



**MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICINA Y CIRUGIA**

**TEMA**

**“Violencia Intrafamiliar como Factor de Riesgo para Complicaciones  
Obstétricas más frecuente en mujeres atendidas en el Hospital Bertha  
Calderón Roque durante el periodo Enero 2018 - Diciembre 2018”**

**Autores:**

- **Br. José Alexander Molina Aguilar.**
- **Br. Kenia Lisseth Guzman Mendoza.**

**Tutor:**

**Dr. José de los Ángeles Méndez.**

**Ginecólogo-obstetra. HBCR**

**Managua, Nicaragua Febrero 2020**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a Dios por darnos su bendición y protegernos en cada momento de nuestra vida.

También queremos agradecer a nuestros padres por brindarnos Fortaleza y ánimo en los momentos más difíciles, gracias por estar siempre Presentes.

Agradecemos a nuestro distinguido tutor Dr. José de los Ángeles Méndez, por su paciencia, por los conocimientos que compartió con nosotros y el valioso tiempo dedicado a nuestra tesis.

Concluimos agradeciendo al Hospital Bertha Calderón Roque por permitir la realización de nuestro trabajo de investigación, y posibilitar la colaboración del Personal de la institución en la ejecución de nuestra tesis.

## **DEDICATORIA.**

A Dios, quien nos dio la voluntad, fuerza y esperanza de seguir luchando con amor y humildad para poder culminar nuestra carrera.

A nuestros padres quienes han sembrado sueños, ideales, principios y que han sabido dirigir nuestros pasos en cada momento de nuestras vidas.

A nuestro tutor y maestro que sin ninguna obligación y sin esperar nada a cambio nos proporcionó con empeño y dedicación su exhaustivo conocimiento, su valioso tiempo y los requerimientos necesarios para la realización de este estudio, siendo una luz que nos vio en todo este camino y como padre corrigió nuestros errores.

Y por supuesto, también dedicamos este estudio a todas aquellas embarazadas víctimas de violencia intrafamiliar a quienes le comprendemos su vivencia de dolor y tristeza y que fueron nuestra inspiración para este estudio.

## **OPINION DEL TUTOR**

La diversidad del conocimiento hace que los médicos sean útiles en todos los aspectos de la medicina. Este es un ejemplo clásico de la formación multidisciplinaria, al abordar situaciones que ponen en peligro la vida de la madre y su hijo.

Es un tema sumamente interesante de mucho valor para las instituciones de salud.

Los investigadores han hecho un gran esfuerzo por concluir su trabajo cuyos resultados son muy valiosos para el país y el sistema de salud.

Reciban sinceras felicitaciones por haber concluido la primera etapa de su formación académica.

Atte.: -----

M.S.C M.D Jose de los Ángeles Méndez

Tutor.

## **RESUMEN.**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para analizar la relación que existe entre la violencia intrafamiliar durante el embarazo y la ocurrencia de complicaciones obstétricas más frecuentes en mujeres atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Enero 2018-Diciembre 2018.

Se aplicó una ficha estructurada, para la revisión sistemática de los expedientes y fichas epidemiológicas de Violencia Intrafamiliar e historias clínicas de pacientes víctimas de violencia intrafamiliar con complicaciones maternas atendidas en la sala de Emergencia del Hospital Bertha Calderón Roque resultando que la violencia intrafamiliar se presentó más frecuentemente en el grupo de embarazadas adultas jóvenes entre las edades de 20-29 años de edad que correspondían al 44.4%(8) de los casos. La mayoría de los casos en estudio eran de procedencia urbana 88.9%(16) y convivían en unión libre con su pareja.

Se encontró que la Amenaza de parto pre término corresponde a la complicación obstétrica más frecuente 44.4%(8), seguido de aborto incompleto 27.8%(5), amenaza de aborto 22.2%(4) y las infecciones del tracto reproductor femenino con un 5.6%(1).

De las características de violencia durante el embarazo se encontró que la violencia física y la violencia Psicológica predominan en un 100%, la mayoría de las agresiones eran dirigidas hacia el abdomen, región lumbar y tórax, siendo el cónyuge en la mayoría de las veces el que ejecuto la violencia.

Estos importantes resultados podrán ser utilizados para conocer la tendencia actual de la violencia intrafamiliar que sufren las embarazadas, y así concientizar acerca de la magnitud del problema ya que las complicaciones maternas pueden ser prevenidas por medio de intervenciones dirigidas a estos grupos.

## INDICE

I.	Introducción.....	2
II.	Antecedentes.....	3
III.	justificacion.....	7
IV.	Planteamiento del problema.....	8
V.	Objetivos.....	9
VI.	Marco Teórico.....	10
	6.1 Generalidades.....	10
	6.2 Causas de la violencia conyugal.....	11
	6.3 Fases de la violencia conyugal.....	13
	6.4 Tipo de violencia conyugal.....	13
	6.5 Perfil típico de la víctima.....	15
	6.6 Consecuencias.....	17
	6.7 Complicaciones maternas más frecuentes.....	18
	6.8 Indicadores que hacen sospechar de VIF en una persona que demanda atención en salud.....	28
	6.9 Señales de alarmas en mujeres embarazadas que sufren violencia.....	30
	6.10 Marco jurídico.....	30
VII.	Diseño metodológico.....	38
	7.1 Área de estudio.....	38
	7.2 Población de estudio.....	38
	7.3 Tipo de estudio.....	38
	7.4 Universo y muestra.....	38
	7.5 Fuente de Informacion.....	38
	7.6 Diseño de instrumento y técnica de recolección de datos.....	38
	7.7 Plan de Análisis.....	39
	7.8 Aspectos éticos.....	39
	7.9 Listado de Variables según objetivos específicos.....	40
	7.10 Operacionalización de variables.....	42
VIII.	Resultados.....	51
IX.	Análisis de resultados.....	54
X.	Conclusiones.....	57
XI.	Recomendaciones.....	58
XII.	Bibliografía.....	60

<b>XIII. Anexos.....</b>	<b>63</b>
<b>13.1.1 Tabla N°1.....</b>	<b>64</b>
<b>13.1.2 Tabla N° 2.....</b>	<b>65</b>
<b>13.1.3 Tabla N° 3.....</b>	<b>66</b>
<b>13.1.4 Tabla N° 4.....</b>	<b>67</b>
<b>13.1.5 Tabla N° 5.....</b>	<b>68</b>
<b>13.1.6 Tabla N° 6.....</b>	<b>69</b>
<b>13.2 Gráficos.....</b>	<b>70</b>
<b>13.2.1 Grafico N° 1.....</b>	<b>70</b>
<b>13.2.2 Grafico N°2.....</b>	<b>71</b>
<b>13.2.3 Grafico N° 3.....</b>	<b>72</b>
<b>13.2.4 Grafico N° 4.....</b>	<b>73</b>
<b>13.2.5 Grafico N° 5.....</b>	<b>74</b>
<b>13.2.6 Grafico N° 6.....</b>	<b>75</b>
<b>13.2.7 Grafico N° 7.....</b>	<b>76</b>
<b>13.2.8 Grafico N° 8.....</b>	<b>77</b>
<b>13.2.9 Grafico N° 9.....</b>	<b>78</b>
<b>13.2.10 Grafico N° 10.....</b>	<b>79</b>
<b>13.2.11 Grafico N° 11.....</b>	<b>80</b>
<b>13.2.12 Grafico N° 12.....</b>	<b>81</b>
<b>13.2.13 Grafico N° 13.....</b>	<b>82</b>
<b>13.2.14 Grafico N° 14.....</b>	<b>83</b>
<b>13.2.15 Grafico N° 15.....</b>	<b>84</b>
<b>13.2 16 Grafico N° 16.....</b>	<b>85</b>
<b>13.2.17 Grafico N° 17.....</b>	<b>86</b>
<b>13.3 Instrumento de recolección de datos.....</b>	<b>87</b>

## I. INTRODUCCION

La violencia intrafamiliar en la gestante, es un grave problema de salud pública que afecta el bienestar del binomio madre-hijo. Los factores desencadenantes de la violencia son diversos, sin embargo, las consecuencias observadas son similares en los diferentes grupos sociales y abarcan desde secuelas psicológicas hasta causas de morbilidad materno-infantil, es un problema que compromete su bienestar y la del niño por nacer. Se han realizado estudios que demuestran la asociación del tipo de violencia con las complicaciones en el embarazo y el parto.

La gestante maltratada sufre estrés permanente, del cual devienen consecuencias negativas en la salud mental de las víctimas. El estrés, producto de la violencia, tiene secuelas psíquicas, entre ellas trastornos emocionales y alteraciones del comportamiento. Las consecuencias psíquicas del estrés desencadenan patrones de depresión, angustia, baja autoestima, aislamiento y en el peor de los casos, suicidio.

La comprensión de los efectos de la violencia en la gestación, permiten el diseño de intervenciones que disminuyen los resultados maternos y perinatales adversos. Lo anterior, responde a la detección temprana y oportuna del maltrato, durante la visita al control prenatal; es en nivel primario de atención, donde es más factible detectar los casos de violencia en la gestación. Por ende, la pesquisa temprana de la violencia facilita un manejo interdisciplinario a fin de evitar las consecuencias negativas en la salud materna.

En Nicaragua Cada día la Comisaría de la Mujer y la Niñez llegan denuncias de maltrato físico, mental, sexual y económico, ejercido en la mayoría de los casos por los hombres de la familia hacia las mujeres, los niños y niñas, las estadísticas revelan que entre un 35% y un 40% de mujeres que viven emparejadas sufren malos tratos físicos o psíquicos por parte del hombre, lo que permite afirmar que miles de mujeres están bajo amenaza de muerte. Sin embargo, esta cifra solamente es mínima respecto a la violencia real, debido a que la mayoría de los abusos no se denuncian, principalmente porque no existen instrumentos jurídicos, educativos, sociales y económicos adecuados que protejan a las víctimas, lo que hace que la violencia contra las mujeres siga siendo en gran parte un delito invisible.

Se espera que con nuestra investigación contribuya de manera significativa a comprender las características de la violencia intrafamiliar en el embarazo y su asociación con las complicaciones maternas que se desarrollen durante el embarazo; para un mejor manejo de los casos de maltrato por el profesional de Salud

## II. ANTECEDENTES

En el 2005, se realizó un estudio en la sala Santa Sofía del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín, con el objetivo de determinar la frecuencia, características y consecuencias de la violencia física y psicológica contra las gestantes. Se trató de un estudio descriptivo prospectivo. Donde primeramente se aplicó una encuesta a las gestantes, la encuesta incluía datos sociodemográficos y que tipo de violencia al maltrato estaban sometidas durante el embarazo, de las cuales 229 mujeres fueron encuestadas reportando lo siguiente: 88 (38,6%) reportaron maltrato durante la gestación, 59 (25,9%) violentadas psicológicamente, 26 (11,4%) física y psicológicamente y 3 (1,3%) exclusivamente abuso físico. Los principales agresores fueron los familiares y el compañero.

En el 2006, Valdez R, Sanín L, México, realizaron un estudio titulado “Violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer” buscando determinar la prevalencia de la violencia doméstica durante el embarazo, así como su asociación con el peso del producto al nacer y con las complicaciones en el parto y posparto inmediato. Reportó que las mujeres maltratadas (MM) víctimas de violencia durante el embarazo tienen tres veces más complicaciones durante el Parto y posparto inmediato que las mujeres no maltratadas (MNM) (IC95% 1.3-7.9). La diferencia en el peso del producto al nacer entre los dos grupos fue de 560g ( $p < 0.01$  ajustado por edad y paridad), con desventaja para las MM. Las mujeres violentadas tuvieron cuatro veces más riesgo de tener productos de bajo peso en comparación con las MNM (IC 95% 1.3-12.3)

En el 2007, Ferreira de Souza Monteiro y col. en el estudio La violencia intrafamiliar contra las adolescentes embarazadas realizado en Brasil. Donde el objetivo era describir cómo los adolescentes se relacionan con sus familias antes y después del descubrimiento del embarazo. Quince adolescentes que se encontraban en el período posparto, participaron en un hospital público. Se utiliza como instrumento de recolección de datos a través de entrevista semi-estructurada. Para el análisis de los datos se utilizó el enfoque cualitativo. El grupo de adolescentes que se encontraba en el rango de edad 17 a 19 años, con mayoría del Estado de origen, estado civil, entre la unión estable y una individual. Eran adolescentes primíparas en su mayoría. La violencia hacia las adolescentes embarazadas, cuya principal agresores padre y de la madre y el propio embarazo es citada como una de las causas de esta violencia, y la violencia psicológica fue sentido por casi todos (99,54%) de los adolescentes que participaron en el estudio. Los resultados indican que los adolescentes tenían una buena relación, pero al demostrar que estaban embarazadas son víctimas de violencia por parte de los padres; el diálogo sobre la sexualidad y la anticoncepción sigue siendo distantes entre padres e hijos.

En el 2008 Bohle Urrutia V. realizó un estudio con el objetivo de analizar la prevalencia y características de la violencia doméstica durante el embarazo en las mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Regional de Valdivia, durante el período de un mes en el año 2007. Se trató de un estudio cuantitativo exploratorio y descriptivo donde la muestra fue un total de 235 mujeres cuyo parto normal, cesárea o aborto, hayan sido atendidos en el Servicio de Obstetricia y Ginecología. Donde se obtuvo los siguientes resultados: La prevalencia de la violencia durante el embarazo correspondió a un 13,2% (N=31). Para todos los casos estudiados, el agresor fue la pareja, con una frecuencia mayor, se acudió al uso de violencia psicológica (96,7%), violencia física leve en un 19,4%, violencia física grave un 9,7%, y violencia sexual en un 9,6%. El 45,6% de las mujeres no maltratadas no planearon su embarazo, porcentaje que aumentó a un 80,6%, en las mujeres víctimas de maltratos. El 41,9% de los agresores sufrieron algún tipo de maltrato durante la infancia y un alto porcentaje (42%), utilizaron el alcohol en algún grado de frecuencia en los episodios de violencia. Una alta frecuencia de mujeres víctimas de violencia se expresaron emocionalmente afectadas en comparación con aquellas que no fueron maltratadas durante el embarazo.

En 2012 Salas Arriaga y Salvatierra Aguilera en el estudio Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011- febrero 2012 analizaron la asociación entre la violencia intrafamiliar durante el embarazo y los resultados maternos en puérperas adolescentes. El estudio de tipo comparativo, transversal, retrospectivo. La muestra la conforman 116 puérperas adolescentes, distribuidas en dos grupos de 58 participantes cada uno. Se recopilaron los datos mediante la entrevista estructurada y la revisión de las Historias Clínicas, En lo resultados obtuvieron que el promedio de edad de las puérperas adolescentes fue  $17.1 \pm 1.2$  años. Del total de participantes, 56.9% alcanzó el nivel de instrucción de secundaria incompleta, 50.9% manifiesta estado civil de soltera. El tipo de violencia intrafamiliar más frecuente fue la violencia psicológica (94.8%), seguido de la violencia física (17.2%) y la violencia sexual (8.6%) En el grupo con violencia intrafamiliar durante el embarazo fue significativa la mayor frecuencia de resultados maternos adversos, los cuales fueron: Infección del tracto urinario (37.9%), anemia (34.5%), ruptura prematura de membranas (8.6%), preeclampsia (8.6%), parto pre término (8.5%), amenaza de aborto (5.2%) y la vía de culminación del embarazo fue en su mayoría parto vaginal.

En el 2013 Valderrama Araujo B y Pedemonte S realizaron un estudio sobre la influencia de la Violencia intrafamiliar en las complicaciones del embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Morales, Distrito de Morales, Perú, trato de estudio cuantitativo, descriptivo correlacional, transeccional, con recolección prospectiva de datos, durante el periodo de Mayo - Octubre 2013. Donde hubo un muestreo no probabilístico constituida cuestionario de autodiagnóstico, donde se encontraron las siguientes conclusiones: existe una relación estadísticamente

significativa positiva entre la Violencia Intrafamiliar y las Complicaciones del Embarazo en Adolescentes. En orden de precedencia, el 76.6% de las adolescentes embarazadas presentaron infecciones del tracto urinario; el 51.1% hiperémesis gravídica; el 42.6% adolecen de anemia; y el 31.9% presentó amenaza de aborto; 17% infecciones genitales; 14.9 retardo de crecimiento intrauterino; 8.5% amenaza de parto prematuro; y el 6.4% hipertensión gestacional. El 61.7% desarrolla una relación intrafamiliar abusiva; el 25.5% se desarrolla en el primer nivel de abuso; el 10.6% se desarrolla en una relación intrafamiliar de abuso severo; y el 2.1% en el nivel de abuso peligroso. La violencia psicológica prevalece con una puntuación media de 4.83; seguida por la violencia física con una puntuación media de 2.94; la violencia económica con una media de 2.79; y la violencia sexual es la menos prevalente con una puntuación media de 1.62. El 95.7% de las adolescentes embarazadas son adolescentes tardíos; el 61.7%, son Convivientes; y el 38.3% son solteras; y el 63.8% son amas de casa.

En el 2014, González Guerrero, E. realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé comprendido entre el periodo de enero a marzo del 2014, denominado factores asociados con la violencia en gestantes adolescentes, tomando una muestra de 140 gestantes adolescentes de la cual se obtuvieron los siguientes resultados: La edad promedio fue de 16.98 años  $\pm$  1.255 años. El 78.57% tenían secundaria, el 63.57% eran amas de casa, el 60% de gestantes eran convivientes. El promedio de edad del Inicio de Relaciones sexuales fue de 15.46 años  $\pm$  1.51 años. El 83.57% de las adolescentes gestantes indicó no haber planificado el embarazo. El principal agresor de la gestante adolescente en los tres tipos de violencia son los padres o pareja. El tipo de violencia más frecuente en las gestantes adolescentes es la violencia psicológica que representó el 48.2% antes del embarazo, lo cual disminuye a un 10% durante el embarazo. La violencia física se encontró en 41.2% de gestantes adolescentes antes del embarazo, durante el embarazo disminuyó a un 5.3%. La violencia sexual representó el 10.6% de las gestantes adolescentes antes del embarazo, disminuyendo durante el embarazo a un 2.4%.

## **EN NICARAGUA:**

El único estudio que se ha acercado al tema de investigación es el de valladares y su grupo. Ellos desarrollaron un estudio de casos y controles de base hospitalaria en el que demostraron incremento en la fuerza de la asociación entre el bajo peso al nacimiento y la exposición a diferentes tipos de violencia durante el embarazo violencia emocional (RM2.33; IC 95%: 1.26-4.30) y violencia física más emocional (RM5.35; IC 95%: 2.29- 12.7). Aun después de ajustar los confusores potenciales (edad, paridad, estado socioeconómico y tabaquismo) la asociación entre la violencia física y emocional durante el embarazo y el bajo peso al nacimiento se conservó significativa (RM 3.98; IC 95%: 1.7- 931) Principalmente en el subgrupo con restricción del crecimiento intrauterino.

En Nicaragua en el estudio de Avendaño Espinosa K. de calidad de atención a las mujeres sobrevivientes de violencia, realizado en el Hospital Fernando Vélez Paiz se encontró, que de las mujeres violentadas, el 48% estaban embarazadas, el 40% no estaban embarazadas y el 12% fueron agredidas durante el puerperio, otro estudio realizado en el hospital Bertha Calderón Roque por Damaris Narcisa Peña de emergencias obstétricas asociadas a violencia intrafamiliar concluyo que la violencia se presentó principalmente los fines de semana y los tipos de lesiones predomino la violencia intrafamiliar por intencionalidad, causada por conocidos: conyugue, padrastro y hermanos dentro de la casa, se usara mecanismos de contusión de tejidos blandos, en abdomen, glúteos y lesione múltiples y en cuanto a las principales complicaciones obstétricas según las semanas de gestación se encontraron.: amenaza de aborto, muerte fetal y prematurez, quedando estos casos hospitalizados. Las terminaciones de su embarazo fueron aborto y parto prematuro y una pequeña parte continuaba embarazada.

En 2014, Somarriba Gradiz V y Rivera Reyes A. Realizaron un estudio analítico, de casos y controles, retrospectivo, de corte transversal, titulado violencia intrafamiliar como factor de riesgo para complicaciones obstétricas en las mujeres atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo abril 2013-abril 2014 donde se aplicó una ficha estructurada, para la revisión sistémica de los expedientes y fichas epidemiológicas de violencia intrafamiliar como complicaciones maternas atendidas en las sala de emergencias, maternidad, labor y parto y alto riesgo obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque resultado que: la violencia intrafamiliar se presentó más frecuentemente en el grupo de mujeres embarazadas adultas jóvenes entre las edades de 20- 29 años de edad que correspondían al 50% (68) de los casos y al 58.3%(14) de los controles. La mayoría de los casos y controles en estudio eran de procedencia urbana y convivían en unión libre con su pareja. Se encontró que la amenaza de parto pretermo corresponde a la complicación obstétrica más frecuente 41.7%, seguido de las infecciones del tracto reproductor femenino con un 25% y la amenaza de aborto un 25%. De las características de la violencia durante el embarazo se encontró que la violencia física es la que predomina en el 100%, ya que la mayoría de las agresiones eran dirigidas hacia el abdomen, tórax y región lumbar, siendo el conyugue en la mayoría de las veces el que ejecuto la violencia.

### III.JUSTIFICACION

La violencia contra la mujer es objeto de atención como problema de salud pública y fue reconocido como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), entre otros. Desde esta perspectiva, la violencia contra la mujer se traduce en muertes, enfermedad y disminución en la calidad de vida. El análisis parte de que se trata de un evento predecible y por lo tanto prevenible para controlarlo y contribuir a su disminución. Lo cual implica la identificación de grupos con mayor vulnerabilidad y la elaboración de estrategias de prevención y atención.

La violencia de pareja o conyugal es una de las facetas más amplias de la violencia intrafamiliar, que se refiere a un patrón de abuso físico, emocional, sexual o privación arbitraria de la voluntad o de la libertad, perpetrado por la pareja (novio, esposo o concubino) y que perpetúa la subordinación de quien la padece.

La violencia doméstica es la forma más común de violencia intrafamiliar y ha pasado a ser en nuestros días un tema no solo de actualidad política y social, sino que también en el ámbito sanitario se considera un problema de salud pública, cuya expresión máxima es la muerte o “feminicidio”, como se denomina cada vez con mayor frecuencia al homicidio femenino.

Desde el modelo biomédico, la violencia suele considerarse un problema de salud en sí mismo y clasificarse como una lesión intencionada. Sin embargo, la mejor forma de conceptualizar la violencia contra la mujer es definirla como un “factor de riesgo” para una mala salud.

La información obtenida de la investigación realizada, aportara datos estadísticos, acerca de la tendencia actual de la violencia intrafamiliar que sufren las embarazadas, los cuales podrán concientizar acerca de la magnitud del problema ya que las complicaciones obstétricas pueden ser prevenidas por medio de intervenciones, dirigidas a estos grupos. Este es un tema que en Nicaragua no ha sido muy abordado desde el ángulo de la maternidad y sus complicaciones, actualmente solo se cuenta con un estudio realizado en el año 2013, es por tal razón que se decide abordar el problema en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el cual se atienden pacientes en la especialidad de ginecoobstetricia, y que por ser un hospital de referencia nacional se atienden muchos más pacientes que en otras unidades de salud, por lo cual pensamos era más probable encontrar en dicho lugar la población específica que buscábamos para este estudio, y así mismo realizar una muestra representativa de la violencia intrafamiliar en el embarazo a nivel nacional por las características de atención de esta unidad.

#### **IV.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la relación que existe entre la violencia intrafamiliar durante el embarazo y la ocurrencia de complicaciones obstétricas más frecuente en mujeres atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Enero del 2018-Diciembre del 2018?

## V. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

- Analizar la relación que existe entre la violencia intrafamiliar durante el embarazo y la ocurrencia de complicaciones obstétricas más frecuentes en mujeres atendidas en el hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Enero del 2018- Diciembre 2018

### OBJETIVO ESPECIFICOS:

- Conocer las características sociodemográficas en las mujeres embarazadas que sufren violencia intrafamiliar.
- Reconocer los datos obstétricos de la población en estudio.
- Identificar los antecedentes personales patológicos y no patológicos en la población en estudio.
- Analizar las complicaciones obstétricas más frecuentes en las embarazadas que sufrieron violencia intrafamiliar.
- Caracterizar el tipo de violencia que reciben las mujeres de la población en estudio.
- Conocer el destino que tuvieron, una vez atendidas, las pacientes en estudio.

## VI. Marco Referencial

El irrespeto a los derechos humanos de las personas es lo que conlleva al desequilibrio social. Los derechos humanos son los derechos, garantías y prerrogativas que gozan las personas desde el momento en que nacen hasta que mueren.

A partir de 1980 se ha incorporado una nueva versión de los derechos humanos, que parte del reconocimiento de los derechos de grupos determinados que por su condición de vulnerabilidad se requiere regular de forma específica.

El estado es responsable de actuar contra la violencia, pues según el informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer en 1994, “el estado no solo debe abstenerse de alentar todo acto de violencia sino también de intervenir activamente para impedir más represión y subordinación de las mujeres”.

La declaración universal de los Derechos Humanos establece en su ARTO 1 que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.

### 6.1 Generalidades.

Para enmarcarnos en el tema **“violencia en el embarazo”**, primeramente, se conocerán los siguientes términos:

Entendemos por **violencia** a la acción y efecto de utilizar la fuerza y la intimidación para conseguir algo.

La violencia es un problema social que según diversas investigaciones es una actitud aprendida y el primer lugar de aprendizaje de los patrones de conducta violenta es el hogar, marco donde estas características son frecuentemente infravaloradas produciéndose la misma sin una conciencia clara de actuación al margen de la ley, “De aquí **violencia intrafamiliar** es toda acción u omisión cometido por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra que perjudique el bienestar, integridad psicológica, sexual a la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otras personas en la familia”.

En Nicaragua, la familia se define como el núcleo fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección del estado, siendo el matrimonio y la unión de hechos, donde descansa su funcionamiento. Las relaciones familiares se apoyan en el respeto, solidaridad e igualdad de derechos y responsabilidades entre el hombre y la mujer. Sin embargo, estos enunciados jurídicos no son tomados en cuenta en la práctica de las relaciones conyugales y es por tal razón que se produce la violencia entre pareja.

Una de las formas más comunes de violencia intrafamiliar, es la violencia conyugal, también conocida como violencia domestica; es toda agresión practicada dentro de una relación de pareja y que alude a toda forma de maltrato físico, psicológico y sexual. Dentro de este marco, los centros de control y prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, define la **violencia durante el embarazo** como “violencia o amenazas de violencia física, sexual o psicológica/emocional ocasionadas a la mujer embarazada”.

Una encuesta de hogares mostro que hay una probabilidad del 60,6% que una mujer embarazada sea agredida que una mujer que no lo está. Se cita a la violencia como una complicación del embarazo con mayor frecuencia que a la hipertensión, la diabetes o cualquier otra complicación seria.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): la salud es “el perfecto estado de bienestar físico, mental y social, y la posibilidad para cualquier persona de aprovechar y mejorar todas las capacidades en el orden espiritual, intelectual y cultural”. Partiendo de esta definición comprobamos que la sociedad pretende mejorar los derechos humanos y trabajar a favor de la igualdad entre ambos sexos y debe enfrentarse a la violencia generalizada que directa o indirectamente afecta a dos tipos de poblaciones: mayores y menores.

## **6.2 Causas de la violencia conyugal durante el embarazo**

Partiendo de que los datos estadísticos apuntan al propio padre del bebe como mayormente el perpetrador de la violencia durante el embarazo, esta misma se puede tipificar como violencia conyugal por ser la más frecuente en este periodo y es por tal razón que se citan las causas de este tipo de violencia.

La razón más comúnmente relacionada con el alto riesgo de la violencia domestica durante el embarazo es el aumento de estrés que siente el padre o compañero con respecto al parto inminente. Este estrés se manifiesta en el hombre como una frustración que dirige contra la madre y su niño no nacido. Las razones que originan este estrés aún no están claras, por lo que es necesario realizar una investigación más amplia para profundizar nuestro conocimiento con el objetivo de procurar métodos más eficaces para identificar a las mujeres que corren el mayor riesgo de violencia domestica durante el embarazo.

Si el embarazo era imprevisto o no deseado la violencia domestica contra la mujer llega ser cuatro veces más probable. Lo que este dato no pone de manifiesto es que el embarazo mismo puede ser un resultado de la violencia doméstica, ya sea por abuso sexual, violación marital o negación al uso de métodos contraceptivos.

### **A. Causas económicas.**

La violencia se da también por algunos problemas internos de la pareja o de alguno de los miembros, por ejemplo: el alcoholismo, y como factores externos el deterioro de las condiciones socio económicas de la relación (desempleo, subempleo, etc.).

Esto trae como consecuencias tensiones y frustraciones entre los miembros de la pareja.

La desigualdad económica entre el hombre y la mujer, tal situación es fuente de conflictos ya que generalmente el hombre tiene la responsabilidad de mantener a la familia y cuando no cumple con esto, la mujer se ve en la necesidad de buscar empleo, ambos se reclaman y como consecuencia surge la violencia. Otro caso es que las amas de casa por no tener ingresos propios se encuentran en una relación de completa dependencia económica respecto al hombre.

### **B. Causas culturales.**

La violencia es un fenómeno adquirido, aprendido por los individuos en el medio social en que se desarrollan, donde muchas veces el hombre aprende a considerar como legítimo el modelo de la utilización de las fuerzas para mantener el poder.

El patrón socio cultural de la educación familiar nicaragüense se caracteriza por ser violento, agresivo y compulsivo, considerando el castigo en sus diferentes modalidades como el recurso educativo más usual.

La cultura patriarcal en donde se legitima el derecho del hombre sobre la mujer; donde el agredido como el agresor acepta esta situación de maltrato porque se trata de costumbres que cada uno de ellos ha aprendido desde su infancia.

### **C. Causas psicológicas.**

Los hombres que en su niñez sufrieron situaciones de maltrato y ahora de adultos son agresivos y futuros victimarios.

El maltrato se considera una enfermedad mental. Considerados psicópatas a los compañeros que maltratan a sus conyugues. Los celos son unos de los argumentos utilizados por el hombre para disculparse y hacer ver a la mujer como la causa del problema o cuando menos merecedora del maltrato recibido.

Este “marco de referencia geológica” explica la relación de los factores personales, situacionales y socio culturales que se combinan para causar la

violencia doméstica. En el modelo, la violencia contra la mujer es resultado de la interacción de factores en diferentes niveles del medio social.

### **6.3 Fases de la violencia conyugal.**

La violencia hacia la mujer no se ejerce de manera constante, esta es una de las razones que dificulta su denuncia ya que en los momentos en que la “violencia cesa” las mujeres creen que la situación va a mejorar,

Parece ser que en los hogares que hay violencia se pasa por tres fases bien diferenciadas, que se repiten una y otra vez.

- 1- **Fase de maltrato:** Etapa de acumulación de tensiones y golpes. Comienza con el maltrato psicológico. El agresor daña la autoestima de la víctima por medio de insultos, esto hace que la tensión entre la pareja aumenta, luego se pasa a los gritos y finalmente en medio de la discusión se pasa a la agresión física. En esos momentos el agresor siente un gran alivio, pues su comportamiento libera la tensión que tiene acumulada.
- 2- **Fase de reconciliación o etapa de arrepentimiento (luna de miel):** El agresor se da cuenta que ha causado mucho daño a la víctima, se vuelve más amable con ella, trata de obtener su perdón. La víctima esta recelosa y atenta por lo que el agresor se esfuerza para que esta fortalezca sus lazos de dependencia.
- 3- **Fase de ambivalencia:** La víctima no comprende la situación y sus sentimientos de amor hacia el agresor y los lazos de dependencia afectiva y economía que tiene establecidas con él, hacen que empiecen a creer en sus excusas y sus razonamientos, ella necesita tanto efecto y se tendrían que enfrentar a tantas situaciones nuevas que al final cede. Es el comienzo nuevamente de la primera fase.

### **6.4 Tipos de violencia conyugal**

La violencia conyugal por la forma en que se expresa, dada la complejidad de la problemática, diferentes instituciones y organismos han tipificado la violencia de diferentes maneras.

1-Física: Es todo acto no accidental que provoque o que puede provocar daños físicos (internos o externos), y puede llegar a provocar la muerte. Es la agresión en contra del cuerpo físico traducido en golpes, puñetazos, arañazos, mordeduras,

empujones, patadas, jalones de pelo, palizas, quemaduras, lesiones por estrangulamiento, por armas de fuego y otras.

### **Tipos de traumatismos obstétricos: (21) (22)**

Se considera que los traumatismos constituyen la principal causa de muerte no obstétrica durante el embarazo, por ello es importantísima una correcta atención a la embarazada para minimizar las secuelas de las lesiones sufridas tanto para el feto como para la madre.

#### **Mecanismos lesionales:**

##### **Traumatismos cerrados:**

**a) lesiones directas:** producidas por golpes directos sobre la pared abdominal.

**b) lesiones indirectas:** secundarias a fenómenos de desaceleración, contragolpe, compresión rápida u oposición de fuerzas. Estos mecanismos son fundamentales en las lesiones del feto, por ello es recomendable el uso de cinturones de seguridad de fijación en tirantes sobre los hombros, ya que el resto transmiten la fuerza directamente sobre el útero.

**c) traumatismos penetrantes:** fundamentalmente por arma de fuego y blanca o enclavamiento de cuerpos extraños en abdomen. El útero es el órgano diana en este tipo de lesiones mortales para el feto.

**2-psicológica y emocional:** Es la agresión que una persona ejerce sobre otra, a través de acciones que disminuya la integridad de su autonomía y que significa su desvalorización física, moral e intelectual, expresada en celos, aislamiento, agresividad, hostigamiento verbal, degradación verbal, humillación, acosamiento, amenazas a la persona directamente de palabras o con armas, o indirectamente de dañar a sus seres queridos, quitar a sus hijos/as y otras formas de tortura psíquica.

**3. sexual:** es la agresión que una persona ejerce contra otra mediante actos sexuales. Significa obligar a la persona a participar en actividades sexuales, que lastimen su integridad física, sexual y emocional, utilizando la manipulación afectiva, intimidación, el soborno o la fuerza física. Sus manifestaciones son de abuso sexual, incestos, violación, acoso sexual, prostitución, exigencias para observar actos sexuales directamente a través de medios audiovisuales. Otra forma de violencia sexual que se comete con bastante frecuencia es obligar a tomar o a no tomar anticonceptivos, así como hacer que la mujer se someta a abortos. En este tipo de violencia el hombre en la mayoría de los casos es el ofensor sexual. Otra opinión popular es que la mujer no puede violar, debido a su

inferioridad de fuerza, de peso y de tamaño corporal y aún más importante, porque el hombre debe jugar un papel fisiológicamente activo en el acto sexual; pues la mujer no puede tener un coito con un hombre a menos que haya una erección del pene y eso no es una facultad bajo el control de la mujer.

**4. económico o patrimonial:** es una forma de violencia psicológica ligada a los aspectos financieros. Es la agresión que una persona ejerce contra otra a través del control económico o financiero, sobre el salario de la víctima, sus pertenencias, negación del agresor a asumir sus responsabilidades económicas y desviación de su salario para fines ajenos a la manutención de la familia, robo y destrucción de bienes de la víctima o adquiridos en común.

**5. por negligencia o descuido:** todo acto de omisión a través del cual no se satisface la necesidad básica como alimentación, protección, cuidados higiénicos, vestimenta, educación, atención médica (teniendo la posibilidad de hacerlo), de toda persona con necesidades especiales por parte de las personas que tiene a su cargo la guarda crianza o tutela de esa persona.

De todos los tipos de violencia la que daña más a la mujer es la psicológica, ya que con esta violencia el agresor ofende a su víctima, denigra y destruye su orgullo, dignidad y autoestima; en cuanto a los daños físicos desaparecen con el tiempo en cambio los insultos y maltratos, siempre los tendrá presentes en forma de traumas. (El Nuevo Diario, 2007).

### **6.5 Perfil típico de la víctima.**

El haber estado expuesta a situaciones de violencia es un factor que incide a la tolerancia de la violencia posteriormente.

El niño educado en el seno de una familia donde hay violencia, es probable que reproduzca esos mismos patrones de conducta. Una niña educada en una familia donde también exista la violencia, va aprender una serie de patrones de conducta de sumisión.

Algunas características que suelen presentar las víctimas de violencia son:

- Baja autoestima; es decir que aumenta su paciencia y su pasividad.
- Pesimista; cree que nunca podrá salir de la situación de maltrato, ni aun con ayuda.
- Suelen ser dependientes económicamente: las víctimas que tienen hijos, principalmente cuando son mujeres, se les hace más difícil salir de una relación violenta por la preocupación del futuro de sus hijos y el de ella.

- Es posible que no cuenten con el apoyo familiar y profesional adecuado para salir de esta situación de violencia.

La falta de poder como mujer, las expectativas hacia la función genérica, las presiones sociales que se experimentan dentro de la adolescencia producidas por la necesidad de “ser pareja de alguien”, la necesidad de independizarse de la familia de origen y la influencia de la visualización los factores que producen que una mujer permanezca dentro de una relación de agresión como aquellos que surgen dentro de la situación la cual ella ha estado expuesta durante la relación.

El unirse emocionalmente a un agresor ha sido catalogado como una estrategia de sobrevivencia cuando la víctima es un rehén. El fenómeno de vínculo emocional con el agresor ha sido denominado **síndrome de Estocolmo**.

La aparentemente naturaleza universal de este fenómeno sugiere que el vincularse emocionalmente con el agresor puede ser instintivo y de esta forma juega un papel muy importante en la sobrevivencia de las víctimas de abuso interpersonal.

El **síndrome de Estocolmo** está presente si uno o más de las siguientes reacciones se observan en la víctima:

- Sentimientos positivos hacia él.
- Sentimientos negativos hacia la policía u otras autoridades que traten de rescatarla.
- Sentimientos positivos demostrados por el agresor hacia ella.

La violencia conyugal produce en sus víctimas trastornos emocionales profundos y duraderos que determinan en gran medida la prolongación de la situación de maltrato.

Las personas que viven violencia hablan de sentimientos de culpa, vergüenza, miedo e indefensión, características que no se incluyen en el masoquismo. Realmente este, no explica por qué se soportan estos hechos, pues algunas de las razones que sostienen esta situación son más de tipo práctico y económico. Por ejemplo, en la violencia del hombre contra la mujer, en donde el agresor se encarga de recordarle a la víctima que:

- Estás sola.
- Tu familia no te cree nada.
- No tienes amigos.

- Te voy a quitar a los niños y demostrare que estás loca.
- Vos tenéis culpa de que yo reaccione así.
- Si te vas arruinaras el futuro de tus hijos.
- No tenéis trabajo.
- ¿Cómo vas a sobrevivir si no tenéis un centavo?
- Sos una inútil.
- Si te vas, te encuentro y te mato.
- Si me denuncias, rápido salgo y entonces te alistas.
- Si contás algo, atenete a las consecuencias.

## 6.6 Consecuencias.

La violencia domestica durante el embarazo es una agresión que pone en peligro no solo una sino dos vidas. “si bien en la mayor parte de la violencia domestica los golpes van dirigidos a la cabeza de la víctima, durante el embarazo estos van dirigidos a los senos, el abdomen o los genitales”.

- **Problemas de salud física.**

Lesiones físicas (moretones, fracturas, problemas ginecológicos, enfermedad pélvica, embarazos no deseados, abortos, abusos de alcohol y drogas, discapacidad parcial o permanente, enfermedades de transmisión sexual, entre otras).

### **Consecuencias físicas de la violencia domestica durante el embarazo Jornal of the American Medical Association, 267:1992.**

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| .Aumento de peso insuficiente.    | .infecciones vaginales, cervicales o renales |
| .sangrado vaginal.                | .trauma abdominal                            |
| .Hemorragia.                      | .exacerbación de enfermedades crónicas.      |
| .Complicaciones durante el parto. | .retraso en el cuidado prenatal              |
| .aborto espontaneo.               | .bajo peso al nacer                          |
| .ruptura de membranas.            | .placenta previa                             |
| .Infección uterina.               | .mallugaduras del feto, fracturas y          |
| .Muerte.                          | Hematomas.                                   |

- **Problemas de salud mental**

Depresión/intentos de suicidio, ansiedad, disfunciones sexuales, trastornos alimenticios, trastornos del estrés post-traumático, trastornos de la personalidad múltiple, trastornos de compulsión, comportamiento de alto riesgo (sexo sin protección, parejas múltiples, etc.)

La violencia intrafamiliar es un problema que trasciende la esfera social puesto que va más allá de agresiones físicas y es causa de hemorragias, abortos, infecciones, anemias, partos prematuros y bajo peso del producto al nacer. En un estudio reciente de Kuning M et. Al, sugieren que las mujeres violentadas tienen un riesgo de 1.59 de perder el producto y ese grupo se incrementa en los grupos de 15-19 años de edad. (Kuning M, D McNeal D Chongsuvivatwong. Pregnancy loss in the Philippines southeast Asian J Trop Med Public Health 2003; 34:433-442 UNIFEM)

También el estrés psicosocial es un factor para complicaciones maternas, estrés que sufren las víctimas de violencia familiar, estas complicaciones asociadas a estrés fueron estudiadas en la evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003 en donde se encontraron las siguientes complicaciones: ruptura prematura de membranas 10.3%, parto prematuro 8.4%, hipertensión arterial inducida por el embarazo 3.9%, hipertensión gestacional 2.2%, preeclampsia 1.7% y diabetes gestacional 0.9%, más una alta tasa de cesárea por desproporción cefalopélvica.

### **6.7 Complicaciones maternas más frecuentes.**

De acuerdo a las complicaciones maternas más frecuentes que citan los diferentes estudios, se definen las siguientes patologías:

- **Síndrome Hipertensivo Gestacional (SHG)**

La hipertensión arterial es una de las principales causas de restricción del crecimiento fetal, Prematurez y mortalidad perinatal y figura entre las principales causas de muerte materna.

Según la normativa 109, el estrés es un factor de riesgo materno para el SHG.

#### Hipertensión arterial

1. Presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mmHg, en al menos 2 ocasiones con un intervalo de 4 horas.

2. Una sola presión arterial diastólica mayor o igual a 110 mmHg.
3. Una presión arterial media (PAM) mayor o igual a 106 mmHg.

La clasificación del SHG está basada en la forma clínica de presentación de la hipertensión, siendo la siguiente:

- a) Hipertensión arterial crónica.
  - a.1) pacientes con hipertensión arterial crónica esencial o secundaria, antes de iniciar el embarazo y que coexiste con el mismo.
  - a.2) pacientes con hipertensión con o sin proteinuria, que aparece antes de la semana 20 de gestación.
  - a.3) pacientes que persisten con hipertensión luego de 6 semanas de puerperio.
- b) hipertensión arterial crónica con preeclampsia agregada: se define como la presencia de preeclampsia en embarazadas con hipertensión crónica conocida o diagnosticada antes de la semana 20 del embarazo. La hipertensión crónica se complica con preeclampsia en un 25%. La existencia de los siguientes parámetros permite realizar el diagnóstico:
  - b.1) pacientes con hipertensión arterial crónica sin proteinuria (antes de la semana 20) que desarrolla proteinuria significativa luego de la semana 20 del embarazo.
  - b.2) pacientes con hipertensión arterial y proteinuria (antes de la semana 20) que presenta uno de los siguientes:
    - b.2.1) incremento de la proteína basal.
    - b.2.2) elevación de la presión arterial en pacientes que previamente se encontraban compensadas.
  - b.3) pacientes con hipertensión arterial crónica (antes de la semana 20) que desarrolla trombocitopenia o anemia hemolítica microangiopática o incremento de las enzimas hepáticas (SINDROME DE HELLP).
- c) hipertensión gestacional: se define como el desarrollo de hipertensión sin proteinuria significativa durante la segunda mitad del embarazo en paciente previamente normotensa. La frecuencia es de 6% a 17% en nulíparas y de 2% a 4% en multíparas.

Puede evolucionar a una preeclampsia (46%), especialmente si aparece antes de las 30 semanas. Se puede reclasificar en dos categorías posterior al embarazo:

c.1) hipertensión transitoria: si se normaliza la presión arterial luego de la resolución del embarazo, en un periodo menor a 6 semanas de puerperio.

c.2) hipertensión crónica: paciente persiste con hipertensión arterial luego de 6 semanas del puerperio.

d) preeclampsia- eclampsia: se divide en 2 grupos:

d.1) preeclampsia

-PAS  $\geq$  o igual a 140 mmHg y/o diastólica  $\geq$  o igual a 90 mmHg que ocurra después de 20 semanas de gestación en mujer previamente normotensa, sin evidencia de daño a órgano blanco.

-considerar también cuando la presión arterial media (PAM) se encuentra entre 106-125 mmHg.

-proteinuria significativa que se define como excreción de 300 mg o más de proteínas por litro en orina de 24 horas o una cruz (+) en cinta reactiva en 2 tomas con un intervalo de 4 horas, en ausencia de infección del tracto urinario o sangrado.

d.2) preeclampsia grave.

Se realiza el diagnóstico en pacientes con hipertensión arterial y proteinuria significativa que presentan uno o más de los siguientes criterios de daño a órgano blanco:

-presión arterial sistólica  $\geq$  o igual a 160 mmHg y/o diastólica  $\geq$  o igual a 110 mmHg y/o presión arterial media  $\geq$  o igual a 126 mmHg.

-proteinuria  $\geq$  o igual 5 gramos en orina de 24 horas o en cinta reactiva  $\geq$  o igual 3 cruces (+++).

-oliguria menor a 500 ml en 24 horas o creatinina  $\geq$  o igual 1.2 mg/dl.

-trombocitopenia menor a 100,000 mm o evidencia de anemia hemolítica microangiopática (elevación de LDH mayor a 600 U/L).

-elevación de enzimas hepáticas TGO o TGP o ambas mayor o igual 70 UI.

-síntomas neurológicos: cefalea fronto occipital persistente o síntomas visuales (visión borrosa, escotomas), tinnitus o hiperreflexia.

-edema agudo de pulmón o cianosis.

-epigastralgia o dolor en cuadrante superior derecho.

-restriccion del crecimiento intrauterino (RCIU).

#### d.3) eclampsia

Se define como la ocurrencia de convulsiones en el embarazo, parto o puerperio en pacientes con preeclampsia y que no son explicadas por otra etiología; un 16% ocurren hasta 48 horas posteriores al parto.

##### ➤ Ruptura prematura de membranas (RPM)

Se designa con el nombre de ruptura prematura de membranas a una solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que sobreviene antes del inicio del trabajo de parto. Dentro de ella se encuentran:

1. Ruptura prolongada de membranas: ruptura de membranas con periodo de latencia de 24 horas o más antes de iniciarse el trabajo de parto.
2. Periodo de latencia: intervalo de tiempo entre la ruptura de membranas y el nacimiento.
3. Falsa ruptura de membranas, quiste corioamniótico o ruptura de doble saco ovular: la ruptura del corion determinada la salida de líquido al exterior, permaneciendo el amnios íntegro, simulando ruptura prematura de membranas.
4. Ruptura precoz: Es la que acontece durante el periodo de dilatación, antes de que este se haya completado.
5. Ruptura tempestiva: es la que acontece cuando el cuello se encuentra totalmente dilatado.
6. Ruptura alta: Cuando se efectúa por encima del área cervical, existe una pérdida insidiosa de líquido y la persistencia táctil de la bolsa.
7. Ruptura espontánea: es la que se produce sin intervenciones.
8. Ruptura artificial: cuando se desgarran con una pinza u otro instrumento.

Riesgo materno: la rotura prematura de membranas ovulares aumenta la morbimortalidad materna a expensas de la infección. La frecuencia y gravedad de esta se encuentra estrechamente relacionada con la duración del periodo de latencia. También se ha observado un aumento en la incidencia de desprendimiento placentario (abruptio placentae).

Etiología: traumatismos, infección local, incompetencia ístmico-cervical.

##### ➤ **Amenaza de parto pretérmino y parto prematuro.**

**La amenaza de parto pretérmino** es una afección clínica caracterizada por la presencia de contracciones uterinas persistentes, con una frecuencia de 4 en 20

minutos ó 6 en 60 minutos, sin dilatación cervical o cuando es menor a 3 cm, entre las 22 semanas de gestación a las 36 semanas de gestación.

Se denomina parto prematuro o parto de pre termino al que se produce antes de las 37 semanas de gestación, cuando el embarazo tiene entre 22 semanas (para algunas 20 semanas) y 36 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación.

Etiología: se han descrito diferentes mecanismos de iniciación del parto prematuro, pero aisladamente ninguno se asocia fuertemente al mismo como para utilizarlo como un marcador seguro predictor de riesgo, por lo que se habla de una etiopatogenia multifactorial del parto prematuro.

El estrés psicosocial materno puede producir estrés fetal con una reducción del flujo útero placentario y puede activar prematuramente el mecanismo fetal del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Parecería que el principal mediador inductor de prematuridad por estrés es el factor liberador de corticotropina. Este factor proviene principalmente del hipotálamo, aunque también está localizado en células de la placenta, corion, amnios y decidua uterina. Estas células son estimuladas produciendo prostaglandinas las cuales producen contracciones uterinas y maduran el cuello. A su vez las prostaglandinas estimularían también el factor liberador de la hormona corticotrópica de la placenta, membranas ovulares y decidua, iniciándose un círculo de retroalimentación que desencadenaría el parto prematuro (Lockwood, 1999-2002; Challis, 2001). También este mecanismo libera cortisol materno y fetal y dehidroepiandrosterona. Estos son convertidos en la placenta en estrógenos que a su vez activan las proteínas del miometrio y activan los receptores para la oxitocina. Los siguientes factores se encuentran asociados a parto pretérmino infecciones ascendentes del tracto genitourinario, hemorragia de decidua uterina, el embarazo múltiple, hidramnios e intervalo intergenésico (entre más corto sea mayor probabilidad de parto pretérmino existe).

Otras son causas externas como traumatismos directos (golpes, caídas, coitos bruscos), traumas indirectos: desaceleraciones.

➤ **Hemorragias de la primera mitad del embarazo/Aborto.**

Es la expulsión o extracción de un embrión o feto de la madre de menos de 500 gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas (imperea el peso sobre las semanas de gestación).

Puede ser espontaneo o provocado. Los espontáneos son los que se producen sin la intervención de circunstancias que interfieren artificialmente en la evolución de la gestación cuya frecuencia se estima en alrededor del 15% de los embarazos, y

los abortos provocados, son aquellos que se induce premeditadamente el cese del embarazo.

Etiología:

- Ovulares (representan el 80 al 90% de los abortos espontáneos: factores hereditarios, defectos cromosómicos o de las células sexuales.)
- Maternas orgánicas: sistémicas y locales referidas al aparato reproductor.(tuberculosis, toxoplasmosis, enfermedad de Chagas, infecciones pélvicas-genitourinarias, desgarros cervicales)
- Funcionales (endocrinopatías: diabetes, hipertiroidismo, cuerpo lúteo insuficiente)
- Inmunológicas: lupus eritematoso.
- Psicodinámicas: stress extremo, sicosis.
- Tóxicos: intoxicación con plomo, mercurio, alcoholismo.
- Carencial: hipovitaminosis, anemia, malnutrición, falta de oligoelementos.
- Traumatismos físicos
- Social: violencia física y sexual.

Síntomas y formas clínicas:

- **Amenaza de aborto:**

Amenorrea con signos presuntivos de embarazo, dolor tipo cólico en hipogastrio, acompañado o no de sangrado transvaginal, sin modificaciones cervicales y el tamaño del útero conforme a las semanas de amenorrea.

- **Aborto inminente o en curso**

Se acentúan los síntomas descritos en la amenaza de aborto. Persiste dolor tipo cólico, sangrado transvaginal y el cuello uterino presenta modificaciones importantes e irreversibles.

- **Aborto inevitable:**

Presencia de dolor y/o sangrado intenso que compromete la vida de la mujer, salida transvaginal de líquido amniótico.

- **Aborto frustrado, diferido o huevo muerto retenido:**

El huevo está muerto in útero, no hay signos, ni síntomas de aborto, el crecimiento uterino está detenido, los niveles de la hormona gonadotropina coriónica disminuyen. Ausencia de vitalidad fetal por ultrasonido.

- **Aborto incompleto:**

El contenido uterino se expulsa parcialmente, el tamaño del útero se mantiene o disminuye, el cuello uterino está dilatado en sus dos orificios y persiste el sangrado.

- **Aborto completo:**

El huevo se expulsa completamente. Ocurre en embarazos tempranos.

- **Aborto séptico:**

Se trata de una de las formas anteriores con un proceso infeccioso sobreagregado en la cavidad uterina o en el producto, no afecta la capa muscular del útero. Sus síntomas y signos generalmente son los de una infección leve a severa.

➤ **Hemorragia de la segunda mitad del embarazo:**

**Desprendimiento de placenta normalmente inserta:**

El cuadro de DPPNI o “Abruptio placentae” se define como la separación accidental de la placenta de su zona de inserción normal, después de las 22 semanas y antes del nacimiento del feto.

Etiología:

- Aumento brusco de la presión venosa uterina en el espacio intervelloso. (ejemplo preeclampsia).
- Traumatismos directos e indirectos sobre el abdomen como violencia contra la mujer, en el contragolpe de la caída de nalgas, accidente automovilístico.
- Traumatismos internos (versión interna).
- Falta de paralelismo entre la retracción de la pared del útero y la placenta en la evacuación brusca del polihidramnios.
- Otras causas de origen indeterminado.

Las manifestaciones clínicas del desprendimiento placentario pueden ser muy variables. El sangrado externo puede ser profuso y no haber sufrimiento fetal, o puede ser escaso o casi ausente y existir un desprendimiento completo con muerte fetal.

**Complicaciones DPPNI:**

**Maternas**

- Hipovolemia
- Necesidad de transfusión sanguínea.
- Coagulación intravascular diseminada.

- Insuficiencia renal.
- Síndrome de distress respiratorio del adulto.
- Falla orgánica multisistémica.
- Muerte

#### Fetales

- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Hipoxemia o asfixia fetal.
- Parto prematuro.
- Muerte.

Los riesgos de la madre en el DPPNI se relacionan con la severidad del desprendimiento, mientras que los riesgos fetales se relacionan además con la edad gestacional a la cual ocurre.

#### ➤ **Infecciones de transmisión sexual (ITS):**

Se entiende por ITS a una serie de infecciones que tiene como punto de partida la relación como homo y heterosexual, producida por múltiples agentes algunos de los cuales poseen una especial adaptación para multiplicarse en el aparato genitourinario y que originan lesiones locales: en el aparato urogenital (uretritis, vulvovaginitis), en la región inguinal (granuloma, chancro, condilomas) o en la cavidad pelviana (enfermedad inflamatoria de la pelvis) o bien en todo el organismo, como sífilis, hepatitis B y el SIDA entre otras.

#### Condiloma acuminado:

Enfermedad producida por un grupo heterogéneo de virus ADN reunidos taxonómicamente en la familia Papova (HPV). Los HPV son agentes de lesiones vulvoperineales proliferantes, llamados condilomas acuminados y también de lesiones subclínicas cervicales pre malignas.

Los condilomas acuminados, llamados asimismo papilomas venéreos o “cresta de gallo”, son proliferaciones papilomatosas múltiples que pueden invadir genitales adquiriendo el aspecto de una coliflor. Se presentan húmedos y cubiertos de secreción fétida. Deben diferenciarse de los condilomas planos (sífilides papulohipertróficas del secundarismo) y del carcinoma de la vulva.

#### ➤ **Infecciones del tracto reproductor femenino:**

#### Vulvovaginitis

Se trata de procesos sépticos no invasivos, localizados en vagina y vulva que tienen en común la existencia de leucorrea acompañada de prurito y ardor, en ocasiones dispareunia. En la infección vaginal desempeña un papel importante los

efectos estrogénicos sobre el epitelio vaginal y su contenido en glucógeno, el PH vaginal, el tipo de flora, especialmente la existencia o no del bacilo de Doderlein.

Es importante recordar que la secreción de la mujer en edad fértil es escasa, blanquecina, acida, con un PH de 4 a 4.5, y que muestra en el extendido células descamadas cervicovaginales, algunos bacteroides y la presencia de constantes lactobacilos de Doderlein (flora tipo I). este bacilo mantiene la acidez del medio, sobretodo del tercio superior de la vagina, transformando el glucógeno en ácido láctico.

Durante el embarazo, las mujeres experimentan un aumento en las secreciones cervicales y vaginales debido a las modificaciones hormonales de la gestación un PH entre 4.5 y 5.5. El extendido muestra, además presencia de plocitos y puede estar contaminado por bacilos coliformes, hongos, gardnerella o mycoplasma (flora tipo II).

Este cuadro debido al reemplazo de lactobacilo vaginal por las bacterias antes mencionadas, es llamado por algunos autores vaginitis bacteriana. Se caracteriza por:

- 1) flujo vaginal homogéneo y fino.
- 2) aumento del PH vaginal de 4.5 por las aminas que producen las bacterias anaerobias.
- 3) el olor a pescado que se manifiesta cuando se mezcla el flujo con 1 o 2 gotas de hidróxido de potasio al 10%.
- 4) presencia de células epiteliales vaginales con bordes oscurecidos por bacterias (clue cells).

La flora tipo III denota la infección genital, con secreción cremosa, abundante y fétida, con un PH 5.5 a 6.5, acompañada de prurito y ardor. Los extendidos muestran abundantes plocitos, desaparición del bacilo de Doderlein y presencia de una flora patógena variada que puede estar constituida por tricomonas, cándida albicans o haemophilus vaginales, herpes o papovavirus, y participación de la flora anaerobia, integrada frecuentemente por peptococo y peptobacilos, veillonella, mycoplasma, klebsiella, etc, aunque en ocasiones suelen aparecer microorganismos como el estreptococo beta hemolítico, clastridium perfringes, pseudomona aeruginosa, etc, lo que da una idea de la peligrosidad potencial de maniobras intrauterinas en mujeres con este tipo de flora vaginal.

Los agentes más frecuentes de vulvovaginitis son: tricomonas vaginalis, cándida albicans y Gardnerella o Haemophilus vaginalis.

### Moniliasis o Candidiasis vaginal:

Enfermedad inflamatoria de la vulva y la vagina producida por un hongo. *Cándida albicans*, aunque en algunas ocasiones se han encontrado otros hongos como *Torulopsis Glabrata* o *arachnia Propionica* de similar sintomatología. Se considera que más del 50% de las embarazadas por leucorrea presentan moniliasis en la secreción vaginal. Las formas mixtas asociadas con *Haemophilus* son más frecuentes que las asociadas con *Tricomonas*.

La influencia del embarazo sobre la moniliasis: aumenta la frecuencia de candidiasis (acción del glucógeno). La enfermedad se manifiesta después de la 20 semana de gestación y suele desaparecer espontáneamente después del parto.

La influencia de la moniliasis sobre el embarazo: no tiene una acción evidente, sin embargo, la infección materna puede propagarse a las salas de parto y de neonatología y es el responsable del muguet del recién nacido.

Sintomatología se manifiesta con flujo blanco como “leche cortada”, que resalta sobre la mucosa vaginal enrojecida, acompañada de ardor intenso, dispareunia y también prurito que se extiende a la región vulvar e inguinal vecina.

#### ➤ **Infecciones de vías urinarias (IVU):**

Se encuentran entre las enfermedades más comunes padecidas por la mujer embarazada, cuyo espectro clínico abarca desde la bacteriuria asintomática, la uretritis y cistitis, hasta la pielonefritis que involucra la pelvis y cálices renales y el parénquima renal.

Los gérmenes que producen las infecciones urinarias son en general Gram (-), aislándose en un 80% la *Echerichia Coli* y en menor proporción *Proteus Mirabilis*, *Klebsiella* y *Aerobacter*. El 5 al 15% restante corresponde a gérmenes Gram (+), siendo el estafilococo el germen más frecuentemente aislado.

Los factores predisponentes para la aparición de las diferentes infecciones del tracto urinario, que se desarrollan como consecuencia de ciertos cambios producidos en el embarazo son: dilatación de la pelvis, cálices y uréteres que se producen por la acción de factores hormonales y mecánicos obstructivos. Otro de los factores contribuyentes al desarrollo de esta infección es el aumento del reflujo vesicoureteral. La compresión mecánica producida por el aumento del tamaño del uterino, es la principal causa de hidroureter e hidronefrosis, pero la relajación del músculo liso, inducida por la progesterona, también puede estar asociada a estas patologías. Las diferencias en el PH urinario y la osmolaridad la, glucosuria o aminoaciduria inducida por el embarazo puede facilitar el crecimiento bacteriano.

La vía de infección predominante es la ascendente y se produce como consecuencia del ascenso de gérmenes que se encuentran en la vejiga o que llegan a ella como procesos infecciosos del aparato genital o de la región perianal.

a) Bacteriuria Asintomática: (IVU asintomática)

Es la colonización bacteriana del tracto urinario sin sintomatología y resulta ser la más frecuente de las infecciones del tracto urinario durante el embarazo.

Muchas otras complicaciones del embarazo han sido atribuidas a la infección urinaria durante la gestación, incluyendo trabajo de parto y parto de pre-término, bajo peso al nacer y retardo en el crecimiento intrauterino.

Como su nombre lo dice, la infección urinaria está presente, pero no hay síntomas.

1. orina con presencia de 10 o más leucocitos por microlitro (milímetro cúbico) contados en cámara de Neubauer en orina sin centrifugar o a través de la detección de esterasa leucocitaria utilizando cintas diagnósticas apropiadas y presencia simultánea de nitritos en una muestra tomada a medio chorro.
2. Urocultivo con 100 mil o más bacterias por microlitro de orina de un solo género y especie bacteriana en una muestra tomada a medio chorro.

b) Infecciones urinarias sintomáticas

b.1) con sintomatología leve: una de las dos definiciones de IU asintomática y presencia de disuria, frecuencia, urgencia, dolor abdominal bajo o supra púbico.

b.2) con sintomatología severa: una de las dos definiciones de IU asintomática, sintomatología leve y uno o más de los siguientes: presencia de fiebre, escalofríos, dolor costovertebral, disuria, frecuencia, urgencia, náuseas, vómitos.

## **6.8 Indicadores que hacen sospechar de VIF en una persona que demanda atención en salud.**

### En la atención:

- Va acompañada de alguien que contesta todas las preguntas.
- La persona acompañante insiste en estar presente en la atención.
- Las explicaciones no son coherentes con las heridas, golpes, fracturas, quemaduras.
- La persona evita mirar a los ojos de quien la tiende o cuando explica la causa de las lesiones, muestra mucha ansiedad, minimiza las lesiones y se culpa de lo sucedido.
- Evita o rechaza las preguntas relacionadas a indagar si las heridas son producto de algún incidente de violencia.

- Acude tarde y/o de forma recurrente a la unidad de salud en busca de atención médica.
- Presenta cicatrices o señales de heridas anteriores.

#### Indicadores de violencia física

- Lo que se observa:
  - Moretones en diferentes partes del cuerpo.
  - Quemaduras, laceraciones, heridas, fracturas.
  - Problemas crónicos de la salud.
  - Múltiples hospitalizaciones.
  - Embarazos no deseados, intentos suicidas.
  - Tímpanos perforados, infecciones de transmisión sexual, ITS, VIH, SIDA.
  - Muerte en condiciones no accidentales.

- Lo que la persona reporta:

Pellizcos, bofetadas, puñetazos, golpes, empujones, sacudidas, amenazas con arma, jalones de pelo, patadas, lanzamiento de objetos.

#### Indicadores de violencia emocional:

- Lo que se observa:
  - Múltiples y variadas quejas de salud.
  - Dolencia crónica (dolores de cabeza, estómago y espalda)
  - Trastornos del sueño, de la alimentación.
  - Angustia, ansiedad, miedos, temores, depresión, recuerdos dolorosos revividos con intensidad.
  - Impotencia, pasividad, introversión, irritabilidad, aislamiento, problemas con la toma de decisiones.
- Lo que la persona reporta:
  - Manipulaciones, culpabilizaciones, críticas constantes.
  - Distancia afectiva por parte del agresor.
  - Le relata sus aventuras con otras mujeres.
  - Promesas o falsas esperanzas de cambio.
  - Controla las actividades de la víctima, prohibiciones a que la víctima realice actividades como: trabajar, estudiar, tener amistades y visitar a la familia.
  - Impide el uso de métodos anticonceptivos.
  - Creación de un ambiente de miedo.

## **6.9 Señales de alarma en mujeres embarazadas que sufren violencia:**

- Retraso en acudir a consulta prenatal, sin razones obvias que lo justifiquen.
- Historia previa de abortos y complicaciones durante el parto.
- Historia previa de partos prematuros y bebés de bajo peso al nacer.
- Amenazas de aborto en el presente embarazo.
- Lesiones en los senos o el abdomen.
- Señales de parto prematuro.
- Dolor pélvico crónico, infecciones vaginales recurrentes.
- Rechazo del embarazo.

Todos los embarazos de mujeres maltratadas deben ser considerados de alto riesgo y tratados como tales.

## **6.10 Marco jurídico e institucional.**

### **Marco jurídico**

#### **Acuerdos institucionales**

1) mujer y violencia: Naciones Unidas 1993.

“la violencia y todas las formas de acoso y explotación sexual son incompatibles con la dignidad y valía de la persona humana y deben ser eliminadas”. Reconoce la urgente necesidad de hacer extensivo a las mujeres los derechos y principios relativos a la igualdad, seguridad, libertad, y dignidad de los seres humanos.

2) Mujer y violencia: Normas Americanas 1994

Reconoce a la violencia contra la mujer como la violación a los derechos humanos y su adaptación es de carácter vinculante para los países ratificantes.

#### **La constitución Política 1995**

Ante todo, consagra en preámbulo el respeto absoluto de los derechos humanos. En los Artos. 24, 25 y 36 consigna la protección a la integridad física y moral de todas las personas.

El Arto. 73 consigna que las relaciones familiares descansan en el respeto, solidaridad e igualdad absoluta de derechos y responsabilidades entre el hombre y la mujer.

## **Norma jurídica.**

- Ley 150-Reforma al Código Penal (1992)  
Penaliza los delitos de orden sexual
- Ley 230-Reforma al Código Penal (1996) para prevenir y sancionar la Violencia Intrafamiliar, penaliza la violencia psicológica y crea medidas de protección a la persona víctima.
- Ley de la policía 228-Crea el Departamento Nacional de la Comisaria de la Mujer y la Niñez.
- Código de la Niñez y la Adolescencia (1998)- Contiene principios para la atención integral a la niñez y la adolescencia.

## **Disposiciones administrativas.**

- Decreto Ministerial No. 67-96 MINSA 1996- declara la Violencia hacia la Mujer como un problema de salud pública y orienta a tomar acciones para su atención.
- Acuerdo interinstitucional 8 de Julio de 1998, se propone crear la comisión Nacional y Plan Nacional de Lucha contra la Violencia hacia la mujer, espacio constituido por tres poderes del Estado, donde está presente una representación del Ministerio de Salud, junto con la sociedad civil organizada(red de mujeres contra la violencia y la coordinadora que trabajan con la niñez y adolescencia, para realizar diferentes acciones , entre ellas la elaboración de un plan Nacional para la prevención y atención de la violencia.)

## **Marco institucional.**

- Comisión Nacional de Lucha contra la Violencia hacia la Mujer, niñez y adolescencia: es una instancia de coordinación del máximo nivel de decisión de las instituciones que la integran, su función es asegurar la articulación interinstitucional para el abordaje integral de la violencia.
- Instituto Nicaragüense de la Mujer (INIM): es la institución especializada del gobierno para la promoción, formulación, coordinación, implementación, y evaluación de políticas y planes gubernamentales orientados a asegurar igualdad de oportunidades de las mujeres que contribuyan a su pleno desarrollo.

## **Instituciones del poder Ejecutivo, Judicial y Legislativo.**

- Ministerio de la familia.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
- Ministerio de salud.
- Consejo Nacional de Atención y Protección integral a la niñez y Adolescencia.

- Policía Nacional.
- Secretaria de Acción social
- Procuraduría General de Justicia.
- Comisión permanente de la Mujer, Niñez, Juventud y familia de la Asamblea Nacional.
- Corte Suprema de Justicia.

***Entes especializados.***

- ❖ **Procuraduría Especial de la niñez y Adolescencia:** le compete promover en la familia, el Estado, la comunidad y en la sociedad una cultura de promoción, defensa y respeto a los derechos humanos de la niñez y la adolescencia, forma parte del sistema de detección y referencia de casos de violencia.
- ❖ **Procuraduría Especial de la Mujer:** le compete promover en la familia, el Estado, la comunidad y en la sociedad, una cultura de promoción, defensa y respeto a los derechos humanos de las mujeres y niñas, forma parte del sistema de detección y referencia de casos de violencia.

***Sociedad civil.***

- **Red de las mujeres contra la violencia:** Espacio Nacional de coordinación de diferentes centros colectivos asociados y fundaciones que trabajan en la promoción y defensa de los derechos de las mujeres de todas las edades.
- **Coordinadora de organismos no gubernamentales que trabajan con la niñez y adolescencia:** instancia de coordinación, constituida para la promoción, defensa y protección de los derechos de las niñas(os) y adolescentes. Corresponde promover una labor de denuncia sobre la violación de los derechos humanos.
- **Movimiento de Mujeres “Luisa Amanda Espinoza”. AMNLAE:** Desarrolla acciones de seguimiento y evaluación para impulsar acciones encaminadas a lograr una sociedad libre de violencia y de plena vigencia de los derechos humanos. También dan apoyo a desarrollar planes de ayuda en atención a la mujer, el ministerio de trabajo, instituto Nicaragüense de seguridad social y el instituto nicaragüense de fomento municipal, así como universidades, iglesias, alcaldías y otras organizaciones civiles.

De la sociedad civil ha sido clave el trabajo de la red de mujeres contra la violencia y los grupos que la integran han realizado campañas, denuncias y propuestas de políticas públicas. También cabe destacar la formulación de plan nacional para la prevención de la violencia intrafamiliar y sexual 2001-2006, orientado a “configurar

un sistema de acciones a nivel nacional y local que de manera articulada contribuya a la prevención de la violencia intrafamiliar y sexual”.

Algunas de las organizaciones que protegen a las víctimas de violencia conyugal son:

- La sociedad civil.
- MINSA
- INIM
- MI FAMILIA
- Policía Nacional.
- Comisarías de la mujer.

### **Ley 230**

En agosto de 1996 la ley 230 se aprobó y entro en vigencia el 9 de octubre del mismo año. Esta ley asegura una serie de medidas de protección para mujeres, niñas(os) que denuncian actos de violencia y amplía el concepto tradicional de las lesiones para incluir daños de tipo psicológico y no solamente aquellas lesiones que dejan huellas físicas. A los agresores les espera una pena de cárcel de tres a cinco años según sea el caso.

La violencia es todo acto de maltrato que causa daños físicos, psicológicos y sexuales. Cuando tú pareja o alguien de tu hogar ejerce su poder sobre vos para golpearte, humillarte, amenazarte, obligarte a tener relaciones sexuales en contra de tus deseos: **está siendo de violencia intrafamiliar.**

Esta ley trata de evitar que la violencia se agrave y cause más daños, y en el caso de que se haya cometido delito, castigar al culpable.

#### ***La ley contempla dos puntos muy importantes:***

1. Medidas de seguridad y protección para prevenir la violencia.
2. Reconocimiento legal de lesiones psicológicas como un delito, para sancionar la violencia, aunque no deje marcas físicas.

Medidas de protección: cuando una mujer se siente amenaza y en peligro de ser agredida por su pareja actual o anterior, o está siendo agredida por su pareja actual y no quiere que la situación se ponga peor, puede solicitar la aplicación de medidas que protegen, ejemplo:

- Impedir la llegada del agresor a su casa, lugar de trabajo o centro de estudio dentro de un mínimo de 100 metros.
- Ordena el regreso de la mujer a su casa, cuando el agresor la haya corrido.

- Quitar todo tipo de arma que el agresor pueda tener en su poder.
- Prohibir toda forma de hostigamiento y acoso del agresor, que le quite la tranquilidad a la mujer. Ejemplo: hablarle, escribirle, hablarle por teléfono, seguirla o vigilarla.

### **Las lesiones psicológicas son un delito.**

Una lesión es un daño, por lo tanto, una lesión psicológica, es un daño emocional que no deja huellas visibles por fuera, pero se siente por dentro y duele igual o más que un golpe.

Antes la violencia era considerada un delito solo si dejaba lesiones físicas; ahora la ley reconoce los efectos de la violencia psicológica, que es cuando te gritan, humillan, cuando con amenazas te obligan hacer algo que no quieres o te atemorizas. Cuando hay lesiones físicas y psicológicas producto del maltrato la persona que te agredió cometió un delito, por lo tanto, tienes derecho a seguir un proceso judicial, según el ARTO .11 de la ley 230, “al que infiera una lesión que deje al ofendido(a) cicatriz permanente en el rostro, se impondrá de dos a cinco años de prisión y multas de 50 a 300 córdobas. Si la lesión en el rostro no fuese permanente, se impondrá al reo la pena de 6 meses a un año de prisión y multa de 20% de sus ingresos totales por un mes”.

Al que infiera una lesión que deje cicatriz permanente en el cuerpo será sancionado con pena de 1 a 3 años de prisión.

### **Ley No.779 Ley integral contra la violencia hacia las mujeres y reformas a la ley no.641 “código penal”**

La ley 779, “ley integral contra la violencia hacia las mujeres”, aprobada por unanimidad en la Asamblea Nacional el 22 de junio de 2012, entro en vigencia un mes después. Fue reformada, también casi unánimemente para, entre otras cosas, incluir en ella la figura de la mediación, el 25 de septiembre del 2013, apenas un año y tres meses después de su aprobación.

Antes de la Ley 779 se promovía la mediación indistintamente de la gravedad de los delitos. Y las evidencias muestran que los agresores reforzaron sus prácticas abusivas en contra de las mujeres y las sometieron a represalias después de los acuerdos. La mediación, lejos de detener la violencia, provoco su agudización, ocasionando mayores daños y, en el peor de los casos, la muerte de la mujer.

El 22 de junio de 2012, ya con una nueva Asamblea Nacional, la surgida de las elecciones de 2011, el texto legal que resulto de la integración de ambos

proyectos fue aprobado por unanimidad de todos los diputados del parlamento. La ley 779 en su primer artículo expresa: “la presente Ley tiene por objeto actuar contra la violencia que se ejerce hacia las mujeres con el propósito de proteger los derechos humanos de las mujeres y garantizarles una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar, conforme a los principios de igualdad y no discriminación, establecer medidas de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia y prestar asistencia a las mujeres víctimas de violencia, impulsando cambios en los patrones socioculturales y patriarcales que sostienen las relaciones de poder”.

El artículo 2, *Ámbito de Aplicación de la ley*; nos muestra el alcance de la misma, donde se castigara únicamente al género masculino bajo la clasificación siguiente: “ *la presente ley se aplicara a quien se halle o hubiere estado ligado por relación de consanguinidad, afinidad, sujetos a tutela, cónyuge, ex cónyuge, conviviente en unión de hecho estable, ex conviviente en unión de hecho estable, novios, ex novios, relación de afectividad, desconocidos, así como cualquier otra relación interpersonal que pueda generar este tipo de violencia*”

De la misma forma el artículo 36 señala que “*toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral. Nadie será sometido a torturas, procedimientos, penas ni a tratos crueles inhumanos o degradantes*”.

Algunos de los principales tipos penales contenidos en esta ley:

**Art. 9. Femicidio** Comete el delito de femicidio el hombre que, en el marco de las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, diere muerte a una mujer ya sea en el ámbito público o privado, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Haber pretendido infructuosamente establecer o restablecer una relación de pareja o de intimidad con la víctima.
- Mantener en la época en que se perpetre el hecho, o haber mantenido con la víctima, relaciones familiares, conyugales, de convivencia, de intimidad o noviazgo, amistad, compañerismo, relación laboral, educativa o tutela.
- Como resultado de la reiterada manifestación de violencia en contra de la víctima.
- Como resultado de ritos grupales, de pandillas, usando o no armas de cualquier tipo.
- Por el menosprecio del cuerpo de la víctima para satisfacción de instintos sexuales, o la comisión de actos de mutilación genital o cualquier otro tipo de mutilación.

- Cuando el hecho se cometa en presencia de las hijas o hijos de la víctima. etc.

Cuando el hecho se diera en el ámbito público la pena será de quince a veinte años de prisión. Si ocurre en el ámbito privado la pena será de veinte a veinticinco años de prisión. En ambos casos si concurriera dos o más de las circunstancias mencionadas en los incisos anteriores se aplicará la pena máxima. Las penas establecidas en el numeral anterior serán aumentadas en un tercio cuando concorra cualquiera de las circunstancias del asesinato, hasta un máximo de treinta años de prisión.

**Art. 10. Violencia física** Si como consecuencia de la violencia física ejercida por el hombre en el marco de las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, causare a la mujer cualquiera de las lesiones físicas tipificadas en la presente Ley, se le aplicará la pena siguiente:

- Si se provoca lesiones leves, será sancionado con pena de ocho meses a un año y cuatro meses de prisión.
- Si se provoca lesiones graves, será sancionado con pena de dos años y ocho meses a seis años y ocho meses de prisión.
- Si se provoca lesiones gravísimas, será sancionado con pena de siete años y seis meses a trece años y cuatro meses de prisión.

**Art. 11. Violencia psicológica** Quien mediante acción u omisión con el propósito de denigrar, controlar las acciones, comportamientos y creencias de la mujer que haya sido o sea su cónyuge, excónyuge, conviviente en unión de hecho estable, ex conviviente en unión de hecho estable, novio, exnovio, ascendiente, descendiente, pariente colaterales por consanguinidad, afinidad y cualquier otra relación interpersonal; ejerza amenaza directa o indirecta, intimidación, manipulación, humillación, aislamiento, ofensas, vigilancia, comparaciones destructivas, chantaje, acoso, hostigamiento y cualquier otra circunstancia análoga que tenga como resultado un perjuicio en la salud psicológica, por la devaluación de su autoestima o el desarrollo personal, será sancionado de la siguiente manera:

- Si se provoca daño a su integridad psíquica que requiera, tratamiento psicoterapéutico, será sancionado con pena de ocho meses a un año y cuatro meses de prisión.
- Si se causara disfunción en cualquiera de las áreas de funcionamiento personal, laboral, escolar, familiar o social que requiera un tratamiento

especializado en salud mental, será sancionado con pena de dos años y ocho meses a seis años y ocho meses de prisión.

- Si se causara una enfermedad psíquica que aún con la intervención especializada la persona no pueda recuperar su salud mental de manera permanente, será sancionado con pena de siete años y seis meses a trece años y cuatro meses de prisión

**Art. 12. Violencia patrimonial y económica** Delito de intimidación o amenaza contra la mujer, castiga al hombre que ejerza toda forma de intimidación o amenaza hasta con prisión de 6 meses a 1 año y sancionando con una pena agravada de hasta 2 años cuando se cometiere en casos especiales como el domicilio de la víctima, en presencia de sus familiares o en ocasión de su cargo.

**Art. 13. Intimidación o amenaza contra la mujer** El hombre que mediante expresiones verbales, escritos, mensajes electrónicos o cualquier otro medio intimide o amenace a una mujer con la que se halle o hubiere estado ligado por relación de consanguinidad, afinidad, sujetos a tutela, cónyuges, excónyuges, convivientes en unión de hecho estable, exconvivientes en unión de hecho estable, novios, exnovios, relación de afectividad; con causarle un daño grave y probable de carácter físico, psicológico, sexual, laboral o patrimonial, será sancionado con prisión de seis meses a un año.

La pena será de **seis meses a dos años de prisión**, cuando se dé una de las siguientes circunstancias:

- Si la intimidación o amenaza se realizare en el domicilio o residencia de la mujer, en el domicilio de familiares, amistades o cualquier lugar donde se haya refugiado.
- Si el hecho se cometiere en presencia de las hijas o hijos de la víctima.
- Si el autor del delito se valiere del cargo como funcionario público o de su pertenencia al cuerpo policial o militar.
- Si el hecho se cometiere con armas corto punzantes, contundente, de fuego u objeto capaz de causar daño a la integridad física o a la salud.

## VII DISEÑO METODOLOGICO

### 7.1 Área de estudio:

Departamento de Gineco-Obstetricia y Epidemiologia del Hospital Bertha Calderón Roque.

### 7.2 Población de estudio:

Población de estudio estará constituida por mujeres embarazadas víctimas de violencia intrafamiliar que sufrieron complicaciones.

**7.3 Tipo de estudio:** Descriptivo de corte transversal.

**7.4 Universo:** El universo estuvo constituido por 41 mujeres q sufrieron algún tipo de violencia y que sufrieron complicaciones de su embarazo en el HBCR.

**Muestra:** la muestra fue constituida por 18 mujeres embarazadas que sufrieron violencia y se complicó el embarazo.

### Criterios de Inclusión.

- Expediente clínico y ficha del sistema de vigilancia hospitalario de lesiones completa.

### Criterios de Exclusión.

- Paciente con expediente clínico y del sistema de vigilancia hospitalario de lesiones incompleta o ausente.

### 7.5 Fuente de información.

Datos indirectos, obtenidos de fuentes primarias registrados en fichas del sistema de vigilancia hospitalaria de lesiones e historias clínicas de pacientes víctimas de violencia intrafamiliar atendidas en la sala de emergencia del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero 2018-Diciembre 2018.

### 7.6 Diseño de instrumento y técnica de recolección de datos.

La técnica de recolección de datos se realizó por medio de un instrumento validado por una prueba piloto, el cual consistió en una ficha estructurada, para la revisión sistemática de los expedientes y fichas del sistema de vigilancia hospitalario de lesiones, la cual consta de 6 ítems.

1. Características sociodemográficas.

2. Datos Ginecoobstétricos.
3. Antecedentes personales patológicos y no patológicos.
4. Complicaciones obstétricas.
5. Características de la violencia.
6. Destino de las pacientes atendidas.

### **7.7 Plan de Análisis.**

Se realizó una base de datos en SPSS 18 y la información se presenta en tablas y gráficos a través de medidas de frecuencia y porcentaje para facilitar su interpretación.

### **7.8 Aspectos Éticos.**

#### **Confidencialidad.**

Durante la realización de la encuesta se brindó confidencialidad y se garantizó esta, siendo esta información para fines docentes en el ámbito de la salud.

## 7.9 -Listado de variables según objetivos específicos.

Objetivo #1. Características sociodemográficas:

- Edad.
- Procedencia.
- Estado civil.
- Ocupación.

Objetivo #2. Datos gineco obstétricos:

- Gestas previas.
- Partos previos.
- Abortos previos.
- Cesárea previas.
- Embarazo planeado.
- Numero de CPN.
- Trimestre del embarazo actual.

Objetivo #3. Antecedentes personales patológicos y no patológicos.

- Hipertensión arterial crónica.
- Diabetes Mellitus.
- Cardiopatía.
- Anemia.
- IVU.
- Obesidad.
- TB pulmonar.
- Fumador.
- Alcohol.
- Drogas.

Objetivo #4. Complicaciones obstétricas:

- Hipertensión gestacional.
- Pre eclampsia.
- Eclampsia.
- Ruptura prematura de membranas.

- Parto pre término.
- Amenaza de parto pre término (APP).
- Amenaza de aborto.
- Aborto incompleto.
- Ruptura uterina.
- Laceración de Hígado- Bazo.
- Fracturas maternas.
- ITS.
- Infecciones del tracto reproductor femenino.
- Infecciones de Vías urinarias.
- DPPNI.

Objetivo #5. Características de la violencia Intrafamiliar:

- Violencia tipo física.
- Localización de golpes en el cuerpo.
- Violencia tipo sexual.
- Violencia tipo psicológica.
- Violencia tipo económica.
- Negligencia.
- Agresor.

Objetivo #6. Destino que tuvieron una vez atendidas las pacientes en estudio:

- Egreso.
- Sala ARO I y ARO II.
- Labor y parto.

## 7.10 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

- **CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS:**

VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA/VALOR
EDAD	Edad cumplida en años reportada en el expediente clínico.	Edad en niños	<19 20-25 ≥35
PROCEDENCIA	Área de residencia reportada en el expediente clínico.	Según expediente	urbana rural
ESTADO CIVIL	Condición personal de paciente en cuanto a una relación con otra persona reportada en el expediente clínico.	Según expediente	Casado Unión libre Soltera otro
OCUPACION	Labor que desempeña para vivir reportado en el expediente clínico	Según expediente	Ama de casa Obrera Profesional Comerciante Estudiante otro

- DATOS GINECO OBSTETRICOS:**

VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA/VALOR
GESTAS	Numero de gestaciones que ha tenido el paciente previo al embarazo actual.	Según expediente	Nuligesta Multigesta
PARTOS	Número de partos por vía vaginal que ha tenido la paciente previo al embarazo actual.	Según expediente.	Nulipara Multipara
ABORTOS	Número de abortos que ha tenido la paciente previo al embarazo actual.	Según expediente.	Uno Dos o mas
CESAREAS	Numero de cesárea que ha tenido el paciente previo al embarazo actual.	Según expediente.	Uno Dos mas de dos
EMBARAZO PLANEADO	Deseo de quedar embarazada expresado en el expediente clínico.	Según expediente.	SI NO
NUMERO DE CPN	Número de controles prenatales realizados durante todo el embarazo registrado en el expediente clínico.	Según expediente.	0-6
PERIODO DEL EMBARAZO	Periodo del embarazo en que se presenta la complicación materna a estudio.	Según expediente.	I Trimestre II Trimestre III Trimestre

- **ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS:**

VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA/VALOR
HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA	Antecedentes de HTA antes del inicio del embarazo.	Según expediente.	SI NO
DIABETES MELLITUS	Antecedentes de diabetes mellitus antes del inicio del embarazo.	Según expediente.	SI NO
CARDIOPATIA	Antecedentes de cardiopatía antes del inicio del embarazo.	Según expediente.	SI NO
ANEMIA	Nivel de hemoglobina por debajo de 11 grs durante el embarazo reportado en el expediente clínico.	Según expediente.	SI NO
OBESIDAD	Índice de masa corporal mayor de 30kg/m <sup>2</sup>	Según expediente.	SI NO
TUBERCULOSIS PULMONAR	Antecedentes de TBC reportados en el expediente clínico.	Según expediente.	SI NO
INFECCION DE VIAS URINARIAS	Infección de vías urinarias reportadas en embarazo por EGO.	Según expediente.	SI NO
ALCOHOL	Consumo de bebidas alcohólicas reportados en el expediente clínico.	Según expediente.	SI NO

FUMADOR	Consumo de tabaco reportado en el expediente clínico.	Según expediente.	SI NO
DROGAS	Consumo de drogas ilícitas reportado en el expediente clínico.	Según expediente.	SI NO

- **COMPLICACIONES OBSTETRICAS:**

VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA/ VALOR
HIPERTENSION GESTACIONAL	Hipertensión gestacional reportada en el expediente clínico.	Según expediente.	SI NO
PRE ECLAMPSIA	Pre- eclampsia reportada en el expediente clínico.	Según expediente.	SI NO
ECLAMPSIA	Eclampsia reportada en el expediente clínico.	Según expediente.	SI NO
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	RPM reportado en el expediente clínico	Según expediente.	SI NO
PARTO PRETERMINO	Parto pre termino reportado en el expediente clínico	Según expediente.	SI NO
AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	Amenaza de parto pre termino reportado en el expediente clínico.	Según expediente.	SI NO
AMENAZA DE ABORTO	Amenaza de aborto reportado en el expediente clínico.	Según expediente.	SI NO
ABORTO INCOMPLETO	Aborto incompleto reportado en el expediente clínico.	Según expediente.	SI NO

RUPTURA UTERINA	Ruptura uterina a consecuencia de violencia física reportado en el expediente clínico.	Según expediente.	SI NO
LACERACION DE HIGADO-BAZO	Laceración de higa- bazo a consecuencia de violencia física reportado en el expediente clínico.	Según expediente.	SI NO
FRACTURAS MATERNAS	Fracturas maternas a consecuencia de violencia física reportado en el expediente clínico.	Según expediente.	SI NO
ITS	Infección de transmisión sexual reportada en el expediente clínico	Según expediente.	SI NO
INFECCIONES DEL TRACTO REPRODUCTOR EN EL EMBARAZO	Infecciones del tracto reproductor en el embarazo reportada en el expediente clínico.	Según expediente.	SI NO
INFECCION DE VIAS URINARIAS	Infección de vías urinarias en el embarazo reportadas en el EGO.	Según expediente.	SI NO

DPPNI	Desprendimiento prematuro de placenta norma inserta reportado en el expediente clínico.	Según expediente.	SI NO
-------	---	-------------------	----------

- CARACTERISTICAS DE LA VIOLENCIA:**

VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA/VALOR
VIOLENCIA FISICA	Violencia física reportada en el expediente clínico.	Según expediente.	SI NO
LOCALIZACION DE GOLPES EN EL CUERPO.	Lugar en el cuerpo de la mujer en donde se localizaron los golpes registrados en el expediente clínico.	Según expediente.	Cabeza Tórax Abdomen Pelvis Región lumbar Miembros superiores Miembros inferiores
VIOLENCIA SEXUAL	Violencia sexual reportada en el expediente clínico	Según expediente.	SI NO
VIOLENCIA PSICOLOGICA	Violencia psicológica registrada en el expediente clínico.	Según expediente.	SI NO
VIOLENCIA ECONOMICA	Violencia económica reportada en el expediente clínico.	Según expediente.	SI NO
NEGLIGENCIA	Negligencia reportada en el expediente clínico.	Según expediente.	SI NO
AGRESOR	Personas quien ejerce la violencia	Según expediente.	Pareja Madre Padre Hermano/a Otros familiares.

- **DESTINOS DE LAS PACIENTES ATENDIDAS:**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA/ VALOR</b>
DESTINO	Sala en donde la paciente embarazada es remitida posterior a su evaluación en emergencia.	Según expediente	Egreso Sala ARO I Y ARO II Labor y parto

## VIII. Resultados

Se estudiaron un total de 18 mujeres embarazadas que sufrieron violencia intrafamiliar. La selección estuvo determinada de acuerdo a los criterios previamente establecidos.

### **Características sociodemográficas**

En cuanto a la distribución de las pacientes según el grupo etario, la mayor parte de la población en estudio 8 (44.4 %) que corresponde a las edades de 20-29 años, seguidas de un 5 (27.8 %) de <19 años al igual que las edades de >30 años con un mismo porcentaje y frecuencia 5(27.8%). Finalmente se encuentra el rango de edad 20-29 años con el mayor porcentaje de casos de Violencia Intrafamiliar. (Ver tabla N° 1)

Respecto a la procedencia de la población en estudio la mayoría era proveniente del área urbana 16 (88.9 %) y el 2 (11.1%) del área rural.

En relación al estado civil, la unión libre entre los cónyuges prevaleció más en un 12(66.7%) de la población, luego se presentó el estado casado con 6 (33.3%). No se encontraron casos de mujeres solteras. (Ver tabla N° 1)

Acerca de la ocupación de las pacientes en estudio, el17 (94.4%) correspondieron a ama de casa y el1(5.6%) a comerciante. Con respecto a las demás ocupaciones no se encontró ningún caso. (Ver tabla N° 1)

### **Datos ginecoobstétricos y antecedentes personales no patológicos.**

Respecto a las gestas previas de la población en estudio las nuligestas representan el4 (22.2%), las pacientes primigestas como las bigestas coinciden en un 5 (27.8%), las trigestas con un 2 (11.1%) y las cuadrigestas con1(5.6%), seguido se encontró que las pacientes multigestas representaban el 1(5.6%). (Ver tabla N° 2)

Referente a los partos previos se encontró que el 5 (27.8%) es de pacientes nulíparas, con un 8 (44.4%) eran primíparas, el resto de las categorías como las pacientes con para 2,4 y >5 se encontraron en un1(5.6%) de toda la población, con respecto a las que tuvieron para 3 se encontró en un 2(11.1%). (Ver tabla N° 2)

En relación al antecedente de aborto, más de la mitad de la población 13(72.2%) no había presentado aborto previo, sin embargo, se encontró que el 5(27.8%) si había tenido al menos 1 aborto antes del embarazo actual. No se encontraron pacientes en el estudio con 3 abortos previos o más. (Ver tabla N° 2)

En cuanto al antecedente de cesárea la mayoría de la población en estudio no habían presentado cesárea anterior en un 17 (94.4%), sin embargo, se encontró que el 1(5.6%) tenía antecedente de una cesárea anterior. (Ver tabla N° 2)

Respecto a la planeación del embarazo actual se encontró que la mayoría de la población en estudio 14(77.8%) no habían planeado su embarazo. Por otra parte, las pacientes que habían planeado su embarazo fueron solo el 4(22.2%) de toda la población. (Ver tabla N° 3)

Referente al número de control prenatal se encontró que la mayoría de la población 6 (33.3%) no se habían realizado al menos uno, a diferencia del 12(66.7%) de la población en estudio se realizó de 1 a 4 controles prenatales. (Ver tabla N° 3)

En cuanto a la edad gestacional del embarazo actual, la mayoría de la población se encontraba en el I trimestre con el 9 (50.0%), seguido del III trimestre con un 5(27.8%), y finalmente el II trimestre con el 4 (22.2%). (Ver tabla N° 3)

Respecto a las variables alcohol, drogas y antecedentes personales patológicos no se encontraron pacientes con estas características.

### **Complicaciones obstétricas.**

Dentro de las complicaciones obstétricas que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de estudio encontramos predominantemente a la Amenaza de parto pretérmino con 8 (44.4%) seguido de Aborto incompleto con un 5 (27.8%), la amenaza de aborto con 4 (22.2%) y las infecciones del tracto reproductor femenino (ITRF) con un 1(5.6%). (Ver tabla N° 4)

En cuanto a las demás complicaciones como hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, Ruptura prematura de membrana, parto prematuro, Infecciones de transmisión sexual, infecciones vías urinarias, ruptura uterina, laceración de Hígado-Bazo, fracturas maternas, desprendimiento prematuro de la placenta normoinsera no se encontraron presente en ninguno de los casos. (Ver tabla N° 4)

### **Características de la violencia.**

En cuanto al tipo de violencia se encontró que la totalidad 18 (100%) de la población en estudio presentó violencia física, de igual forma la violencia psicológica se presentó en el 18 (100%) de los casos, seguido de la violencia económica con un 4 (22.2%) y se presentó 2 casos de violencia sexual que corresponde al 11.1%. (Ver tabla N° 5)

Respecto a la localización de las lesiones en el cuerpo de las víctimas de violencia se encontró que la localización más frecuente fue el abdomen con un 8 (44.4%), seguido de la región lumbar con un 6 (33.3%), la región del tórax con un 3 (16.7%) y por último los miembros superiores con un 1(5.6%). (Ver tabla N° 5)

Además, se encontró que en la mayoría de la población el perpetrador de la violencia fue la pareja de la víctima en un 17 (94.4%). Seguidamente se encontró que la violencia había sido ejecutada por otros familiares en un 1 (5.6%). (Ver tabla N° 5)

### **Destino de las pacientes**

En el estudio realizado se encuentra que la mayoría de las pacientes 9 (50.0%) fueron a la sala de ARO I, el 7 (38.9%) fueron ingresados a la sala de ARO II y el 2(11.1%) a la sala de labor y parto. No hubo pacientes egresadas. (Ver tabla N° 6)

## **IX. Análisis de resultados.**

La población en estudio se caracterizó por encontrarse entre el rango de edad de 20-29 años, proveniente del área urbana, en unión libre y mujeres ama de casa. Esta panorámica refleja a la mujer en edad reproductiva vulnerable a la violencia, al ser ama de casa tienen una alta dependencia económica principalmente del cónyuge lo que vuelve un blanco para el maltrato, lo que lo relaciona con el estudio violencia intrafamiliar como factor de riesgo para complicaciones obstétricas atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el año 2013- 2014 donde se concluyó que las embarazadas adultas jóvenes estaban entre las edades 20-29 años de edad, amas de casas y procedían del área urbana, donde este último reportó más casos de violencia. Este comportamiento es posible a que se deba que las mujeres adultas jóvenes tienen mayor seguridad al momento de denunciar la violencia y no encubrirla a diferencia de las mujeres adolescentes. (Ver tabla N° 1)

En el presente estudio se encontró que más de la mitad de los casos fueron primigestas, y en una máxima cantidad de las pacientes embarazadas tenían ya su primer bebé, la cual se relaciona con el estudio realizado en el año 2007 Ferreira de Souza y Cleusa Ferri, la cual refieren que la mayoría de las adolescentes ya habían tenido su primer parto. (Ver tabla N° 2)

Se identificó que en la mayoría de los casos las pacientes habían presentado al menos un parto por vía vaginal y un mínimo de las pacientes del presente estudio presentaron una cesárea previa al embarazo actual. Se encontró que en una frecuencia mínima habían presentado un aborto. (Ver tabla N° 2)

Respecto al embarazo planeado se encontró que en la gran mayoría de los casos no habían planeado su embarazo, en donde se llegó a la misma conclusión de un estudio realizado en el año 2014 en el Hospital Nacional Docente Madre niño San Bartolomé denominado Factores asociado con la violencia en gestantes adolescentes en donde el 83.57% de las adolescentes gestantes indico no haber planificado el embarazo. (Ver tabla N° 3)

Referente al número de control prenatal se encontró que la mayoría de las mujeres embarazadas no se habían realizado al menos un control prenatal, lo cual se corresponde al estudio de Valdez-Santiago y Sanin-Aguirre en México en el año 2006 en donde concluyen que las mujeres maltratadas tuvieron como

característica falta de control prenatal sensiblemente mayor que el de las mujeres no maltratadas, y con el estudio Mexicano que encuentra que la violencia durante el embarazo se asocia con retraso o ausencia de cuidados prenatales, el deficiente control prenatal que se encontró en estos estudios, quizás debido a

muchos factores emocionales entre los cuales pueden asociarse el temor a revelar el tipo de agresión a las cuales están siendo sometidas, las obliga a no acudir a por lo menos no acudir a cuatro controles establecidos en las normas de atención de control prenatal. Solo un poco más del cuarto de la población en estudio se había realizado al menos un control prenatal. (Ver tabla N° 3)

En cuanto a la edad gestacional del embarazo actual, la mayor parte de la población se encontraba en el primer trimestre del embarazo. Seguida de las que se encontraban en el tercer trimestre y por ultimo las que se encontraban en el segundo trimestre del embarazo. (Ver tabla N°3)

En cuanto a la ingesta de alcohol, fumado y drogas no se encontraron pacientes con estas características y tampoco se encontraron pacientes con antecedentes personales patológicos de lo que se puede asumir que la población en estudio era relativamente sana.

Mediante el cruce de variables entre 15 complicaciones obstétricas y violencia intrafamiliar, no fue posible demostrar que la violencia intrafamiliar constituye un factor de riesgo para presentar complicaciones tales como hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, parto prematuro, ruptura prematura de membrana, ruptura uterina, laceraciones hígado-bazo, fracturas maternas, ITS, IVU y DPPNI, en las cuales no se pudo hacer cruce de variables por ausencia de las mismas en la población de estudio, ya que no se presentaron. Dentro de las complicaciones más frecuentes que se presentaron en este estudio fueron amenaza de parto pretérmino, seguido de aborto incompleto, amenaza de aborto y posteriormente las infecciones del tracto reproductor femenino, estos resultados se corresponden con el estudio previo que se realizó en el año 2013 en el Hospital Bertha Calderón Roque sobre Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para complicaciones obstétricas donde se concluyó que la amenaza de parto pretérmino, amenaza de aborto y las infecciones del tracto reproductor femenino fueron las que más predominaron.(Ver tabla N° 4)

En cuanto los hallazgos de violencia en el embarazo, se encontró en este estudio que los tipos de violencia más frecuente fue la violencia física y la violencia psicológica en un igual porcentaje, seguido de la violencia económica la cual podemos deducir que el agresor no les permitía trabajar, la mayoría eran amas de casa en el momento del estudio, porque su pareja ordenada que tenía que quedarse en casa cuidando a los niños, por ultimo encontramos la violencia sexual que se presentó solamente en dos de las pacientes sin embargo cabe señalar que la violencia sexual podría ir de la mano con la violencia tipo física, como fue en este caso en donde la paciente resulto con lesiones en sus miembros superiores probablemente al rehusarse al acto sexual, donde estos datos se relacionan con el

estudio realizado en el 2008 de Bohle Urrutia V con el objetivo de analizar la prevalencia y características de la violencia doméstica durante el embarazo en las mujeres atendidas en el servicio de obstetricia y ginecología del Hospital Clínico Regional de Valdivia donde experimentaron diversos tipos de abuso por parte de su pareja, con mayor frecuencia de tipo psicológico seguido del físico y sexual, la cual no se corresponde con el tipo de violencia económica. (Ver tabla N° 5)

Referente a la violencia por negligencia no se presentaron en la población en estudio.

En las mujeres embarazadas sometidas a violencia física se encontró que de acuerdo a la localización de los golpes la ubicación más frecuente fue en la región del abdomen, seguido en la región lumbar, tórax y miembros superiores, esto se corresponde con el estudio realizado en el año 2005 en el Hospital Bertha Calderón Roque por Damaris Narcisa Peña de emergencias obstétricas asociadas a violencia intrafamiliar la cual concluyo que el mecanismo de lesión era por contusión de tejidos blandos, como el abdomen. Así mismo también se corresponde con un estudio mexicano donde concluye que la violencia intrafamiliar durante el embarazo incrementa significativamente la probabilidad de trauma abdominal. (Ver tabla N° 5)

Con respecto al agresor, quien resulto ser uno de los protagonistas más importantes de la violencia en la mujer durante el embarazo, de acuerdo a los hallazgos encontrados, más de la mitad de la población se le atribuyo a la pareja de la víctima seguido de otros familiares (prima). Esto se relaciona con el estudio presentado en el año 2005 en la sala Santa Sofía del Hospital Universitario San Vicente de Paul, de Medellín, donde el principal agresor fue el compañero de vida y seguido de otros familiares. Así mismo también coinciden los resultados con los encontrados en el estudio de Damaris Narcisa Peña en el HBCR en el año 2005. (Ver tabla N° 5)

En cuanto al destino de las pacientes después de haberlas valorado en la sala de Emergencia del HBCR, se decidió el ingreso a todas las pacientes en este estudio, la mayoría a la sala de alto riesgo obstétrico I (ARO I) ,donde las principales complicaciones que se presentaron fue el aborto incompleto y la amenaza de aborto, el resto de las pacientes fueron ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico II (ARO) del HBCR por que la complicación que tuvieron durante el embarazo ameritaban una atención de sumo cuidado para salvaguardar la vida de la paciente y la del bebé y un mínimo porcentaje fueron ingresadas a la sala de labor y parto. (Ver tabla N° 6)

## **X. CONCLUSIONES:**

- Se concluyó que existe una relación directa entre violencia intrafamiliar durante el embarazo y la ocurrencia de la APP.
- Se reconoció que la mayoría de las mujeres embarazadas víctimas de violencia intrafamiliar se encontraban en el rango de edad de 20-29 años, procedencia urbana, en unión libre, ama de casa.
- Se identificó que casi la mitad de las mujeres víctimas de violencia y que sufrieron complicaciones eran primigestas. Se encontró que la mayoría de la población no planearon su embarazo y que se realizaron al menos un control prenatal.
- Se conoció que la mayoría de las mujeres víctimas de violencia se encontraban en el primer trimestre del embarazo, y una pequeña parte en el segundo y tercer trimestres.
- Se afirmó que la población en estudio negó el antecedente del consumo de alcohol, tabaco y drogas, así como también el antecedente de alguna patología previa al embarazo.
- Se idéntico en estudio que, de los casos, la APP, fue la complicación más frecuente, seguido del Aborto Incompleto, posteriormente la Amenaza de Aborto, y por último las infecciones del tracto reproductor femenino.
- De las características de la violencia, durante el embarazo se encontró la violencia física es la que predominó al igual que la violencia psicológica.
- La mayoría de las agresiones fueron dirigidas hacia el abdomen, seguido región lumbar, tórax y en último lugar en miembros superiores, siendo el cónyuge en la mayoría que ejerció la violencia.
- Se concluyó que la mayoría de las pacientes en estudio que se atendieron en el área de emergencia fueron todas ingresadas, y de las pacientes con criterios para hospitalización fueron la mayor parte a la sala de Alto Riesgo Obstétrico I del HBCR.

## XI. RECOMENDACIONES

- **AL MINISTERIO DE SALUD:**
  - ✓ Integrar un equipo multidisciplinario en los dos niveles de atención: Centro de Salud y Hospitales.
  - ✓ Necesidad de un protocolo para la atención exclusiva a las embarazadas con violencia intrafamiliar.
  - ✓ Realizar la referencia y contra referencia de los casos y darles el seguimiento debido ya que esto ayuda a incidir, controlar y disminuir la muerte materna, fetal y neonatal.
  - ✓ Educar a la población sobre el tema de la violencia y las consecuencias en el embarazo.
  - ✓ Crear una ficha específica para las víctimas de violencia intrafamiliar durante el embarazo.
  - ✓ Trabajar en conjunto con las demás instituciones y organismos competentes para que en un todo se promueva la prevención de la violencia y para que las víctimas rompan de una vez el silencio.
  - ✓ Realizar recolección de datos, investigación y evaluación sobre esta problemática, porque se necesita saber la incidencia y prevalencia de la violencia intrafamiliar durante el embarazo en este país.
  - ✓ Velar por la implementación del nuevo código penal.
- **AL HBCR:**
  - ✓ Normatizar el llenado completo de las fichas de lesiones.
  - ✓ Capacitar al sector salud del hospital para la detección y capacitación de la violencia que puede estar sufriendo una mujer al momento de la consulta.
  - ✓ Concientizar al personal de salud sobre la problemática de la violencia intrafamiliar y sobre el riesgo que significa que una mujer embarazada sea víctima de violencia.
  - ✓ Generar un flujograma de información más sistematizado y más específico para las mujeres embarazadas víctimas de violencia intrafamiliar, ya que por carencia de un sistema estadístico específico a este tema es que se tienen pocos datos en este hospital, y de esta manera evaluar por cortes el desarrollo de esta problemática y crear estrategias para su erradicación.
  - ✓ El servicio de psicología y trabajo social deben habilitar red de apoyo para las mujeres víctimas de violencia.

- ✓ Docencia y recursos médicos afines deben realizar murales alusivos a esta temática.
- ✓ El personal de salud debe brindar asesoría a las mujeres sobre detección de indicadores de violencia.

## XII. BIBLIOGRAFIA

1. **Álvarez, Liliana. (1984) Espacio familiar, espacio judicial.** ¿Por qué la violencia? Betta Juan C., Manual de Psiquiatría, Buenos Aires, CEA, 8va. Edición.
2. **Bott, Sarah; Morrison, Andrew; y Ellsberg, Mary (2005)** Cómo abordar la violencia de género en América Latina y el Caribe: revisión crítica de las intervenciones. En Breve, Número 60, Enero 2005. Banco Mundial.
3. **Ames C., Rolando. Et al. (1986)** Familia y Violencia en el Perú de Hoy. Edit. Comité Peruano de Bienestar. Lima Perú.
4. **Ferreira, G., (1992). Hombres Violentos, Mujeres Maltratadas:** Aportes a la Investigación y Tratamiento de un Problema Social. Buenos Aires: Ed. Sudamericana.
5. **Organización Panamericana de la Salud (2002).** Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Extraído el 12 de junio del 2010 desde <http://www.musade.org/leer.php/14>.
6. **Instituto Nicaragüense de la Mujer.** Plan Nacional para la Prevención de la VIF y Sexual. 2001-2006. Managua, 2000.
7. **Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.** Maestría de Salud Sexual y Reproductiva. Memoria I Foro Nacional “Perspectiva de Género en los servicios de SSR. Managua, 1998.
8. **Duarte, Z. 2006.** Naturaleza y Misión del Instituto de Medicina Legal de la Corte Suprema de Justicia de Nicaragua. Presentación oral. Febrero 2006.
9. **Forensis. 2005.** Datos para la Vida. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Colombia.

10. **Saravia JC, Mejía M, Becerra S, Palomino A.** Violencia física contra la mujer durante el embarazo: prevalencia y factores asociados. Rev. Perú epidemiol. 2012; 16(2) [7pp]
11. **Schwartz, Ricardo. Obstetricia.** Buenos Aires: Buenos Aires; El Ateneo Patagones, 2008, págs. 206, 251,253. Vol. Sexta edición.
12. **Ministerio de salud. Normativa-109.** Protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas. Managua; Nicaragua: s.n Abril, 2018.
13. **Ministerio de salud. Normativa 077.** Protocolo para el abordaje de las patologías más frecuentes de alto riesgo obstétrico. Managua, Nicaragua: s.n, 2017.pags.18.
14. **Red de mujeres contra la violencia.** Texto y explicación de la ley N° 230: reformas y adiciones al código penal para prevenir y sancionar la violencia intrafamiliar. Nicaragua: IMPASA, Managua, 1996.
15. **Asamblea nacional. Ley 779:** ley integral contra la violencia hacia las mujeres y de reformas a la ley N° 641” código penal”. Managua Nicaragua: la Gaceta 2012.
16. **J. Avendaño Espinoza.** Calidad de atención a las mujeres sobrevivientes de violencia que acuden al Hospital Fernando Vélez Paiz durante el periodo de agosto 2002-Enero 2003. Managua Nicaragua: s.n, 2003.
17. **Peña, Damaris Narcisa.** Emergencias obstétricas asociada a violencia intrafamiliar en el Hospital Bertha Calderón Roque, IV trimestre 2005. Managua: s.n 2005
18. **Infante, Luis, Taleno, Pilar y otros.** La violencia familiar: actitudes y representaciones sociales. Caracas: fundamentos, 1999. Págs. 264. Vol. 1° ed.

19. **Valdez, Santiago y Sannin, Aguirre.** La violencia doméstica en el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud pública, México: s.n, 1996, págs., 352-362.
20. **Núñez Rivas, Hilda Patricia y Cols.** La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo productivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. San Jose. Costa Rica: s.n, 2003.
21. **Valenzuela S.** “Violencia intrafamiliar como factor de riesgo en la mujer embarazada y su producto”. México: Universidad de Colima Facultad de Medicina; 2004.
22. **Valdez R; Sanín L.** “Violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer”. Revista de Salud Pública de México. 2006.
23. **Bohle Urrutia V. (2008).** prevalencia y características de la violencia domestica durante el embarazo en las mujeres atendidas en el servicio de obstetricia y ginecología. Valdivia.
24. **Salas Arriaga y Salvatierra Aguilera.(2012).** Violencia intrafamiliar en las gestantes adolescentes en el hospital san juan de Lurigancho periodo de Diciembre 2011-Febrero 2012. México.
25. **Valderrama Araujo y Podemonte S. (2013).** Influencia de la violencia intrafamiliar en las complicaciones del embarazo en adolescentes en el centro de salud morales. Perú.
26. **Somarriba Gradiz y Rivera Reyes. (2014).**violencia intrafamiliar como factor de riesgo para complicaciones obstétricas en la mujeres atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Abril 2014-Abril 2015. Managua. Nicaragua: s.n: 2014.
27. **Pérez M, López G, León A.** Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. Acta Pediátrico de México (2008) 271 Vol. 29, N° 5.

# XIII. ANEXOS

## 13.1 Tablas.

### 13.1.1 Tabla N° 1

Características sociodemográficas según frecuencia y porcentaje de las pacientes embarazadas víctimas de VIF que fueron atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Enero 2018- Diciembre 2018.

<b>variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Edad</b>		
<19	5	27.8
20-29	8	44.4
>30	5	27.8
Total	18	100.0
<b>Procedencia</b>		
urbana	16	88.9
rural	2	11.1
Total	18	100.0
<b>Estado civil</b>		
casado	6	33.3
unión libre	12	66.7
Total	18	100.0
<b>Ocupación</b>		
ama de casa	17	94.4
comerciante	1	5.6
Total	18	100.0

**Fuente:** según expediente clínico.

### 13.1.2 Tabla N° 2

Antecedentes Ginecoobstétricos según frecuencia y porcentaje de las pacientes embarazadas víctimas de VIF que fueron atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Enero 2018-Diciembre 2018.

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Gestas</b>		
0	4	22.2
1	5	27.8
2	5	27.8
3	2	11.1
4	1	5.6
>5	1	5.6
Total	18	100.0
<b>Para</b>		
0	5	27.8
1	8	44.4
2	1	5.6
3	2	11.1
4	1	5.6
>5	1	5.6
Total	18	100.0
<b>Abortos</b>		
0	13	72.2
1	5	27.8
Total	18	100.0
<b>Cesárea</b>		
0	17	94.4
1	1	5.6
Total	18	100.0

**Fuente:** según expediente clínico.

### 13.1.3 Tabla N° 3.

Antecedentes Ginecoobstétricos según frecuencia y porcentaje de las pacientes embarazadas víctimas de VIF que fueron atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Enero 2018- Diciembre 2018.

<b>variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Emb. Plan.</b>		
si	4	22.2
no	14	77.8
Total	18	100.0
<b>N° CPN</b>		
0	6	33.3
1	4	22.2
2	5	27.8
3	2	11.1
>4	1	5.6
Total	18	100.0
<b>Per.del emb.</b>		
I Trim	9	50.0
II Trim	4	22.2
III Trim	5	27.8
Total	18	100.0

**Fuente:** Según expediente clínico.

#### 13.1.4 Tabla N°4

Complicaciones Obstétricas según frecuencia y porcentaje de las pacientes embarazadas víctimas de VIF que fueron atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Enero 2018- Diciembre 2018.

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Am. Aborto</b>		
Si	4	22.2
No	14	77.8
Total	18	100.0
<b>Aborto incomp</b>		
Si	5	27.8
No	13	72.2
Total	18	100.0
<b>APP</b>		
Si	8	44.4
No	10	55.6
Total	18	100.0
<b>ITRF</b>		
Si	1	5.6
No	17	94.4
Total	18	100.0

**Fuente:** Según expediente Clínico.

### 13.1.5 Tabla N°5

Características de la violencia según frecuencia y porcentaje de las pacientes embarazadas víctimas de VIF que fueron atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Enero 2018-Diciembre 2018.

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>V. Física</b>		
si	18	100.0
<b>V. sexual</b>		
si	2	11.1
no	16	88.9
Total	18	100.0
<b>V.psicológ.</b>		
si	18	100.0
<b>V. económ.</b>		
si	4	22.2
no	14	77.8
Total	18	100.0
<b>Loc. Les</b>		
tórax	3	16.7
abdomen	8	44.4
región lumbar	6	33.3
miembros superiores	1	5.6
Total	18	100.0
<b>Agresor</b>		
pareja	17	94.4
otro familiar	1	5.6
Total	18	100.0

Fuente: Según expediente Clínico.

### 13.1.6 Tabla N°6

Destino según frecuencia y porcentaje de las pacientes embarazadas víctimas de VIF que fueron atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Enero 2018- Diciembre 2018.

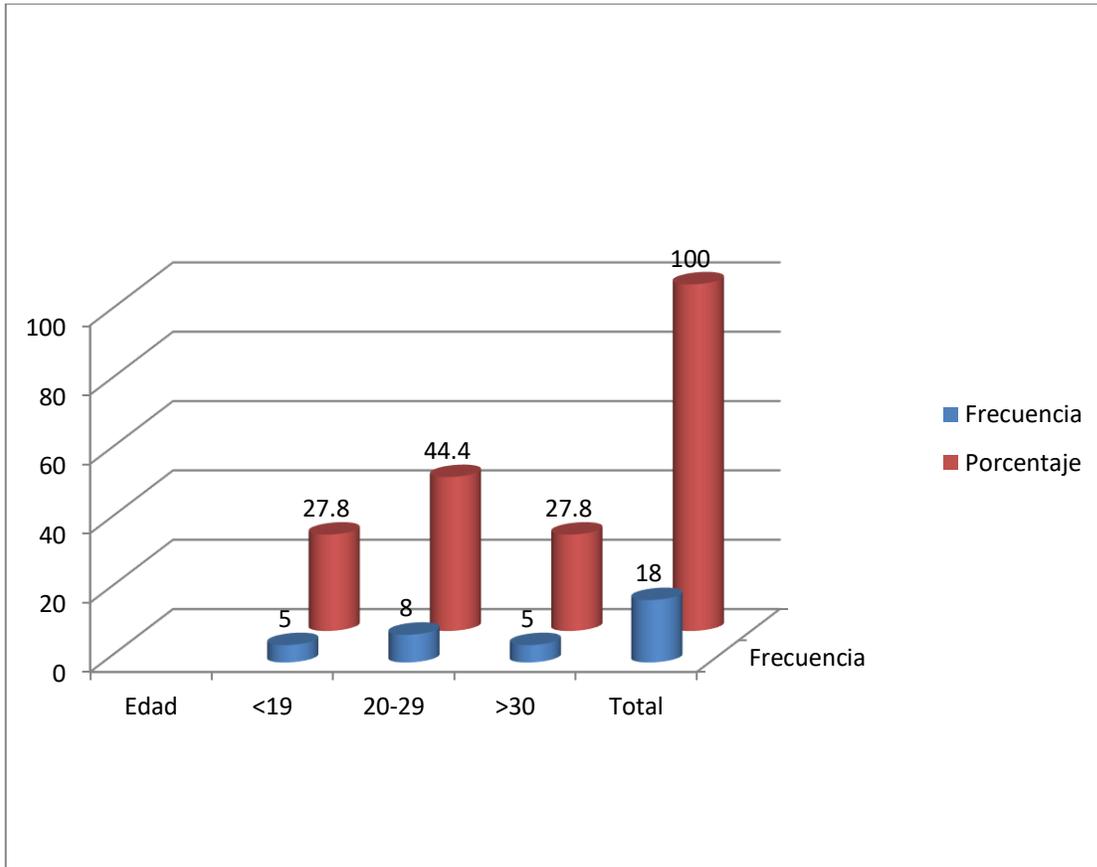
Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Destino</b>		
sala ARO I	9	50.0
Labor y parto	2	11.1
sala de ARO II	7	38.9
Total	18	100.0

**Fuente:** según expediente clínico

## 13.2 Gráficos.

### 13.2.1 Grafico # 1

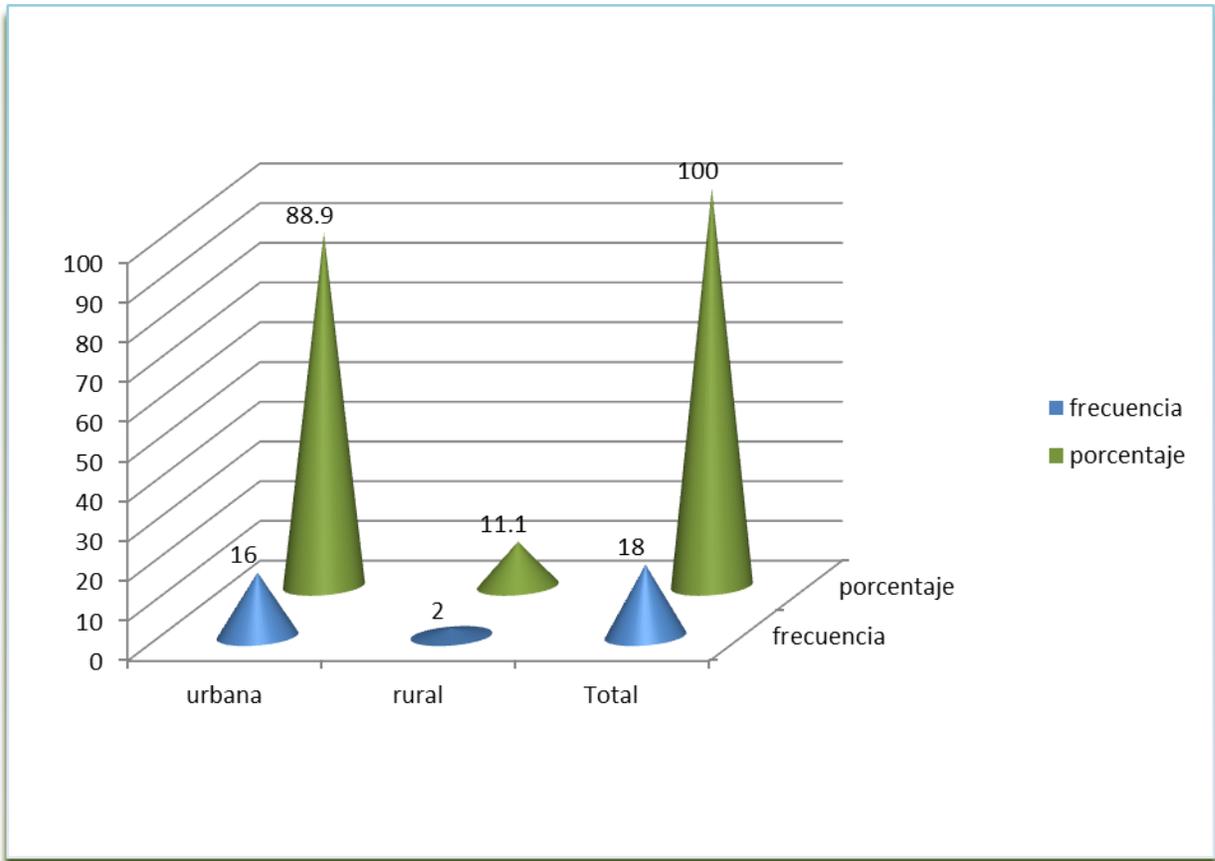
Distribución por edad de las pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Enero 2018- Diciembre 2018.



Fuente: Tabla N° 1.

### 13.2.2 Grafico N° 2

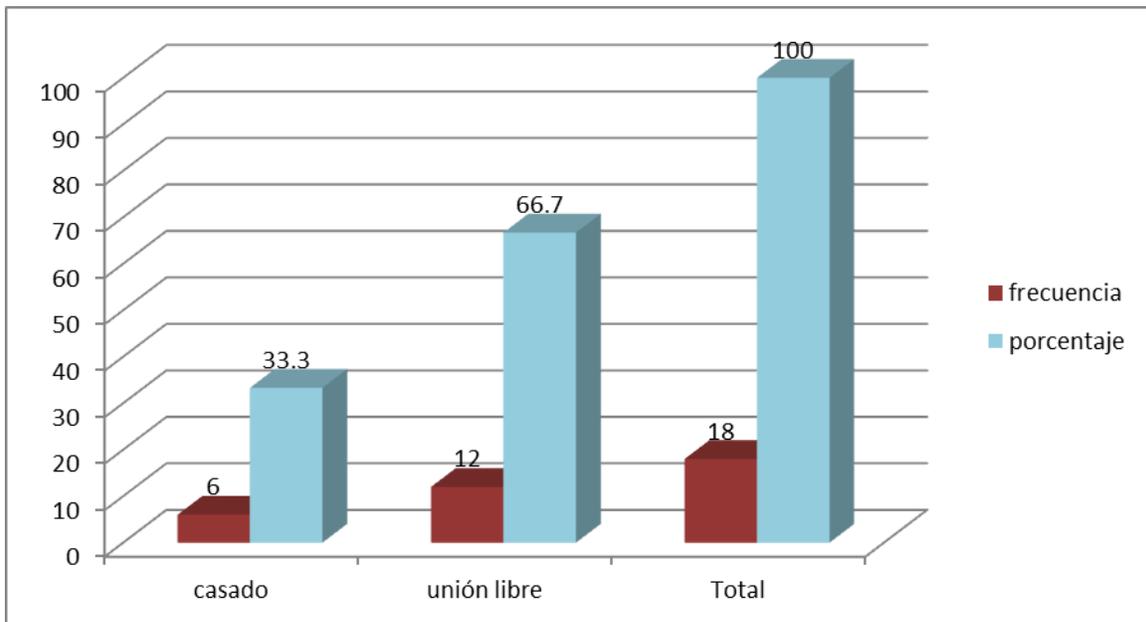
Distribución según procedencia de las pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Enero 2018-Diciembre 2018.



Fuente: Tabla N° 1.

### 13.2.3 Grafico # 3.

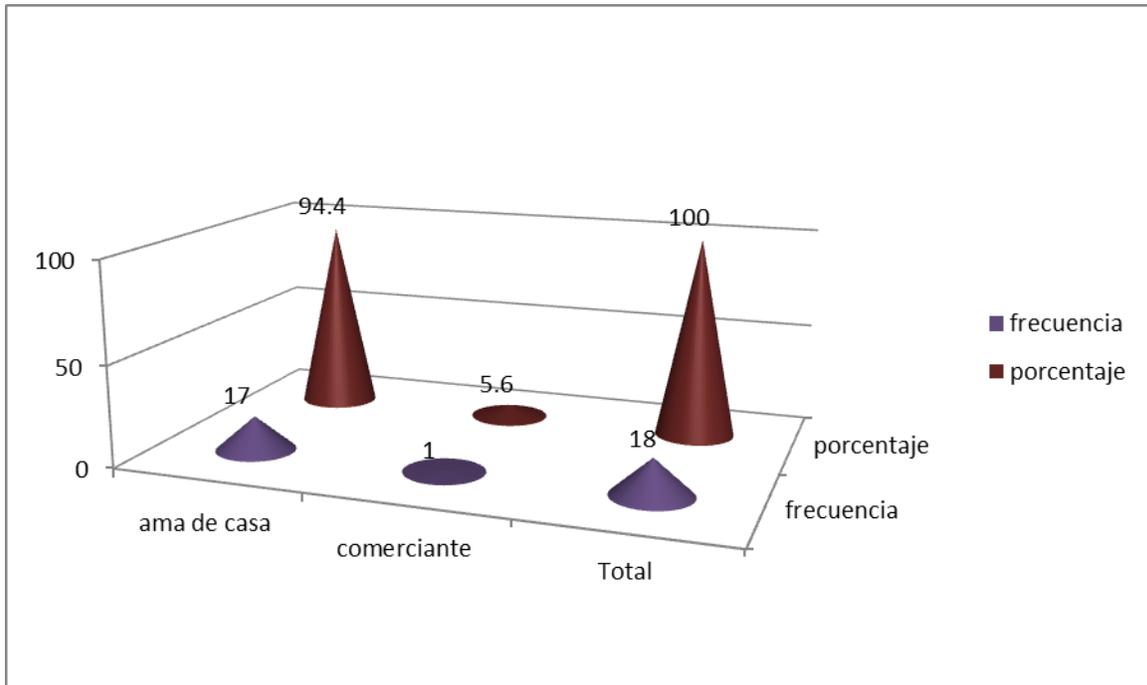
Estado civil de las pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Enero 2018-Diciembre 2018.



Fuente: Tabla N° 1.

### 13.2.4 Grafico N° 4.

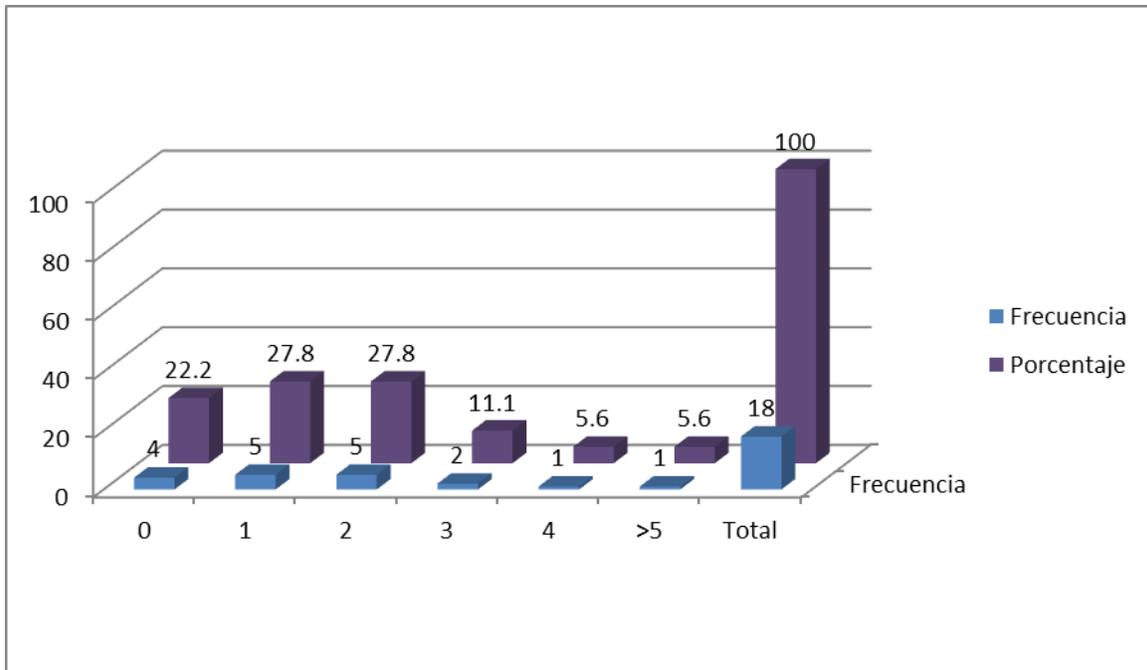
Ocupación de las pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Enero 2018-Diciembre 2018.



Fuente: Tabla N° 1.

### 13.2.5 Grafico # 5

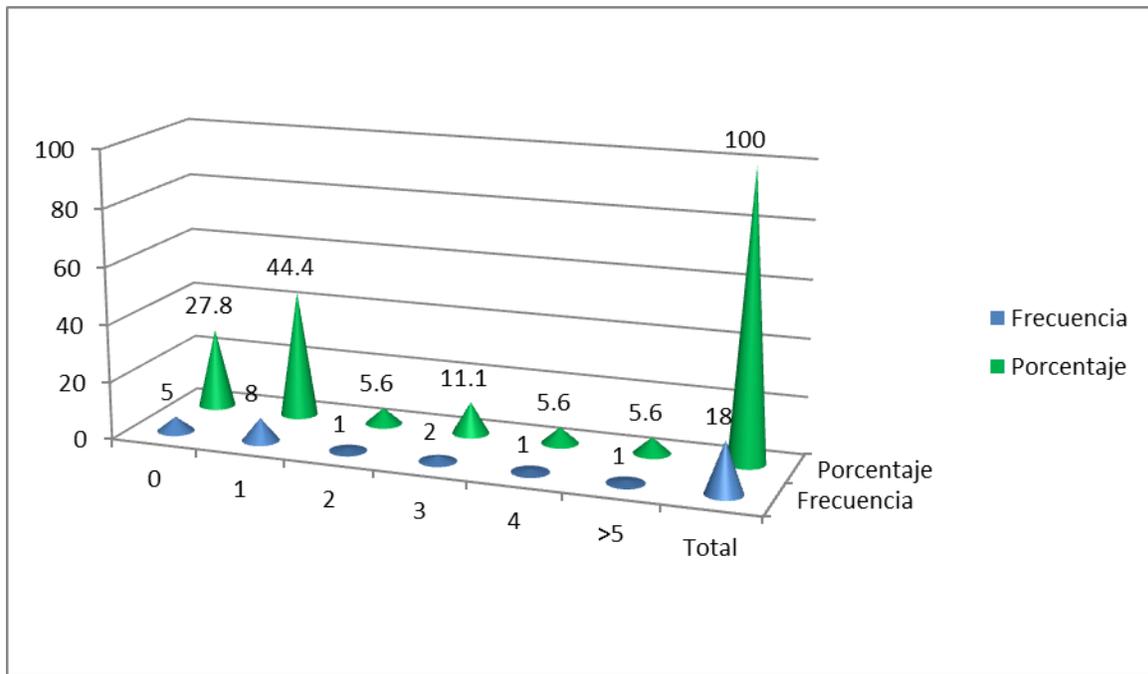
**Numero de gestas previas de las pacientes en estudio atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Enero 2018- Diciembre 2018.**



Fuente: Tabla N° 2.

### 13.2.6 Grafica N° 6

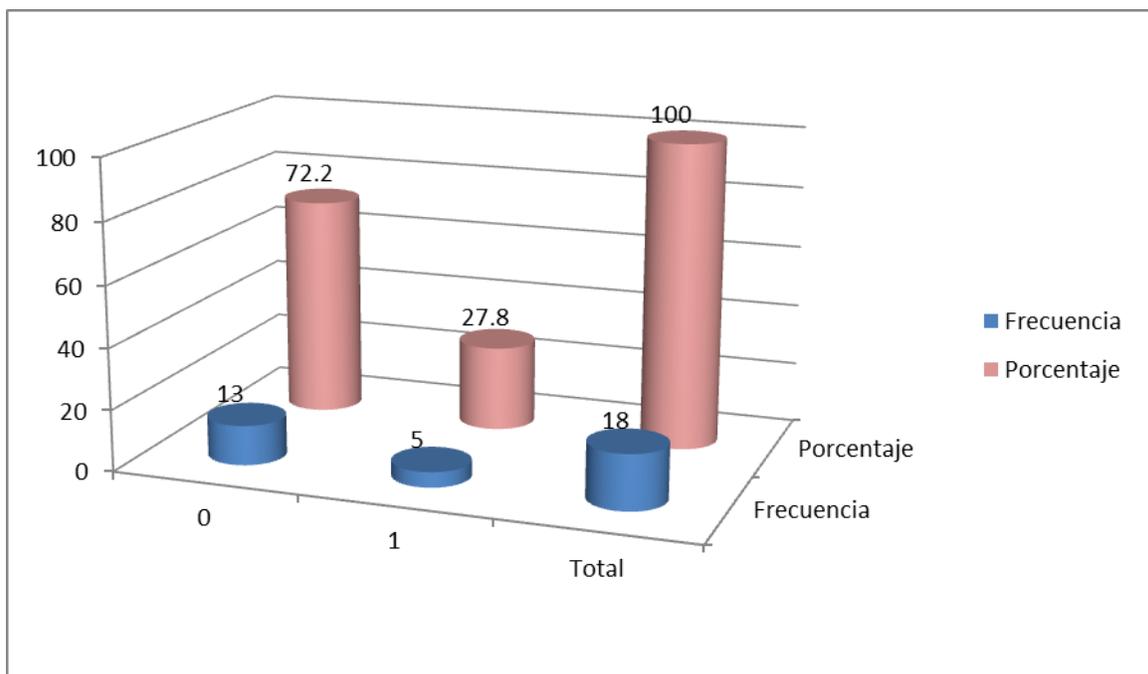
Número de partos previos de las pacientes en estudio atendidos en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Enero 2018-Diciembre 2018.



Fuente: Tabla N° 2.

### 13.2.7 Grafica N° 7.

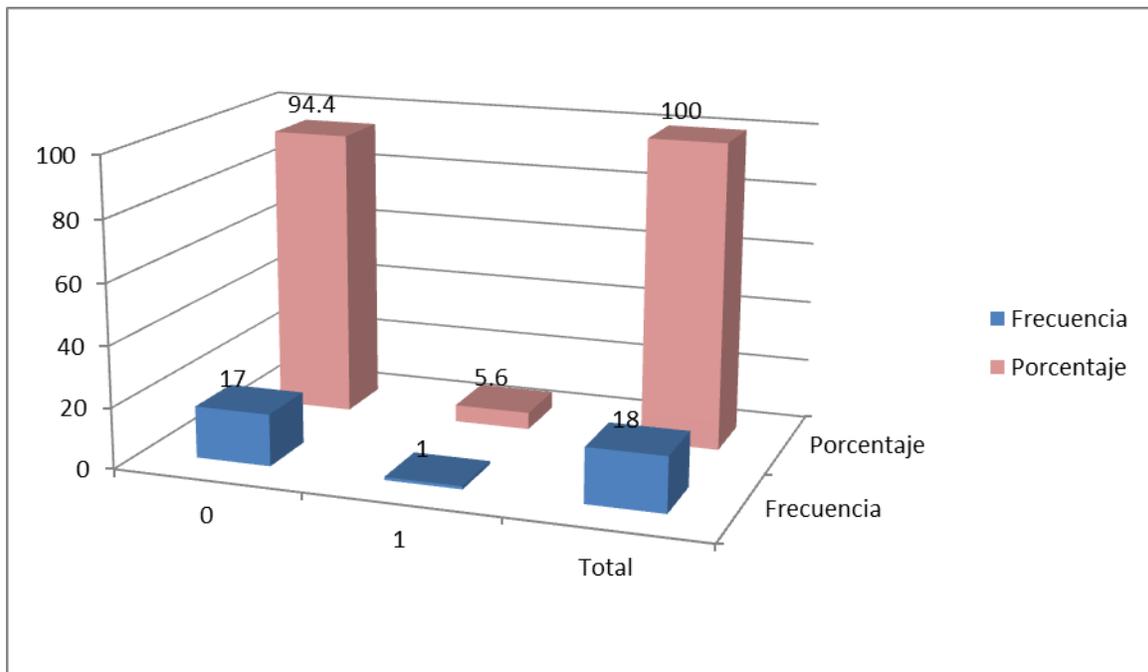
**Número de abortos previos de las pacientes en estudio atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Enero 2018-Diciembre 2018.**



Fuente: Tabla N° 2.

### 13.2.8 Grafico N° 8.

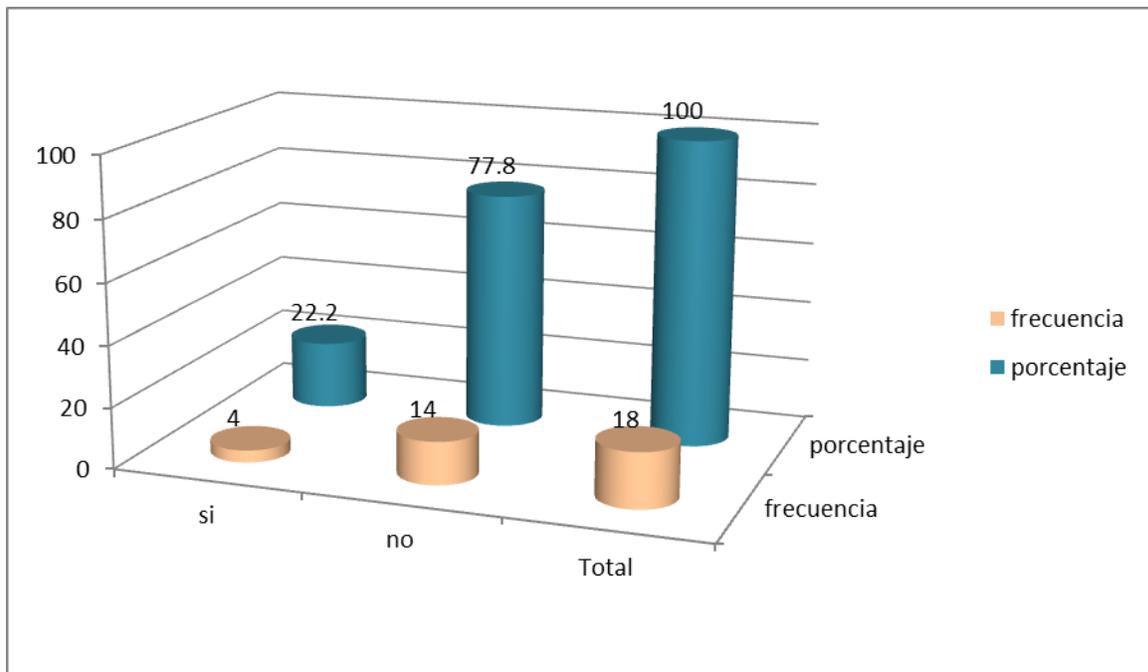
**Número de cesáreas previas de las pacientes en estudio atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Enero 2018-Diciembre 2018.**



Fuente: Tabla N° 2.

### 13.2.9 Grafica # 9.

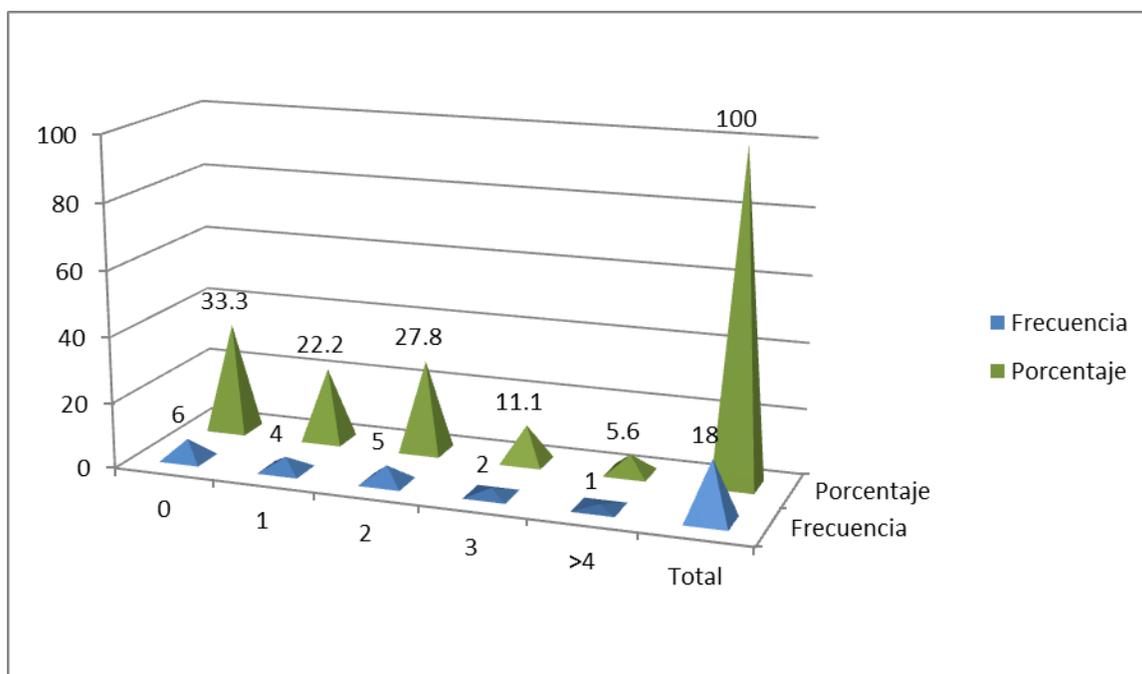
**Pacientes que planearon el embarazo actual y que fueron atendidos en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Enero 2018-Diciembre 2018.**



Fuente: Tabla N° 3.

### 13.2.10 Grafico N° 10.

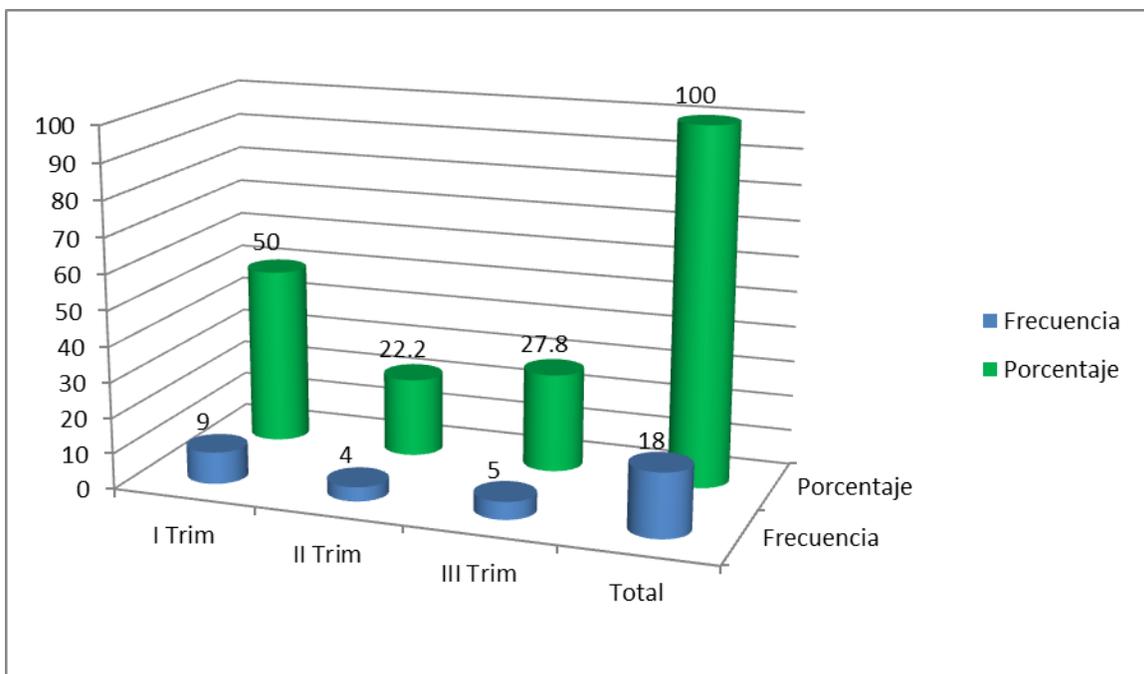
**Número de controles prenatales que recibieron las pacientes en estudio atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Enero 2018-Diciembre 2018.**



Fuente: Tabla N° 3.

13.2.11 Grafico # 11.

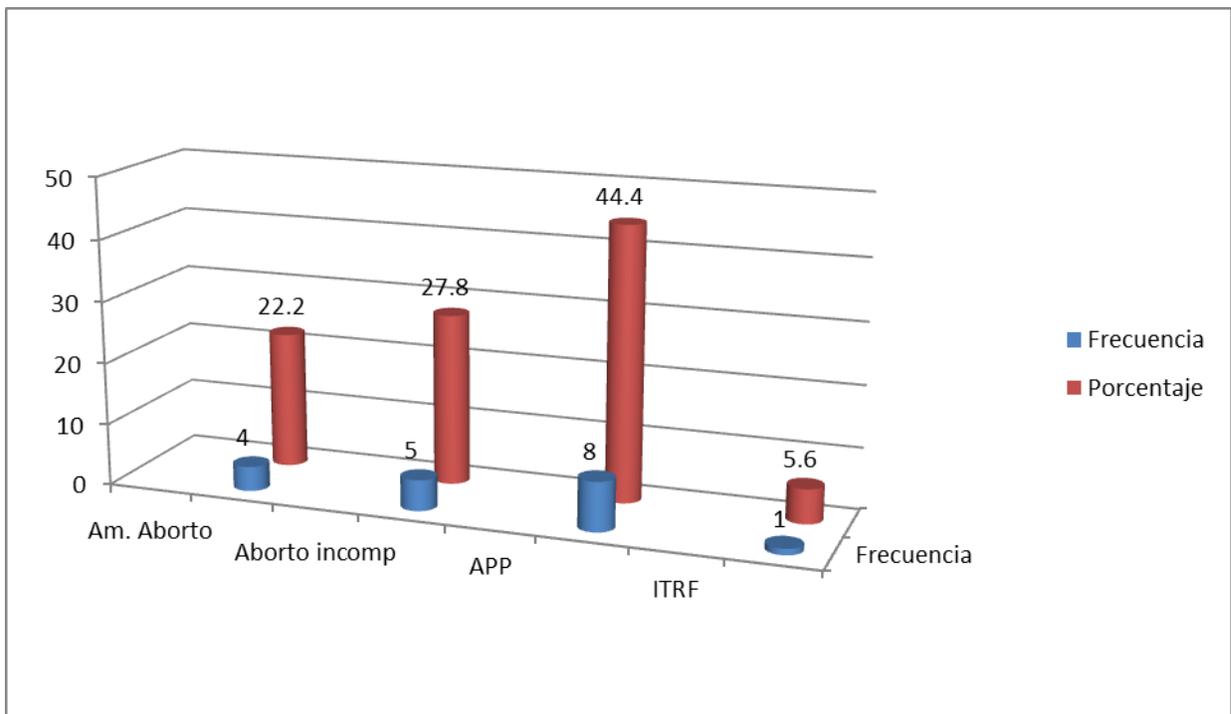
Distribución por periodo del embarazo atendido en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Enero 2018-Diciembre 2018.



Fuente: Tabla N° 3.

### 13.2.12 Grafico # 12

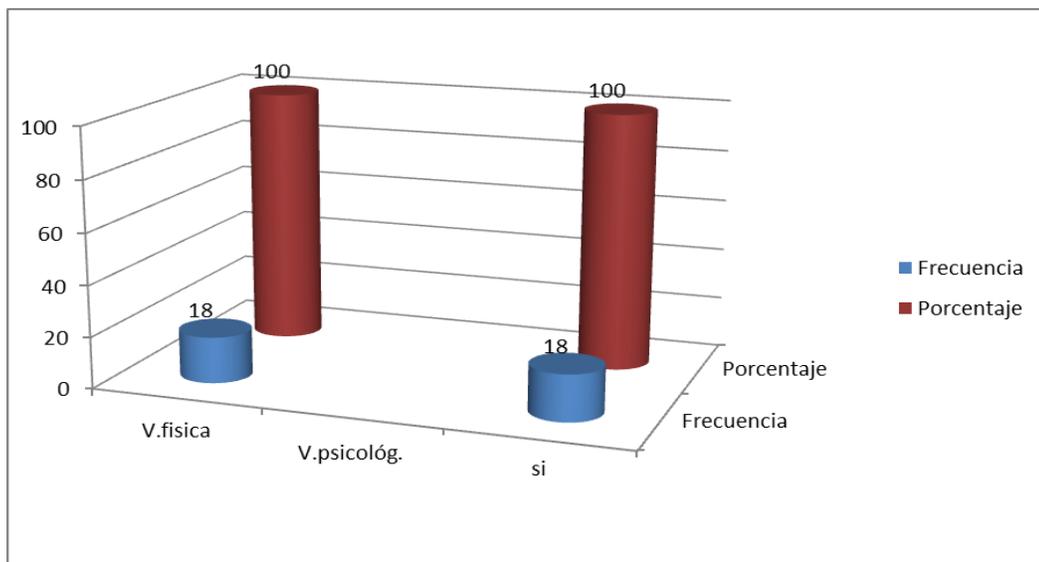
**Complicaciones en las pacientes embarazadas atendidas en las que se detectó violencia Intrafamiliar en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero 2018-Diciembre 2018.**



Fuente: Tabla N° 4.

13.2.13 Grafica # 13.

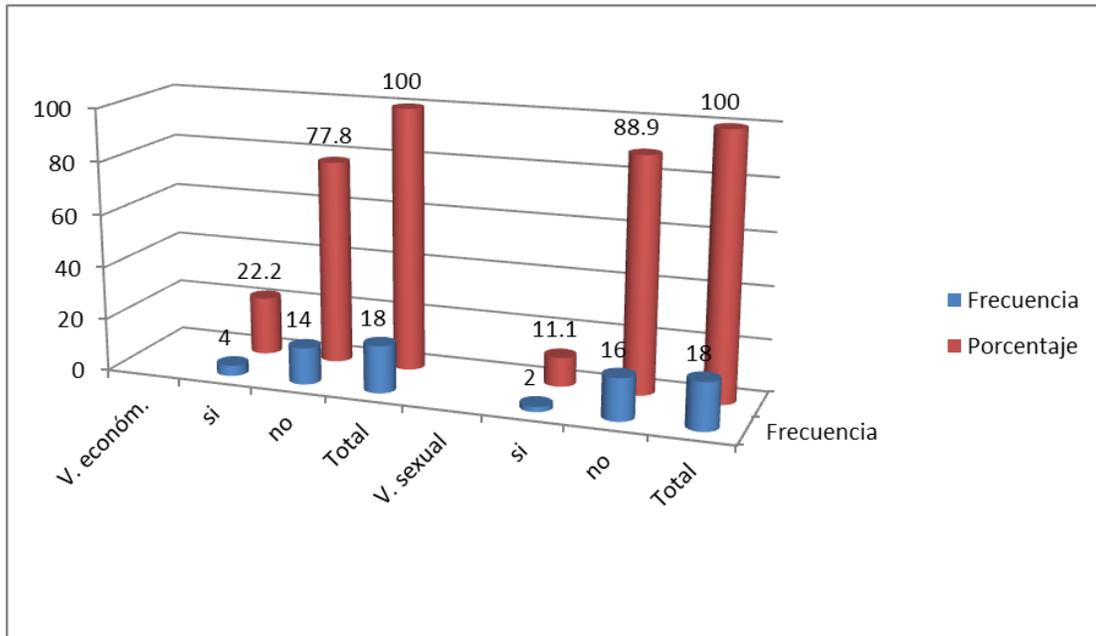
Distribución de los tipos de VIF en las pacientes embarazadas atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo Enero 2018-Diciembre 2018.



Fuente: Tabla N° 5.

### 13.2.14 Grafico 14.

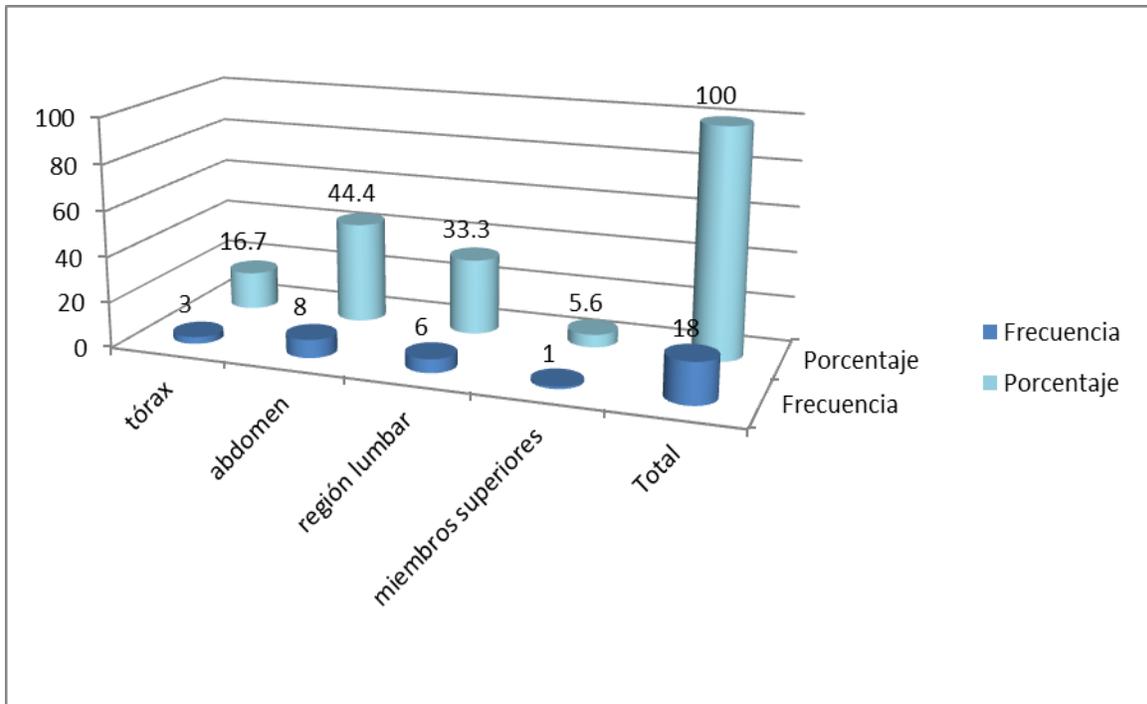
**Distribución de los tipos de VIF en las pacientes embarazadas atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo Enero 2018-Diciembre 2018.**



Fuente: Tabla N° 5.

### 13.2.15 Grafica # 15.

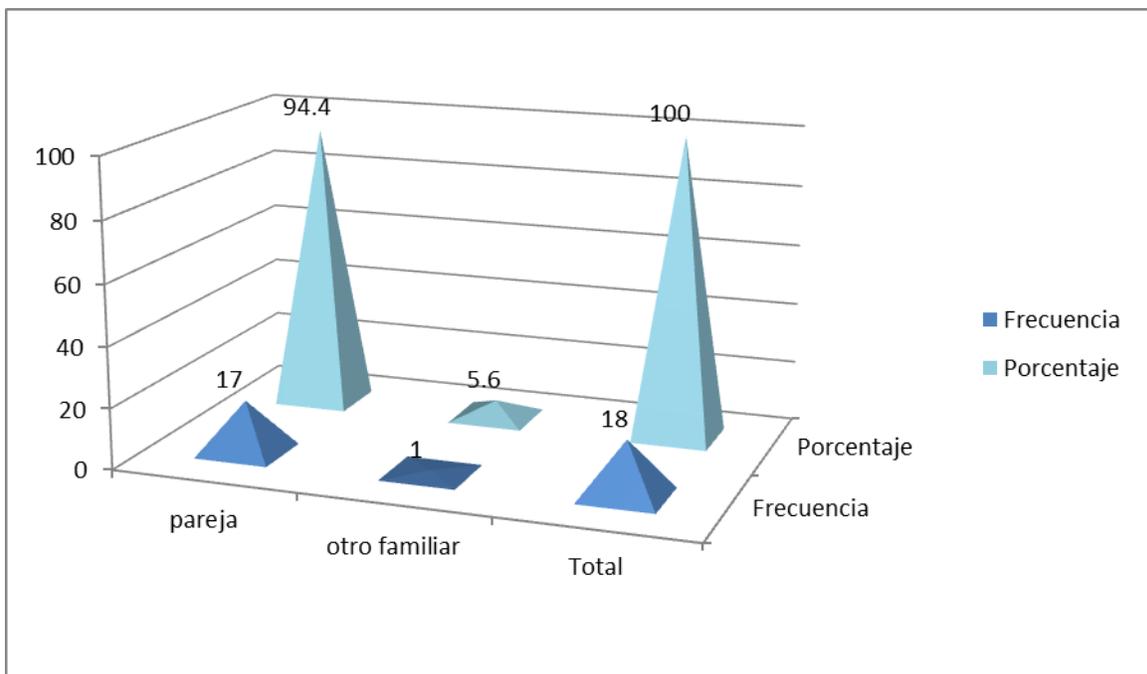
**Localización de las lesiones en el cuerpo de las pacientes que sufrieron violencia física en el embarazo atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo Enero 2018-Diciembre 2018.**



Fuente: Tabla N°5.

### 13.2.16 Grafica # 16.

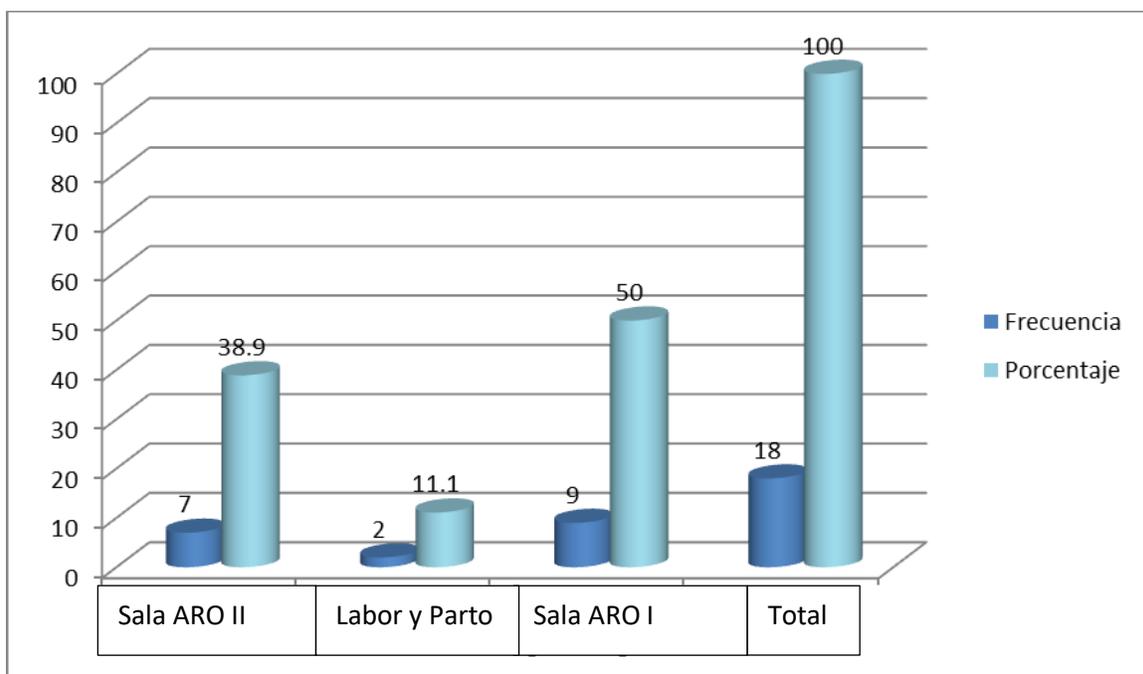
**Agresor que ejecuto la violencia intrafamiliar a las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Enero 2018-Diciembre 2018.**



Fuente: Tabla N°5.

### 13.2.17 Grafico # 17.

**Destino de las pacientes que presentaron violencia intrafamiliar durante el embarazo atendidas en el área de emergencia del Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Enero 2018-Diciembre 2018.**



Fuente: Tabla N°6.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.

UNAN-MANAGUA

HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.

Ficha de recolección de datos de la ficha de vigilancia de lesiones y expedientes clínicos.

Violencia intrafamiliar en el embarazo como factor de riesgo para complicaciones obstétricas más frecuentes en mujeres atendidas en el HBCR durante el periodo Enero 2018 a Diciembre 2018.

Fecha: \_\_\_\_\_ N° de ficha: \_\_\_\_\_

Caso: \_\_\_\_\_ control: \_\_\_\_\_

**I. Características sociodemográficas.**

Edad: <19 \_\_\_ 20-25 \_\_\_ Mayor o igual a 35 \_\_\_

Procedencia urbana \_\_\_ Rural \_\_\_

Estado civil casado \_\_\_ unión libre \_\_\_ soltera \_\_\_

Otro \_\_\_

Ocupación Ama de casa \_\_\_ obrera \_\_\_ profesional \_\_\_

Comerciante \_\_\_ Estudiante \_\_\_ Otra \_\_\_

**II. Datos Ginecoobstétricos**

Gestas \_\_\_ Partos \_\_\_ Abortos \_\_\_ Cesárea \_\_\_

Embarazo planeado Sí \_\_\_ No \_\_\_

Numero de CPN(N°0-6) \_\_\_\_\_

Periodo del embarazo I Trim \_\_\_ II Trim \_\_\_ III Trim \_\_\_

**III. Antecedentes personales patológicos y no patológicos.**

Hipertensión Arterial Crónica Sí \_\_\_ No \_\_\_

Diabetes Mellitus Si \_\_\_ No \_\_\_ IVU Sí \_\_\_ No \_\_\_

Cardiopatía Sí \_\_\_ No \_\_\_

Anemia Sí \_\_\_ No \_\_\_

Obesidad Sí \_\_\_ No \_\_\_

TB pulmonar Sí \_\_\_ No \_\_\_

Fumador Si \_\_\_ No \_\_\_ Drogas Sí \_\_\_ No \_\_\_

Alcohol Sí \_\_\_ No \_\_\_

**IV. Complicaciones Obstétricas.**

HTA gestacional Sí \_\_\_ No \_\_\_

Preeclampsia Sí \_\_\_ No \_\_\_

Eclampsia Sí \_\_\_ No \_\_\_

RPM Sí \_\_\_ No \_\_\_

Parto Prematuro Sí \_\_\_ No \_\_\_

APP Sí \_\_\_ No \_\_\_

Amenaza de Aborto Sí \_\_\_ No \_\_\_

Ruptura Uterina Sí \_\_\_ No \_\_\_

Aborto incompleto Si \_\_\_ No \_\_\_ ITS Sí \_\_\_ No \_\_\_

Fracturas maternas Si \_\_\_ No \_\_\_ IVU Sí \_\_\_ No \_\_\_

Laceración de Hígado-Bazo Sí \_\_\_ No \_\_\_

ITRF Sí \_\_\_ No \_\_\_

**Características de la violencia.**

Violencia física Sí \_\_\_ No \_\_\_

Localización de golpes en el cuerpo Cabeza \_\_\_ Tórax \_\_\_

Abdomen \_\_\_ Pelvis \_\_\_ Región Lumbar \_\_\_

M. sup. \_\_\_ M. inf. \_\_\_

Violencia sexual Sí \_\_\_ No \_\_\_ Negligencia Sí \_\_\_ No \_\_\_

Violencia Psicológica Sí \_\_\_ No \_\_\_

Violencia económica Sí \_\_\_ No \_\_\_

Agresor Pareja \_\_\_ Padre \_\_\_ Madre \_\_\_

Hermano/a \_\_\_ Otros familiares \_\_\_\_\_

**VI. Destino de las pacientes atendidas.**

Egresada: \_\_\_\_\_

Sala de ARO \_\_\_\_\_

Sala de L Y P \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

Nombre del investigador \_\_\_\_\_

