UNIVERSIDAD BERNARDO O'HIGGINS
Facultad de Ciencias Médicas
Vicerrectoría Académica

VOLUMEN 8 | Nº2 | DICIEMBRE 2021

UBO Health Journal

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD BERNARDO O'HIGGINS

General Gana 1702
Campus Rondizzoni | Santiago

Mail: revistaubosalud@ubo.cl
Teléfonos: 56224772251 - 562247758

Dr. Jorge Rodríguez Díaz M.D., M.B.A.,
Decano Facultad Ciencias Médicas

ISSN: 0719 – 8698
ISSNe: 0719 - 8698

La revista UBO Salud (*UBO Health Journal*) es una publicación bi-semestral de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Bernardo O´Higgins.

Volumen 9, Número 2, febrero 2022.
ISSN: 0719 – 8698
ISSNe: 0719 - 8698
DOI: **10.23854/07198698.202182**

Director:
Dr. Jorge L. Rodríguez Díaz, M.D., M.B.A., Universidad Bernardo O´Higgins

Comité Editorial:
Prof. Dr. Cesar Cárcamo, M.D., Universidad de Chile – Clínica Alemana
Prof. Dr. Juan Cataldo, M.D., M.Sc., - Universidad de Chile
Prof. Rodrigo Salinas, M.D., Universidad de Chile
Prof. Sebastián Miranda, M.B.A., Universidad Autónoma de Chile
Prof. Alejandra Pérez, M.Sc., Universidad Autónoma de Chile
Prof. Juan Salas Pérez, M.Sc., Universidad Autónoma de Chile
Prof. Claudio Montejo, M.Sc., Universidad Católica Silva Henríquez

Comité de Redacción:

- **Secretario Ejecutivo**

Prof. Manuel E. Cortés, M.Sc., Ph.D., Universidad Bernardo O´Higgins

- **Secretario de Redacción**

Prof. Patricio R. Puebla, M.Sc., Universidad Bernardo O´Higgins

- **Asistentes de Redacción:**

Srta. Camila J. Riquelme Núñez, Universidad Bernardo O´Higgins

Página de la Revista:
https://www.ubo.cl/facultades/facultad-ciencias-medicas/

Calle General Gana n°1702, Santiago – Chile
Teléfonos: (56-2) 2 4772251 – (56-2) 2 4772258
E-mail: revistaubosalud@ubo.cl

ÍNDICE

REVISIÓN DE LA LEY CONTRA LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN VENEZUELA, ARGENTINA, MÉXICO EN COTEJO AL PROYECTO DE LEY PROPUESTO EN CHILE

Alarcón Pamela, Barraza Camila, Coílla Camila, Painemil Catalina, Fresia Caba.

Página 4

USO, MAL USO Y CONSECUENCIAS DE LA EPISIOTOMÍA EN EL PARTO, EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS DE LA MUJER

Arce Caglieris R., Astorga Huaraco J., Moreno Ortiz C., Caba Burgos F.

Página 47

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: UNA PROBLEMÁTICA DE GÉNERO

Consuelo Araya, Sofía Sánchez, Fresia Caba

Página 69

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y ABUSOS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA HACIA LAS MUJERES EN CHILE Y LATINOAMÉRICA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Martina Cuello, Tahis Núñez, Yessica Salvo, Fresia Caba

Página 88

CAMBIOS ADAPTATIVOS RESPIRATORIOS EN RECIÉN NACIDOS POR PARTO VAGINAL VS CESÁREA

RESPIRATORY ADAPTIVE CHANGES IN NEWBORNS BY VAGINAL VS CESAREAN DELIVERY

Marcela Castillo, Scarlett Garrido, Mayra Santibáñez, Pamela Lee, Fresia Caba

Página 110

REVISIÓN DE LA LEY CONTRA LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN VENEZUELA, ARGENTINA, MÉXICO EN COTEJO AL PROYECTO DE LEY PROPUESTO EN CHILE

REVIEW OF THE LAW AGAINST OBSTETRIC VIOLENCE IN VENEZUELA, ARGENTINA, MEXICO IN COMPARISON WITH THE PROPOSED LAW IN CHILE

Christian Hernández Valenzuela[1]

DOI: 10.23854/07198698.202182

Resumen

En la presente investigación se realiza una revisión de la situación legislativa de la violencia obstétrica en países que cuentan con una ley que está destinada a enfrentarla como Venezuela, Argentina y México en cotejo a la propuesta de ley en Chile, la cual está en espera de su aprobación por cámara del senado.

[1]**Autor de correspondencia:** ***Alarcón Pamela, Barraza Camila, Coílla Camila, Painemil Catalina, Fresia Caba.*** Alumnas y Docente de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Bernardo O´Higgins; General Gana 1702, Santiago, Chile. Mail: Christian.hernandez@ubo.cl

Objetivo: Se evalúan las leyes establecidas particularmente en Venezuela, Argentina, México y se comparan con el proyecto de ley que se propone en Chile. Se describen los números y nombres de las leyes propuestas en cada país, las fechas en las que fueron promulgadas y que engloba cada una de ellas, lo cual permitirá realizar una revisión y comparación del proyecto de Ley

propuesto en Chile.

Metodología: En primer lugar, se define el concepto de VO y las formas en las cuales se puede presentar, en segundo lugar, se realiza un revisión bibliográfica con énfasis en países que presentan una legislación en contra la VO, específicamente en Venezuela, Argentina, México y se compara con el proyecto de Ley propuesto en Chile, en tercer lugar, se realiza un análisis exhaustivo de las revisiones bibliográficas dejando solo los artículos que abarcan el objetivo de esta investigación. Finalmente se realiza una tabla comparativa con las leyes promulgadas en países de Latinoamérica antes mencionados agregando el proyecto de la propuesta de Ley en Chile.

Resultados: En esta revisión se buscó dar a conocer las leyes implementadas en contra de la violencia obstétrica en países como Venezuela, Argentina y México, así como también se busca priorizar la importancia de establecer una ley como tal en Chile exponiendo el proyecto de ley en contra de la violencia obstétrica que se propone en Chile. Con especial énfasis en el proceso y la atención del parto en mujeres durante su atención en un establecimiento de salud.

Discusión: En las diferentes leyes contra la violencia obstétrica de México, Venezuela y Argentina revisadas en esta investigación podemos encontrar similitudes y diferencias enfocadas en las formas de violencia ejercidas a la mujer. En cuanto al proyecto de Ley en Chile también se consideran similitudes y diferencias; Como la importancia de proteger los procesos reproductivos de la mujer.

Conclusión: Ley promulgada en el 2007 en el estado de Chiapas, México. “Ley general de las mujeres a una vida libre de violencia".Corresponde a la Ley más relevante debido a que sanciona de manera permanente a profesionales de salud.

El objetivo de este artículo fue analizar el posible impacto de leyes ya promulgadas con la actual propuesta de ley en nuestro país.

Palabras claves: violencia, violencia obstétrica, violencia de género, derechos sexuales y reproductivos, medicalización, patologización, legislación, ley, obstetricia.

Abstract

In this research, a review of the legislative situation of obstetric violence in countries that have a law to address it, such as Venezuela, Argentina and Mexico, is carried out in comparison to the proposed law in Chile, which is awaiting approval by the Senate.

Objective: The laws established particularly in Venezuela, Argentina and Mexico are evaluated and compared with the proposed law in Chile. The numbers and names of the laws proposed in each country are described, as well as the dates on which they were enacted and what each of them encompasses, which will allow a review and comparison of the law proposed in Chile.

Methodology: Firstly, the concept of OV and the forms in which it can occur are defined; secondly, a bibliographic review is carried out with emphasis on countries that have legislation against OV, specifically Venezuela, Argentina, Mexico, and it is compared with the proposed bill in Chile; thirdly, an exhaustive analysis of the bibliographic reviews is carried out, leaving only the articles that cover the objective of this research. Finally, a comparative table is made with the laws enacted in Latin American countries mentioned above, adding the draft of the proposed law in Chile.

Results: In this review we sought to make known the laws implemented against obstetric violence in countries such as Venezuela, Argentina and Mexico, as well as to prioritize the importance of establishing a law as such in Chile by exposing the bill against obstetric violence proposed in Chile. With special emphasis on the process and care of childbirth in women during their care in a health facility.

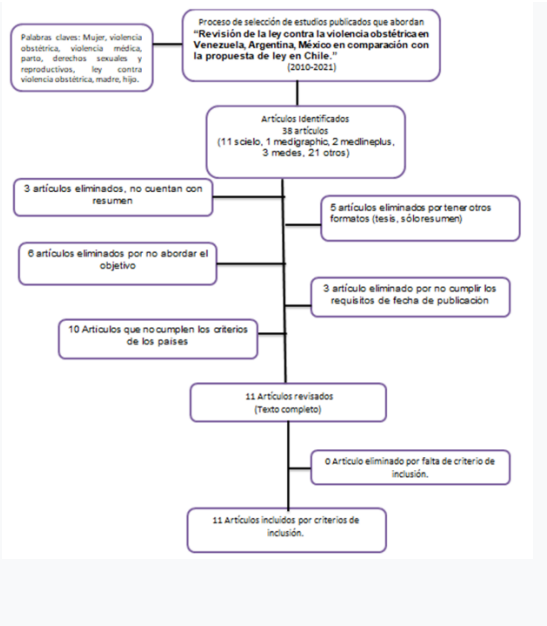
Discussion: In the different laws against obstetric violence in Mexico, Venezuela and Argentina reviewed in this research

we can find similarities and differences focused on the forms of violence exercised against women. As for the draft law in Chile, similarities and differences are also considered, such as the importance of protecting women's reproductive processes.

Conclusion: Law enacted in 2007 in the state of Chiapas, Mexico. “General law for women to a life free of violence.” It corresponds to the most relevant Law because it permanently penalizes health professionals. The objective of this article was to analyze the possible impact of laws already enacted with the current bill in our country.

Key words: violence, obstetric violence, gender-based violence, sexual and reproductive rights, medicalization, pathologization, legislation, law, obstetrics.

Figura 1



INTRODUCCIÓN

Violencia del lat. *Violentia*. Definido como la acción y efecto de violentar o violentarse. (1)

Obstetricia del lat. *Obstetricia*. Definido como la parte de la medicina que trata la gestación, el parto y el puerperio. (2)

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) junto con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, define la violencia obstétrica como: “el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud, sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. La violencia obstétrica es una violación de los derechos humanos y

reproductivos de la mujer, que comprende la violación de los derechos a la igualdad, no discriminación, información, integridad, salud y autonomía reproductiva [10]

Según leyes que se especifican más adelante se puede definir la violencia obstétrica como un tipo de violencia de género que implica "la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, causando pérdida de autonomía e incapacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, produciendo un impacto negativo en la calidad de vida de las usuarias.[4]

Por último, la Organización Mundial de la Salud (OMS) no entrega una definición específica para violencia obstétrica, sino declara que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. Por medio de lo establecido en el artículo de "Prevención y Erradicación de la Falta de Respeto y el Maltrato durante la Atención del Parto en Centros de Salud". [5]

Informes disponibles en países de Latinoamérica, específicamente Venezuela evidencian que la violencia obstétrica conserva un elevado grado de prevalencia. Una investigación del año 2011 publicada el año 2013 indica que el 66,8% declaró actos médicos sin consentimiento y un 49,4% declaró trato deshumanizante. En otro estudio realizado en un servicio de salud diferente en el año 2012 y publicado en el año 2015, indica que el 26,3% de las mujeres encuestadas sostuvieron haber sido objeto de violencia obstétrica y un 65,6% declaran que "no fueron tomadas en cuenta, ni se les informó de manera suficiente sobre los procedimientos médicos o quirúrgicos a los cuales fueron sometidas". [4]

En Argentina una de las manifestaciones de esta violencia obstétrica son la realización de las cesáreas que carecen de justificación sanitaria. Por ello, en Argentina la tasa de cesáreas respecto al total de partos se encuentra en torno al 25%, de modo que ocupa el cuarto lugar a nivel Latinoamericano, detrás de Chile, Brasil y República Dominicana. [4]

Un estudio en México que analizó la percepción de mujeres atendidas en el año 2012 en dos hospitales del Estado de Morelos permitió concluir que el 19,34% sostuvo haber sido víctima de violencia verbal, un 7,61% de violencia física y un 29,10% de violencia total. Evaluando otra manifestación de violencia obstétrica, esta vez de carácter psicológico, el mismo estudio reveló que el 98% de las mujeres declaró que habían sido objeto de 5 tactos vaginales en promedio, con un mínimo de uno y un máximo de 20 de tales procedimientos durante su proceso perinatal. [4]

Con respecto a Chile las experiencias de parto se presentan distinguiendo entre partos ocurridos en clínicas y hospitales en el periodo del año 2014 y 2017 un 43,4% de las experiencias de parto en hospitales se reportó haber vivido crítica o represión de expresiones de dolor y emociones, lo cual sucedió en el 16,6% de las experiencias en clínicas. En cuanto a las intervenciones obstétricas que no deberían realizarse de forma rutinaria como la rotura artificial de membranas en ese mismo periodo 2014-2017 en un 44% de los partos en hospitales y 39,9% en clínicas; la episiotomía en un 44% de los partos en hospitales y 41,1% en clínicas; el monitoreo fetal continuo se reportó en un 84,6% de los partos en hospitales y 81,6% en clínicas, y la administración de oxitocina artificial en un 51,8% y 45,3% respectivamente. Comparando las intervenciones en hospitales y clínicas en el periodo 2014-2017, apreciamos que en las clínicas se utiliza más la anestesia, maniobra de Kristeller y se practican más cesáreas. [6]

La presente revisión tiene por objetivo analizar la situación normativa de la

violencia obstétrica en países latinoamericanos que cuentan con una ley que está destinada a regular y hacer frente a esta forma de violación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres [4] o manifestaciones amenazantes de parte del equipo médico, durante atenciones de salud sexual, embarazo, parto y puerperio. Lo que permite develar distintas prácticas que vulneran derechos sexuales y reproductivos de mujeres que buscan la regulación de su fertilidad o que se encuentran en estado grávido. A fin de establecer elementos que restrinjan y/o colaboren en la implementación del proyecto de Ley que se propone en Chile para finalmente acabar con todo tipo de violencia obstétrica en nuestro país.

En torno a esto, se evalúan las leyes establecidas particularmente en Venezuela, Argentina, México y se comparan con el proyecto de ley de Chile. Se describen números y nombres de leyes propuestas en cada país, fechas en las que fueron promulgadas y que engloba cada una de ellas, lo cual permite realizar una revisión y comparación del proyecto de Ley propuesto en Chile.

La violencia gineco-obstétrica es una de las formas de violencia contra la mujer más invisibilizada y normalizada en nuestra sociedad, tanto en aspectos sociales, culturales, políticos y económicos. En consecuencia, una mayor vulneración hacia usuarias que reciben atenciones ginecológicas y obstétricas en nuestro país, en relación a países como Venezuela, Argentina y México que han presentado leyes contra actos violentos en el área de la obstetricia en Latinoamérica. Lo que permite plantear la siguiente hipótesis de investigación: La propuesta de ley en Chile de ser aprobada, cumpliría todas las necesidades que se ven desplazadas en el actual Chile sin legislación específica frente a la violencia obstétrica considerando leyes ya promulgadas en países latinoamericanos como punto de comparación y asimismo potenciar dicha propuesta de ley, permitiendo así cumplir a cabalidad las necesidades de

nuestra población actualmente vulnerada.

METODOLOGÍA

Para poder realizar esta investigación y respaldar la hipótesis planteada en la introducción, se siguió un modelo cuantitativo de investigación proseguido por los siguientes pasos:

En primer lugar, se definió el concepto de violencia[1], obstétricia[2], violencia obstétrica[3] y las formas en las cuales puede ser ejercida. De esta forma hay una mejor comprensión al momento de utilizar este término. Para esto, se utilizaron las definiciones de la Real Academia Española para los primeros dos términos y de la Organización Mundial de la Salud con el tercero.

En segundo lugar, se realizó una búsqueda bibliográfica enfocada a las leyes existentes en Venezuela, Argentina, Brasil y la propuesta de ley en Chile. En los resultados, los cuales fueron obtenidos luego de tipear en el buscador de Google "violencia obstétrica" junto al nombre del país del cual se estaba buscando la información, se encontraron investigaciones publicadas en Scielo, medigraphic, medline plus, medes, Google académico, entre otros.

En tercer lugar, se realizó la figura Nº 1, donde se presentó una totalidad de 38 artículos encontrados (11 scielo, 1 medigraphic, 2 medlineplus, 3 medes, 21 otros), de los cuales se realizó una lectura exhaustiva. Efectuándose una filtración en la cual 3 artículos fueron eliminados por no contar con resumen, 6 por no abordar el objetivo de la investigación, 5 por tener otros formatos (tesis, solo resumen), 3 por no cumplir los requisitos de la fecha de publicación, 10 por no cumplir los criterios de los países. Quedando con una selección de 11 artículos revisados (texto completo) e incluidos por los criterios de inclusión.

Para determinar los artículos seleccionados para esta revisión de Ley, se establecieron los siguientes criterios de inclusión: Documentos de carácter académico como artículos científicos y páginas de investigación médicas; que reflejen la polémica

donde se ejerce violencia obstétrica y su legislación en países de Latinoamérica y Centroamérica específicamente en Venezuela, Argentina y México, incluyendo Chile. En relación al período de búsqueda se limitó a artículos publicados entre 2011 y 2021; escritos en español y portugués, disponibles en página web, online.

Como criterios de exclusión se dispone: textos no relevantes, variables que incluyen los criterios del estudio, tesis ya sea de tipo cualitativo o cuantitativo, artículos que están repetidos en distinto formato y sitios web sin bases científicas.

Al finalizar la figura N.º 1, se ejecutó la tabla N°1 de los 11 artículos seleccionados en donde se desglosó la información respectiva de cada uno de ellos, como (pág. web, Nombre de la revista, Título del artículo, Número de población, objetivo del estudio y sus variantes).

Por último, se elaboró una tabla comparativa de las leyes existentes en Venezuela, Argentina, México y el proyecto de Ley propuesto en Chile. Con el objetivo de poder estudiar con precisión cada ley promulgada en estos países y así también ver las semejanzas y diferencias entre ellas como (nombre, año de publicación, sus respectivas definiciones y que abarca cada una de ellas), al igual que el proyecto de ley propuesto en Chile en el 2018.

TABLA 1

N°	Pág. web	Nombre de la revista	título del articulo	número de población	objetivo del estudio	variables
1	Scielo	revista de obstetricia y ginecología de Venezuela	Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente	326 pacientes, atendidas por partos, cesáreas y abortos a través de un cuestionario de 15 preguntas orientado a conocer la opinión de las pacientes	determinar la prevalencia de VO en un hospital en Caracas. Venezuela	Opinión de las usuarias en cuanto a la atención recibida y si contaban con conocimientos acerca de la violencia obstétrica.

				en cuanto a la atención recibida y si tenían conocimientos acerca de la violencia obstétrica		
2	redalyc.org	utopía y praxis latinoamericana	Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica	800 mujeres, muestra: 160 mujeres (20%), las cuales fueron elegidas intencionalmente en el Servicio de Obstetricia del Hospital Central de Maracay, que fueron atendidas en trabajo de parto en la emergencia obstétrica.	analiza conductas obstétricas de rutina en el servicio de hospitalización del Hospital Central de Maracay en Venezuela, que caen en aspectos violentos aun teniendo en cuenta la ley de las mujeres a una vida libre de violencia	conductas de rutina obstétricas que constituyen actos de violencia obstétrica, la que se define como otro tipo de violencia de género.
3	.researchgate.net	ginecol obstet med	Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica	Estudio transversal efectuado en 29 médicos que se desempeñan en el ejercicio de la obstetricia y ginecología a través de un cuestionario de evaluación.	identificar la percepción de violencia obstétrica y determinar su posible relación con el desgaste profesional.	síndrome de burnout, el nivel de empatía de los médicos, percepción de la violencia obstétrica, antigüedad laboral y edad de los participantes
4	scielo	Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso .	Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile	no cuenta con población específica	Analiza la situación normativa de la violencia obstétrica en América Latina.	Situación normativa de acuerdo a hechos de la violencia obstétrica en los países de América Latina que han legislado sobre el tema (Venezuela, Argentina, México y Chile), y particularmente en Chile

5	semanariorepublicano.uchile.cl	revista chilena de antropología	Etnografías del Control del Nacimiento en el Chile Contemporáneo.	no es estudio, identifica prácticas tecnocráticas relacionadas con la VO desde un punto de vista más antropológico.	no cuenta con población específica.	Datos sobre intervenciones médicas durante el nacimiento en Chile. comparación modelo tecnocrático e intervencionista, elementos que dan origen a la VO.
6	relaces.com	Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad	Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino	no cuenta con población específica, pero considera normativa legal, opiniones e informes de organismos internacionales y expertos que tipifican la violencia obstétrica como una violación de los derechos humanos de la mujeres embarazadas	No es un estudio, analiza la relación entre la violencia obstétrica y dos fenómenos macrosociales: la medicalización del cuerpo femenino y la violencia de género en Chile.	La relación entre la VO y los fenómenos macrosociales: medicalización del cuerpo y violencia de género en Chile.
7	scielo.br	scielo Brasil . .	La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica	no cuenta con población específica	ofrece puntos de vista sobre VO y parto humanizado según especialistas.	médicos abiertos a reflexionar sobre sus prácticas y transformarlas, otros que se resisten e insisten en una gineco-obstetricia violenta y posiciones intermedias, dispuestas a la negociación
8	Federación-matronas.org	Matronas profesión	Satisfacción de la mujer respecto al rol de la matrona/matrón en la atención del parto, en el	14 mujeres chilenas entre 19-43 años s/patologías asociadas.	Describir la satisfacción de la mujer respecto al rol de la matrona/matrón en la atención del parto en una	experiencia general del parto, matrón/matrona es un profesional cercano y cómplice durante el proceso, matrón/matrona

			contexto del modelo de atención personalizada en Chile.		maternidad de Santiago de Chile (sistema de salud público)	un pilar en el manejo del dolor, profesional con habilidades comunicacionales y entrega información, matrón/matrona como ente de empoderamiento durante el parto.
9	ri.conicet.gov.ar	Revista RedBioética/ UNESCO	La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos	Trabajo de revisión bibliográfica 1-22 15-18 y 8 -19	Sistematizar cuestiones asociadas a la Violencia Obstétrica y ofrecer un análisis dentro del marco de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.	la relación asimétrica que existe entre las mujeres y los profesionales, la patologización del parto y el ocultar información a la paciente a la hora de realizar algún procedimiento.
10	revistanemesis.cl	revista Némesis XIV	Parir en Chile: vo y vulneración de los derechos humanos. Crítica a la ausencia de la ley chilena con perspectiva de género.	no es exacta estudio cualitativo, específico del género femenino	busca abordar la problemática del tto. gineco-obstétrico y la vulneración de derechos fundamentales a la mujer que se producen en los momentos previos, durante y posteriores al parto desde una perspectiva de género	diferentes formas de vo cualquiera sea la modalidad que se presente, derechos humanos según los tratados internacionales de los derechos
11	revistes.ub.edu	revista de investigación mujer salud y sociedad	El derecho penal como medio de prevención de la violencia	no específico, estudio cualitativo	realizar una crítica a las medidas tomadas en México sobre vo,	faltas de medidas para una sanción de las prácticas de vo, falta de

			obstétrica en México. Resultados 2018		destacando que el derecho penal no es suficiente para prevenir esta clase de violencia	protocolos para prevenir la VO

A continuación, para demostrar la violencia obstétrica en cada país y la legislación de Venezuela, argentina y México en comparación al proyecto de ley de chile, se describe un breve resumen de los 11 artículos en la que se basa esta revisión bibliográfica:

1. ***¨Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente¨***

(Dras. Carlota J Pereira, Alexa L Domínguez, Judith Toro Merlo 2015) tiene como objetivo: *Determinar la prevalencia de violencia obstétrica en la sala de partos del Hospital General del Oeste Dr. José Gregorio Hernández de Caracas durante el período comprendido entre junio y octubre de 2012. Es un estudio prospectivo y descriptivo, en el que se investigó, la posibilidad de ocurrir violencia obstétrica en 326 pacientes, atendidas por partos, cesáreas y abortos. Se aplicó un cuestionario de 15 preguntas orientado a conocer la opinión de las pacientes en cuanto a la atención recibida y si tenían conocimientos acerca de la violencia obstétrica. en el cual se obtuvieron como* resultados *La prevalencia de violencia obstétrica fue de 26,3 %, predominando la violencia psicológica. Cuando hubo agresión verbal o maltrato los responsables fueron el obstetra, el anestesiólogo, y las enfermeras. El 34,4 % de las pacientes no recibió información adecuada sobre los procedimientos que les practicarán, mientras que al 65,6 % les fueron realizados procedimientos médicos o quirúrgicos sin solicitarles el consentimiento informado por escrito. Fue informada agresión física en 0,9 % de los casos. El 80,1 % desconoce los mecanismos de denuncia.* Concluyendo que la mejor *contribución que se puede hacer para enfrentar eficazmente el problema de la violencia contra la mujer, incluida la violencia obstétrica, es promover su prevención.*

2. ***"Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica"***

   (Marbella Camacaro, Mariángel Ramirez, Lissette Lanza y Mercedes Herrera 2015).

   El artículo estudia la praxis médica-obstétrica hegemónica constituyen actos de violencia de

género según la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia LODMVLDV (artículos N°13 y 51). Se trabajó con parturientas atendidas en sala de Obstetricia del Hospital Central de Maracay, Venezuela. Investigación epidemiológica, analítica, transversal, prospectiva. Población: 800 embarazadas; muestra: 160 embarazadas. Resultados: Aplicación de oxitócicos sin autorización: 83,3%; Episiotomía como rutina: 75%. Estimulación de los pezones: 86,7%; Exploración del útero postparto: 97,7%; Discusión: Basado en la LODMVLDV se evidenció que dichas conductas de rutinas obstétricas constituyen actos de violencia obstétrica la cual se define como un tipo de violencia de género.

3. ***¨Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica¨*** *(Sheila Pintado-Cucarella, Julio C Penagos-Corzo, Marco Antonio Casas-Arellano 2015) el articulo cuenta con Antecedentes de que la violencia obstétrica implica la violación de los derechos reproductivos de la mujer en el embarazo, parto y puerperio. Se ha relacionado con falta de empatía y malestar emocional del profesional médico. Tiene* como objetivo: *identificar la percepción de violencia obstétrica y determinar su posible relación con el síndrome de burnout o desgaste profesional. Material* y métodos es un *estudio transversal efectuado en 29 médicos que se desempeñan en el ejercicio de la obstetricia y ginecología. Como instrumentos de evaluación se utilizaron:*

a) *cuestionario de la percepción profesional que recolecta información de datos*

sociodemográficos, situaciones de violencia obstétrica, principales preocupaciones de los médicos en su tarea profesional, e incluye una escala de evaluación del nivel de satisfacción en el trabajo,

b) *el Burnout Inventory de Maslach, y*

c) *la escala de empatía médica de Jefferson. Resultados: las situaciones más prevalentes de violencia obstétrica percibida fueron: negligencia médica (inobservancia e impericia) y prácticas nocivas (35.71%), discriminación (35.71%), tratos groseros y ataques verbales (40%). El 64.35% de los participantes reportó falta de información de la violencia obstétrica y no tener herramientas para hacerle frente. En cuanto al síndrome de burnout, éste se relaciona con varios ítems de la escala de empatía y con la baja satisfacción en el trabajo.* En Conclusiones *para prevenir este tipo de situaciones es importante proveer a los médicos las herramientas de atención y conocimiento de la violencia obstétrica y de control del estrés.*

4. **"S*ituación legislativa de la violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile¨*** *(Luis* Iván Diaz Garcia, Yasna Fernández M. 2018). El artículo revisa la situación legislativa de la violencia obstétrica en América latina. En particular analiza aquellos países que cuentan con legislación específicamente destinada a enfrentarla (Venezuela, Argentina y México). El análisis incluye las normas chilenas que pueden tener relación con este tema.
5. ***¨Etnografías del Control del Nacimiento en el Chile Contemporáneo¨*** (Sadler Spencer, M. 2016)

Resumen: En Chile, el modelo hegemónico de atención de nacimientos puede describirse como tecnocrático y altamente intervencionista, con una de las tasas de cesárea más elevadas del mundo. Se practican en forma rutinaria muchos procedimientos que la evidencia científica ha desacreditado desde hace décadas, y prevalece una visión de la mujer como máquina defectuosa que debe ser constantemente controlada y monitoreada mediante el uso intensivo de tecnología para garantizar la calidad del producto-bebé. En el texto se presentan datos sobre las intervenciones médicas en el nacimiento en el país, se discuten dimensiones de la educación médica que perpetúan el modelo de atención centrado en la patología y algunos elementos que dan forma a un escenario de violencia obstétrica.

6. ***¨Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino¨(*** Flavio Salgado, Marinelly Díaz, 2019). La presente investigación tiene como objetivo analizar la relación entre la violencia obstétrica y dos fenómenos macrosociales: la medicalización del cuerpo femenino y la violencia de género en Chile, a fin de develar prácticas que vulneran los derechos sexuales y reproductivos. En cuanto a los métodos, se abordó al cuerpo desde una perspectiva histórica como un constructo social, también se consideraron la normativa legal, así como opiniones e informes de organismos internacionales y expertos que tipifican la violencia obstétrica como una violación de los derechos humanos de la mujeres embarazadas; constatando por un lado, el débil marco legal

que protege a las gestantes ante los procesos de medicalización en Chile y por otro lado, un discurso del personal de salud incapaz de reflexionar sobre las implicaciones de sus prácticas en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

7. *¨La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica¨* (María Raquel Pozzio 2016). Al mismo tiempo que la gineco-obstetricia se feminiza, aumenta la problematización de la violencia obstétrica. Es a partir de estos dos fenómenos que el artículo se propone describir las diferentes posturas que los actores han tomado en torno de la introducción de prácticas de "parto humanizado" - clasificadas como abiertas, intermedias y de resistencia-, en tanto y en cuanto éstas buscan disminuir la violencia obstétrica. En especial, se subrayan las explicaciones y reacciones de las mujeres gineco-obstetras ante la violencia obstétrica. El análisis busca mostrar cómo el género como construcción y la antropología como método y enfoque contribuyen a entender el fenómeno y hacer inteligible esta aparente paradoja. Como conclusión, se plantea que establecer relaciones entre la feminización de la ob-gyn y la problematización de la violencia obstétrica nos permiten una entrada a la comprensión de los alcances y limitaciones del proceso de feminización de la profesión médica.

8. *¨Satisfacción de la mujer respecto al rol de la matrona/matrón en la atención del parto, en el contexto del modelo de atención personalizada en Chile¨.* (Carla Valdés, nicole Palavecino, loreto Pantoja, Jovita Ortiz, Lorena Binfa; 2016). El artículo cuenta con el objetivo de describir la

satisfacción de la mujer respecto al rol de la matrona/matrón en la atención del parto en una maternidad de la ciudad de Santiago de Chile, perteneciente al sistema de salud público. Es un estudio cualitativo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 14 mujeres chilenas, puérperas de parto vaginal, de entre 19 y 43 años, sin patologías asociadas. Se llevó a cabo un análisis del contenido de los datos.

Resultados: en el análisis de las entrevistas se valoraron cinco categorías; I) Experiencia general del parto, II) La matrona/matrón: un profesional cercano y cómplice del proceso, III) y un pilar en el manejo del dolor; IV) Habilidades comunicacionales y entrega de información y V) La matrona/matrón como ente de empoderamiento durante el parto. Con respecto al rol de la matrona/matrón, el componente relacional destaca por encima de las habilidades técnicas: el buen trato, la compañía, la contención emocional, la cercanía y la entrega de información. Las mujeres esperan empatía, amabilidad y motivación, y que la matrona/ matrón contribuya a disminuir la ansiedad y el dolor, de modo que se sientan apoyadas y puedan vivir de una mejor experiencia. Concluyendo que la calidad de la atención determina una buena experiencia de parto. el rol del profesional matrona/matrón es de gran relevancia en este proceso, lo que hace necesaria una formación orientada no solo a la competencias técnicas, sino también, y fundamentalmente a las comunicaciones y relaciones, de modo que sea posible ofrecer una atención de calidad que favorezca el estado emocional óptimo de la madre.

9. ¨*La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos¨* (Laura F. Belli, 2013). Desde los inicios de la medicina moderna, la idea de que la fecundidad y la maternidad constituyen etapas de la vida de las mujeres que se deben subsumir al orden médico, fue tomando cada vez más fuerza. Estas maternidades intervenidas se desarrollan en su gran mayoría en torno de saberes científicos diseñados para su regulación y control. El presente artículo explora la violencia obstétrica como una forma de violencia de género y de violación a los derechos humanos muchas veces ignorada. Se trata de un trabajo de revisión bibliográfica sobre un tema de actualidad que, a pesar de su pertinencia para la bioética, ha sido desestimado. Se intentará sistematizar las cuestiones asociadas con este fenómeno y ofrecer un análisis del mismo dentro del marco de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos.

10. *¨Parir en Chile: violencia obstétrica y vulneración a los Derechos Humanos. Crítica a la ausencia de regulación en la ley chilena con perspectiva de género ¨ (*Fernanda cuevas gallegos, 2018). El artículo busca abordar la problemática del tratamiento gineco-obstétrico y la vulneración de derechos fundamentales a la mujer que se producen en los momentos previos, durante y posteriores al parto desde una perspectiva de género, que abarca el tratamiento jurídico social actual en la materia. Se pretende, por ende, identificar las distintas formas en que la violencia obstétrica se expresa y reconocerla como una forma de tratos crueles, inhumanos y degradantes cualquiera sea la modalidad en que se manifiesta,

los cuales están establecidos en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos de acuerdo a los tratados internacionales que Chile ha ratificado en la materia.

11. ***¨El derecho penal como medio de prevención de la vo en México. ¨*** (Guillermo Manuel Corral-Manzano; 2018). El artículo presenta una Introducción en la cual México, posteriormente a la celebración de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer, «Convención Belém do Pará» de 1994, ha pretendido adecuar su legislación interna para dar cumplimiento a las obligaciones internacionales adquiridas. El Estado de Veracruz (México), a partir del año 2010, consideró la violencia obstétrica como delito en su código penal. Tras ocho años de su tipificación, se considera oportuno revisar los efectos de su implementación. Metodología: A través del análisis de la norma vigente, de algunos programas de salud que con motivo de la violencia obstétrica se han sugerido, y de la información sobre conciliaciones médicas, recomendaciones y denuncias que se han realizado, el presente texto pretende hacer una crítica a las medidas tomadas en México sobre violencia obstétrica, haciendo hincapié en que el derecho penal no es por sí solo suficiente para prevenir esta clase de violencia. Resultados y Discusión: Los mecanismos adoptados por el gobierno mexicano para prevenir y erradicar la violencia obstétrica parecen quedarse a nivel normativo: no existen juicios penales por el delito de violencia obstétrica en el Estado de Veracruz a ocho años de su tipificación; las recomendaciones

de los organismos de derechos humanos nacionales, que versan sobre violencia obstétrica no sugieren el uso del derecho penal para la sanción de las personas que la han ejercido y solo se contempla violencia obstétrica cuando hay muerte del feto o secuelas en el mismo; el organismo nacional de arbitraje médico, tiene en relación a la práctica médico ginecológica porcentualmente un índice de laudos condenatorios inferior a los absolutorios y/o a los convenios.

MARCO TEÓRICO

1.1 violencia

1.1.1 definición

El término *violencia* proviene del latín *violentilla*, y es un comportamiento deliberado que provoca, o puede provocar, daños físicos o psicológicos a otros seres humanos, y se lo asocia, aunque no necesariamente, con la agresión, ya que también puede ser psicológica o emocional, a través de amenazas u ofensas. (2)

Existen múltiples definiciones de violencia, en especial las que se relacionan con la imposición de fuerza física. Sin embargo, la violencia es un concepto mucho más global y complejo, que se refiere a: *cualquier acto de comisión u omisión y cualquier condición que resulte de dichos actos, que prive a los sujetos de igualdad de derechos y libertades e interfiera con su máximo desarrollo y libertad de elegir*. (5)

La OMS la define como: el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Esta definición vincula la intención con la comisión del acto mismo,

independientemente de las consecuencias que se producen. Se excluyen de la definición los incidentes no intencionales, como son, la mayor parte de los accidentes de tráfico y las quemaduras. [10]

1.2.4 violencia de género

La definición más aceptada de violencia de género es la propuesta por la ONU en 1995: "Todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada». En este marco conceptualizamos la violencia como «la coacción física o psíquica ejercida sobre una persona para viciar su voluntad y obligarla a ejecutar un acto determinado». Puede adoptar formas diferentes: física, verbal, psíquica, sexual, social, económica, etcétera. Unas formas de coacción que se han ejercido, en mayor o menor medida, a lo largo de la historia". [12]

1.2.1 violencia obstétrica

La violencia obstétrica se caracteriza por la violación directa a los derechos humanos, reproductivos y de género hacia la mujer generado en el periodo de atención de parto, parto y puerperio. Esta puede presentarse de diversas formas, entre los cuales se consideran: violencia física, violencia psicológica, violencia contra la libertad reproductiva, patologización de procesos naturales, infantilización de la mujer, entre otros. Caracterizados como tratos ofensivos, irrespetuosos y/o negligentes de parte del personal de salud contra una usuaria en una condición de especial vulnerabilidad dada por el proceso de parto, maltratos que pudiesen tener efectos negativos tanto en la madre como en el hijo y la vinculación de estos a través del tiempo.

1.2.2 tipos de VO ejercidas

Dentro de la violencia obstétrica se puede presentar ejerció de violencia física, definida como la fuerza ejercida directamente sobre el cuerpo de la mujer, identificando prácticas como: medicación injustificada, intervención de procesos naturales y el tiempo que conlleva cada uno de estos, no respetar la posibilidad de parto biológico, cesáreas injustificadas de acuerdo al diagnóstico de la usuaria y su hijo, número de actos realizados sobre lo recomendado, entre un sin fin de otras prácticas que vulneran el derecho a una atención libre de violencia. En relación a esta se deben considerar también las intervenciones obstétricas que no debieran realizarse de forma rutinaria como la rotura artificial de membranas presente en un 44% de los partos en hospitales y 39,9% en clínicas y la episiotomía con un porcentaje de 44% de los partos en hospitales y 41,1% en clínicas. [8]. Sin embargo, las cifras más preocupantes se relacionan con el monitoreo fetal continuo y la administración de oxitocina artificial, puesto que estas se han triplicado en hospitales durante tres períodos distintos, que según recomendaciones internacionales debieran realizarse de manera específica, de acuerdo a las condiciones de salud de cada mujer e hijo. En el caso de las clínicas existe una leve diferencia en comparación a hospitales, de acuerdo al monitoreo fetal continuo que reportó un 84,6% en hospital y un 81,6% en clínicas. Respecto a la administración de oxitocina artificial se presenta con un 51,8% en hospital y un 45,3% en clínicas. No obstante, el uso de anestesia y maniobra de Kristeller más una alta cifra de cesáreas carentes de justificación, se reconocen como los procedimientos más realizados y característicos de la clínica. [6]

Según el estudio OVO Chile existe una disminución de la violencia física a lo largo del tiempo principalmente en el sector privado. En clínicas existe un 5,3% de experiencias de violencia física, mientras que en el sector público es de 17,5% o sea tres veces mayor a la del sistema privado, datos relevantes que grafican la desigualdad existente en ambos servicios de salud y el impacto que estos pudiesen tener en sus pacientes. [6]

Otro tipo de violencia necesario a considerar es la violencia psicológica, la cual puede presentarse por omisión de información del progreso de parto, falta de información del estado del recién nacido, omisión de ventajas y desventajas de distintos procedimientos. Por otra parte, se presenta como la infantilización de la mujer, trato despectivo o humillante, insultos y comentarios inadecuados, situación que pone a la mujer en desventaja frente a los profesionales encargados de su atención, transformándola en mero espectador de su propio proceso, invisibilizando sus necesidades y expectativas, limitando su autonomía y quitando el derecho a una atención adecuada y libre de violencia.

Actualmente la OMS propone acciones necesarias para prevenir y erradicar el maltrato y faltas de respeto durante todas las etapas del parto.

1.3.1 ley contra la violencia obstétrica

1.3.2 países con jurisprudencia

FECHA	PAÍSES	N° ó NOMBRE DE LEY	QUE ABARCA
19 de marzo de 2007	Venezuela	Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia	Venezuela se convirtió en el primer país en definir legalmente la violencia obstétrica y en tipificarla como delito. determina que: "Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: 1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. 2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. 3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer. 4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. 5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

			En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa … debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda" (Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia - Art. 51).
2004	Argentina	ley 25.929; Ley de Parto Humanizado	Establece en el artículo 2 una serie de derechos que las mujeres poseen en relación con su embarazo, trabajo de parto, parto y postparto: "a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas. b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales" Con el fin de evitar los abusos bajo la forma de medicalización de los procesos de parto. c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto. d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de

			salud de la parturienta o de la persona por nacer. e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales. f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética" (Ley 25929 - Art. 2) La ley señala que la mujer tiene también derecho a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto y a tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, exceptuando los casos en que el recién nacido requiere de cuidados especiales (Ley 25929 - Art. 2, incs. g y h).
2009		ley 26.485; ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus	En el artículo 6 define las diferentes modalidades en las cuales se presenta la violencia contra las mujeres en diferentes esferas (doméstica, comunitaria y estatal). En el inciso e) define la violencia obstétrica del siguiente modo: "Violencia obstétrica: aquélla que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929".

		relaciones interpersonales.	El reglamento que complementa este texto legal define trato deshumanizado como *"el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no"* En cuanto a las medidas o sanciones frente a la violencia obstétrica, el artículo 6° de la Ley sobre parto humanizado se limita a prescribir que: *"el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios"*. Se trata, por tanto, de sanciones administrativas en que la calificación de gravedad es una facultad discrecional de la autoridad que la aplica, esto es, la Dirección de Obras Sociales del Ministerio de Salud. La ley contra la violencia de género, por su parte, no contempla medidas o sanciones pertinentes para situaciones de violencia obstétrica

2007	México	la Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia	Sólo diez de las treinta y un unidades federadas que constituyen el Estado federal han definido la violencia obstétrica en sus respectivas leyes de acceso a una vida libre de violencia. Se trata de los Estados de Chiapas, Veracruz, Chihuahua, Colima, San Luis Potosí, Durango, Guanajuato, Quintana Roo, Tamaulipas e Hidalgo [(4)] En Veracruz, México, existe la ley denominada "Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia Para el Estado de Veracruz de Ignacio De La Valle" que en su capítulo I sobre "De Los Tipos de Violencia", artículo 7 numeral VI define a la violencia obstétrica como: "Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar

			el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer” En todas las unidades federales de México se establecen penas privativas de libertad y multas y, en el caso de Chiapas, se añade la suspensión de la profesión, cargo u oficio, por un término igual, con independencia de las lesiones causadas.
2018	Chile	PROYECTO DE LEY parto respetado y fin de la violencia gineco-obstétrica	Título II Violencia gineco-obstétrica Artículo 3: definición de violencia gineco-obstetricia Se entenderá por violencia gineco-obstetricia todo maltrato o agresión psicológica, física o sexual, omisión o negación injustificada que suceda durante la atención de la gestación, preparto, parto, postparto, aborto en las causales establecidas por la ley y en el marco de la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer. <u>Artículo cuatro:</u> hechos constitutivos de violencia gineco-obstétrica Se considerarán como actos de violencia gineco-obstétrica, entre ellos, los siguientes hechos:

			A) abandono, burlas, abusos, insultos, amenazas, malos tratos, coacción, violencia física o psicológica ejercida contra la mujer en torno a su atención de salud obstétrica o ginecológica. B) insensibilidad al dolor o enfermedades por parte de los sistemas médicos en dichos contextos C) omisión o retardo en la atención oportuna ante una emergencia gineco-obstetricia D) manipulación u ocultamiento de la información cuando es solicitada por la mujer o sus cercanos en torno a su salud E) utilización del caso clínico de la mujer en actividades de docencia e investigación, salvo cuando está sea consentido por ella F) abuso o negación de medicación cuando es solicitada o requerida coma a menos que ésta aumente los riesgos maternos y perinatales, los que deberán ser debidamente informados. G) obligar a la mujer a parir en una posición que límite su movimiento, ser amarrada u otros, sin justificación ni consentimiento de la misma. Esto será igualmente aplicable a todas las mujeres privadas de libertad. H) aceleración de un parto de bajo riesgo, métodos agresivos como maniobra de Kristeller, episiotomía de rutina entre otros, sin justificación médica ni consentimiento de la mujer.

			I) la realización de prácticas y procedimientos potencialmente perjudiciales, que no tienen ningún sustento específico para su uso rutinario o frecuente el trabajo de parto y nacimiento normales. J) interrupción del embarazo o esterilización forzada no consentido por la mujer y realizadas sin justificación médica K) barreras de acceso a la anticoncepción, esterilización quirúrgica voluntaria y entrega de anticonceptivos de emergencia en razón de su edad, sexo, etnia, orientación sexual, número de hijos/as u otros motivos que no sean la expresa voluntad de la mujer L) el retardo injustificado o la omisión en la atención de salud que tenga como consecuencia la muerte gestacional y perinatal M) el retardo injustificado o la omisión de la atención en el ámbito de la interrupción voluntaria del embarazo regulada por la ley 21.030, te regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en 3 causales N) el no respeto a las tradiciones culturales que la mujer profese O) el incumplimiento de los derechos establecidos en el título III de la presente normativa P) el no respeto del consentimiento y la autonomía de una niña o adolescente que se encuentra en preparto, parto, postparto, aborto, en las causales

			establecidas por la ley coma y en el marco de la atención de su salud sexual y reproductiva Q) el no respeto del consentimiento y la autonomía de la mujer con discapacidad en el ámbito del preparto, parto, postparto, aborto en las causales establecidas por la ley coma y en el marco de la atención de su salud sexual y reproductiva

RESULTADOS

En esta revisión se buscó dar a conocer las leyes implementadas en contra de la violencia obstétrica en algunos países de Latino y Centroamérica Venezuela, Argentina y México, así como también se busca priorizar la importancia de establecer una ley como tal en Chile exponiendo el proyecto de ley en contra de la violencia obstétrica que se propone en Chile. Con especial énfasis en el proceso y la atención del parto en mujeres durante su atención en un establecimiento de salud.

Para cumplir con el objetivo, se efectuó la búsqueda identificando 38 artículos, de los cuales fueron suprimidos 27

(71.1%), por no contar con los criterios de inclusión del estudio. A partir de los 11 artículos seleccionados, cuyo tema central es la violencia obstétrica en mujeres de países Latino y Centroamericanos (Venezuela, Argentina y México) que poseen una Ley o proyectan una propuesta de Ley (Chile), que impiden las diferentes manifestaciones de la violencia obstétrica en servicios de salud público y privado. *(figura 1)*

Un total de 11 (28.9%) artículos fueron seleccionados. *La tabla N°1* especifica en detalle las siguientes columnas: página web, nombre de la revista, título del artículo, número de población, objetivo del estudio y variables de resultado observados en cada uno de los estudios seleccionados.

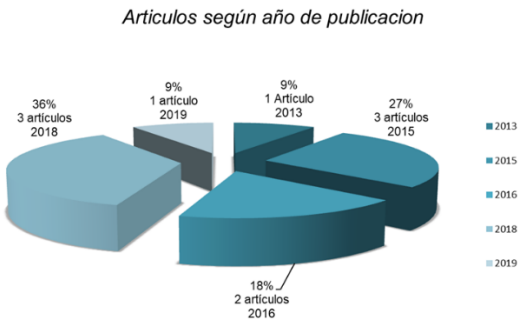
Tabla N°1.1 *Principales características metodológicas de cada uno de los artículos seleccionados según sus fuentes de información para el estudio sobre la "Revisión de la Ley contra la violencia obstétrica en Venezuela, Argentina, México en cotejo al proyecto de Ley propuesto en Chile"*

Fuentes de información	N° de Artículos	Porcentajes
Entrevistas	1	9.09%
Cuestionarios	3	27.27%
Revisiones bibliográficas	7	63.64%
Total	11	100.00%

Conforme a los años en los que fueron examinados los artículos seleccionados para este estudio, se consideraron los artículos comprendidos entre los años 2013-2018, estos son graficados en números y porcentajes (%). El primer estudio en abordar en forma específica la violencia obstétrica en las mujeres era del año 2013, (9.0%), entre los años 2015 - 2016, 5 artículo (45.5%) y durante el periodo del 2018 - 2019, se reconocieron 5 artículos, los cuales representan un 45.5%, se logra evidenciar que la exposición de los artículos seleccionados se desarrolla mayoritariamente entre los años 2015

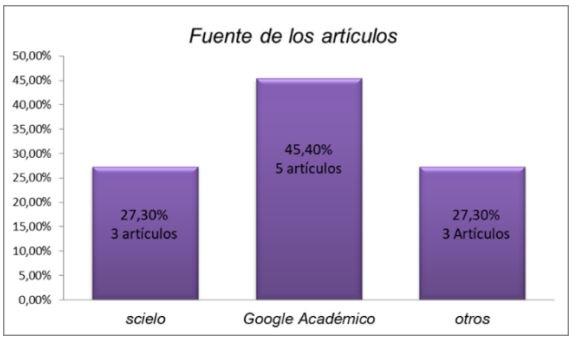
hasta el 2019, disponiendo de diferentes enfoques metodológicos. *(Gráfico N°1)*

Gráfico N°1. Distribución porcentual de artículos según año de publicación en el estudio sobre la "Revisión de la Ley contra la violencia obstétrica en Venezuela, Argentina, México en cotejo al proyecto de Ley propuesto en Chile"



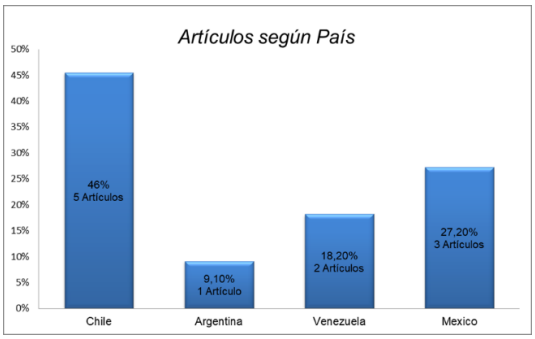
En relación a la base de datos consideradas se mencionan Scielo, Google Académico, entre otros. Logrando observar un mayor número de artículos en Google Académico representados por un 45,4% y los artículos procedentes de Scielo y otros con un 27.3% respectivamente. *(Gráfico N°2)*

Gráfico N°2. Distribución porcentual de artículos según bases de datos consideradas en el estudio sobre la "Revisión de la Ley contra la violencia obstétrica en Venezuela, Argentina, México en cotejo al proyecto de Ley propuesto en Chile"



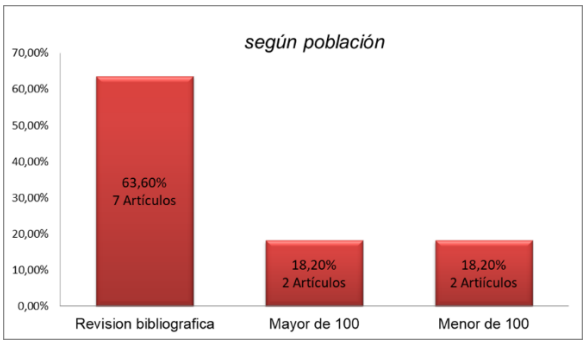
En cuanto a los países del cual proceden los artículos seleccionados para realizar este estudio, se establece que mayoritariamente en países correspondientes a Latinoamérica, los artículos procedentes de Chile lideran el estudio por un (45.5%), seguido por México por un (27.2%), Venezuela por un (18.2%) y Argentina por un (9.1%). *(Gráfico N°3)*

Gráfico N°3. Distribución porcentual de artículos según país de procedencia en el estudio sobre la "Revisión de la Ley contra la violencia obstétrica en Venezuela, Argentina, México en cotejo al proyecto de Ley propuesto en Chile"



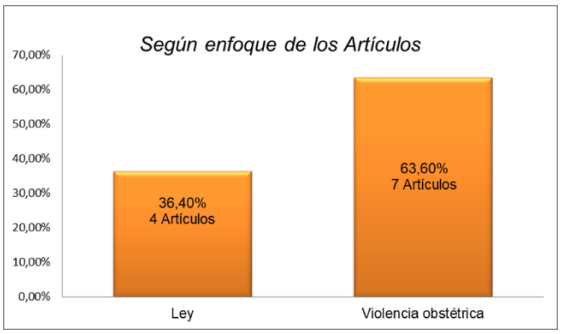
Del mismo modo de 11 artículos seleccionados, se examinaron las cifras según el tamaño de la población del estudio, evidenciando 7 artículos que no muestran un número de población específico, debido a que corresponden a revisiones bibliográficas realizadas por los autores, 2 artículos que estudian una población mayor a 100 mujeres y otros 2 que estudian una población menor a 100 mujeres. *(Gráfico N°4)*

Gráfico N°4. Distribución de los artículos según el tamaño de la población analizada en el estudio sobre la "Revisión de la Ley contra la violencia obstétrica en Venezuela, Argentina y México en cotejo al proyecto de Ley propuesto en Chile"



En relación al tema sobre la violencia obstétrica y su legislación en Latino y Centroamérica en países como Venezuela, Argentina y México, incluyendo Chile, el análisis evidenció que, del total de 11 artículos, 7 (63.6%) hacen referencias a la violencia obstétrica y otros 4 (36.4%) a la legislación de la violencia obstétrica. *(Gráfico N°5)*

Gráfico N°5. Distribución porcentual según el enfoque que disponen los artículos seleccionados en el estudio sobre "Revisión de la Ley contra la violencia obstétrica en Venezuela, Argentina y México en cotejo al proyecto de Ley propuesto en Chile"



A partir de los artículos que se utilizaron para realizar este estudio se pesquisaron 2 formas de violencia obstétrica, las cuales se pueden concretar según acción u omisión, por acción se puede ver representada en violencia física o violencia psíquica hacia la mujer y por omisión se puede representar en violencia psicológica. Ambos tipos de violencia analizadas en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto.

En relación a lo anterior se recabó que los mismos profesionales de la salud tanto a nivel público como privado son responsables de prácticas negligentes (inobservancia e impericia) y prácticas nocivas (cesáreas y episiotomías sin necesidad), hacia las mujeres violando sus derechos. En cada situación de violencia obstétrica se puede detectar la vulneración de más de un derecho.

En cuanto al matrón o matrona relacionada con la problemática planteada sobre la violencia obstétrica, se obtuvo como resultado, que las mujeres que participaron en los estudios consideraron que, si la matrona facilitaba su libertad e incentivaba el empoderamiento de sus partos, lograban conseguir el sentimiento de confianza durante la vivencia de sus partos, por lo que en resumen la participación del matrón o matrona en la atención del parto es indispensable no solo por el acompañamiento permanente, el apoyo y la contención física y emocional que le entrega a las mujeres, sino porque les permiten vivir una mejor experiencia.

Para ser más evidente la revisión de la Ley contra la violencia obstétrica en Venezuela, Argentina y México en cotejo al proyecto de Ley propuesto en Chile. Se describe un breve resumen de su regulación en cada país anteriormente mencionado:

Venezuela *Regulación de la violencia obstétrica en Venezuela* ‘‘Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia’’. Publicada el 19 de marzo de 2007. Esta ley reconoce diecinueve formas de violencia contra la mujer. En cuanto a la violencia obstétrica se tratan esencialmente tres cosas: el concepto, las conductas constitutivas de violencia obstétrica y su sanción. (4)

En cuanto al concepto, la ley expresa: *“Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”.* (4)

Con respecto a las conducta, no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas, obligar innecesariamente a parir en posición supina y con las piernas levantadas, impedir sin causa el apego, alterar injustificadamente el proceso natural del parto mediante técnicas de aceleración y practicar cesáreas innecesarias. Además, y aunque erróneamente no se le considera propiamente violencia obstétrica, se agrega la esterilización forzada. (4)

Por último, la ley regula dos clases de sanciones. Para la esterilización forzada se fija una pena privativa de libertad. Para las demás formas de violencia obstétrica se establecen penas pecuniarias. (4)

Argentina *Regulación de la violencia obstétrica en Argentina*. Cuenta con dos textos legales relacionados con la violencia obstétrica. Cada uno con su respectivo reglamento (4):

El 1er texto legal es la Ley 25.929, de 2004, conocida también como “Ley de Parto Humanizado’’. No define qué se entiende por VO, establece una serie de derechos que las mujeres poseen en relación con su embarazo, trabajo de parto, parto y postparto. Entre ellos se mencionan los derechos

a ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas, a ser tratada con respeto, cautelando su intimidad y considerando sus pautas culturales, a ser considerada una persona sana, al parto natural, a ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y otros que tienden a asegurar su autonomía jurídica.(4)

El 2do texto legal es la Ley 26.485, de 2009, "Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales". Define las diferentes modalidades de violencia de género. En cuanto a la vo, la define como *"aquélla que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929".* El reglamento que complementa este texto legal define trato deshumanizado como *"el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no".* (4)

En cuanto a las medidas o sanciones frente a la violencia obstétrica, el artículo 6° de la Ley sobre parto humanizado se limita a prescribir que: *"el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios".* Se trata, por tanto, de sanciones administrativas en que la calificación de gravedad es una facultad voluntaria de la autoridad que la aplica. (4)

México *Regulación de la violencia obstétrica en México.* Existen dos

órdenes de regulaciones relacionadas con la violencia obstétrica. Una de ellas es de carácter federal y la otra es de nivel estatal. [4]

El Estado federal cuenta, desde el año 2007, con la "Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia". Su objetivo es, según declara el artículo 1°, prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Aunque este texto carece de una referencia específica a la violencia obstétrica, en sus artículos 6° y 18 define otras formas de agresión relacionadas con aquella: la violencia psicológica, la violencia física y la violencia que proviene de agentes del Estado y que se denomina violencia institucional. A nivel federal no existe una regulación específica para la violencia obstétrica, aunque existe un proyecto de ley para sancionarla. [4]

A nivel estatal sólo diez de las treinta y un unidades federadas que constituyen el Estado federal han definido la violencia obstétrica en sus respectivas leyes de acceso a una vida libre de violencia. Entre ellos los Estados de Chiapas, Veracruz, Chihuahua, Colima, San Luis Potosí, Durango, Guanajuato, Quintana Roo, Tamaulipas e Hidalgo. En todos ellos el concepto de violencia obstétrica es similar, definida como: *"apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad".* Así mismo a nivel estatal, sólo tres de las unidades federadas de México antes mencionadas han establecido el delito de violencia obstétrica, Chiapas, Veracruz y Guerrero. Es interesante constatar que las opciones legislativas de cada uno de ellos han sido diferente. En efecto, el Estado de Chiapas tipifica el delito a partir de su definición y, además, a partir de un listado de conductas que equipara a la violencia obstétrica. El Estado de Veracruz, por su parte, opta por prescribir que comete el delito de

violencia obstétrica quien incurre en alguna de las conductas que señala y el estado de Guerrero tipifica el delito a partir de la definición de violencia obstétrica. En todos los casos se establecen penas privativas de libertad y multas y, en el caso de Chiapas, se añade la suspensión de la profesión, cargo u oficio, por un término igual, con independencia de las lesiones causadas. [4]

Chile *Regulación de la violencia obstétrica en Chile.* Se carece de una legislación que enfrente de manera directa el grave fenómeno de la violencia obstétrica. Sin perjuicio de aquella afirmación, resulta conveniente revisar ciertas normas de la Ley 20.584 y de sus reglamentos que parecen presentar vinculación con dicho problema. Adicionalmente, y para una mejor ilustración, conviene revisar el único proyecto de Ley en actual tramitación parlamentaria que pretende hacer frente a esta forma de agresión contra la mujer. [4]

Primero; la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que poseen los usuarios en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Establece un conjunto de derechos a favor de los pacientes. Ninguno de ellos se refiere de manera expresa a la protección de la mujer frente a la violencia obstétrica. Su intención fue, más bien, el respeto a los pacientes y el resguardo de su privacidad. En segundo lugar, se pretende fomentar la autonomía de las personas, promoviendo su participación activa en su proceso de atención en salud. Sin embargo, no está clara la posibilidad de rechazar un tratamiento, lo que se extiende a todo procedimiento sanitario, incluyendo el derecho a elegir la clase de parto por la que se opta (natural o cesárea), ni la posición en que se desea enfrentar dicho proceso. [4]

Por otro lado, la Ley 20.584 incluye un procedimiento de reclamo administrativo. Confiere el derecho a reclamo respecto de la atención de salud recibida. Ni la Ley ni sus reglamentos aluden a medidas de reparación a favor de los pacientes, aunque le otorgan la posibilidad de

recurrir ante la Superintendencia de Salud en caso de no resultar satisfechas sus necesidades. Por último, la legislación se preocupa de regular los posibles casos de maltrato o violencia. Sin embargo, lo hace desde los pacientes hacia el personal de salud y no a la inversa [(4)].

Al respecto dispone que se pueden ejercer las acciones civiles y penales que correspondan en contra de quienes incurran en trato irrespetuoso o en actos de violencia verbal o física respecto de los integrantes del equipo de salud, e incluso se puede solicitar el auxilio de la fuerza pública. Sin aludir a posibles formas de violencia en contra de los pacientes, la ley dispone que los prestadores institucionales públicos deberán hacer efectiva la responsabilidad administrativa de sus funcionarios que no respeten los derechos de los pacientes. Sin embargo, no incluye normas para el caso que esta vulneración se produzca en el sector privado de salud. [(4)]

Segundo; junto con esas normas que son Ley de la República, resulta conveniente hacer referencia al proyecto de ley en actual tramitación parlamentaria relativo a la violencia obstétrica. Al respecto se debe destacar que se trata de una iniciativa que *"busca consagrar los derechos de las mujeres en relación con el trabajo de parto, el parto y el postparto".* En dicho proyecto se define la violencia gineco-obstétrica, señalando por vía ejemplar las conductas que la constituyen, se establecen derechos a favor de la mujer en situación perinatal, del padre y de otros familiares cercanos, se impone la obligación de informar sobre los deberes del personal de salud y los derechos de las pacientes, se establecen las sanciones de carácter penal que proceden contra el personal de salud y se fijan normas procesales para hacer efectiva la responsabilidad civil y penal derivadas de esta forma de violencia de género.[(4)] Pese a la relevancia de esta iniciativa, desde la fecha de su presentación

(enero de 2015) no ha tenido avance alguno. [4]

DISCUSIÓN

En las diferentes leyes contra la violencia obstétrica de México, Venezuela y Argentina revisadas en esta investigación podemos encontrar similitudes y diferencias enfocadas en las formas de violencia ejercidas a la mujer.

Dentro de las similitudes podemos destacar las existentes en las leyes que rigen Venezuela (Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia) y México (Ley general de las mujeres a una vida libre de violencia), como por ejemplo el no atender las emergencias obstétricas de manera oportuna y eficaz, obligar a las mujeres a parir en posición supina y con las piernas levantadas, alterar el proceso natural del parto acelerando mediante medicamentos sin consentimiento de la mujer, obstaculizar el apego precoz del bebé con su madre sin causa médica y practicar cesáreas existiendo condiciones para el parto natural sin consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

En el caso de Argentina, la Ley 25.929 (Ley de parto humanizado) tiene puntos similares a los nombrados anteriormente en cuanto a informar a la mujer sobre las diferentes intervenciones médicas que pudieran tener en los procesos de pre parto, parto y post parto. También se toca el punto de favorecer el parto natural evitando la medicación innecesaria y prácticas invasivas sin justificación médica y sin autorización de la paciente. Algo a destacar de esta ley es la protección a la mujer en cuanto a ser sometida a exámenes o intervenciones cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento por escrito bajo protocolo del comité de Bioética. En cuanto a la Ley 26.485 (Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia en contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales), la cual habla directamente de la violencia

obstétrica, se condena el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales del parto, en continuidad de la Ley 25.929.

Al analizar estas leyes que luchan erradicar la violencia obstétrica en los países antes mencionados podemos darnos cuenta que, en los tres casos, se busca proteger a la mujer tanto física como psicológicamente al momento del pre parto, parto y post parto, tratando de cuidar su integridad física, psicológica y mantener su protagonismo en este momento tan importante de sus vidas.

En cuanto a las diferencias que se pudieron encontrar entre estas leyes están los diferentes tipos de sanciones hacia el personal de la salud al momento de ser infringidas. En Venezuela, el tribunal de justicia impone una multa a la persona responsable, remitiendo una copia certificada de la sentencia al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda. En Argentina, las medidas de sanción de la Ley de parto humanizado están regidas bajo el artículo 6, el cual indica que él o la persona responsable de ejercer violencia obstétrica recibirá una sanción administrativa en que la calificación de gravedad será otorgada por la Dirección de Obras Sociales del Ministerio de Salud. La Ley contra la violencia de género no contempla sanciones en cuanto a la violencia obstétrica.

México cuenta con una situación muy diferente en cuanto a sancionar la violencia obstétrica, ya que solo tres de las diez unidades federales han establecido el delito violencia obstétrica: Chiapas, Veracruz y Guerrero, siendo diferente la sanción en cada uno. El estado de Chiapas tipifica el delito basado en su definición y del listado de conductas que equipara a la violencia obstétrica. El estado de Veracruz prescribe el delito de violencia obstétrica a quien incurre en las conductas señaladas. Por último, el estado de Guerrero tipifica el delito a partir de la definición de violencia obstétrica. En estos tres casos las

penas son privar de libertad y multas, además, en el estado de Chiapas se añade la suspensión de título de profesión, cargo u oficio, independiente de las lesiones causadas.

Con respecto al proyecto de Ley en Chile, el cual ingresó a la cámara de diputados el 10 de octubre del año 2018 y se encuentra a la espera de ser aprobada, podemos encontrar ciertas similitudes y diferencias con las Leyes anteriormente analizadas. Primero, para poder hacer una comparación debemos establecer que el proyecto de Ley en Chile establece una definición de la violencia gineco-obstétrica como "todo maltrato o agresión psicológica, física o sexual, omisión o negación injustificada que suceda durante la atención de la gestación, pre parto, parto y post parto, aborto, en las causales establecidas por la ley, y en el marco de la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer." Así como también establece hechos constitutivos de violencia gineco-obstétrica en su Artículo IV, los cuales fueron nombrados anteriormente en la tabla del marco teórico.

Dentro de las similitudes que pudimos encontrar entre la propuesta de Ley en Chile y las Leyes previamente analizadas, nos encontramos con condenar la violencia verbal, física o psicológica de parte del personal de la salud hacia la mujer, ya sea en una consulta obstétrica o ginecológica. El obligar a la mujer a parir en posición ginecológica, el abuso o negación de medicamentos cuando son solicitados o requeridos, omitir o retardar la atención oportuna ante una emergencia obstétrica son acciones que se repiten dentro de las leyes de estos 4 diferentes países. Sin embargo, la propuesta de ley también cuenta con similitudes puntuales con respecto a las leyes que rigen en México y Argentina. En México, al igual que en Chile, se busca proteger los procesos reproductivos de la mujer tratando de evitar procedimientos como una esterilización forzada sin el consentimiento de la mujer o sin justificación médica. En cuanto a la

similitud con Argentina encontramos el utilizar el caso clínico de la mujer en actividades de docencia sin previo consentimiento y el no respetar las manifestaciones culturales de las mujeres al momento del pre parto, parto y post parto.

Las diferencias volvieron a aparecer al llegar al tipo de sanción que promueve esta propuesta de Ley hacia los profesionales de la salud o entidades que presten servicio gineco-obstétricos. El título V: Responsabilidad médica y procedimientos de reclamos, establece que los actos de violencia serán regulados bajo el artículo 14 (responsabilidad sanitaria) y el artículo 15 (responsabilidad administrativa). El artículo 14 responsabiliza a los prestadores de salud, tanto públicos como privados, con respecto a los daños causados en la mujer en ámbitos como la gestación, pre parto, parto, post parto y aborto bajo las causales establecidas por ley, así como en atenciones ginecológicas y reproductivas. Esto se hará exigible de acuerdo con lo establecido en el artículo 38 y siguientes de la ley 19.966 del Ministerio de Salud, la cual establece un régimen de garantías en salud.

Por último, el artículo 15 indica que los centros de salud, hospitales públicos o privados, u otros espacios que presten atención gineco-obstétrica deberán contar con carta sobre derechos que regula la propuesta de ley y el procedimiento de reclamación en caso de su infracción. Esta infracción podrá ser reclamada de acuerdo a lo establecido en el artículo 37 de la ley 20.584 del Ministerio de Salud, la cual regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas con la salud. Además, el prestador de salud deberá garantizar el acompañamiento multidisciplinario a la persona que denuncie la infracción de los derechos establecidos por esta propuesta de ley.

CONCLUSIONES

De las distintas leyes desarrolladas en esta revisión, destaca la ley promulgada el año 2007 en el estado de Chiapas, México. Definida como "ley general de las mujeres a una vida libre de violencia" esta abarca acciones relacionadas con la definición de violencia obstétrica, considerando prácticas que impiden la atención adecuada de parto. Algunas de las acciones incluidas está la apropiación del cuerpo de la mujer y los tiempos necesarios a lo largo del proceso, privación de los derechos, relacionado directamente con el abuso, violencia verbal y psicológica. Dando lugar a inseguridades, desplazando necesidades y arrebatando autonomía durante un proceso único y trascendente durante toda la vida de la mujer y la de su recién nacido.

Siendo esta ley la más relevante de las expuestas, debido a que sanciona de manera permanente a los profesionales de salud que ejecuten este tipo de violencia. La cual actualmente es invisibilizada al igual que los daños que esta provoca en la población.

El objetivo planteado en este artículo buscaba analizar el posible impacto de las leyes de violencia obstétrica ya promulgadas en Latinoamérica con la actual propuesta de ley en nuestro país. Se compararon con el propósito de identificar aspectos importantes incluidos en estas leyes de países vecinos y que no se vieran considerados en nuestra propuesta de ley a fin de impulsar y perfeccionarla idealmente al total de nuestra población objetivo. Buscando acabar completamente con todos las acciones de violencia durante un proceso de parto, el cual requiere indudablemente un importante amparo.

Como matronas debemos aceptar el rol de educador tanto en el ambiente laboral, promoviendo la integración y asistencia de la mujer evitando cualquier acción violenta por parte del equipo médico, implementando estrategias educacionales a fin de promover una vida sexual sana y segura enfocada en los derechos

sexuales y reproductivos, ofreciendo los conocimientos que permitan que la usuaria identifique cuando se esté vulnerando alguno de sus derechos, empoderando y haciéndola partícipe de todo su proceso y también contribuyendo de esta manera a reducir prácticas violentas que impactan negativamente en la salud integral de la mujer.

En relación a la hipótesis expuesta, es relevante señalar que dentro de la actual propuesta de ley en Chile están incluidas las acciones que vulneran directamente los derechos ginecobstetricos, englobando y considerando además las omisiones de atención -identificada como una forma más de violencia en el proceso completo de atención de la gestación, parto y puerperio- y aborto en tres causales. De igual forma, incluye aspectos que otras leyes de países vecinos no, como la atención de salud sexual y reproductiva, la cual sanciona actos que impidan el acceso adecuado a métodos anticonceptivos, la negación de la pastilla anticonceptiva de emergencia (PAE), consejerías de planificación familiar, entre otras. A partir de aquello, se puede concluir que la hipótesis planteada en un inicio no se cumpliría en su totalidad, debido a que luego de las comparaciones con las leyes de los países latinoamericanos, la propuesta de ley de Chile no requeriría mayores modificaciones, ya que, en la ya mencionada se ven comprendidas todas las acciones necesarias para suplir de buena forma y de mejor manera las necesidades de toda nuestra población. Necesidades desde la atención de la gestación, parto, puerperio, el correcto ejercicio del aborto en las tres causales y la atención de salud sexual y reproductiva. La cual por su parte debe ser caracterizada por una atención libre de juicios haciendo valer completamente los derechos de la usuaria, proporcionando ambientes seguros y libres de violencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Española. Diccionario de la lengua

española [Internet]. RAE; 2020 [consultado abril de 2020]. Disponible en: https://dle.rae.es/violencia

2. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. RAE; 2020 [consultado abril de 2020]. Disponible en: https://dle.rae.es/obstetricia

3. Pintado Cucarella S, Penagos Corzo JC, Casas Arellano MA. Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. Ginecol Obstet Mex [Internet] 2015 [Consultado abril 2020];83:173-178. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Julio-Penagos-Corzo/publication/273437470_Sindrome_de_desgaste_profesional_en_medicos_y_percepcion_de_violencia_obstetrica/links/551369e60cf23203199c164e/Sindrome-de-desgaste-profesional-en-medicos-y-percepcion-de-violencia-obstetrica.pdf

4. Díaz García L y Fernandez M. Situación legislativa de la violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. Scielo [Internet] 2018 [Consultado abril 2020] https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-68512018000200123#:~:text=En%20cuanto%20al%20concepto%2C%20la,procesos%20naturales%2C%20trayendo%20consigo%20p%C3%A9rdida

5. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud [Internet] OMS; 2014 [consultado mayo 2020]. Diponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO

_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=B16D23CA986D612B4128826B89B55D1F?sequence=1

6. Observatorio de Violencia Obstétrica en Chile. [Internet]. Google Académico. 2018 [consultado abril 2020]. Disponible en: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PFZoQd4gD2MJ:https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Observatorio%2520de%2520Violencia%2520Obst%25C3%25A9trica%2520Chile%2520.docx+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=cl

7. Lampert MP. Parto humanizado y violencia obstétrica en parámetros de la Organización Mundial de la Salud. BCN [Internet] 2021 [consultado agosto de 2021]. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/32275/1/BCN_parto_humanizado_violencia__obstetrica_FINAL.pdf

8. Carvajal Ambiado L y Hernando Perez M. Proyecto de ley que establece los derechos de la mujer embarazada en relación con su atención antes, durante y después del parto y modifica el código penal para sancionar la violencia obstétrica. Google Académico [Internet] 2014 [consultado abril de 2020]. Disponible en: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:uGzKMunIXGYJ:https://www.camara.cl/verDoc.aspx%3FprmID%3D10121%26prmTIPO%3DINICIATIVA+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=cl

9. Claudia Mix J. Proyecto de Ley parto respetado y fin a la violencia gineco-obstétrica [Internet] 2018 [consultado abril 2020]. Disponible en: https://www.camara.cl/verDoc.

aspx?prmTipo=SIAL&prmID=43268&formato=pdf

10. Espín Falcón JC, Valladares González AM, Abad Araujo JC, Presno Labrador C, Gener Arencibia N. La violencia, un problema de salud. Scielo [Internet] 2008 [consultado mayo 2020]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

11. Profamilia. Tipos de violencias [Internet]. Violencia de género, atención integral de salud física, emocional y social; 2021 [consultado octubre 2021] https://profamilia.org.co/aprende/violencia-de-genero/tipos-de-violencias/

12. ONU. La violencia obstétrica atenta con los derechos humanos [Internet]. Salud mental perinatal; 2019 [Consultado septiembre 2021]. disponible en: https://saludmentalperinatal.es/2019/09/02/la-onu-califica-la-violencia-obstetrica-atenta-contra-los-derechos-humanos/

USO, MAL USO Y CONSECUENCIAS DE LA EPISIOTOMÍA EN EL PARTO, EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS DE LA MUJER

USE, MISUSE AND CONSEQUENCES OF EPISIOTOMY IN CHILDBIRTH, EVOLUTION OVER THE LAST 10 YEARS OF WOMEN

Arce Caglieris R.[1], Astorga Huaraco J.[2], Moreno Ortiz C.[3], Caba Burgos F.[4]

DOI: 10.23854/07198698.202182

Resumen

Fundamentos: La episiotomía es una incisión quirúrgica que se realiza en la parte inferior de la vagina. Introducida en el siglo XVIII, tiene como objetivo disminuir los desgarros perineales, pero también acortar el período de tiempo del parto, volviéndose una práctica rutinaria y controversial.

Métodos: Se llevó a cabo una investigación bibliográfica, recopilando estudios científicos realizados entre 2010 y 2020. La búsqueda se realizó en las bases de datos de Scielo, Dialnet, Medline, Redalyc y Medigraphic. Se seleccionaron los artículos de acuerdo con el idioma, escritura y enfoque del estudio.

Resultados: Se seleccionaron 12 artículos, elaborando una tabla con sus principales aspectos metodológicos y un breve resumen de cada uno. Se graficó porcentualmente según el año, las fuentes, países, tasa de episiotomías y tasa de consecuencias.

Conclusiones: La episiotomía se considera una práctica cuestionable principalmente por uso desmedido, aumentando la tasa porcentual de su realización por sobre la recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ocasionando frecuentemente complicaciones en la mujer.

[2]**Autor de correspondencia:** ***Arce Caglieris R., Astorga Huaraco J., Moreno Ortiz C., Caba Burgos F.***

Alumnas y Docente de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Bernardo O´Higgins; General Gana 1702, Santiago, Chile. Mail: Christian.hernandez@ubo.cl

Abstract

Rationale: Episiotomy is a surgical incision made in the lower part of the vagina. Introduced in the 18th century, its objective is to reduce perineal tears, but also to shorten the period of time

for childbirth, becoming a routine and controversial practice.

Methods: A bibliographical research was carried out, compiling scientific studies carried out between 2010 and 2020. The search was carried out in the Scielo, Dialnet, Medline, Redalyc and Medigraphic databases. Articles were selected according to the language, writing and focus of the study.

Results: 12 articles were selected, preparing a table with their main methodological aspects and a brief summary of each one. It was graphed in percentages according to the year, sources, countries, episiotomy rate and rate of consequences.

Conclusions: Episiotomy is considered a questionable practice mainly due to excessive use, increasing the percentage rate of its performance above that recommended by the World Health Organization (WHO) and frequently causing complications in women.

INTRODUCCION

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en realizar una incisión en la parte inferior de la vagina, el anillo vulvar y el tejido perineal, para aumentar la apertura vaginal en el momento del expulsivo facilitando así la salida del feto [1, 2].

Originalmente su propósito consistía en disminuir la probabilidad de desgarros perineales severos (tipo III, el cual afecta al esfínter anal, y tipo IV, que afecta mucosa rectal). También, para acortar el periodo de expulsivo en situaciones de compromiso fetal [3], reducir disfunción del suelo pélvico, y de la incontinencia urinaria y fecal [4]. De esta manera, se hizo en una práctica, habitual en la atención obstétrica del parto [3].

Fue introducida en la práctica clínica en el siglo XVIII, pero fue hasta mediados del siglo XX que no se utilizó de manera rutinaria [4]. Fue descrita en 1742 por el obstetra irlandés Sir Fielding Oul, utilizándose de forma exclusiva en partos dificultosos y para intentar salvar la vida del feto. En 1847, Dubois fue el

primero en sugerir la modalidad medio lateral y diez años más tarde, Carl Braun fue el primero en denominar "episiotomía" a la incisión perineal" [2, 5, 6]. En 1920, los obstetras DeLee y Pomeroy indicaron un uso generalizado de esta técnica, lo que provocó que se convirtiera en un procedimiento habitual para prevenir el daño perineal [6].

El uso y mal uso de las episiotomías es una problemática que se ha estudiado por muchos años, por lo que "en 1996, la Organización Mundial de la Salud publicó un documento en el que se afirmaba que no existía ninguna evidencia de que el uso indiscriminado de la episiotomía tuviera efectos beneficiosos, pero sí la había en lo referente a que esta podía producir daños" [2]. La OMS recomienda y establece un máximo de 15% de episiotomías. Sin embargo, se sigue empleando en un alto porcentaje de partos, sin un criterio en común entre los profesionales que asisten los partos o siquiera entre un mismo país, por lo que las estadísticas en Europa, Sudáfrica y Sudamérica, se alejan bastante de esta cifra, por el contrario, países como Dinamarca y Suecia están por debajo del 10% [3, 4].

Estudios actuales, aconsejan el uso selectivo de la episiotomía frente a la rutinaria, ya que el uso de la misma muestra un mayor riesgo para desgarros tipo III y tipo IV. Sin embargo, la episiotomía selectiva evidencia un aumento de desgarros tipo I y tipo II, especialmente desgarros en el periné anterior, sin que aumenten los desgarros de tercer y cuarto grado. No se ha encontrado asociación entre el uso de la episiotomía selectiva y malos resultados perinatales [4, 6].

Como anteriormente se ha mencionado, la episiotomía es una práctica que es altamente cuestionada por la falta de evidencia que existe para asegurar que los pros son mayores que los contras o que protege de mejor manera a la mujer. Por lo que podemos decir por la evidencia existente, que es una práctica que tiene distintos efectos adversos, los cuales pueden ser de corto a largo plazo, comenzando con

desgarros de tercer y cuarto grado, periodo de cicatrización más prologado comparado con desgarros, mayores tasas de infección y mayor pérdida sanguínea en el momento del parto, lo que prolonga: la estadía de las usuarias en los hospitales, la disfunción del esfínter anal, dispareunia, dolor crónico después del parto, lo que puede dificultar la vida diaria de la mujer no solo por unas semanas a meses, incluso por años [2, 6, 7, 12].

¿En qué momento y bajo qué circunstancias se debe realizar la episiotomía?

MATERIALES Y MÉTODOS

Para lograr el presente estudio, se utilizó como método un análisis de investigaciones, que ayudaron a poder respaldar los distintos usos de la episiotomía, tantos beneficiosos como dañinos, las circunstancias en que se realizan y las posibles consecuencias que podrían traer para la mujer a largo plazo.

Es por esto qué se llevó a cabo una investigación en distintas bases de datos de artículos científicos de gran relevancia y confiabilidad, que fueron Scielo, Dialnet, Medline, Redalyc y Medigraphic, los que entregaron como resultados documentos y estudios científicos publicados por diferentes asociaciones y profesionales que indagaron sobre la episiotomía y sus distintos enfoques.

Para la recopilación de datos se utilizaron las siguientes palabras claves: episiotomía, consecuencias de la episiotomía, desgarro perineal, disfunciones del suelo pélvico y dolor crónico post parto.

Además, se seleccionaron artículos publicados entre el año 2010 y 2020 para así obtener una amplia gama cuantitativa de estudios. Respecto al idioma, se seleccionaron las publicaciones escritas en español y, en cuanto a la estructura y enfoque de la investigación, se seleccionaron aquellos artículos que fueran acordes al estudio.

RESULTADOS

Figura 1. Proceso de selección de estudios publicados que abordan el uso

y el mal uso de la episiotomía en el parto, y las consecuencias que su aplicación conlleva en la mujer, con una mirada ginecológica, según revisión bibliográfica en los últimos 10 años.

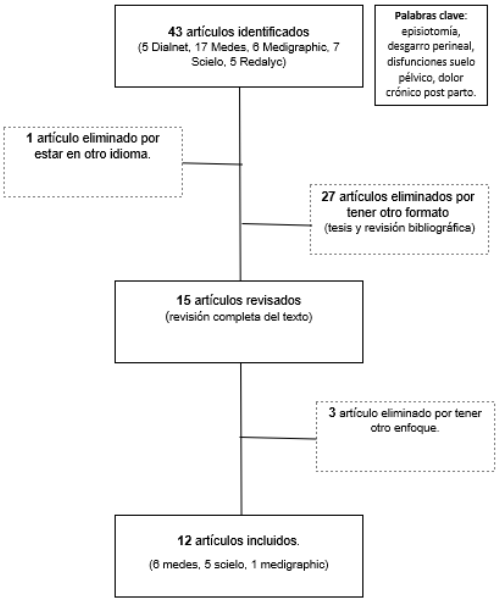


TABLA 1. Principales aspectos metodológicos de los artículos seleccionados

ID	País/ Año	Página web	Nombre revista	Titulo articulo	Nº Población en estudio	Objetivo estudio	Variables más relevantes
1	España, 2016	Scielo	Revista Latino-Americana	"La episiotomía y su relación con distintas	12.093 mujeres	Conocer la tasa de episiotomía y su relación con distintas	Tipo de episiotomía, inicio del parto, tipo de parto, uso de oxitocina, tipo de

			de enfermería	variables clínicas que influyen en su realización”		variables clínicas	analgesia, edad gestacional, peso del recién nacido, posición en el parto
2	España, 2019	Scielo	Revista Española de salud pública	“Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de La Arrixaca y factores que influyen en su práctica”	10.630 mujeres.	Conocer la tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca y su concordancia con las recomendaciones actuales del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.	Episiotomía, tipo de inicio de parto, tipo de fin de parto, edad materna, paridad, estado del periné, peso del recién nacido.
3	España, 2013	Medes	Elsevier Doyma	“Variabilidad en la tasa de episiotomías y su relación con desgarros perineales graves y morbilidad neonatal”	Cohortes históricas sobre 2.366 partos eutócicos con feto vivo único, mayor o igual a 37 semanas de gestación	Determinar la variabilidad en la práctica de episiotomías entre matronas y su relación con la aparición de desgarros perineales tipo III-IV, así como sus repercusiones sobre la morbilidad neonatal.	Las variables más importantes fueron la incidencia de episiotomías, desgarros perineales y morbilidad neonatal.

4	España, 2014	Scielo	Enfermería global	"Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas"	568 mujeres nulíparas	Determinar los factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas	Edad y nacionalidad materna, edad gestacional, sexo y peso fetal, hora de nacimiento, profesional que asiste el parto y tipo de anestesia utilizada con la realización o no de episiotomía
5	España, 2016	Medes	Matronas profesión	"Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos"	1.814 partos que se realizaron en total el 2015 en el hospital HULR	Analizar los factores que condicionan la realización de episiotomía en partos eutócicos en el Hospital Universitario de La Ribera (HULR)	Realización de episiotomía: cualitativa dicotómica (sí/no). Profesional que atiende el parto: cualitativa con tres valores (matrona, residente de matrona y ginecólogo/ residente de ginecología) • Uso de analgesia epidural: cualitativa dicotómica (sí/no) Paridad: cualitativa dicotómica (primípara, que no ha tenido ningún parto por vía vaginal, y multípara, que ha tenido al menos un parto por vía vaginal). • Forma de inicio del parto: cualitativa dicotómica (espontáneo o

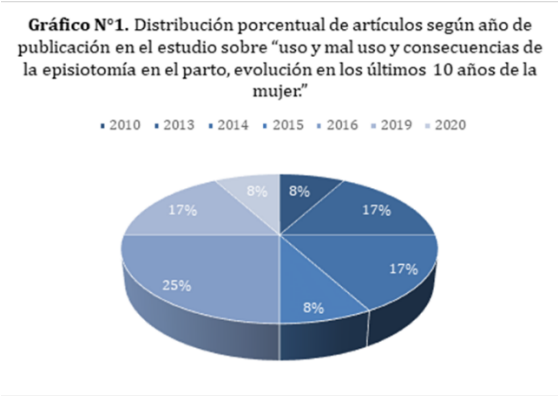
							estimulado/inducido) • Posición de parto. Variable cualitativa con tres valores: 1) litotomía; 2) posiciones alternativas (lateral, semisentada, cuclillas, de pie, apoyo de pies), y 3) posición desconocida, cuando no se ha registrado en la hoja informatizada de fin de parto Edad materna: variable cuantitativa discreta expresada en años. Posteriormente se agrupó en tres intervalos (<17, 17-38 y >38 años), y la variable edad expresada en intervalos se consideró una variable cualitativa. Peso del RN: variable cuantitativa expresada en gramos. Posteriormente se agrupó en tres intervalos (<2.500, 2.500-4.500 y >4.500 g), y la variable

							peso del RN expresada en intervalos se consideró una variable cualitativa• Desgarros: cualitativa ordinal con tres valores (ausencia de desgarro, desgarro de grado I o II, y desgarro de grado III o IV)
6	España, 2016	Medes	Matronas profesión	"Evolución de la tasa de episiotomía en el hospital universitario de burgos y su relación con los resultados perineales y neonatales"	16.222 partos eutócicos y 15.132 recién nacidos	Analizar la evolución del uso de episiotomías en el Hospital Universitario de Burgos en relación con la implantación de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN), y valorar su relación con los resultados materno fetales.	Paridad, realización de episiotomía o no, desgarro perineal, test de Apgar y pH de arteria umbilical.
7	España, 2014	Medes	Revista Española Anestesiología y Reanimación	"Cronificación del dolor tras episiotomía"	78 de 87 parturientas finalizaron el estudio.	Analizar la incidencia de dolor crónico a los 5 meses de la realización de episiotomía y los posibles factores	Parturientas a las que se le realizó episiotomía. Edad igual o mayor a 18 años. Presencia de dolor crónico a los 5 meses, presencia de dolor al expulsivo y

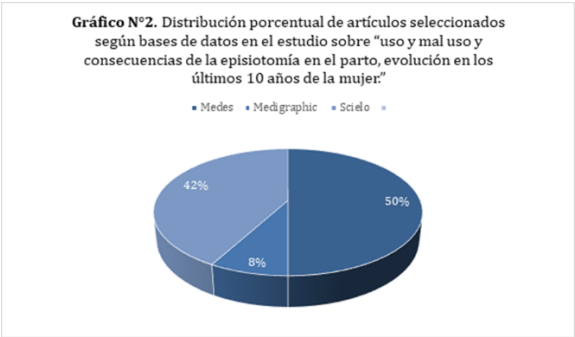
						pronósticos asociados.	su intensidad, presencia o no de analgesia epidural, parto instrumentado, desgarro perineal, dolor en la realización de la episiotomía, presencia de dispareunia e incontinencia urinaria a los 5 meses postepisiotomía.
8	España, 2019	Scielo	Enfermería Global	"Estudio comparativo de la recuperación postparto en base a los Patrones de Marjory Gordon"	36 mujeres encuestadas	Analizar si existen diferencias en el nivel de recuperación en las distintas fases del puerperio dependiendo del tipo de lesión perineal	Las variables se dividieron en tres grandes grupos: características sociodemográficas, datos del parto y valoración en base a los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon: Patrón 1. Percepción - Manejo de salud; Patrón 2. Nutricional - Metabólico; Patrón 3. Eliminación; Patrón 4. Actividad - Ejercicio; Patrón 5. Sueño - Descanso; Patrón 6. Cognitivo - Perceptual; Patrón 7. Autopercepción - Autoconcepto; Patrón 8. Rol - Relaciones; Patrón 9. Sexualidad

							- Reproducción; Patrón 10. Adaptación - Tolerancia al estrés; Patrón 11. Valores - Creencias.
9	España, 2013	Medes	Elsevier Doyma	"Evolución del porcentaje de episiotomía en un hospital comarcal entre los años 2003-2009. Factores de riesgo de los desgarros graves de periné"	9.023 mujeres gestantes	Presentar la evolución del porcentaje de episiotomías (2003-2009) desde la política del uso restrictivo y sus posibles influencias en desgarros y morbilidad perinatal.	Evolución del porcentaje de episiotomías y de desgarros graves de periné, si es que se realiza episiotomía o no, en los partos eutócicos frente a los instrumentales y según el tipo de parto instrumental.
10	España, 2010	Medes	Matronas profesión	"Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria. Valoración a los 3 años (2007-2008)"	365 mujeres nulíparas	Identificar, a los 3 años del parto, los resultados del uso de la episiotomía según un protocolo restrictivo o un protocolo sistemático.	Para su primera fase de estudio: multiparidad, con un parto eutócico a término, realizado por matronas. En su segunda fase (3 años post parto): gestaciones posteriores y tipo de parto, dolor perineal residual, dolor con la micción, la deposición o el coito, incontinencia de orina, tipo y frecuencia,

							incontinencia fecal, satisfacción con las relaciones sexuales, realización de ejercicios del suelo pélvico.
11	México, 2020	Medigraphic	Ginecología y Obstetricia México	"Frecuencia de episiotomías en un hospital de tercer nivel"	27.881 atenciones obstétricas.	Determinar la frecuencia y correlación de las episiotomías y desgarros en pacientes con parto eutócico	Episiotomía, desgarro, edad, semanas de embarazo, paridad, inducción del parto, cesárea anterior, analgesia regional, peso y sexo del recién nacido
12	Brasil, 2015	Scielo	Revista Latino-Americana enfermagem	"Evaluación de la curación de episiotomía: confiabilidad de la escala de Enrojecimiento, Edema, Equimosis, Drenaje, Aproximación"	54 mujeres elegidas de forma aleatoria con base en datos en un ensayo clínico	Analizar la confiabilidad de la escala de Enrojecimiento, Edema, Equimosis, Drenaje, Aproximación (REEDA) en la evaluación de la curación perineal tras parto normal con episiotomía medio lateral derecha	Evaluación de curación perineal en cuatro momentos, entre 6 horas y 10 días después del parto. El coeficiente de Kappa fue utilizado en el análisis de confiabilidad de la escala REEDA.



Los artículos seleccionados fueron publicados entre el año 2010 y 2020. De los cuales uno fue publicado en el 2010 (8%), dos fueron publicados en el 2013 (17%), dos en el 2014 (17%), uno en el 2015 (8%) tres en el 2016 (25%), dos en el 2019 (17%) y uno en el 2020 (8%).



Los artículos bibliográficos fueron extraídos de distintas bases de datos, los cuales fueron en un 50% de Scielo, 42% Medes y 8% Medigraphic.

Tabla 2: *Objetivo de los artículos seleccionados sobre "uso, mal uso y consecuencia de la episiotomía en el parto, evolución en los últimos 10 años de la mujer."*

Objetivo de los artículos	Artículos
Conocer las tasas de episiotomía	1 y 2
Variabilidad de la episiotomía	1 y 3
Factores de riesgo	4 y 5
Evolución de la episiotomía y la manera en que ha ido disminuyendo debido a las estrategias que se han implementado	7 y 9
Identificar cuáles son las repercusiones del uso de la episiotomía luego del parto	8.10 y 12
Visualizar los tipos de desgarros al realizar la episiotomía	3,9 y 12

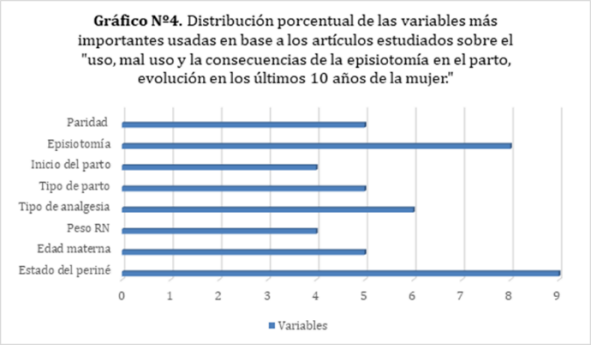
Los estudios recopilados tienen distintos objetivos, los que se pueden agrupar como: los artículos 1 y 2 tienen como finalidad conocer las tasas

de episiotomía. Los artículos 1 y 3 tienen como objetivo buscar la variabilidad de esta. Los artículos 4 y 5 buscan los factores de riesgo para el uso de la episiotomía. Los artículos 7 y 9 buscan analizar la evolución de la episiotomía y la manera en que ha ido disminuyendo debido a las estrategias que se han implementado. Los artículos 8, 10 y 12 buscan identificar cuáles son las repercusiones del uso de la episiotomía luego del parto. Los artículos 3, 9 y 11 tienen como objetivo visualizar los tipos de desgarros al realizar la episiotomía.

Se identificaron 43 artículos, de los que se excluyeron 30 (69,8%) por no cumplir con el idioma, formato y por no cumplir los criterios de inclusión (figura 1).

Un total de 12 estudios (30,2%) fueron seleccionados. La tabla 1 describe el país, los años de publicación, fuentes de recopilación, número de población, objetivo y variables más relevantes, analizadas en cada uno de los estudios seleccionados.

En relación con el país de origen de los artículos, lidera mayoritariamente el país europeo (España) con un 82%, luego Brasil y México con un 9% cada uno.



En cuanto a la utilización de variables, la más utilizada en los artículos fue el estado del periné de la parturienta; a lo que le continuo el uso o no uso de episiotomía en el parto; luego el tipo de analgesia utilizada en el parto, por consiguiente y al mismo tiempo: la paridad, el tipo de parto, y la edad

materna; seguido finalmente del tipo de inicio del parto y el peso del RN.

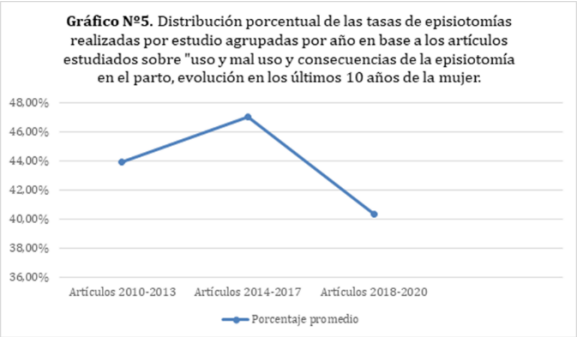


Gráfico Nº5. Distribución porcentual de las tasas de episiotomías realizadas por estudio agrupadas por año en base a los artículos estudiados sobre "uso y mal uso y consecuencias de la episiotomía en el parto, evolución en los últimos 10 años de la mujer.

En primera instancia, se analizaron las tasas porcentuales de las episiotomías de cada artículo, las que se porcentuales de la siguiente manera: artículo 1 (49,90%), artículo 2 (36,50%), artículo 3 (35,70%), artículo 4 (62%), artículo 5 (17%), artículo 6 (59,35%), artículo 8 (50%), artículo 9 (24%), artículo 10 (72,16%) y artículo 11 (37,55%). Luego, estos artículos se agruparon en 3 grupos según año de publicación, de la cual se promediaron sus porcentajes dando así un promedio general de episiotomías realizadas. Primero grupo del 2010-2013: 43,95%, el segundo grupo 2014-2017: 47,06%, y el tercer grupo: 40,35%. En ello se evidencia y cuantifica el alto porcentaje de episiotomías realizadas, de las cuales, todas sobrepasan el 15% de episiotomías por artículo (que es la recomendación de la Organización Mundial de la Salud), y más aún, a modo general sobrepasan el 40% de episiotomías realizadas por año. Refieren en los artículos que han ido, y/o que estiman implementar protocolos para estandarizar la utilización de episiotomías en sus centros de salud a fin de ir disminuyendo las tasas para realizar las episiotomías de manera selectiva y no de manera rutinaria. Sin embargo, aunque es clave, no se ha evidenciado la disminución en su realización a lo largo de los años.

A continuación, se presenta un breve resumen de los 12 artículos seleccionados, exponiendo sus principales aspectos para evidenciar la problemática de la episiotomía:

1. ***"La episiotomía y su relación con distintas variables clínicas que influyen en su realización".*** El objetivo del presente estudio fue conocer la tasa de episiotomía y su relación con

distintas variables clínicas mediante un estudio descriptivo, transversal y analítico de un total de 12.093 partos en un hospital de tercer nivel teniendo como resultados que las episiotomías en el total de partos vaginales durante el año 2011 fue de un 50,4% y de 49,4% en 2012, revelando así que la tasa de episiotomía se encontraba por encima de las recomendadas por la OMS por lo que concluyeron que para los futuros partos es necesario tener en cuenta los factores que condicionan su práctica y así, establecer políticas de reducción de este procedimiento[1].

2. ***"Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de La Arrixaca y factores que influyen en su práctica".*** El objetivo del presente estudio fue conocer la tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca y su concordancia con las recomendaciones actuales del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar a través de un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal utilizando el programa estadístico SPSS y la base de datos Excel. Se recogieron y analizaron los datos de 10.630 partos atendidos entre el 1 de enero del 2016 hasta el 30 de octubre del 2017 obteniendo como resultados una tasa de 36,5% de episiotomías. Para partos espontáneos fue del 35,5%; partos inducidos, la tasa fue del 47,2% y partos estimulados, el porcentaje fue del 42,3%. La tasa en partos eutócicos fue del 20,6% y en instrumentados fue del 95,25%. En primíparas, la realización de episiotomía fue del 49,64% y en multíparas la realización fue del 15,55%. Además, se observó una tendencia a desgarros de segundo grado (43,40%),

seguidos de primer grado (35,61%) y de tercer grado (19,81%) con episiotomía, concluyendo que las episiotomías superan las recomendaciones y que, había una relación significativa entre las episiotomías y desgarros de mayor grado [2].

3. ***"Variabilidad en la tasa de episiotomías y su relación con desgarros perineales graves y morbilidad neonatal".*** El objetivo del presente estudio fue determinar la variabilidad en la práctica de episiotomías entre matronas y su relación con la aparición de desgarros perineales tipo III-IV y sus repercusiones sobre la morbilidad neonatal basando su estudio en 2.366 partos eutócicos con feto vivo único, mayor o igual a 37 semanas de gestación y 18 matronas del hospital la Mancha-Centro de Alcázar de San Juan durante los años 2009, 2010 y 2011. Teniendo como resultados que, la práctica de la episiotomía osciló entre el 19,5 y el 50,1% entre las 18 matronas a estudio, con una tasa promedio del 34,9% (824) observándose homogeneidad entre los grupos para todos los factores de confusión. Por lo tanto, la variabilidad en la tasa de episiotomías es alta y no se relaciona con la mayor presencia de desgarros tipo III y IV, ni mayor morbilidad neonatal [3].

4. ***"Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas".*** Este estudio tuvo como objetivo determinar los factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas llevando a cabo un estudio descriptivo transversal en el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza con una muestra de 568 mujeres nulíparas

obteniendo como resultado una tasa de episiotomía de un 62%. Como consecuencia, es recomendable revisar los protocolos de política selectiva de episiotomía para conseguir disminuir su tasa e igualar los porcentajes existentes entre los diferentes profesionales [4].

5. ***"Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos".*** El objetivo del presente estudio fue analizar los factores que condicionan la realización de episiotomía en partos eutócicos en el Hospital Universitario de La Ribera utilizando un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de un total de 1.814 partos eutócicos durante el año 2015, teniendo como resultados 1.116 fueron partos eutócicos (62%), de los cuales un 83% no precisó episiotomía. Por lo tanto, la tasa de episiotomías en partos eutócicos fue del 17%. Y concluyendo así, la importancia de conocer los factores que se asocian con la realización de episiotomías, pues, puede ser determinante para restringir su uso a las situaciones estrictamente necesarias [5].

6. ***"Evolución de la tasa de episiotomía en el hospital universitario de Burgos y su relación con los resultados perineales y neonatales".*** El presente estudio tuvo como objetivo analizar la evolución del uso de episiotomías en el hospital Universitario de Burgos en relación con la implantación de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN), y valorar su relación con los resultados materno fetales. Para llevarlo a cabo, se estudiaron los partos eutócicos (16.222) y a los recién nacidos a término (15.132) en parto eutócico entre el 1 de enero de 2002 y el 31 de diciembre de 2013, obteniendo como resultado una disminución en el porcentaje de episiotomías

en partos eutócicos pasando de un 92,36% a un 43,09%, concluyendo esta disminución como significativa pero que aún sobrepasaba el porcentaje de episiotomías recomendado por la OMS [6].

7. ***"Cronificación del dolor tras episiotomía".*** El objetivo del presente estudio fue analizar la incidencia de dolor crónico a los 5 meses de la realización de episiotomía y los posibles factores pronósticos asociados por medio de un estudio observacional en parturientas mayores o iguales a 18 años a las que se les realizó episiotomía logrando un resultado de 78 mujeres que finalizaron el estudio, de las cuales un 12,8% refirieron dolores post episiotomía, por lo tanto, este porcentaje de mujeres evidencia un problema a nivel de salud [7].

8. ***"Estudio comparativo de la recuperación postparto en base a los Patrones de Marjory Gordon".*** El objetivo del presente estudio fue analizar si existen diferencias en el nivel de recuperación en las distintas fases del puerperio según el tipo de lesión perineal mediante un estudio cuantitativo de tipo descriptivo longitudinal prospectivo, siguiendo los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon. Se recogieron datos que se realizaron en tres fases (puerperio inmediato, clínico y tardío) mediante entrevistas personales y llamadas telefónicas. Se arrojó como resultado que en España existe un índice de episiotomías, inducciones y partos instrumentales muy superior al recomendado, donde la técnica de episiotomía produjo desgarros importantes (16,7). Por consiguiente, concluyeron que la episiotomía produce más efectos negativos que los desgarros

espontáneos en el puerperio inmediato y clínico en la mujer [8].

9. ***"Evolución del porcentaje de episiotomía en un hospital comarcal entre los años 2003-2009. Factores de riesgo de los desgarros graves de periné"*** El presente estudio tuvo como objetivo presentar la evolución del porcentaje de episiotomías entre los años 2003-2009, siguiendo una política de uso restrictivo y su posible influencia en el porcentaje de desgarros graves y en la morbilidad perinatal a corto plazo mediante un estudio realizado a 9.023 gestantes dando como resultado una tasa de episiotomía de 40,37% en el año 2003 y un 8% en 2009, y el porcentaje de desgarros graves se mantuvo entre el 0,49 y el 1,04%. Concluyendo que en un período de 7 años se redujo el porcentaje de episiotomías en un 80% sin modificarse la proporción de desgarros graves de periné [9].

10. ***"Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria. Valoración a los 3 años (2007-2008)".*** El presente estudio tuvo como objetivo identificar, a los 3 años del parto, los resultados del uso de la episiotomía según un protocolo restrictivo o un protocolo sistemático a través de un estudio prospectivo experimental realizado en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza en 2004-2005 en su primera fase, y a los 3 años posparto en su segunda fase. Se realizó la investigación a 365 mujeres nulíparas con parto eutócico a término de las cuales 185 (50,68%) eran del grupo control y 180 (49,32%) del experimental. En el grupo experimental había 108 (60,0%) mujeres a quienes se les había realizado episiotomía y 72 (40,0%) a las que no. Esta investigación, concluyó que la

episiotomía rutinaria no protege de las disfunciones del suelo pélvico, las alteraciones de las relaciones sexuales ni la incontinencia urinaria a los 3 años del parto [10].

11. ***"Frecuencia de episiotomías en un hospital de tercer nivel".*** El objetivo del presente estudio fue determinar la frecuencia y correlación de las episiotomías y desgarros en pacientes con parto eutócico mediante un Estudio observacional y retrospectivo efectuado en el Hospital General Universitario de Alicante en dos periodos: 1) 2008-2012 y 2) 2013- 2018. Se incluyeron los partos eutócicos de embarazos únicos, a término, en presentación cefálica. Teniendo como resultado que, la tasa de episiotomía entre el periodo 1 vs el 2 disminuyó de manera muy importante: de 42.3 a 32.8%. En cambio, el porcentaje de desgarros aumentó: de 42.7 a 50.8%. Por lo tanto, la tendencia de la episiotomía es decreciente, mientras que la de desgarro es inversamente proporcional. No se encontraron diferencias en la tasa de desgarro de III y IV grado [11].

12. ***"Evaluación de la curación de episiotomía: confiabilidad de la escala de Enrojecimiento, Edema, Equimosis, Drenaje, Aproximación".*** El objetivo del presente estudio fue analizar la confiabilidad de la escala de Enrojecimiento, Edema, Equimosis, Drenaje, Aproximación (REEDA) en la evaluación de la curación perineal tras parto normal con episiotomía medio lateral derecha por medio de un estudio observacional con base en datos de un ensayo clínico encabezado por 54 mujeres elegidas de forma aleatoria, con evaluación de su curación perineal en cuatro momentos, entre 6 horas y 10 días después

del parto. Esto indicó como resultado una buena concordancia en la evaluación del ítem drenaje, concordancia marginal y buena en las primeras tres evaluaciones de edema, concordancia marginal en la evaluación de equimosis y buena concordancia sobre enrojecimiento. En consecuencia, la diferencia en las notas entre los evaluadores en la aplicación de la escala indica que esta herramienta debe ser mejorada para permitir una evaluación correcta del proceso de curación de la episiotomía [12].

DISCUSIÓN

En los últimos años la episiotomía se ha estandarizado, haciendo de esta una práctica común y rutinaria, lo que ha llevado a la alta tasa de episiotomía a nivel mundial.

Por un lado, existen distintos estudios científicos que apoyan su realización, como también hay estudios que no la respaldan, haciendo necesario realizar una mayor cantidad de análisis respecto a este tema, para así poder determinar los factores necesarios para la ejecución de la episiotomía. Es importante destacar que en todos los estudios se llega al consenso de que la episiotomía no debe ser rutinaria, que existen ciertos factores para su realización y que su porcentaje debiera ser bajo. Según lo analizado, también es importante rescatar que el uso rutinario de la episiotomía puede ser perjudicial para las mujeres, tanto para las que las necesitan como para las que no, debido a que aumenta el riesgo de realización de futuras episiotomías en partos posteriores, posibles desgarros, mayor tiempo de hospitalización, mayor dolor en la puérpera y en consecuencia peor dormir, mayor cantidad de ayuda con el recién nacido y también puede dificultar la lactancia debido al dolor que esta práctica provoca (8). Por lo que es fundamental concientizar, educar y elaborar protocolos y normas (1,2,6,9) con los factores que condicionan esta práctica con el

objetivo de poder reducir considerablemente la alta tasa de episiotomías en el país y poder llegar a la cifra que la organización mundial de la salud (OMS) recomienda, la cual plantea que la cifra no debe sobrepasar el 20% de los partos. También es necesario realizar estudios científicos con respecto a la utilización de episiotomías en Chile, para recopilar información sobre el porcentaje del uso de la misma y en qué circunstancias es preciso realizarla. Esta información es de gran importancia para poder implementar medidas, normas, protocolos, obtener porcentajes y así brindar una mejor atención, entregarle una mejor calidad de post parto y de vida a la mujer.

Asimismo, es de gran importancia educar a la mujer, masificar la información, principalmente sobre el parto humanizado y respetado, informarle sobre las diversas posiciones en el parto, las distintas medidas con las que puede contar para la disminución del dolor, para así poder alcanzar una menor tasa de episiotomías, debido a que un gran porcentaje se realiza como consecuencia de la posición del parto y la cantidad de anestesia administrada.

CONCLUSIONES

La episiotomía es una práctica cuestionable debido a la poca información y estudios que hay sobre esta, donde es importante destacar que no hay conocimientos sobre qué tan beneficiosa o perjudicial puede ser para la salud de la mujer.

Muchos de los estudios investigados, tienen en común lo rutinaria que ha sido su realización a lo largo del tiempo y cómo sobrepasa la tasa de recomendaciones indicadas por la Organización mundial de la salud (OMS).

De acuerdo con lo recopilado, esta intervención puede ser más perjudicial que beneficiosa teniendo como objetivo prevenir desgarros, pero muchas veces este hecho no se cumple y puede incluso, provocar roturas de mayor grado. Igualmente se evidencia, una

mayor cantidad de complicaciones (además de los posibles desgarros) como: nuevas episiotomías en partos posteriores, mayor tiempo de hospitalización, mayor dolor en la puérpera, un peor dormir y en consecuencia peor descanso, por lo que las mujeres requieren más ayuda con sus recién nacidos, principalmente los primeros días del puerperio.

Ahora bien, no se cuestiona que la episiotomía sea una mala práctica, sino que su tasa de realización es muy elevada y muchas veces como se expuso anteriormente, se ejerce sin que sea necesario, como por ejemplo para acelerar un parto.

A raíz de lo expuesto, se cree necesario elaborar más estudios, normas y protocolos que señalan y respalden el uso estricto de la episiotomía, evitando así su práctica rutinaria y disminuyendo las grandes cifras que evidencian su realización, y por consiguiente, las consecuencias que sufren muchas mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24: e2793. http://dx.doi. org/10.1590/1518-8345.0334.2686.
2. García-Lorca AI, Vigueras-Martínez MA, Ballesteros-Meseguer C, Fernández-Alarcón MM, Carrillo-García C, Martínez-Roche ME. Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de La Arrixaca y factores que influyen en su práctica. Rev Esp Salud Pública. 2019.
3. Hernández-Martínez A, et al. Variabilidad en la tasa de episiotomías y su relación con desgarros perineales graves y morbilidad neonatal. Enferm Clin. 2014.

http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.03.005.

4. Hernández-Pérez J, Azón-López E, Mir-Ramos E, Peinado-Berzosa R, Val-Lechuz B, Mérida-Donoso Á. Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas. Rev enfermería global. 2014. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n35/enfermeria2.pdf
5. Camacho-Morell F, García-Barba I, López-Simó A, Belda-Pérez A. Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos. Matronas Prof. 2017; 18(3): 98-104.
6. Sadornil-Vicario ME, Espinilla - Sanz B, Gónzalez-Nicolás I, Albillos-Alonso L, Marcos-Peña S, Fernández-Pernia B, Evolución de la tasa de episiotomías en el Hospital Universitario de Burgos y su relación con los resultados perineales y neonatales. Matronas Prof. 2016; 17 (2):39-46.
7. Turmo M, et al. Cronificación del dolor tras episiotomía. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2014. http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2014.10.008.
8. Avilés-Sáez Z, Esther María López-Martínez Mº E, Celia Driéguez-Castaño C, Conesa-Ferrer MºB. Estudio comparativo de la recuperación postparto en base a los Patrones de Marjory Gordon. Enferm. glob. vol.18 no.53 Murcia ene. 2019 Epub 14-Oct-2019. https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.303051
9. Aceituno Velasco L, Sánchez Barroso M, Huertas Segura García M, Ruiz Martínez E, Gregorio Alvarez M. Evolución del porcentaje de episiotomía en un hospital comarcal entre los años 2003-2009. Factores de riesgo de los desgarros˜ graves de periné, Clin invest gin obst. 2013;40(4):154-161.

http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2012.06.002

10. Luque-Carro R, Subirón-Valera AB, Sabater-Adán B, Sanz-de Miguel E,JustePina A, Cruz-Guerreiro E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria. Valoración a los 3 años (2007-2008). Matronas Prof. 2011; 12(2): 41-8.

11. Roig-Marín N, Quijada-Cazorla MA, Sala-Ferichola M, Palacios-Marqués AM, Marín-Tordera D. Frecuencia de episiotomías en un hospital de tercer nivel. Ginecol Obstet Mex. 2020 marzo;88(3):139-145. https://doi.org/10.24245/gom.v88i3.3715.

12. Barreto Alvarenga M, Amorim Francisco A, Junqueira Vasconcellos de Oliveira S, Barbosa da Silva F, Tochika Shimoda G, Petri Damiani L. Evaluación de la curación de episiotomía: confiabilidad de la escala de Enrojecimiento, Edema, Equimosis, Drenaje, Aproximación (REEDA). Rev. Latino-Am. Enfermagem ene.-feb. 2015;23(1):162-8

Consuelo Araya[1], Sofía Sanchez[2], Fresia Caba[3].

DOI: 10.23854/07198698.202182

Resumen

Introducción: El objetivo del estudio es visibilizar la violencia obstétrica desde una perspectiva que vulnera los derechos humanos de las usuarias durante el proceso de parto y parto. A su vez, dar énfasis en esta violencia como violencia de género, a raíz de la normalización a nivel social respecto al dolor provocado en este desarrollo de este suceso.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica de artículos publicados sobre violencia obstétrica en el periodo 2015-2020.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: UNA PROBLEMÁTICA DE GÉNERO

OBSTETRIC VIOLENCE: A GENDER PROBLEM

[3]**Autor de correspondencia:** ***Consuelo Araya, Sofía Sanchez, Fresia Caba.*** Alumnas y Docente de la Escuela

de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Bernardo O´Higgins; General Gana 1702, Santiago, Chile. Mail: Christian.hernandez@ubo.cl

La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos: Scielo, Medigraphic, Medes, Dialnet, Dilemata, Aacademia y Revistas Académicas. Se seleccionaron los artículos realizados en América latina a la población femenina.

Resultados: Se seleccionaron 6 artículos. El 33,3% de los estudios fueron publicados en 2019. Un 50% de los estudios se realizaron en Brasil y el número población considerada en los estudios se concentró en un 33,3% con más de 100 mujeres encuestadas. Un 67% de la población se centró en mujeres >18 años. El indicador más frecuente analizado fue que un 83% de las mujeres refirieron haber sufrido violencia obstétrica tanto física como psicológica. El 66,7% de los estudios no menciona el ámbito cultural que influye en la violencia obstétrica hacia la mujer.

Conclusiones: La población femenina durante años se ha visto afectada y vulnerada por el personal de salud, debido a la invisibilizarían que se le ha dado a la violencia obstétrica. El cuidado de la atención es importante para modificar este patrón y lograr que la usuaria se sienta acompañada, contenida, escuchada e informada durante este proceso.

Palabras claves: violencia obstétrica, violencia de género, personal de salud, derechos humanos,

Abstract

Background: The objective of the study is to make visible the obstetric violence from a perspective that violates the human rights of users during the birthing process and childbirth. At the same time, emphasize this violence as gender violence as well, because of the normalization at the social level regarding the pain caused in these situations.

Methods: A bibliographic review of articles published on obstetric violence in the period 2015-2020 was carried out. The bibliographic search was

carried out in the databases: Scielo, Medigraphic, Medes, Dialnet, Dilemata, Aacademia and Academic Journals. Articles made in Latin America were selected for the female population.

Results: 6 articles were selected. 33.3% of the studies were published in 2019. 50% of the studies were conducted in Brazil and the number of the population considered in the studies was concentrated in 33.3% with more than 100 women surveyed. 67% of the population focused on women >18 years of age. The most frequent indicator analyzed was 83% of the reported women having suffered obstetric violence, both physical and psychological. 66.7% of the studies do not mention the cultural environment that influences obstetric violence against women.

Conclusions: For years, female population has been affected and violated by health personnel, due to the invisibility that obstetric violence has been given. It is important to modify this pattern and make the user feel accompanied, contained, listened to, and informed during this process.

Keywords: Obstetric violence, gender violence, health personnel, human rights.

INTRODUCCIÓN

La violencia según la RAE, es una acción violenta o contra el natural modo de proceder[1], representa un problema que es esencialmente social en todas las formas en que se manifiesta; la violencia contra la mujer hoy en día manifiesta un problema estatal, debido a que es una de las transgresiones más frecuentes a los derechos humanos; constituye un problema de salud pública que violenta los derechos humanos de las mujeres. Un tipo de violencia contra la mujer lo representa la denominada violencia obstétrica, que no es más que la violencia contra la mujer en su derecho a la salud sexual y vida reproductiva,

es decir, violencia contra la mujer embarazada.[2]

Se entiende por violencia obstétrica, la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, este se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres [3]. Esta violencia constituye una auténtica vulneración a los Derechos Humanos, como una manifestación de la violencia de género contra las mujeres desde el enfoque a la protección de la salud como un derecho humano[4]. En consecuencia, en la violencia obstétrica convergen la violencia institucional en salud y la violencia de género. Por una parte, la violencia institucional es una forma específica de abuso, que abarca daño físico y psicológico a personas como resultado de actos inadecuados de parte de las instituciones y sistemas públicos. Por otra parte, la violencia de género ha sido definida como cualquier acción o conducta que se desarrolle a partir las relaciones de poder asimétricas basadas en el género que sobrevaloran lo relacionado con lo masculino y subvaloran lo relacionado con lo femenino.[5]

Esta violencia puede ser de dos tipos: Física, la cual implica manipulación del cuerpo, prácticas invasivas, suministro de medicamentos no justificados y modificar los procesos biológicos de la mujer sin que ella otorgue su consentimiento. Psicológica: incluye regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información, negación al tratamiento, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana.[6] Un 83% de las mujeres refirió haber sido víctima de los dos tipos de violencia mencionados anteriormente.

Un 33,3% de la población de estudio sufrió uno de los graves problemas de la violencia contra las mujeres que

radica en la legitimación cultural/institucional que transita en el colectivo social. Durante siglos, en el momento de mayor vulnerabilidad de una mujer, en este caso específicamente al trabajo de parto, parto y nacimiento, las mujeres han sido víctimas de las agresiones más terribles contra su cuerpo y su sexualidad, todas éstas en nombre de una ciencia masculina y una disciplina obstétrica institucionalizada saturada de argumentos insostenibles e indefendibles.[7] Esta apropiación por parte del sistema médico desplaza a la mujer como sujeto activo de su propio proceso y la coloca como objeto sin derecho. Es así como la relación entre la mujer y el personal de salud deja ver una desigualdad real y simbólica que imposibilita un ejercicio efectivo de los derechos básicos de las mujeres como lo es la libre voluntad de decidir sobre su proceso de reproducción y el desenlace de este.[8]

La violencia obstétrica desde un contexto patriarcal es una forma de violencia de género, este ejerce su influencia en las prácticas de atención sanitaria realizadas a las mujeres en la etapa reproductiva y perinatal. Estas prácticas tendrán consecuencias a nivel de salud mental que repercutirá tanto en las madres como en su descendencia. El reconocimiento de este tipo de violencia por parte de la ONU, da voz a las mujeres y asociaciones de mujeres que se han manifestado por una adecuada atención al embarazo y parto, denunciando las violaciones de sus derechos básicos en salud reproductiva y poniendo el foco en la necesidad de mejorar las acciones en Salud perinatal, basadas en la evidencia.[9]

A pesar de la evidencia presente, que sugiere que el trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres durante el parto en centros de salud es bastante frecuente, en la actualidad, no hay consenso internacional sobre cómo definir y medir, científicamente, el maltrato ni la falta de respeto. Por consiguiente, se desconocen su prevalencia e impacto en la salud, el

bienestar y elecciones de las mujeres. Existe una notable agenda de investigación para lograr una mejor definición, medida y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres en el parto, y cómo prevenirlo y erradicarlo.[10] El contexto en el que se produce esta forma de violencia de género es la atención profesional en el ámbito reproductivo y especialmente en situaciones de embarazo, parto y postparto. Aunque las razones de este fenómeno son diversas, cabe mencionar la situación de saber-poder en que se encuentran los profesionales de la salud y frente a los cuales la mujer percibe que se debe limitar a obedecer. Las conductas son disímiles, y para una mejor precisión de las mismas conviene atender a las formas que puede adoptar la violencia obstétrica.[11]

Frente a lo presentado recientemente, el objetivo de la investigación se plantea como: La violencia obstétrica siendo un tipo de violencia de género, se desarrolla en base a un dilema médico y cultural, abarcado desde la percepción de la usuaria participe de los artículos seleccionados en el análisis del estudio.

FIGURA 1. PROCESO DE SELECCIÓN DE ESTUDIOS PUBLICADOS QUE ABORDAN LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA: UNA PROBLEMÁTICA DE GÉNERO.

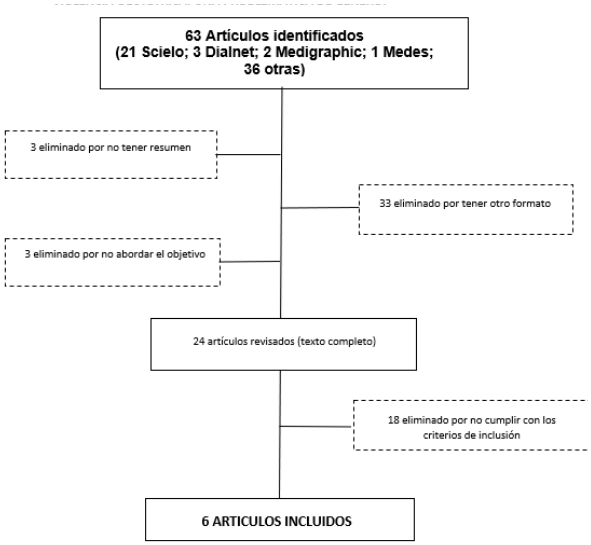


TABLA N°1. PRINCIPALES ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS EN VIOLENCIA OBSTÉTRICA: UNA PROBLEMÁTICA DE GÉNERO.

ID	País / Año	Página web	Nombre revista	Título artículo	N° población en estudio	Objetivo estudio	Variables más relevantes
1	México, 2019 [12]	Medigraphic	Revista mexicana de medicina forense	Violencia obstétrica: una práctica oculta deshumanizadora, ejercida por el personal médico asistencial ¿Es un problema de salud pública	180 mujeres embarazadas	Determinar si las conductas adoptadas como rutina obstétrica incurren en actos de una práctica deshumanizadora en el marco de la violencia obstétrica, como un complejo problema de	Conocimiento de ley que las protege contra cualquier tipo de violencia, conocimiento del término violencia obstétrica, uso de medidas sin consentimiento informado, haber sufrido algún tipo de abuso por parte del

				y de derechos humanos?		salud pública y de los derechos humano.	personal de la salud, percibir un trato deshumanizante.
2	Brasil, 2017 [13]	Scielo	Enfermería Global	Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal	35 puérperas	Identificar las formas de violencia obstétrica experimentadas por las madres que tuvieron un parto normal.	Puérperas que tuvieran parto vaginal, con niño vivo, y en condiciones físicas y emocionales para responder a las preguntas propuestas.
3	Brasil, 2019 [14]	Scielo	Ciencia de la Salud colectiva	Violencia obstétrica: influencia de la exposición de los sentidos del nacimiento en la experiencia de las mujeres embarazadas	555 mujeres	Incentivar el parto normal para promover la salud y mejorar la experiencia del parto en el país.	Estado civil, menores ingresos, ausencia de pareja, parto en posición de litotomía, realización de la maniobra de Kristeller y separación temprana del bebé después del parto.
4	Nicaragua, 2018 [15]	Scielo	Anuario de Estudios Centroamericanos	Análisis exploratorio de los cuidados al parto en	24 mujeres	Explorar la calidad de los cuidados al parto y el ejercicio de	Tasa de cesáreas global, distinguiendo por tipo de cesárea (urgente o

				Nicaragua desde el marco de los derechos sexuales y reproductivos		violencia obstétrica durante el parto	programada) y por la condición de nacimientos previos, mujeres con experiencia de parto o nacimiento por cesárea urgente con libertad de movimiento durante la dilatación, mujeres con experiencia de parto que no parieron en decúbito supino, mujeres con experiencia de parto que ingirieron líquidos durante la dilatación, mujeres con experiencia de parto a las que se le aplicó un enema, mujeres con experiencia de parto a las que se le realizó una episiotomía, mujeres que sufrieron maniobra de

							Kristeller, distinguiendo por tipo de nacimiento (parto o cesárea urgente), mujeres que practicaron el apego precoz, mujeres acompañadas por un familiar u otro acompañante elegido, mujeres que se sintieron cómodas y tratadas con calidez durante el parto, mujeres que declararon haber ejercido el consentimiento informado de los cuidados recibidos.
5	México, 2020 [16]	Scielo	Revista de El Colegio de San Luis	Violencia obstétrica y morbilidad materna: sucesos de violencia de género	7 mujeres indígenas	Relación de la práctica de violencia obstétrica con la morbilidad materna y en la manera en que ello contribuye a	Realización de prácticas médicas de rutina innecesarias durante la atención del parto, relacionar las experiencias de violencia obstétrica y morbilidad materna

						la violencia de género.	permite explorar otras expresiones de la violencia de género
6	Brasil, 2015 [17]	Scielo	Escuela de Anna Nery, Revista de Enfermería	Peregrinación en el período reproductivo: violencia en el campo obstétrico	56 mujeres	Describir y analizar las percepciones de las mujeres sobre la atención obstétrica en referencia a la atención de su derecho al acceso a la atención de salud durante el proceso de parto y parto.	Escasez de vacantes y falta de camas obstétricas; proceso de peregrinaje de mujeres; derechos de las mujeres; sin anfitrión; falta de apoyo para un transporte seguro; trato y juicio de valor; sentimientos negativos y seguridad en el parto; miedo a que el niño nazca camino de la maternidad; trato inhumano e irrespetuoso; dolor y seguridad en el parto; falta de preparación de las unidades de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica utilizando la metodología *Scoping Review* que es un tipo de revisión utilizada fundamentalmente para sintetizar el conocimiento científico e identificar lagunas en la investigación.[18] Esta revisión se llevó a cabo en el marco de una revisión de un total de 64 artículos de las siguientes base de datos: Scielo y Medigraphic, Dialnet, Medes, Revista Decsir, Revista científica complutenses, Universidad de Chile, Dilemata, relaces, Revista Redbioética Unesco, Revista Conamed, Revista Universidad Católica de chile, Revista Iberoamericana, Revista Salud Pública Universidad de Antioquia, Revista Diálogos Universidad de San Luis, CONICET, Universidad de Barcelona, Centro Iberoamericano de Investigación Universidad de Talca, Revista de Encuentros Latinoamericanos, Universidad Autónoma de Aguascalientes México, Revista de Enfermería Global, Universidad Iberoamericana República Dominicana, Universidad de la Frontera Chile. Revista Javeriana, de la facultad de Medicina humana, Ciberindex, Aacademia, RGYO, Conicet, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo-México, Revista de derechos fundamentales a debate, Revista temas sociológicos, HRP, ACNUDH. Se seleccionaron artículos publicados entre el año 2015 y 2020, con el motivo de encontrar información más actualizada del tema. En cuanto al idioma, se seleccionaron publicaciones escritas en español y portugués. Para la búsqueda se utilizaron como filtros: violencia obstétrica, País: América latina; Año: 2015 - 2020.

De los 64 artículos seleccionados, se excluyeron 3 por no poseer resumen,

33 por tener otro formato (revisión bibliográfica, tesis) y 3 por no abordar el objetivo, que corresponde a *dar énfasis a la violencia obstétrica percibida por la usuaria como un dilema médico y cultural.* Quedando así 24 artículos identificados, revisados a texto completo. Para la selección de los artículos a incluir en este estudio, se establecieron criterios de inclusión como: que el año del documento sea entre 2015 y 2020, que el artículo sea de América latina, que el impacto de la violencia obstétrica sea hacia la mujer, y que el artículo incluya un número de población determinada, por lo cual se excluyeron 18 artículos por no cumplir con estos criterios. Quedando con un total de 6 artículos seleccionados, los que se muestran en la figura y en la tabla n°1.

Para mayor comprensión de los artículos seleccionados se presenta un breve resumen de cada uno de ellos:

1. Violencia obstétrica: una práctica oculta deshumanizadora, ejercida por el personal médico asistencial ¿Es un problema de salud pública y de derechos humanos?, año 2019, Juan Carlos Araujo-Cuauro. El artículo busca definir las conductas que de una u otra forma se han incorporado como rutinas obstétricas que desencadenan una vulneración a los derechos humanos.
2. Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal, año 2017, Isaiane da-Silva-Carvalho y cols. El artículo distingue la violencia obstétrica ejercida a mujeres que tuvieron parto normal y la gran responsabilidad de los profesionales en esta vulneración.
3. Violencia obstétrica: influencia de la exposición de los sentidos del nacimiento en la experiencia de las mujeres embarazadas, año 2019, Sonia Lansky y cols. El artículo estudia la experiencia de un grupo de mujeres embarazadas que visita una exposición enfocada en violencia

obstétrica con el objetivo de aumentar el conocimiento sobre el tema estudiado.

4. Análisis exploratorio de los cuidados al parto en Nicaragua desde el marco de los derechos sexuales y reproductivos, año 2018, María Augusta Ribeiro Rodríguez. El artículo analiza las experiencias de parto de un N° de mujeres, recopilando información que finalmente evidenciará la falta a los derechos de dichas mujeres.
5. Violencia obstétrica y morbilidad materna: sucesos de violencia de género, año 2020, Mayra Lilia Chávez Courtois y cols, El artículo trata la relación de las prácticas y experiencias de violencia obstétrica como violencia de género que no contribuye en la salud materna.
6. Peregrinación en el período reproductivo: violencia en el campo obstétrico, año 2015, Diego Pereira Rodríguez. El artículo analiza la violencia obstétrica a partir de las percepciones de las mujeres durante el proceso de parto y parto.

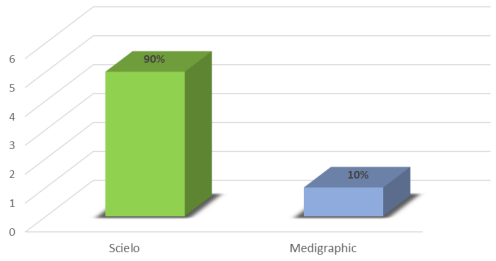
RESULTADOS

Se identificaron 64 artículos, de los cuales se excluyeron 58 (90,63%), por no cumplir con los requisitos asociados a esta investigación.

Un total de 6 (9,37%) estudios fueron seleccionados. El **gráfico 1** detalla la base de datos utilizada en esta revisión, se observó una inclinación de un 90% a Scielo, y un 10% a Medigraphic. En base a la selección de artículos, el **gráfico 2** muestra el país de publicación de cada uno, por tanto, los resultados arrojaron que el 50% fue publicado en Brasil, el 33,3% en México y finalmente el 16,7% en Nicaragua. El **gráfico 3** describe el año de publicación de los artículos, el cual arrojó un total de 33,3% del año 2019 y un 16,7% en los años 2015, 2017, 2018 y 2020 respectivamente. El **gráfico 4** señala el número de población de estudio, se observó que

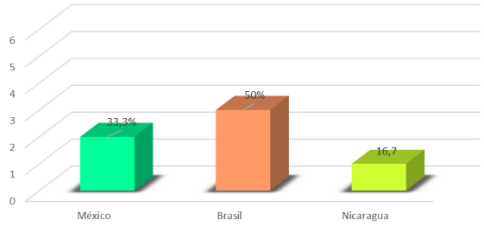
el 33,3% perteneció a una población de 7 a 30 mujeres, el 33,3% de 31 a 100 mujeres y un 33,3% pertenece a una población de estudio >100 mujeres. El **gráfico 5** especifica la edad de población de estudio, el 67% tenía una edad >18 años, un 17% no mencionó la edad y un 16% fueron <18 años de edad. Finalmente, el **gráfico 6** se basa en el enfoque de violencia obstétrica estudiado en cada artículo, se observó que un 83% tuvo un enfoque de violencia tanto físico como psicológico, un 17% presentó violencia física. El **grafico 7** muestra que un 66,7% de los artículos no menciona la violencia obstétrica como un factor cultural, y solo 33,3% si lo menciona

Grafico 1. Distribución de articulos seleccionados sobre "Violencia obstétrica: Una problemática de género", según pagina web.



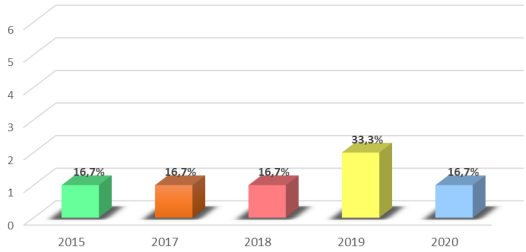
El gráfico muestra que el 90% de los artículos seleccionados corresponden a Scielo.

Gráfico 2. Distribución de los artículos según país de publicación sobre el tema de Violencia Obstétrica: Una problemática de género.



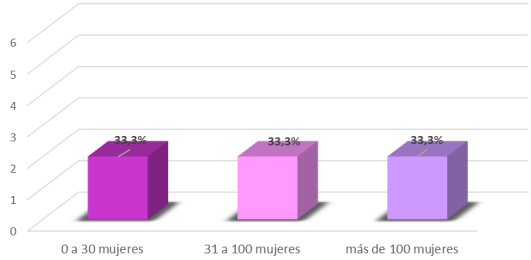
Se observa que el 50% de los artículos sobre el tema de violencia obstétrica se encuentra publicado en Brasil en el periodo de 2015-2020.

Grafico 3. Distribución de los articulos seleccionados según año de publicación.



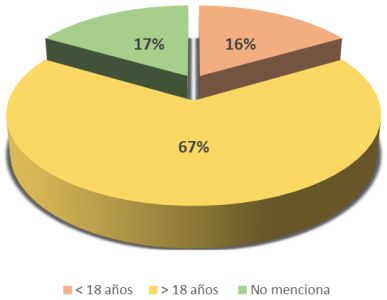
Se observa que la mayor frecuencia es de 33,3% de los artículos y se publicaron en el año 2019.

Gráfico 4. Distribucion de los articulos segun n° de población considerada en los estudios.



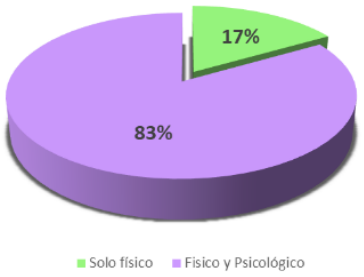
Se observa que el N° de población por artículo se concentró en un 33,3% para aquellos estudios que incluyó menos de 30 mujeres, 31 a 100 mujeres y de más de 100 mujeres

Grafico 5. Distribución de los artículos según edad de población estudio.



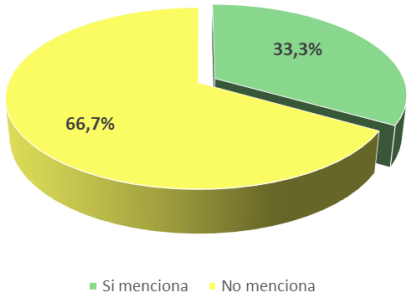
El gráfico muestra que el 17% de los artículos, no menciona la edad; el 16% consideró población < de 18 años y 67% mujeres > de 18 años.

Gráfico 6. Distribución de los articulos según tipo de enfoque de Violencia Obstétrica percibido por la usuaria



El gráfico muestra que el 83% de las usuarias refieren violencia obstétrica tanto física como psicológica.

Grafico 7. Distribucion de los articulos según mencion de violencia obstetrica en base a un dilema cultural.



Se observa que el 66,7% de los artículos seleccionados menciona la violencia obstétrica en base a un dilema cultural.

DISCUSIÓN

De los 6 artículos seleccionados que exploran sobre la violencia obstétrica, ya sea en mujeres que cursan embarazo o bien que han tenido la experiencia de un parto, un 83% de la población estudiada considera la violencia física y psicológica, y sólo 17% se refiere a violencia física. A pesar que los artículos presentan algunas diferencias en relación a la edad o al tipo de violencia sufrida por las usuarias, se observan aspectos

importantes a considerar en la atención del parto como la acción del o la profesional que asiste y que le corresponde no solo la atención física sino también el apoyo psicológico, sin embargo, el 83% de los artículos refieren la existencia de violencia percibida por las usuarias. Es importante enfatizar que la percepción de las mujeres ante esta problemática, ya sea, falta de acompañamiento, consentimiento no informado, incomodidad, miedo, estrés, inseguridad y falta de privacidad, desencadenado durante el proceso de parto sean factores contribuyentes al aumento de la realización de procedimientos innecesarios tales como: Cesárea de rutina, episiotomía, inducción oxitócica, rotura artificial de membranas.

Una de las limitaciones a tener en cuenta con respecto a las fuentes seleccionadas de estudio, es la escasa cantidad de artículos que desarrollan el tema en América latina, cabe destacar que un 50% de los artículos estudiados se realizaron en Brasil, considerando que este país aún no cuenta con una legislación que proteja a las usuarias. Actualmente son muy pocos los países que han establecido regulaciones que pretendan enfrentar directamente el fenómeno de la violencia obstétrica, como es el caso de Venezuela, México y Argentina, que lo han hecho y han alcanzado un escaso impacto. Chile, por su parte, carece de una regulación y existen importantes indicios de un elevado grado de prevalencia del problema.[19] Por otro lado, los escasos estudios del tema tratado, confirman el patrón repetido de violencia obstétrica en la población de mujeres, considerando el contexto social que es desfavorable hacia el género femenino, demostrando que un 33,3% de artículos seleccionados mencionan la problemática del dolor del parto ante la visión machista de que las mujeres tienen que sufrir como parte de la experiencia de la maternidad, o del hecho de que se vea con inferioridad a algunas mujeres, particularmente a aquellas con escasos recursos y las indígenas, quienes tienen mayor probabilidad de experimentar violencia

obstétrica debido a la discriminación y al estigma hacia su reproducción [20]. Esta problemática cultural dada en América latina, se expresa en un todo en la población, abarcando desde el personal médico hasta la misma usuaria y su acompañante.

Uno de los objetivos de la revisión bibliográfica es la identificación de vacíos de conocimiento. En este sentido, la presente revisión permite destacar algunas lagunas. Una de ellas es la ausencia de visión del personal médico ante la problemática de violencia obstétrica, ya que, dentro de los estudios no se muestra la percepción de estos frente a este fenómeno que vulnera los derechos de las usuarias que de manera lamentable tienden a soportar tal situación, siendo este un hecho importante, ya que finalmente son ellos quienes realizan las acciones, quiere decir, quien está a cargo que la usuaria tenga una buena experiencia de proceso de parto y parto es el personal de salud. Por otra parte, no se realiza mención en los estudios en cuanto a la atención en el sector público a modo de comparación con el sector privado, ya que generalmente tienen condiciones diferentes en cuanto a recursos y cantidad de personal médico, al ser un sector privado, se tiende a pensar que no existe violencia, ya que las usuarias deben pagar por su atención, lo que no se evidencia es que a pesar de esto, de igual manera se ejerce violencia obstétrica al realizar procedimientos de atención al parto, y a su vez, no se visualiza la atención de parte del personal médico hacia la usuaria.

Dada la población de estudio más reciente fue estudiada en los últimos 5 años (desde 2015 a 2020) revisados en los artículos, sorprende el hallazgo de la situación de salud precarias, la falta de políticas de los gobiernos para mejorar las condiciones y los recursos a los centros de salud, siendo factores de riesgo que contribuyen a generar violencia obstétrica. Solo un 16,7% de los artículos menciona estas variables, dejando en evidencia la poca importancia que se le da a la carencia

de recursos que de una forma u otra se desarrolla en violencia hacia la usuaria, siendo factores que se vuelven determinantes en el cuidado de la mujer, generando insatisfacción en la calidad de atención recibida. En este sentido, es necesario reflexionar sobre el proceso de infraestructura y logística obstétrica, que sin duda contribuirá a una atención obstétrica segura, sin peregrinaciones y violencia. [21]

Así pues, en la presente revisión se resumen los hallazgos de los estudios sobre Violencia obstétrica: una problemática de género. Realizada a partir de una serie de estudios, de los cuales un 50% son de tipo cualitativo - cuantitativo, 33,3% de tipo descriptivo y un 16,7% es de tipo observacional - transversal, que han servido para proporcionar los determinantes y factores de riesgo en la población afectada por violencia obstétrica en el presente estudio. Sin embargo, permanecen lagunas de conocimiento y aspectos metodológicos a mejorar, así como también indagar los aspectos del personal de salud y los recursos de los centros de salud, siendo necesario continuar describiendo la problemática y profundizando en sus factores de riesgo respecto a la población de estudio, que dada las circunstancias respecto a este tema sería el género femenino.

CONCLUSIONES

Toda mujer tiene derecho a recibir una atención de alta calidad ya sea física y mental, que abarque el derecho de ser respetuosa, empática y digna, durante todo su proceso reproductivo, sin sufrir ningún tipo de discriminación y violencia, que tengan la libertad de recibir, solicitar y transmitir información de forma clara, para así generar un empoderamiento en la mujer, y lograr un cambio positivo, disminuyendo así la violencia obstétrica ejercida por el personal de salud y los paradigmas machistas respecto al dolor en la mujer durante el proceso de parto y parto. En base al objetivo de esta investigación, se llegó a la resolución de que el desenlace de la violencia obstétrica es resultado de paradigmas

culturales instaurados en la sociedad y que finalmente repercuten tanto en el personal médico como en la mujer en su proceso reproductivo. Por lo tanto, es importante dejar de normalizar y a su vez dejar de invisibilizar la violencia obstétrica como parte del proceso, debido a que todas las mujeres tienen diferentes umbrales del dolor, cada una debe vivir ese momento de la manera más satisfactoria posible y como lo desee, con el objetivo de tener una buena experiencia, libre de traumas y malos tratos.

El cuidado de la atención debería estar ligado a la calidez en la consulta prenatal y en el momento del parto, en los cuales las prácticas médicas no sean mecánicas, según la enseñanza formal, sino que se comprenda que ese espacio es compartido y la toma de decisiones debe ser consensuada tanto por el personal médico como por la mujer, ya que el proceso reproductivo le pertenece a la mujer, pero en caso de alguna complicación el médico pueda actuar bajo la autorización de la usuaria previamente informada, siempre desde un comportamiento humano y empático. Es fundamental implementar acciones que brinden una mejor calidad de atención como lo es el parto humanizado, y a su vez crear políticas públicas que den solución a esta problemática.

BIBLIOGRAFÍA

1. Definición de Violencia [Internet]. Real Academia de la Lengua Española. 2020 [cited 3 November 2021]. Available from: https://dle.rae.es/violencia
2. Arraujo Cuauro J. Violencia obstétrica: una práctica oculta deshumanizadora, ejercida por el personal médico asistencial ¿Es un problema de salud pública y de derechos humanos? Revista Mexicana Medica Forence [Internet]. 2019 [cited 20 September 2021];(4). Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/forense/mmf-2019/mmf192a.pdf

3. Villegas Poljak A. La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico [Internet]. Ve.scielo.org. 2006 [cited 20 September 2021]. Available from: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100010 http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100010

4. Al Adib Mendiri Miriam, Ibáñez Bernáldez María, Casado Blanco Mariano, Santos Redondo Pedro. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2017 Mar [cited 20 September 2021]; 34(1): 104-111. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104&lng=en.

5. Jojoa E, Cuchumbe Y, Ledesma J, Muñoz M, Paja A, Suarez J. Violencia Obstétrica: Hacer Visible lo Invisible. Revista de la Universidad Industrial de Santander [Internet]. 2019 [cited 20 September 2021] ;(51). Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072019000200135

6. Almonte G. Violencia Ginecológica y Obstétrica. Medicalización del cuerpo Femenino. Revista Décsir [Internet]. 2016 [cited 21 September 2021]; Available from: http://decsir.com.mx/wp-content/uploads/2016/03/1-indagaciones.pdf

7. Camacaro M. Violencia Obstétrica como cuestión de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer [Internet]. 2013 [cited 20 September 2021] ;(18). Available from: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_vem/article/view/5343/5140

8. Chavez, M. y Sánchez, N., 2020. Violencia Obstétrica y

morbilidad materna: Sucesos de violencia de género. *Revista de El colegio de San Luis*, [Internet] (8). Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-899X2018000200103&lang=es> [Cited 21 September 2021].

9. Violencia Obstétrica: una variante de Violencia de Género, NOTICIAS | [Internet]. Sociedadmarce.org. 2019 [cited 21 September 2021]. Available from: https://www.sociedadmarce.org/detall.cfm/ID/13027/MARES/violencia-obstetrica-variante-violencia-genero.htm

10. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra: OMS; 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=8CBB3C3F71641CD62B24B4E82B9A0910?sequence=1

11. Díaz L, Fernández Y. Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso [Internet]. 2018 [cited 25 September 2021] ;(51). Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-68512018000200123 https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-68512018000200123

12. Arraujo Cuauro J. Violencia obstétrica: una práctica oculta deshumanizadora, ejercida por el personal médico asistencial ¿Es un problema de salud pública y de derechos humanos? Revista Mexicana Medica Forence [Internet]. 2019 [cited 20 September 2021];(4). Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/forense/mmf-2019/mmf192a.pdf

13. Da-Silva I, Santana R. Formas de Violencia Obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. Revista Enfermería Global [Internet]. 2017 [cited 27 September 2021] ;(47). Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300071

14. Lansky S, Ventura K, Morais E, Jefferson B, Grilo C, Figueiredo N et al. Violencia obstétrica: influencia de la exposición de los sentidos del nacimiento en la experiencia de las mujeres embarazadas [Internet]. Scielo Brasil. 2019 [cited 26 September 2021]. Available from: https://www.scielo.br/j/csc/a/66HQ4XT7qFN36JqPKNCPrjj/?lang=pt

15. Ribeiro M. Análisis exploratorio de los cuidados al parto en Nicaragua desde el marco de los derechos sexuales y reproductivos [Internet]. Scielo. 2018 [cited 4 October 2021]. Available from: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-41752018000100399&lang=es

16. Chavez, M. y Sánchez, N., 2020. Violencia Obstétrica y morbilidad materna: Sucesos de violencia de género. *Revista de El colegio de San Luis*, [Internet] (8). Available from: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-899X2018000200103&lang=es> [cited 7 October 2021].

17. Pereira D, Herdy V, García L, Vidal A, Lutterbach M, Asturiano L. Peregrinación en el Periodo reproductivo: Violencia en el campo Obstétrico [Internet]. Scielo. 2015 [cited 4 October 2021]. Available from: https://www.scielo.br/j/ean/a/xvY6DBjdFBF93tkKsTBGxMf/?lang=pt

18. Malmusi D, Ortiz G. Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España. Revisión de la

literatura. Revista Española de Salud Pública [Internet]. 2014 [cited 06 October 2021] ;(88). Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000600003

19. Díaz L, Fernández Y. Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso [Internet]. 2018 [cited 10 October 2021] ;(51). Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-68512018000200123

20. Baruch, R., 2019. *Con el dolor de tu vientre: La violencia obstétrica en América latina*. [Internet] IPPFWHR. Available from: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:P9pqiK6w7wEJ:https://www.ippfwhr.org/resource/con-el-dolor-de-tu-vientre-la-violencia- obstétrica-en-américa-latina / + & cd = 1 & hl = es-419 & ct = clnk & gl = cl> [cited 10 October 2021].

21. Pereira D, Herdy V, García L, Vidal A, Lutterbach M, Asturiano L. Peregrinación en el Periodo reproductivo: Violencia en el campo Obstétrico [Internet]. Scielo. 2015 [cited 10 October 2021]. Available from: https://www.scielo.br/j/ean/a/xvY6DBjdFBF93tkKsTBGxMf/?lang=pt

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y ABUSOS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA HACIA LAS MUJERES EN CHILE Y LATINOAMÉRICA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

BIBLIOGRAPHICAL REVIEW: OBSTETRIC VIOLENCE AND ABUSES IN SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH CARE FOR WOMEN IN CHILE AND LATIN AMERICA IN THE LAST 10 YEARS

Martina Cuello[1], Tahis Núñez [2], Yessica Salvo[3], Fresia Caba [4]

DOI: 10.23854/07198698.202182

Resumen

Fundamentos: La Violencia Obstétrica y Ginecológica, se expresa en un trato deshumanizado y abusivo contra la mujer por parte del personal de salud, y es un tema que debe ser analizado por los diferentes países, debido a su alto índice con el que se está frecuentando tanto a nivel público como privado.

[4]**Autor de correspondencia:** ***Martina Cuello, Tahis Núñez, Yessica Salvo, Fresia Caba.*** Alumnas y Docente de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Bernardo O´Higgins; General Gana 1702, Santiago, Chile. Mail: Christian.hernandez@ubo.cl

A pesar de ser un tema que viene generando ruido desde hace años, pero no era tan visibilizado como lo es hoy

en día. Es por ello, que el objetivo de esta revisión bibliográfica, es conocer si las mujeres han sufrido de violencia obstétrica y/o abusos en la atención de la salud sexual y reproductiva en Latinoamérica y de qué forma se ve reflejado en la literatura científica.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada en el periodo 2011-2017, siguiendo el modelo de Scoping Review. Esta búsqueda se realizó principalmente dentro de las bases de datos científicos Scielo, Medwave, Pubmed, Medigraphic. Se seleccionaron artículos realizados en Latinoamérica en los que participaran mujeres que hayan sido controladas al menos una vez en alguna consulta ginecológica, y mujeres que hayan tenido al menos un parto en algún centro de salud, ya sea en el sistema público o privado.

Resultados: De un total de 23 artículos identificados, se seleccionaron 4 artículos, los cuales son pertenecientes a los países de Chile (2 artículos), Venezuela (1 artículo) y Brasil (1 artículo). Uno de los artículos fue publicado en el año 2011, otros dos estudios fueron publicados en el año 2016, y el cuarto artículo en el año 2017. Los criterios para llevar a cabo los estudios, fueron mediante estudios de tipo exploratorio con enfoque Fenomenológico, Estudio Prospectivo, Descriptivo, Exploratorio, de Corte Transversal, y 2 con enfoque Cualitativo. En cada artículo se manifestaban diferentes vivencias de mujeres, de diversas edades y situaciones, cada declaración fue distinta según sector de la atención, ya sea pública o privada.

Conclusiones: La Violencia Obstétrica en estos últimos tiempos se ha hecho mucho más visible, las mujeres han tenido la oportunidad de poder contar sus diferentes experiencias que han tenido dentro de su atención en el sistema de salud, y esto es muy importante, ya que, al empezar a visibilizar estas situaciones, es un gran paso para poder erradicar estos comportamientos en los centros de salud.

Palabras Claves: Violencia Obstétrica. Abuso. Derechos Reproductivos. Atención del Parto. Atención Perinatal.

Abstract

Background: Obstetric and Gynecological Violence, is expressed in a dehumanized and abusive treatment against women by health personnel, and is a topic that must be analyzed by the different countries, due to its high rate with which it is frequenting both publicly and privately, despite being an issue that has been generating noise for years, but it was not as visible as it is today. That is why the objective of this bibliographic review is to know if women have suffered from obstetric violence and/or abuse in sexual and reproductive health care in Latin America and how it is reflected in the scientific literature.

Methods: A bibliographic review of the scientific literature published in the period 2011-2017 was carried out, following the Scoping Review model. This search was carried out mainly within the scientific databases Scielo, Medwave, Pubmed, Medigraphic. Articles carried out in Latin America were selected in which women who have been controlled at least once in a gynecological consultation, and women who have had at least one delivery in a health center, whether in the public or private system, participated.

Results: Of a total of 23 articles identified, 4 articles were selected, which belong to the countries of Chile (2 articles), Venezuela (1 article) and Brazil (1 article). One of the articles was published in 2011, two other studies were published in 2016, and the fourth article in 2017. The criteria to carry out the studies were through exploratory studies with a Phenomenological approach, Study Prospective, Descriptive, Exploratory, Cross-sectional, and 2 with a Qualitative approach. In each article, different experiences of women, of different ages and situations, were expressed, each statement was different according to the care sector, whether public or private.

Conclusions: Obstetric Violence in recent times has become much more visible, women have had the opportunity to tell their different experiences that they have had within their care in the health system, and this is very important, since, By beginning to make these situations visible, it is a big step towards being able to eradicate these behaviors in health centers.

Key words: Obstetric Violence. Abuse. Reproductive Rights. Childbirth care. Perinatal care.

INTRODUCCION

La Violencia Obstétrica, es una forma específica de violencia contra las mujeres, que constituye una violación a los derechos humanos[1].

Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y postparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos.[2] A pesar de ser una práctica que viene de muchos años atrás, recién en las últimas décadas se ha tomado en cuenta y se ha intentado realizar un cambio para terminar con estas malas prácticas; el concepto violencia obstétrica es utilizado como una forma de denunciar y desde 1960 se comienzan los movimientos por el parto respetado y movimientos por los derechos de las mujeres y la salud reproductiva, donde se vieron importantes avances en 1980. A finales del siglo XX diferentes organizaciones entre ellas la convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) y la convención

[1] Opazo, B. Qué es la Violencia Obstétrica y qué hacer para que no te pase. El Mostrador (Mayo 19, 2017).

[2] Opazo, B. Qué es la Violencia Obstétrica y qué hacer para que no te pase. El Mostrador (Mayo 19, 2017).

interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres (1994), reconocieron que la violencia contra las mujeres es un obstáculo para lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz.[3]

En América Latina muchos países, tales como, Bolivia, Colombia, Perú, México y Venezuela, entre otros, aprobaron leyes o artículos de reforma a sus respectivos códigos penales para sancionar la violencia contra la mujer. Mientras que Venezuela fue el primer país del mundo en emplear el término violencia obstétrica en el 2007, pudiendo concretar la "Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de Violencias" (2006), llevando consigo la conmemoración del Día internacional contra la Violencia de Género (25 nov. 2006). [4]

Siendo la Violencia Obstétrica ya reconocida en muchos países, esta puede representarse de las siguientes formas: Burlas, regaños, insultos, amenazas, ironías, manipulación de información, humillaciones, negación a ciertos tratamientos, limitación de la información de las decisiones que el equipo médico va tomando avanzado el trabajo de parto, abuso de medicinas e, incluso, golpes. [5]

La primera encuesta sobre el nacimiento en Chile del Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO Chile, 2017), analizó casi 50 años de nacimientos en el territorio nacional, y nos muestra una alarmante condición: Más del 50% de las mujeres reporta haber sufrido violencia obstétrica durante un parto. Esta abrumadora cifra parece empeorar durante la pandemia. OVO estima que las denuncias se han triplicado. La incertidumbre de la situación sanitaria mundial agudizó la vulnerabilidad que muchas mujeres enfrentan durante un embarazo y el parto. [6]

Lamentablemente, hay registros de casos muy graves de violencia

[3] Bellón, S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. Dialnet (2015).

[4] Bellón, S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. Dialnet (2015).

[5] Opazo, B. Qué es la Violencia Obstétrica y qué hacer para que no te pase. El Mostrador (Mayo 19, 2017).

[6] Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile. Santiago de Chile: 2018.

obstétrica que han ocurrido durante la pandemia, donde hay mujeres que tuvieron que vivir sus partos sin compañía, algunas sufrieron de amenazas de cesáreas innecesarias (donde estas pacientes no presentaban problemas de salud), hubo casos de recién nacidos en aislamiento por "precaución", madres sin saber de ellos por días, inicio tardío de la lactancia materna o pérdida de la misma. Tristemente, son estas situaciones las que generan traumas y miedos por si se tiene planificado un próximo parto, se producen lactancias maternas fallidas por lo que vivir un parto violento les marcará su vida. [7]

Por otra parte, debemos tener presente que la violencia obstétrica sucede no solo con acciones negativas sino también cuando hay ausencia de acciones cariñosas, cuando no hay contención ni información, cuando hay soledad.[8]

Si volvemos a la citada encuesta de OVO, tenemos que se consideró a 11,054 mujeres para su análisis, muchas más de las 385 necesarias para lograr representatividad estadística. La violencia se desglosa en hechos como que desde 1970 a 2017, tanto en hospitales como en clínicas privadas, ha aumentado el uso de oxitocina para acelerar los partos y en ambas instituciones la rotura artificial de membranas se realiza en más del 40% de los casos. En hospitales aumenta el monitoreo fetal continuo (entorpeciendo el apego inicial), el uso de anestesia y las cesáreas. En clínicas privadas las cifras oscilan un poco, impidiendo ver una mejora, excepto en la aplicación de la maniobra de Kristeller (ampliamente desaconsejada) y que disminuyó en la última década al 1% anual; el uso de anestesia alcanza a más del 90% de los partos y las cesáreas se practican en más del 50% de los nacimientos. Y si bien hay casos en que estos procedimientos han salvado vidas, se cuenta con cifras que también nos

[7] Gardella, N. Violencia Obstétrica. CEP. (Noviembre 05, 2020).

[8] Gardella, N. Violencia Obstétrica. CEP. (Noviembre 05, 2020).

indican que hay una consideración fallida del nacimiento y del cuidado que una mujer y sus hijos debieran de tener. Son miles de mujeres, que lamentablemente refieren haber experimentado al menos una de estas formas de violencia obstétrica. [9]

Aparte de hablar de la Violencia Obstétrica, está la Violencia Ginecológica, que es donde las mujeres han vivido situaciones de violencia o malos tratos en el contexto de sus consultas ginecológicas. Los malos tratos y la violencia, la sensación de vulnerabilidad, la medicalización y la patologización de procesos naturales, son parte de la experiencia común de muchas/os usuarias/os de estos servicios y se han asociado con graves consecuencias para la salud. Una de las consecuencias del abuso en el contexto de la atención de salud ginecológica, es que provoca que las pacientes no asistan a sus consultas u horas en los tiempos esperados, o postergan importantes exámenes rutinarios o simplemente abandonan la atención ginecológica. [10]

Es por esto, que a partir de lo anterior, la Violencia Ginecológica se define como todas aquellas prácticas realizadas por integrantes del equipo de salud (Médicos/as, Enfermeras/os, Matronas/es, etc.) que pueden implicar una atención o tratamiento deshumanizado, el uso de procedimientos innecesarios o intencionalmente dolorosos, el abuso de medicación, la transformación de procesos naturales en patológicos, la denegación de información o tratamiento, o procedimientos que pueden derivar en la pérdida de autonomía y/o capacidad de tomar decisiones libremente sobre nuestros cuerpos y sexualidad. [11]

[9] Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile. Santiago de Chile: 2018.

[10] Salinero, S. García, C. Guzmán, T. Cárdenas, M. Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica (2020). Primera encuesta nacional de violencia ginecológica y obstétrica. Síntesis de resultados. Valparaíso, Chile.

[11] Salinero, S. García, C. Guzmán, T. Cárdenas, M. Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica (2020). Primera encuesta nacional de violencia ginecológica y obstétrica. Síntesis de resultados. Valparaíso, Chile.

Para conocer un poco el porcentaje de mujeres que han sufrido violencia ginecológica, nos basaremos en los resultados de la Primera Encuesta Nacional sobre Violencia Ginecológica y Obstétrica en Chile de los años 2019-2020 (no existen estudios previos en Chile sobre violencia ginecológica, pero si ésta encuesta), donde participaron 503 mujeres, y se obtuvo que:

- El 67% de las mujeres ha sufrido o vivido de alguna forma este tipo de violencia.
- Un 21.4% de la muestra afirma que el personal de salud juzgaba sus prácticas sexuales o se refería a ellas en tono moralizante.
- Un 33.8% siente que sus consultas o preguntas no eran apropiadamente atendidas por el personal de salud.
- Un 17.6% ha tenido que escuchar comentarios inapropiados de índole sexual referidos a su cuerpo o sus genitales. El 17.8% recibió comentarios impertinentes referidos a su físico, vestimenta o higiene.
- Un 26% recibió retos o amenazas por parte del personal que atendió su consulta ginecológica.
- El 37.3% se sintió infantilizada por el personal al realizar consultas sobre su salud ginecológica.
- El 17.1% afirma que le realizaron tactos o “tocaciones” inapropiadas dado el motivo de su consulta y que les hicieron sentir vulnerada su intimidad.
- Un 20% afirma que el personal de salud le realizó procedimientos que le causaron intencionalmente dolor.
- Un 7.2% reporta que se le solicitó desnudarse sin que eso guardara relación con los motivos de su consulta.
- El 9.1% siente que fue víctima de violencia sexual por parte del médico o de algún integrante del equipo médico de salud.

- El 20.8% afirma que se le medicó sin tener claridad de qué modo dichos medicamentos pueden tener utilidad en su salud ginecológica.[12]

Todo lo anteriormente mencionado es lamentable, ya que son precisamente estas situaciones las que generan que estas mujeres tengan una mala percepción sobre su cuerpo, este tipo de violencia impacta o afecta su autoimagen, autoestima, sexualidad, y daña muchas veces la forma de relacionarse con los demás.

Sabemos que es urgente cuestionar el modo en que actualmente se está desarrollando la relación entre las mujeres y la ginecología en nuestro país, se debe cuestionar la enorme asimetría de poder en la consulta, donde las mujeres no tienen voz para hablar de su propio cuerpo, de su salud y sexualidad, donde el autoconocimiento de los cuerpos es cuestionado y no tomado en cuenta. Parte de la definición de violencia gineco-obstétrica se refiere justamente a la pérdida de autonomía y a la apropiación del cuerpo de las mujeres por parte del personal de salud mediante prácticas que devienen en medicalización y que traería serias consecuencias en la calidad de vida, cuestión que queda en evidencia por los resultados que se han mencionado.[13]

FIGURA N°1

Proceso de selección de estudios que abordan la violencia obstétrica y abusos en la atención de la salud sexual y reproductiva hacia las mujeres en Chile y Latinoamérica, según revisión bibliográfica en los últimos 10 años.

[12] Salinero, S. García, C. Guzmán, T. Cárdenas, M. Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica (2020). Primera encuesta nacional de violencia ginecológica y obstétrica. Síntesis de resultados. Valparaíso, Chile.

[13] Salinero, S. Violencia ginecológica y obstétrica en Chile. Diario UChile (Mayo 28, 2020).

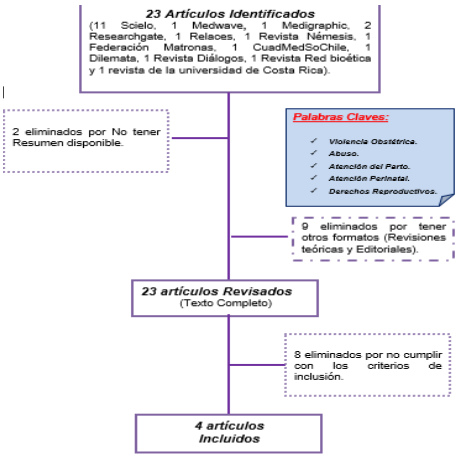

23 Artículos Identificados
(11 Scielo, 1 Medwave, 1 Medigraphic, 2 Researchgate, 1 Relaces, 1 Revista Némesis, 1 Federación Matronas, 1 CuadMedSoChile, 1 Dilemata, 1 Revista Diálogos, 1 Revista Red bioética y 1 revista de la universidad de Costa Rica).
2 eliminados por No tener Resumen disponible.
Palabras Claves:
Violencia Obstétrica.
Abuso.
Atención del Parto.
Atención Perinatal.
Derechos Reproductivos.
9 eliminados por tener otros formatos (Revisiones teóricas y Editoriales).
23 artículos Revisados
(Texto Completo)
8 eliminados por no cumplir con los criterios de inclusión.
4 artículos Incluidos

TABLA N°1: Distribución de los artículos seleccionados de estudios que abordan la violencia obstétrica y abusos en la atención de la salud sexual y reproductiva hacia las mujeres en Chile y Latinoamérica, según revisión bibliográfica en los últimos 10 años.

ID	Pág web	Nombre Revista	Título Artículo	N° Población en estudio	Objetivo Estudio	Variables más Relevantes
1	Scielo.	Scielo. Salud Pública.	Vivencias de usuarias lesbianas sobre el proceso de atención perinatal en la región metropolitana, Chile en 2016.	Usuarias lesbianas, madres, mayores de 18 años y que su atención perinatal haya ocurrido en el sistema público y/o privado de salud.	Explorar las vivencias del proceso de atención perinatal de usuarias lesbianas en la Región Metropolitana , Chile en el año 2016. Tipo de Estudio: Estudio Transversal exploratorio con enfoque Fenomenológico.	Edad categorizada, Orientación sexual, Sistema de salud, Deseo y Acceso a la maternidad, Experiencias pre y postnatales, Percepción y Relación con personal de salud.

	Federación Matronas.	**Revista Matronas Prof. 2016.**	**Satisfacción de la mujer respecto al rol de la matrona/ma-trón en la atención del parto, en el contexto del modelo de atención personalizada en Chile.**	**14 Mujeres Chilenas, puérperas de parto vaginal, de entre 19 y 43 años, sin patologías asociadas.**	**Describir la satisfacción de la mujer respecto al rol de la matrona/ matrón en la atención del parto en una maternidad de la ciudad de Santiago de Chile, perteneciente al Sistema de Salud Público.** **Tipo de Estudio: Estudio Cualitativo.**	**Edad, Paridad, Periodo intergenésico y Acompañamiento durante el parto.**

3	Scielo.	Scielo. Salud Pública.	Violencia Obstétrica: Percepción de las usuarias.	425 puérperas atendidas en la Maternidad Concepción Palacios entre mayo y agosto de 2011.	Evaluar la percepción de las usuarias sobre la atención recibida en relación con prácticas consideradas como violencia obstétrica. Tipo de Estudio: Estudio Prospectivo, Descriptivo, Exploratorio, de Corte Transversal.	Más del 50% de las madres encuestadas presentaron procedimientos médicos sin consentimiento informado, junto con tratos deshumanizados, donde se pudo ver que entre más alto es el nivel de educación de las usuarias menos es la violencia que reciben.

4	Scielo	Scielo	Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal.	Estudio descriptivo aplicado a 35 puérperas, en dos maternidades públicas municipales existentes en la ciudad de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.	Identificar las formas de violencia obstétrica experimentadas por las madres que tuvieron un parto normal. Tipo de Estudio: Estudio Descriptivo, Con un Enfoque Cualitativo.	Violencia Obstétrica, Parto normal, Servicios de salud materna, Violencia contra la mujer, Mujeres.

METODOLOGÍA

Para el proceso de obtención de los artículos, se diseñaron distintas estrategias de búsqueda, utilizando palabras claves según el artículo que se quería encontrar, tales como ***"Violencia Obstétrica"; "Abuso"; "Derechos Reproductivos"; "Atención del Parto"*** *y* ***"Atención Perinatal"***. Esta búsqueda se realizó principalmente dentro de las bases de datos científicos *Scielo, Medwave, Pubmed, Medigraphic*.

A raíz de esta búsqueda, se identificaron y se preseleccionaron 23 artículos en total ***(Figura N°1)***.

Para la selección de los artículos, se establecieron como criterios de inclusión estudios que estén dentro de los últimos 10 años, y que hayan sido realizados en Latinoamérica, además de cumplir con el formato establecido. También, se incluyeron estudios realizados a mujeres que hayan sido

controladas al menos una vez en alguna consulta ginecológica, y mujeres que hayan tenido al menos un parto en algún centro de salud, ya sea en el sistema público o privado.

Se excluyeron aquellos artículos que superan los años establecidos, también aquellos que no presentaban un resumen disponible, y quienes presentaban un formato distinto, tales como; revisiones teóricas y editoriales. Cabe mencionar que, fueron excluidos también aquellos artículos que no contaban con algún tipo de estudio.

Luego de una detallada revisión, finalmente se seleccionaron 4 artículos que cumplían con los criterios mencionados anteriormente, y dentro de los cuales se incluyeron artículos de Chile, Venezuela y Brasil.

A continuación, se presenta un breve resumen de cada uno de los artículos mencionados:

- El artículo Nº1: ***"Vivencias de usuarias lesbianas sobre el proceso de atención perinatal en la región metropolitana"***, tiene como resumen que "El objetivo de la investigación era explorar las vivencias de la atención perinatal de usuarias lesbianas en la Región Metropolitana de Chile en 2016. Se trató de un estudio transversal exploratorio con enfoque fenomenológico, usando la estrategia muestral bola de nieve. Fueron realizadas entrevistas en profundidad con análisis de contenido. Se experimentaron vivencias favorables de las usuarias lesbianas sobre su proceso de gestación, parto y puerperio y un trato inclusivo y antidiscriminatorio de los proveedores de salud. Se menciona que hubo una aceptación generalizada de los profesionales de salud hacia las familias homoparentales y a la visibilizarían de la homosexualidad. Se agregó que

el empoderamiento y la autoestima de las usuarias entrevistadas, fue un elemento que favoreció la relación médico-paciente. Sin embargo, las alternativas para acceder a la maternidad no se encontraban y no se encuentran asequibles para toda la población debido al alto costo que poseen".

- Para el artículo Nº2: ***"Satisfacción de la mujer respecto al rol de la matrona/matrón en la atención del parto, en el contexto del modelo de atención personalizada en Chile"***, como resumen tenemos que su estudio fue de tipo Cualitativo, mediante entrevistas semiestructuradas, dirigida a 14 chilenas, puérperas de parto vaginal, con rangos de edad desde los 19 a 43 años, sin patologías asociadas. Para los resultados de las entrevistas se valoraron cinco categorías: I) Experiencia general del parto; II) La matrona/matrón: Un profesional cercano y cómplice en el proceso; (III) Un pilar en el manejo del dolor; IV) Habilidades comunicacionales y entrega de información, y V) La matrona/matrón como ente de empoderamiento durante el parto. Y por mencionar algunos puntos de la conclusión, llegaron a que "La calidad de la atención determina una buena experiencia de parto; El rol de la profesional matrona/matrón es de gran relevancia en este proceso, lo que hace necesaria una formación orientada no sólo a las competencias técnicas, sino también, y fundamentalmente, a las comunicacionales y relacionales, de modo que sea posible ofrecer una atención de calidad que favorezca el estado emocional óptimo de la madre".

- El artículo Nº3: ***"Violencia obstétrica: Percepción de las***

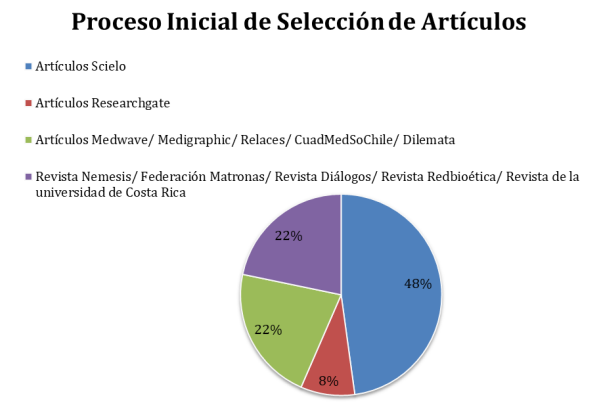
usuarias", resume que evaluaron la percepción de las usuarias sobre la atención recibida en relación con prácticas consideradas como violencia obstétrica, a través de un Estudio prospectivo, descriptivo, exploratorio, de corte transversal por medio de una encuesta anónima a 425 puérperas atendidas en la Maternidad Concepción Palacios en el año 2011, y parte de los resultados arrojaron que "El 66,8% manifestó la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado, 49,4% fue objeto de algún tipo de trato deshumanizante, solo 20,5 % percibió trato no violento. Entre los reportes de trato deshumanizante predominó el obstaculizar el apego precoz (23,8%). Entre los procedimientos sin consentimiento el más frecuentemente reportado fue la realización de múltiples tactos (37,2%) y la administración de oxitócicos (31,3%)". Y parte de la conclusión mencionó que existe una elevada percepción de violencia en la atención obstétrica dada por la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado y trato deshumanizante por parte del personal de salud. No se aplica de manera sistemática la obtención del consentimiento informado.

- El artículo Nº4: ***"Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal",*** Establece que se realizó un Estudio descriptivo, con un enfoque cualitativo, desarrollado con 35 puérperas, en dos maternidades públicas municipales existentes en la ciudad de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, que tuvieron parto vaginal, con niño vivo, y en

condiciones físicas y emocionales para responder a las preguntas propuestas. Fueron excluidas las adolescentes sin tutor legal y las puérperas que dieron a luz fuera del hospital. Parte de los resultados, fue que los informes de las madres, representan las formas de violencia obstétrica de las que eran víctimas, que se caracteriza por las palabras y actitudes de los profesionales de la salud que las asistieron. Y como conclusión a grandes rasgos, mencionaron que, en el marco del nuevo modelo de asistencia al parto y al nacimiento, la violencia obstétrica no debería tener espacio y profesionales de la salud deben actuar para garantizar un servicio decente, con una calidad y un trato respetuoso. El tiempo en que la única opción era el silencio y soportar llegó a su fin.

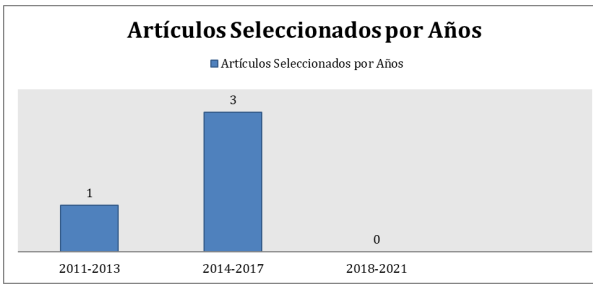
RESULTADOS

GRÁFICO N.º 1: Distribución del proceso inicial de selección de artículos para el estudio sobre Violencia Obstétrica y Abusos en la Atención de la Salud sexual y Reproductiva hacia las Mujeres en Chile y Latinoamérica en los últimos 10 años.



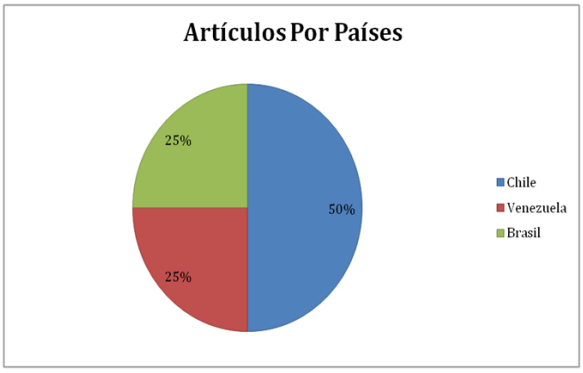
El gráfico muestra que el 48% de los artículos seleccionados corresponden a artículos Scielo.

GRÁFICO N.º 2: Distribución del proceso inicial de selección de artículos para el estudio sobre Violencia Obstétrica y Abusos en la Atención de la Salud sexual y Reproductiva hacia las Mujeres en Chile y Latinoamérica en los últimos 10 años.



El gráfico muestra que el mayor número de artículos seleccionados corresponde a los años 2014-2017.

GRÁFICO Nº3: *Distribución de los artículos por países para el estudio sobre Violencia Obstétrica y Abusos en la Atención de la Salud sexual y Reproductiva hacia las Mujeres en Chile y Latinoamérica en los últimos 10 años.*



El gráfico muestra que los 3 países de la investigación corresponden a un 25% de cada uno, en cuanto a Venezuela y Brasil (1 artículo de cada país) y un 50% a Chile (2 artículos de Chile), por lo que hay una distribución diferente en cuanto a la cantidad de artículos.

Finalmente, como "Resumen" de los Resultados, tenemos que en el proceso inicial se seleccionaron artículos pertenecientes a distintas bases de datos, donde el 48% de los artículos seleccionados corresponde a artículos Scielo, un 22% a artículos de la Revista Némesis; Federación Matronas, Revista diálogos, Revista Red bioética, Revista de la universidad de Costa Rica, Medwave, Medigraphic; Relaces, CuadMedSoChile y Dilemata,

finalmente, un 9% corresponde a artículos de Researchgate. ***(Gráfico 1)*** Se identificaron 23 artículos en total, de los cuales se excluyeron 19, debido a que no cumplían con los criterios de inclusión anteriormente mencionados, dejándonos 4 artículos incluidos para realizar la investigación. ***(Figura 1)***

Respecto a los años de los artículos finalmente seleccionados, el ***Gráfico 2*** nos muestra que el mayor número de artículos escogidos corresponde a los años 2014-2017, perteneciente a los artículos de Scielo "*Vivencias de usuarias lesbianas sobre el proceso de atención perinatal en la región metropolitana, Chile*" y "*Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal*". Por otra parte, tenemos el artículo de Scielo "*Violencia obstétrica: Percepción de las usuarias*" correspondiente al año 2013 y finalmente, el artículo "*Satisfacción de la mujer respecto al rol de la matrona/matrón en la atención del parto, en el contexto del modelo de atención personalizada en Chile*", perteneciente al año 2016.

Para concluir, se puede observar en el ***Gráfico 3***, la distribución de los artículos por países, donde *muestra que los 3 países de la investigación (Chile, Venezuela y Brasil) corresponden a un 50%, 25% y 25%, por lo que no se seleccionó la misma cantidad de artículos por país*, pero cada uno nos aportó datos relevantes para poder identificar la existencia de Violencia Obstétrica y Ginecológica.

DISCUSIÓN

A partir de los artículos seleccionados para la revisión bibliográfica, podemos destacar que los 4 artículos tienen en común que, su estudio está basado a partir de las vivencias o experiencias de las pacientes en el sistema público o privado, independiente de que sea en Chile o no. La diferencia radica, en que se centraron en poblaciones específicas. Por ejemplo, un estudio se centró en las vivencias de la atención perinatal de usuarias lesbianas con edades entre los 25 y 39 años en la Región Metropolitana (Chile); otro fue a sólo 14 mujeres chilenas (Puérperas

de parto vaginal) de entre 19 y 43 años sin patologías asociadas; un tercer artículo seleccionó a su población de estudio a través de una encuesta anónima a 425 puérperas atendidas en la Maternidad de "Concepción Palacios" (Venezuela); y, para el cuarto estudio, la población de estudio incluyó a 35 puérperas, de dos maternidades públicas municipales existentes en la ciudad de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

De acuerdo a los métodos de estudio, tenemos de tipo Cualitativa: Estudio Transversal Exploratorio; Estudio Cuantitativo: Encuestas Semiestructuradas; Estudio Prospectivo, Descriptivo, Exploratorio de Corte Transversal por medio de una Encuesta y Estudio Descriptivo.

Para poder observar las similitudes o diferencias entre estos 4 artículos, es importante dar a conocer un breve resumen de estos diferentes estudios. En el primero, habla sobre "Vivencias de usuarias lesbianas sobre el proceso de atención perinatal", se obtuvo que frente a la revelación de la orientación sexual a los proveedores de salud (Médicos, Matronas), existieron reacciones de desconcierto ante esta información, pero para las usuarias no fue percibida como discriminación sino más bien, lo atribuyeron a la edad o mentalidad del proveedor y al desconocimiento del tema, así como otras mujeres revelaron que la información no causó discriminación, y la buena actitud del profesional permitió una mejor participación de la co-madre en el proceso. Dentro de las experiencias prenatales, se destacó el cambio de habitación en la clínica y la consideración de la "otra mamá" como parte de la familia incluyéndola en la Epicrisis. Las usuarias de este estudio, señalaron percepciones positivas en la atención tanto en el sistema de salud público como privado, destacaron también que "Notaron algunas acciones realizadas por el personal y no por normas o protocolos establecidos".

Respecto al estudio "Satisfacción de la mujer respecto al rol de la matrona/matrón en la atención del

parto, en el contexto del modelo de atención personalizada en Chile", se obtuvieron resultados a partir de 5 categorías, las cuales corresponden a diferentes aspectos del parto, tales como, la experiencia general, la actitud de la matrona o matrón en la cercanía y complicidad del proceso, manejo del dolor, las habilidades comunicacionales y entrega de información y por último está el empoderamiento durante el parto. Donde las mujeres expresaron en cada una de las categorías mencionadas una muy buena experiencia, donde las matronas las hicieron sentirse empoderadas, destacando también el apoyo, la entrega de información y la contención en el momento del trabajo de parto.

En términos generales, se puede decir que estos estudios tuvieron resultados positivos, a comparación de los otros estudios que hablaremos a continuación, ya que, si bien las usuarias no percibieron discriminación o malos tratos, sentimos que fueron estudios muy pequeños y no reflejan todo lo que vemos hoy en día.

En relación al estudio "Violencia Obstétrica: Percepción de las usuarias.", se trabajó con 425 puérperas, donde se reportó que 210 usuarias manifestaron algún tipo de trato deshumanizante de parte del personal de salud, 284 afirmaron que se les practicaron actos médicos sin consentimiento, 156 pacientes percibieron ambos tipos de violencia y 87 pacientes no reportaron ningún tipo de práctica violenta durante su atención. Si nos centramos en el tipo de trato deshumanizante, 101 pacientes refirieron que se les impidió el contacto con sus recién nacidos, 92 de ellas recibieron críticas por llorar o gritar durante el trabajo de parto y 83 mujeres sintieron imposibilidad de manifestar sus miedos o inquietudes, al ver el cómo eran tratadas el resto de las mujeres. Todas las cifras anteriormente mencionadas, son lamentables ya que hasta el día de hoy estas cifras han ido aumentando y se debe actuar frente a ello.

A diferencia del estudio anterior, en el de "Formas de violencia obstétrica

experimentada por madres que tuvieron un parto normal", realizado a 35 puérperas, donde en la entrevista mencionaron que algunos profesionales de la salud realizaban comentarios inapropiados, recibiendo también críticas cuando gritaban o realizaban gemidos durante el parto. Las que testificaron que han emitido gritos y gemidos pasaron por momentos de intimidación, incluyendo la amenaza de quedarse sola en un momento de gran debilidad. La posición de parto fue otro factor que generó situaciones incómodas para las entrevistadas, el cual las mujeres indicaron que tenían problemas en permanecer con la posición que favorecía a los profesionales, siendo ellas ignoradas y tratadas con ignorancia en ese momento.

Otro factor importante que fue reportado por las mujeres entrevistadas, fue el dolor ocasionado a partir de las prácticas realizadas por los profesionales, como el tacto vaginal; episiorrafia y el proceso de curación, donde el personal médico ignoraba o minimizaba el dolor que sentía la mujer.

Finalmente, de 4 artículos sólo 2 tienen resultados positivos, porque se habla de muestras muy pequeñas, por lo que sería importante realizar un estudio más grande en relación al trato o atención a gestantes con diferentes orientaciones sexuales, por mencionar un ejemplo. Si consideramos el resto de los artículos que no tuvieron resultados favorables, sin duda son cifras lamentables, ya que hasta el día de hoy estas cifras han ido aumentando de acuerdo a lo referido por las usuarias. Si nos enfocamos en los artículos "*Violencia obstétrica: percepción de las usuarias*" y *"Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal",* que han tenido resultados negativos en relación a la violencia percibida por las usuarias, se ha podido observar un trato deshumanizante y la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado. Donde las mujeres manifiestan temor en expresar

sus dolencias, recibiendo además por parte del personal de salud comentarios irónicos, descalificaciones y burlas, además de no haberles impedido el contacto con sus recién nacidos. Dado así, lo que más destacan y describen las puérperas o gestantes en ambos artículos fueron las palabras y actitudes de los profesionales de la salud hacia ellas en el momento de la atención.

CONCLUSIONES

De acuerdo a uno de los estudios, se puede decir que "Se han experimentado vivencias favorables de las usuarias lesbianas sobre su proceso de gestación, parto y puerperio y un trato inclusivo y antidiscriminatorio de los proveedores de salud" *(Fuenzalida, C. Velásquez, A.)*, que "Hay una aceptación generalizada de los profesionales de salud hacia las familias homoparentales y a la visibilizarían de la homosexualidad" (*Fuenzalida, C. Velásquez, A.)*. Sin embargo, como se mencionó en un momento, se aprecia que el estudio no refleja mucho la realidad de hoy en día, ya que cada día se escucha a muchas mujeres que han sufrido malos tratos o mala atención por su orientación sexual.

Por otra parte, la violencia obstétrica en estos últimos tiempos se ha hecho mucho más visible, las mujeres han tenido la oportunidad de poder contar sus diferentes experiencias que han tenido dentro de su atención en el sistema de salud, y esto es muy importante, ya que, al empezar a visibilizar estas situaciones, es un gran paso para erradicar estos comportamientos en los lugares de salud. De acuerdo a la literatura se sigue visibilizando violencia en nuestro país y en toda Latinoamérica, donde se siguen violando los derechos de las mujeres en relación a una atención de calidad, donde se pone en riesgo su integridad física y mental. Un ejemplo, es el estudio realizado en Brasil a puérperas que tuvieron parto normal, en donde los resultados nos indican que ellas tuvieron dolor y no lo

pudieron expresar porque fueron silenciadas lo que les generó temor y miedo, al ser amenazadas por las personas que proporcionaban apoyo y ayuda.

Reflexión de los Investigadores:

Desde el punto de vista de los autores, como futuros profesionales de la salud consideramos que el abuso físico y verbal no debe ser justificado bajo ninguna condición. Por ello, es importante entregar a las mujeres un trato empático, cálido y cercano, en donde ellas puedan confiar y sentirse segura al momento de la atención, sobre todo en el momento del parto, ya que la mujer se siente muy vulnerada en este proceso y necesita un acompañamiento, para que pueda sentirse capaz de obtener un resultado de todo ese maravilloso proceso, y no generar un trauma en las mujeres en un próximo o futuro embarazo durante las atenciones de salud.

Como profesionales, consideramos que depende del equipo de salud, que este proceso sea satisfactorio como experiencia para cada mujer y evitar cualquier tipo de huella que se pueda dejar en las pacientes, por lo que se debe reforzar periódicamente a los profesionales el actuar en forma humanizada y empática, y que se respete al pie de la letra lo que las pacientes piden y como profesional cumplir con la promesa de la misión del profesional matrón - matrona, cuya labor es “acompañar a la madre o mujer en todo su periodo de salud sexual y reproductiva”.

Además de lo dicho anteriormente como profesionales de la salud no se puede ni se debe hacer discriminación de color, raza, género, sexo, edad y nivel socioeconómico en las atenciones de la salud o de cualquier otra área de atención en la población, dado que todo ser humano merece respeto y trato humanizado.

Lamentablemente la literatura mostró que aún existe violencia obstétrica y que en algunos casos estas han ido en aumento, dado a que se ha empezado a visibilizar más en la sociedad, entonces es importante que

a los funcionarios de salud se les pueda apoyar con educación y actualización según los cambios de la sociedad acorde a los tiempos, y así evitar prejuicios, palabras ofensivas y discriminación hacia estas familias. Por esta razón, hace falta concientizar e incluir dentro del sistema sanitario el respeto a las necesidades de las usuarias homosexuales y desarrollar las destrezas que permitan darles respuestas.

CAMBIOS ADAPTATIVOS RESPIRATORIOS EN RECIÉN NACIDOS POR PARTO VAGINAL VS CESÁREA

RESPIRATORY ADAPTIVE CHANGES IN NEWBORNS BY VAGINAL VS CESAREAN DELIVERY

Marcela Castillo[1], Scarlett Garrido [2], Mayra Santibañez[3], Pamela Lee [4], Fresia Caba [5]

DOI: 10.23854/07198698.202182

INTRODUCCION

Los cambios adaptativos respiratorios se deben al cambio brusco del medio intracelular al extracelular que se produce al nacimiento del recién nacido (RN) produciendo la primera respiración

en conjunto con el intercambio de oxígeno y llenado de los alvéolos. (1) Durante el parto, el feto vive una situación de estrés importante y el líquido de sus pulmones se reabsorbe o se expulsa por la boca para que el recién nacido pueda realizar la primera respiración. (2)

[5]**Autor de correspondencia:** ***Marcela Castillo, Scarlett Garrido, Mayra Santibañez, Pamela Lee, Fresia Caba.*** Alumnas y Docente de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Bernardo O´Higgins; General Gana 1702, Santiago, Chile. Mail: Christian.hernandez@ubo.cl

En un parto normal la presión que sufre el tórax del bebé, al pasar por el canal del parto, le ayuda a eliminar el líquido pulmonar y el surfactante hace que no colapsen a diferencia de los nacidos por cesárea como no se producen contracciones uterinas (CU) ni se produce un trabajo de parto pueden transcurrir hasta varias horas hasta que todo el líquido de los pulmones se reabsorbe. (3)

Durante la vida intrauterina los alvéolos pulmonares distendidos se encuentran llenos de un trasudado producido por los capilares pulmonares. El pulmón RN sufre una serie de adaptaciones trascendentales que modifican la circulación fetal. El reemplazo del líquido pulmonar fetal por aire, es un fenómeno mecánico que requiere de la aplicación de presiones transpulmonares elevadas para lograr insuflar el pulmón en las primeras respiraciones; estas fuerzas deben superar tres elementos: viscosidad del líquido pulmonar, tensión superficial y resistencia de los tejidos. La expansión del tórax, así como el primer llanto, hacen que los bronquios aspiren aire que llena los alvéolos pulmonares, se libera una sustancia tensoactiva denominada surfactante que evita el colapso alveolar con la espiración. Cualquier alteración en estos mecanismos de adaptación provoca alteración pulmonar y la aparición de un síndrome de dificultad respiratoria. (SDR) (3)

Este estudio se hizo enfocado en el aumento de cesáreas, ya sea programadas o de urgencias, es por esta causa que se ha incrementado la

morbilidad neonatal antes del término del nacimiento (37 sem. o más) y en conjunto con esta se ha hecho visible la patología SDR en RN por cesárea, que puede llevar a la asistencia respiratoria mecánica, se hace más prevalente en cesáreas programadas debido a que por esta vía de parto, no se produce el conjunto de etapas que conlleva el trabajo de parto y como consecuencia la falta de aumento de catecolaminas en respuesta al estrés del parto teniendo como consecuencia el síndrome de distréss respiratorio (SDR) (4)

El SDR constituye una de las afecciones más frecuentes en el recién nacido y se comporta como uno de los principales indicadores de morbilidad y mortalidad, generando un aumento del ingreso en las unidades de cuidados intensivos (UCIN) o unidad de tratamiento neonatal (UTIN) con requerimiento de oxígeno y antibióticos. (4)

El SDR es un estado clínico de causa variada, que se caracteriza por una respiración anormal con alteración del intercambio gaseoso, la oxigenación y la eliminación del anhídrido carbónico; constituye una de las afecciones más frecuentes en el RN. En la gran mayoría de los casos se produce por afecciones del propio sistema respiratorio, aunque otras veces es secundaria a afecciones cardiacas, nerviosas, metabólicas o musculares. (5)

El presente estudio se realiza con el fin de conocer la bibliografía existente a la fecha del Síndrome de Distrés Respiratorio (SDR) en población femenina de los últimos 15 años.

FIGURA N°1

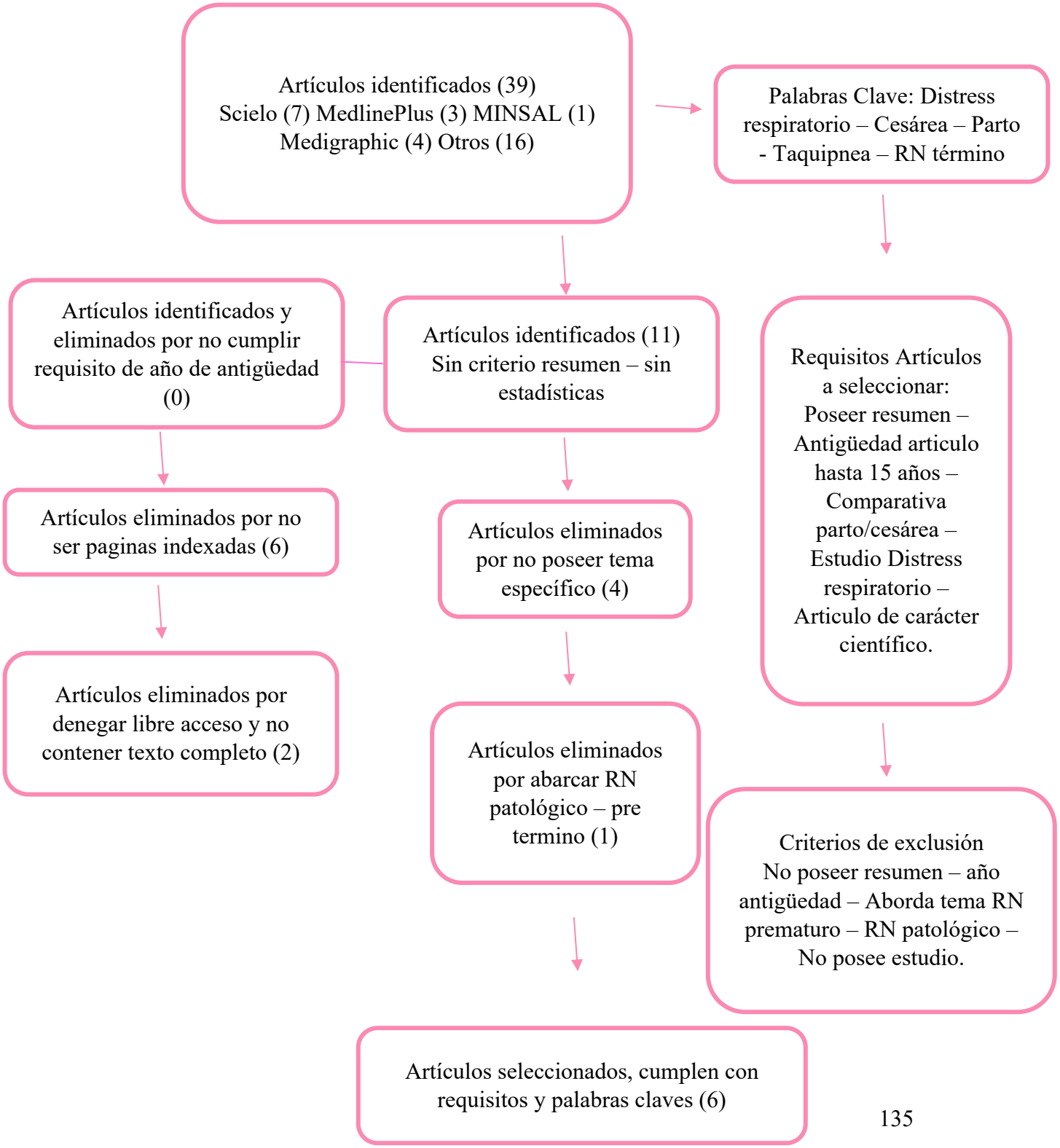

Artículos identificados (39)
Scielo (7) MedlinePlus (3) MINSAL (1)
Medigraphic (4) Otros (16)
Palabras Clave: Distress respiratorio – Cesárea – Parto - Taquipnea – RN término
Artículos identificados y eliminados por no cumplir requisito de año de antigüedad (0)
Artículos identificados (11)
Sin criterio resumen – sin estadísticas
Requisitos Artículos a seleccionar:
Poseer resumen – Antigüedad articulo hasta 15 años – Comparativa parto/cesárea – Estudio Distress respiratorio – Articulo de carácter científico.
Artículos eliminados por no ser paginas indexadas (6)
Artículos eliminados por no poseer tema específico (4)
Artículos eliminados por denegar libre acceso y no contener texto completo (2)
Artículos eliminados por abarcar RN patológico – pre termino (1)
Criterios de exclusión
No poseer resumen – año antigüedad – Aborda tema RN prematuro – RN patológico – No posee estudio.
Artículos seleccionados, cumplen con requisitos y palabras claves (6)

TABLA N°1

I D	Pág. Web	Nombre. revista	Titulo del articulo	N° Pob. en estudio	Obj. Estudio	Variables más relevantes
1.	Scielo http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300005	Rev Cubana Enfermer v.23 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2007. Cuba	Factores de riesgo del Síndrome Dificultad Respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido	2.835 neonatos	Determinar tipo de parto e incidencia de dificultad respiratoria y asociados.	Mayor cantidad de cesáreas y rotura prematura de membranas se asocia a un mayor riesgo de SDR y patologías asociadas a afecciones respiratorias.

2	Medigraphic Síndrome de dificultad respiratoria aguda neonatal (medigraphic.com)	Revista mexicana de pediatría. México	Síndrome de dificultad respiratoria aguda neonatal.	1	Definir características de SDR y condiciones en neonato de término.	Factores influyentes en el desarrollo de SDR.
3	Scielo https://www.redalyc.org/pdf/912/91225303.pdf.	Rev hospital materno infantil Ramón Sardá	Síndrome de dificultad respiratoria neonatal: comparación entre cesárea programada y parto vaginal en un recién nacido de término.	442 RN	Comparar la prevalencia de los RN vía parto vaginal vs cesárea	Los nacimientos antes del término del embarazo producen un aumento en la morbilidad neonatal origina el síndrome de dificultad respiratoria , realizándose un estudio en el hospital de la ciudad de Buenos aires , Argentina comparando la vía de parto en RN de igual o mayor a 37 semanas sin patologías.

4	scielo ttp://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492012000100004&script=sci_arttext**h**	Arch. Pediatr. Urug. vol.83 no.1 Montevideo mar. 2012	El trabajo de parto previo a la cesárea protege contra la taquipnea transitoria del RN	400 RN por cesárea	Determinar si el trabajo de parto previo a la cesárea es un factor protector para la taquipnea transitoria.	Identificar las variantes fallas fisiológicas y hormonales a nivel de epitelio y los cambios durante el nacimiento que pueden llevar a producir una taquipnea transitoria.
5	Medigraphic https://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2009/ms093b.pdf.	Rev Invest Med Sur Mex	Estudio de asociación entre los factores de riesgo maternos y neonatales para el desarrollo de taquipnea transitoria del recién nacido	302 expedientes de RN	Evaluar los factores de riesgos maternos y fetales asociado a taquipnea transitoria del recién nacido	La Taquipnea transitoria del recién nacido se caracteriza por dificultad respiratoria asociados a riesgos maternos o fetales

6	Scielo http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492008000300005.	Arch Venez Puer Ped v.71 n.3 Caracas sep. 2008	Saturación de oxígeno en el periodo posnatal inmediato en recién nacidos por parto vaginal e intervención cesárea	60 neonatos	Describir los cambios posnatales inmediatos de la SO^2 en neonatos a término sanos.	La SO^2 promedio durante los primeros 10 minutos fue 6% más alta en los niños de parto vaginal que en los extraídos por cesárea

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una serie de revisiones bibliográficas del tema: "Cambios adaptativos respiratorios en recién nacido de término vía parto vaginal vs cesárea", en las cuales se realizó una búsqueda de 33 artículos de diferentes páginas Web, con la idea de profundizar el tema a tratar.

Se consultaron páginas como Scielo, Medline, Medigraphic en español, tomando en cuenta los artículos de un máximo de 15 años atrás debido a la poca información actualizada del tema

a tratar, dejando un marco de selección entre el año 2006 a 2021.

Para la selección de los artículos se tomaron palabras claves como: “síndrome de distréss respiratorio” (SDR), “cesárea”, “parto” y “RN”. En conjunto con criterios de inclusión como de exclusión, siendo este último los estudios de RN prematuro, RN patológicos, artículos sin resumen, sin estadísticas ni páginas indexadas que no aborden el tema a tratar. Se incluyen artículos de RN término de diferentes países (Chile, argentina, cuba, México, entre otros) que hablen sobre el síndrome de distrés respiratorio en cesáreas como en partos vaginales, obteniendo una selección de 6 artículos en relación al tema de SDR con los artículos seleccionados se elaboró una tabla recopilando información obtenida de cada página utilizada y seleccionada para estudios cuantitativos en el que se incluyeron; página web, nombre de la revista, año y país, título del artículo, número de población de estudio, objetivo del estudio, y las variables más relevante de cada artículo seleccionado.

Con fines de comprensión se presenta un breve resumen de cada uno de los artículos:

Saturación de oxígeno en el período posnatal inmediato en neonatos nacidos por parto vaginal e intervención cesárea

Jaime A. Furzán, Consuelo Luchón

Aproximadamente entre el 5 a 6 % de los recién nacidos requieren alguna forma de reanimación al nacer, confirmando el nivel de oxígeno con la oximetría de pulso a los 10 minutos de vida. Se realizó un estudio de 60 neonatos mayores de 37 semanas nacidos por vía vaginal y cesárea de bajo riesgo y se excluyeron neonatos expuestos a líquido amniótico meconial, cesáreas realizadas por sufrimiento fetal agudo o con anestesia general materna, y aquéllos en los que no se pudo obtener una lectura rápida de su saturación de O2. En el estudio anterior hecho en nuestra población neonatal, se demostró que los niños nacidos por cesárea mantienen valores

menores de presión de O2 y de pH durante las primeras 3 horas de vida, en comparación a los nacidos por parto vaginal, hallazgo que puede ser consecuencia del retardo en establecer una adecuada inflación pulmonar y de una persistencia de vasoconstricción pulmonar, situaciones que han sido asociadas al nacimiento por cesárea. Aparte de ello, en nuestro estudio es destacable que el grupo de recién nacidos extraídos por cesárea mostró un peso al nacer y una edad gestacional significativamente menores a los del grupo de parto vaginal, posiblemente como expresión de la tendencia obstétrica actual a la interrupción del embarazo a edades gestacionales más cercanas a las 37 semanas.

De hecho, 13,3% de los neonatos nacidos por cesárea en la población analizada desarrollaron signos de dificultad respiratoria, posiblemente asociados a edema pulmonar.

Estudio de asociación entre los factores de riesgo maternos y neonatales para el desarrollo de taquipnea transitoria del recién nacido (estudio cliométrico)

Alejandro Gabriel González Garay, José Alberto Hernández, Esther Casanueva y Sola

La taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN) se define como una enfermedad no infecciosa causando una Frecuencia respiratoria (FR) mayor a 60 y dificultad respiratoria después de las 6 primeras horas de vida debido a la retención de líquido pulmonar el cual es rico en sodio y cloro con atrapamiento secundario de aire. con factores de riesgo obstétricos como el nacimiento por operación cesárea, parto prolongado, pinzamiento tardío del cordón umbilical, asma materno, diabetes gestacional, enfermedad materna en el primer trimestre del embarazo, líquido amniótico meconial y ruptura prolongada de membranas y factores neonatales: Recién nacido masculino, parto prolongado, Apgar bajo (< 7 pts.) y macrosoma. Se analizaron un total de 302 expedientes: 151 pacientes por cada grupo. Del total

analizado, 87.7% nacieron por cesárea y de ellos 51.3% desarrolló TTRN, mientras que las mujeres que presentaron trabajo de parto sólo 40.5% presentó TTRN.

El trabajo de parto previo a la cesárea protege contra la taquipnea transitoria del recién nacido

Gabriela Bazán, Claudia Martínez, Roxana Zannota, Oscar Galván, Daniel Grasso, Nicolás Martino, Raúl Bustos, Claudio Sosa.

En los últimos años se ha observado un importante aumento en el número de cesáreas, llegando en muchos centros a representar el 50% de los nacimientos. Esto ha tenido un impacto significativo a nivel de la salud, dado que numerosos estudios evidencian una asociación entre cesárea electiva y morbilidad neonatal, en comparación con los que nacen por parto vaginal.

La taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN) es una de las causas más frecuentemente encontradas dentro de la morbilidad respiratoria asociada al nacimiento por cesárea.

En el estudio de cohorte prospectivo realizado en el centro hospitalario Pereira Rossell de Uruguay, se estudiaron recién nacidos de igual o mayores a 35.

La TTRN fue más frecuente en el grupo cesárea sin trabajo de parto previo (48/231, 20,8%), comparando con el grupo cesárea con trabajo de parto previo (20/163, 12,3%) concluyendo que el trabajo de parto previo a la cesárea podría ser un factor protector para disminuir la incidencia de la taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN).

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NEONATAL: COMPARACIÓN ENTRE CESÁREA PROGRAMADA Y PARTO VAGINAL EN UN RECIÉN NACIDO DE TÉRMINO

Dres. Fernando López D´Amato, Javier Meritano, Mara Licudis, Analía Romano, y Eduardo Valenti.

El objetivo de este estudio fue comparar la prevalencia del síndrome de dificultad respiratoria (SDR) en neonatos igual o mayores de 37

semanas sin malformaciones ni patologías nacidas por parto vaginal vs. Cesárea electiva en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (HMIRS), Ciudad de Buenos Aires. En el grupo de estudio realizado a 221 neonatos hubo 14 SDR (6,33%) y en el grupo control 4 SDR (1,80%) en conclusión los recién nacidos (RN) de término nacidos por cesárea programada tuvieron mayor riesgo de SDR que los nacidos por parto normal.

Síndrome de dificultad respiratoria aguda neonatal

Jorge Luis Sánchez, Camila Suaza Vallejo, Daniel Felipe Reyes Vega, Carlos Fonseca Becerra.

El síndrome de dificultad respiratoria aguda neonatal (SDRA) se establece en 2015 definiendo parámetros clínicos, tomando como referencia lo presentado en el año 1967 con síntomas como; taquipnea, cianosis y disnea. En la actualidad existe una caracterización radiológica que incluye infiltrados alveolares bilaterales, irregulares en ambos campos pulmonares. Adicionalmente se estableció el umbral de presión capilar pulmonar, para diferenciar el SDRA de la insuficiencia cardiaca congestiva.

Se realizó un estudio en México a un neonato nacido por parto vaginal de sexo masculino de 27 días con un embarazo normal de 38 semanas al nacer presentando dificultad respiratoria

Factores de riesgo del Síndrome Dificultad Respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido

Frank Wenceslao Castro López, Lic. Yureisy Labarrere Cruz, Lic. Gretel González Hernández3 y Dra. Yamilé Barrios Rentería

El Síndrome de Dificultad Respiratoria constituye una de las afecciones más frecuentes en el recién nacido y se comporta como uno de los principales indicadores de morbilidad y mortalidad. Con el objetivo de caracterizar las causas más frecuentes de dificultad respiratoria de origen pulmonar en los neonatos, se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal, descriptivo, en un grupo de pacientes

con este diagnóstico que ingresaron en la Unidad de Cuidados Especiales Neonatales (UCEN) del Hospital Ginecoosbstétrico “Ramón González Coro”, en el período del 1ro de enero al 31 de diciembre de 2006. Se registraron 133 neonatos con dificultades respiratorias de origen pulmonar, para una frecuencia de 4,7 %. La mayor parte de los pacientes estudiados nacieron por cesárea (61,7 %) y el factor de riesgo materno más frecuente fue la rotura prematura de membrana (18 %). Los recién nacidos a término (55,6 %) y con sexo masculino (65,4 %) fueron los que mayor morbilidad presentaron. La taquipnea transitoria fue la afección respiratoria que más se diagnosticó, con un total de 92 casos para el 69,2 % y la mayoría de los pacientes evolucionaron favorablemente. La enfermedad de la membrana hialina fue la entidad respiratoria que más complicaciones reportó. El índice de ventilación fue el 18,8 % y la neumonía postnatal fue la complicación que más se observó con 8 casos (6,1 %). La tasa de mortalidad en este grupo fue el 1,7 por cada 1000 nacidos vivos.

Se puede concluir que de la selección de los artículos del 100%, 83,4% corresponde a estudios de neonatos y, 16.6% se refiere a la fisiología y fisiopatología del síndrome de distrés respiratorio.

RESULTADOS

Se realizó una revisión bibliográfica de los últimos 15 años (2006-2021) cuyo tema central fue SDR, en páginas Web indexadas, encontrando artículos del tema en las páginas Scielo y Medigraphic donde se analizó un total de 6 artículos. De ellos un 83.4% se refiere a estudios realizados a neonatos enfrentados a dificultades respiratorias y 16.6% referido a la fisiología y fisiopatología del SDR. del total de los recién nacidos estudiados un 87,7 son nacidos por cesárea, también se demostró que en comparación a los recién nacidos por parto vaginal los Rn por cesárea tardan hasta 10 min en aumentar la saturación de oxígeno (O2) a sus valores normales mientras que

los recién nacidos de parto vaginal solo tardan 6 min.

GRÁFICOS

Distribución de los artículos seleccionados según página Web de los últimos 15 años (2006 - 2021).

Fig. 1

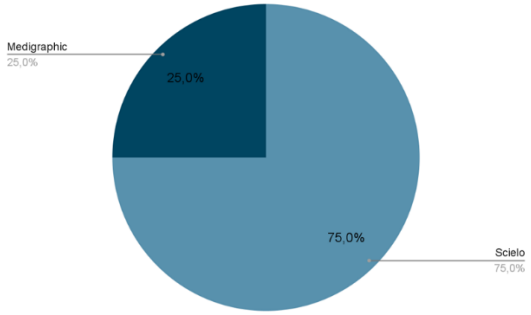


Figura 1: Se observa que el porcentaje más alto de artículos seleccionados corresponde a la página Web Scielo con un 75% del total de los artículos seleccionados.

Distribución de los artículos según número de población

Fig. 2

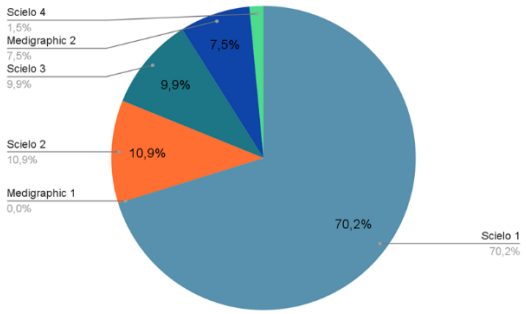


Figura 2: Se observa en la figura que solo uno de los artículos presenta población mayor a 500 neonatos, mientras el resto considera una población de estudio con menos de 500 neonatos.

Distribución de los artículos según país de publicación

Fig. 3

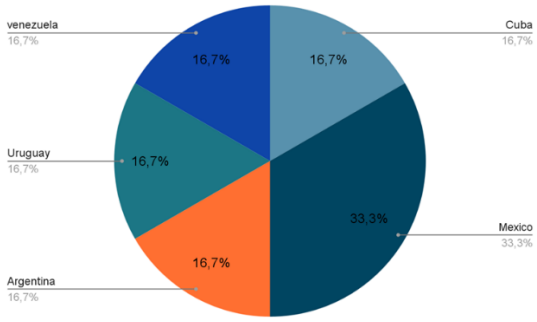


Figura 3: El gráfico muestra que el origen de los artículos corresponde a 33.3% de México (2 artículos) y 16.6% (1 artículo) de cada uno de los países tales como Cuba, Argentina, Uruguay

y Venezuela, los cuales fueron utilizados para realizar este estudio.

Distribución de RN de partos vaginales vs cesáreas

Fig. 4

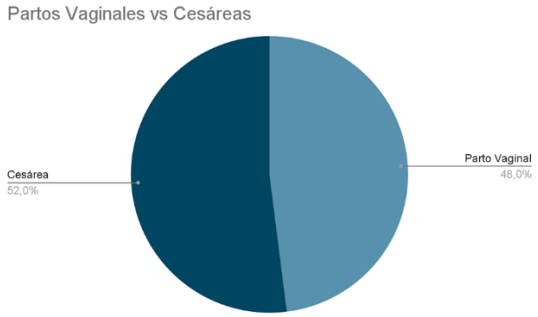


Figura 4: El gráfico muestra la cantidad de partos por cesárea 52% (304) vs la cantidad de partos vaginales 47% (332), con un total de 636 (100%) casos estudiados en los artículos seleccionados, mostrando una prevalencia de cesárea y casos con síndrome de distress respiratorio.

Distribución de RN que presentaron SDR según vía de parto

Fig. 5

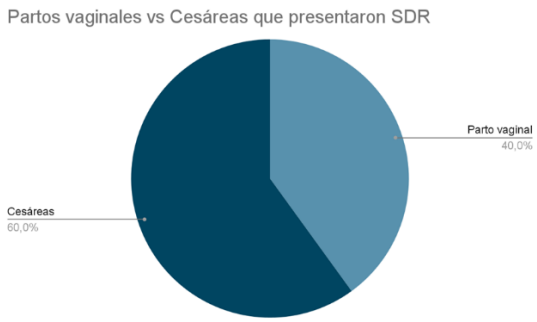


Figura 5: En este gráfico se muestra que, de una totalidad de 151 recién nacidos, un 60% de cesáreas presentaron síndrome de dificultad respiratoria y un 40% de partos por vía vaginal presentaron esta patología, representando la mayor prevalencia los recién nacidos por vía cesárea.

CONCLUSIONES

Existe una nota la diferencia según los estudios analizados, entre aquellos niños nacidos por cesárea y por parto vaginal, en estos últimos el trabajo de parto y el mismo parto son esenciales para que no exista un colapso pulmonar, evitando las complicaciones respiratorias futuras y hospitalizaciones relacionadas a ellas. En los nacidos por cesárea fue posible establecer que la falta de presión y estimulación en el feto producen un cambio brusco e

imprevisto para él, dejándolo sin la posibilidad de prepararse para el cambio respiratorio entre un medio líquido intrauterino a uno en el que dependerá de oxigenación propia por O2.

Además, se determinó un aumento de aspiración meconial en aquellos niños nacidos por cesárea, lo que conlleva a un futuro síndrome de distress respiratorio, con mayor aumento de casos en cesáreas programadas, en aquellas en que el trabajo de parto no existió, ya que dicho proceso advierte al recién nacido, lo pone en alerta sobre el cambio y al omitirlo se produce de manera abrupta dejando al feto susceptible.

Es fundamental promover el parto vaginal como medio para nacer, la educación sobre la importancia de este proceso para el feto y el sin fin de beneficios que posee, evitar una cesárea innecesaria podría incluso salvar a un recién nacido de una hospitalización o ingreso a unidades como UTI y UCI, la preparación que ocurre durante el trabajo de parto y durante el expulsivo, ayudan a este feto a adaptarse al enorme cambio que se someterá, afirmando así que una correcta educación en las mujeres ayudaría a disminuir las cesáreas programadas, independiente de la opinión o necesidad de tiempo del médico, ya que en muchos casos estás cesáreas programadas son realizadas por cuestiones de conveniencia y no por requerimiento materno fetal.

Fue posible realizar estas afirmaciones debido a la recopilación de estudios relacionados con el distress respiratorio en los recién nacidos, causas y consecuencias de este, mediante una elección minuciosa, en la que se utilizaron palabras claves para seleccionar y descartar documentos referentes de esta afección, además de criterios de inclusión y exclusión para una mejor recopilación de información.

DISCUSIÓN

Los seis estudios evaluados del SDR dan énfasis a los RN sanos de más de 37 semanas con un trabajo de parto previo provocando una liberación

de catecolaminas presentes en el parto generando problemas a nivel respiratorio dependiendo la vía de parto.

Lamentablemente en la actualidad el índice de cesárea ha crecido considerablemente, existen varios estudios que demuestran que la cesárea es un gran factor de riesgo en la actividad respiratoria del RN. Durante esta revisión bibliográfica se comparó la prevalencia del SDR en neonatos nacidos por parto vaginal y por cesárea electiva, y se llegó a la conclusión que los RN a término nacidos por cesárea programada presentan mayor riesgo que los nacidos por parto normal.

Cuando la madre es sometida a una operación por cesárea sin experimentar el trabajo de parto, las señales químicas que le piden al pulmón dejar de producir el líquido e iniciar su eliminación, no son tan fuertes, por lo que hay más líquido en los pulmones en el momento de nacer.

Los neonatos a término padecen con más frecuencia de afecciones respiratorias, este hecho se debe a que existen estímulos químicos liberados durante el parto, que suspenden la producción de sustancias encargadas de la eliminación y reabsorción del líquido en los pulmones. Esto trae consigo una dificultad en la inhalación de oxígeno, lo que desencadena un SDR; aunque es de poca duración y de buen pronóstico. La gran mayoría de las afecciones respiratorias reportadas las confirieron los RN a término, pero un alto porcentaje fueron dificultades leves, de pocas horas de evolución y que sólo requirieron cuidados básicos; sin reportar casos de disfunción.

La cesárea es una de las causas más significativas a considerar en la morbilidad neonatal en las UCEN. Por tal motivo la matrona de neonatología en la sala de partos debe condicionar todo el equipamiento correcto en estos casos y observar muy atenta la evolución del RN en la sala de alojamiento conjunto, para tomar medidas de soporte en caso de un

comienzo brusco de un cuadro respiratorio.

La evolución y pronósticos en estos pacientes son muy variables dependiendo de la vía de parto, por lo cual deben cumplirse estrictamente todas las medidas de cuidados cerciorándose que el RN mantenga una frecuencia respiratoria entre los parámetros normales (40-60/min), respiraciones espontáneas y saturaciones por encima del 90 %; así como que no presente signos, ni síntomas de dificultad respiratoria.

Los RN con SDR se caracterizan por una alteración del intercambio gaseoso y la oxigenación, por tanto, la primera medida inmediata es suplementar esta falta de oxígeno; pero se debe tener en cuenta que cuando se administra oxígeno al neonato siempre debe estar bien indicado y controlarse cuidadosamente con el objetivo de suspender la oxigenoterapia tan pronto como se detecte que no resulta necesaria, ya que la toxicidad de dicho gas en el período neonatal es nociva. Este puede ser administrado por una máscara facial, a través de la incubadora, en una cámara plástica, por catéteres nasales o por el tubo endotraqueal según el grado de dificultad respiratoria. Como el inicio del SDR puede ser brusco después del nacimiento producto del período de transición, es muy frecuente acudir inmediatamente a la campana de oxígeno y luego ir reduciendo los niveles de flujo.

Algunos de los cuidados para un RNT con SDR son; mantener vías aéreas permeables para mejorar el intercambio de gases, colocar al RN en posición decúbito supino con el cuello discretamente hiperextendido para abrir la epiglotis y mejorar el intercambio de gases, colocar al RN en una fuente de calor, para garantizar un control térmico adecuado (la hipotermia agrava la dificultad respiratoria), administrar oxígeno húmedo y tibio, para evitar la resequedad en la mucosa y la hipotermia endógena, mantener al RN con buena oxigenación en incubadora, si no mejora colocarlo en campana de oxígeno, medir e interpretar los signos

vitales, enfatizando en la frecuencia respiratoria, temperatura y saturación de O2 constantemente con el fin de detectar a tiempo los signos y síntomas de complicaciones, brindar alimentación de forma adecuada, de presentar polipnea se recomienda alimentar por el método gabaje, si el distrés respiratorio es grave suspender vía oral, evitar y corregir las alteraciones metabólicas, se recomienda realizar exámenes complementarios seriados.

Ante un neonato que ya cuenta con oxigenoterapia es necesaria la monitorización de las frecuencias respiratoria y cardiaca, evaluar el esfuerzo respiratorio y observar atentamente los cambios de coloración. Además, debe valorarse evolutivamente el estado de conciencia, el tono muscular y la efectividad. (6)

Con los antecedentes recabados de los distintos artículos y estudios analizados se determina la gran importancia de la vía de nacimiento, el impacto en la salud de los recién nacidos y costo monetario para cubrir las complicaciones presentes. Ambos aumentados en aquellos partos programados para cesárea, la necesidad del uso de oxigenoterapia, insumos y medicamentos son totalmente evitables si el proceso de trabajo de parto y parto son respetados, disminuyendo así el periodo de estadía y hospitalizaciones neonatales, con ello el uso de recursos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guérin C, Richard J-C. Síndrome de dificultad respiratoria aguda. EMC - Anest-Reanim. 2012;38(1):1-19.
2. Minsal.cl. [citado el 2 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637f78646e04001011f014e64.pdf
3. Msdmanuals.com. [citado el 2 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-cl/hogar/salud-infantil/problemas-

pulmonares-y-respiratorios-en-reci%C3%A9n-nacidos/s%C3%ADndrome-de-dificultad-respiratoria-s%C3%ADndrome-de-distr%C3%A9s-respiratorio-en-reci%C3%A9n-nacidos.

4. LópezdeHeredia Goya J, Vallsi Soler. A. Síndrome de dificultad respiratoria [Internet]. Aeped.es. [citado el 2 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/31.pdf.
5. Castro López FW, Labarrere Cruz Y, González Hernández G, Barrios Rentería Y. Factores de riesgo del Síndrome Dificultad Respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido. Rev Cubana Enferm. 2007;23(3):0-0.
6. Edu.uy. [cited 2021 Nov 24]. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492012000100004.

REVISTA UBO SALUD

Alcance y política editorial

La Revista UBO Salud (UBO Health Journal) es la revista científica de la Facultad de Salud de la Universidad Bernardo O'Higgins y tiene como interés la publicación de trabajos científicos de las ciencias de la salud

y de las ciencias biomédicas, así como las ciencias fundamentales biológicas y químicas aplicadas al área de la salud. Cuando sea necesario, la abreviación utilizada por esta revista será UBO Health J. El formato de publicación de la Revista UBO Salud será electrónico, de libre acceso. Los manuscritos enviados a la Revista UBO Salud deben ceñirse a las normas que aparecen en la sección Forma y Preparación de Manuscritos. La revista se reserva el derecho de hacer modificaciones de forma al texto original enviado por los autores. Todos los manuscritos que cumplan con los requisitos formales de publicación y calidad serán sometidos a arbitraje por expertos en el área.

Forma y preparación de manuscritos

DOI: 10.23854/07198698.201961

Instrucciones a los Autores

Los manuscritos enviados a la Revista UBO Salud deberán ajustarse a las siguientes instrucciones, preparadas considerando el estilo y naturaleza de dicha Revista. Estas instrucciones se basan en los recomendados por el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE): http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscriptpreparation/preparing-for-submission.html#g

Antes de enviar el manuscrito, se debe preparar una carta de presentación formal (cover letter) firmada por el autor de correspondencia y dirigida al Consejo Editorial, donde se explicite que el manuscrito es original, no ha sido sometido a evaluación de publicación en otra revista y todos los autores son responsables intelectuales de las ideas y los contenidos expuestos en él. Esta carta debe ser enviada en PDF junto con el manuscrito en Word a: revistaubosalud@ubo.cl con copia a manuel.cortes@ubo.cl

1. El manuscrito debe incluirse en un archivo Word con formato carta, letra Times New Roman 12, interlineado a 1,5 líneas y justificado a la izquierda, dejando un margen de 2,54 cm en los 4 bordes. Todas las páginas deben ser numeradas en el

ángulo inferior derecho, empezando por la página del título. Al final del manuscrito se incluirán las Tablas y Figuras. Los artículos pueden ser enviados en español o en inglés (si son escritos en este último idioma, usted debe optar por inglés británico o inglés norteamericano, evitando una mezcla de ambos estilos).

Los manuscritos que son recibidos por parte de la Revista son los siguientes: "Artículos Originales de Investigación", "Artículos de Revisión Bibliográfica" y "Casos Clínicos". Para cada uno de estos tipos de manuscrito hay un límite de extensión referido al número de palabras, en un recuento que se inicia en la Introducción y abarca hasta el fin de la Discusión –se excluyen para el recuento: la página de Título, el Abstract (Resumen si el artículo se publica íntegramente en inglés), los Agradecimientos, las Referencias, Tablas y Figuras. Respecto a lo anterior, es obligatorio que los "Artículos Originales de Investigación" no sobrepasen las 2 500 palabras. Los "Artículos de Revisión Bibliográfica" pueden extenderse hasta las 3 000 palabras. Los "Casos Clínicos" no deben sobrepasar las 1 500 palabras, pudiendo agregarse hasta dos Tablas y Figuras y no más de veinte referencias. Los manuscritos que no cumplan con la extensión anteriormente descrita serán inmediatamente rechazados por el comité editorial.

2. **El formato de los "Artículos Originales de Investigación"**: Debe dividirse en partes tituladas "Introducción", "Metodología", "Resultados", "Discusión" (formato IMRyD), para finalizar con una breve "Conclusión". Otros tipos de artículos, tales como los "Casos Clínicos" y "Artículos de Revisión Bibliográfica", se desarrollarán en un formato más libre de acuerdo con la lógica de una mejor entrega de la información expuesta por los autores.

3. El orden de cada manuscrito será el siguiente:

3.1. Página del Título La primera página del manuscrito debe obligatoriamente contener:

1) El título del manuscrito, que debe ser conciso, pero informativo. No emplee abreviaturas en el título. Agregue en renglón separado la traducción al inglés del título y luego un "título abreviado" de no más de 70 caracteres (incluyendo espacios), que sintetice dicho título y pueda ser utilizado como "cabezal de páginas".

2) Los autores, identificándolos con su nombre de pila, inicial intermedia y apellido paterno.

3) Al término de cada nombre de autor debe identificarse con números en "superíndice", el nombre de todas las Unidades Académicas e Instituciones a las que perteneció dicho autor durante la ejecución del trabajo; y su ubicación geográfica (ciudad, país).

4) Nombre y dirección del autor de correspondencia, incluyendo teléfono celular o fijo y correo electrónico formal (lo anterior, para consultas del cuerpo editorial a los autores, en el caso de requerirse).

5) Indicar la fuente de cualquier tipo de apoyo financiero para la investigación expuesta en el manuscrito.

6) El número total de Tablas y de Figuras que posee el manuscrito.

7) El conteo del total de palabras del manuscrito.

3.2. Resúmenes en inglés y español

La segunda página debe poseer un Abstract en inglés, de no más de 250 palabras, que describa una breve frase introductoria al tema, los propósitos del estudio o investigación, la metodología empleada, los resultados principales y las conclusiones más importantes. Para el Abstract, se debe optar por inglés británico o inglés norteamericano, evitando una mezcla de ambos estilos. Un Abstract "estructurado" es obligatorio para los Artículos Originales de Investigación, pero no para las Revisiones Bibliográficas. Cuando el artículo sea escrito íntegramente en inglés, usted debe, además 4 del

Abstract, proporcionar un Resumen en español. Los Editores podrán modificar la redacción del Abstract entregado por los autores si estiman que ello beneficiará su difusión, previa consulta a los autores. Al final del Abstract los autores deben 5 “Key words” (“palabras clave”) elegidas en la lista de “MeSH Headings” del Index Medicus (“Medical Subjects Headings”), accesible en Google= MeSH Browser o en www.nlm.nih.gov/mesh/. El Abstract y las “Key words” aceptadas por MeSH Browser son exigidos por PubMed para la indexación del artículo.

Las Cartas al Editor deben tener títulos en español y en inglés, pero no llevan resúmenes ni “palabras clave”.

3.3. Referencias

Limite las referencias (citas bibliográficas) idealmente a 45. Cada una de las referencias debe numerarse en el orden en que se las menciona por primera vez en el texto. Identifíquelas mediante numerales arábigos, colocados (entre paréntesis) al final de la frase o párrafo en que se las menciona. Al alistar las referencias, su formato debe seguir los siguientes ejemplos: a) Para Artículos en Revistas. Ejemplo: “Romero R. Aristóteles: Pionero en el estudio de la Anatomía Comparada. Int J Morphol 2015; 33 (1): 333-6.” b) Para Capítulos en Libros. Ejemplo: “Santelices B. La investigación científica universitaria en Chile. En: Bernasconi A, editor. La Educación Superior de Chile: Transformación, Desarrollo y Crisis. Santiago, Chile: Ediciones UC; 2015, p. 409-45.” c) Para artículos en formato electrónico. Ejemplo: UNESCO. 2400th anniversary of the birth of Aristotle, philosopher and scientist (384 BCE - 322 BCE) (with the support of Cyprus, Poland and Serbia) (2016).

Disponible en: http:// en.unesco.org/celebrations/anniversaries/ 2016/all?page=1 [Consultado el 5 03 de noviembre de 2016].

Para los formatos de otros tipos de documentos, puede consultar: http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscriptpreparation/preparing-for-submission.html#g.

La exactitud de las referencias es una parte esencial de todo manuscrito. Los autores son los exclusivos responsables de sus referencias.

3.4. Tablas

Presente cada Tabla en páginas al final de la sección Referencias. La separación de sus celdas debe ser de 1,5 líneas. Numere todas las Tablas en orden consecutivo y asígneles un título que explique su contenido sin necesidad de buscarlo en el texto del manuscrito (Título de la Tabla). No utilice formatos PDF ni Excel, ya que la tabla debe ser creada en Word. Cuando se requieran notas aclaratorias, agréguelas al pie de la Tabla. Al pie de las Tablas debe explicar el significado de todas las abreviaturas utilizadas en ella. Cite cada Tabla en su orden consecutivo de mención en el cuerpo principal del manuscrito.

3.5. Figuras

Toda ilustración que no sea Tabla (por ejemplo, imágenes, fotos, gráficos) debe denominarse obligatoriamente Figura. Es absoluta responsabilidad de los autores el proveer de Figuras que tengan la resolución y calidad suficiente para ser publicadas en esta Revista. Cada Figura debe ser citada en el texto principal, en orden consecutivo. Es importante mencionar que, si una Figura reproduce material ya publicado por cualquier otro medio, indique su fuente original y obtenga permiso escrito del autor de contacto y de la editorial, para reproducirla en su trabajo. Las fotografías de pacientes deben cubrir su rostro para proteger su 6 anonimato: cubrir solamente los ojos es insuficiente. Recuerde que toda Figura debe llevar un pie de figura y luego una breve leyenda que la explique.

3.6. Unidades de medida

Use unidades correspondientes al sistema métrico decimal. Todas las abreviaturas o símbolos deben ajustarse a la nomenclatura científica internacional, en especial, el Sistema Internacional de Unidades (S.I.U.), salvo excepciones muy justificadas.

UBO Health Journal

VOLUMEN 8 | Nº2 | DICIEMBRE 2021