

Violencia contra la mujer durante el embarazo. Resumen de casos

Dr. Gidder Benítez Guerra*, Brs. Alejandra Peña**, Denise Peña**.

* Profesor Asistente. Cátedra de Clínica Obstétrica "A".

** Estudiante de Cuarto año. Escuela de Medicina "Luis Razetti". Facultad de Medicina UCV.

RESUMEN

La violencia de género tiene lugar en casi todas las culturas y en todas las escalas sociales y la mayoría de las veces ocurre en el hogar. Se trata de un problema de salud pública debido al impacto negativo que ejerce sobre la salud, la morbilidad y la mortalidad de las mujeres. Se describen tres casos de violencia doméstica durante el embarazo atendidos en el Hospital Universitario de Caracas entre 1997 y 2002.

Palabras clave: Violencia. Violencia de género. Embarazo.

SUMMARY

Gender violence is present in all the cultures and social scales and occur more frequently at home. It is a public health problem, due to the negative impact over women's health, morbidity and mortality. We present three cases of gender violence during pregnancy, attended in the Hospital Universitario de Caracas since 1997 at 2002.

Key words: Violence. Gender violence. Pregnancy

INTRODUCCIÓN

La violencia es un fenómeno globalizado caracterizado por una situación que rompe los límites de la persona y que se puede manifestar en el plano psicológico, físico, económico y político entre otros (1,2).

La naturaleza de la violencia que padecen las mujeres comprende 4 modalidades: física, sexual, psicológica y económica (3).

La violencia basada en el género, ocurre con mayor frecuencia en el seno de la familia. La violencia intrafamiliar es un problema social, que afecta importantes sectores de la población y trasciende los aspectos raciales, religiosos, educacionales, económicos y, es considerada un problema de salud pública (3-6).

Por definición, la violencia intrafamiliar es toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia (1-4).

Dentro de la violencia intrafamiliar existe otra modalidad más específica, denominada violencia contra la

mujer, que es definida por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como: "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer; así mismo, la amenaza de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada" (3-5).

La violencia doméstica es una discriminación contra la mujer, originada en las relaciones de jerarquía y poder entre los géneros masculino y femenino, en las cuales a la mujer se le ha asignado culturalmente una posición subordinada (4,7).

La violencia contra la mujer está presente en la mayoría de las sociedades, pero con frecuencia es reconocida y aceptada como parte del orden establecido; de esa forma, la mujer se encuentra en una situación de indefensión encubierta por la intimidad y privacidad de la vida familiar (4,8).

En Venezuela la violencia contra la mujer está tipificada como delito pero no por eso deja de practicarse (8) y muchos casos no son denunciados por miedo o vergüenza. Durante el embarazo, la violencia doméstica puede tener un efecto negativo importante sobre la salud materno - fetal con incremento de la morbimortalidad y configura lo que se conoce como abuso prenatal; el cual es para muchos

Recibido: 09-07-04

Aceptado para publicación: 02-09-04

niños, el inicio de una cadena cuyos resultados incluyen la muerte prematura y el abandono del hogar (9-11).

Se presentan los resultados perinatales de tres casos de violencia doméstica durante el embarazo atendidos en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Caracas.

PRIMER CASO: Paciente de 21 años de edad, IIG, IP, con embarazo de 33 semanas + 2 días, quien consultó por haber sido herida con un arma blanca en la región periumbilical, durante una discusión con su hermana mayor.

EXAMEN FÍSICO: PA: 100/60 mmHg, FC: 80x', FR: 18x'. Abdomen globoso, altura uterina: 30 cm, feto único, situación longitudinal, posición derecha, presentación cefálica, frecuencia cardíaca fetal: 140x', dinámica uterina ausente. Herida corto penetrante en región periumbilical izquierda, defensa voluntaria a la palpación profunda.

TACTO: omitido.

Bajo anestesia general inhalatoria se realizó laparotomía media infraumbilical ampliada con los siguientes hallazgos: herida penetrante en pared anterior del cuerpo uterino, de 1 cm, con sangrado abundante y salida de líquido amniótico.

Se realizó cesárea segmentaria obteniendo recién nacido femenino vivo, que pesó 2.205 g y midió 46 cm, sin lesiones. Se efectuó la rafia de la herida y se revisó la cavidad abdominal sin evidencia de lesiones vasculares o intestinales. Recibió oxacilina (1 g c/6 h) y toxoide tetánico.

La evolución posoperatoria fue normal, egresando a las 72 horas.

SEGUNDO CASO

Paciente de 19 años de edad, IIG, IP, con embarazo no controlado de 20 semanas quien consulta posterior a sufrir herida por arma blanca en hipogastrio, durante una disputa con su hermana mayor.

EXAMEN FÍSICO: PA: 120/70 mmHg, FC: 100 x', FR: 20 x'. Abdomen globoso, herida longitudinal de 1cm, localizada en hipogastrio a 4 cm del borde superior de la sínfisis del pubis, sin evidencia de sangrado; útero gestante, AU: 21cm, frecuencia cardíaca fetal no audible, actividad uterina ausente, dolor a la palpación superficial y profunda en hipogastrio.

TACTO: Vagina normal, cuello uterino largo, posterior, cerrado.

ECOSONOGRAMA: Embarazo simple de 20 semanas, vitalidad fetal conservada. Bajo anestesia general inhalatoria se realizó laparotomía media infraumbilical con los si-

guientes hallazgos: herida corto penetrante que interesa todas las capas de la pared abdominal. No se evidencian lesiones uterinas, vesicales o intestinales. Se realizó síntesis de la herida. Recibió oxacilina (1g c/6 h) y toxoide tetánico.

La evolución posoperatoria fue normal y egresó a las 72 horas, referida a control prenatal.

TERCER CASO

Paciente de 32 años de edad, III G, I P, I A, con embarazo gemelar monocorial biamniótico de 26 semanas, quien ingresó por presentar traumatismos múltiples, al ser agredida por su esposo.

EXAMEN FÍSICO: PA: 90/50 mmHg, FC: 110x', FR: 28x'. Regulares condiciones generales, palidez cutáneo – mucosa acentuada, fascias álgida, hematomas múltiples en extremidades superiores, inferiores y abdomen. Abdomen grávido, altura uterina 29 cm, frecuencia cardíaca fetal: 160 x' (feto 1) y 120 x' (feto 2), ruidos hidroaéreos ausentes, dolor intenso a la palpación superficial y profunda, signo de Blomberg positivo.

ESPÉCULO: Cuello uterino posterior, orificio cervical externo rasgado, no se observó salida de líquido amniótico ni sangrado.

TACTO: Vagina normal, cuello uterino posterior, permeable a un dedo en todo el trayecto, membranas ovulares integras.

LABORATORIO: Glóbulos rojos: 2.370.000 x mm³, Hemoglobina: 6 g/dL, hematocrito: 18,9%, plaquetas: 176.000 x mm³, glóbulos blancos: 11.700 x mm³, neutrofilos: 85,9%, linfocitos: 10,1%, monocitos: 3,6%, eosinofilos: 0,3%, basófilos: 0,1%.

ECOSONOGRAMA: Embarazo gemelar bicorial biamniótico de 26 semanas. Vitalidad fetal conservada. Bajo anestesia general inhalatoria se realizó laparotomía media infraumbilical ampliada, con los siguientes hallazgos: hemoperitoneo 1 000 cm³, lesión esplénica grado I en cara externa y seis desgarros en el mesenterio, ninguno sangrante.

Se realizó lavado de cavidad abdominal. Permaneció 2 días en la Unidad de terapia intensiva, recibió transfusión de concentrado globular y medidas de soporte.

Fue trasladada al Servicio de Obstetricia con tratamiento a base de cefazolina (1 g c/6h), indometacina (100 mg c/6h). Una semana después presentó contracciones uterinas y ruptura espontánea de membranas, se realizó conducción del trabajo de parto obteniendo recién nacido masculino de 1.000 g y 37 cm y femenino de 1.100 g y 38 cm en presentación podálica, ambos sin signos vitales. Se realizó revisión bajo anestesia y legrado uterino con cureta de Pinard. Cinco horas después la paciente egresó contra opinión médica.

DISCUSIÓN

La prevalencia de la violencia doméstica es subestimada y no refleja el valor real, porque es subnotificada y subregistrada. Entre 16 y 52% de las mujeres a nivel mundial experimentan violencia física por parte de sus compañeros y, al menos una de cada 5 mujeres es objeto de violencia o intento de violencia durante su vida (2-4).

En la mayoría de los casos, la violencia ocurre dentro del hogar, el cual tiene carácter privado y no es factible de debates o estudios. Sólo cuando las lesiones son de tal gravedad que ponen en peligro la vida de la mujer, se hace evidente la situación de violencia. Entre 1997 y 2002 fueron atendidas 25 705 pacientes en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Caracas y de estas, solo tres correspondieron a casos de violencia intrafamiliar, esto representa un 0.01 % y es expresión del subregistro.

Según cifras del Instituto Nacional de la Mujer, en el año 2003, nueve de cada 10 mujeres agredidas fueron atacadas dentro de su hogar y del total de lesionados atendidos en los centros de salud, 40% fueron mujeres agredidas en el hogar (8).

Los tres casos descritos ocurrieron en el hogar; en los dos primeros el agresor fue una mujer en relación de poder (hermana mayor) y la lesión ocurrió durante riñas en las cuales estaban involucradas las pacientes. En el tercer caso el agresor fue el cónyuge. Steen y Hunskaar (12) en una evaluación de 1 680 casos reportaron que 354 mujeres (21%) fueron agredidas por hombres y 59 (4%) por otra mujer.

Mundialmente una de cada 4 mujeres es maltratada durante el embarazo (5), las consecuencias de la violencia incluyen aumento del tabaquismo, mayor riesgo de aborto, preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino, colestásis intrahepática, parto pretérmino, bajo peso al nacer, muerte fetal y materna (7,9-11).

En los dos primeros casos descritos en el presente trabajo, las pacientes sufrieron heridas corto – penetrantes en el abdomen. Este tipo de heridas puede interesar al útero grávido y eventualmente al feto, ello depende del sitio de la lesión y la edad de gestación durante la cual ocurre.

En el primer caso, la herida interesó el útero, pero no produjo lesión fetal; en el segundo caso, sólo comprometió la pared abdominal y en el tercero hubo lesión visceral y posteriormente ocurrió la pérdida del embarazo. En esta última paciente se observó una conducta extremadamente dependiente de su pareja, con un acentuado sentimiento de culpa y justificación de las lesiones sufridas.

Son múltiples las razones que mantienen relaciones abusivas, entre ellas el temor a represalias, preocupación por los hijos, dependencia económica, falta de apoyo de familiares y amigos y la esperanza de que la pareja cambie (5).

Para la mayoría de las mujeres maltratadas, los trabajadores de la salud son el principal o único punto de contacto con los servicios públicos que pueden ofrecerle apoyo e información. Por lo tanto, es necesario sensibilizar a los profesionales de la salud, especialmente a los médicos y enseñarles como introducir a las pacientes en el tema, como formular las preguntas y reconocer lesiones, alteraciones y conductas sugestivas de violencia en el hogar (2-4,9).

A nivel internacional se están incorporando ginecobstetras en ésta área del cuidado de la mujer, desarrollando proyectos que involucren a las universidades, sociedades científicas y los entes gubernamentales, con el objetivo de aplicar las herramientas que permitan la detección, tratamiento y prevención del problema (2-4,9,13,14).

REFERENCIAS

- Herrera J. Violencia cerca a los venezolanos. El Universal 2002 Sept 15; Cuerpo 4:6 (col1).
- Ferrer Pérez V, Bosh Fiol E. Gender violence and mysogyny: Psychosocial reflections about an explicative factor.[serial on line] 2000 [cited 2004 may 29]. Disponible en: http://www.nodo50.org/mujeresred/vilencia_bosch_ferrer_2html.
- Sánchez V. Día internacional contra la violencia de género. [serial on line] 2003 nov 25. [cited 2004 may 30]. Disponible en: http://www.rnwnl/informarn/html/soc031125_violenciadegenero.html.
- Aliaga P, Ahumada S, Marfull M. Violencia hacia la mujer: un problema de todos. Rev Chil Obstet Ginecol 2003;68:75-78.
- Para acabar con la violencia contra la mujer. Population Reports (serie L – 11)1999;27: 1-8.
- WHO. Report reveals economic costs of interpersonal violence [serial on line] 2004 jun 9 [cited 2004 jun 13]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/releases/2004/pr40/en>
- Galavís D. Mujer, Medicina y Sociedad. Primera edición. Caracas: Cronotip; 1981.
- Davies V. Violencia con maquillaje y falda. El Nacional 2003 Ago 17; Cuerpo A: 14 (col 2).
- Valdez R, Sanin L. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Pùb Mex 1996;38:352-362.
- Arcos E, Urac M, Molina I, Repposi A, Ulloa M. Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. Rev Med Chil 2001;129:1413-1424.
- Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. Obstet Gynecol 1999;93:661-666.
- Steen K, Hunskaar S. Gender and physical violence. Soc Sci Med 2004;59:567-571.
- ACOG: Domestic violence: Educational Bulletin N° 257, December 1999. Int J Gynecol Obstet 2000;71:79-87.
- Zapata L. Reporte del taller Pre-Congreso sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos. Rev Obstet Ginecol Venez 2002;62:292-293.

*Dirección: Calle Cristóbal Rojas, entre Manuel Díaz Rodríguez y Lazo Martí, Edificio "Leticia", piso 2, apartamento 18, Santa Mónica, Caracas.
• Teléfonos: 693 88 85, 0414 236 9812
e-mail: gbenitez@reacciun.ve*