

Volumen 6 - Número Especial - Octubre/Diciembre 2019

REVISTA INCLUSIONES

REVISTA DE HUMANIDADES
Y CIENCIAS SOCIALES
ISSN 0719-4706

*Equidad, Ciudadanía
y Enfoque de derechos*

EDITORES

MILADY GUEVARA

Universidad de Carabobo, Venezuela

IRIS TERÁN

Universidad de Carabobo, Venezuela

**CUADERNOS DE SOFÍA
EDITORIAL**

CUERPO DIRECTIVO

Directores

Dr. Juan Guillermo Mansilla Sepúlveda

Universidad Católica de Temuco, Chile

Dr. Francisco Ganga Contreras

Universidad de Los Lagos, Chile

Subdirectores

Mg © Carolina Cabezas Cáceres

Universidad de Las Américas, Chile

Dr. Andrea Mutolo

Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México

Editor

Drdo. Juan Guillermo Estay Sepúlveda

Editorial Cuadernos de Sofía, Chile

Editor Científico

Dr. Luiz Alberto David Araujo

Pontificia Universidade Católica de Sao Paulo, Brasil

Editor Brasil

Drdo. Maicon Herverton Lino Ferreira da Silva

Universidade da Pernambuco, Brasil

Editor Europa del Este

Dr. Alekzandar Ivanov Katrandhiev

Universidad Suroeste "Neofit Rilski", Bulgaria

Cuerpo Asistente

Traductora: Inglés

Lic. Pauline Corthorn Escudero

Editorial Cuadernos de Sofía, Chile

Traductora: Portugués

Lic. Elaine Cristina Pereira Menegón

Editorial Cuadernos de Sofía, Chile

Portada

Sr. Felipe Maximiliano Estay Guerrero

Editorial Cuadernos de Sofía, Chile

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Carolina Aroca Toloza

Universidad de Chile, Chile

Dr. Jaime Bassa Mercado

Universidad de Valparaíso, Chile

Dra. Heloísa Bellotto

Universidad de Sao Paulo, Brasil

Dra. Nidia Burgos

Universidad Nacional del Sur, Argentina

Mg. María Eugenia Campos

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Francisco José Francisco Carrera

Universidad de Valladolid, España

Mg. Keri González

Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México

Dr. Pablo Guadarrama González

Universidad Central de Las Villas, Cuba

Mg. Amelia Herrera Lavanchy

Universidad de La Serena, Chile

Mg. Cecilia Jofré Muñoz

Universidad San Sebastián, Chile

Mg. Mario Lagomarsino Montoya

Universidad Adventista de Chile, Chile

Dr. Claudio Llanos Reyes

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Dr. Werner Mackenbach

Universidad de Potsdam, Alemania

Universidad de Costa Rica, Costa Rica

Mg. Rocío del Pilar Martínez Marín

Universidad de Santander, Colombia

Ph. D. Natalia Milanesio

Universidad de Houston, Estados Unidos

Dra. Patricia Virginia Moggia Münchmeyer

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Ph. D. Maritza Montero

Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Dra. Eleonora Pencheva

Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria

Dra. Rosa María Regueiro Ferreira

Universidad de La Coruña, España

Mg. David Ruete Zúñiga

Universidad Nacional Andrés Bello, Chile

Dr. Andrés Saavedra Barahona

Universidad San Clemente de Ojrid de Sofía, Bulgaria

Dr. Efraín Sánchez Cabra
Academia Colombiana de Historia, Colombia

Dra. Mirka Seitz
Universidad del Salvador, Argentina

Ph. D. Stefan Todorov Kapralov
South West University, Bulgaria

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

Comité Científico Internacional de Honor

Dr. Adolfo A. Abadía
Universidad ICESI, Colombia

Dr. Carlos Antonio Aguirre Rojas
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Martino Contu
Universidad de Sassari, Italia

Dr. Luiz Alberto David Araujo
Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo, Brasil

Dra. Patricia Brogna
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Horacio Capel Sáez
Universidad de Barcelona, España

Dr. Javier Carreón Guillén
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Lancelot Cowie
Universidad West Indies, Trinidad y Tobago

Dra. Isabel Cruz Ovalle de Amenabar
Universidad de Los Andes, Chile

Dr. Rodolfo Cruz Vadillo
Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, México

Dr. Adolfo Omar Cueto
Universidad Nacional de Cuyo, Argentina

Dr. Miguel Ángel de Marco
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dra. Emma de Ramón Acevedo
Universidad de Chile, Chile

Dr. Gerardo Echeita Sarrionandia
Universidad Autónoma de Madrid, España

Dr. Antonio Hermosa Andújar
Universidad de Sevilla, España

Dra. Patricia Galeana
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dra. Manuela Garau
Centro Studi Sea, Italia

Dr. Carlo Ginzburg Ginzburg
Scuola Normale Superiore de Pisa, Italia
Universidad de California Los Ángeles, Estados Unidos

Dr. Francisco Luis Girardo Gutiérrez
Instituto Tecnológico Metropolitano, Colombia

José Manuel González Freire
Universidad de Colima, México

Dra. Antonia Heredia Herrera
Universidad Internacional de Andalucía, España

Dr. Eduardo Gomes Onofre
Universidade Estadual da Paraíba, Brasil

Dr. Miguel León-Portilla
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Miguel Ángel Mateo Saura
Instituto de Estudios Albacetenses "Don Juan Manuel", España

Dr. Carlos Tulio da Silva Medeiros
Diálogos em MERCOSUR, Brasil

+ Dr. Álvaro Márquez-Fernández
Universidad del Zulia, Venezuela

Dr. Oscar Ortega Arango
Universidad Autónoma de Yucatán, México

Dr. Antonio-Carlos Pereira Menaut
Universidad Santiago de Compostela, España

Dr. José Sergio Puig Espinosa
Dilemas Contemporáneos, México

Dra. Francesca Randazzo
Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Honduras

Dra. Yolando Ricardo

Universidad de La Habana, Cuba

Dr. Manuel Alves da Rocha

Universidade Católica de Angola Angola

Mg. Arnaldo Rodríguez Espinoza

Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica

Dr. Miguel Rojas Mix

*Coordinador la Cumbre de Rectores Universidades
Estatales América Latina y el Caribe*

Dr. Luis Alberto Romero

CONICET / Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dra. Maura de la Caridad Salabarría Roig

Dilemas Contemporáneos, México

Dr. Adalberto Santana Hernández

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dr. Juan Antonio Seda

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dr. Saulo Cesar Paulino e Silva

Universidad de Sao Paulo, Brasil

Dr. Miguel Ángel Verdugo Alonso

Universidad de Salamanca, España

Dr. Josep Vives Rego

Universidad de Barcelona, España

Dr. Eugenio Raúl Zaffaroni

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dra. Blanca Estela Zardel Jacobo

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Comité Científico Internacional

Mg. Paola Aceituno

Universidad Tecnológica Metropolitana, Chile

Ph. D. María José Aguilar Idañez

Universidad Castilla-La Mancha, España

Dra. Elian Araujo

Universidad de Mackenzie, Brasil

Mg. Romyana Atanasova Popova

Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria

Dra. Ana Bénard da Costa

Instituto Universitario de Lisboa, Portugal

Centro de Estudios Africanos, Portugal

Dra. Alina Bestard Revilla

*Universidad de Ciencias de la Cultura Física y el
Deporte, Cuba*

Dra. Noemí Brenta

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dra. Rosario Castro López

Universidad de Córdoba, España

Ph. D. Juan R. Coca

Universidad de Valladolid, España

Dr. Antonio Colomer Vialdel

Universidad Politécnica de Valencia, España

Dr. Christian Daniel Cwik

Universidad de Colonia, Alemania

Dr. Eric de Léséulec

INS HEA, Francia

Dr. Andrés Di Masso Tarditti

Universidad de Barcelona, España

Ph. D. Mauricio Dimant

Universidad Hebrea de Jerusalén, Israel

Dr. Jorge Enrique Elías Caro

Universidad de Magdalena, Colombia

Dra. Claudia Lorena Fonseca

Universidad Federal de Pelotas, Brasil

Dra. Ada Gallegos Ruiz Conejo

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

Dra. Carmen González y González de Mesa

Universidad de Oviedo, España

Ph. D. Valentin Kitanov

Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria

Mg. Luis Oporto Ordóñez

Universidad Mayor San Andrés, Bolivia

Dr. Patricio Quiroga

Universidad de Valparaíso, Chile

REVISTA INCLUSIONES

REVISTA DE HUMANIDADES
Y CIENCIAS SOCIALES

Dr. Gino Ríos Patio

Universidad de San Martín de Porres, Per

Dr. Carlos Manuel Rodríguez Arrechavaleta

Universidad Iberoamericana Ciudad de México, México

Dra. Vivian Romeu

Universidad Iberoamericana Ciudad de México, México

Dra. María Laura Salinas

Universidad Nacional del Nordeste, Argentina

Dr. Stefano Santasilia

Universidad della Calabria, Italia

Mg. Silvia Laura Vargas López

Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México

CUADERNOS DE SOFÍA EDITORIAL

Dra. Jaqueline Vassallo

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Dr. Evandro Viera Ouriques

Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil

Dra. María Luisa Zagalaz Sánchez

Universidad de Jaén, España

Dra. Maja Zawierzeniec

Universidad Wszechnica Polska, Polonia

Editorial Cuadernos de Sofía

Santiago – Chile

Representante Legal

Juan Guillermo Estay Sepúlveda Editorial

Indización, Repositorios y Bases de Datos Académicas

Revista Inclusiones, se encuentra indizada en:





REX



UNIVERSITY OF
SASKATCHEWAN



Universidad
de Concepción

BIBLIOTECA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN



**VOCES DE MUJERES QUE DENUNCIAN LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA:
REVISIÓN MANUAL UTERINA COMO RUTINA**

**VOICE OF WOMEN WHO DENOUNCE OBSTETRIC VIOLENCE:
MANUAL EXPLORATION OF THE UTERINE CAVITY AS A ROUTINE POSTPARTUM METHOD**

Dra. Marbella Camacaro Cuevas

Universidad de Carabobo, Venezuela
bellacarla1802@hotmail.com

MD. Marienela Arismendi Serrano

Universidad de Carabobo, Venezuela
nelaarismendi@gmail.com

MD. Estefany Orellana Cabrera

Universidad de Carabobo, Venezuela
stedanyorellanacg@gmail.com

MD. Mishelle Pinto Ramos

Universidad de Carabobo, Venezuela
shellegr@gmail.com

Dra. María Naranjo

Universidad de Carabobo, Venezuela
marjodos@gmail.com

Fecha de Recepción: 30 de abril de 2019 – **Fecha Revisión:** 15 de mayo de 2019

Fecha de Aceptación: 30 de junio de 2019 – **Fecha de Publicación:** 10 de septiembre de 2019

Resumen

La revisión manual de la cavidad uterina es un procedimiento que se aplica en la tercera etapa del parto, cuando hay indicaciones precisas, sin embargo, evidenciamos que se practica de forma rutinaria en muchos de los centros de atención obstétrica en nuestro país y América latina. Son las parturientas que asisten a estos centros de atención, quienes reciben la revisión manual de la cavidad uterina, por tanto asumimos en esta investigación la perspectiva/metodología de género a través del abordaje cualitativo para indagar y precisar los aspectos subjetivos de las experiencias vividas por las mujeres cuyos partos fueron atendidos en el Hospital Central de Maracay, centro de atención tipo IV que cuenta con el postgrado de Ginecología y Obstetricia avalado por la Universidad de Carabobo; eso se logró al aplicar entrevistas cualitativas semiestructuradas, con una representatividad dada por la saturación del conocimiento que se alcanza con 21 mujeres. Se logra conocer así que, la revisión manual de la cavidad uterina es un procedimiento practicado de forma rutinaria, mecanizada e injustificada, donde la mujer recibe poca información y accede a su realización por temor a su integridad y vitalidad, aun cuando deba soportar un estímulo doloroso de gran intensidad; perdiendo con ello la autonomía y apropiación de su cuerpo.

Palabras Claves

Revisión uterina – Rutina obstétrica – Violencia obstétrica – Parto medicalizado

DRA. MARBELLA CAMACARO CUEVAS / MD. MARIENELA ARISMENDI SERRANO / MD. ESTEFANY ORELLANA CABRERA
MD. MISHELLE PINTO RAMOS / DRA. MARIA NARANJO

Abstract

The manual exploration of the uterine cavity is a procedure that is applied in the third stage of labor, when there are precise indications; however, we evidenced that it is practiced routinely in many obstetric care centers in our country as well as in other Latin American countries. The women in labor are the ones who attend these centers of obstetric care and who receive manual exploration of the uterine cavity; therefore we assume in this research the perspective/methodology of gender through a qualitative approach to investigate and clarify the subjective aspects of the experiences lived by women whose childbirths were attended at the Central Hospital of Maracay, type IV care center through the postgraduate studies in Gynecology and Obstetrics supported by the University of Carabobo. This was achieved by applying semi-structured qualitative interviews with a representativeness given by the saturation of knowledge reached with 21 women. It is possible to know that manual examination of the uterine cavity is a routine, mechanized and unjustified procedure, where women receive little information and usually approve it due to fear of their integrity and vitality, even when they must endure an intense and painful stimulus while losing the autonomy and appropriation of their own bodies.

Keywords

Manual uterine exploration – Obstetric routine – Obstetric violence – Medicalized labor

Para Citar este Artículo:

Camacaro Cuevas, Marbella; Arismendi Serrano, Marienela; Orellana Cabrera, Estefany; Pinto Ramos, Mishelle; Naranjo María. Voces de mujeres que denuncian la violencia obstétrica: Revisión manual uterina como rutina. Revista Inclusiones Vol: 6 num Especial (2019): 14-35.

Exordios

Con la aquiescencia de quienes leen este trabajo requerimos sentar algunos aspectos vinculados con la temática desarrollada en el contexto del mismo, dado que disertar sobre violencia obstétrica, no solo como problema de salud pública sino como asunto de derechos humanos de las mujeres, tiene muy corta data en las agendas públicas, académicas y de investigación en América latina. Por ello, es relevante de acotar que Venezuela es el primer país en América latina en categorizar la violencia obstétrica como un tipo de violencia de género, una vez que logramos introducirlo en el articulado de la *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*.

Que este debate haya tenido un retraso histórico en las agendas públicas sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, connota, comparado con otros tópicos, exigua producción intelectual desde los espacios académicos.

Contar con este marco legal nos legitima para subvertir la hegemonía de la concepción epidemiológica sobre la salud reproductiva de las mujeres, la cual obvia, entre otros aspectos, la referencia de la praxis médica como posible causa de morbi-mortalidad, quedando oculto así la responsabilidad que el tipo de organización social, la institución hospitalaria, la práctica médica, entre otras, puedan tener. La revisión uterina como conducta de rutina obstétrica constituye una conducta iatrogénica violatoria de los derechos humanos de las mujeres.

Hilo contextual del trabajo

A lo largo de la historia las mujeres tuvieron grandes saberes sobre salud, especialmente vinculados con sus procesos reproductivos, gozaban de respeto y credibilidad dentro de la comunidad. Con el paso del tiempo esta autonomía y prestigio les fue arrebatada por la ciencia, la cual fue pensada/construida por los hombres, quienes desconocían el cuerpo/psiquis de las mujeres, específicamente relativo a procesos reproductivos. Al respecto señala Mabel Burín:

“A partir del siglo XIII la medicina comenzó a tener un carácter exclusivamente académico y para los sectores sociales superiores y solo para varones, (...) las mujeres que tenían conocimiento de hierbas, ungüentos, jarabes, de traumatología, de ginecología, comenzaron a ser acusadas de que su saber provenía de pactos con el demonio, y fueron perseguidas sistemáticamente”¹

Antecedentes de investigaciones nacionales y latinoamericanas evidencian que las mujeres, hoy por hoy, están pariendo en condiciones no adecuadas y son víctimas de violencia obstétrica, fundamentalmente por abuso de medicalización y rutinas obstétricas, Canevari en una investigación en el área obstétrica hospitalaria, evidencia que el uso y abuso de medicamentos y de prácticas de rutina es una forma de ejercicio de la violencia y genera iatrogenia, señalando:

¹ Mabel Burin, “Nuevas perspectivas en salud mental de mujeres”. En *Las Mujeres en la Imaginación Colectiva. Una historia de discriminación y resistencia*, eds. Ana M. Fernández (Buenos Aires: Ed. Paidós, 1993), 316.

“Es indignante comprobar cómo se siguen cometiendo en los hospitales violencias tales como no permitir que alguien acompañe a las parturientas; no informar los procedimientos a seguir, ni siquiera a los familiares; no informar a los familiares si nació o no la criatura; que las mujeres deban parir acostadas; el uso y el abuso de los medicamentos; los gritos durante el parto; la exposición de las mujeres ante alumnos y alumnas; culpabilizarlas de los problemas, incidentes y complicaciones que hubiere durante la internación; las continuas amenazas de posibilidad de muerte de sus bebés, son relatados como rutinas habituales.²

Nos preguntamos ¿Cuál es la verdadera razón por la que los partos se siguen atendiendo en estas circunstancias? Se puede decir que muchos son los involucrados en que no se cumplan las condiciones óptimas para la atención humanizada de las parturientas, pero este no es un problema de voluntades ni malas intenciones, se trata del predominio de un aprendizaje que se da de generación en generación sin dar un alto para autoevaluarse en su hacer “científico”.

Relativo a esta realidad, el obstetra Burgos acota:

“...los obstetras se muestran reticentes a verificar la eficacia de sus prácticas. Esta disciplina, como muchas otras, suelen imperar opiniones y prácticas “aceptadas” sustentadas en mitos no verificados científicamente (...) es necesario revisar y actualizar los protocolos según las distintas evidencias que surjan de la clínica considerando la singularidad de cada parto y nacimiento”.³

En la actualidad los partos pasaron de ser hechos privados y familiares, en casa, a ser un acto médico/hospitalario, el cual debe ser vigilado, intervenido e interrumpido por la medicalización, la cual trae consigo conductas/maniobras de rutina por parte del equipo de salud que puede causar condiciones de estrés físico y emocional a las parturientas, donde el calor y confianza que debe rodear un acto de parto/nacimiento pasa a ser despersonalizado, en soledad y altamente intervenido. Surgen las interrogantes ¿En qué punto la vigilancia se vuelve control? ¿Lo fisiológico se convertirá en patológico? ¿Cuándo la búsqueda de una buena resolución se vuelve un proceso que incapacita a las mujeres a decidir sobre su cuerpo y la manera en que quieren traer a su hijo/a al mundo?; en la búsqueda de respuestas a estas interrogantes se han producido movimientos de mujeres que han llevado a crear consensos internacionales y leyes nacionales que custodian los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres.

Venezuela ha formado parte de dichos convenios Internacionales, lo cual obligo/permitió la aprobación en el 2007 de la “*Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*”, constituyéndose en el marco legal máximo que ampara a las mujeres; siendo de interés para nuestro trabajo referir, que este instrumento en su versión más vigente, contempla la Violencia Obstétrica como:

“**Artículo 15** (...) 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

² Cecilia Canevari, *Cuerpos Enajenados: experiencia de mujeres en una maternidad pública*. (Santiago del Estero: Barco Edita, 2011), 8.

³ Carlos Burgos, *Parir con Pasión: escenarios, escenas y protagonistas del parto y del nacimiento*. (Buenos Aires: Longseller, 2004), 22.

Voces de mujeres que denuncian la violencia obstétrica: Revisión manual uterina como rutina pág. 18

procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.”⁴

A demás, en su artículo 51 especifica como actos que constituyen violencia obstétrica los siguientes:

- “1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.”⁴

Es relevante hacer énfasis en la importancia que tiene que la violencia obstétrica se tipifique como un tipo de violencia de género en una ley orgánica, pues significa que:

- Sus disposiciones prevalecen sobre otras leyes; desarrolla principios constitucionales en materia de derechos humanos de las mujeres y recoge los tratados internacionales en la materia.
- Concepción más amplia de la violencia de género.
- Se desarrolla dentro del Tribunal Supremo de Justicia: creación de los tribunales de violencia contra la mujer como órganos especializados en justicia de género.
- Se amplía el concepto de flagrancia.
- Consagra un catálogo de medidas de protección y seguridad de inmediata aplicación por parte de los órganos receptores de denuncia.

Un dato relevante es que su categorización en dicha ley es uno de los primeros pasos que obliga al estado a diseñar políticas públicas que den respuesta a las necesidades de enfrentar la salud sexual y los derechos reproductivos de las mujeres desde otro paradigma con estrategias/programas/acciones que permitan concretar una atención no medicalizada, que rescate el proceso natural de la reproducción femenina y un trato que dignifique los derechos sexuales/reproductivos y la vida de las mujeres y de sus hijos e hijas. Tarea que hasta hoy sigue inconclusa o en una deuda histórica con las mujeres.

Los avances que se han dado por contar con un instrumento legal como dicha ley connota una posibilidad de tener un piso legal para conseguir los cambios necesarios en

⁴ Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia. Gaceta Oficial N° 40.551. República Bolivariana de Venezuela. 2017, 8,18.

relación a las rutinas médicas obstétricas pautadas en las salas de atención hospitalaria. Por ello Marbella Camacaro enfatiza:

“Categorizar la violencia obstétrica ha sido el resultado de enfrentar el modelo bio-médico de la obstetricia institucionalizada, lo cual ha sido un debate difícil, pues como toda disciplina su ropaje “científico” le confiere de antemano un lugar de verdad incuestionable, convirtiendo el hacer profesional en un proceso saturado de normas y rutinas inamovibles e irrefutables, que silencian a las parturientas, donde no cabe diálogo sino obediencia porque ellas están avasalladas por dichas normas y rutinas, dejándoles pocas posibilidades de confrontación dado que son el objeto de trabajo y no las sujetas protagónicas de su propio proceso”.⁵

Dando sustento a este debate también se cuenta con manuales y protocolos de organismos internacionales como la OMS y OPS para la atención del parto, donde explican, prohíben y/o desaconsejan aplicar ciertos procedimientos que actualmente siguen siendo realizados por el personal de salud a diario, por ejemplo: suspensión de la vía oral, rasurado de genitales, enemas, episiotomías sin indicación clara, no permitir el apego precoz entre la madre y el bebé, entre muchos otros que han sido objeto de múltiples investigaciones a lo largo del mundo. Esta realidad es demostrada en investigaciones en el país, Camacaro⁶ manifiesta en la búsqueda del análisis de las conductas de rutina obstétricas que incurren en actos de violencia (...) el uso de oxitócicos, la episiotomía rutinaria, la estimulación de los pezones y la revisión manual de la cavidad uterina rutinaria. Esta última maniobra de rutina viene a constituir el interés central de nuestra investigación.

La revisión manual de la cavidad uterina de forma rutinaria, es un procedimiento del que poco se habla, pero se hace uso habitual después del parto, así como señala Alvirde y Rodríguez: “la revisión uterina ya forma parte de la normativa habitual de muchos centros obstétricos”⁷ y que podemos corroborar su registro en las notas de parto realizadas en nuestros centros hospitalarios.

“Siendo la revisión uterina posparto un procedimiento muy frecuente en todas las instituciones de atención obstétrica, llama la atención la poca importancia que se le da a este tema y la falta de evaluación en cuanto a técnicas de asepsia y antisepsia previas a dicho procedimiento; esto cobra mayor importancia en hospitales universitarios, donde existe personal en entrenamiento y en cambio continuo, por lo que se requiere de normas específicas al respecto.”⁸

La realidad actual no se opone a la realidad que pudo encontrar la autora antes mencionada hace 20 años cuando realizó su investigación, porque aún sigue existiendo,

⁵ Marbella Camacaro, “La atención respetada del parto/nacimiento será una política pública en ciernes... inconclusa... o una quimera...?”, Revista venezolana de estudios de la mujer Vol: 21 num 47 (2016): 150.

⁶ Marbella Camacaro, Mariangel Ramírez, Lissete Lanza y Mercedes Herrera, “Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica”, Utopía y Praxis, Vol: 20 num 68 (2015): 113-120.

⁷ Oswaldo Alvirde y Gerardo Rodríguez, “Revisión rutinaria de cavidad uterina en el postparto inmediato”. Archivos de Investigación Materno Infantil, Vol: 1 Num 2. (2009): 58.

⁸ Amparo Díaz, “La revisión uterina posparto: ¿factor de riesgo para infección puerperal?”, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Vol: 49 num 3 (1998): 153.

en lo que a descripción, conceptos y protocolos se refiere, un vacío científico que justifica la aplicación de la revisión manual de la cavidad uterina de rutina; es un procedimiento que poco se describe en los tratados de obstetricia, incluso los usados en los postgrados y especialidades universitarias.

Félix describe como parte de la atención que se debe brindar a la parturienta luego del alumbramiento lo siguiente:

“Después de expulsada la placenta, revisar que no existan lesiones o sangrados aparatosos; es recomendable aprovechar si la paciente está anestesiada correctamente por medio de bloqueo peridural o anestesia general; introducir la mano o la pinza de Forrester con una gasa montada hasta el fondo uterino del canal vaginal para descartar que no queden restos placentarios o membranosos; si la paciente no está anestesiada entonces el correcto deslizamiento sin tracciones precipitadas y maniobras bien dirigidas son suficientes para que no queden restos placentarios.”⁹

Parece ser que la revisión manual uterina puede ser un procedimiento opcional y únicamente justificado ante la evidencia clínica, o paraclínica, de retención de restos placentarios o membranosos, siendo innecesaria y en algunas ocasiones perjudicial, si estos hallazgos no se encuentran. La aplicación de anestesia para la realización de este procedimiento según reseña el autor, de manera vehemente, constituye un requisito indispensable; y no es de extrañarse ya que esta práctica está catalogada según la OMS como “categoría D: actos que son llevados a cabo frecuentemente de manera errónea” y también como “categoría B: actos que son claramente dañinos o inefectivos y debieran ser eliminados”.¹⁰

En base lo anterior, creemos necesario generar un impacto en la población médica y trabajadores en el área de salud sobre este evento, que marca de manera tan significativa la vida de las parturientas y que en nuestra formación genera hábitos que se han transmitido de generación en generación, viendo a la mujer como objeto de trabajo y no como un ser humano sujeta de derechos; aun cuando la revisión de la evidencia indica que esta práctica se ha realizado de manera errónea y no es efectiva como procedimiento de rutina para ser admitido dentro de los protocolos de atención obstétrica, confirmado por estudios clínicos que concluyen que:

“...la exploración uterina postparto de rutina y el curetaje con gasa del útero es un procedimiento doloroso que no está clínicamente indicado para reducir el riesgo potencial de hemorragia postparto o endometritis y es innecesario seguirlo de rutina al nacimiento vaginal”¹¹

Es compromiso y deber de la academia que el/la médico/a dentro de su formación integral posea capacidades y destrezas como promotor de salud, labor que es una obligación ética y legal que está contemplada en la *Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva*, señalando que:

⁹ Carlos Félix, *Manual de Maniobras y Procedimientos en la Obstetricia* (México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A., 2006). 297.

¹⁰ Organización Mundial para la Salud. *Cuidados en el Parto Normal: una guía práctica*. Ginebra: Departamento de investigación y Salud reproductiva. 1996, 69,72.

¹¹ Oswaldo Alvirde y Gerardo Rodríguez, “Revisión rutinaria de cavidad uterina en el postparto inmediato”, *Archivos de Investigación Materno Infantil*, Vol: 1 num 2 (2009): 60.

“Utilizar la educación para el autocuidado de la salud como estrategia para la promoción del empoderamiento y la autonomía promoviendo la participación de la familia y la comunidad en los cuidados de la salud sexual y reproductiva de cada uno de sus miembros y en su aporte a localidad de vida personal y colectiva.”¹²

Posee así, el/la médico/a, cierta responsabilidad para garantizar que las embarazadas estén informadas acerca de las opciones que tienen para elegir su forma de parir, y los procedimientos que son necesarios o no en partos catalogados como normales o de bajo riesgo por los mismos obstetras.

Realizar este procedimiento fuera de las indicaciones establecidas y sin las condiciones óptimas predispone a las mujeres atendidas a sufrir complicaciones que ponen en riesgo su vida de forma inmediata o tardía al producir infecciones o traumatismos mecánicos o incluso shock por dolor (OMS).¹³

Las palabras, sentimientos y experiencias relatadas por las madres, se han convertido en algunas de las intenciones y precisiones a indagar en la presente investigación. Ya es necesario proveer voces a quienes se les ha callado durante años, tras la apropiación de sus cuerpos y procesos fisiológicos, opacando su intuición y saberes ancestrales.

Precisión de la problemática

Develar las subjetividades subyacentes construidas por las parturientas sometidas a revisión manual de la cavidad uterina durante sus partos en el servicio de emergencia obstétrica del Hospital Central de Maracay.

Propósito/Intenciones de la investigación

- Captar la atención de la comunidad médica para incentivar la autocrítica y autorreflexión, así como la discusión y creación de información veraz que justifique su práctica médica en relación a la revisión manual de la cavidad uterina.
- Proveer información a los residentes y estudiantes de Obstetricia sobre las implicaciones emocionales, psicológicas y físicas que puede generar la revisión manual uterina rutinaria en las parturientas que atienden.
- Incitar el empoderamiento de las mujeres a través del conocimiento de sus cuerpos, sus procesos y derechos.
- Incentivar el desarrollo de investigaciones con metodologías cualitativas que dan a conocer a profundidad la naturaleza real de este tipo de investigación y que obtiene la participación de la comunidad objeto/sujeto de estudio.

Metodología de la investigación

Esta investigación fue abordada desde la metodología de género la cual surge de la epistemología feminista, entendiendo el género como una categoría de análisis que se

¹² Norma oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva. Ministerio de Salud y Desarrollo social. República bolivariana de Venezuela. 2004. 65.

¹³ organización Mundial para la Salud. Cuidados en el Parto Normal: una guía práctica (Ginebra: Departamento de investigación y Salud reproductiva, 1996).

inscribe como el camino a recorrer para la producción del conocimiento desde la episteme feminista. De Barbieri, plantea:

“el proceso de investigación tiene que adecuar el problema a estudiar, la teoría desde donde pueden ser entendidos y explicado y las manera de proceder a lo largo del desarrollo de la investigación”.¹⁴

De modo que, nuestra investigación la realizamos desde la metodología de género que se nutre de la epistemología feminista, manteniendo una coherencia lógica de vinculación entre la teoría y la metodología.

Modalidad de la investigación

Se realizó desde el abordaje cualitativo, asumiendo su carácter subjetivo, no neutral, dialéctico y sistemático, partiendo de la consideración que el conocimiento es el resultado de la dialéctica entre el/la investigador/a y el/la sujeto/a de estudio. El método cualitativo además, carece de la formulación de hipótesis pues no pretende demostrar teorías existentes sino generar teorías siguiendo una lógica de tipo inductivo, otra característica que define al método cualitativo es que el/la investigador/a no es ajeno/a a la realidad en estudio pues este/a comprende la realidad a la que intenta acceder.¹⁵

El método cualitativo se encuentra en consonancia con la esencia de los estudios de las mujeres, estos parten de una perspectiva de horizontalidad, acercándose al conocimiento desde su propia realidad, identidad y circunstancia, rechazando el mito de la neutralidad.¹⁶

Es así, como nuestra investigación siguiendo un método que da respuesta a una metodología y una episteme, asume la rigurosidad metodológica para la construcción de un conocimiento asumiendo una aproximación a la realidad de forma subjetiva, no neutral, inductiva, dialéctica y sistemática.

Procedimiento para la construcción metodológica

Lugares del encuentro dialógico: El lugar donde se realizó la investigación será el Hospital Central de Maracay (HCM), por ser un centro hospitalario tipo IV, que es referencia regional. Este centro de salud consta también dentro de sus programas universitarios con el postgrado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Carabobo, sede Aragua. Lo que lo convierte en un lugar pertinente para desarrollar esta investigación.

Población/sujeto/objeto de estudio: El grupo humano sujeto/objeto de estudio fueron 21 parturientas atendidas en el servicio de emergencia obstétrica del Hospital Central de Maracay. Las cuales fueron seleccionadas al azar y su participación fue voluntaria previo

¹⁴ Teresita De Barbieri, “Acerca de las propuestas metodológicas feministas”. En Bartra (comp), Debates en torno a una metodología feminista (México, PUEG-UAM, 2002), 20.

¹⁵ Miguel Martínez, “La investigación cualitativa: síntesis conceptual”, Revista de investigación psicológica Vol: 1 num 9 (2006): 123-146. y Mariane Krause, “La investigación cualitativa. Un campo de posibilidades y desafíos”, Temas de educación num 7 (1995): 19-39.

¹⁶ Gloria Comesaña, “Métodos y filosofía feminista. Propuestas metodológicas y conceptuales del feminismo latinoamericano”. Colección de textos universitarios (Venezuela: Ediciones del Vicerrectorado Académico, 2008).

consentimiento informado, para obtener la representatividad de la información usamos el punto de saturación de Bertaux.

Punto de saturación del conocimiento: La representatividad de la información, está garantizada por la calidad de la misma, y el punto límite de dicha representatividad está indicado por el Punto de Saturación del Conocimiento, tal como sugiere Daniel Bertaux¹⁷. Dicho punto de saturación consiste en buscar que una muestra sea representativa, no en un nivel morfológico, sino en el nivel sociológico, en el nivel de las relaciones socio-estructurales. Para ello, se realizan las entrevistas y concomitantemente se van construyendo los análisis; cuando nuevas entrevistas únicamente confirman lo que se viene construyendo, añadiendo solo ligeras variaciones individuales, se considera alcanzada la tendencia en la información recogida, siendo este el punto de saturación.

En el método cualitativo, la obtención del punto de saturación implica la sistematización del material discursivo que nos permitió la obtención de eventos vinculados con el cuerpo teórico de la investigación. La representatividad de la información en la investigación fue alcanzada con 21 participantes, aportando la información para la construcción del cuerpo teórico.

Técnicas de participación: el estudio se llevó a cabo mediante entrevistas cualitativas semiestructuradas grabadas, las cuales:

“presentan un grado mayor de flexibilidad... debido a que parten de preguntas...que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades, reducir formalismos...”¹⁸

Construcción de eventos/núcleos críticos: La deconstrucción de los discursos implica la comprensión del mundo tal y como la construye la propia entrevistada. Su construcción social de la realidad, la hace a partir de los elementos significativos de su experiencia personal. Acceder a esos significantes del/la sujeto/a, tiene que pasar obligatoriamente por asumir una actitud analítica diferente, donde el/la investigador/a y el/la investigado/a entran en un proceso deconstructivo de la realidad social.

Eventos críticos: a través del análisis de los discursos realizados, se logra indagar la realidad que envuelve a las parturientas, quienes son las protagonistas principales de la investigación, ahondando en las vivencias que marcaron su experiencia de parto, permitiéndonos construir 5 eventos importantes a desarrollar durante la investigación, titulados de la siguiente manera:

- La rutina como liberadora de responsabilidad médica.
- Revisión manual de la cavidad uterina como conducta mecanizada.
- Respira, aguanta, el dolor pasa.
- La manipulación de la información como herramienta de la persuasión.

¹⁷ Daniel Bertaux, “De la perspectiva de la historia de la vida a la transformación de la práctica sociológica”. En: La Historia Oral: Métodos y Experiencias. José Marinas y Cristina Santamaría. (Madrid: Editorial Debate, 1993).

¹⁸ Laura Díaz; Uri Torruco, Mildred Martínez y Margarita Varcia, “La entrevista, recurso flexible y dinámico”, Investigación en Educación Superior, Vol: 2 Num 7 (2013): 162.

- *“La doctora me revisó, me metió la mano... no sé qué estaba sacando, pero iba sacando cosas”*

Construcción de la matriz analítica

La rutina como liberadora de responsabilidad médica

En algunas situaciones del ámbito médico se realizan procedimientos que invaden e interrumpen procesos naturales, así como también se realizan actos que se aprendieron de los predecesores, aunque no estén necesariamente basados en protocolos preestablecidos, que mediante estudios y trabajos logren demostrar lo que se debe hacer según el caso que se maneje. La gineco-obstetricia, como rama de la medicina, no está exenta de esto, en sus prácticas tiende a adueñarse del cuerpo de las mujeres, aunque en el transcurso puedan atender contra la salud biopsicosocial de las parturientas.

Fortaleciendo la acotación anterior Isabel Fernández comenta:

“La obstetricia, tal y como se concibe hoy, es uno de los ámbitos donde con menos pudor lo absurdo ha quedado elevado a la categoría de científico. La concepción que del parto tiene la obstetricia convencional se refiere al parto por ella interferido. Como consecuencia, toda su práctica se basa en una errónea concepción del parto. Por ese motivo, la OMS afirma sin ambages: Medicalizando el nacimiento... el estado de la mente y el cuerpo de la mujer se alteran tanto, que la forma de realizar este acto íntimo también debe quedar alterada, al igual que el estado del recién nacido. El resultado es que ya no es posible saber cómo hubieran sido los nacimientos antes de estas manipulaciones... Por lo tanto, los proveedores de los servicios de natalidad no tienen un verdadero criterio para calibrar su asistencia”.¹⁹

La revisión manual de la cavidad uterina, es una práctica que se lleva a cabo con regularidad en obstetricia, en la mayor parte de las instituciones de salud de nuestro país durante la atención de la tercera etapa de trabajo de parto, sin existir evidencia científica, normatividad oficial o una indicación precisa para su realización. Durante la revisión bibliográfica, se encontró poco material sobre las indicaciones de la misma, después de una exhaustiva revisión bibliográfica logramos evidenciar que la revisión manual de la cavidad uterina puede ser realizada bajo indicaciones y/o situaciones muy precisas, las cuales se enumeran a continuación:

1. Retención de fragmentos placentarios o membranas.
2. Sospecha de lesiones corporales uterinas y cesárea anterior.
3. Presencia de hemorragia uterina posparto.
4. Parto pretérmino.
5. Ruptura de membranas de seis horas o mayor.
6. Enfermedad hipertensiva del embarazo.
7. Parto fortuito.
8. Óbito.”²⁰

¹⁹ Isabel Fernández, El parto medicalizado. 2008. Disponible en: <http://www.mujereshoy.com/secciones/1756.shtml>

²⁰ Matthias Sachse y Omar Calvo, “Indicaciones de la revisión manual de la cavidad uterina durante la tercera etapa de trabajo de parto”, Revisión de la evidencia CONAMED, Vol: 18 num 1 (2013): 35.

A pesar de utilizar la técnica más segura, que consiste en comprobar que la placenta haya salido completa, contando sus cotiledones, garantizando que no han quedado restos dentro del útero, igualmente el personal de salud a cargo de la atención del parto, realiza la revisión manual de la cavidad uterina, como manera de cerciorarse que todos los restos fueron eliminados. Esta insistencia del personal de salud, en patologizar un proceso natural, no es más que la expresión del temor. Testimonios de quienes hacen vida laborable en el hospital, nos confirman a través del discurso la finalidad oculta de esta práctica innecesaria:

“La paciente después de parir sigue montada en los ganchos esperando el alumbramiento de la placenta, le hacen su asepsia, las limpian, las revisan (...) Después del desprendimiento de la placenta cuenta el número de cotiledones y así estén completos, el médico se vanda las manos con gasas, le introduce la mano en la vagina y la limpian, para evitar complicaciones, como nos dicen: para guardarse las espaldas...” (Pasante)²¹

Una vez más podemos ver que “asegurar la eficacia del trabajo profesional” y un “guardarse las espaldas” se antepone a la salud reproductiva y psicológica de las mujeres; y es mediante los relatos de las entrevistadas, que seremos testigos de cómo el/la médico/a ha hecho de un procedimiento invasivo y doloroso, una rutina innecesaria.

“Expulse la placenta, me la mostraron, me la voltearon, me enseñaron que había salido completa... yo también pregunte: ¿salió completa?... hasta donde mis conocimientos llegaban, no a todo el mundo le hacían esa limpieza... me decían que cuando salía la placenta completa no había necesidad de hacer esa limpieza... más sin embargo la doctora me dijo que ella se las hacia a todas”. (Entrevista 1).

“...él me empezó a limpiar y me sacó la placenta, salió completa. Y después me metió la mano, me dice: eso te va doler, pero hay que hacértelo porque hay que aprovechar que todavía está abierto”. (Entrevista 7).

“Él me dice te voy a revisar para sacarte los restos, me salió la placenta completa y fue cuando el empezó “tengo que revisarte para ver que ocasionó tu bebé”. (Entrevista 17).

“El doctor y la doctora me dijeron que si, que había salido completa y que no habían quedado restos... él me metió como que la mano pa' ve si habían restos, revisar y sacar”. (Entrevista 14.)

Una vez más la realidad de quienes viven la situación nos demuestra que muchas prácticas se salen de los caminos correctos del accionar médico, “la exploración uterina posparto de rutina y el curetaje con gasa del útero es un procedimiento doloroso que no está clínicamente indicado para reducir el riesgo potencial de hemorragia posparto o endometritis y es innecesario realizarlo de rutina”²² como evidencia la cita más, que un basamento científicamente comprobado, que es lo que debe regir un acto médico, es un procedimiento donde librarse de responsabilidades se convierte en el sustrato principal de lo incorrecto.

²¹ Marbella Camacaro, *La Obstetricia develada: otra mirada desde el género* (Valencia: Dirección de Medios y Publicaciones de la Universidad de Carabobo, 2010).

²² Matthias Sachse y Omar Calvo, “Indicaciones de la revisión manual de la cavidad uterina... 33. DRA. MARBELLA CAMACARO CUEVAS / MD. MARIENELA ARISMENDI SERRANO / MD. ESTEFANY ORELLANA CABRERA MD. MISHELLE PINTO RAMOS / DRA. MARIA NARANJO

Revisión manual de la cavidad uterina como conducta mecanizada

Como ya se ha expuesto, la justificación aparente para realizar una revisión manual de cavidad uterina es con el fin de detectar la presencia de restos placentarios, membranas ovulares y soluciones de continuidad en las paredes uterinas, el cual tiene sus indicaciones precisas. Según el protocolo de atención, cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), posterior al alumbramiento se debe:

“Revisar la placenta y anexos para determinar su total integridad. Observar las dos caras placentarias, y las membranas. En caso de dudas o de falta de cotiledones, se debe realizar una revisión uterina bajo anestesia... No recomendamos realizar de rutina revisión uterina manual. En caso de estar formalmente indicada se debe realizar bajo anestesia. En caso de no contar con ella referir a un centro hospitalario.”²³

Basándose en lo antes expuesto y dándole el valor que merece siendo un protocolo creado por el MPPS, al cual está adscrito el Hospital Central de Maracay, la anestesia es un requisito indispensable para la realización de cualquier revisión uterina, bien sea manual o instrumentada, lo cual constituye un criterio de referencia a hospitales que cuenten con la misma. A través de los relatos de las entrevistadas lograremos observar si se cumplen los requisitos para llevar a cabo este procedimiento.

“*Me puso anestesia para ponerme nada más los puntos, pero antes de eso, todo fue sin anestesia.*” (Entrevista 5).

“*Me habían puesto anestesia era para coserme (...) para eso no.*” (Entrevista 11).

“*...eso fue muy rudo para mí, fue muy doloroso porque como todo era sin anestesia...*” (Entrevista 19).

Aunque en las revisiones bibliográficas revisadas, una de las pocas condiciones que refieren es la colocación de anestesia, evidenciamos en los discursos de las entrevistadas que la revisión manual de la cavidad uterina se está realizando sin la aplicación de la misma, constituyendo una violación de los protocolos vigentes para la atención del posparto inmediato en nuestro país. Angelina Dois y cols. en un estudio realizado donde indagaban factores de riesgo asociados a síntomas depresivos posparto, identifican que “...antecedentes de eventos estresantes y en particular, cuadros ansiosos, depresivos y de estrés durante el embarazo...”²⁴, a los que se someten las mujeres sin tomar en cuenta la sensibilidad propia del estado en el que se encuentran, posiblemente tendrá repercusión en su psiquis.

Otro hecho que llama la atención es el tiempo de espera de las pacientes entre el alumbramiento y el momento de la revisión, según Salinas y Mardones expresan que ésta se debe realizar “inmediatamente después de la salida de la placenta, es decir, en el

²³ Ministerio del Poder Popular para la Salud, Protocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia. Venezuela. 2013. 21.

²⁴ Angelina Dois; Claudia Uribe; Luis Villaruel y Aixa Contreras, “Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público”, Revista Médica de Chile, Vol: 140 (2012): 720.

posparto inmediato”²⁵. Esta conducta tiene una razón fisiológica específica, y se debe a que “la infusión de oxitocina en mujeres incrementa los niveles del mRNA de los genes miométriales que codifican proteínas esenciales para la involución uterina.”²⁶

Es de conocimiento de quienes hacen vida en la sala de parto del HCM el uso de oxitocina exógena posterior al alumbramiento, precisamente como método para acelerar la involución uterina y evitar una hemorragia posparto, sin embargo, esta involución podría ofrecer resistencia a la realización de ciertas maniobras, por lo que en caso de tener indicación sería más conveniente realizar una revisión uterina antes de que ocurra la misma. A pesar de que este es un pensamiento lógico de quien conozca los procesos fisiológicos del parto, esta es la realidad que viven las mujeres:

“No sé por qué me dejaron por un buen rato, duré casi una hora ahí, mientras estaban atendiendo a otras muchachas, porque habían un poco e’ mujeres pariendo”. (Entrevista 3).

El retraso en los tiempos de atención puede cambiar notoriamente la perspectiva sobre las características que debería tener el útero al realizar una exploración manual, y si bien es cierto que nuestro sistema de salud sufre un colapso en el que, el personal médico se hace insuficiente para atender todas las eventualidades que se presentan, es imposible posponer un acto fisiológico como lo es la respuesta a un estímulo hormonal.

Respira, aguanta, el dolor pasa

Los estímulos sensoriales permiten al ser humano identificar o percibir su entorno, diferenciando a juicio del receptor entre sensaciones agradables o desagradables, el dolor, suele ocupar uno de los principales estímulos que experimenta un individuo; en el área médica, son diversas las patologías y los procedimientos que pueden desencadenar dolor, constituyendo un síntoma de importancia, que alerta al personal médico a garantizar el cuidado oportuno de los/las pacientes. Según Fauci y colaboradores se evidencia:

“Al aplicar estímulos intensos, repetidos o prolongados a un tejido lesionado o inflamado, se observa que el umbral de excitación de los nociceptores aferentes primarios sufre un descenso y que la frecuencia de descarga aumenta cualquiera que fuere la intensidad del estímulo (...).”²⁷

Serán las mujeres quienes relaten que tipo de estímulos que generó la revisión manual de la cavidad uterina:

“La doctora me hizo la limpieza, ¡ay eso fue más traumático! ... eso fue un dolor y de lo mismo que ella me metió yo pujé porque obviamente eso me dolía y le expulsé la mano... parece que te estuviesen devolviendo al muchacho pa’ allá adentro. Me dolió más que el parto.” (Entrevista 1)

²⁵ H. Salinas y A. Mardones, “Alumbramiento Normal y Patológico” En Revisión de cavidad uterina instrumentada gentil frente a la revisión manual y su relación con la hemorragia posparto, Enfermería Universitaria, Vol: 10 num 1 (2013): 23.

²⁶ Gary Cunningham y Steven Bloom, Williams Obstetricia (New York: McGraw-Hill Interamericana Editors, S.A., 2011), 59.

²⁷ Anthony Fauci; Denise Kasper; E. Braunwald; Stphen Hauser; Dan Longo; J. Larry Jameson y Joseph Loscalzo, Harrison Principios de Medicina Interna (New York: Ed. McGraw Hill, 2012), 94.

Voces de mujeres que denuncian la violencia obstétrica: Revisión manual uterina como rutina pág. 28

“Doloroso... después vino una doctora que era como la que dirigía a todos ahí, ella metió la mano y si fue un poquitico más rustica.” (Entrevista 5)

“Fue doloroso porque eran como otras contracciones más fuertes... quería salir de eso rápido... el doctor me limpiaba rapidito y le decía “doctor me duele, me duele.” (Entrevista 8).

“Me limpiaron, se siente una sensación, como que... raro...naguará no se la mano que te llega al estómago, una broma así.” (Entrevista 11).

“...dolorosa, porque me metían la mano y naguará, le menean mucho la barriga a uno para sacarle los residuos que tiene por dentro.” (Entrevista 12).

“Eso está abierto o sea te meten la mano y te duele, dolor y es incómodo... eso es a cada rato pues a cada momento, me la sacaron, como unas 10 veces más o menos que me metieron la mano para sacarme los restos.” (Entrevista 13).

La revisión uterina es un proceso que puede resultar doloroso, debido a que, para el momento en que se realiza, el útero ya ha iniciado su involución, porque luego del parto como mecanismo reflejo de la expulsión de la placenta hay una descarga hormonal de oxitocina que provoca contracciones en el útero y por ende el cierre del canal de parto, de tal manera que, al momento de introducir la mano en el canal vaginal, esto resulta en un evento doloroso y traumático para las mujeres. Además, se han evidenciado otros tipos de complicaciones, entre las cuales se sitúa la revisión uterina puerperal como factor de riesgo para la infección, Alvirde y Rodríguez citan que:

“En 1991 se presentaron los resultados de un estudio prospectivo realizado en 100 pacientes que asistieron a Maternidad del Hospital Central de Valencia (HCV), en los meses comprendidos entre octubre de 1988 y enero de 1989, las cuales se dividieron en dos grupos de 50; a un grupo se le realizó revisión manual endouterina (RME) y el otro fue un grupo control donde no se realizó la maniobra. La mayor frecuencia de endometritis puerperal (EP) se presentó en las pacientes a quienes se realizó la revisión manual endouterina.”²⁸

Todos los seres humanos experimentan el dolor de diferentes maneras, y esto se debe a que cada persona cuenta con un umbral del dolor, que le permite discriminar entre situaciones poco dolorosas y muy dolorosas. Peralta Cayón nos dice que “la revisión manual uterina debe hacerse bajo anestesia apropiada porque es dolorosa”²⁹. Lo cual es importante, ya que, a través de la evidencia de los discursos de las entrevistadas, el dolor es una de las sensaciones presentes durante esta experiencia, y es a través de la analgesia/anestesia que se garantizará el bloqueo del estímulo doloroso, previendo con ello, las alteraciones emocionales, psicológicas y físicas que puedan ocurrir en las mujeres; siendo una de las complicaciones más temidas el shock por dolor.

²⁸ Oswaldo Alvirde y Gerardo Rodríguez, “Revisión rutinaria de cavidad uterina en el postparto inmediato”, Archivos de Investigación Materno Infantil, Vol: 1 num 2 (2009): 60.

²⁹ Rafael Peralta Cayón, “Revisión uterina sistemática post-partum en clientela particular”, Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia, Vol: 15 num 1 (1999): 59.

La manipulación de la información como herramienta de la persuasión

Siendo un procedimiento invasivo, la revisión manual uterina al realizarse debe tener un mínimo de información y aprobación por parte de las puérperas. El Código de Deontología Médica de Venezuela indica en su artículo 15:

“El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados para aplicar los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que considere indispensables y que puedan afectarlos física y psíquicamente. El médico le pedirá su consentimiento informado por escrito... La autorización debe consignarse en la historia clínica.”³⁰

Hemos visto que ante todo procedimiento médico, quirúrgico y/o anestésico, se debe contar con un consentimiento informado previamente firmado por el/la paciente, para poner en práctica los mismos; tal como lo indica la ley. En nuestro sitio de encuentro; el área de emergencia obstétrica del Hospital Central de Maracay, se hace firmar una autorización general para la atención de las mujeres, la misma cita así: “Por medio de la presente autorizo al personal médico a realizar las conductas que amerite el manejo de mi caso”. No obstante, no se ofrece mayor información a la parturienta.

“No es suficiente en el consentimiento informado brindar datos de manera fría y mecánica, instrumental o procedimental, es urgente, que quien da la información se asegure de la comprensión, el entendimiento y la interpretación correcta de quien recibe el dato, la instrucción y su mensaje.”³¹

Dejemos que sean las madres, protagonistas de estos eventos, quienes, con sus discursos, nos demuestren la realidad de la situación:

“Yo no sabía, como ella me dice te voy a limpiar, yo asumo que ella me va a limpiar con una compresa y ya... no estoy pensando que me va a hacer esto, porque yo vi que la placenta salió completa... claro me sorprendí.” (Entrevista 1).

“Ella me explicó que me lo tenía que hacer para que no me quedaran residuos, porque si no me tenían que hacer legrado. Me explicó que me iba a introducir la mano y a sacar todos los restos que quedaban ahí.” (Entrevista 4).

“No me pidieron permiso, mientras que me la hacían, me decían te estamos haciendo esto, me explicaban lo que me estaban haciendo.” (Entrevista 5).

“El doctor me dijo, cuando el niño salió y el sacó la placenta, “te tengo que meter la mano... tengo que hacerlo porque después te quedan restos ahí y te puedes contaminar.” (Entrevista 7).

“Ellos me dijeron que tenían que o sea sacar... limpiarme y eso, porque si no me podía agarrar infección o contaminar por dentro.” (Entrevista 14).

³⁰ Código de Deontología Médica de Venezuela. 2003. Disponible en: http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32938/8/5ta_sesion_codigoetica.pdf

³¹ Zoila Franco, “El consentimiento informado como ejercicio de la autonomía en promoción de salud”, Revista Hacia la Promoción de la Salud, Vol: 10 (2005): 47.

Voces de mujeres que denuncian la violencia obstétrica: Revisión manual uterina como rutina pág. 30

“Ella dijo que era necesario terminar de sacar los restos de la placenta sino era un riesgo para mí, puesto que si me quedaba algún coágulo allí dentro podría infectarme, contaminarme y lógicamente podría estar en riesgo mi vida; entonces obviamente accedí porque para uno lo más importante es su vida, aunque es algo doloroso es algo necesario.” (Entrevista 19).

“Yo creo que para eso no hay que pedir permiso... eso es algo que ellos tienen que hacer.” (Entrevista 13).

Los relatos nos demuestran que las mujeres más que seres humanos sujetas a derechos, se convierten en objetos de evaluación para el personal médico. Sobre el conocimiento de lo correcto, se antepone la inseguridad, el temor y la rutina como el mejor aliado, observada en la práctica cuando el personal de salud realiza la revisión manual uterina, donde a pesar de saber que fue un parto sin complicaciones, procede a “verificar” que no hayan quedado restos de placenta que puedan generar más adelante enfermedades en las parturientas, para realizar ésta el/la médico/a explica de manera somera o desdibujada las “razones” por las que practican el procedimiento, las parturientas, quienes constituyen el eslabón más bajo y susceptible de esta cadena sintiendo temor por las posibles “complicaciones” y en ese momento tan vulnerable de la vida, se hacen incapaces de negarse.

“La doctora me revisó, me metió la mano... no sé qué estaba sacando, pero iba sacando cosas”

Los seres humanos desde que nacemos estamos inmersos en un continuo proceso de aprendizaje, donde en gran medida, el conocimiento está influenciado por diversos factores, como son la genética, la familia, estado psicológico y la sociedad, es decir, que está constituido por las vivencias y experiencias de carácter individual y aprendizaje social, los cuales condicionan las actitudes, conductas, pensamientos y creencias de quienes la conforman, siendo estas últimas a las que mayormente se aferran las personas, como muestra de una cultura que trasciende de generación en generación, volviéndose parte del saber popular.

La mayor parte del imaginario colectivo está construido por creencias, De la Pienda nos dice:

“La creencia es una vivencia ordinaria, no reducible a otras y de la que resulta difícil establecer un concepto claro... El ser humano vive en función de sus creencias. La creencia es *condición trascendental* porque es condición de la misma reflexión con que la analizamos (...)³²”

En relación al pensamiento científico, la medicina, como práctica operada por hombres y mujeres, no escapa de verse influenciada por las creencias, las cuales han servido de base para la formación de prácticas que más allá de la prevención y mantenimiento de la salud, ha condicionado la medicalización de procesos naturales, a través del constante “prevenir, para no lamentar” con el consecuente apropiamiento del cuerpo humano, hecho sumamente relevante que ocurre a diario con las mujeres. Como sustento, Menéndez:

³² Jesús De La Pienda, “Filosofía de las Creencias”, Revista de Filosofía Universidad de Costa Rica, Vol. 37 num 92 (1999): 239.

Voces de mujeres que denuncian la violencia obstétrica: Revisión manual uterina como rutina pág. 31

“La expansión (de la medicina) opera a través de lo que se denomina proceso de medicalización, es decir un proceso que implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente eran aconteceres ciudadanos”.³³

Lo que sucede a diario en las salas de partos, donde nos encontramos con mujeres despojadas involuntariamente de sus cuerpos, es el reflejo de la imagen que la medicina ha construido de las madres, “son las ignorantes, negligentes, necesitadas de atención, consejos, soluciones”³⁴, a quienes “se les ha asociado la enfermedad, como seres vulnerables y tolerables, así se ejerce control, se busca el disciplinamiento (...) en tanto organización patriarcal ha desarrollado estrategias de dominación donde los cuerpos son territorios a su control(...)”³⁵

“Este proceso de enajenamiento anula también las emociones, los saberes, las creencias, las tradiciones de la otra parte, con la imposición de un modo unívoco y etnocéntrico de comprender los procesos que transitan las mujeres, relacionados con su reproducción”³⁵ aunado a una información fugaz y distorsionada de la situación, conllevan a la adopción de falsas creencias que condicionan el hecho de acceder a prácticas innecesarias a realizarse sobre su propio cuerpo.

Es a través de los discursos, que se logra evidenciar como la influencia de las creencias médicas han llevado a la patologización del proceso natural del trabajo de parto, han ejercido un fuerte efecto en el pensar de las madres, quienes han desarrollado creencias sobre la revisión manual de la cavidad uterina en base a conclusiones carentes de información veraz.

“Una tiene que estar segura de que a uno le saquen todo eso de allá adentro porque después tienes complicaciones.” (Entrevista 17).

“El doctor me dijo, que me iba a ayudar a botar todos esos coágulos, que aguantara un poquito.” (Entrevista 18).

“... tienen que extraer de manera correcta la placenta porque eso implica un riesgo para la vida de la madre más adelante, porque si te dejan algún resto allí que te contamine imagínate puede uno morir, entonces es muy importante.” (Entrevista 19).

“Para que no le queden residuos a uno adentro porque uno se puede infectar, se puede poner hediondo allá dentro porque son pedazos de sangre mala.” (Entrevista 11).

“La doctora me revisó, me metió la mano y todo eso y saco... no sé qué estaba sacando, pero iba sacando cosas... era para que no me quedara ningún residuo adentro, alguna infección o algo.” (Entrevista 12).

³³ Eduardo Menéndez, “Modelos de Atención de los Padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, Ciencia & Saúde Colectiva, Vol: 8 num 1 (2003): 193.

³⁴ Marcela Nari, Políticas de Maternidad y Materialismo político (Buenos Aires: Editorial Biblos, 2004), 102.

³⁵ Cecilia Canevari, Cuerpos Enajenados: experiencia de mujeres en una maternidad pública (Santiago del Estero: Barco Edita, 2011), 138.

Voces de mujeres que denuncian la violencia obstétrica: Revisión manual uterina como rutina pág. 32

“Si quedan restos allá dentro, o sea te puedes enfermar, se te puede infectar y eso es delicado.” (Entrevista 13).

“Eso es necesario, o sea es algo que uno está botando, por lo menos eso es sangre mala coagulada.” (Entrevista 14).

Siendo un tema del que poco se habla, el conocimiento sobre la revisión manual de la cavidad uterina por parte de las parturientas está fuertemente influenciado por la información distorsionada que se les imparte al momento de realizarla, lo cual ha permitido la elaboración de creencias que distan mucho de la realidad, siendo una de ellas, el temor a enfermar y morir por quedarles “sangre coagulada” y “mala” dentro del útero, cuando a pesar de saber que tuvieron un parto sin complicación, acceden al procedimiento, quedando una vez más despojadas de sus cuerpos.

“Las mujeres son entonces un cuerpo biológicamente constituido; mecánicamente explicado y apropiado”³⁶ que ha conllevado a que “las mujeres desarrollen una percepción de no pertenencia, las cuales condicionan sus prácticas de autocuidado y facilita la subordinación ante los poderes que ejercen sobre sus cuerpos.”³⁷

La información y educación de las mujeres sentará las bases de reflexión en las mismas, recuperando el empoderamiento en todos sus aspectos (bio-psico-sociales), siendo agentes de cambio incluso para la comunidad médica, que al encontrarse con usuarias más informadas y conscientes de sus derechos y deberes exigirán un mejor trato y cumplimiento de los mismos.

Concluyendo... abriendo caminos

Para cerrar este artículo recrearemos el texto trayendo a Arendt, Hannah en su obra la condición humana, parafraseandola podemos decir que...el mundo no es humano por haber sido hecho por seres humanos, y no se vuelve humano porque en él resuena la voz humana, lo es solamente cuando llega a ser objeto de diálogo. Por muy intensamente que las cosas del mundo nos afecten, y puedan emocionarnos y estimularnos, solo se hacen humanas para nosotros en el momento que podemos debatirlas con nuestros semejantes.

Dada la reflexión anterior podemos aseverar que compartir las voces de denuncias de las mujeres, las cuales duelen, para abrir un debate sobre una ciencia/disciplina que se ha consolidado como única forma de atender el proceso humano de parir y nacer, pondrá una semilla para caminar hacia un mundo más humano, a las mujeres por designios de la naturaleza, nos fue asignada la digna tarea de concebir, designio que no fue pedido fue dado, por ello debemos rescatarlo, una forma es no guardar silencio frente a los designios históricos/construidos por la acción devastadora de los hombres que erigieron una ciencia misógina que nos roba la autodeterminación de nuestra psiquis y cuerpo.

Las mujeres desde hace un tiempo para acá, no el mismo tiempo que los hombres pues nos permitieron entrar a las universidades un siglo después que ellos, nos

³⁶ Cecilia Canevari, *Cuerpos Enajenados: experiencia de mujeres en una maternidad pública* (Santiago del Estero: Barco Edita, 2011), 114.

³⁷ Gilda Salazar Antúnez, “Un cuerpo propio”. En: *Cuerpos Enajenados: experiencia de mujeres en una maternidad pública*, eds. Cecilia Canevari (Santiago del Estero: Barco Edita, 2011), 21.

encontramos con una lógica hegemónica, la cual más veces de lo deseado, hemos repetido sin la contestación merecida, poco a poco hemos ido subvirtiendo ese orden y vamos construyendo otros caminos desde nuestro sentir, acompañadas por algunos hombres que han comprendido el lugar marginado que históricamente hemos ocupado en el tablero social.

Este trabajo tiene la intencionalidad de subvertir ese orden patriarcal desde nuestro empoderamiento y desde el llamado a los hombres a que nos acompañen en esta labor militante y académica contribuyendo con una producción intelectual que nutra la equidad, la ciudadanía y el enfoque de derechos.

Bibliografía

Alvirde, Osvaldo y Gerardo Rodríguez. “Revisión rutinaria de cavidad uterina en el postparto inmediato”. Archivos de Investigación Materno Infantil. Vol: 1 num 2 (2009). 58-63.

Bertaux, Daniel. De la perspectiva de la historia de la vida a la transformación de la práctica sociológica. En: La Historia Oral: Métodos y Experiencias. José Marinas y Cristina Santamaria. Madrid: Editorial Debate. 1993.

Burgos, Carlos. Parir con Pasión: escenarios, escenas y protagonistas del parto y del nacimiento. Buenos Aires: Longseller. 2004.

Burin, Mabel. Nuevas perspectivas en salud mental de mujeres. En Las Mujeres en la Imaginación Colectiva. Una historia de discriminación y resistencia. Editado por Ana Fernández. Buenos Aires: Ed. Paidós. 1993.

Camacaro, Marbella. La Obstetricia develada: otra mirada desde el género. Valencia: Dirección de Medios y Publicaciones de la Universidad de Carabobo. 2010.

Camacaro, Marbella; Mariangel Ramírez; Lissete Lanza y Mercedes Herrera. “Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica”. Utopía y Praxis, Vol: 20 num 68 (2015): 113-120.

Camacaro, Marbella. “La atención respetada del parto/nacimiento será una política pública en ciernes inconclusa o una quimera?”. Revista venezolana de estudios de la mujer. Vol: 21 num 47 (2016): 150-161.

Canevari, Cecilia. Cuerpos Enajenados: experiencia de mujeres en una maternidad pública. Santiago del Estero: Barco Edita. 2011.

Código de Deontología Médica de Venezuela. 200). Disponible en: http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32938/8/5ta_sesion_codigoetica.pdf

Comesaña, Gloria. “Métodos y filosofía feminista. Propuestas metodológicas y conceptuales del feminismo latinoamericano”. Colección de textos universitarios. Universidad del Zulia. Venezuela: Ediciones del Vicerrectorado Académico. 2008.

Cunningham, Gary y Steven Bloom. Williams Obstetricia. New York: McGraw-Hill Interamericana Editors, S. A. 2011.

De Barbieri, Teresita. "Acerca de las propuestas metodológicas feministas". En Bartra (comp), Debates en torno a una metodología feminista. Mexico: PUEG-UAM. 2002.

De La Pienda, Jesús. "Filosofía de las Creencias". Revista de Filosofía Universidad de Costa Rica. Vol: 37 num 92 (1999): 239-248.

Díaz, Laura; Uri Torruco; Mildred Martínez y Margarita Varcia. "La entrevista, recurso flexible y dinámico". Investigación en Educación Superior. Vol: 2 num 7 (2013): 162-167.

Díaz, Amparo. "La revisión uterina posparto: ¿factor de riesgo para infección puerperal?". Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol: 49 num 3 (1998): 153-157.

Dois, Angelina; Claudia Uribe; Luis Villarroel y Aixa Contreras "Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público". Revista Médica de Chile. Vol: 140 num 6 (2012): 719-725.

Fauci, Anthony; Denise, Kasper; E., Braunwald; Stephen, Hauser; Dan, Longo; J. Larry, Jameson y Joseph, Loscalzo. Harrison Principios de Medicina Interna. New York: Ed. McGraw Hill. 2012.

Félix, Carlos. Manual de Maniobras y Procedimientos en la Obstetricia. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. 2006.

Fernández, Isabel. 2008. El parto medicalizado. Disponible en: <http://www.mujireshoy.com/secciones/1756.shtml>

Krause, Mariane. "La investigación cualitativa. Un campo de posibilidades y desafíos". Temas de educación. num 7 (1995): 19-39.

Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia. Gaceta Oficial N° 40.551. República Bolivariana de Venezuela. 2017.

Martínez, Miguel. "La investigación cualitativa: síntesis conceptual". Revista de investigación psicológica. Vol: 1 num 9 (2006): 123-146.

Menéndez, Eduardo. "Modelos de Atención de los Padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". Ciencia & Saúde Colectiva. Vol: 8 num 1. (2003): 185-207.

Ministerio del Poder Popular para la Salud. Protocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia. Venezuela. 2013.

Nari, Marcela. Políticas de Maternidad y Materialismo político. Buenos Aires: Editorial Biblos. 2004.

Norma oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. República Bolivariana de Venezuela. 2004.

Organización Mundial para la Salud. Cuidados en el Parto Normal: una guía práctica. Ginebra: Departamento de investigación y Salud reproductiva. 1996.

Voces de mujeres que denuncian la violencia obstétrica: Revisión manual uterina como rutina pág. 35

Peralta Cayón, Rafael. “Revisión uterina sistemática post-partum en clientela particular”. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. Vol: 15 num 1 (1999): 55-60.

Sachse, Matthias y Omar Calvo. “Indicaciones de la revisión manual de la cavidad uterina durante la tercera etapa de trabajo de parto”. Revisión de la evidencia. CONAMED. Vol: 18 num 1 (2013): 31-36.

Salazar Antúnez, Gilda. “Un cuerpo propio”. En: Cuerpos Enajenados: experiencia de mujeres en una maternidad pública editado por Cecilia Canevari. Santiago del Estero: Barco Edita. 2011.

Salinas, H y A. Mardones “Alumbramiento Normal y Patológico” En: Revisión de cavidad uterina instrumentada gentil frente a la revisión manual y su relación con la hemorragia posparto. Enfermería Universitaria, editado por A Camacho y J Pérez López, Vol: 10 num 1 (2013). 21-26.

Zoila, Franco. “El consentimiento informado como ejercicio de la autonomía en promoción de salud”. Revista Hacia la Promoción de la Salud. Vol: 10 (2005): 47-55.

CUADERNOS DE SOFÍA EDITORIAL

Las opiniones, análisis y conclusiones del autor son de su responsabilidad y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Inclusiones**.

La reproducción parcial y/o total de este artículo debe hacerse con permiso de **Revista Inclusiones**.

DRA. MARBELLA CAMACARO CUEVAS / MD. MARIENELA ARISMENDI SERRANO / MD. ESTEFANY ORELLANA CABRERA
MD. MISHELLE PINTO RAMOS / DRA. MARIA NARANJO