaria. Revista Pediatría de Atención Primaria;* 13:47–48.

29. Wilcken A, Keil T, Dick B. Traditional male circumcision in eastern and southern Africa: a systematic review of prevalence and complications. *Bull World Health Organ. World Health Organization*; 88(12):907–14.
30. Boyle GJ. El Trastorno por Estrés Postraumático de Larga Duración como Resultado de Cirugía Genital en Menores. *Rev Psicol la Univ Chile*. 2000; 11(1).
31. Boyle G J. La Circuncisión No Terapéutica de los Niños y su Relación con el Estrés Postraumático. 9º Congreso Internacional de Psiquiatría, Buenos Aires [Internet]. 2002 [visitado el 2014 May 7]. Disponible en: <http://www.cirp.org/library/psych/boyle7/>
32. Boyle G J, Bensley GA. Adverse sexual and psychological effects of male infant circumcision. *Psychol Rep*. 2001; 88:1105–6.
33. CatSalut. Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. Any 2010. [Internet]. 2012; 43. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc_Dades_esta_distiques/Sistema_sanitari/Activitat/Cmbd/Fitxers_estatics/Activitat_xarxa_assistencial_cmbd_2010.pdf
34. Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. [Internet]. «BOE» núm. 234 «BOE» núm. 234; p. 35398–404. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-18088>
35. JC. Morales, P. González, A. Morales, E. Cordiés, B. Mora. Fimosis: ¿Son necesarias la circuncisión o la dilatación forzada? *Rev Cubana Pediatr*. 1999;73(4):206–11.
36. Anónimo. Secretaría General de Inmigración y Emigración [Internet]. Disponible en: http://www.empleo.gob.es/es/sec_emi/
37. Anónimo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/>
38. Anónimo. Generalitat de Catalunya. Disponible en: [gencat.cat](http://www.gencat.cat)
39. Anónimo. Institut d'Estadística de Catalunya. Disponible en: <http://www.idescat.cat/es/>
40. Anónimo. Xarxa de Drets dels Infants [Internet]. [visitado el 2014 Mar 15]. Disponible en: <http://www.xarxadretsinfants.cat/p/que-es-la-xarxa.html>
41. Murphy MK, Black NA, Lamping DL, McKee CM, Sanderson CFB, Askham J, et al. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assessment*. 1998; 2: 1-88.

I. Anexo

Tablas de cálculos sobre el número aproximado de población expuesta:

	Total población	Población Masculina	% de población masculina	Población de 0-14 años	% de población masculina entre 0-14	Nº de población masculina de 0-14 expuesta
Marruecos	240434	135583	56,4	66066	27,5	37261,224
Gambia	17113	12941	75,6	3692	21,6	2791,152
Algeria	9509	6264	65,9	2250	23,7	1482,75
Nigeria	7733	4330	56	1953	25,3	1093,68
Mali	7451	6219	83,5	1132	15,2	945,22
Ghana	6005	4567	76,1	940	15,7	715,34
Guinea	5244	366	69,9	1222	23,3	854,178
Total población expuesta						45143,544

CONTINENT	NENS 0-14		
	Total niños/as	% varones	Nº total de niños
Africa	81.541	61%	49.740,01
Asia oriental	9068	71%	6.438,28
			56.178,29

*Los datos se han extraído del informe : *Perfils sociodemogràfics dels col·lectius més nombrosos a Catalunya*. Para mas información consultar la web del Idescat (39).