

El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra

Mistreat in the labor rooms: gynecologist reflections

Luis Alberto Villanueva-Egan¹

RESUMEN

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 gineco-obstetricia, con la manera como se forma a los médicos residentes, así como, con la forma en que se concibe a las propias mujeres. Es necesario suprimir las condiciones que toleran y justifican el abuso de poder y la indiferencia frente al sufrimiento, para construir espacios en los que se habilite el ejercicio de los derechos de las mujeres, particularmente en aquellas con mayor vulnerabilidad social.

Palabras clave: violencia institucional, abuso, poder, violencia contra las mujeres, sala de parto

ABSTRACT

During institutional obstetric care, women get to know a wide range of abuse that violate their human, sexual and reproductive rights. This relates to the organization of OB-GYN services, to the way resident doctors are trained, as well as to how women are conceived. It is necessary to remove all conditions that condone and justify the abuse of power and indifference to suffering in order to build spaces in which the exercise of women rights is enabled, particularly those of women with a greater social vulnerability.

Key words: institutional violence, abuse, power, violence against women, delivery room.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas hemos sido testigos de cómo la burocratización, la mercantilización y la medicina defensiva, han generado un entorno desfavorable para la relación médico-paciente. Cada vez con mayor frecuencia observamos un escenario caracterizado por un comportamiento poco afectivo, que se traduce en rapidez en las consultas, desinterés del médico por los aspectos subjetivos y por las condiciones de vida de las personas, un exceso de estudios de laboratorio y gabinete; ocultamiento o manipulación de la información, tanto la que

se ofrece a familiares y pacientes, como la asentada en el expediente clínico. Todas ellas, manifestaciones de la medicina deshumanizada en la que el extremo del espectro, corresponde al maltrato ejercido por el personal de salud en contra de sus pacientes.

Las carencias de la organización sanitaria, impregnada de productividad a costa de lo personal y con un tipo de racionalidad, que excluye lo emocional y lo relacional, confieren a la medicina institucional un carácter biologicista, excesivamente tecnificado y altamente

¹Director General Adjunto de Salud Materna y Perinatal. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud, México.

Artículo Recibido: 15 de enero de 2010; Artículo Aceptado: 30 de abril de 2010

Correspondencia: Dr. Luis Alberto Villanueva Egan. Dirección General Adjunta de Salud Materna y Perinatal. CNEGySR. Homero 213, 1er piso Col. Chapultepec Morales Del. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, México D.F. Correo electrónico: laave@servidor.unam.mx.

burocrático. El lenguaje médico, cargado de categorías científicas y de órdenes, descalifica de entrada al interlocutor, bloquea sus posibilidades expresivas y hace a un lado las necesidades significativas del paciente, tan importantes para el proceso curativo y para las adaptaciones que debe realizar quien se encuentra acosado por la incapacidad.¹

En el caso de la maternidad, las mujeres son tratadas a menudo como enfermas, por lo que son susceptibles de recibir una asistencia perinatal, configurada por un conjunto de procedimientos tecnificados, con un interés casi nulo por la vivencia integral del embarazo, el parto y el puerperio. Especialmente relevante es el momento del parto que es tratado como un trámite quirúrgico, cuya máxima expresión es la generalización de las cesáreas.² Un espacio particularmente reconocido por la asimetría en las relaciones de poder y que contrasta con el discurso oficial sobre el deber ser y los valores de una profesión, es la sala de partos. De aquí, la importancia de colocar este tema en la mesa de discusión sobre la ética y la calidad de la atención obstétrica.

MALTRATO DE LAS MUJERES EN LAS SALAS DE PARTO

Tradicionalmente se ha señalado que la práctica de la medicina, se encuentra imbuida del espíritu del beneficio común, de la no maleficencia y es portadora de intereses altruistas. Sin embargo, anidada en la cotidianidad de la institución médica, ocurre una amplia gama de maltratos en contra de los pacientes, particularmente en los hospitales públicos, que se agrupan bajo la denominación de violencia institucional, entendida como aquella que provoca daños físicos y psicológicos a las personas, como resultado de condiciones inadecuadas en instituciones y en sistemas públicos.³ Junto al poder institucional frecuentemente se ejerce el poder derivado del género, la clase, la etnia, la raza, la edad, la subcultura o la nacionalidad.

Durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres va desde regañones, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia 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, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto, 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.³

Desde el momento en que ingresan a la sala de labor, las mujeres reciben una serie de mensajes, que las instruyen sobre la conveniencia de someterse a las órdenes de los médicos. El disenso de las instrucciones médicas provoca una reacción en el personal de salud que puede llegar a ser terminante, con miras a reprimir cualquier intento de lo que, desde su punto de vista, puede ser considerado una insubordinación. Un corolario de esta doctrina es eximir de toda responsabilidad a los médicos y culpar a las propias mujeres, por los problemas y las dificultades que puedan presentarse durante el parto: "¡Si no pujas tu hijo va a nacer tonto!".⁴

En estrecha relación con lo anterior, se encuentra la tendencia de algunos integrantes del personal de salud a descalificar la información y el conocimiento que las mujeres poseen, sobre su estado de salud o sobre su proceso de parto, reduciendo al absurdo los relatos de las mujeres sobre sus experiencias en otros partos o los cambios percibidos en sus propios cuerpos, desdeñando aun las señales de alarma referidas por las pacientes, que permitirían identificar oportunamente el inicio de una complicación médica u obstétrica.

Paralelo a este proceso de descalificación de su propio saber, las mujeres se enfrentan a un control riguroso de la información que posee el personal sanitario sobre su estado de salud. No se les comunica nada al respecto, se les prohíbe el acceso al expediente, cuando no, se les brinda una información parcial o distorsionada, con el objeto de que no pueda sospechar o quejarse por malos manejos. En este contexto la información se estructura como una forma de poder simbólico. En relación al campo de la salud, Jaime Breilh expone lo siguiente: "... tanto el método como las bases de información se estructuran también como formas de poder simbólico. Muchas veces la información se construye y presenta de tal manera de servir como oscurecimiento, más que como recurso de conocimiento".⁵

La institución médica impone a la paciente y a sus familiares la ignorancia y un silencio forzoso, como elementos necesarios e imprescindibles para el cumplimiento del objetivo técnico. La palabra de la paciente o de sus familiares, sólo interesan en tanto ofrezcan indicios para ganar en precisión técnica o cuando la inconformidad se transforma en amenaza, para algún miembro del grupo o para la organización en su conjunto. En cualquier otro contexto la palabra del otro carece de sentido.

Las dos condiciones anteriores -el establecimiento de un orden jerárquico y la descalificación del saber de las mujeres- sirven de base para un tercer patrón de interacción de consecuencias más graves: se trata de la desacreditación de las mujeres como sujetos que sufren. El médico dictamina que las mujeres no están sintiendo dolor, aun cuando ellas así lo reporten.⁴ Estas prácticas corresponden a expresiones que pueden observarse

con ligeras variaciones, pero significado idéntico en distintas nacionalidades y contextos culturales: la triple discriminación, por ser mujeres, por ser pobres y por su ignorancia frente al saber “científico”. De las tres, la falta de poder económico es el elemento determinante.

En Venezuela la Dra. Marbella Camacaro apunta lo siguiente: “...las mujeres que demandan atención, la mayoría de las veces, quedan relegadas de la toma de decisiones sobre su cuerpo, son sometidas a una rutina médica que las margina de toda información sobre su propio proceso de salud-enfermedad... más allá del volumen de trabajo, el cual incide en un ambiente de trabajo violento, agotador y despersonalizado, que se consume parte de la buena voluntad del personal de salud; la academia médica anida una lógica que obvia el sufrimiento humano, los sentimientos, lo subjetivo, como una causa que requiera prestarle asistencia. Lo que las mujeres dicen y hacen en aquellos espacios donde quedan recluidas por necesidad de atención obstétrica, tiene que ver más con la necesidad de ser oídas, queridas, acompañadas, que con un dolor físico y esa necesidad no está catalogada como de atención prioritaria por parte del médico/a, quien actúa como técnico/a de salud frente a cualquier demanda de asistencia médica, su atención se centra en el evento y no en la mujer como persona, prestarle esfuerzos profesionales a lo emocional, a lo psíquico, es asunto de psicólogos o psiquiatras, dentro de la clasificación del saber médico, la dimensión subjetiva del sufrimiento se ignora frente a la dimensión objetiva del saber.”⁶

El informe “Con todo al aire” resultado de una investigación realizada en Rosario, Argentina por el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR) y el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), recoge los testimonios de mujeres de barrios pobres que se atienden en hospitales, maternidades y centros de salud públicos, en los que se evidencia la existencia de tratos crueles, inhumanos y degradantes a las mujeres por parte del personal, incluyendo obstetras, enfermeras y médicas. Es decir, se trata de un discurso transgénero por lo que no es raro ver mujeres del personal sanitario, maltratando a las mujeres que acuden solicitando atención obstétrica. “Con todo al aire” tomó el título de los relatos de mujeres que aseguran ser obligadas a permanecer desnudas en el parto, sin respeto a su intimidad o privacidad. Todos los testimonios constituían casos de discriminación por género, clase social y muchas veces por origen étnico: “no grites, ponete [sic] una almohada” y “si te gustó lo dulce ahora aguántate lo amargo” es lo que escuchan muchas mujeres al momento de parir.⁷

En México, existen testimonios de mujeres que reportan que en el momento de mayor dolor y gritos, reciben de parte de los médicos, órdenes de controlarse, seña-

lándoles que si antes disfrutaron del sexo, ahora les toca aguantarse. En este discurso, no son raras las expresiones de los médicos que buscan obligar a la mujer a que se controle, se calle o deje de quejarse, “recordándole” que en otro momento seguramente experimentó placer sexual y que por lo tanto, ahora debe vivir “con las consecuencias”.

¿Cómo se ha construido una estructura hospitalaria que tolera o promueve, que sus integrantes creen que pueden tratar a las personas como objetos desprovistos de derechos o que permanezcan impasibles, frente a los sufrimientos de una persona? Todas estas formas de abuso se relacionan con la organización de los servicios de gineco-obstetricia, con la manera como se forma a los médicos residentes, así como la forma en la que ese grupo social concibe a las propias mujeres.⁴

Aún más siniestro que lo anterior es que, para algunos médicos, compartir en las horas de sosiego sus historias de maltrato es un motivo de risa, un divertimento. Momentos de esparcimiento que se reproducen en forma fiel entre diferentes instituciones y personas, unidas por una actitud frente al mismo tipo de usuaria: mujer y pobre. Lo que dispara la risa es el código compartido de superioridad frente al otro/a, la certeza de que todo se puede, todo se vale y de que el fin justifica los medios. Lo que entristece, decepciona e irrita es la doble moral de quienes juran someterse a unos principios morales apuntalados en la búsqueda del beneficio y el respeto, y que en la práctica hacen exactamente lo contrario.

En una concepción ideal, la relación médico-paciente se constituye como una interacción social entre sujetos morales, es decir, entre individuos que toman decisiones sobre sí mismos. En este orden de ideas, cuando se considera a las mujeres que solicitan un servicio médico como personas libres y autorrealizadas, la estructura de la relación médico-paciente, necesita que la información y participación se realicen sintiendo las necesidades e intereses de las pacientes. La comunicación con el médico es muy importante para que la paciente participe de manera libre y activa en su tratamiento, ejerciendo su derecho a decidir por sí misma lo que se hará con su cuerpo. Si la relación médico-paciente es un encuentro en el que dos personas se comunican, es también una empresa ética en la que el médico, con benevolencia y veracidad, prepara a la paciente a una participación plena en las decisiones; cuando la paciente realmente participa, el respeto del médico salvaguarda su integridad, lo que significa que reconoce su dignidad y libertad.¹¹ En contraposición, tratar a las mujeres sin contar con su participación, sin comunicarse con ellas o mintiendo deliberadamente para que sus decisiones se ajusten a los prejuicios, valores o necesidades económicas del médico, es reducirlas al estado de objetos que requieren alimentarse de los pedazos de mundo digeridos por

otros. Supone que el médico no considera establecer un intercambio cara a cara con una persona sino con una "paciente" en términos genéricos, desprovista de individualidad e incapaz de tomar sus propias decisiones.⁹ Los que así actúan, aun bajo la apariencia de un paternalismo benéfico, no son sujetos desprovistos de intereses, valores y compromisos de trasfondo. Estos médicos no dialogan, utilizan el lenguaje para dar órdenes, indicaciones, instrucciones, señalizaciones, para producir comportamientos, ejecutar funciones, en fin, para hacer que la paciente obedezca, lo que se justifica con el argumento de que "ellas no saben nada, no entienden". En estas condiciones el intercambio médico-paciente es unidireccional, preconfigurado y su finalidad es técnica; los sentimientos, placeres y temores quedan formalmente excluidos.⁹ En el extremo, cuando el lenguaje técnico médico se emplea con el propósito de confundir, atemorizar o manipular, las palabras responden a intereses concretos y se convierten en instrumentos agresivos, que pueden producir mucho daño.¹⁰

Es frecuente el uso del recurso argumentativo de "la sobredemanda de atención y la escasez de recursos" para justificar el maltrato en las instituciones públicas; sin embargo, aun reconociendo que la atención obstétrica en los hospitales públicos se caracteriza por exceso de trabajo e insuficiencia de recursos y aun aceptando la existencia del "error médico", lo que pacientes y familiares reclaman es que su médico actúe en forma comprometida y responsable, que agote los medios disponibles que brinda la ciencia médica en forma correcta, cuidadosa y exacta para lograr su objetivo de la mejor manera posible y que los mantenga informados en forma clara, veraz y oportuna. Lo que pacientes y familiares están pidiendo es el respeto a su dignidad como agentes morales, dotados de razón y voluntad libre. No buscan sustituir al médico en el proceso de toma de decisiones, respeto es lo que piden, sólo respeto.

Puede ocurrir que el sistema de valores del médico, y aun lo que la *lex artis* determina, no coincida con la convicción de la paciente acerca de su propio bienestar; el respeto evitará en el médico los engaños y la manipulación y le permitirá expresar, de forma clara y veraz, lo que a su juicio es médicamente mejor, refiriendo a la paciente, de manera oportuna a otro médico competente, en el caso de un verdadero conflicto de creencias e intereses personales.

DISCUSIÓN

¿Cuál es el imaginario social construido para que se haya consolidado tanta indiferencia frente al maltrato de las mujeres, en las salas de parto de los servicios públicos, cuando demandan atención obstétrica, sea por aborto, parto o cualquier otra situación relacionada con la salud

reproductiva? La complejidad de este fenómeno se refleja en el fracaso que tienen las soluciones superficiales como las interminables reuniones, cuyo objetivo final es la elaboración de documentos que, por carecer de significado en el contexto cultural en el que ocurren los actos de violencia, en el mejor de los casos tienen un impacto transitorio. El reconocimiento de los derechos no necesariamente garantiza las condiciones para su ejercicio efectivo. El cuestionamiento de una realidad injusta, se sustituye por la revisión y formulación de lineamientos, estatutos, normas y leyes cuando de lo que se trata es que los ciudadanos pasen de la igualdad formal ante la ley a la igualdad real en la convivencia social cotidiana. El artículo 4º Constitucional nos iguala en el derecho a la salud, pero en la realidad existen diferencias entre hombres y mujeres y aun entre mujeres de distintas condiciones socio-económicas, en la calidad de los servicios médicos a los que tienen acceso.

Así mismo, los conflictos de poder en la relación médico-paciente están permeados por la condición social de los actores: es conocido el desinterés, el trato impersonal y cargado de violencia de algunos médicos con sus pacientes en el servicio público y la obsequiosidad y zalamería, propia del vendedor, que tienen los mismos médicos con sus pacientes en el medio privado. Es decir, las relaciones de poder en estos espacios están en gran medida determinadas por el poder económico, el cual incluso puede matizar el impacto de algunas condiciones habituales de discriminación social, como las relacionadas con la pertenencia a una raza, género y preferencia sexual. Parafraseando a Skrabanek, cuando el personal de salud se deja llevar por sus ansias de poder (social o económico) en lugar de preocuparse por el bienestar de las personas, pierde el sustento de los principios éticos y morales.¹³ Así, resulta imperioso que el Estado no sólo se encargue de la formulación de los derechos en normas, sino que promueva y facilite que los ciudadanos se apropien de sus derechos civiles, más aún cuando el entorno social está impregnado de una cultura que tolera y fomenta posturas que niegan el reconocimiento de las mujeres como sujetos morales, es decir con derecho a tomar sus propias decisiones sobre su cuerpo, sexualidad y reproducción.

Frente a una visión estática y reduccionista de la realidad, en la que la relación entre usuaria y prestador de servicios de salud se asume desde la perspectiva de la superioridad incuestionable del conocimiento técnico médico, se han desarrollado nuevas vertientes de pensamiento que insisten en la urgencia de articular el quehacer médico con los derechos del usuario, la equidad étnica y de género para, desde el ámbito de la salud, contribuir a desmontar las desigualdades que condicionan el reparto de los bienes y accesos de los que dependen de la calidad de vida.⁵

REFERENCIAS

1. Restrepo LC. Violencia médica. [Acceso 11-08-2008]. Disponible en http://www.terapianeural.com/Articulos/Violencia_medica.htm.
2. Lozano EM. La construcción del imaginario de la maternidad en Occidente. Manifestaciones del imaginario sobre la maternidad en los discursos sobre las nuevas tecnologías reproductivas. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2001. 328 p.
3. De Bruyn M. La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. [Acceso 31-08-2010]. Disponible en http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file614_2618.pdf.
4. Castro R, Erviti J. La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En: López P, Rico B, Langer A, Espinosa G (compiladoras). Género y política en salud. México: Secretaría de Salud; 2003. p. 255-73.
5. Breilh J. Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.
6. Camacaro-Cuevas M. Voces sobre la violencia en la atención del aborto. Rev Venezol Stud Mujer. 2006; 11 (26): 55-69. [Acceso 31-08-2010]. Disponible en <http://190.39.165.96/gsd/collect/articulos/index/assoc/HASH8010.dir/doc.pdf>
7. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Argentina: INSGENAR-CLADEM; 2003. [Acceso 31-10-2010]. Disponible en http://www.tau.org.ar/upload/ec225b48f3813b18d3b9eaafbe3a3ed5/con_todo_al_aire_reporte.doc.
8. Lain-Entralgo P. Marañón y el enfermo. Madrid: Revista de Occidente; 1962. 325 p.
9. Rostagnol S, Viera M. Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud. Estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay. [Acceso 31-08-2010]. Disponible en http://www.tau.org.ar/upload/ec225b48f3813b18d3b9eaafbe3a3ed5/Rostagnol_Viera.doc.
10. Fernández-Christlieb P. La sociedad mental. Barcelona: Anthropos; 2004. 285 p.
11. Drane JF. Cómo ser un buen médico. Colombia: San Pablo; 1993.
12. Freire P. La educación como práctica de la libertad. 47ª ed. México: Siglo XXI editores; 1998.
13. Skrabanek P. La muerte de la medicina con rostro humano. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1999. p. 1-35.



RED COCHRANE MEXICANA

www.cochranemexico.org



“Desarrollo y divulgación de las herramientas para mejorar la toma de decisiones en la atención de la salud”

Misión de la Red Cochrane Mexicana

El acceso a la Biblioteca COCHRANE, herramienta fundamental para la Toma Eficiente de Decisiones en Salud, es ¡¡GRATUITO!! para los países latinoamericanos. Consúltela en <http://cochrane.bvsalud.org>

Humanismo durante la atención del trabajo de parto

Humanism during labor

Ericka García Zeferino¹, Dulce María Guillén Cadena¹, Margarita Acevedo Peña¹

RESUMEN

El embarazo y el parto son etapas en la vida de las mujeres que dejan una huella sin precedentes, cuya experiencia se relaciona con el impacto de diversas situaciones que giran en torno a ello.

Toda mujer tiene derecho a recibir atención de enfermería de calidad durante su trabajo de parto, con sentido humano y con respeto a su dignidad. Uno de los grandes retos del equipo de salud es mejorar la calidad de la atención que se ofrece a las mujeres con el trabajo de parto en evolución, pero esto no es a través de mejorar la técnica de la atención, sino humanizando este proceso, significa entender a esa mujer que va a tener un bebé; que es un ser humano, no una máquina de hacer niños. Humanizar el parto significa poner a la mujer que está pariendo en el centro y en el control de la situación y que sea ella y no el personal de salud, quien tome las decisiones de lo que va a ocurrir. Significa dar atención con los procedimientos adecuados que no comprometan la vida de la mujer y del niño, es visualizar holísticamente a la persona. Sin embargo, con frecuencia observamos que la mujer es sometida a una atención despersonalizada, carente de acciones que reflejen el sentido humano de la atención.

El presente trabajo refiere un análisis de la situación que actualmente vive la mujer embarazada durante su trabajo de parto, se comentan los factores sociales que se ven involucrados en este proceso, además del rol de la cuidadora, esto con la finalidad de posibilitar un espacio de reflexión sobre nuestro actuar.

Palabras clave: mujer, parto, cuidado, humanismo.

ABSTRACT

Pregnancy and childbirth are stages in the life of women that leave a trace record, the experience of it has to do with the impact of various situations that revolve around it.

Every woman has the right to receive quality nursing care during labor, with human sense and respect for their dignity. One of the great challenges of the health team is to improve the quality of care offered to women who go into labor, but this is not by improving the technical aspects of attention, but by Humanizing this process. This means understanding that this woman is going to have a baby, a human being, she is not a making children machine. Humanizing birth means putting the woman who is giving birth in the center and in control of the situation, and that she and not the health personnel is the one who make decisions. It means providing care with appropriate procedures that do not endanger the lives of woman nor baby, is to view the person holistically. However, we often observe that women are subjected to a depersonalized care, devoid of actions that reflect the human nature of this process. This paper reports an analysis of the situation that pregnant woman during labor currently undergo, it discusses the social factors involved in this process, in order to allow for a space of reflection on our actions.

Key words: women, delivery, childbirth care, humanism.

¹ Facultad de Estudios Superiores, Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.

Artículo Recibido: 1º de julio de 2010; **Artículo Aceptado:** 28 de julio de 2010

Correspondencia: Mtra. Ericka García Zeferino. Av. de los Barrios 1, Col. Reyes Iztacala, Tlanepantla Estado de México, C.P. 54090, Correo electrónico: gazeflak@yahoo.com.mx.

INTRODUCCIÓN

Desde hace 200 años los cuidados en la embarazada eran llevados por mujeres. Los cuidados prenatales existen desde la época prehispánica y en ese tiempo la partera llevaba el nombre de Tlamatquicitl,¹ tenía una función relevante dentro de la sociedad azteca, contaba con un prestigio diferente al de las demás mujeres aztecas, tenía la categoría de sacerdotisa, mujer socializadora, consejera en asuntos matrimoniales y educadora en salud, por lo cual era considerada una mujer sabia. Las parteras eran adiestradas por sus madres o sus abuelas, el conocimiento se transmitía de generación en generación.² Todas las funciones que desempeñaba la partera azteca eran muy importantes, ya que se cree que ésta fue una mujer en la cual podía depositar otra mujer la salud de ella y la de su hijo.

Para los aztecas, las creencias y temores mágico-religiosos estaban íntimamente ligados a la salud y a la enfermedad. La atención a la salud incluía la práctica de ritos y el suministro y aplicación de compuestos y brebajes medicinales, obtenidos de diversas plantas y animales, así como las intervenciones quirúrgicas, los baños medicinales, de purificación y otras prácticas similares.³ La gestación y el nacimiento de un niño representaban uno de los actos más trascendentales del misterio religioso indígena. La Tlamatquicitl pasaba a formar parte de la familia. Al acercarse la fecha del parto se iniciaban los baños de vapor de temazcal y se procedía a la exploración de la embarazada⁴, pero sobre todo procuraba que la embarazada estuviera rodeada de un clima de felicidad. Esas mujeres poseían gran destreza técnica para preservar la integridad del bebé y un ejemplo es cómo ellas consideraban un mal pronóstico la ruptura prematura de la bolsa amniótica. Su trabajo también explica el papel femenino o masculino dentro de la sociedad azteca y un ejemplo es el de la tradición en relación al cordón umbilical, ya que si era de niña se enterraba en las cenizas del hogar y si era niño se enterraba en el campo de batalla. Como se puede observar, la Tlamatquicitl ejercía el poder como una relación de fuerzas y una situación estratégica en una sociedad determinada⁵, en este caso la sociedad azteca. Ella bautizaba a los niños tomando en cuenta los fenómenos celestes, cuidaba a la mujer durante el puerperio, la orientaba sobre su alimentación, reposo, aseo personal y atención al recién nacido, durante dos años.

Pero al consumarse la conquista española, el ritual de la atención materno-infantil, fue desapareciendo paulatinamente, aunque continuaba en forma clandestina. Las Tlamatquicitl fueron perseguidas por la nueva jerarquía religiosa⁴. Esta mujer que tenía importancia vital en la vida azteca, fue lentamente transformándose en la partera empírica.

Con el surgimiento de la medicina moderna y la institucionalización de la atención a la salud, la partera empírica a su vez fue perdiendo su práctica en los sitios urbanos y confinó en gran medida a las áreas rurales del país.

Al desaparecer las Tlamatquicitl y reducirse las parteras, los médicos se forman como obstetras y la mayoría de los partos comenzaron a ser atendidos en el ámbito institucional por profesionistas masculinos, bajo protocolos y rutinas que dejan fuera los aspectos anteriormente señalados en la práctica tradicional, donde la mujer en trabajo de parto era tratada con atención personalizada y de alta calidad humanística.

DESARROLLO

Como se ha podido observar las mujeres tradicionalmente han sido encargadas de atender los partos, en su tiempo también fueron las brujas, las comadronas y las parteras; si bien su práctica era valorada, pero cuando los hombres invadieron esa profesión, y se convirtieron en parteros, este ejercicio profesional alcanzó una categoría más alta.⁶ Al mismo tiempo las antiguas parteras fueron objeto de una difamación sistemática, por parte de los nuevos profesionistas, quienes iniciaron una campaña de desacreditación profesional de las mujeres, dando origen a prácticas más complejas y muchas veces innecesarias. Ahora las mujeres llevan un control prenatal sólo en las instituciones, las visitas domiciliarias ya no se realizan y muchos de los procedimientos se efectúan de forma técnico-instrumental y de forma rutinaria y protocolizada.

El nacimiento es un proceso normal y natural, que sin duda requiere vigilancia y control, sin caer en intervenciones innecesarias o abuso de las mismas, como son los tactos vaginales excesivos y la exposición de los genitales de la mujer faltando al respeto de su intimidad. Por otro lado, la mujer no es orientada y asesorada sobre su participación en el trabajo de parto, lo que provoca que se le llame la atención por no colaborar adecuadamente, así como responsabilizarla de los daños que le ocurran al niño o de las lesiones que resulten en ella misma, a lo que la mujer expresa, "nadie me enseñó cómo debía pujar y respirar". Es de mencionar que las mujeres con trabajo de parto prolongado expresan que se sienten abandonadas y que viven el parto en completa soledad.

Podríamos suponer que los profesionales de la salud al brindar la atención consideran ciertos rasgos característicos de la mujer, tales como el instinto maternal, la sensibilidad al dolor, la lealtad, la habilidad, el espíritu de sacrificio y la capacidad de observación y disciplina. Esas características son proyectadas, en congruencia con la ideología dominante que favorece la distinción sexual

atribuyendo a cada género rasgos de carácter que surgen del condicionamiento social,⁷ donde la mujer tiene que aguantar y soportar sin protestar todo durante su trabajo de parto.

Todo esto conlleva a que el trabajo que realizan los profesionales de la salud se vuelva un proceso de enajenación como menciona Marx, "el producto del trabajo es trabajo encarnado con un objeto y convertido en cosa física, este producto es la objetivación del trabajo, el trabajo está enajenado porque ha dejado ser parte de la naturaleza del trabajador y en consecuencia, no se realiza en su trabajo, sino que se niega, experimenta una sensación de malestar más que de bienestar, no desarrolla libremente sus energías mentales y físicas, sino que se encuentra físicamente exhausto y mentalmente abatido."⁸

Los acontecimientos antes mencionados deben ser un punto de reflexión para los profesionales de la salud, médicos y enfermeras, sobre los aspectos humanísticos de la atención y considerar que toda mujer tiene derecho a una atención en el trabajo de parto adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo su participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención adecuada. Tomando en cuenta la importancia que el evento tiene para la vida de la mujer y su hijo.

CONCLUSIONES

Los profesionales de la salud que atienden el trabajo de parto deben analizar y reflexionar sobre el impacto físico y psicológico de sus actitudes e intervenciones sobre la mujer, ya que la humanización no implica solamente acciones para mejorar la calidad de la atención⁹. Debido a que la medicina moderna es una alternativa a la medicina tradicional, esa humanización se refiere a una nueva antropología¹⁰, a una concepción del ser humano, cuya esencia es la ternura, el afecto, la compasión, entendidas como cuidado de la persona con necesidades de salud. Podríamos pensar que la atención del parto debería ser devuelta a la comunidad y atendida por un profesional de enfermería especializado en el área, que brinde un cuidado personalizado, acompañamiento, asesoría y

atención durante todo el proceso, embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo, rescatando los rasgos humanísticos de la atención del parto de forma tradicional.

REFERENCIAS

1. Espinoza de los Reyes VM, Azcárate SS. Antecedentes históricos. En: Cerna Rodríguez JA (coordinador). Vigilancia prenatal. Programa de actualización continua para el ginecoobstetra. PAC-GO-1. Libro 1 Obstetricia. México: Intersistemas; 1988.p:7.
2. Castañeda I, Hierro G. Enfermería ¿cadena o camino? 3ª ed. México: AAPAUNAM; 1988. p. 7-8.
3. Aguirre BG. Antropología Médica. México: Fondo de Cultura Económica; 1994. p. 87-8.
4. Sahagún B. Historia general de las cosas de la Nueva España. México: Instituto de Investigaciones Históricas UNAM; 1993. Tomo VI. p. 153.
5. Foucault M. Microfísica del poder. 3ª ed. España: La Piqueta; 1992. 193 p.
6. Domínguez-Alcón C. Para una sociología de la profesión de enfermería en España. (Acceso 23-08-2008). Consultado en http://dialnet.uniroja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=666937&orden=80964.
7. Lamas M. Programa Universitario de Estudios de Género. México: UNAM; 2003. p. 31-39.
8. Fromm E. Marx y su concepto del hombre. México: Fondo de Cultura Económica; 2005. p. 55-68
9. Fromm E. Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea. México: Fondo de Cultura Económica; 1956. 308 p.
10. Campos R. La antropología médica en México. México: Antologías Universidad Autónoma Metropolitana; 1992. p.9-16.

Hemorragia uterina anormal

Abnormal uterine bleeding

María del Carmen Dubón-Peniche¹

Síntesis de la Queja

Paciente del género femenino de 31 años de edad, que presentó queja en contra de un médico particular, refiriendo que no solucionó el problema hemorrágico-vaginal que presentaba y le extirpó el ovario derecho sin autorización, por ello tuvo que acudir con otro facultativo, quien realizó histerectomía.

Resumen clínico.

Atención brindada por el demandado.

30 de abril de 2008. Reporte de ultrasonido Hpélico-ginecológico: Útero en anteversión de forma y situación habitual, contornos discretamente lobulados, aumentado de tamaño (11.1x4.0x6.1 cm.), en sus ejes longitudinal, anterior y transversal respectivamente; miometrio heterogéneo por imágenes iso e hipoeoicas, la de mayor tamaño (2.9x2.6x3.0 cm.), localizada hacia la región posterior, desplaza al endometrio en sentido anterior, se observa otra imagen de las mismas características a nivel del segmento (3.4x2.6 cm.) y otra hacia región posterior inferior (2.6x2.5 cm.) en sus ejes principales. Endometrio ecogénico, desplazado en sentido anterior. Am-

bos ovarios de forma y tamaño normal, el derecho con patrón ecogénico normal, en el izquierdo centro ecogénico y múltiples imágenes quísticas a la periferia (menores de 3 mm.), ambos ovarios con pequeños quistes foliculares, dimensiones dentro de límites normales: ovario derecho 2.3x2.0x2.3 cm., ovario izquierdo: 4.3x1.9x3.3 cm. Fondos de saco y espacios paravesicales libres. Conclusiones: fibromiomatosis uterina, miomas intramurales de medianos y pequeños elementos, uno de ellos desplaza al endometrio en sentido anterior. Endometrio desplazado en sentido anterior con altura de 5 mm de espesor. Ovario izquierdo poli-quístico. Ovario derecho de características ecográficas normales. Se sugiere correlación clínica.

26 de mayo de 2008. Resultado de biometría hemática: Hemoglobina 11.8, hematocrito 36, plaquetas 258,000, leucocitos 4,300, segmentados 70.0%, bandas 0%, linfocitos 21.0%, monocitos 7.0%, eosinófilos 2.0%, basófilos 0%, neutrófilos en banda 3.0%. Anisocitosis (+++). Tiempo de sangrado 2 minutos. Tiempo de protrombina 11.3 segundos, tiempo parcial de tromboplastina 29 segundos.

8 de junio de 2008. Hoja quirúrgica:

Diagnóstico preoperatorio: cistoadenoma de ovario izquierdo en paciente con paridad satisfecha. Intervención planeada: laparotomía exploradora. Técnica: incisión tipo Pfanelstil disección por planos hasta encontrar útero y localizar fimbria izquierda, encontrando cistoadenoma de ovario izquierdo, realizándose resección cuña del ovario. Se efectúa resección tubárica bilateral, verificando hemostasia. Cuenta de gases y compresas completa, se cerró por planos, sin incidentes ni accidentes. Hallazgos: cistoadenoma de ovario izquierdo, fimbrectomía bilateral.

Hoja de ingreso, hospitalización: Paciente del género femenino de 31 años de edad, con pulso de 60 por minuto, presión arterial 120/80, respiración 20 por minuto, temperatura 36° C. Proviene de quirófano, se encuentra consciente, orientada, abdomen con vendaje compresivo, herida quirúrgica cubierta con apósito. Sonda Foley drenando orina de aspecto claro.

Antecedentes Gineco-obstétricos: menarca a los 12 años, ritmo irregular, embarazos 2, partos 0, abortos 0, cesáreas 2. Grupo "O", Rh negativo.

21:00 horas. Nota de evolución: Discreto dolor en sitio herida quirúrgica; signos vitales en parámetros nor-

¹ Dirección General de Arbitraje, CONAMED.

Artículo Recibido: 12 de mayo de 2010; Artículo Aceptado: 12 de mayo de 2010

Correspondencia: Dra. María del Carmen Dubón Peniche. Dirección General de Arbitraje, CONAMED. Mitla 250, Esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx.

males. Estable, se espera evolución favorable.

9 de junio de 2008. Nota de evolución: Tensión arterial 110/70, frecuencia cardiaca 60 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, temperatura 36° C. Tolera la vía oral, se retiró sonda Foley. Exploración física: consciente, campos pulmonares ventilados; abdomen con herida quirúrgica limpia, peristalsis presente.

15:00 horas. Nota de evolución: Enfermería reporta signos vitales en parámetros normales, afebril, tolera vía oral, canaliza gases. Se retiraron soluciones, se inicia deambulacion. Hidratada, herida quirúrgica limpia, peristalsis presente. Preata.

10 de junio de 2008. Nota de egreso hospitalario: Frecuencia cardiaca 80 por minuto, presión arterial 110/70, respiraciones 20 por minuto, temperatura 36° C. Diagnósticos: quiste de ovario izquierdo/paridad satisfecida.

Receta médica: Reposo relativo, lavar con agua y jabón herida quirúrgica, vendaje abdominal, ketorolaco 10 mg cada 8 horas durante 5 días, ampicilina 500 mg cada 8 horas 7 días, cita a retiro de puntos en siete días.

18 de junio de 2008. Receta médica: Recoverón crema aplicar por la mañana por 7 días.

25 de junio de 2008. Receta médica: Parecoxib aplicar intramuscular una cada 12 horas (tres), bromuro de butilioscina-metamizol ampollitas, aplicar intramuscular una cada 12 horas.

9 de julio de 2008. Reporte de estudio histopatológico: Diagnósticos.- Cuña de ovario izquierdo, cuerpo lúteo hemorrágico.

14 de julio de 2008. Receta médica: Garamicina grageas una diaria por 20 días. Ibuprofeno 600 mg cada 12 horas 7 días. Cita en un mes.

25 de octubre de 2008. Receta médica: Realizar biometría hemática, ultrasonido pélvico ginecológico. Impresión diagnóstica: sangrado vaginal vs. miomatosis uterina.

Atención brindada por otro facultativo.

29 de enero de 2009. Reporte de colposcopia, colpocitología, vaginoso-

nografía e hidrososonografía: Motivo del estudio: hipermenorrea de dos años de evolución, multitratada.

Vulvosocopia: genitales externos femeninos de nulpapa, uretra sin alteraciones, no pérdidas transvaginales.

Especulosocopia: Vagina larga, rugosa y elástica con abundante sangrado en fondos de saco; cérvix central, cónico, eutrófico, vasos inflamatorios inespecíficos en el epitelio plano; orificio cervical externo transversal con eversión glandular mínima.

Colposcopia: Satisfactoria, unión escamo columnar íntegra con metaplasia madura, eversión glandular micro papilar, yodo positividad heterogénea del epitelio escamoso con yodo negatividad heterogénea de bajo tono de todo el epitelio. Impresión diagnóstica: lesión intraepitelial cervical de alto grado probablemente en fase transformante; citología en base líquida; cervicitis crónica.

Vaginosonografía: útero en anteversión, bordes regulares; cérvix anterior, cilíndrico, longitud 1.42 cm., canal endocervical permeable; orificio cervical interno cerrado. Cuerpo uterino piriforme de 8.17x5.46x6.70 cm., miometrio heterogéneo con aumento de las bandas fibróticas. Eco medio endometrial, denso, de aspecto proliferativo, con espesor de 1.31 cm., con formación nodular submucosa de 5.27x1.72 cm., con vascularidad aumentada. A.- Ausencia quirúrgica de ovario derecho. B.- Ovario izquierdo de 3.04x2.19 cm, con dos formaciones quístico- foliculares de 1.69 y 1.37 cm., respectivamente. Fondos de saco libres.

Hidrososonografía: cérvix incompetente en orificio cervical interno, endometrio basal tipo proliferativo inicial con espesor de 0.28 cm., cavidad uterina ocluida casi en su totalidad con gran formación de aspecto polipoideo de 7.39x2.05 con base de implantación en cara posterior lateral izquierda. Histerometría 9 cm. Impresión diagnóstica: sangrado uterino anormal; hiperplasia polipoide endometrial.

14 de febrero de 2009. Hoja de ingreso, hospitalización: Consciente, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen sin datos de irritación perito-

neal. Hemoglobina 9.2, hematocrito 28.2, plaquetas 378,000. Se programa para histerectomía total abdominal.

15 de febrero de 2009. Hoja quirúrgica: Diagnóstico preoperatorio: miomatosis uterina sintomática, poliposis endometrial, síndrome anémico secundario a miomatosis. Intervención planeada: histerectomía total abdominal. Descripción: celiotomía transversa con resección de cicatriz anterior; disección por planos hasta cavidad peritoneal. Útero en anteversión (12x12x10), ausencia quirúrgica de ovario derecho, hidrosalpinx derecho, salpinge y ovario izquierdo firmemente adheridos a colon izquierdo. Plan: se transfunde paquete globular, se envía pieza quirúrgica para estudio histopatológico.

16 de febrero de 2009. Nota de evolución: Leve dolor en herida quirúrgica, tolera vía oral. Sonda Foley a derivación, orina clara. Cardiopulmonar sin compromiso; abdomen sin datos de irritación peritoneal. Se transfundieron dos paquetes globulares, se solicita biometría hemática de control.

17 de febrero de 2009. Nota de egreso hospitalario: Motivo del egreso: mejoría. Diagnósticos finales: miomatosis uterina sintomática, síndrome anémico secundario. Se indican hematínicos.

Reporte de estudio histopatológico: útero con hipertrofia miometrial difusa, adenomiosis florida, endometrio proliferativo complejo. Cérvix con lesión intraepitelial de bajo grado, asociada a infección por virus del papiloma humano, cervicitis quística crónica.

Análisis del Caso

Para el estudio del caso se estiman necesarias las siguientes precisiones:

Atendiendo a la literatura especializada, los quistes funcionales no neoplásicos, son tumoraciones que no poseen capacidad de crecimiento propia; son quistes benignos, de tipo funcional. Los más comunes son quistes foliculares y del cuerpo lúteo. Se deben a falla en la regresión del folículo o del cuerpo

amarillo. Habitualmente, en los quistes luteínicos, después de la ovulación la sangre se acumula en la cavidad central, formando el cuerpo hemorrágico y en la gran mayoría de los casos, se produce regresión espontánea. En ocasiones un quiste del cuerpo lúteo puede crecer de 3 a 8 centímetros, al romperse, la sangre drena hacia cavidad abdominal, produciendo un cuadro de abdomen agudo.

Por su parte, las neoplasias del epitelio celómico, incluyen una variedad de tumores ováricos, entre ellos el cistadenoma, el cual tiene cierta potencialidad maligna y en 20% a 30% de los casos es bilateral. Su tamaño es muy variable, desde pocos centímetros hasta grandes tumores pélvicos. La mayoría son multiloculados y su contenido varía de acuerdo a su estirpe histológica (seroso, mucinoso, endometroide). Generalmente aparecen entre los 20 y 50 años de edad.

La literatura especializada, establece que la adenomiosis consiste en la presencia de glándulas endometriales y estroma en el miometrio, distribuidas al azar, de localización variada: superficial, profunda, focal, difusa o extensa. Su etiología y mecanismo patológico se relaciona con concentraciones elevadas de estrógenos. Suele aparecer en multíparas mayores de 30 años, puede ser asintomática o acompañarse de menorragia y dismenorrea progresivas.

Es una enfermedad no maligna, de diagnóstico casi siempre retrospectivo; es decir, se encuentra como hallazgo en 8% al 40% de úteros obtenidos por histerectomía. Contribuyen al diagnóstico clínico la histerosalpingografía y el ultrasonido vaginal, así como la resonancia magnética, que muestran hiperplasia del miometrio, nódulos, endometrio engrosado y quistes o focos hemorrágicos en el músculo uterino. El tratamiento de adenomiosis es la histerectomía, la cual permite establecer el diagnóstico de certeza mediante el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

En relación a los pólipos endometriales, es necesario mencionar, que en términos de la literatura especializada, se trata de tumores de tejido

que sobresalen de las estructuras circunvecinas sanas del endometrio. Son tumores ovoides, lisos, color rojizo o pardo, más frecuentes entre los 29 y 59 años. Pueden ser aislados o múltiples, pediculados o sésiles y su tamaño varía desde 1 mm a 2 mm de diámetro hasta tumores que llenan la cavidad uterina.

Los pólipos suelen sufrir transformación maligna, se manifiestan fundamentalmente por menorragia recurrente con útero de tamaño normal. El diagnóstico fundamentalmente es por histeroscopia. El tratamiento debe valorarse conforme al cuadro clínico de cada paciente, pues éste puede ser mediante histerectomía, extirpación del pólipo por torsión del pedículo, o bien, legrado fraccionado, debido a su relación con carcinoma endometrial. Cabe mencionar, que mediante el legrado, puede existir recurrencia.

En el presente caso, la paciente fue intervenida quirúrgicamente el 8 de junio de 2008 con diagnóstico de cistoadenoma de ovario izquierdo más paridad satisfecha. Durante la cirugía, el facultativo demandado encontró cistoadenoma de ovario izquierdo, por ello efectuó cuña del citado ovario y fimbriectomía bilateral, según lo acredita la hoja quirúrgica.

En ese sentido, el demandado no demostró haber estudiado suficientemente a la paciente antes de intervenirla quirúrgicamente. En efecto, no aportó notas de consultas previas a la operación, tampoco historia clínica, ni estudios complementarios para sustentar el diagnóstico de cistoadenoma.

En el expediente se reportó ultrasonido pélvico del 30 de abril de 2008, el cual concluyó que la paciente presentaba útero con fibromiomatosis uterina, miomas intramurales de medianos y pequeños elementos; ovario izquierdo poliquístico y ovario derecho de características ecográficas normales. En esos términos, dicho estudio no sustenta la presencia del cistoadenoma ovárico.

Lo anterior, demuestra que el facultativo demandado, incumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico en la atención de la paciente, al no estudiarla de manera suficiente antes de

realizar la cirugía, incurriendo así en mala práctica, por negligencia.

Esto se confirmó mediante el estudio histopatológico fechado el 9 de julio de 2008, el cual fue concluyente al establecer que el ovario izquierdo presentaba cuerpo lúteo hemorrágico; es decir, no existía el cistoadenoma aducido por el demandado, quien pese a ello, efectuó resección en cuña de ovario izquierdo, incumpliendo lo establecido por la *lex artis* especializada.

Así las cosas, quedó demostrado que el demandado intervino quirúrgicamente a la paciente, sin sustentar debidamente el diagnóstico de cistoadenoma. Cabe mencionar, que atendiendo a la literatura de la especialidad, el cuerpo lúteo hemorrágico, se reabsorbe de manera espontánea y generalmente no requiere tratamiento quirúrgico. Esto es un elemento más, para tener por cierta la negligencia observada.

De igual forma, el demandado incumplió lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, siendo de especial interés señalar en este caso, que uno de los mínimos de calidad y de atención profesional y ética exigidos en la prestación médica, es el de que todo paciente debe tener un expediente clínico y en él deben registrarse los actos médicos realizados.

A mayor abundamiento, el demandado en su hoja quirúrgica no describió las características del ovario izquierdo (aspecto, dimensiones, consistencia, etc.) ni del ovario contralateral, exploración necesaria ante la presencia de cualquier tumor ovárico; tampoco reportó las características del útero.

Por otra parte, en su informe médico, el facultativo demandado, reconoció que la paciente se comunicó telefónicamente debido a que presentaba hipermenorrea abundante, por ello indicó tratamiento, lo cual acredita que nuevamente incurrió en mala práctica, al incumplir sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, pues ni siquiera valoró clínicamente a la enferma para identificar la causa del sangrado transvaginal. Más aun, el propio demandado reconoció que en más de dos ocasiones, indicó trata-