



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA LEGAL

**“PERCEPCIÓN DE LA EPISIOTOMÍA DE PACIENTES Y PERSONAL
MÉDICO EN UN HOSPITAL DEL DISTRITO FEDERAL”**

TRABAJO DE INVESTIGACION SOCIOMÉDICO

PRESENTADO POR DRA.FABIOLA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA LEGAL

DIRECTORES DE TESIS
DRA. LETICIA DE ANDA AGUILAR
DRA. MÓNICA MARGARITA HUERTA JUÁREZ

MÉXICO., D.F.

. 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

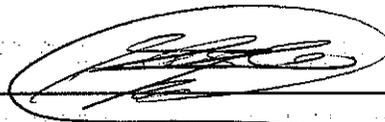
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**PERCEPCIÓN DE LA EPISIOTOMÍA DE PACIENTES Y PERSONAL MÉDICO
EN UN HOSPITAL DEL DISTRITO FEDERAL**

DRA.FABIOLA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

Vo. Bo.

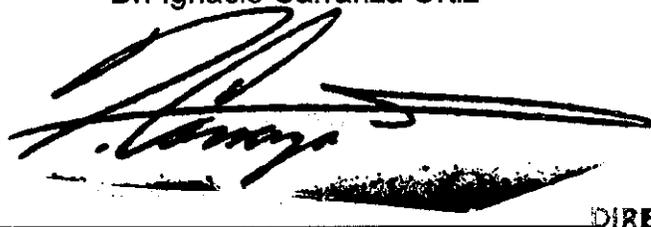
Dr. Víctor Hugo Soto Flores.



Titular del Curso de Especialización en Medicina Legal.

Vo. Bo.

Dr. Ignacio Carranza Ortiz



Director de Educación e Investigación



**DIRECCION DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

**PERCEPCIÓN DE LA EPISIOTOMÍA DE PACIENTES Y PERSONAL MÉDICO
EN UN HOSPITAL DEL DISTRITO FEDERAL**

DRA.FABIOLA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

Vo. Bo.

Dra. Leticia De Anda Aguilar

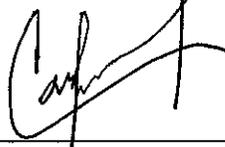


Directora de Tesis

Directora de la Coordinación Pericial de la
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Vo. Bo.

Dra. Mónica Margarita Huerta Juárez



Directora de tesis

Médico adscrito a la Unidad de Medicina Legal
de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por su amor y apoyo incondicional durante toda mi vida y trayectoria académica. Especialmente a mis padres mi eterno y más sincero agradecimiento.

A mis asesoras de tesis, Dra. De Anda y Dra Huerta, ya que con sus valiosos conocimientos y gran experiencia profesional inspiraron y ayudaron a pulir este trabajo.

A mis compañeros y amigos de la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Medicina UNAM y de la especialidad de Medicina Legal UNAM, por los ánimos y las experiencias gratas vividas en torno a este trabajo y la especialidad.

A las autoridades del Hospital General Regional Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de la Fuente” las facilidades otorgadas para la realización de investigación de campo, eje de esta tesis.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MATERIAL Y MÉTODO	19
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Se define como Violencia Obstétrica a toda acción u omisión por parte del personal médico que dañe, lastime, denigre o cause la muerte durante el embarazo, parto y puerperio. Atendiendo esta definición, el objetivo principal de esta investigación fue evaluar si la episiotomía constituye un acto de violencia obstétrica para pacientes en puerperio y el personal médico a cargo, evaluar el conocimiento del personal médico sobre las indicaciones para la realización de la episiotomía, si pacientes y médicos la reconocen como un acto de violencia obstétrica e identificar cuáles son las acciones u omisiones que las pacientes en puerperio relacionan e identifican como violencia obstétrica.

Se realizó una investigación sociomédica del tipo teoría fundamentada aplicándose entrevistas estructuradas a pacientes en puerperio internadas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital General Regional Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de La Fuente” y a médicos adscritos, residentes e internos del mismo servicio. Se entrevistó a 21 médicos y a 92 pacientes. El 4.76 % de los médicos refirió a la episiotomía como una forma de Violencia Obstétrica. El 7.6%% de las pacientes refirió conocer el término de Violencia Obstétrica, el 25% de las pacientes a las que se les realizó episiotomía recibió información sobre ésta y el 5 % de las pacientes encuestadas con episiotomía la asoció con Violencia Obstétrica.

Palabras clave: Percepción, Violencia Obstétrica, Episiotomía

INTRODUCCIÓN

En el ámbito internacional, la violencia contra las mujeres es reconocida como una forma de discriminación, que impide el goce de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales de las mujeres en igualdad de condiciones con los hombres. De acuerdo con la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ("Convención De Belém Do Pará"), se entiende como Violencia de Género: *“cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.”*^{1, 2,3}

Diversos autores definen la “Violencia Obstétrica” como una forma específica de violación de los Derechos Humanos y Reproductivos de las mujeres, incluyendo además, los Derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, integridad, salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los Servicios de Salud —públicos y privados—. Va desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, además del diferimiento en la referencia a otros servicios para recibir asistencia médica oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, e

incluso utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor deficiente durante el trabajo de parto, o bien, como castigo y la coacción para obtener su "consentimiento", hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos.^{5, 6}

En la República Mexicana, en el comunicado del el 30 de abril de 2014, el Senado de la República aprobó tres dictámenes de modificaciones a las leyes de Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia y de Igualdad entre Hombres y Mujeres, a fin de ofrecer mayores garantías a las trabajadoras y más certera protección en la atención médica durante el embarazo, parto y puerperio. Con estas modificaciones sería posible sancionar la violencia obstétrica por parte del personal médico que dañe, lastime o denigre a la mujer durante la gestación, alumbramiento o el post-embarazo. En éste comunicado, se catalogó como "Violencia Obstétrica" la esterilización sin autorización de la paciente, cesáreas en casos innecesarios, así como los casos donde se obstaculiza el apego precoz del niño al negarle a la madre la posibilidad de cargarlo y amamantarlo después de nacer. Además de sanciones a empresas que exijan certificado de no embarazo y nieguen derecho de amamantar al recién nacido. Los dictámenes de referencia especifican reformas y adiciones al artículo 6 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de

Violencia para tipificar como delito toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Penaliza además la negligencia en la atención médica que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, como emergencias obstétricas; practica del parto por vía de cesárea, pese a existir condiciones para el parto natural; el uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario; obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.⁷

Asimismo, cuatro estados del país, Oaxaca, Durango, Guanajuato y Veracruz han formulado leyes en donde sanciona la “Violencia Obstétrica”. De ellos, el Estado de Veracruz posee la definición más amplia y lo señala como 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 la autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su 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 cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; y cualesquiera otras que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, la integridad o libertad de las mujeres". Esta definición, sin embargo, da cabida a diversas interpretaciones, de las cuales surge la necesidad de precisar si un procedimiento comúnmente empleado en el parto, como lo es la episiotomía, es una forma de "Violencia Obstétrica".^{2, 7, 8, 9}

Se define como "Violencia Obstétrica" a *toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte durante el embarazo, parto y puerperio.* Constituye una forma específica de violación de los derechos humanos y reproductivos, tales como el derecho a la salud, a la sexualidad, a la autonomía reproductiva, a la igualdad, a la no discriminación y a la integridad. Existen diferentes tipos de "Violencia Obstétrica" como son: omisión de la atención de emergencias obstétrica, trato deshumanizado, abuso de medicalización, patologización de los procesos naturales, cesárea en condiciones para el parto natural; anticoncepción o esterilización sin consentimiento; obstaculizar sin causa médica justificada el

apego precoz del niño con su madre; uso de técnicas de aceleración en parto de bajo riesgo, tales como maniobra de Kristeller, uso de fórceps, amniotomía, empleo de oxitocina y la episiotomía. Como ya se mencionó, el empleo de la episiotomía trae consigo la presencia de complicaciones, entre las más frecuentes se encuentran: hematoma, infección, dehiscencia, fístula recto-vaginal, lesión de esfínter anal, disfunción sexual (dispareunia, anorgasmia). De manera que la relación costo-beneficio, no justifica el uso rutinario de la episiotomía, por lo que se constituye como una forma de violencia obstétrica (Anexo1).

La práctica de la episiotomía se ha registrado desde hace más de 300 años, sin embargo es hasta 1920 que su práctica se ha generalizado con el fin de disminuir la morbimortalidad materno fetal, facilitar el segundo período de trabajo de parto y para mejorar el resultado materno como neonatal. El objetivo de la episiotomía es, por un lado abreviar el periodo expulsivo y disminuir la morbilidad fetal, como coadyudante en determinadas intervenciones instrumentadas obstétricas con fórceps, vacuum extractor, espátulas de Thierry, así como en la resolución de distocia de hombros y en la ayuda manual en el parto de nalgas, o incluso de carácter preventivo, para facilitar una expulsión fetal rápida y evitar un estado de sufrimiento fetal. De igual forma la episiotomía se emplea para evitar el posible desgarramiento perineal (solamente con la protección manual del periné se producirá un desgarramiento perineal en el 40% de

las multíparas y hasta el 60% de las primigestas) y por último, prevenir el prolapso genital y la incontinencia urinaria generada por las lesiones perineales (desgarros).^{10, 11, 12, 13}

La episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comúnmente realizados en Obstetricia. Se reporta una tasa aproximada del 33% en mujeres atendidas de parto vaginal. Las tasas reportadas de episiotomía varían de acuerdo al país y van desde un 9.70% (Suecia) de un 100% (Taiwán), 30% en Europa, 62.5% en Estados Unidos, y mayores tasas estimadas en Latinoamérica en donde es una práctica rutinaria en casi todas las mujeres nulíparas y primigestas. Se ha visto que en los centros de atención donde la conducta es rutinaria para la realización de episiotomía, esta se lleva a cabo en un 72.7% de las mujeres atendidas, mientras que en centros con uso restrictivo de episiotomía es del 27.6%.¹¹

Durante la atención obstétrica institucional las mujeres conocen una amplia gama de maltratos que violan sus derechos humanos, sexuales y reproductivos, que se relacionan con la organización de los servicios de Ginecoobstetricia, la manera como se forma a los médicos residentes, así como la forma en que se concibe a las propias mujeres. En el caso de la episiotomía, la realización de este procedimiento supone para algunas pacientes una agresión contra sus Derechos Humanos Fundamentales en un momento de vulnerabilidad.^{14, 15, 16}

El trabajo de parto se define por un conjunto de fenómenos activos y pasivos, (dilatación y borramiento del cuello, expulsión del producto y placenta, involución uterina, salida de loquios, etcétera), que tienen como resultado la expulsión del feto y sus anexos. El trabajo de parto se divide en 3 períodos. El primer período comienza cuando las contracciones uterinas tienen suficiente frecuencia, intensidad y duración para dar lugar a borramiento y dilatación progresiva del cuello uterino, y termina cuando el cuello uterino está completamente dilatado (10 cm) para permitir el paso de la cabeza fetal. El segundo período comienza cuando se alcanza la dilatación del cuello uterino completo, y termina cuando el feto nace. El tercer período comienza cuando el feto se separa de la madre, y termina con la expulsión de la placenta.^{17, 18}

A la llegada de la paciente al servicio de Urgencias, la evaluación comienza con una historia clínica adecuada y un examen físico. La información pertinente para obtener incluye frecuencia de las contracciones, flujo vaginal o salida de líquido, y la historia prenatal; además se realiza un examen físico enfocado es esencial para determinar la posición, situación y la presentación del feto.^{17, 19}

Presentación se refiere a la parte del producto que se aboca al estrecho superior de la pelvis, la llena, desencadena trabajo de parto y tiene mecanismo

de parto propio. La cabeza, las nalgas o los pies podría ser la parte que se presenta.^{17, 19}

La posición del feto es la relación que guarda el dorso del feto en relación con el lado izquierdo o derecho de la pelvis materna. La situación es la relación que guarda el eje longitudinal del feto con el eje longitudinal de la madre. Para determinar la presentación, situación y la posición se deben realizar las maniobras de Leopold, que son cuatro.^{17, 19}

Se realiza la examinación de las características del cérvix en posición ginecológica. A menos que el exceso de sangre sea evidente, se indica un examen vaginal manual. Los dedos pulgar, meñique y anular de la mano enguantada se utilizan para exponer la abertura vaginal para que los dedos enguantados medio e índice examinen el cuello uterino.^{17, 19}

El borramiento, que va de 0% a 100%, debe evaluarse mediante la palpación del cervix del útero. La dilatación cervical se determina entonces mediante la estimación del diámetro del orificio cervical utilizando los dedos del examinador. La dilatación cervical se expresa en centímetros, con 10 cm como la dilatación completa. Una vez que se examina el cuello uterino debe determinarse la posición de la cabeza del feto con respecto al sacro.^{17, 19}

Para su posición, el estadio cero se refiere a cuando la cabeza del bebé se encuentra entre las dos espinas isquiáticas. La estación debe aumentar como la cabeza alcanza el canal de parto, de -3 (la cabeza está por encima de las espinas isquiáticas) a +3 (justo antes de la coronación).^{17, 19}

Episiotomía

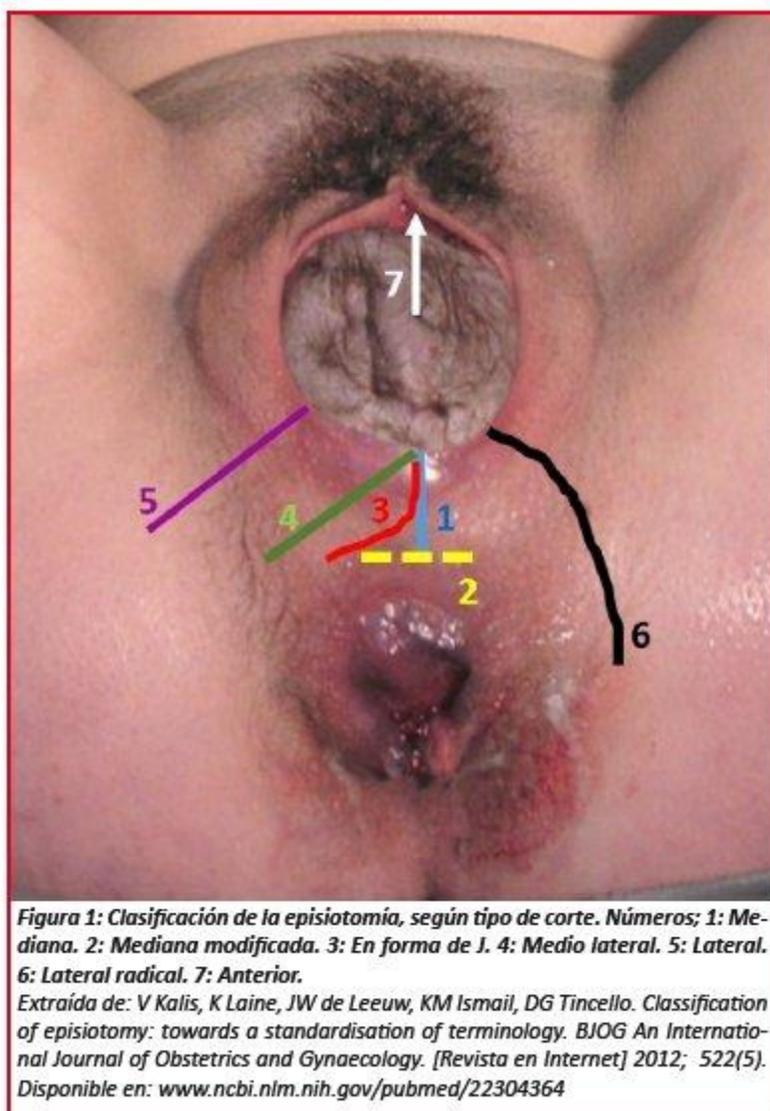
La episiotomía (perineotomía) es una incisión que se realiza en el perineo y la pared posterior de la vagina para agrandar el introito vaginal para facilitar el paso de la cabeza del feto. En las últimas décadas, se ha utilizado para **prevenir desgarros vaginales durante el parto**. Entre otros beneficios del procedimiento episiotomía, están **minimizar la compresión y trauma en la cabeza fetal, facilitar la segunda fase del parto, y eliminar la resistencia de la musculatura pudenda**.^{20, 21}

Indicaciones de episiotomía selectiva

Trabajo de parto precipitado
Presentación de nalgas
Distocia de hombros
Músculo perineal rígido
Sufrimiento fetal / desaceleraciones tardías
Desgarro perineal inminente
Macrosomía fetal
Presentación occipitoposterior

Clasificación de la episiotomía

Siete tipos de episiotomía han sido relatadas en la literatura médica.



1.- Media: comienza en la comisura posterior y sigue una línea recta hacia el tendón central del cuerpo perineal. Este tipo de episiotomía es comúnmente realizada en Estados Unidos y Canadá.

2.- Media modificada: se modifica la anterior adicionando dos incisiones transversales opuestas, una hacia la derecha y otra hacia la izquierda. Esto para proteger el esfínter anal. Juntas no deben medir más de 2-3 cm.

3.- Episiotomía en forma de J: esta comienza con una incisión media y se va lateralizando hacia la tuberosidad isquiática para evitar proximidad con el esfínter anal. Para esta técnica es mejor usar tijeras curvas

4.- Medio lateral: es el tipo de episiotomía más usado en Europa y consiste en hacer una incisión recta desde la comisura posterior hacia la tuberosidad isquiática.

5.- Lateral: esta fue descrita en 1850, comienza en el introito vaginal y se dirige directamente hacia la tuberosidad isquiática.

6.- Lateral radical: esta es considerada como una incisión no obstétrica, pero a veces se ha usado en partos muy difíciles.

7.- Anterior: esta episiotomía se ha relacionado con mujeres que sufrieron mutilación genital. Actualmente es casi imposible encontrar literatura que incluya esta técnica.

De estas, solo se utilizan dos; la incisión media y la incisión medio lateral. Esto por la facilidad en la técnica y la menor complicación de prolongación de la incisión que estas conllevan.

Al realizar estas incisiones se comprometen la piel, el tejido celular subcutáneo y los músculos: bulboesponjoso y el perineal transversal. Además existe posibilidad de dañar el nervio pudendo, el cual podría ser causante de la

grave dispareunia que sufren las mujeres a las que se les realiza la episiotomía.

20, 21

Actualmente, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) no recomienda la episiotomía como un procedimiento de rutina, ya que no hay evidencia que demuestre que permita un mejor resultado de la expulsión fetal. Por otra parte, se realiza con menos frecuencia porque se asocia a muchas complicaciones, como el sangrado, formación de hematoma, laceraciones de tercer y cuarto grado, incontinencia, infecciones, inflamación y dispareunia. Por lo tanto, la episiotomía de rutina ya no se recomienda, pero un enfoque selectivo está alentado. Las indicaciones de episiotomía selectiva incluyen presentación de nalgas, parto prematuro, e inminente desgarro perineal.^{12, 13, 22,}

23

En cuanto a su técnica, en la presentación cefálica, la episiotomía se debe realizar cuando la cabeza fetal está distendiendo el perineo 3 a 4 cm con cada contracción y la cabeza es vista a través de la vagina. Cuando el feto está en la presentación de nalgas, la episiotomía debe realizarse justo antes de la expulsión. A medida que la cabeza está descendiendo a través del canal vaginal, los dedos índice y medio del médico se colocan en la horquilla vaginal posterior, dentro del introito, y en la zona perineal. Con unas tijeras de Mayo, se realizan una incisión de 3 cm de longitud en la horquilla posterior y se amplía 6 cm en la mucosa vaginal, submucosa y músculo pubococcígeo. Para la episiotomía mediana, la incisión se extiende hasta el diafragma del esfínter

anal. Para el enfoque mediolateral, la incisión se dirige hacia abajo y hacia afuera en la dirección de la cara lateral del esfínter anal, ya sea hacia la izquierda o hacia la derecha, y luego se extiende a los músculos perineales inferiores, el pubococcígeo y bulbocavernoso, incluyendo la horquilla vaginal posterior, mucosa vaginal y submucosa.

El tiempo recomendado para la reparación de la episiotomía es después de la expulsión del feto y la placenta. El cuello del útero y el canal vaginal deben estar estrechamente inspeccionados para evaluar otras causas de sangrado. El sangrado de una laceración vaginal o del cuello uterino deben corregirse antes de la reparación de la episiotomía. Se recomienda el uso de suturas absorbibles (por ejemplo, catgut crómico o ácido poliglicólico) 2-0 ó 3-0. El riesgo de infección se reduce si el sitio está adecuadamente preparado y limpiado antes de hacer la incisión.¹⁹

Las lesiones perineales después del nacimiento son un importante problema de salud que afecta a miles de mujeres y requieren una atención especial. Es necesario un examen genital exhaustivo para identificar esta lesión y evitar sus complicaciones. Hasta un 91% de las mujeres reportan dolor perineal, la dispareunia, disfunción sexual, alteraciones vesicales y de la función intestinal semanas después del parto. Más de 60% de las mujeres experimentan lesión perineal después del parto vaginal espontáneo, y

aproximadamente 1,000 mujeres por día requieren reparación perineal tras el nacimiento. Los factores maternos que pueden contribuir a la extensión del trauma durante el parto son la etnia, edad, número de gestas, peso fetal superior a 4 kg, segunda etapa del trabajo de parto prolongado, parto instrumentado, presentación de la cabeza fetal occipitoposterior y parto precipitado. Las lesiones perineales pueden ocurrir de forma espontánea durante el parto vaginal o desde la incisión quirúrgica hecha para aumentar el diámetro de vaginal para facilitar la expulsión. Estas se clasifican de acuerdo con la extensión, lo que permite la diferenciación del esfínter anal externo, esfínter anal interno, y el epitelio anal.^{11, 19, 22, 23,}

Clasificación de los desgarros perineales	
Primer grado	Involucra piel perineal y vaginal
Segundo grado	Afecta piel y músculos perineales, el esfínter anal se encuentra intacto.
Tercer grado	Piel perineal, músculo, y el esfínter anal se rasgan: a. <50% del esfínter anal externo se rasga. b. > 50% del esfínter anal externo, esfínter anal interno intacto. c. Ambos esfínter anal externo e interno se desgarran, mucosa anal intacta.
Cuarto grado	La piel perineal, los músculos, el esfínter anal, y la mucosa anal se encuentran desgarrados

Un examen genital completo y cuidadoso se debe realizar para identificar la extensión de la lesión, completándose con un examen rectal para evaluar la integridad del esfínter anal. Desgarros de tercer y de cuarto deben ser reparados por un ginecólogo experimentado idealmente bajo anestesia general,

sedación o bien local, mientras que las lesiones perineales de primer y segundo grado se pueden reparar con anestesia local.^{17, 19}

La reparación del periné requiere buena iluminación y visualización, instrumental quirúrgicos, material de sutura y una analgesia adecuadas. Las lesiones de primer grado se reparan con un material sintético reabsorbible (Vicryl) utilizando una sutura continua. El Vicryl esta asociado con menor dolor perineal, uso de analgésicos, dehiscencia, y resutura en comparación con las suturas de catgut.¹¹

Las lesiones de segundo grado requieren aproximación de los tejidos de la vagina, los músculos perineales y la piel. Una sutura de anclaje se coloca 1 cm por encima del vértice de la laceración. La mucosa vaginal y la fascia rectovaginal subyacente se cierran con 3-0 Vicryl sutura continua. Las suturas deben incluir la fascia rectovaginal. La sutura continua se lleva al anillo himeneal y anudado proximal a ella. Los músculos del cuerpo perineal se identifican y se aproximan con sutura transversal punto simple 3-0 de Vicryl. Una sola sutura en punto simple de 3-0 Vicryl se coloca entonces a través del músculo bulbocavernoso. Cuando los músculos perineales se reparan anatómicamente, la piel que lo recubre se cerró con 4-0 Vicryl de forma subcutánea continua.^{11, 19}

Cuando la herida está contaminada con heces, puede administrarse cefalosporinas de segunda o tercera generación antes de iniciar el procedimiento. Un examen rectal se debe realizar después del procedimiento para asegurar que el material de sutura no fue insertado accidentalmente a través de la mucosa rectal.^{11, 19}

Planteamiento del problema

La “Violencia Obstétrica” es un tema que en fechas recientes ha cobrado relevancia debido a la divulgación periodística de eventos ginecoobstétricos en donde se ha señalado esta forma de agresión, originado que en fechas recientes se haya abordado el tema en el Senado de la República. Cabe señalar que las definiciones existentes sobre el tema, contenidas en la Legislación Federal y en la de diversos Estados de la República, son amplias, ambiguas y no definen con precisión los procedimientos médicos considerados como una forma de violencia. Sin embargo, en algunas se ha mencionado que como parte de “Violencia Obstétrica” incluye el *“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”*, como es el caso de la episiotomía, un procedimiento quirúrgico utilizado para ampliar el canal de parto y con ello acelerar el nacimiento del feto.

Si bien, el objetivo de la práctica de la episiotomía reside en prevenir lesiones perineales durante el período expulsivo del parto, prevenir trastornos

de la estática pélvica y facilitar la expulsión fetal; el uso de este procedimiento se ha catalogado como controversial debido a las molestias generadas durante su realización y a las complicaciones resultantes del mismo. Atendiendo a la definición de Violencia Obstétrica al realizar procedimientos que aceleren el trabajo de parto, se plantea la siguiente pregunta: ¿Es la episiotomía una forma de “Violencia Obstétrica”?

Justificación

Esta investigación se realizó para llevar a cabo un análisis de la información derivada de la opinión tanto de las pacientes, como del personal médico, con fin el de determinar si consideran que el uso de la episiotomía es un procedimiento quirúrgico que pudiese ser considerado por ellos como violencia obstétrica. Esto derivado de la falta de una definición concreta, unificada y enfocada legalmente del término “Violencia Obstétrica”, y que por ende causa controversia al respecto.

A través de este estudio, se analizarán las diferentes opiniones al respecto, considerando el porqué las pacientes puedan considerar este procedimiento como un tipo de violencia obstétrica y que factores influyen para establecer esa opinión; de igual modo, se podrá conocer si el personal médico también lo confiere como un atentado contra la integridad de la paciente o más bien como un importante recurso durante a atención del parto, esto con el fin de proporcionar información que pueda auxiliar a los diferentes organismos,

instituciones gubernamentales, autoridades legislativas y de la sociedad civil para poder estimar si la práctica de la episiotomía puede ser considerada o no como un acto de violencia obstétrica. Por otra parte, la información derivada de este estudio también podrá ser utilizada con el fin de disminuir inconformidades y quejas por parte de las pacientes a quienes se les haya realizado dicho procedimiento.

Para la realización de esta investigación, se solicitó el apoyo del Hospital General Regional Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de La Fuente”, que forma parte de la red de hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, el cual es un nosocomio ubicado en la Delegación Iztapalapa, lo que permite el arribo de pacientes del sureste de la ciudad de México así como del área metropolitana de los Municipios de Nezahualcóyotl, La Paz y Chalco principalmente. Asimismo, por ser un Hospital Regional y de concentración recibe un número elevado de pacientes ginecobstétricas.

Los objetivos de esta investigación se describen a continuación:

General:

- Evaluar si la episiotomía constituye un acto de violencia obstétrica para las pacientes atendidas en el Hospital General Regional Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de La Fuente”

Específicos:

- Evaluar el conocimiento de las indicaciones que utiliza el personal médico para la realización de la episiotomía
- Conocer si el personal médico reconoce a la episiotomía como un acto de violencia obstétrica.
- Identificar cuáles son las acciones u omisiones que las pacientes en puerperio relacionan e identifican como Violencia Obstétrica.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio

Se realizó una investigación sociomédica, utilizando un diseño de estudio cualitativo observacional, exploratorio, prospectivo, longitudinal, descriptivo, del tipo teoría fundamentada.

El universo de estudio se definió como finito, con dos grupos de estudio:

- 92 pacientes ingresadas en el servicio de Tococirugía del Hospital General Regional Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de La Fuente” que cursaron con puerperio.
- 21 médicos que brindaron atención a pacientes entrevistadas Hospital General Regional Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de La Fuente”.

A ambos grupos les fue aplicada una encuesta estructurada acorde a cada uno (Anexos 2 y 3).

Los criterios de inclusión fueron entrevistas estructuradas a pacientes en puerperio internadas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital General

Regional Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de La Fuente” y entrevistas estructuradas a médicos internos de pregrado, médicos residentes y médicos adscritos de la especialidad de Ginecología del Hospital General Regional Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de La Fuente”, realizadas durante el período comprendido del 15 de mayo del 2015 a 15 de junio de 2015. El tamaño de la muestra se determinó por saturación de datos y el tipo de muestreo se realizó por avalancha.

Determinación de variables

Para las encuestas aplicables a pacientes se establecieron las siguientes variables de contexto y complejas (ver Anexo 4):

La variable compleja en las pacientes constituyó la asociación de la episiotomía como una forma de violencia obstétrica.

La variable compleja en el personal médico a estudiar fue Violencia Obstétrica como todo acto u omisión intencional, por parte del personal de salud, que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo y parto, así como la negligencia en su atención médica.

Métodos, técnicas y procedimientos de recolección de datos:

Se realizó por medio de cuestionarios para entrevista estandarizada a las pacientes con puerperio (Anexo 2) y al personal médico del servicio de

Ginecobstetricia (Anexo 3) del mismo Hospital. El cuestionario se compuso de preguntas en los siguientes estilos:

- Abiertas: deja libertad para que el investigador responda, con un resumen a lo comentado por el paciente, o la institución.
- Cerradas o dicotómicas: sólo admiten dos tipos de respuestas.
- De elección múltiple o de respuestas en forma de abanico: las cuales permiten seleccionar la respuesta entre varias opciones presentadas.

Posteriormente se integró la información recaba en los cuestionarios, dentro de una base de datos del programa Excel, se elaboraron tablas y gráficos variados para las variables cuantitativas y cualitativas, con propósitos descriptivos.

Por tratarse de un estudio observacional y descriptivo, en las variables cuantitativas se determinaron las medidas de tendencia central y de dispersión; mientras que en las variables cualitativas se determinaron su frecuencia y porcentajes para las distribuciones estratificadas entre la variable compleja, contra las variables de contexto.

En relación al análisis cualitativo con la estratificación final, se aplicó reducción de datos con técnica de diferencial semántico.

RESULTADOS

Se realizó un total de 113 encuestas, en el período comprendido de 15 de mayo de 2015 al 15 de junio de 2015. Del total de encuestas, 92 correspondieron a pacientes que cursaron puerperio en el Hospital General Regional Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de La Fuente”. 21 encuestas correspondieron a médicos internos de pregrado, médicos residentes y médicos adscritos de la especialidad de Ginecobstetricia del Hospital General Regional Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de La Fuente”. En el servicio de Ginecobstetricia actualmente se encuentran laborando 9 médicos adscritos, 8 médicos internos y 7 residentes.

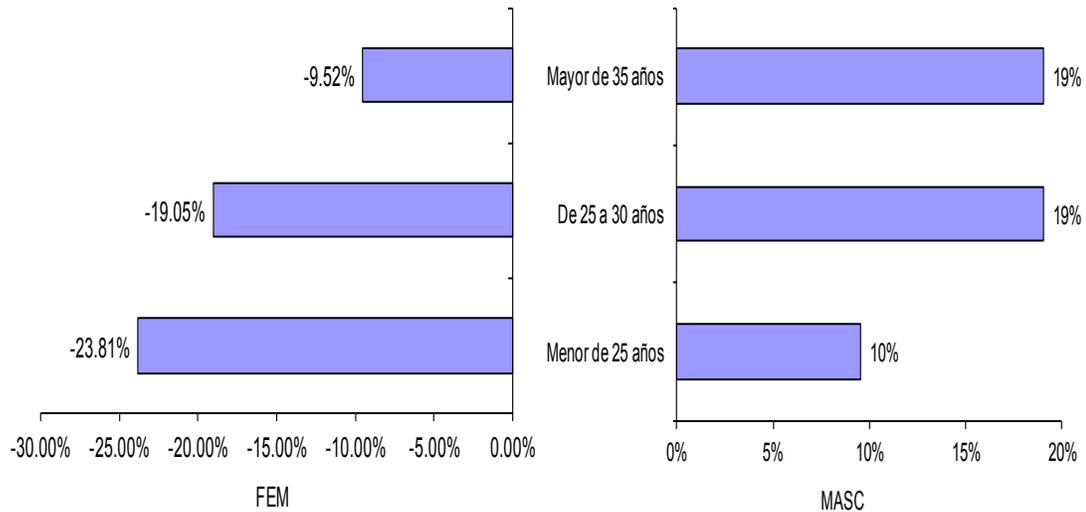
ENCUESTAS REALIZADAS A LOS MÉDICOS

Se encuestó a un total de 21 médicos, de los cuales el 52.4% del sexo femenino y el 47.6% fueron del sexo masculino. Se obtuvo una media de 32.286 y una desviación estándar de 12.927.

Tabla 1
Distribución de la población estudiada según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Menor a 25 años	5 (23.81%)	2 (9.52%)	7 (33.3%)
De 25 a 30 años	4 (19.05%)	4 (19.04%)	8 (38.1%)
Mayor de 35 años	2 (9.52%)	4 (19.04%)	6 (28.6%)
Total	11 (52.4%)	10 (47.6%)	21 (100%)

Grafica 1
Distribución de la población estudiada
Según grupo de edad y sexo
Hospital General Regional Iztapalapa
"Dr. Juan Ramón de La Fuente", 2015

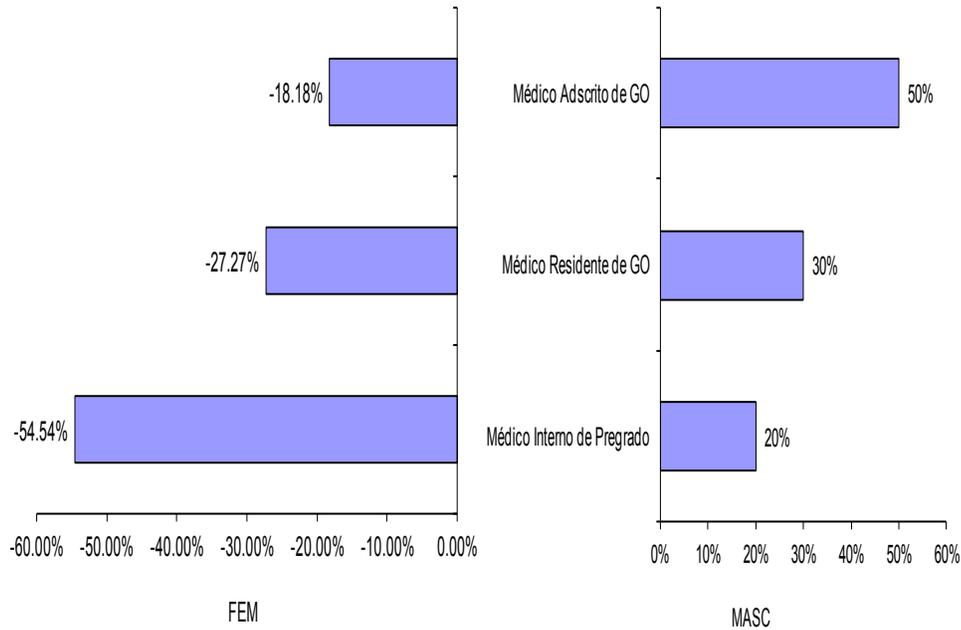


El 33.3% de los médicos tuvieron una edad menor de 25 años, 38.1% de los médicos entre 25 a 30 años y seis médicos tuvieron una edad mayor de 35 años (Tabla 1 y Gráfica 1). La edad mínima fue de 22 años y la edad máxima de 63 años.

Tabla 2
Distribución de la población estudiada según sexo y grado académico

Grado académico	Femenino	Masculino	Frecuencia	Porcentaje
Médico Adscrito de Ginecobstetricia (GO)	2 (9.52%)	5 (23.8%)	7	33.3%
Médico Residente de Ginecobstetricia (GO)	3 (14.29%)	3 (14.28%)	6	28.6%
Médico Interno Pregrado	6 (28.58%)	2 (9.52%)	8	38.1%
Total	11 (52.4%)	10 (47.6%)	21	100%

Gráfica 2
 Distribución de la población estudiada
 Según sexo y grado académico
 Hospital General Regional Iztapalapa
 “Dr. Juan Ramón de La Fuente”, 2015

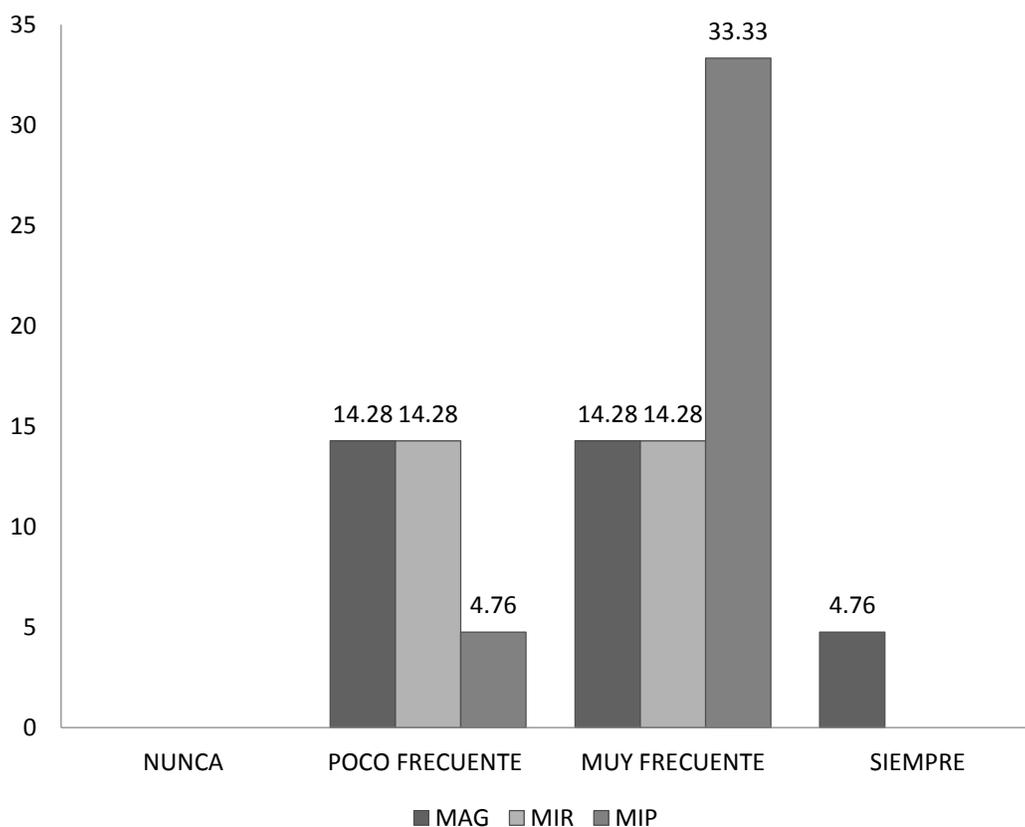


De los médicos encuestados, el 33.3% correspondió a médicos adscritos de Ginecoobstetricia (2 femeninos, 5 masculinos), el 28.6 % a médicos residentes de Ginecoobstetricia (3 femeninos y 3 masculinos) y 38.1% a médicos internos de pregrado (6 femeninos y 2 masculinos) (Tabla 2 y gráfica 2).

En cuanto al turno laboral 14.3% de los médicos encuestados refirió trabajar en el horario de fin de semana, 28.6% en turno matutino, 14.3% en el turno vespertino y 28.6% mencionó laborar todos los turnos (matutino, vespertino, nocturno y fin de semana).

Respecto a la frecuencia con que son realizadas las episiotomías, los médicos adscritos de Ginecología y Obstetricia refirieron que: 14.28% era poco frecuente, 14.28% muy frecuente y 4.76% siempre; los médicos residentes 14.28% de manera poco frecuente y 4.76% siempre; mientras que los médicos internos de pregrado 4.76% poco frecuente y el 33.33% muy frecuente.

Gráfica 3
Frecuencia de realización de episiotomías,
según grado académico del personal médico.
Hospital General Regional Iztapalapa
"Dr. Juan Ramón de La Fuente", 2015



Justificación	Frecuencia	Porcentaje
Primera justificación		
Disminución de riesgo de desgarros perineales	11	52.4%
Canal de parto no adecuado	5	23.8%
Pelvis estrecha	2	9.5%
Distocia de hombros	1	4.8%
Cesárea previa	1	4.8%
Evitar complicaciones maternas y fetales	1	4.8%
Segunda justificación		
Abreviar período expulsivo	3	25%
Parto instrumentado (uso de fórceps)	3	25%
Primigestas	2	16.7%
Disminución de riesgo de desgarros perineales	1	8.3%
Evitar desgarros en primigestas	1	8.3%
Producto macrosómico	1	8.3%
Piso pélvico insuficiente para impedir paso del producto	1	8.3%
Tercera justificación		
Producto pretérmino	2	50%
Producto macrosómico	1	25%
Embarazo gemelar	1	25%
Cuarta justificación		
Presentación pélvica	1	50%
Valoración de periné	1	50%

Se apreció que los médicos proporcionaron una (100%), dos (57.14% de los encuestados), tres (19.04% de los encuestados) y cuatro (9.52% de los encuestados) justificaciones para el uso de episiotomía. Las justificaciones más enunciada fue “*disminución de riesgo de desgarros perineales*”, “*abreviar período expulsivo*”, “*parto instrumentado (uso de fórceps)*”, “*producto pretérmino*” y “*presentación pélvica*”.

A continuación se realizó una correlación entre las respuestas brindadas por los médicos sobre la justificación para el uso de la episiotomía durante la

atención del parto y el sexo de los encuestados, los cuales se distribuyeron de la siguiente forma:

	SEXO		Total
	FEMENINO	MASCULINO	
Reducir riesgo de desgarros	6 (28.57%)	5 (23.80%)	11 (52.4%)
Canal de parto no adecuado	2 (9.52%)	3 (14.28%)	5 (23.80%)
Pelvis estrecha	2 (9.52%)	0 (0%)	2 (9.52%)
Cesárea previa	1 (4.76%)	0 (0%)	1 (4.76%)
Distocia de hombros	0 (0%)	1(4.76%)	1 (4.76%)
Evitar complicación materno-fetales	0 (0%)	1(4.76%)	1 (4.76%)
Total	11 (52.4%)	10 (47.6%)	21 (100%)

De lo anterior se desprende que la justificación con mayor porcentaje de respuesta fue “*Reducir riesgo de desgarros*”, tanto para médicos del sexo femenino como masculino (52.4%) (Tabla 4).

	SEXO		Total
	FEMENINO	MASCULINO	
Abreviar período expulsivo	1	2	3 (14.28%)
Parto instrumentado (fórceps)	1	2	3 (14.28%)
Primigestas	2	0	2 (9.52%)
Evitar desgarro en primigestas	0	1	1 (4.76%)
Piso pélvico insuficiente para impedir paso del producto	1	0	1 (4.76%)
Producto macrosómico	1	0	1 (4.76%)
Total	6	5	11 (52.38%)

El 52.38% de todos médicos encuestados, además de las anteriores, proporcionaron una segunda justificación para el uso de la episiotomía, siendo “*Abreviar período expulsivo*” (14.28%) y “*Parto instrumentado (fórceps)*” con el mayor porcentaje de respuesta (14.28%) (Tabla 5).

	SEXO		Total
	FEMENINO	MASCULINO	
Producto pretérmino	1	1	2 (9.52%)
Gemelar	0	1	1 (4.76%)
Producto macrosómico	1	0	1 (4.76%)
Total	2	2	4 (19.04%)

19.04% de los médicos encuestados además de las anteriores, agregaron una tercera justificación para el uso de la episiotomía, con el mayor porcentaje de respuesta “*Producto pretérmino*” (9.52%), para ambos sexos (Tabla 6).

Por último, 9.52% además de las anteriores, sumaron una cuarta justificación para el uso de la episiotomía, siendo “*presentación pélvica*” (4.76%) y “*valoración de periné*” (4.76%), proporcionada sólo por médicos del sexo masculino (Tabla 7).

Tabla 7. Cuarta justificación para el uso de la episiotomía durante la atención del parto

	SEXO		Total
	FEMENINO	MASCULINO	
Presentación pélvica	0	1	1(4.76%)
Valoración de periné	0	1	1 (4.76%)
Total	0	2	2 (9.52%)

Se realizó una correlación entre la solicitud de consentimiento informado por los médicos para la realización de la episiotomía durante la atención del parto y el sexo de los encuestados, los cuales se distribuyeron de la siguiente forma:

Gráfica 4
 Distribución de solicitud de consentimiento informado
 y sexo de los médicos
 Hospital General Regional Iztapalapa
 "Dr. Juan Ramón de La Fuente", 2015

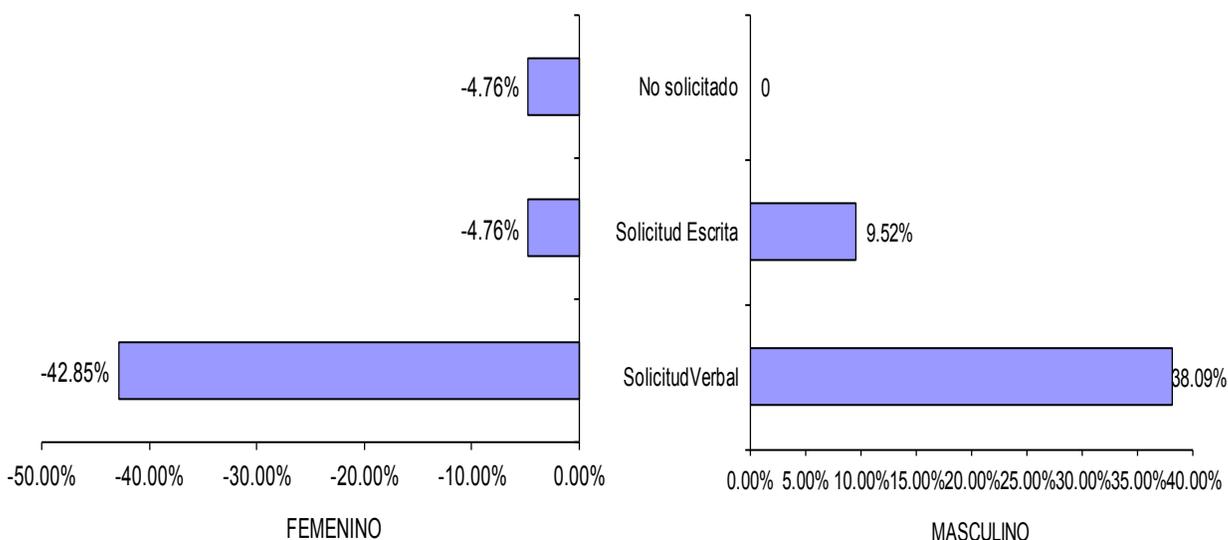


Tabla 8. Solicitud de consentimiento informado

	SEXO		Total
	FEMENINO	MASCULINO	
Verbal	9 (42.85%)	8 (38.09%)	17(80.95%)
Escrita	1 (4.76%)	2 (9.52%)	3 (14.28%)
No solicitado	1 (4.76%)	0 (0%)	1 (4.76%)
Total	11 (52.4%)	10 (47.6%)	21 (100%)

80.95% de los encuestados refirió solicitar el consentimiento de forma verbal (42.85% sexo femenino y 38.09% sexo masculino) (Gráfica 3 y Tabla 8).

Al preguntar al personal médico su opinión sobre si consideró la episiotomía como un acto que dañe, lastime o denigre a las pacientes:

Tabla 9. ¿Consideró la episiotomía como un acto que dañe, lastime o denigre a las pacientes?

	SEXO		Total
	FEMENINO	MASCULINO	
No	10 (47.6%)	10 (47.6%)	20 (95.24%)
Si	1(4.76%)	0 (0%)	1 (4.76%)
Total	11 (52.4%)	10 (47.6%)	21 (100%)

Se observó entonces, que 95% de todos los médicos encuestados no consideró la episiotomía como un acto que dañe, lastime o denigre a las pacientes. El 4.76% restante, que correspondió a un médico del sexo femenino sí lo consideró como un acto de violencia obstétrica (Tabla 9).

Asimismo ofrecieron argumentos para validar su postura, los cuales se enuncian a continuación:

Tabla 10. Argumentos del personal médico sobre la episiotomía

	SEXO		Total
	FEMENINO	MASCULINO	
Evitar desgarros	6 (28.57%)	1 (4.76%)	7 (33.33%)
Disminuye complejidad desgarros	1(4.76%)	1 (4.76%)	2 (9.52%)
Tiene indicaciones precisas	1 (4.76%)	1 (4.76%)	2 (9.52%)
No contestó	0 (0%)	2 (9.52%)	2 (9.52%)
No se realiza con dolor	1 (4.76%)	1 (4.76%)	2 (9.52%)
Por el bien de la paciente	0 (0%)	2 (9.52%)	2 (9.52%)
Reduce complicaciones materno-fetales	0 (0%)	1 (4.76%)	1 (4.76%)
Favorece funcionamiento genitourinario-rectal	0 (0%)	1 (4.76%)	1 (4.76%)
Mala ejecución es dañina	1 (4.76%)	0 (0%)	1 (4.76%)
Abreviar periodo expulsivo	1 (4.76%)	0 (0%)	1 (4.76%)
Total	11 (52.4%)	10 (52.4%)	21 (100%)

Se observó que “Evitar desgarros” fue el argumento más mencionado (33.33% de los encuestados), predominantemente por el sexo femenino, seguido por “disminuye complejidad de desgarros”, “tiene indicaciones precisas”, “no se realiza con dolor” y “por el bien de la paciente”. Resalta 9.52% de los encuestados del sexo masculino, los cuales no contestaron al cuestionamiento. Por otro lado, un médico del sexo femenino (4.76%) se refirió a la episiotomía con “Mala ejecución es dañina” (Tabla 10).

Tabla 11. Segundos argumentos del personal médico sobre la episiotomía

	SEXO		Total
	FEMENINO	MASCULINO	
Abreviar periodo expulsivo	2 (9.52%)	2 (9.52%)	4 (19.04%)
Facilita recuperación	1 (4.76%)	0 (0%)	1 (4.76%)
Mala ejecución es dañina	1 (4.76%)	0 (0%)	1 (4.76%)
No se realiza con dolor	0 (0%)	1 (4.76%)	1 (4.76%)
Reduce daños en el producto	1 (4.76%)	0 (0%)	1 (4.76%)
Tiene indicaciones precisas	1 (4.76%)	0 (0%)	1 (4.76%)
Total	6 (28.57%)	3 (14.28%)	9 (42.85%)

42.85% de los médicos encuestados, además de lo anterior, proporcionaron un segundo argumento sobre la episiotomía, siendo “abreviar período expulsivo” (19.04%) con el mayor porcentaje de respuesta, mencionado en igual proporción por femeninos y masculinos (Tabla 11).

Tabla 12. Terceros argumentos del personal médico sobre la episiotomía

	SEXO		Total
	FEMENINO	MASCULINO	
Evitar complicaciones	2 (9.52%)	0 (0%)	2 (9.52%)
Periné pequeño	1 (4.76%)	0 (0%)	1 (4.76%)
Total	3 (14.28%)	0 (0%)	3 (14.28%)

14.28% de los médicos encuestados, además de lo anterior, proporcionaron un tercer argumento sobre la episiotomía, con el mayor porcentaje de respuesta “evitar complicaciones” siendo respondido sólo por médicos del sexo femenino (Tabla 12).

Por último, un sólo médico del sexo femenino (4.76%) aportó un cuarto argumento sobre la episiotomía: “*Tiene indicaciones precisas*” (sic).

Al mismo tiempo, se realizó una correlación entre las respuestas brindadas por los médicos sobre la justificación para el uso de la episiotomía durante la atención del parto y el grado académico de los encuestados, los cuales se distribuyeron de la siguiente forma:

	Grado académico			Total
	Médico Adscrito de GO	Médico Interno de Pregrado	Médico Residente de GO	
Reducir riesgo de desgarros	4 (19.04%)	4(19.04%)	3 (14.28%)	11 (52.4%)
Canal de parto no adecuado	2 (9.52%)	2 (9.52%)	1(4.76%)	5 (23.80%)
Pelvis estrecha	0 (0%)	2 (9.52%)	0 (0%)	2 (9.52%)
Cesárea previa	0 (0%)	0 (0%)	1(4.76%)	1 (4.76%)
Distocia de hombros	0 (0%)	1(4.76%)	1(4.76%)	1 (4.76%)
Evitar complicación materno-fetales	1(4.76%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.76%)
Total	7 (33.33%)	8 (38.09%)	6 (28.57%)	21 (100%)

Se aprecia entonces que la primer justificación más mencionada fue “Reducir riesgo de desgarros” (21%), por todos los grados (Tabla 13).

Tabla 14. Segunda justificación para el uso de la episiotomía durante la atención del parto
Grado Académico

	Médico Adscrito de GO	Médico Interno de Pregrado	Médico Residente de GO	Total
Abreviar período expulsivo	1 (4.76%)	1 (4.76%)	1 (4.76%)	3 (14.28%)
Parto instrumentado (fórceps)	0 (0%)	0 (0%)	3 (14.28%)	3 (14.28%)
Primigestas	0 (0%)	1 (4.76%)	1 (4.76%)	2 (9.52%)
Evitar desgarro en primigestas	0 (0%)	1 (4.76%)	0 (0%)	1 (4.76%)
Piso pélvico insuficiente para impedir paso del producto	0 (0%)	1 (4.76%)	0 (0%)	1 (4.76%)
Producto macrosómico	0 (0%)	1 (4.76%)	0 (0%)	1 (4.76%)
Total	1 (4.76%)	5 (23.80%)	5 (23.80%)	11 (52.38%)

El 52.38% de los médicos encuestados, además de las anteriores, proporcionaron una segunda justificación para el uso de la episiotomía, siendo la más mencionada “*abreviar período expulsivo*” (14.28%) mencionado por los tres grados académicos y “*parto instrumentado (fórceps)*” (14.28%), este último mencionado solamente por Médicos Residentes de Ginecobstetricia (Tabla 14).

Tabla 15. Tercera justificación para el uso de la episiotomía durante la atención del parto
Grado académico

	Médico Adscrito de GO	Médico Interno de Pregrado	Médico Residente de GO	Total
Producto pretérmino	0 (0%)	0 (0%)	2 (9.52%)	2 (9.52%)
Embarazo gemelar	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.76%)	1 (4.76%)
Producto macrosómico	0 (0%)	1 (4.76%)	0 (0%)	1 (4.76%)
Total	0 (0%)	1 (4.76%)	3 (14.28%)	4 (19.04%)

19.04% de los médicos encuestados además de las anteriores, agregaron una tercera justificación para el uso de la episiotomía, siendo la más

frecuente “*Producto pretérmino*” (9.52%), este último mencionado solamente por Médicos Residentes de Ginecobstetricia (Tabla 15).

Tabla 16. Cuarta justificación para el uso de la episiotomía durante la atención del parto

	Grado académico			Total
	Médico Adscrito de GO	Médico Interno de Pregrado	Médico Residente de GO	
Presentación pélvica	0 (0%)	0 (0%)	1(4.76%)	1(4.76%)
Valoración de periné	0 (0%)	0 (0%)	1(4.76%)	1 (4.76%)
Total	0 (0%)	0 (0%)	2 (9.52%)	2 (9.52%)

Por último, 9.52% además de las anteriores, sumaron una cuarta justificación para el uso de la episiotomía, siendo “Presentación pélvica” (4.76%) y “Valoración de periné” (4.76%), proporcionada solo por Médicos Residentes de Ginecobstetricia (Tabla 16).

Se realizó una correlación entre la solicitud de consentimiento informado por los médicos para la realización de la episiotomía durante la atención del parto y el grado académico de los encuestados, los cuales se distribuyeron de la siguiente forma:

Tabla 17. Solicitud de consentimiento informado	Grado académico			Total
	Médico Adscrito de GO	Médico Interno de Pregrado	Médico Residente de GO	
Verbal	5 (23.80%)	7 (33.33%)	5 (23.80%)	17(80.95%)
Escrita	1 (4.76%)	1 (4.76%)	1 (4.76%)	3 (14.28%)
No solicitado	1 (4.76%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.76%)
Total	7 (33.33%)	8 (38.09%)	6 (28.57)	21 (100%)

80.95% de los encuestados refirió solicitar el consentimiento de forma verbal y únicamente 14.28% refirió solicitarlo de forma escrita (Tabla 17).

Al cuestionar su opinión sobre si consideró la episiotomía como un acto que dañe, lastime o denigre a las pacientes un encuestado (4.76%) refirió que sí consideró la episiotomía como una acto que dañe, lastime o denigre a las pacientes, siendo este un médico interno de pregrado del sexo femenino. El resto del personal (95.24%) no la consideró como tal.

Asimismo ofrecieron argumentos para validar su postura, los cuales se enuncian a continuación:

Tabla 18. Argumentos del personal médico sobre la episiotomía	Médico Adscrito de GO	Médico Interno de Pregrado	Médico Residente de GO	Total
Evitar desgarros	2 (9.52%)	2 (9.52%)	3 (14.28%)	7 (33.33%)
No contestó	1 (4.76%)	0 (0%)	1 (4.76%)	2 (9.52%)
No se realiza con dolor	0 (0%)	1 (4.76%)	1 (4.76%)	2 (9.52%)
Por el bien de la paciente	1 (4.76%)	1 (4.76%)	0 (0%)	2 (9.52%)
Disminuye complejidad de los desgarros	1 (4.76%)	1 (4.76%)	0 (0%)	2 (9.52%)
Tiene indicaciones precisas	0 (0%)	1 (4.76%)	1 (4.76%)	2 (9.52%)
Abreviar periodo expulsivo	0 (0%)	1 (4.76%)	0 (0%)	1 (4.76%)
Favorece funcionamiento genitourinario-rectal	1 (4.76%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.76%)
Mala ejecución es dañina	0 (0%)	1 (4.76%)	0 (0%)	1 (4.76%)
Reduce complicaciones materno-fetales	1 (4.76%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.76%)
Total	7 (33.33%)	8 (38.09%)	6 (28.57%)	21 (100%)

Apreciamos entonces que “*Evitar desgarros*” fue el argumento más mencionado (33.33% de los encuestados), mencionado por los tres grados académicos. Le sigue un 9.52% de los encuestados, un interno y un residente que refirieron que la episiotomía “*No se realiza con dolor*”, así como médico adscrito y un médico interno refirieron que se realiza “*Por el bien de la paciente*”. Cabe destacar que un 9.52% de los médicos, un Adscrito y Residente de Ginecología, los cuales contestaron al cuestionamiento. Por otro lado, un médico interno de pregrado (4.76%) se refirió a la episiotomía como “*Mala ejecución es dañina*” (Tabla 18).

Tabla 19.	Médico Adscrito de GO	Médico Interno de Pregrado	Médico Residente de GO	Total
Segundos argumentos del personal médico sobre la episiotomía				
Abreviar periodo expulsivo	1 (4.76%)	2 (9.52%)	1 (4.76%)	4 (19.04%)
Facilita recuperación	0 (0%)	1 (4.76%)	0 (0%)	1 (4.76%)
Mala ejecución es dañina	0 (0%)	1 (4.76%)	0 (0%)	1 (4.76%)
No se realiza con dolor	1 (4.76%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.76%)
Reduce daños en el producto	0 (0%)	1 (4.76%)	0 (0%)	1 (4.76%)
Tiene indicaciones precisas	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.76%)	1 (4.76%)
Total	2 (9.52%)	5 (23.80%)	2 (9.52%)	9 (42.85%)

42.85% de los médicos encuestados, además de lo anterior, proporcionaron un segundo argumento sobre la episiotomía, siendo el más mencionado “*abreviar periodo expulsivo*” (19.04%), mencionado por los tres grados (Tabla 19).

Tabla 20. Terceros argumentos del personal médico sobre la episiotomía	Médico Adscrito de GO	Médico Interno de Pregrado	Médico Residente de GO	Total
Evitar complicaciones	0 (0%)	1 (4.76%)	1 (4.76%)	2 (9.52%)
Periné pequeño	1 (4.76%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.76%)
Total	1 (4.76%)	1 (4.76%)	1 (4.76%)	3 (14.28%)

14.28% de los médicos encuestados, además de lo anterior, proporcionaron un tercer argumento sobre la episiotomía, siendo el más frecuente “*Evitar complicaciones*” respondido por un médico interno y un médico residente (9.52%)(Tabla 20).

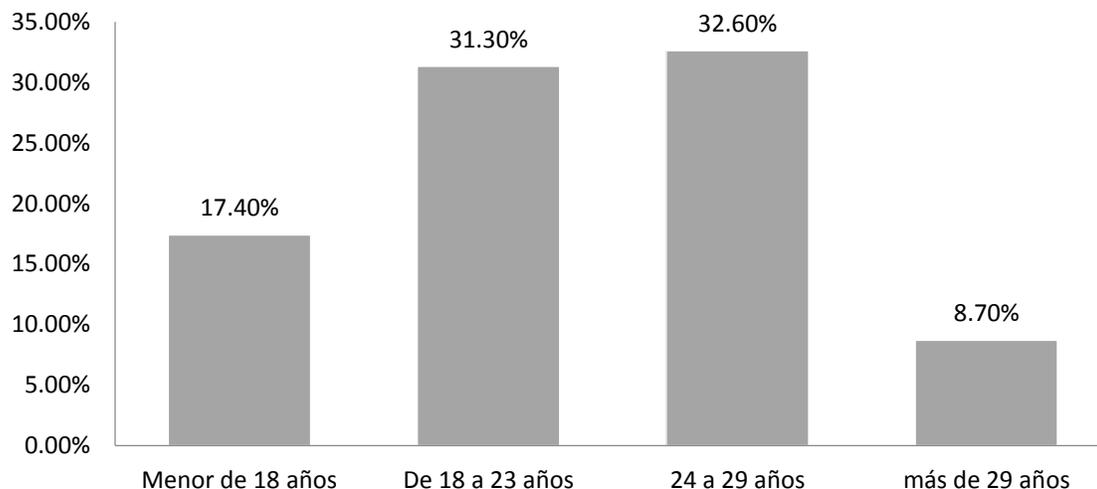
Por último, un sólo médico Adscrito (4.76%) aportó un cuarto argumento sobre la episiotomía: “*Tiene indicaciones precisas*”.

Tabla 21. Cuarto argumento del personal médico sobre la episiotomía	Médico Adscrito de GO	Médico Interno de Pregrado	Médico Residente de GO	Total
Tiene indicaciones precisas	1 (4.76%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Total	1 (4.76%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.76%)

ENCUESTAS REALIZADAS A LAS PACIENTES

Se entrevistó a 92 pacientes que cursaron puerperio internadas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital General Regional Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de La Fuente”. Se apreció una media de 23.011, desviación estándar de 33.923, la edad mínima fue de 12 años y la edad máxima de 22. Asimismo, el mayor porcentaje, de las encuestadas se ubicó dentro del grupo de 24 a 29 años de edad (Gráfica 5).

Gráfica 5. Edad de pacientes en puerperio internadas en el Hospital General Regional Iztapalapa "Dr. Juan Ramón de La Fuente", 2015.

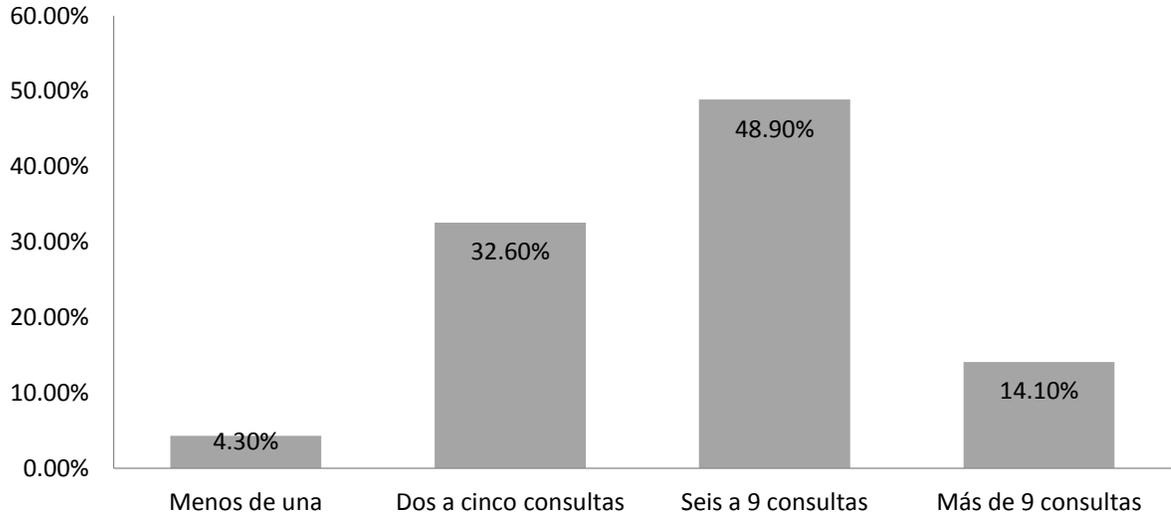


Respecto al estado civil de las pacientes se registró 75.0% de las pacientes en unión libre (69 encuestadas), soltera 15.2%(14 encuestadas), y casada 9.8% (9 encuestadas).

Sobre la escolaridad de las pacientes encuestadas se encontró que 3.3% (3 pacientes) refirió ser analfabeta, con nivel primaria 21.7% (20 pacientes), nivel secundaria: 48.9% (45 pacientes), nivel bachillerato: 19.6% (18 pacientes) y nivel licenciatura: 6.5% (6 pacientes).

El número de consultas prenatales referidas por las pacientes se ilustra en la Gráfica 6:

Gráfica 6. Número de consultas prenatales de las pacientes en puerperio internadas en el Hospital General Regional Iztapalapa "Dr. Juan Ramón de La Fuente", 2015.



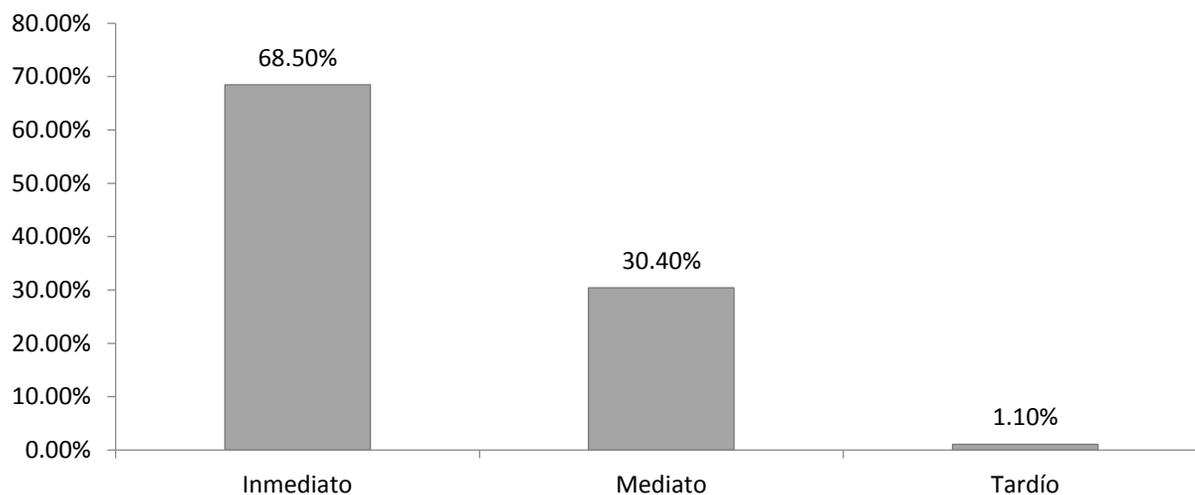
La moda fue de 6.00, media de 6.370, una desviación estándar de 10.345, el mínimo de consultas referidas fue de 0.00 y el máximo de 20 consultas.

La distribución de la atención de las pacientes respecto al turno hospitalario en que fueron atendidas fue:

- turno nocturno: 44.6% (41 pacientes),
- turno matutino: 18.5% (17 pacientes),
- turno vespertino: 18.5% (17 pacientes),
- turno de fin de semana Nocturno: 13% (12 pacientes).
- turno de fin de semana Matutino: 5.4% (5 pacientes)

La frecuencia del tipo de puerperio que cursaron las pacientes se ilustra en el siguiente esquema (Gráfico7):

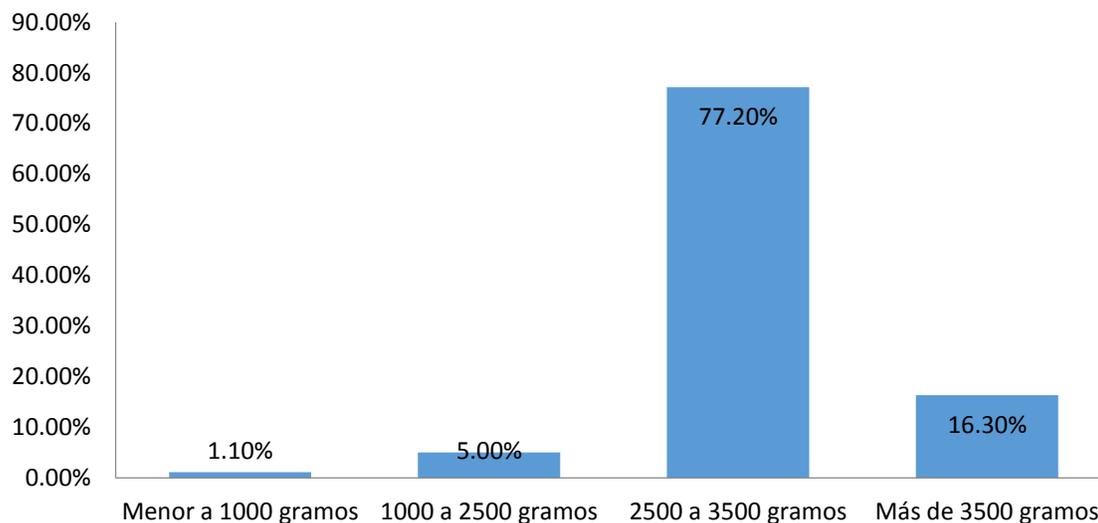
Gráfico 7. Tipo de puerperio de las pacientes internadas en el Hospital General Regional Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de La Fuente”, 2015.



Por lo anterior se aprecia que el 68.50% de las encuestadas se encontró cursando el puerperio inmediato.

Los pesos de los recién nacidos se distribuyeron como se ilustra a continuación:

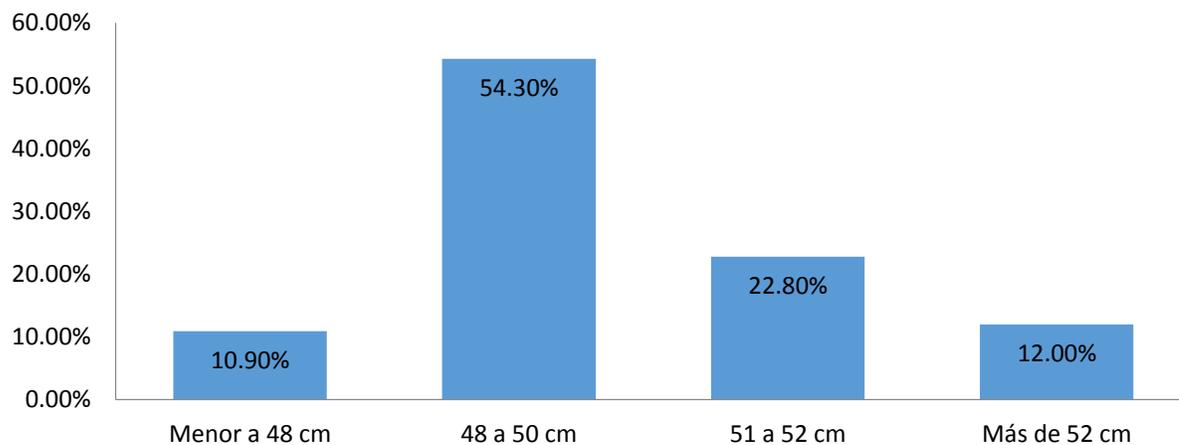
Gráfica 8. Peso del recién nacido



Se obtuvo una media de 3,070.152 gramos, desviación estándar de 534.401, con peso mínimo de 975 gramos y peso máximo de 4,700 gramos (Gráfico 8).

Del mismo modo, las tallas de los recién nacidos se distribuyeron como se ilustra a continuación:

Gráfica 9. Talla del recién nacido



Se obtuvo una media de 49.88 cm, desviación estándar de 3.224, talla mínima de 34 cm y talla máxima de 63 cm (Gráfico 9).

Se interrogó a las pacientes sobre el conocimiento del concepto de Violencia Obstétrica:

- 92.4% (85 pacientes), manifestó “No” conocer el término
- 7.6% (7 pacientes), refirió “Sí” conocer el término.

Al correlacionar el conocimiento de Violencia Obstétrica con la escolaridad se observó la siguiente distribución (Tabla 22):

	Sí conoce Violencia Obstétrica	No conoce Violencia Obstétrica	
Analfabeta	0 (0%)	3 (3.26%)	3 (3.26%)
Primaria	0(0%)	20 (21.73%)	20 (21.73%)
Secundaria	4 (4.34%)	41 (44.56%)	45 (48.191%)
Bachillerato	1 (1.08%)	17 (18.47%)	18 (19.56%)
Licenciatura	2 (2.17%)	4 (4.34%)	6 (6.52%)
Total	7 (7.60%)	85 (92.39%)	92 (100%)

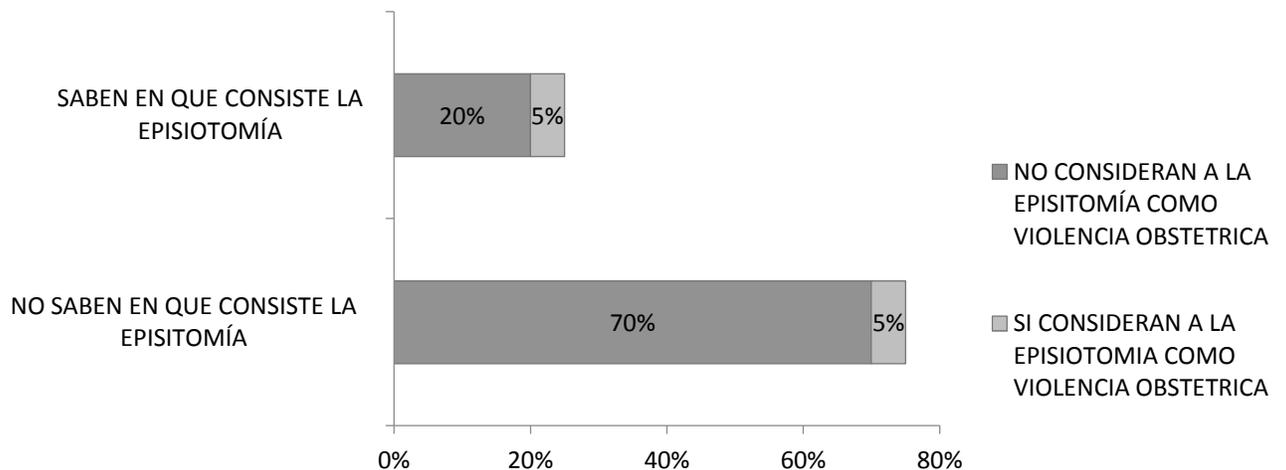
A la pregunta “¿Qué actos consideraría como formas de violencia obstétrica?” las pacientes refirieron:

- 92.4% (85 pacientes) no contesto a la pregunta
- trato agresivo u ofensivo 2.2% (2 pacientes) ,
- falta de atención por parte del personal (2 pacientes),
- mal trato 2.2% (1 paciente),
- no atender una emergencia 1.1% (1 paciente),

- mal trato psicológico o verbal 1.1% (1 paciente),
- no aplica 1.1%. (1 paciente),

Respecto a la realización de episiotomía en la resolución del embarazo actual, 56.5% (52 pacientes), respondieron “No”. y 43.5% (40 pacientes), respondieron “Sí”.

Gráfica 10. Conocimiento de las pacientes sobre la episiotomía y su correlación con Violencia Obstétrica

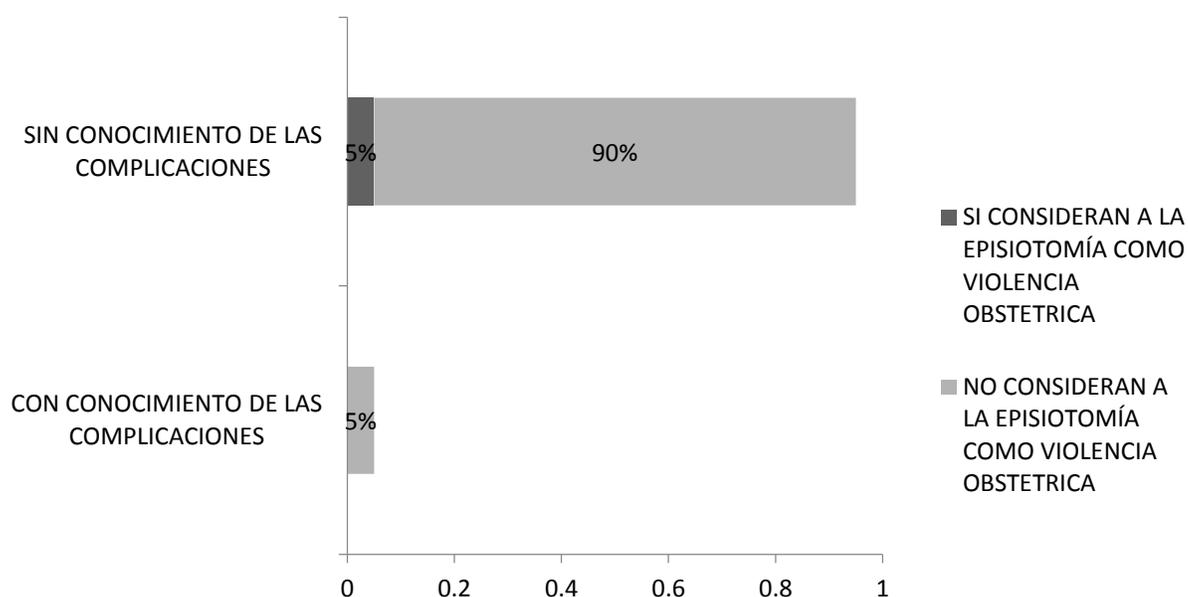


De las pacientes a las que se les realizó episiotomía (40 pacientes), 75% refirió no haber sido informada sobre la definición del procedimiento, y de éstas 70% no consideró el procedimiento como Violencia Obstétrica. 5% de las pacientes que no sabe en qué consiste la episiotomía sí la considera como Violencia Obstétrica. Por otro lado, 20% del total de las pacientes refirió sí haber recibido dicha información y, pese a esto, un 5% sí consideró la episiotomía como una forma de violencia obstétrica (Gráfica 10).

Al cuestionar a las pacientes sobre la información brindada por el médico tratante sobre las complicaciones del procedimiento se encontró que

- 52.2% (48 pacientes) no aplicaron ya que no se les realizó el procedimiento.
- 45.7% (42 pacientes) no fueron informadas de las complicaciones
- 2.2% (2 pacientes) sí fueron informadas de las complicaciones del procedimiento.

Gráfica 10. Conocimiento de las pacientes sobre las complicaciones de la episiotomía y su correlación con Violencia Obstétrica



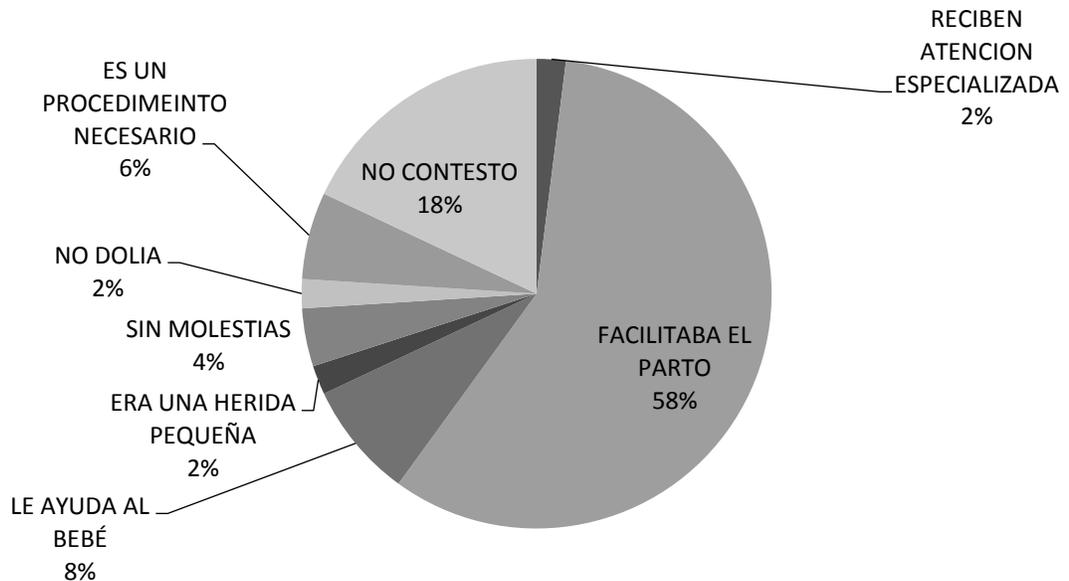
De lo anterior se desprende que 95% del total de las pacientes desconocían las complicaciones, de las cuales 5% de las pacientes relacionó a la episiotomía como un acto de violencia obstétrica; por otro lado 5% sí tenían

conocimiento de las complicaciones secundarias a la episiotomía, y no lo relacionaron con violencia obstétrica (Gráfica 10).

	Frecuencia	Porcentaje
No aplica	39	42.4%
No	29	31.5%
Sí	24	26.1%
Total	92	100%

45% de las pacientes a las que se realizó episiotomía refirió presentar sintomatología (ardor y dolor) posterior al procedimiento, de las cuales únicamente una paciente relaciono tal procedimiento como un acto de violencia obstétrica. Sin embargo, una paciente que refirió no presentar molestias también lo relacionó como un acto de violencia de obstétrica.

Gráfica 11
Causas por las cuales las pacientes no consideraron a la episiotomía como un acto de violencia obstétrica



Al cuestionar las causas por las cuales no consideran la episiotomía como Violencia Obstétrica, 90% de las pacientes a quienes se les practicó la episiotomía refirió que no la consideraban como un acto de violencia, en el cual 58% refirió que le facilitó el trabajo de parto, 18% no contestó a la pregunta, 8% refirió que le ayudó al nacimiento de su bebé, 4% consideraron que era un procedimiento necesario, 4% no presentó ninguna molestia, 2% recibieron atención especializada, 2% era una herida pequeña, y 2% refirió que no le causó dolor. (Gráfica 11).

En cambio, 10% (2 pacientes) relacionaron a la episiotomía como un acto de violencia obstétrica, en un caso porque no le pidieron autorización para realizarla y en otro porque le había dolido mucho.

Del total de pacientes encuestadas, 78.3% (72 pacientes) no consideró la episiotomía como Violencia Obstétrica y sólo 2.2% (2 pacientes) de las encuestadas sí lo catalogó como tal.

Cuando se cuestionó si habían *Percibido algún acto u omisión por parte del personal médico que la dañara, lastimara o denigrara durante la atención del parto* -88.0% de las pacientes no lo percibió y 12.0% de las pacientes sí percibió violencia obstétrica.

Tabla 24. De qué manera percibió Violencia Obstétrica	Frecuencia	Porcentaje
Al realizar el tacto la lastimaban	2	2.2%
Falta de atención del personal	2	2.2%
Bebe muy grande y no evoluciono por dos semanas previas	1	1.1%
El médico la lastimo al forzarla a adoptar una posición, durante una contracción	1	1.1%
En la revisión después de salir la placenta	1	1.1%
La enfermera dejó al bebe sin oxigeno al salir de quirófano	1	1.1%
Mal trato por el personal de limpieza	1	1.1%
Me hicieron una punción en la duramadre	1	1.1%
Una enfermera me contestó de mala manera	1	1.1%
Tener los genitales expuestos	1	1.1%

Las pacientes que refirieron haber percibido Violencia Obstétrica en otras formas, describieron múltiples formas, las cuales se enuncian en la Tabla 24.

DISCUSIÓN

De los resultados de la aplicación de encuestas a médicos del Hospital General de Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de la Fuente” se apreció que de los médicos encuestados, la mayoría fueron del sexo femenino, el mayor porcentaje de médicos encuestados correspondió a Médico Interno de Pregrado, los cuales por su formación se encuentran en todos los turnos.

Sobre la frecuencia con que se realizan las episiotomías, el mayor porcentaje de respuesta fue que es “*poco frecuente*” a opinión de médicos residentes y adscritos y “*muy frecuente*” por médicos internos de pregrado. De lo anterior se puede establecer que la episiotomía es una práctica regular efectuada por los médicos adscritos, residentes y médicos internos.

En cuanto a las justificaciones para el uso de episiotomía, la más mencionada fue “*reducir riesgo de desgarros*”, en igual porcentaje por sexo y grados académicos. En la segunda, tercera y cuarta justificación llama la atención que se encontraron respuestas dadas por internos y residentes, que no son indicaciones para la realización de episiotomía, como se glosó en el apartado de Introducción (“*cesárea previa*”, “*pelvis estrecha*”, “*piso pélvico insuficiente para impedir paso del producto*”, “*primigestas*”, “*producto pretérmino*”, “*embarazo gemelar*”, “*presentación pélvica*”, “*valoración de periné*” [sic]), lo que denota que los médicos residentes e internos no conocen realmente las indicaciones de episiotomía.

Al cuestionar sobre la solicitud de consentimiento informado, en mayor medida los médicos lo solicitan de forma verbal en igual proporción para sexos y grado académico y sólo un médico adscrito del sexo femenino refirió no solicitar consentimiento.

En cuanto a si consideran la episiotomía como violencia obstétrica, es de notar que sólo un médico interno del sexo femenino sí consideró la episiotomía como violencia obstétrica, el resto de los encuestados no lo consideró como tal.

El primer argumento para justificar el uso de episiotomía fue “*evitar desgarros*” señalado por el personal médico sin distinción de grado. Encontrando que otros argumentos fueron “*no se realiza con dolo*” y “*por el bien de la paciente*”, igualmente mencionados por los tres grados. Cabe destacar que dos de los médicos, un adscrito y residente de Ginecobstetricia,

no respondieron al cuestionamiento. Por otro lado, un médico interno de pregrado se refirió a la episiotomía como *“mala ejecución es dañina”* (sic).

El segundo argumento con mayor porcentaje fue *“abreviar período expulsivo”* sin distinción de grados. El tercer argumento más mencionado fue *“evitar complicaciones”* respondido por un médico residente y un interno. Por último, un sólo médico residente (4.76%) aportó un cuarto argumento sobre la episiotomía: *“Tiene indicaciones precisas”* (sic).

Al preguntar al personal médico su opinión sobre si consideró la episiotomía como un acto que dañe, lastime o denigre a las pacientes, se observó que solo un médico interno del sexo femenino sí lo consideró como un acto de violencia obstétrica.

De los resultados de la aplicación de encuestas a pacientes en puerperio se apreció que el mayor porcentaje de las pacientes se ubicó en el grupo de edad de 24 a 29 años, resaltando edad mínima de 12 años y edad máxima de 46; predominando el estado civil de unión libre y la escolaridad secundaria. El rango de consultas prenatales más referido fue de 6 a 9 consultas, sin embargo 4.3% no recibió atención prenatal. La mayor parte de las encuestadas fue atendida en el turno nocturno y se encontró cursando el puerperio inmediato.

Sobre la somatometría de los recién nacidos, la mayoría se ubicó en peso de 2,500 a 3,000 gramos y talla de 48 a 50 cm, los cuales son considerados normales según la literatura médica.²⁴

Al cuestionar a las pacientes sobre el conocimiento del concepto de Violencia Obstétrica, el mayor porcentaje de las pacientes manifestó ignorarlo y en su mayoría refirieron el nivel secundaria. De las pacientes que sí conocían el concepto, manifestaron en su mayoría tener la escolaridad secundaria y lo definieron como *“trato agresivo u ofensivo”, “falta de atención por parte del personal”, “mal trato”, “no atender una emergencia” y “mal trato psicológico o verbal”*.

De las pacientes encuestadas que refirió realización de episiotomía en la resolución del embarazo actual, si bien la mayoría de las pacientes a las que se les efectuó el procedimiento manifestó no haber sido informada de las indicaciones ni de las complicaciones de la misma, no consideraron como Violencia Obstétrica. No obstante, de las pacientes que recibieron información completa de la episiotomía sí la consideraron como una forma de Violencia Obstétrica. Destaca que dos pacientes que no recibieron información consideraron la episiotomía como Violencia Obstétrica.

De 40 pacientes con episiotomía 18 refirió presentar sintomatología (ardor y dolor) secundaria a la episiotomía, de éstas una relacionó tal procedimiento como un acto de violencia obstétrica.

La razón de pacientes que no consideraron la episiotomía como Violencia Obstetrica vs las que sí lo consideraron fue 36/1

De las pacientes que no consideraron la episiotomía como Violencia Obstétrica argumentaron que el procedimiento *“facilitó el trabajo de parto”*,

“ayudó al nacimiento del bebé”, “era necesario”, “no presentó molestias”, “recibieron ayuda especializada”, “era una herida pequeña”, en orden de mención. En cambio, las pacientes que relacionaron a la episiotomía como un acto de violencia obstétrica, argumentaron que *“porque no le pidieron autorización para realizarla”* (sic) y en otro porque *“le había dolido mucho”* (sic).

En cuanto a la percepción de cualquier forma de Violencia Obstétrica durante la atención del parto, de las pacientes sí percibió violencia obstétrica refirieron múltiples manifestaciones de “Violencia Obstétrica”, algunos en relación a procedimientos médicos: *“al realizar el tacto la lastimaban”, “el médico la lastimo al forzarla a adoptar una posición, durante una contracción”, “me hicieron una punción en la duramadre”, “el médico la lastimo al forzarla a adoptar una posición, durante una contracción”; “tener los genitales expuestos”, “en la revisión después de salir la placenta”;* y otras formas de violencia que fueron ajenas al actuar médico: *“la enfermera dejó al bebe sin oxígeno al salir de quirófano”, “una enfermera me contestó de mala manera”, “mal trato por el personal de limpieza” y “bebe muy grande y no evoluciono por dos semanas previas”.*

CONCLUSIONES

El estudio realizado en los médicos adscritos, residentes e internos del servicio de Ginecobstetricia mostró que la episiotomía es un procedimiento quirúrgico que se realiza de forma regular en este servicio. Al analizar las respuestas brindadas sobre el conocimiento de las justificaciones para el uso de

episiotomía no hubo diferencias significativas entre el sexo y el grado académico de los encuestados. Las justificaciones que se encontraron acorde a lo descrito en la literatura médica fueron mencionadas sin distinción de grados académicos. Por otra parte, fueron la mención de justificaciones que no corresponden a episiotomía referidas por médicos residentes e internos, orienta a una falta de conocimiento sobre el tema de la episiotomía, sus indicaciones y complicaciones.

Sobre la percepción de la episiotomía como Violencia Obstétrica los médicos argumentaron en su mayoría que existen indicaciones precisas descritas en la literatura y que obedecen a los principios bioéticos básicos de beneficencia y no maleficencia (“es por el bien de la paciente”, “no se realiza con dolo”). Sólo un médico calificó a la episiotomía como violencia obstétrica ya que si ejecuta de mala manera los daños serían mayores al beneficio.

Es importante mencionar que si bien los médicos refirieron solicitar el consentimiento informado mayormente de manera verbal para la realización de procedimientos médicos, en este caso la episiotomía, la ausencia de una prueba documental que valide tal solicitud, podría tener como consecuencia el olvido de tal autorización y por consiguiente favorecer el surgimiento de una controversia médica al aludir la paciente la omisión de su autonomía para la

toma de decisiones en los métodos terapéuticos a seguir durante el período expulsivo del trabajo de parto.

En cuanto a la percepción de las pacientes, la mayor parte de las encuestadas refirió desconocer el término, independientemente de su escolaridad y edad. Esto es indicativo de que el tema no ha permeado en la sociedad y por ello las pacientes lo ignoraron. De las pacientes que refirieron conocer el término aludieron a un impacto moral y no tanto físico al manifestarlo como “trato agresivo”, “daño psicológico” etcétera, que refleja un conocimiento parcial del concepto, esto limita el reconocimiento de una acción u omisión compatible con Violencia Obstétrica.

Al analizar las pacientes que sí percibieron algún acto u omisión que calificaron como Violencia Obstétrica, se observó además de acciones u omisiones con impacto moral (“malos tratos por parte del personal médico”); hechos o riesgos inherentes al evento obstétrico (“le puncionaron la duramadre durante el acto anestésico”, “tener los genitales expuestos durante la atención médica”, “episiotomía fue muy dolorosa”). De lo anterior se puede decir que la falta de información clara, oportuna y veraz sobre el evento obstétrico, la conducta terapéutica a seguir y posibles complicaciones, da pie a interpretaciones erróneas del actuar médico, que pueden apreciarse como Violencia Obstétrica.

Sobre las pacientes que refirieron no haber percibido Violencia Obstétrica, manifestaron haber recibido atención médica oportuna, trato amable y profesional por parte del personal médico e información oportuna. Es decir, que la presencia de una adecuada relación médico paciente modifica la percepción del servicio brindado por el personal médico, lo que se traduciría en una disminución de la percepción de Violencia Obstétrica.

En resumen, en la atención del parto puede existir: Violencia Obstétrica con impacto moral, es decir acción u omisión de parte del personal médico y percepción de la paciente referida como trato agresivo, ofensivo o indiferente; Violencia obstétrica sin consecuencia física, es decir sin complicaciones derivadas del procedimiento; consecuencia física sin elementos de Violencia Obstétrica o sea complicaciones médicas sin que la paciente lo califique como Violencia Obstétrica; Violencia obstétrica con impacto moral y consecuencia física y finalmente Violencia Obstétrica no atribuible al médico tratante sino institucional que se relaciona con la falta de insumos y procedimientos administrativos ajenos a la práctica médica como tal.

RECOMENDACIONES

- Establecer una definición clara y concreta de Violencia Obstétrica, ya que como pudo notarse, esta definición está sujeta a la interpretación del observador.
- Recolección de un tamaño de muestra de pacientes y médicos mayor, para ampliar los alcances de esta investigación.
- Agregar al estudio la revisión de expediente clínico, para conocer si las episiotomías realizadas a las pacientes estuvieron realmente indicadas y documentadas.
- Proveer de información actualizada y un adecuado adiestramiento para la realización de episiotomías y la resolución de complicaciones a los médicos en contacto con pacientes ginecobstétricas.
- Adopción de la solicitud verbal y escrita del consentimiento informado de la episiotomía similar a un procedimiento médico mayor, tal como lo enuncia la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, explicando en qué consiste el procedimiento, las indicaciones y posibles complicaciones.
- Establecimiento de una buena relación médico paciente, reflejado en el aporte de información clara, oportuna y veraz de la evolución natural del trabajo de parto y de los procedimientos médicos propiciaría una disminución de la percepción de Violencia Obstétrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grupo de Información de Reproducción Elegida (s.f.) *Violencia Obstétrica*, Recuperado el 26 de mayo de 2015, de: <https://www.gire.org.mx/nuestros-temas/violencia-obstetrica>
2. *Ley De Acceso De Las Mujeres A Una Vida Libre De Violencia Para El Estado De Guanajuato*. Fecha de publicación 26 de Noviembre de 2010,
3. Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar Y Erradicar La Violencia Contra La Mujer "Convención De Belem Do Para". Recuperado el 26 de mayo de 2015, de: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
4. Belli Laura F. *La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos*. Revista Redbioética/UNESCO, Año 4, 1 (7): 25-34, Enero - Junio 2013
5. *Grupo de Información de Reproducción Elegida (s.f.) Omisión e Indiferencia. Derechos Reproductivos en México*. Recuperado el 26 de mayo de 2015, de: <http://informe.gire.org.mx/caps/intro.pdf>
6. *Senado aprueba sancionar violencia obstétrica*, Miércoles, 30 de Abril de 2014 19:33, comunicado-749, recuperado el 26 de mayo de 2015, de: http://www.bidi.uam.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=62:citar-recursos-electronicos-normas-apa&catid=38:como-citar-recursos&Itemid=65#12
7. *Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio De La Llave*. Ley publicada en la Gaceta Oficial, Órgano del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, el día jueves 28 de febrero del año 2008.
8. Ley Estatal de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Género, Ley Publicada en el Periódico Oficial Órgano del Gobierno Constitucional del Estado Libre y Soberano de Oaxaca, el 23 de Marzo de 2009, de: <http://www.congresoaxaca.gob.mx/61/legislacion/leyes/078.pdf>
9. Ley de las Mujeres para una Vida sin Violencia, H. Congreso del Estado de Durango (s.f). Recuperado el 26 de mayo de 2015, de: http://ovsyg.ujed.mx/docs/marconormativo/Ley_de_las_mujeres.pdf
10. Salgado Valadez, César Eduardo (2005). *Valoración de la episiotomía en la atención del parto (Tesis de Postgrado)*. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.
11. Guía de Práctica Clínica 073.6 *Uso racional de la episiotomía*. México: Secretaría de Salud; 2009
12. Carroli Guillermo, Mignini Luciano. *Episiotomy for vaginal birth*. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 11, 2014, Art. No. CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2
13. Allison LaCross, et. al., *Obstetric Anal Sphincter Injury and Anal Incontinence Following Vaginal Birth: A Systematic Review and Meta-Analysis*, J Midwifery Womens Health 2015;60:37
14. Bellón Sánchez Silvia (2014) *Obstetric Violence: Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues? (Master tesis)* Faculty of Humanities, Utrecht University.

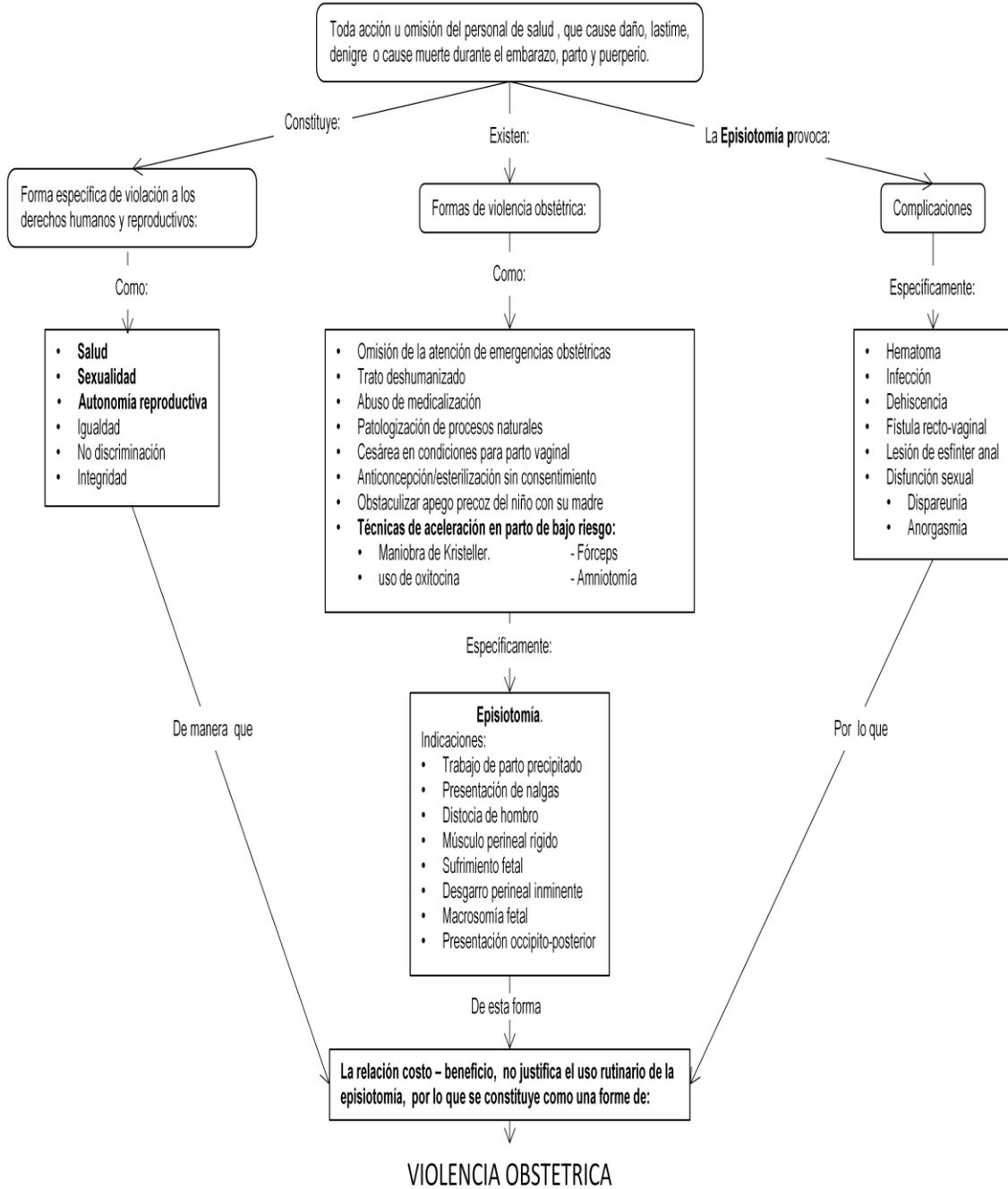
15. *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Organización Mundial de la Salud 2014. WHO/RHR/14.23
16. Centro de Investigación Social Avanzada, *¿Sabes en qué consiste la Violencia Obstétrica?* (Publicado el 01 de abril de 2013), recuperado el 25 de mayo de 2015, de: <http://cisav.mx/violencia-obstetrica/>
17. *Guía de Práctica Clínica Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*. México: Secretaría de Salud; 11 de diciembre de 2014
18. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio
19. Mercado Joanna et. al., *Critical Obstetric and Gynecologic Procedures in the Emergency Department*, Emerg Med Clin N Am 31 (2013) 207–236
20. Berzain Rodriguez, Mary Carmen y Camacho Terceros, Luis Alberto. *Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina*. Rev Cient Cienc Méd [online]. 2014, vol.17, n.2, pp. 53-57. ISSN 2077-3323.
21. *Episiotomía en el parto vaginal 1* (Revisión), Copyright © 2007, La Colaboración Cochrane. Publicado por John Wiley & Sons, Ltd
22. Zafran Noah, Raed Salim, *Impact of liberal use of mediolateral episiotomy on the incidence of obstetric anal sphincter tear*, Arch Gynecol Obstet (2012) 286:591–597
23. *Guía de Práctica Clínica Prevención, diagnóstico y tratamiento de la episiotomía complicada*. México: Secretaría de Salud; 2013.
24. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.
25. Castro Roberto, Joaquina Erviti. *25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México*. Rev CONAMED 2014;19(1):37-42
26. Balogun Olukunmi O, Hirayama Fumi, Wariki Windy MV, Koyanagi Ai, Mori Rintaro. *Interventions for improving outcomes for pregnant women who have experienced genital cutting*. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 11,2014, Art. No. CD009872. DOI: 10.1002/14651858.CD009872.pub2
27. Gonçalves da Silva Michelle, Michelle Carreira Marcelino, Livia Shélida Pinheiro Rodrigues, Rosário Carcaman Toro, Antonieta Keiko Kakuda Shimo. *Obstetric violence according to obstetric nurses*. Rev Rene. 2014 July-Aug; 15(4):720-8.
28. Dixon Lydia Zacher. *Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices*. Medical Anthropology Quarterly. doi: 10.1111/maq.12174.
29. García Jordá C. Dailys, Dr. C. Zoe Díaz Bernal, Lic. Marlen Acosta Álamo. *El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica*. Revista Cubana de Salud Pública. 2013;39(4):718-732
30. Villanueva-Egan Luis Alberto. *El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra*. Rev CONAMED 2010; 15(3):147-151
31. García Zeferino Ericka, Dulce María Guillén Cadena, Margarita Acevedo Peña. *Humanismo durante la atención del trabajo de parto*. Rev CONAMED 2010; 15(3):152-154

32. Valdez-Santiago Rosario, Elisa Hidalgo-Solórzano, Mariana Mojarro-Iñiguez, Luz María Arenas-Monreal. *Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto*. Rev CONAMED 2013; 18(1):14-20
33. Paula Quevedo (2012). *Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la Desigualdad de Género (Tesis de licenciatura)*. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional de Cuyo.
34. Marques de Aguiar Janaina, Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira, Lilia Blima Schraiber. *Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde* Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(11):2287-2296, nov, 2013
35. Roberto Castro y Alejandra López, *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. / Gómez, editores. 2010. Montevideo: Universidad de la República; México: UNAM, CRIM

ANEXOS

Anexo 1

VIOLENCIA OBSTETRICA



ANEXO 2

PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE TOCOCIRUGÍA SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

INSTRUCCIONES: conteste brevemente lo que se pide y en su caso señale con una "X" la respuesta que considere adecuada.

1. Edad: _____ número _____
2. Estado Civil: Soltera _____ Casada _____ Unión libre _____
3. Escolaridad: Analfabeta _____ Primaria _____ Secundaria _____ Bachillerato _____
Licenciatura _____ Posgrado _____
4. Antecedentes obstétricos: Número de partos (naturales) _____ Con episiotomía _____ Sin episiotomía _____
Número de cesáreas _____ Número de abortos _____
5. Número de consultas prenatales: _____
6. Turno en que fue atendido su parto: _____ Hora de nacimiento de su bebé: _____
7. Tipo de puerperio: Inmediato (menos de 24 hrs) _____ Mediato (2° al 7° día) _____
Tardío (8° al 42° día) _____
8. Peso del bebé (en gramos): _____ Talla del bebé (en centímetros): _____
9. ¿Conoce usted el término de violencia obstétrica? SI _____ NO _____
10. ¿Qué actos consideraría como formas de violencia obstétrica?

11. En esta ocasión le fue realizada episiotomía: Sí _____ No _____
12. El personal médico le explicó e informó lo siguiente:
En qué consistía la episiotomía: SI _____ NO _____ Explique brevemente:

- La indicación de episiotomía: SI _____ NO _____ Explique brevemente:

- Las complicaciones de la episiotomía: SI _____ NO _____ Explique brevemente:

13. ¿El personal médico le solicitó su consentimiento para la realización de la episiotomía?
SI _____ NO _____; en forma verbal _____, en forma escrita _____, ambas _____
14. ¿Considera la episiotomía como un acto que puede dañarla, lastimarla o denigrarla durante el parto? SI _____ NO _____ ¿Por qué? _____
15. ¿Percibió usted algún acto u omisión por parte del personal médico que la dañara, lastimara o denigrara durante la atención del parto? SI _____ NO _____
¿Por qué? _____
16. ¿Ha presentado algún síntoma derivados de la episiotomía: SI _____ NO _____
¿Cuál/cuáles? _____

ANEXO 3

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD DE LOS SERVICIOS DE TOCOCIRUGÍA SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

INSTRUCCIONES: conteste brevemente lo que se pide y en su caso señale con una "X" la respuesta que considere adecuada.
número _____

1.- Sexo: _____

2.- Edad: _____

3.- Grado Profesional:

Médico interno de pregrado _____ Médico residente _____
Médico adscrito de la especialidad de Ginecobstetricia _____

4.- Turno en que labora:

Matutino: _____ Vespertino: _____ Nocturno: _____ Fin de semana _____

5.- ¿Cuál es la justificación para el uso de la episiotomía en la atención del parto? _____

6.- ¿Con qué frecuencia realiza episiotomías en la atención del parto?

Nunca (0 de cada 10 partos atendidos) _____ Poco frecuente (4 de cada 10 partos atendidos) _____
Muy frecuente (6 de cada 10 partos atendidos) _____ Siempre (10 de cada 10 partos atendidos) _____

7.- ¿De qué forma usted solicita el consentimiento para la realización de episiotomías a las pacientes?

De forma verbal _____ De forma escrita _____
No lo solicita _____

8.- ¿Considera usted la realización de la episiotomía como un acto que dañe, lastime o denigre a las pacientes? NO _____ SI _____, ¿Por qué? _____

Anexo 4

VARIABLE / CATEGORÍA (Índice-indicador/criterio-constructo)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
EN PACIENTES EN PERIODO DE PUERPERIO INTERNADAS EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL “DR. JUAN RAMÓN DE LA FUENTE”				
Edad	De contexto	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha en que se interpuso la queja, expresado en años cumplidos.	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> • Años cumplidos.
Estado civil	De contexto	Situación legal de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Unión libre • Casada
Escolaridad	De contexto	Tiempo durante el que un individuo asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Bachillerato • Licenciatura • Posgrado
Antecedentes obstétricos I	De contexto	Tipo y número de eventos ginecobstétricos que haya presentado una paciente, posterior a un embarazo.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Número de partos <ul style="list-style-type: none"> - Con episiotomía - Sin episiotomía • Número de cesáreas. • Número de abortos.
Control prenatal	De contexto	Son todas las acciones encaminadas a la vigilancia del embarazo para identificar factores de riesgo y corregirlos así como asesoría nutricional, vigilancia del crecimiento y desarrollo fetal.	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Con control prenatal • Sin control prenatal.
Turno	De contexto	Periodo de tiempo en el que las pacientes reciben atención en el servicio médico.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Matutino • Vespertino • Nocturno • Fin de semana

Tipo de puerperio	De contexto	Periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación. Se clasifica de acuerdo al tiempo transcurrido en: inmediato, mediato y tardío.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediato • Mediato • Tardío
Característica somatométricas del producto	De contexto	Características físicas con respecto a talla y peso del producto al momento de nacer.	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> • Peso • Talla
Presencia de episiotomía	De contexto	Incisión en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del periodo expulsivo del trabajo de parto. Se realiza con tijeras o bisturí y debe repararse con sutura.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Sintomatología derivada de la episiotomía	De contexto	presencia de molestias (dolor, ardor, comezón) secundarias a la realización de la episiotomía, o bien a la episiorrafia	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Conocimiento del procedimiento	De contexto	Presencia o ausencia del conocimiento que tengan las pacientes en cuanto a en qué consiste, cuáles son sus indicaciones y complicaciones, así como en que radica la importancia del realización de la episiotomía.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Con conocimiento • Sin conocimiento
Consentimiento de la episiotomía	De contexto	Previa solicitud de consentimiento por escrito o expresada de manera verbal para que se autorizara la realización de la episiotomía, por parte del personal médico	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sin solicitud del consentimiento • Con solicitud verbal • Con solicitud escrita. • Con solicitud de verbal y escrita.

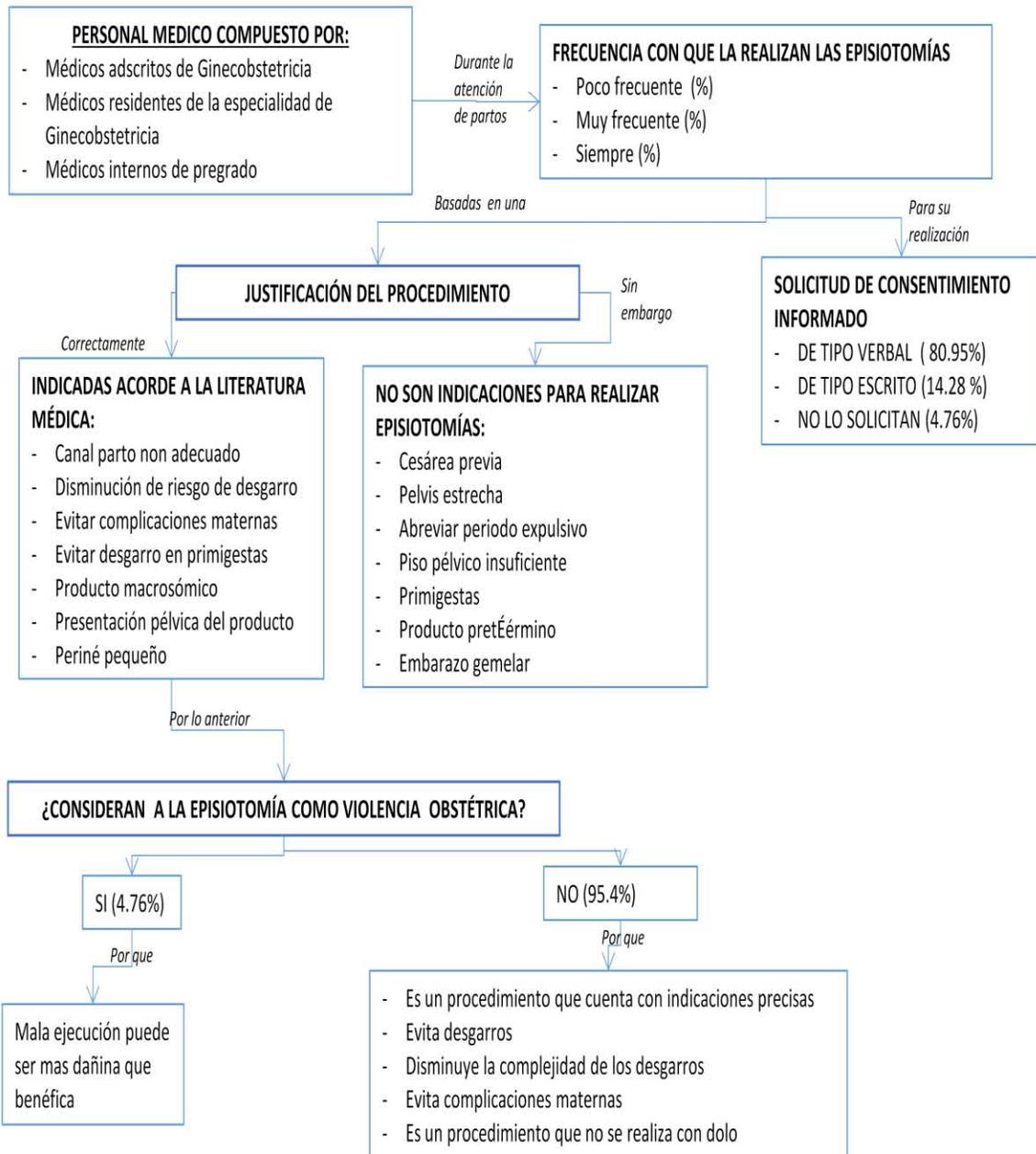
Violencia Obstétrica	De contexto	Todo acto u omisión intencional, por parte del personal de salud, que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo y parto, así como la negligencia en su atención médica.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Negligencia en la atención médica • Trato deshumanizado • Abuso de medicalización. • Patologización de procesos naturales • Uso de fórceps • Cesárea innecesaria • Episiotomía • uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario. • Obstaculizar sin causa médica justificada el apego con el producto inmediatamente después de nacer. • Otros.
Víctima de violencia obstétrica	De contexto	Antecedente por parte de las pacientes de haber sufrido algún acto u omisión intencional, por parte del personal de salud, que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo y parto, así como la negligencia en su atención médica.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No • En embarazos previos
Episiotomía como violencia obstétrica	Compleja	Relación que le otorgan las pacientes al procedimiento quirúrgico de episiotomía como un acto de violencia obstétrica	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Poca • Regular • Mucha
EN EL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOBSTERICIA DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL “DR. JUAN RAMÓN DE LA FUENTE”				
Sexo	De contexto	Características genotípica y fenotípicas del individuo, relativas a su papel en el proceso reproductivo biológico de su especie.	Nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masculino ▪ Femenino

Edad	De contexto	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha en que se interpuso la queja, expresado en años cumplidos.	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Años cumplidos.
Grado profesional	De contexto	Grado académico y de formación profesional en el que se encuentra el personal médico.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Médico interno de pregrado • Médico residente • Médico Ginecobstetra
Turno	De contexto	Periodo de tiempo en que el personal de salud labora en el servicio médico.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Matutino • Vespertino • Nocturno • Fin de semana
Justificación del procedimiento de episiotomía	De contexto	Explicación convincente, justificada y fundamentada de acuerdo a la literatura médica del porque se indica y se realiza el procedimiento quirúrgico	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Abreviar el periodo expulsivo y facilitar a expulsión del producto • Disminuir la morbilidad fetal. • En un parto distócico • Evitar el posible desgarro perineal • Prevenir el prolapso genital e incontinencia urinaria • Otros.
Frecuencia de episiotomías	De contexto	Frecuencia con que el personal médico realiza episiotomías en su práctica médico durante la atención del parto.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca (0 de cada 10 partos atendidos) • Poco frecuente (4 de cada 10 partos atendidos) • Muy frecuente (6 de cada 10 partos atendidos) • Siempre (10 de cada 10 partos atendidos)
Expedición de consentimiento	De contexto	Forma en como el personal médico expide su solicitud de consentimiento para la realización de episiotomías a las pacientes	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • De forma verbal • De forma escrita • De forma verbal y escrita. • No lo solicita

Episiotomía como violencia obstétrica	De contexto	Relación que le otorgan el personal, médico a la realización de una episiotomía como un acto de violencia obstétrica	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • No lo consideran violencia obstétrica • Lo consideran violencia obstétrica
Violencia Obstétrica	Compleja	Todo acto u omisión intencional, por parte del personal de salud, que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo y parto, así como la negligencia en su atención médica.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Negligencia en la atención médica • Trato deshumanizado • Abuso de medicalización. • Patologización de procesos naturales • Uso de fórceps • Cesárea innecesaria • Episiotomía • uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario. • Obstaculizar sin causa médica justificada el apego con el producto inmediatamente después de nacer. • Otros. • Sin violencia

Anexo 5

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOBSTERICIA SOBRE LA EPISIOTOMÍA



Anexo 6

PERCEPCIÓN DE LAS PACIENTES SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

