

*Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
(UNAN – MANAGUA)*



MONOGRAFIA PARA OBTAR AL TITULO MEDICO Y CIRUJANO GENERAL

TEMA

“Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para complicaciones obstétricas más frecuentes en mujeres atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el período Abril 2013 – Abril 2014”

Autores:

Br. Vida Somarriba Grádiz

Br. Azucena Rivera Reyes

Tutor

*Dr. José de los Ángeles Méndez.
Ginecólogo- Obstetra. HBCR*

Managua, Nicaragua Octubre 2014

Opinión del tutor

Los temas de actualidad son para todos de vital importancia, ya que permiten medir la calidad de atención que se les esta brindando a los pacientes.

Las jóvenes Bras. Vida María Somarriba Grádiz y Azucena del Carmen Rivera Reyes han abordado un tema de máxima relevancia, ya que la violencia intrafamiliar es algo de mucho valor dentro de la investigación científica.

En este proceso investigativo se han cumplido todos los requisitos académicos, científicos y metodológicos.

Reciban las investigadoras mis más altas muestras de consideración, aprecio, respeto y felicitaciones sinceras por el esfuerzo realizado.

Atentamente:

M.S.C Dr. José de los Ángeles Méndez

Profesor titular de la Facultad de Medicina. UNAN-Managua

Tutor

Agradecimiento

A Dios, Todo poderoso, que nos guía e ilumina con su santo espíritu, dándonos sabiduría, entendimiento y abnegación para culminar nuestros estudios.

A nuestros padres que han sido nuestro ejemplo a seguir y pilar de fortaleza en cada paso de nuestras vidas.

A nuestros maestros, quienes por medio de sus conocimientos y experiencias nos guiaron cada año de nuestra carrera.

A nuestro distinguido tutor, Dr. José de los A. Méndez, quien nos apoyó incondicionalmente en el transcurso de estos años y en la realización de este estudio monográfico.

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 y 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 les comprendemos sus vivencias de dolor y tristeza y que fueron nuestra inspiración para este estudio.



Contenido

I. Introducción.....	2
II. Antecedentes	3
III. Justificación.....	8
IV. Planteamiento del problema.....	10
V. Objetivos	11
VI. Marco Referencial	12
6.1 Generalidades.....	12
6.2 Causas de la violencia conyugal durante el embarazo	13
6.3 Fases de la violencia conyugal.....	15
6.4 Tipos de violencia conyugal.	15
6.5 Perfil típico de la víctima.....	17
6.6 Consecuencias.....	19
6.7 Complicaciones maternas más frecuentes	20
6.8 Indicadores que hacen sospechar de VIF en una persona que demanda atención en salud	29
6.9 Señales de alarma en mujeres embarazadas que sufren violencia:.....	30
6.10 Marco Jurídico e Institucional.....	30
VII. Hipótesis	37
VIII. Diseño metodológico	38
8.1 Área de Estudio:.....	38
8.2 Población de Estudio:	38
8.3 Tipo de estudio:	38
8.4 Universo y muestra	38
8.5 Clasificación de Variables.	39
8.6 Listado de Variables Según Objetivos Específicos.	40
8.7 Fuente de Información:	41
8.8 Diseño de instrumento y Técnica de Recolección de Datos:	41
8.9 Técnica de Procesamiento y Análisis de los Datos:.....	42
8.10 Operacionalización de Variables	43
8.11 Control del Sesgo.	48
8.12 Consideraciones Éticas.	48
IX. Resultados	49



X. Análisis de resultados	53
XI. Conclusiones	58
XII. Recomendaciones.....	59
XIII. Bibliografía	61
XIV. Anexos.....	64
14.1 Tablas	64
14.1.1 Tabla N° 1	64
14.1.2 Tabla N° 2	65
14.1.3 Tabla N°3	67
14.1.4 Tabla N°4	68
14.1.5 Tabla N°5	69
14.2 Gráficos.....	70
14.2.1 Grafico N°1	70
14.2.2 Grafico N°2	70
14.2.3 Grafico N°3	71
14.2.4 Grafico N°4	71
14.2.5 Grafico N°5	72
14.2.6 Grafico N°6.....	72
14.2.7 Grafico N°7	73
14.2.8 Grafico N°8	73
14.2.9 Grafico N°9	74
14.2.10 Grafico N°10	74
14.2.11 Grafico N°11	75
14.2.12 Grafico N°12	75
14.2.13 Grafico N°13	76
14.2.14 Grafico N°14	76
14.2.15 Grafico N°15	77
14.2.16 Grafico N°16	77
14.2.17 Grafico N°17	78
14.2.18 Grafico N°18	78
14.2.19 Grafico N°19	79
14.2.20 Grafico N°20	79
14.3 Instrumento de recolección de datos	81



I. Introducción

La violencia intrafamiliar es un problema social de grandes dimensiones que afecta sistemáticamente a importantes sectores de la población, especialmente a mujeres, niñas, niños y ancianos. Sin embargo, esta violencia tiene direccionalidad clara en la mayoría de los casos. La violencia es ejercida por hombres contra mujeres y niñas. La forma más endémica de la violencia intrafamiliar es el abuso de las mujeres por el compañero íntimo.

La situación en Nicaragua en los últimos años se ha caracterizado por diversos acontecimientos políticos, económicos y sociales. En donde los conceptos de dignidad y derechos humanos, pierden su importancia cuando se refiere a situaciones de maltrato en la relación de pareja (violencia conyugal). Esta problemática se ha venido reproduciendo de generación en generación a lo largo de los años a través de diversos medios (la educación, la cultura, la religión, etc.). Estos medios ayudan a que la ideología dominante en nuestra sociedad se permita, justifique, e incluso aliente las agresiones del hombre contra la mujer y viceversa. Este problema está entre nosotros. Se le impide salir a la luz pública, aunque lentamente comienzan a correrse las gruesas cortinas de los mitos y los prejuicios que lo ocultan. La violencia y el maltrato dentro de la familia no es un fenómeno aislado, como durante tanto tiempo nos empeñamos a creer. Diversos estudios estadísticos desafían nuestra incredulidad: así tenemos que alrededor del 50% de las familias sufre o ha sufrido algunas de las formas de violencia. (1)

El impacto de la violencia familiar también alcanza a las embarazadas que son golpeadas, abusadas psicológica y sexualmente durante este periodo altamente vulnerable, lo cual pone en riesgo la integridad de la mujer y el bebé.

En países donde se ha estudiado más a fondo la violencia doméstica durante el embarazo, se ha descubierto que las mujeres que son violentadas están en mayor riesgo de abortar espontáneamente y son cuatro veces más propensas a tener productos de bajo peso y sus hijos tienen 40 veces más riesgo de morir en el primer año de vida. (1) (2) (3)

Entre otras repercusiones que la violencia intrafamiliar tiene en el embarazo y en el desarrollo y crecimiento del producto se encuentran diabetes, hipertensión, infecciones urinarias, óbito, ruptura uterina, riesgo de enfermedades de transmisión sexual, fracturas fetales, anemia e hipoxia fetal.

La presente investigación se trata de un estudio analítico, con diseño de casos y controles, en donde se abordó, la violencia intrafamiliar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones obstétricas, obteniéndose información de un tipo de fuente: a partir de datos indirectos provenientes de historia clínica de mujeres embarazadas con violencia intrafamiliar, se indagó acerca de la presencia de complicaciones durante el embarazo, para así poder establecer la fuerza de asociación entre la violencia intrafamiliar con la aparición de complicaciones que ponen en riesgo la vida tanto de la madre como de su hijo.



II. Antecedentes

La violencia y el maltrato en el ámbito familiar se reconocieron como un problema social hasta 1960, cuando algunos autores describieron el síndrome del niño maltratado. Antes de esa fecha, la violencia contra el género femenino era considerada como un fenómeno poco frecuente y era catalogada como un fenómeno anormal atribuido a personas con trastornos psicopatológicos. Sin embargo, era reconocido que en la mayoría de los casos la violencia era ejercida por el compañero o ex compañero de la mujer. (4)

La conducta violenta, entendida como el uso de la fuerza para la resolución de los conflictos personales, surge cuando existe un desequilibrio de poder, permanente o momentáneo, en el cual se establece una relación de abuso. La Organización Mundial de la salud (OMS) define la violencia contra la mujer como: "Cualquier acto de violencia basado en el género, que resulta o puede resultar en daño o sufrimiento físico, mental o sexual en la mujer, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada". (4)

En el ámbito mundial se estima que más de 5 millones de mujeres al año son víctimas de abuso físico severo por parte de sus parejas sexuales, y de estas, entre un 50% y 60% son violadas por ellos. Además, se ha señalado de los casos de violencia intrafamiliar, 75% corresponden a maltrato hacia la mujer, 2% a abuso hacia el hombre y 23% a casos de violencia cruzada. El feminicidio es la 6ta causa de muerte en mujeres entre 15 y 49 años de edad. (4)

Asimismo, la OMS estima que un 20% de las mujeres en el mundo sufren de violencia psicológica o abuso sexual por un hombre en algún momento de su vida. (5) Otros estudios poblacionales muestran que entre un 10 y un 69% de las mujeres de todo el mundo refieren maltrato físico por parte de su pareja en algún momento de su vida, y entre un 18 y un 58% en los países europeos. (6)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) 1998, estima que **cada minuto** 1 mujer muere, 100 mujeres sufren de complicaciones relacionadas con el embarazo, 200 adquieren alguna enfermedad de transmisión sexual y 300 conciben sin desear o planear su embarazo. (7)

En México, el primer estudio que abordó el problema de la violencia durante el embarazo, y su relación con el resultado perinatal, es el de Valdez- Santiago y Sanín-Aguirre, realizado con mujeres atendidas en el Hospital Civil de Cuernavaca durante 1994. Entre los resultados reportados destaca que, de las 110 mujeres encuestadas, 35% fueron violentadas durante el embarazo, experimentando diferentes tipos de abuso por parte de su pareja, con mayor frecuencia de tipo psicológico, seguido de físico y sexual. Las mujeres maltratadas tuvieron como características: falta de control prenatal sensiblemente mayor que el de las mujeres no maltratadas, y un riesgo tres veces mayor de complicaciones durante el parto y el puerperio inmediato (RM 3.3; IC95%:1.3-8.0). Se demostró que las mujeres violentadas tuvieron cuatro veces más riesgo de tener productos de bajo peso, con diferencia en el peso de los productos al nacer de 560 g

(RM 4.0; IC 95%:1.3-12.0), en relación con los de las mujeres no expuestas a violencia. También se encontraron más mujeres con depresión entre las maltratadas con respecto al grupo control. (2)

En el 2011 otro estudio mexicano relevante sobre “Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo”, resume que la violencia contra la mujer constituye un problema social y de derechos humanos que influye en la morbilidad materna y perinatal. Este estudio concluye que la violencia familiar durante el embarazo incrementa significativamente la probabilidad de nacimientos de bajo peso, óbitos, toxicomanías (tabaquismo, alcoholismo y uso de drogas) y trauma abdominal. En este último se incluyen: rotura del útero, hígado o bazo de la madre, fracturas, hematomas, exacerbación de enfermedades crónicas, aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, trabajo de parto pretérmino, rotura de membranas, infecciones de transmisión sexual, infección intraamniótica, hasta la muerte materna. (8)

Además se encuentra que la violencia durante el embarazo se asocia con bajo nivel socioeconómico, pobre ganancia ponderal materna, retraso o ausencia de cuidado prenatal, anemia, desnutrición, morbilidad psicológica, estrés, y falta de apoyo social.

Este mismo estudio afirma que el embarazo no constituye un factor protector contra la violencia familiar, reportándose a nivel mundial la prevalencia de abuso durante esta etapa del 4 al 25%, según la población estudiada. (8)

Datos similares a este estudio se encuentran en una revisión bibliográfica española, “Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica”, la prevalencia de maltrato durante el embarazo alcanza cifras considerables y uniformes en varios países, que oscilan entre el 5,5 y el 6,6% en Canadá y el 13% en Nicaragua. Además, la violencia durante el embarazo puede ocasionar complicaciones para la salud tanto de la madre como del niño. En Nicaragua se observó que el 22% de las madres de niños que habían nacido con bajo peso habían sufrido maltrato durante el embarazo, frente al 5% de las madres que habían dado a luz niños sin problemas de peso. Finalmente, la violencia doméstica también se ha asociado a diversos problemas ginecológicos como, por ejemplo, dolor pélvico crónico, histerectomía, hemorragia e infecciones vaginales y coitos dolorosos. (9)

En Santiago de Chile se realizó un estudio longitudinal prospectivo, en el que se investigaron las consecuencias de la violencia conyugal, remota y actual, emocional o física, sobre la salud reproductiva y neonatal en mujeres embarazadas en control prenatal. De las 131 mujeres incluidas en el estudio, 79 reconocieron experiencias de violencia doméstica, mientras que el grupo control estuvo constituido por 52 mujeres que negaron dicha experiencia. Las características de las mujeres respecto a la edad, talla, antecedente de aborto, parto pre término, periodo Intergenesico y uso de métodos anticonceptivos, fueron similares en los dos grupos. Así mismo, el consumo de tabaco, alcohol y drogas fue bajo y similar en ambos conjuntos. Sin embargo, el subgrupo con antecedente de violencia doméstica previa al embarazo tuvo un riesgo relativo mayor

para las siguientes complicaciones en el embarazo: amenaza de aborto (RR 1.44; IC95%:1.07-1.93), síndrome hipertensivo del embarazo (RR 1.5; IC95%:1.18-1.96) y colestasis intrahepática (RR 1.47; IC 95%:1.1-1.94). En el subgrupo con violencia en el embarazo actual se evidenció un riesgo mayor de infección urinaria (RR 2.88; IC95%:1.28-6.43), colestasis intrahepática (RR 2.88; IC95%:1.13-5.89) y restricción del crecimiento intrauterino (RR 3.7; IC95%:1.77-7.93). (10)

En Río de Janeiro, Brasil, Morales y sus colaboradores observaron que la prevalencia de violencia contra la mujer durante el embarazo asciende a 63% (IC95%:59.1-67.5). La violencia física ocurrió más frecuentemente en adolescentes, en las mujeres con menor escolaridad, con más de tres hijos y en coexistencia de abuso de alcohol y drogas. También en Brasil, en el Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, Recife, se encontró una prevalencia del 13.1% antes de la gestación y de 7.4% durante la misma. Los principales factores de riesgo asociados fueron: escolaridad \leq 3 años (RR 9.70; IC95%:2.36- 39.94) y el que la mujer haya experimentado violencia durante la infancia (RR 2.73; IC95%:1.61-4.61), así como el consumo de alcohol por la pareja; en este último rubro, el incremento del riesgo fue proporcional a la frecuencia de embriaguez. En este estudio no se demostró concomitancia significativa con prematuridad, bajo peso al nacer, puntaje de Apgar y óbito fetal. La frecuencia de muertes neonatales fue cuatro veces mayor (9.1% vs 2.2%) entre las víctimas de violencia. (11)

Una agresión Física o Sexual que implique trauma abdominales en la mujer embarazada puede provocar abrupto placenta e (desprendimiento prematuro de la placenta, cuya frecuencia es de 1 de cada 120 embarazos) y el cual –según el tiempo de gestación– podría llevar a la pérdida del feto a la precipitación del parto o al nacimiento de un bebé prematuro o bajo peso. (Barton. S, M: “Placental Abruptio” in *Ob-gyn by frederickson H. and Wilkins-Haug, L. Mosby. St Louis, 1991*)

En países desarrollados, como en Estados Unidos, la violencia hacia las mujeres es un hecho cotidiano y un estudio retrospectivo llevado a cabo por Lipsky. Mediante la exploración de denuncias de violencia se encontró que en las mujeres embarazadas había una asociación positiva entre la violencia y el bajo peso de los niños al nacer.

El 15% de las embarazadas en Lima, Perú y 28% en el Departamento de Cusco han sufrido violencia física durante el embarazo, siendo en la mayoría de los casos el autor de los hechos el propio padre del producto. La violencia física contra un porcentaje de mujeres puede aumentar durante el embarazo y se focaliza en el abdomen. Este estudio concluye que la violencia física de la mujer peruana durante el embarazo es más frecuente que cualquier complicación del embarazo. En el mismo estudio se encontró que para las mujeres muchas veces están desnutridas o anémicas, con sobrecarga de trabajo y carecen de acceso a una adecuada atención de salud, la violencia durante el embarazo puede tener un efecto aún mayor en su salud. Se ha probado la asociación de violencia con abortos espontáneos, partos prematuros, infecciones, anemia y bajo peso al nacer y en general impacto en las habilidades psicosociales de la mujer durante el embarazo. (12)

En una zona urbana marginal de San José, Costa Rica, la prevalencia de violencia durante el embarazo fue de 29.7%, con predominio del abuso psicológico o emocional, seguido del físico y del sexual. Las mujeres agredidas tuvieron intervalos intergenésicos significativamente más cortos que las demás. La diferencia ajustada entre los pesos promedio de los recién nacidos de las madres no agredidas y de las víctimas de agresión fue de 449.4 g ($p < 0.001$). Se observó que las mujeres agredidas tienen un riesgo tres veces mayor de tener hijos con bajo peso al nacimiento (< 2500 g) que las mujeres que no lo habían sido [desigualdad relativa (DR) 3.3; IC95%:1.39-8.10]. (13)

La violencia Intrafamiliar es un tema que en los últimos años ha crecido notablemente, es por tal razón, que en la actualidad en Nicaragua, la violencia es considerada como un problema de salud pública al que deben ir dirigidas las políticas de radicación y prevención que las autoridades de los distintos poderes del estado deben impedir y perseguir.

En Nicaragua cada diez minutos una mujer es maltratada y en el mundo sucede cada quince segundos.

En junio de 1998, la OMS junto con la OPS (Organización Panamericana de la Salud), muestran algunos datos de la violencia contra la mujer en el hogar con respecto a Nicaragua. La muestra representativa fue de mujeres separadas de 15 a 45 años de edad de la ciudad de León, de las cuales el 52% informan haber sido maltratadas físicamente por un compañero por lo menos una vez, 27% informan haber sido objeto de maltrato físico el año pasado.

Según el “Diagnóstico Procedimiento probatorio en caso de violencia intrafamiliar y sexual en Nicaragua” (Documentos del 2002) afirma que teniendo en cuenta la cultura machista que prevalece en el país, las mujeres y niños(as) constituyen un sector con gran vulnerabilidad. Así lo demuestran las cifras relacionadas a agresiones sexuales en el país: de cada 100 delitos contra las personas que se denuncian, 14 están ligados a agresiones sexuales diversas. Las mujeres y niños(as) son las principales víctimas, mientras los agresores son fundamentalmente varones. (14)

Uno de los estudios más destacados es la investigación “Confites en el infierno”, realizada en el departamento de León en 1994-1995 cuyo resultados pueden ser extrapolados al ámbito nacional. Algunos de los datos de los datos más importantes son: en Nicaragua una de cada dos mujeres ha sido maltratada físicamente por su pareja y una de cada cuatro mujeres ha sufrido violencia física en los últimos 12 meses. Datos similares vienen reportados por la encuesta nicaragüense de demografía y salud (ENDESA) del instituto nacional de estadísticas y censos (INEC), realizado en 1998 según la cual una de cada tres mujeres encuestadas reportaron haber tenido al menos un episodio de violencia en el último año. (15)

Lamentablemente en nuestro país no contamos con estudios que específicamente se enfoquen a la problemática de lo que es la violencia durante el embarazo y las complicaciones maternas asociadas, sino que se emiten estudios que abordan de manera

general lo que es el tema de la violencia contra la mujer en Nicaragua. De esta manera solo se cuenta con la afable e importante labor que realizan las entes especializadas del gobiernos como los SILAIS, policía Nacional, Comisaria de la mujer y adolescencia, Centro Nicaragüense de Derechos Humanos (CENIDH), hospitales materno infantiles, etc; y las organizaciones no gubernamentales (ONGs) como Red de mujeres contra la violencia, Casa de la mujer, entre otros.

En Nicaragua, el único estudio que se ha acercado al tema de investigación ya mencionado 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 (RM 2.33; IC95%:1.26- 4.30) y violencia física más emocional (RM 5.35; IC95%:2.29-12.7). Aún después de ajustar los confusores potenciales (edad, paridad, estado socioeconómico y tabaquismo), la asociación entre violencia física y emocional durante el embarazo y el bajo peso al nacimiento se conservó significativa (RM 3.98; IC95%:1.7-9.31), principalmente en el subgrupo con restricción del crecimiento intrauterino. (16)

En Nicaragua en el estudio de Avendaño Espinoza 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 le puerperio. (17). Otro estudio realizado en el hospital Berta Calderon por Damaris Narcisa Peña de Emergencias obstetricas asociadas a violencia intrafamiliar concluyo que la violencia se presento principalmente los fines de semana, y los tipos de lesiones predominó la VIF por intencionalidad, causada por conocidos: cónyuge, padrastro y hermanos dentro de la casa, se usara mecanismos de contusión de tejidos blando en abdomen, glúteo y lesiones múltiples y en cuanto a las principales consecuencias obstétricas según las semanas de gestación se encontraron: amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, muerte fetal y prematuridad, quedando estos casos hospitalizados. La terminación de su embarazo fueron aborto y parto prematuro y una pequeña parte continua embarazada. (18)



III. Justificación

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 sólo 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. (19)

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.

Según la investigación de prevalencia de violencia doméstica o intrafamiliar llevada a cabo en 1997 por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el 70% de las mujeres había vivido violencia física alguna vez en su vida, mientras que el 33% la había experimentado el último año. En la municipio de León-Nicaragua el 60% de las 488 mujeres entrevistadas informo haber sido víctima de algún tipo de abuso físico, sexual o psicológico en su vida. Sin embargo, el más común fue el abuso conyugal que represento el 70% de los casos mencionados. En las minas de la Región Autónoma del Atlántico Norte, donde fueron entrevistadas 498 mujeres representativas (edad, etnias, municipios, área rural y urbana), concluyo que 3 de cada 10 mujeres reconocían haber sido golpeadas por algún miembro varón de la familia.

En una revisión realizada en la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) de 1998 indica que el 29 % de las mujeres nicaragüenses que han vivido en pareja han sufrido algún tipo de abuso físico o sexual. El 94% de las mujeres víctimas de abusos declararon que la violencia física fue acompañado de insultos, vejaciones y de un fuerte control de sus actividades diarias. El 31% de las mujeres sufrieron malos tratos cuando estaban embarazadas, y una de cada tres mujeres sometidas a violencia fueron también forzadas a tener relaciones sexuales. El 97% de las mujeres afirmaron

que el agresor era su actual o anterior pareja y que en general los incidentes acontecieron dentro del hogar.

La prevención de la violencia doméstica y las sanciones que conlleva no se han codificado en una ley específica, sino que se recogen en el Código Penal de Nicaragua bajo el título de “lesiones corporales”. La reforma al código Penal según la ley 230 trata de los daños corporales pero no tiene en cuenta las particularidades de la violencia cuando tiene lugar en el seno familiar. Esto minimiza la eficacia del sistema judicial para promover y proteger los derechos humanos aplicados a las mujeres, ya que la especificidad de las relaciones dentro de la familia y sus consecuencias para la mujer no se tiene en cuenta.

La violencia familiar es un acto penalizado y sancionado por ley, especialmente cuando la agresión se produce en el embarazo de acuerdo al artículo 141 de la ley 230, en donde: Si las lesiones son inferidas a una *mujer embarazada o puérpera* o a una menor de catorce años, la pena será la máxima de *seis años* de prisión.

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 abordado desde el ángulo de la maternidad y sus complicaciones, los estudios que existen han sido abordados por entidades extranjeras, y no ha sido iniciativa nacional, es por tal razón que se decide abordar el problema en el Hospital Berta Calderón Roque, en el cual se atiende pacientes en la especialidad de ginecoobstetricia, y que por ser un hospital de referencia nacional se atienden mucho 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 asimismo realizar una muestra representativa de la VIF 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 frecuentes en mujeres atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de Abril 2013 – Abril 2014?



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 Abril 2013 – Abril 2014.

Objetivos Específicos.

1. Conocer las características sociodemográficos en las mujeres embarazadas que sufren violencia intrafamiliar.
2. Reconocer los datos ginecoobstétricos de la población en estudio.
3. Identificar los antecedentes personales patológicos y no patológicos en la población en estudio.
4. Analizar las Complicaciones obstétricas más frecuentes en las embarazadas que sufrieron violencia intrafamiliar.
5. Caracterizar el tipo de violencia que reciben las mujeres de la población en estudio.
6. 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. (1)

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". (20)

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 doméstica; 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 mostró 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 doméstica 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 doméstica durante el embarazo.

Si el embarazo era imprevisto o no deseado la violencia doméstica 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 consecuencia 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 el 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 económica que tiene establecidas con él, hacen que empiecen a creer en sus excusas y sus razonamientos, ella necesita tanto afecto 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 pueda 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) (23)

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. (23)

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. (24)

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. (25)

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 porque 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 (26):

- *Estás sola.*
- *Tu familia no te cree nada.*
- *No tienes amigos.*
- *Te voy a quitar a los niños y demostraré que estás loca.*
- *Vos tenéis culpa de que yo reaccione así.*
- *Si te vas arruinarás 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 alistás*
- *Si contás algo, atenete a las consecuencias*



6.6 Consecuencias.

La violencia doméstica durante el embarazo es una agresión que pone en peligro no sólo una sino dos vidas. “Si bien en la mayor parte de la violencia doméstica 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 doméstica durante el embarazo *Jornal of the American Medical Association, 267:1992*. (27)

- Aumento de peso insuficiente
- Sangrado vaginal
- Hemorragia
- Complicaciones durante el parto.
- Aborto espontáneo
- Ruptura de membranas
- Infección uterina
- Muerte
- Infecciones vaginales, cervicales o renales
- Trauma abdominal
- Exacerbación de enfermedades crónicas
- Retraso en el cuidado prenatal
- Bajo peso al nacer
- Placenta previa
- Magulladuras del feto, fracturas y hematomas

- **Problemas de salud mental**

Depresión/intentos de suicidio, ansiedad, disfunciones sexuales, trastornos alimenticios, trastornos del estrés post-traumático, trastornos de 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 cefalopelvica.

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, prematuridad y mortalidad perinatal y figura entre las principales causas de muerte materna. (28)

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

Hipertensión arterial (29)

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: (29)

- 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 sobreagregada: 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 proteinuria 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 período 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 moderada
 - PAS \geq 140 mmHg y/o diastólica \geq 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 106-125mmHg.
 - Proteinuria significativa que se define como excreción de 300 mg o más de proteínas por litro en orina de 24 horas o 1 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 160 mmHg y/o diastólica \geq 110 mmHg y/o Presión Arterial Media \geq 126 mmHg.
 - Proteinuria \geq 5 gr en orina de 24 horas o en cinta reactiva \geq 3 cruces (+++).
 - Oliguria menor a 500 ml en 24 horas o creatinina \geq 1.2 mg/dl.
 - Trombocitopenia menor a 100,000 mm³ 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.
- Restricción 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: (29)

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 determina la salida de líquido al exterior, permaneciendo el amnios íntegro, simulando ruptura prematura de membranas.
4. Ruptura Precoz: Es la que acontece durante el período 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 istmicocervical. (28)

➤ **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 2 minutos, sin dilatación cervical o cuando es menor a 3 cm., entre las 22 semanas de gestación a las 36 semanas de gestación. (30)

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 algunos 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 corticotropica 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 pre término infecciones ascendentes del tracto genitourinario, hemorragia de decidua uterina, el embarazo múltiple, hidramnios e intervalo intergenésico (entre más corto sea mayor probabilidad de parto pre término existe). (28)

Otras son causas externas como traumatismos directos (Golpes, caídas, coitos bruscos), Traumas indirectos: desaceleraciones. (30)

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

Es la expulsión o extracción de un embrión o feto de la madre de menos de 500g. de peso, que se alcanza a las 22 semanas.¹⁵ (Impera el peso sobre las semanas de gestación) (29)

Puede ser espontáneo 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 de 15% de los embarazos, y los abortos provocados, son aquellos que se induce premeditadamente el cese del embarazo. (28)

Etiología: (29)

- Ovulares (representan el 80-90% 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-génito-urinarias, 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: (29)

- **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 sobreañadido 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: (29)

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 Pre eclampsia).
- Traumatismos directos o 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 de 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): (28)**

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 premalignas.

Los condilomas acuminados, llamados asimismo papilomas venéreos o “Cresta de gallo”, son proliferaciones papilomatosas múltiples que pueden invadir genitales adquiriendo el aspecto de un 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:** (28)

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 Döderlein.

Es importante recordar que la secreción de la mujer en edad fértil es escasa, blanquecina, ácida, 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 Döderlein (flora tipo I). Este bacilo mantiene la acidez del medio, sobre todo 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 pirocitos y puede estar contaminado por bacilos coliformes, hongos, Gardnerella o Mycoplasma (flora tipo II).

Este cuadro debido al reemplazo del 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 piocitos, desaparición del bacilo de Döderlein 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 peptocococ y peptobacilos, veillonella, Mycoplasma , Klebsiella, etc, aunque en ocasiones suelen aparecer microorganismos como el estreptococo β hemolítico, clostridium 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 q 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 20ª 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 infecciones 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. Otros 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 hidrouréter e hidronefrosis, pero la relajación del musculo liso, inducida por la progesterona también puede estar asociada a estas patologías. Las diferencias en el PH urinario y la osmolalidad, 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. (28)

Como su nombre lo dice, la infección urinaria está presente, pero no hay síntomas. (30)

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 (30)

b.1) Con sintomatología leve: Una de las dos definiciones de IU asintomática y presencia de disuria, frecuencia, urgencia, dolor abdominal bajo o suprapúbico.



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, náusea, 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 atiende 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 armas, Jalones de pelo, Patadas, Lanzamiento de objetos.

Indicadores de violencia emocional:

- Lo que se observa:
 - Múltiples y variadas quejas de salud.
 - Dolencia crónicas (dolores de cabeza, estomago, espalda...)
 - Trastornos del sueño, de la alimentación
 - Angustia, ansiedad, miedos, temores, depresión, recuerdos dolorosos revividos con intensidad (flashback)

- 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 Comisaría 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.
- Secretaría de Acción Social.
- Procuraduría Gral. 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 Espinosa”. 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 la mujer el Ministerio del 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 del 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 (31)

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 amplia 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 esperara una pena de cárcel de tres a cinco años según sea el caso.

La violencia es todo acto de maltrato que causa danos 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: **estas siendo víctima de violencia intrafamiliar.**

Esta ley trata de evitar que la violencia se agrave y cause más danos, 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 amenazada o 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 ponga peor, puede solicitar la aplicación de medidas que le protegen, ejemplo:

- Impedir la llegada del agresor a su casa, lugar de trabajo o centros de estudios 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, aválale por teléfono, seguirla o vigilarla. (4)

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 le 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 atemoriza.

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 Y según el ARTO. 11 de la ley 230, “Al que infiera una lesión que deje al ofendido(a) cicatriz permanente en el rostro, se impondrán de 2 a 5 años de prisión y multa 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 del 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” (32)

La Ley 779, “Ley integral contra la violencia hacia las mujeres”, aprobada por unanimidad en la Asamblea Nacional el 22 de junio de 2012, entró 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 de 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, provocó 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 resultó 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 castigará únicamente al género masculino bajo la clasificación siguiente: *“La presente ley se aplicará...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:

a.- Delito de femicidio contenido en el artículo 23, sanciona al hombre que diere muerte a una mujer, hasta con penas de 15 a 20 años de prisión cuando el hecho se diera en el ámbito público, con penas de 20 a 25 años de prisión cuando se diera en el ámbito privado, pudiendo ser aumentadas cuando concurra cualquiera de las circunstancias del asesinato hasta un máximo de 30 años de prisión

b.- Delito de violencia física son aquellos casos donde a consecuencia de la violencia física ejercida por el hombre en el marco de las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, cause a la mujer cualquiera de las lesiones físicas tipificadas en la presente ley, siendo éstas lesiones leves, lesiones graves y lesiones gravísimas, las que son castigadas con penas que van desde 8 meses a 1 año, 4 meses (lesiones leves), de 2 años, 8 meses a 6 años, 8 meses (lesiones graves) y de 7 años, 6 meses a 13 años (lesiones gravísimas).

d.- Dentro de los delitos de violencia patrimonial y económica (sustracción patrimonial y daño patrimonial) se castigan tanto la sustracción de bienes o valores patrimoniales de una mujer, como los daños que se ocasionen en bienes independientemente de la posesión, dominio o tenencia (pero que sean de uso de la mujer) hasta con penas de 2 a 5 años de prisión cuando el valor de los mismos sean equivalentes a un salario mínimo del sector industrial.

e.- 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 ó en ocasión de su cargo.



VII. Hipótesis

Hipótesis afirmativa:

La violencia intrafamiliar aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas durante el embarazo.

Hipótesis nula:

La violencia intrafamiliar no se relaciona con las complicaciones obstétricas durante el embarazo.



VIII. Diseño metodológico

8.1 Área de Estudio:

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

8.2 Población de Estudio:

Población de estudio estará constituida por mujeres embarazadas víctimas de violencia intrafamiliar que fueron atendidas en salas de emergencia, labor de parto, alto riesgo obstétrico y ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque.

8.3 Tipo de estudio:

Analítico, de casos y controles, retrospectivo, de corte transversal.

8.4 Universo y muestra

El universo estuvo constituido por 60 mujeres que sufrieron algún tipo de violencia atendidas en el HBCR entre el periodo Abril 2013 y Abril 2014.

La muestra fue constituida por 24 mujeres embarazadas víctimas de violencia intrafamiliar. De las cuales 12 fueron casos y 12 controles que fueron atendidas en sala de emergencia, labor y parto, alto riesgo obstétrico y ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Abril 2013 a Abril 2014.

No se realizó muestreo, Tomando en consideración que la población en estudio es reducida, se estudió la totalidad de las pacientes que habían sufrido violencia intrafamiliar durante el embarazo con la intención de disminuir sesgos de selección.

Definición de Caso.

Mujeres embarazadas víctimas de violencia intrafamiliar que presentaron complicaciones obstétricas, atendidas en cualquier momento del embarazo, en el HBCR entre el periodo de Abril 2013 a Abril 2014.

Criterios de Inclusión.

- Paciente que presento violencia intrafamiliar durante cualquier trimestre del embarazo.
- Paciente que presento complicación Obstétrica durante el embarazo.
- Expediente clínico y ficha del sistema de vigilancia hospitalario de lesiones completa.
- Atendida en sala de emergencia, labor y parto, alto riesgo obstétrico y ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Abril 2013 a Abril 2014.



Criterios de Exclusión.

- Paciente sin violencia intrafamiliar, o que haya presentado otro tipo de violencia que no se clasifique como intrafamiliar.
- Paciente sin complicación obstétrica durante el embarazo.
- Paciente que presento complicación obstétrica durante el embarazo que no estuvo contemplada como variable en el estudio.
- Paciente con expediente clínico y del sistema de vigilancia hospitalario de lesiones incompleta o ausente.

Definición de Control.

Mujeres embarazadas víctimas de violencia intrafamiliar que no presentaron complicaciones obstétricas, atendidas en cualquier momento del embarazo, en la sala de emergencia, labor de parto, alto riesgo obstétrico y ginecología del HBCR entre el periodo Abril 2013 a Abril 2014.

Criterios de Inclusión.

- Paciente con violencia intrafamiliar durante cualquier trimestre del embarazo.
- Paciente que no presento complicación obstétrica durante el embarazo.
- Expediente clínico y ficha del sistema de vigilancia hospitalario de lesiones completa.
- Pacientes atendidas en las salas de emergencia, labor de parto, alto riesgo obstétrico y ginecología del HBCR entre el periodo Abril 2013 a Abril 2014.

Criterios de Exclusión.

- Paciente sin violencia intrafamiliar durante cualquier trimestre del embarazo.
- Paciente que presente complicación obstétrica durante el embarazo.
- Paciente con expediente clínico y ficha del sistema de vigilancia hospitalario de lesiones incompleta o ausente.

8.5 Clasificación de Variables.

Variable Independiente:

- Violencia Intrafamiliar durante el embarazo

Variables Dependientes:

- Características sociodemográficas
- Datos ginecoobstétricos
- Antecedentes personales patológicos y no patológicos
- Complicaciones obstétricas
- Características de la violencia



- Destino de las pacientes valoradas

8.6 Listado de Variables Según Objetivos Específicos.

Objetivo #1. Características Sociodemográficas:

- Edad
- Procedencia
- Estado civil
- Ocupación

Objetivo #2. Datos ginecoobstétricos

- Gestas previas
- Partos previos
- Aborto 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 Pretermino
- Amenaza de parto pretermino (APP)
- Amenaza de Aborto
- Aborto incompleto



- Ruptura Uterina
- Laceración de Hígado-Bazo
- Fracturas Maternas
- ITS
- Infecciones del tracto reproductor femenino
- Infección 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
- Labor y parto
- Sala de ginecología

8.7 Fuente de Información:

Datos indirectos, obtenidos de fuentes Primarias registrados en Fichas del sistema de vigilancia hospitalario de lesiones e historias clínicas de pacientes víctimas de violencia intrafamiliar atendidas en las salas de emergencia, labor de parto, alto riesgo obstétrico y ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Abril 2013 a Abril 2014.

8.8 Diseño de instrumento y Técnica de Recolección de Datos:

La técnica de recolección de datos se realizó por medio del 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 que consta de varias secciones. (Ver anexo 3)

La primera sección recaudará información acerca de las características sociodemográficos de la mujer embarazada.

La segunda sección recaudó información acerca de datos ginecoobstétricos de la población en estudio.

La tercera sección abordó los antecedentes personales patológicos y los no patológicos de la mujer embarazada.

La cuarta sección recaudo información acerca de las complicaciones obstétricas más frecuentes en las mujeres embarazadas.

La quinta sección recaudo información acerca de las características de la violencia sufrida durante el embarazo.

La sexta sección abordó la información sobre el destino de las pacientes después de su valoración en la sala de emergencia del HBCR.

En la prueba piloto se investigó 5 fichas de vigilancia de lesiones y expedientes clínicos, en los que se encontraron 3 casos y 2 controles, sin embargo los datos que nos lograron proporcionar las fuentes de revisión no cumplían con todos los acápite estructurados en el instrumento de la prueba piloto, o algunas preguntas del instrumento no estaban bien estructuradas o no esclarecidas y en base a los resultados se reestructuraron los siguientes puntos:

Primera sección:

- ✓ Se eliminaron variables como el nivel académico y la religión de las pacientes.

Segunda sección:

- ✓ Se eliminó la variable de intervalo Intergenesico.

Tercera, cuarta, quinta y sexta sección:

- ✓ No se realizaron cambios en estas secciones.

8.9 Técnica de Procesamiento y Análisis de los Datos:

Al finalizar la aplicación de instrumento de recolección de datos se realizaron tabulación y análisis de los datos recolectados mediante tablas y gráficos expresados en forma de números y porcentajes. Se utilizó una base de cálculo de datos electrónica SPSS-19 para ejecutar los procedimientos necesarios.



8.10 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA
Características Socio Demográficas			
EDAD	Edad cumplida en años reportada en expediente clínico	Edad en años	13-19 20-29 ≥30
PROCEDENCIA	Área de residencia reportado en expediente clínico	Procedencia	Urbana, Rural
ESTADO CIVIL	Condición personal de paciente en cuanto a una relación con otra persona reportada en expediente clínico	Estado civil	Casado, unión libre, soltera, otro,
OCUPACION	Labor que desempeña para vivir reportado en expediente		Ama de casa, obrera, profesional, comerciante, estudiante, otra

Datos Gineco obstétricos				
VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA	
GESTAS	Numero de gestaciones que ha tenido la paciente previo al embarazo actual	Numero de gestas reportado en expediente clínico	Cero Uno dos tres	Cuatro cinco seis más de seis
PARTOS	Número de partos por vía vaginal que ha tenido la paciente previo al embarazo actual	Número de partos por vía vaginal reportados en el expediente clínico.	Cero Uno dos tres	Cuatro cinco seis más de seis
ABORTOS	Número de abortos que ha tenido la paciente previo al embarazo actual	Número de abortos reportados en el expediente clínico.	Cero Uno dos tres	Cuatro cinco seis más de seis
CESAREA	Numero de cesárea que ha tenido la paciente previo al embarazo actual	Numero de cesárea reportadas en el expediente clínico.	Cero Uno Dos	Tres Cuatro Cinco
EMBARAZO PLANEADO	Deseo de quedar embarazada expresado en expediente clínico		Si No	
NUMERO DE CPN	Número de controles prenatales realizados durante todo el embarazo registrados en el embarazo	Numero de CPN	0-6	
PERIODO DEL EMBARAZO	Periodo del embarazo en que se presenta la complicación materna a estudio.	Semanas de Gestación de Embarazo	I Trimestre II Trimestre III Trimestre	

Antecedentes personales patológicos y no patológicos			
VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA
HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA	Antecedente de HTA antes del inicio del embarazo	Milímetros de mercurio	SI, NO
DIABETES MELLITUS	Antecedente de Diabetes Mellitus antes del inicio del embarazo		SI, NO
CARIOPATIA	Antecedente de cardiopatía antes del inicio del embarazo		SI, NO
ANEMIA	Nivel de hemoglobina por debajo de 11grs durante el embarazo reportado en expediente clínico	Gramos de Hemoglobina	SI, NO
OBESIDAD	Índice de masa corporal mayor de 30kg/m ²	Kg/m ²	SI, NO
TB PULMONAR	Antecedente de TBC reportado en expediente		
INFECCION DE VIAS URINARIAS	Infección de vías urinarias reportados en embarazo por EGO	IVU asintomática, IVU leve; IVU severa	SI, NO
ALCOHOL	Consumo de bebidas alcohólicas reportado en expediente clínico		SI, NO
FUMADOR	Consumo de tabaco reportado en expediente clínico		SI, NO
DROGAS	Consumo de drogas ilícitas reportado en expediente clínico		SI, NO

Complicaciones Obstétricas			
VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA
HIPERTENSION GESTACIONAL	Hipertensión gestacional reportada en expediente clínico		SI , NO
PRE ECLAMPSIA	Pre eclampsia reportada en expediente clínico		SI , NO
ECLAMPSIA	Eclampsia reportada en expediente clínico		SI , NO
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA	RPM reportado en expediente clínico		SI ,NO
PARTO PRETERMINO	Parto pretermino reportado en expediente clínico		SI, NO
Amenaza de parto pretermino	Amenaza de parto prematuro reportado en expediente clínico		SI, NO
AMENAZA DE ABORTO	Amenaza de aborto reportado en expediente clínico		SI, NO
ABORTO INCOMPLETO	Aborto incompleto reportado en expediente clínico		SI , NO
RUPTURA UTERINA	Ruptura Uterina a consecuencia de violencia física reportado en expediente clínico		SI, NO
LACERACIÓN DE HÍGADO-BAZO	Laceración de hígado-bazo a consecuencia de violencia física reportada en expediente clínico		SI, NO
FRACTURAS MATERNAS	Fracturas maternas a consecuencia de violencia física reportado en expediente clínico		SI, NO
ITS	Infección de transmisión sexual reportada en el expediente clínico	Sífilis, VIH, condiloma, granuloma, hepatitis B.	SI, NO
INFECCIONES DEL TRACTO REPRODUCTOR EN EL EMBARAZO	Infecciones del tracto reproductor en el embarazo reportada en el expediente clínico	Vulvovaginitis, candidiasis vaginal	SI, NO
INFECCION DE VIAS URINARIAS	Infección de vías urinarias reportados en embarazo por EGO	Ivu asintomática, con sintomatología leve, con sintomatología severa	SI, NO

DPPNI	Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta reportado en expediente clínico		SI, NO
-------	--	--	--------

Características de la violencia			
VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA
VIOLENCIA FISICA	Violencia física reportado en expediente clínico		SI, NO
LOCALIZACION DE GOLPES EN ELCUERPO	Lugar en el cuerpo de la mujer en donde se localizaron los golpes registrados en expediente clínico		Cabeza, tórax, abdomen, pelvis, región lumbar, miembros superiores, miembros inferiores
VIOLENCIA SEXUAL	Violencia sexual reportada en expediente clínico		SI, NO
VIOLENCIA PSICOLOGICA	Violencia psicológica reportado en expediente clínico		SI, NO
VIOLENCIA ECONOMICA	Violencia económica reportado en expediente clínico		SI, NO
NEGLIGENCIA	Negligencia reportado en expediente clínico		SI, NO
AGRESOR	Persona quien ejerce la violencia.		Pareja Madre Padre Hermano/a Otros Familiares

Destino de las pacientes atendidas			
VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA
Destino	Sala en donde la paciente embarazada es remitida posterior a su evaluación en emergencia		<ul style="list-style-type: none"> • Egreso • Sala ARO • Labor y parto • Sala de ginecología



8.11 Control del Sesgo.

Sesgo de selección: El estudio de casos y controles que toma su muestra de población hospitalaria, como tal es el caso de este estudio, están sujetos a sesgo de selección con relativa frecuencia. Esto ocurre cuando se selecciona como control otro grupo de padecimiento. Al estudiar la relación causa-efecto de violencia intrafamiliar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones obstétricas, los casos fueron las mujeres que sufrieron violencia intrafamiliar durante el embarazo y que presentaron complicaciones obstétricas. Para fines de comparabilidad entre ambos grupos los controles fueron las mujeres que sufrieron violencia intrafamiliar y no presentaron complicaciones obstétricas. De esta manera, ya aplicados los criterios de inclusión y exclusión se eligieron ambos grupos en una relación caso/control 1:1. Se tomó la totalidad de casos y controles para disminuir el sesgo de selección.

Sesgo de información: Existe riesgo de introducir sesgo de información al trabajar con fuentes indirectas, por lo que se realizó una revisión exhaustiva de expedientes clínicos, más la fuente adicional información de ficha del sistema de vigilancia hospitalario de lesiones.

Además las variables identificadas en el análisis del marco referencial, que corresponden a potenciales factores de confusión, es decir las variables que se sabe o sospecha que están asociadas tanto al factor de riesgo como a la variable de respuesta o efecto fueron medidas para controlar su efecto en el análisis de los resultados del estudio.

8.12 Consideraciones Éticas.

En este estudio, no hubo manipulación expresa de variables, por medio de la intervención, es decir para ver si se produce un determinado efecto o resultado hipotético. Por consideraciones prácticas y metodológicas, no se pidió consentimiento informado, ya que la investigación, no fue intrusiva de la intimidad del sujeto y no implicó ningún riesgo para él. Debido a que los datos de la investigación fueron recolectados de expedientes clínicos, se preservó el anonimato para así garantizar la dignidad, libertad y confidencialidad de la persona.



IX. Resultados

Se estudiaron un total de 12 casos y 12 controles de mujeres embarazadas que sufrieron violencia intrafamiliar. La selección estuvo determinada de acuerdo a los criterios previamente establecidos.

Características sociodemográficas (Ver tabla N°1, Anexo 14.1.1)

En cuanto a la distribución de las pacientes según los grupos etarios, la mayor parte de la población en estudio (58.3%) se encontraron entre las edades de 20-29 años de edad y corresponden al 50% (6) de los casos y al 58.3% (14) de los controles. En el rango de edad de 13 a 19 años se ubica el 33.3% de la población, lo que corresponde al 41.7% (5) de los casos y al 25% (3) de los controles. Finalmente se encuentra el rango de edad mayor de 30 años con solo un 8.3% de la población, de los cuales el 8.3% (1) pertenece a los casos y de igual manera la distribución para los controles con un 8.3% (1).

Respecto a la procedencia de la población en estudio la mayoría era proveniente del área urbana (79,2%), de los cuales el 66.7% (8) corresponde a los casos y el 91.7% (11) a los controles. Seguido la población rural que correspondió al 20.8%, de los cuales 33.3% (4) fueron casos y solamente el 8.3% (1) fueron controles.

En relación al estado civil, la unión libre entre los conyugues prevaleció más en un 70.8% (17) de la población, con un 58.3% (7) los casos y un 83.3% (10) los controles. Luego se presentó el estado de casado con 25.0% (6), de los cuales un 33.3% (4) fueron casos y el 16.7% (11) fueron controles. Y por último el estado de soltera con un 4.2% (1) que corresponde solamente a los casos con un 8.3% (1). No se encontraron controles en esta categoría.

Acerca de la ocupación de las pacientes en estudio, el 87.5% (21) correspondieron a ama de casa, de los cuales 91.7% (11) representan los casos y el 83.3% (10) los controles. Seguidamente de otras ocupaciones que representaron el 4.2% (1) de la población.

Datos Ginecoobstétricos y Antecedentes personales no patológicos

Respecto a las gestas previas de la población en estudio coinciden en un 33.3% (8) tanto pacientes primigestas como las bigestas. En la primera categoría la mayor parte fueron casos con un 41.7% (5) y en menor porcentaje los controles con el 25% (3). En la categoría de bigesta ambos grupos de estudio coincidieron en un 33.3% (4). Seguido se encontró que las pacientes multigestas representaban el 12.55% (3) de toda la población, correspondiendo el 8.3% (1) de los casos y el 16.7% (2) a los controles. Las pacientes con 2 y 3 embarazos previos representaron el 8.3% (2) de la población en estudio, correspondiendo para las pacientes trigestas solamente el 16.7% de los controles, ya que no se encontraron casos en esta categoría, y para las pacientes cudrigestas coinciden en un 8.3% (1) ambos grupos de estudio. Finalmente se encontró

un 4.2% (1) de la población que había tenido 4 embarazos previo al actual representado solamente por los casos en un 8.3% (1). (Ver tabla N° 2, Anexo 14.1.2)

Referente a los partos previos se encontró que el 58.3% (14) de la población era nulípara, correspondiendo el 66.7% (8) a los casos y el 50% (6) a los controles. El 20.8% (5) de las pacientes habían tenido al menos 1 parto previo, lo que corresponde al 16.7% (2) a los casos y el 25% (3) a los controles. Seguido del 8.3% (2) de la población que habían tenido 3 partos previos, coincidiendo en esta categoría tanto los casos como los controles en un 8.3% (1) para ambos grupos. El resto de categorías como las pacientes con para 2, 4 y 5 o más, se encontraron en un 4.2% (1) de toda la población, correspondiendo a la primera categoría solamente los casos con un 8.3% (1) y las otras dos categorías se vieron representadas por los controles solamente en un 8.3% (1). (Ver tabla N° 2, Anexo 14.1.2)

En relación al antecedente de aborto, más de la mitad de la población (75%) no habían presentado aborto previo, sin embargo se encontró que el 20% (5) si habían tenido al menos 1 aborto antes del embarazo actual, representado por el 16.7% (2) de los casos y por el 25% (3) de los controles. Seguido de las pacientes que presentaron 2 abortos previos con un 4.2% (1) que solamente correspondió a los casos con un 8.3% (1). No se encontraron pacientes en el estudio con 3 abortos previos o más. (Ver tabla N° 2, Anexo 14.1.2)

En cuanto al antecedente de cesárea, la mayoría de la población en estudio no habían presentado cesárea anterior, sin embargo se encontró que el 20.8% (5) tenían antecedentes de 1 cesárea anterior, correspondiendo al 25% (3) los casos y el 16.7% (2) los controles. Por último se encontró que el 8.3% (2) de la población había tenido 2 cesáreas anteriores, en donde coinciden los casos y controles con un 8.3% (1) cada grupo. (Ver tabla N° 2, Anexo 14.1.2)

Respecto a la planeación del embarazo actual se encontró que la mayoría de la población en estudio (66.7%) no habían planeado su embarazo, siendo de estos el 83.3% (10) de los casos y el 50% (6) de los controles. Por otra parte las pacientes que si habían planeado su embarazo fueron solo el 33.3% (8) de toda la población, correspondiendo al 16.7% (2) de los casos y el 50% (6) de los controles. (Ver tabla N°2a, Anexo 14.1.2)

Referente al número de control prenatal se encontró q la mayoría de la población (29.2%) no se había realizado al menos uno, correspondiendo esto al 25% (3) de los casos y 33.3% (4) de los controles. A diferencia del 70.9 % de la población que se realizó de 1 a 4 cpn. (Ver tabla N°2a, Anexo 14.1.2)

En cuanto a la edad gestacional del embarazo actual, la mayoría de la población se encontraba en el III trimestre con el 37.5% (9), de los cuales el 50% (6) pertenecían a los casos y el 25% (3) a los controles. Del total de las pacientes que se encontraban en el II trimestre el 25% (3) fueron casos y el 33.3% (4) fueron controles. Del total de las

pacientes que se encontraban en el I trimestre el 25% (3) fueron casos y el 41.7% (5) fueron controles. (Ver tabla N°2a, Anexo 14.1.2)

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

Complicaciones obstétricas (Ver tabla N° 3, Anexo 14.1.3)

Dentro de las complicaciones obstétricas que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de estudio encontramos predominantemente a la Amenaza de parto pretermino con 5 casos que corresponden al 41.7% de ellos, seguido de las Infecciones del tracto reproductor femenino con un 25% (3 casos), al igual que la Amenaza de aborto con el mismo porcentaje y frecuencia del 25% (3 casos), seguido del Aborto incompleto con 2 casos con el 16.7%, y por último, el Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera con 1 caso que correspondieron el 8.3%, al igual que las Fracturas maternas con 1 caso que corresponde al 8.3%.

Respecto a la APP se presentó en la mayoría de los casos que correspondió a un 41.7%, con un OR de 2.714, χ^2 3.429, P 0.010, IC: 1.424-3.823.

Respecto a las ITRF el 25% de los casos la presentaron, con un OR de 2.333, χ^2 3.429, P 0.064, IC 1.424-3.823.

En cuanto a la amenaza de aborto se presentó en un 25% de los casos, con un OR: OR de 2.33, χ^2 de 3.429, P de 0.69 y un IC de 1.424-3.823.

Respecto al aborto incompleto se presentó en el 16.7% de los casos estudiados, con un OR de 2.200, χ^2 2.182, P 0.14, IC 1.392-3.477.

En cuanto a la DPPNI se encontró que solamente el 8.3% de los casos la llegaron a presentar, con un OR de 2.091, χ^2 1.043, P 0.307, IC 1.364-3.204.

Referente a las fracturas maternas solo el 8.3% de los casos las presentaron, con un OR de 2.091, χ^2 1.043, P 0.307, IC 1.364-3.204.

En cuanto a las demás complicaciones como Hipertensión gestacional, Pre eclampsia, Eclampsia, Ruptura Prematura de Membranas, Parto Prematuro, ITS, Infección de Vías Urinarias no se encontraron presentes en ninguno de los casos.

Características de la violencia (Ver tabla N° 4; Anexo 14.1.4)

En cuanto al tipo de violencia se encontró que la totalidad (100%) de la población en estudio presento violencia física. La violencia sexual se presentó en 4.2% de la población, correspondiendo solamente a 1 caso que representa el 8.3% y la violencia psicológica se encontró que la mayor parte de la población la había presentado con un 79.2% (19), correspondiendo a un 83.3% (10) casos y un 75% (9) controles. No se reportaron casos ni controles de violencia económica o por negligencia.

Respecto a la localización de las lesiones en el cuerpo de las víctimas de violencia se encontró que la localización más frecuente fue en el abdomen con un 41.7% (10), coincidiendo tanto para los casos como para los controles en un 41.7% (5) cada grupo. Seguido de la región del tórax y región lumbar con igual porcentaje 20.8% (5), luego la región de la cabeza con un 8.3% (2) y por último los miembros superiores e inferiores con igual porcentaje de 4.2% de la población.

Además se encontró que en la mayoría de la población el perpetuador de la violencia fue la pareja de la víctima en un 54.2% (13), correspondiendo al 58.3% (7) de los casos y al 50% (6) de los controles. Seguidamente se encontró que la violencia había sido ejecutada por otros familiares en un 20.8% (5), correspondiendo el 8.3% (1) a los casos y el 33.3% (4) a los controles. Luego la hermana de la víctima se encontró implicada en la violencia en un 12.5% de la población en estudio, seguido del padre en un 8.3% (2) y por último, la madre de la víctima en un 4.2% (1).

Destino de las pacientes (Ver tabla N° 5, Anexo 14.1.5)

En el estudio realizado se encuentra que la mayoría de las pacientes 58.33% (14) fueron egresadas, el 25% fueron ingresadas a sala de ARO y 16.7% en la sala de ginecología del HBCR. Del total de la población egresada el 41.7% (5) fueron casos y el 75% (9) controles. Del total de las pacientes ingresadas en la sala de ARO 41.7% (5) fueron casos y el 8.3% (1) fueron los controles. Del total de las pacientes ingresadas a ginecología el 16.7% (2) fueron casos, así mismo el 16.7% fueron controles. No hubieron pacientes ingresadas en labor y parto.



X. Análisis de resultados

La población en estudio se caracterizó por encontrarse entre el rango de edad de 20-29 años, provenientes del área urbana, en unión libre y mujeres ama de casa.

Se encontró en este estudio que la violencia intrafamiliar se presentó más frecuentemente en el grupo de embarazadas adultas jóvenes. Este hallazgo corresponde con el estudio también realizado en el año 2005 en el hospital Berta Calderón por Damaris Narcisa Peña de Emergencias obstétricas asociadas a violencia intrafamiliar. Por el contrario, no se corresponde con los resultados encontrados en el estudio de Morales y colaboradores, en Rio de Janeiro, Brasil, en donde concluye que la violencia en el embarazo se presentó con mayor frecuencia en las adolescentes (11). Este comportamiento contrario es posible se deba a que las mujeres adultas jóvenes tengan mayor seguridad y confianza de denunciar la violencia y no encubrirla, a diferencia de las mujeres adolescentes.

Se encontró que la mayoría de los casos y controles en estudio eran de procedencia urbana. Es posible señalar que la violencia es frecuente en ambas áreas, sin embargo existe un sesgo de selección de la población en estudio ya que las embarazadas son atendidas en diversas áreas a nivel nacional, por lo tanto se desconoce esta situación en aquellas mujeres que no son atendidas en hospitales de referencia nacional a como lo es el HBCR. De lo que se puede decir que la violencia se presenta en ambas áreas, en este estudio predominando la violencia en el área urbana.

La mayoría de la población vivía en unión libre con su pareja, tanto en los casos como en los controles, sin relevancia estadística, por tanto este hecho no está asociado estadísticamente a la presencia de VIF.

Casi el total de la población era ama de casa. Considerando la situación económica en la que estas mujeres se presentan, su mayor actividad está dirigida a las labores del hogar, siendo estas las que realizan todos los quehaceres domésticos, incluso algunas cumplen con labores remuneradas en actividades fuera del hogar (lavar y planchar) llamado trabajo informal. Sumado al hecho que al ser adolescentes y jóvenes no tienen oportunidades laborales en otras áreas.

En el presente estudio se encontró que casi la mitad de los casos fueron primigestas y en una mínima cantidad de los controles eran pacientes embarazadas de su primer bebe. En igual porcentaje coincidieron los casos con los controles en cuanto a las pacientes que presentaron más de un embarazo previo. Lo que corresponde con el estudio de Rio de Janeiro en el cual la VIF se presentó en las mujeres con más de tres hijos.

Se identificó que en más de la mitad de los casos y en la mitad de los controles las pacientes no presentaron partos previos por vía vaginal, por el contrario, un cuarto de los casos y un cuarto de los controles presentaron más de un parto por vía vaginal. Se encontró que los tres cuartos de población no presentaron ningún aborto previo a su

embarazo, a diferencia de que menos de un cuarto de los casos y controles presentaron de 1 a 2 episodios de abortos previos.

Otro hallazgo fue que en más de las tres cuartas partes de los casos y la mayoría de los controles no presentaron cesárea previa y menos de la cuarta parte de casos y un mínimo de controles presentaron más de una cesárea previa al embarazo actual.

Respecto al embarazo planeado se encontró que en la gran mayoría de los casos y la mitad de los controles no habían planeado su embarazo.

Algunas de las características anteriormente mencionadas coinciden con la definición de Stewart sobre las mujeres golpeadas durante la gestación con tres factores de riesgo: inestabilidad social (mujeres jóvenes, no casadas, nivel educativo bajo, desempleadas y con embarazo no planeado), estilo de vida no saludable (dieta inadecuada, alcoholismo, uso de drogas ilegales y desórdenes emocionales) y problemas de salud (males físicos de salud y uso de drogas prescritas).

Referente al número de CPN se encontró que la mayoría de la población tenía de 1 a 4 cpn, lo que no se corresponde al estudio de Valdez-Santiago y Sanin-Aguirre en México en donde concluyen que las mujeres maltratadas tuvieron como características falta de control prenatal sensiblemente mayor que el de las mujeres no maltratadas (2) y con el estudio Mexicano que encuentra que la violencia durante embarazo se asocia con retraso o ausencia de cuidados prenatal (8), 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 los cuales están siendo sometidas, las obliga a no acudir a por lo menos cuatro controles establecidos en las normas de atención de control prenatal. Solo un poco más del cuarto de la población no se habían realizado algún cpn.

En cuanto a la edad gestacional del embarazo actual, la mayor parte de la población se encontraban en el III trimestre del embarazo, seguidas de las que se encontraban en el II trimestre y por ultimo las que se encontraban en el I trimestre de embarazo.

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. Esto no se corresponde con el estudio mexicano sobre Violencia familiar durante el embarazo, como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo, en donde se encuentra que la violencia durante el embarazo se asocia con la exacerbación de enfermedades crónicas y anemia (8). Probablemente este hecho podría estudiarse en una cohorte por un período de tiempo más prolongado, con mayor número de población, de tal manera que se logre detectar enfermedades con tendencia a la cronicidad.

Mediante el cruce de variable 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, Pre-

Eclampsia, Parto Prematuro, RPM, rotura de útero, ITS, IVU en las cuales no se pudo hacer cruce de variables por la ausencia de las mismas en la población de estudio, ya que no se presentaron. Dentro de las complicaciones más frecuentes que se presentaron en los casos fueron la Amenaza de parto pretermino, seguido de las Infecciones del tracto reproductor femenino y la amenaza de aborto, posteriormente el aborto incompleto y por último el Desprendimiento prematuro de membrana normoinserta, al igual que las fracturas maternas. Estos resultados se corresponden con los encontrados también por Damaris Narcisa Peña en el estudio del HBCR en el 2005 sobre Emergencias obstétricas asociadas a violencia intrafamiliar.

Respecto a la Amenaza de parto pretermino (APP) la cual fue la complicación más frecuente entre los casos, al realizar el cruce de variables se encontró que existe un riesgo de sufrir APP de 2.7 veces más en las mujeres embarazadas expuestas a la violencia intrafamiliar, siendo este dato estadísticamente significativo por una P menor de 0.05, con un índice de confianza del 95% que no contiene a la unidad y la prueba de Chi cuadrado que demuestra una asociación entre ambas variables. En la literatura consultada hay tres fuentes, Cepeda Silva, y colaboradores (8), Barton. S, M y Guezmes A., (12) que reportan que la exposición a agresión del tipo física durante el embarazo tienen un mayor riesgo de presentar parto prematuro. También hay dos fuentes Shwartz, Ricardo (22) y el Estudio Asiático de riesgo biopsicosocial prenatal que asocian, el daño psicológico durante el embarazo con el parto prematuro. Por el contrario, cabe destacar también el estudio de Oscar Javier Parada y cols, en el cual concluye que en el grupo de estudio con violencia la existencia de esta variable no es tan frecuente como para ser determinante de amenaza de parto pretermino.

Las infecciones del tracto reproductor femenino en las mujeres expuestas a la violencia intrafamiliar durante el embarazo tuvieron un riesgo mayor de 2.33 veces de presentar esta complicación, la cual no fue estadísticamente significativo debido a un valor de P mayor de 0.05 y que según el chi cuadrado si existe una asociación (OR: 2.33 IC95%: 1.424-3.823, p: 0.06). Según Juncal Plazaola- *encontro en Nicaragua que la violencia doméstica también se ha asociado a diversos problemas ginecológicos como Infecciones vaginales, también según Abuse of Pregnant Women and Adverse Birth Outcome las infecciones vaginales y cervicales se presentan como consecuencia de la violencia.*

En cuanto a las otras complicaciones se encontró que la amenaza de aborto fue la más frecuente seguido del aborto incompleto, esto hace pensar que estos casos sufrieron un mayor grado de intensidad de agresiones durante el embarazo, para llegar hasta la pérdida del producto. En el presente estudio se encontró que las mujeres embarazadas que sufren de violencia intrafamiliar tienen un riesgo de 2.33 veces más de sufrir amenaza de aborto, con un índice de confianza que no contiene a la unidad y un chi cuadrado que muestra una relación entre ambas variables, pero que sin embargo no es estadísticamente significativo debido a que el valor de p es mayor de 0.05, pero que es llamativo ya que de acuerdo con el estudio chileno de Arcos GE (10) el subgrupo con antecedente de violencia doméstica previa al embarazo tuvo un riesgo relativo de 1.44, veces de presentar amenaza de aborto y de acuerdo con Cepeda Silva(8) la violencia

familiar durante el embarazo incrementa significativamente el riesgo de aborto espontáneo secundario a trauma abdominal. Respecto al aborto incompleto, se encontró que las mujeres embarazadas violentadas tienen un riesgo de 2.20 veces más de sufrir aborto incompleto, con un índice de confianza que no contiene a la unidad, pero estadísticamente tampoco llega a ser significativo por P mayor de 0.05. Según Guezmes A (12) encuentra que mujeres que sufren violencia del tipo físico tienen una asociación para presentar abortos espontáneos, En Barton. S, M encontró; una agresión física o sexual que implique trauma abdominal podría llevar a pérdida del feto. Kuning M, encontró que las mujeres violentadas tienen un riesgo 1.59 veces mayor de perder al producto. Así mismo Webster, en 1996, dio seguimiento a 1,014 mujeres que respondieron un cuestionario sobre violencia durante su embarazo; encontró mayor incidencia de abortos, embarazos interrumpidos y muerte fetal en víctimas de violencia.

Las fracturas maternas y el DPPNI fueron una de las complicaciones menos frecuentes, estadísticamente no significativas por valor de P mayor de 0.05, pero que si se encontró relación según chi cuadrado entre la violencia que fue el factor de exposición y dicha complicación como efecto con un riesgo de sufrir de fracturas maternas o DPPNI de 2.09 veces más al estar expuestas a la violencia, lo que resulto interesante ya que el DPPNI fue un caso particular en este estudio en el cual el embarazo fue interrumpido quirúrgicamente de inmediato por vía alta por presentar DPPNI de un 50% poniendo en riesgo la vida tanto de la madre misma como la de su bebe ya que el embarazo era pretermino, por tanto esto conlleva a que sin previa inducción de maduración pulmonar el bebe fallezca, además de todos los factores de riesgo en particular que tienen los recién nacidos pretérminos. Esto debido a un trauma abdominal, como también concluye el estudio de Cepeda Silva A y cols.

En cuanto a los hallazgos de violencia en el embarazo, se encontró en este estudio que el tipo más frecuente fue la violencia de tipo física, seguido de la violencia psicológica y por último la violencia sexual. Resultado contrario fue en el estudio de Valdez-Santiago y Sanin-Aguirre en donde el 35% fueron mujeres violentadas durante el embarazo, experimentando diversos tipos de abuso por parte de su pareja, con mayor frecuencia de tipo psicológico, seguido de físico y sexual.

Si bien es cierto, que la violencia física se presentó en la totalidad de la población estudiada y la violencia Psicológica se presentó en un poco más de las tres cuartas partes, pero en menor frecuencia que la violencia física, es llamativo probablemente debido a que las pacientes acudían al hospital para ser atendidas por algún tipo de lesión física que les haya causado la violencia física y no por las lesiones que pudieron haber causado la violencia psicológica, por esto se nota que es mayor la presencia de violencia física que psicológica, cuando debería estar la relación igual o al contrario, mayor violencia psicológica que física, porque asumimos que no hay violencia física que no vaya ligada a violencia psicológica aunque estas sean muy diferentes, a como se refiere en el estudio anteriormente citado.

Respecto a la violencia sexual se presentó solamente en uno de los casos, 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 inferiores probablemente al rehusarse al acto sexual.

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, seguida del tórax y región lumbar, cabeza y miembros superiores e inferiores. Esto se corresponde con el estudio realizado en Lima Perú en donde se encuentra que la violencia física contra un porcentaje de mujeres puede aumentar en el embarazo y se focaliza en abdomen (12). Así mismo también se corresponde con un estudio mexicano donde concluye que la violencia familiar durante el embarazo incrementa significativamente la probabilidad de trauma abdominal.

Referente al tipo de violencia por Negligencia y violencia económica no se presentaron en la población estudiada.

Con respecto al Agresor, quien resulto ser uno de los protagonistas más importante de la violencia en la mujer durante el embarazo, de acuerdo a los hallazgos encontrados, en más de la mitad de la población se le atribuyo a la pareja de la víctima, seguido de otros familiares en menos de una cuarta parte de la población, la hermana, el padre y por último la madre de la víctima. Esto se correlaciona con el estudio realizado en lima Perú en donde se encontró que en la mayoría de los casos el autor de la violencia era el propio padre del producto (12), así como también coinciden los resultados con los encontrados en el estudio de Damaris Narcisa Peña en el HBCR en el año 2005.

En cuanto al destino de las pacientes después de haberlas valorado en la sala de emergencia del HBCR, se decidió el egreso de más de la mitad de ellas ya que si bien es cierto pudieron tener complicaciones obstétricas pero no tenían criterios para su ingreso, o fueron tratadas en emergencia, las pacientes resolvieron clínicamente en un corto periodo de tiempo y fueron dadas de alta. Un cuarto de la población en estudio fueron ingresadas a la sala de alto riesgo obstétrico (ARO) del HBCR porque las complicaciones que tuvieron durante el embarazo ameritaban una atención de sumo cuidado para salvaguardar la vida de la paciente y la del bebe. Solamente una mínima cantidad de casos y controles tuvieron que ingresarse a la sala de ginecología probablemente se haya debido a que la mayoría de las pacientes en estudio se caracterizaron por encontrarse en el III trimestre del embarazo, edad gestacional que no aplica para su ingreso a esta sala. No se ingresaron pacientes en la sala de labor y parto.



XI. Conclusiones

- Se concluyó que existe una relación directa entre violencia intrafamiliar durante el embarazo y la ocurrencia de APP. La violencia intrafamiliar incremento el riesgo en 2.7 veces de padecer esta condición durante el embarazo.
- Se reconoció que la mayoría de mujeres embarazadas víctimas de violencia intrafamiliar se encontraba en el rango de 20-29 años, de procedencia urbana, en unión libre y amas de casa.
- Se identificó que casi la mitad de 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 mujeres víctimas de violencia se encontraba en el tercer trimestre del embarazo, y una pequeña parte durante el segundo y primer trimestre.
- Se afirmó que la población en estudio negó el antecedente de consumo de alcohol, tabaco y droga, así como también el antecedente de alguna patología previa al embarazo.
- Se identificó en este estudio que de los casos, la APP, fue la complicación más frecuente seguida de Infecciones del tracto reproductor femenino y la amenaza de aborto, posteriormente el aborto incompleto y por último el Desprendimiento prematuro de membrana normoinsera, al igual que las fracturas maternas.
- De las características de violencia, durante el embarazo se encontró la violencia física es la que predominó, de esta última la mayoría de agresiones fueron dirigidas hacia el abdomen, seguido de tórax y región lumbar, siendo el conyuge en la mayoría de las veces el que ejecuto la violencia.
- Se concluyó que la mayoría de las pacientes en estudio que se atendieron en el área de emergencia fueron egresadas, y de las pacientes con criterios para hospitalización la mayor parte fueron ingresadas a la sala de Alto riesgo obstétrico del HBCR.



XII. Recomendaciones

- Al Ministerio de salud
 - ✓ Necesidad de un protocolo para la atención exclusiva a las embarazadas con violencia intrafamiliar.
 - ✓ Integrar un equipo multidisciplinario en los dos niveles de atención: centros de salud y Hospitales.
 - ✓ 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 VIF durante el embarazo.
 - ✓ Realizar recolección de datos, investigación y evaluación sobre esta problemática, porque se necesita saber la incidencia y prevalencia de la violencia durante el embarazo en este país.
 - ✓ 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 de una vez rompan el silencio.

- Al HBCR
 - ✓ Capacitar al sector salud del hospital para la detección y captación de la violencia que puede estar sufriendo una mujer al momento de consulta.
 - ✓ Normatizar el llenado completo de la ficha de lesiones
 - ✓ Concientizar al personal de salud sobre la problemática de la VIF y sobre el riesgo que significa que una mujer embarazada sea víctima de violencia.
 - ✓ Generar un flujograma de información más sistematizado y específico para las mujeres embarazadas víctimas de VIF, ya que por carencia de un sistema estadístico específico de 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.
 - ✓ Promover programas educativos, talleres de capacitación sobre la necesidad de denunciar los casos de violencia, ya que conocer sobre este problema de salud pública ayudara en la vida personal de cada uno porque tomamos medidas preventivas para no entrar al círculo de la violencia, además que este problema es tan común que más de algún miembro de nuestra familia puede estarlo viviendo y conociendo de esta problemática podremos intervenir de la manera adecuada y al mismo tiempo creamos conciencia de que los derechos humanos se respetan y en la vida profesional para ser más humanistas y darles sentido a la verdadera medicina, porque no solo se trata de enfocarnos en el



problema físico de la persona sino se trata de brindarle al paciente un abordaje integral.

- A las Instituciones y Entes especializados
 - ✓ Divulgación en la población de las leyes y políticas nacionales que favorecen el adelanto de las mujeres y los derechos humanos, especialmente el de vivir libre de violencia basada en género.
 - ✓ Impulsar campañas para el cumplimiento radical de las leyes que protegen a las víctimas de VIF.

- Al Ministerio de educación
 - ✓ Incluir en los planes de estudios desde la primaria escolar, temas relacionados con la violencia intrafamiliar.
 - ✓ Inculcar siempre los valores fundamentales como el respeto y la comunicación para comprender que todos los seres humanos somos iguales, y que por lo tanto también tenemos los mismos derechos y deberes dentro de la sociedad en la que nos desarrollamos.

- A la Asamblea Nacional
 - ✓ Necesitamos eficacia en el sistema judicial para la tipificación de los casos de violencia psicológica, sexual, física, problemas de familia y patrimoniales especialmente relacionado a la propiedad que coloca en desventaja jurídica a las mujeres pobres.
 - ✓ Velar por el cumplimiento de las leyes contra la violencia que ya han sido creadas y ejecutarlas según sea el caso.



XIII. Bibliografía

1. **Valdez, Santiago y Sannin, Aguirre.** *La violencia domestica en el embarazo y su relacion con el peso al nacer.* Salud publica, Mexico : s.n., 1996. págs. 352-362.
2. **Valdez, Santiago.** *Donde mas duele: Violencia durante el embarazo.* Mexico : [http://www. Insp.mx/salvia/9713/sal97131.html](http://www.Insp.mx/salvia/9713/sal97131.html).
3. **Parker, B. y Mc Farlane, J.** *Abuse during Pregnancy effects on maternal complications and birth weight in adult a teenage women.* 1994. págs. 323-328.
4. **Zaldivar, Alvarado y Moysen., J.S.** *Prevalencia de violencia domestica en la ciudad de Durango.* México : s.n., 1998. pág. 40:6.
5. **Heise, L.** *La violencia contra la mujer: la carga oculta a la salud.* Washington, D.C : s.n., 1994.
6. **Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M.** *Ending violence against women. Population reports.* Baltimore: Johns Hopkins University School of public health : s.n., 1999. Vol. N° 11.
7. **Organizacion Panamericana de la Salud, 1998. Maternidad.** *Cifras.* s.l. : <http://www.col.ops-oms.org/familia/Maternidad/3cifras.htm>.
8. **Cepeda Silva, A. y Cols.** *Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo.* 2011. págs. 81-87. Vol. 25, Disponible en: <http://www.medigraphic.com/inper>.
9. **Juncal Plazaola-Castaño y Isabel Ruiz Perez.** *“Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica”.* Revision Bibliografica. Granada, España. : s.n., 2004.
10. **Arcos GE, Uarac UM, Molina VI, Repossi FA, Ulloa VM.** *Impacto de la violencia domestica sobre la salud reproductiva y neonatal.* Chile : s.n., 2001. págs. 1413-1424.
11. **Moraes CL, Reichenheim ME.** *Domestic violence during pregnansy in Rio de Janeiro.* Brazil : Int J Gynecol Obstet, 2002. págs. 271-277.
12. **Guezmes A., Palomino N, Ramos M.** *Violencia sexual y fisica contra las mujeres en el Peru.* Peru : s.n.
13. **Nuñez Rivas, Hilda Patricia y Cols.** *La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica.* San Jose, Costa Rica : s.n., 2003.

14. **Molina Flores, Yamileth y otros.** “*Diagnóstico sobre procedimientos probatorio en los casos de violencia Intrafamiliar y sexual contra las mujeres, la niñez y la adolescencia en Nicaragua*”. Managua, Nicaragua : s.n., 2002. pág. 228. Vol. 1° ed.
15. “*Sistemas de información acerca de la violencia contra las mujeres y la niñez en Nicaragua*”. Managua : ARDISA, Impresión Comercial El Nuevo Diario, 2007.
16. **Valladares E, Ellsberg M, Peña R, Högberg U, Persson LA.** *Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua*. Nicaragua : s.n., 2002. págs. 100:700-5.
17. **J., Avendaño Espinoza.** *Calidad de atención a las mujeres sobrevivientes de violencia que acuden al Hospital Fernando Velez Paiz durante el periodo de Agosto 2002-Enero 2003*. Managua Nicaragua : s.n., 2003.
18. **Peña, Damaris Narcisa.** *Emergencia obstetrica asociada a violencia intrafamiliar en el hospital Bertha calderon, IV Trimestre 2005*. Managua : s.n., 2005.
19. **Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, editors.** *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization : s.n., 2002.
20. **Ministerio de salud.** “*Investigacion sobre Normas y Procedimientos para la Atencion de la Violencia Intrafamiliar*”. Managua, Nicaragua : s.n., 2004.
21. **Caycedo B, Ruben.** *Traumatismo y embarazo*. 2010. págs. 300-304. Disponible en: http://www..urgenciauc.com/profesion/pdf/trauma_y_embarazo.pdf.
22. **Hurtado Equihuas, Rafael.** *Traumatismo y embarazo, una amenaza compleja*. 2011. págs. 3-7. Disponible en: http://www.digital.unal.edu.com/traumatismo_y_embarazo.
23. "Violencia intrafamiliar II parte". *El Nuevo Diario. Educacion para la salud*. 25 de Marzo de 2007, pág. 7B.
24. **Corsi, Jorge.** *Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Mexico : Paidas maxicana S.A, 1994. Vol. 1° ed.
25. **Infante, Luis, Taleño, Pilar y otros.** *La violencia familiar: actitudes y representaciones sociales*. Caracas : Fundamentos, 1999. pág. 264. Vol. 1° ed.
26. **Gioconda, Batres.** “*El lado oscuro de la masculinidad*”. pág. 8.
27. **Journal of, American Medical Association.** *Abuse of pregnant women and adverse birthoutcome*. 1992. pág. 267.
28. **Shwartz, Ricardo.** *OBSTERICIA*. Buenos Aires : Buenos Aires; El Ateneo Patagones, 2008. págs. 206, 251, 253. Vol. Sexta edicion.
29. **Ministerio de salud.** *Normativa-109. Protocolos para la atencion de las complicaciones obstetricas*. Managua; Nicaragua : s.n., Abril, 2013.

30. **Ministerio, de salud.** *Normativa 077. Protocolo para el abordaje de las patologías más frecuentes del Alto riesgo obstétrico.* Managua, Nicaragua : s.n., 2011. pág. 18.

31. **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.

32. **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.
Disponible en: www.legislacion_asamblea.gob.ni/ley_779_sus_reformas.



XIV. Anexos

14.1 Tablas

14.1.1 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 entre el periodo de Abril 2013 a Abril 2014

n=24

Variable	Casos		Controles		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Edad						
13-19	5	41,7	3	25,0	8	33,3
20-29	6	50,0	8	66,7	14	58,3
> 30	1	8,3	1	8,3	2	8,3
Total	12	100	12	100	24	100
Procedencia						
Urbano	8	66,7	11	91,7	19	79,2
Rural	4	33,3	1	8,3	5	20,8
Total	12	100	12	100	24	100
Estado civil						
Casada	4	33,3	2	16,7	6	25,0
Unión Libre	7	58,3	10	83,3	17	70,8
Soltera	1	8,3	0	0	1	4,2
Total	12	100,0	12	100,0	24	100,0
Ocupación						
Ama de casa	11	91,7	10	83,3	21	87,5
Obrera	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Maestra	0	0,0	1	8,3	1	4,2
Comerciante	0	0,0	1	8,3	1	4,2
Otros	1	8,3	0	0,0	1	4,2
Total	12	100,0	12	100,0	24	100,0

Fuente: Fichas de vigilancia de lesiones e historias clínicas de pacientes en estudio

14.1.2 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 entre el periodo de Abril 2013 a Abril 2014

n=24

Variable	Casos		Controles		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Gesta						
0	5	41,7	3	25,0	8	33,3
1	4	33,3	4	33,3	8	33,3
2	0	0,0	2	16,7	2	8,3
3	1	8,3	1	8,3	2	8,3
4	1	8,3	0	0,0	1	4,2
5 >	1	8,3	2	16,7	3	12,5
Total	12	100,0	12	100,0	24	100,0
Para						
0	8	66,7	6	50,0	14	58,3
1	2	16,7	3	25,0	5	20,8
2	1	8,3	0	0,0	1	4,2
3	1	8,3	1	8,3	2	8,3
4	0	0,0	1	8,3	1	4,2
5 >	0	0,0	1	8,3	1	4,2
Total	12	100,0	12	100,0	24	100,0
Aborto						
0	9	75,0	9	75,0	18	75,0
1	2	16,7	3	25,0	5	20,8
2	1	8,3	0	0,0	1	4,2
3 >	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	12	100,0	12	100,0	24	100,0
Cesárea						
0	8	66,7	9	75,0	17	70,8
1	3	25,0	2	16,7	5	20,8
2	1	8,3	1	8,3	2	8,3
3 >	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	12	100,0	12	100,0	24	100,0

Fuente: Fichas de vigilancia de lesiones e historias clínicas de pacientes en estudio

14.1.2.1 Tabla N° 2a

Antecedentes Ginecoobstétricos según frecuencia y porcentaje de las pacientes embarazadas víctimas de VIF que fueron atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque entre el periodo de Abril 2013 a Abril 2014

n=24

Variable	Casos		Controles		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Emb plan						
Si	2	16,7	6	50,0	8	33,3
No	10	83,3	6	50,0	16	66,7
Total	12	100,0	12	100,0	24	100,0
Num CPN						
0	3	25,0	4	33,3	7	29,2
1	3	25,0	3	25,0	6	25,0
2	3	25,0	3	25,0	6	25,0
3	2	16,7	2	16,7	4	16,7
4	1	8,3	0	0,0	1	4,2
Total	12	100,0	12	100,0	24	100,0
Per. del emb						
I Trim	3	25,0	5	41,7	8	33,3
II Trim	3	25,0	4	33,3	7	29,2
III Trim	6	50,0	3	25,0	9	37,5
Total	12	100,0	12	100,0	24	100,0

Fuente: Fichas de vigilancia de lesiones e historias clínicas de pacientes en estudio



14.1.3 Tabla N°3

Complicaciones obstétricas según frecuencia y porcentaje de las pacientes embarazadas víctimas de VIF que fueron atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque entre el periodo de Abril 2013 a Abril 2014

n=12

Variable	Casos		Total	
	Fr	%	Fr	%
Am. Aborto				
Si	3	25,0	3	25,0
No	9	75,0	9	75,0
Total	12	100,0	12	100,0
Aborto Incomp				
Si	2	16,7	2	16,7
No	10	83,3	10	83,3
Total	12	100,0	12	100,0
APP				
Si	5	41,7	5	41,7
No	7	58,3	7	58,3
Total	12	100,0	12	100,0
DPPNI				
Si	1	8,3	1	8,3
No	11	91,7	23	91,7
Total	12	100,0	24	100,0
Fract mat				
Si	1	8,3	1	8,3
No	11	91,7	11	91,7
Total	12	100,0	12	100,0
ITRF				
Si	3	25,0	3	25,0
No	9	75,0	9	75,0
Total	12	100,0	12	100,0

Fuente: Fichas de vigilancia de lesiones e historias clínicas de pacientes en estudio

14.1.4 Tabla N°4

Características de la violencia según frecuencia y porcentaje de las pacientes embarazadas víctimas de VIF que fueron atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque entre el periodo de Abril 2013 a Abril 2014

n=24

Variable	Casos		Controles		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
V. Física						
Si	12	100,0	12	100,0	24	100,0
No	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	12	100,0	12	100,0	24	100,0
V. Sexual						
Si	1	8,3	0	0,0	1	4,2
No	11	91,7	12	100,0	23	95,8
Total	12	100,0	12	100,0	24	100,0
V. Psicol						
Si	10	83,3	9	75,0	19	79,2
No	2	16,7	3	25,0	5	20,8
Total	12	100,0	12	100,0	24	100,0
Local. Les						
Cabeza	1	8,3	1	8,3	2	8,3
Tórax	3	25,0	2	16,7	5	20,8
Abdomen	5	41,7	5	41,7	10	41,7
Región Lumbar	2	16,7	3	25,0	5	20,8
M.Superiores	0	0,0	1	8,3	1	4,2
M.Inferiores	1	8,3	0	0,0	1	4,2
Total	12	100,0	12	100,0	24	100,0
Agresor						
Pareja	7	58,3	6	50,0	13	54,2
Madre	0	0,0	1	8,3	1	4,2
Padre	1	8,3	1	8,3	2	8,3
Hermana	3	25,0	0	0,0	3	12,5
Otros Familiares	1	8,3	4	33,3	5	20,8
Total	12	100,0	12	100,0	24	100,0

Fuente: Fichas de vigilancia de lesiones e historias clínicas de pacientes en estudio



14.1.5 Tabla N°5

Destino según frecuencia y porcentaje de las pacientes embarazadas víctimas de VIF que fueron atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque entre el periodo de Abril 2013 a Abril 2014

n=24

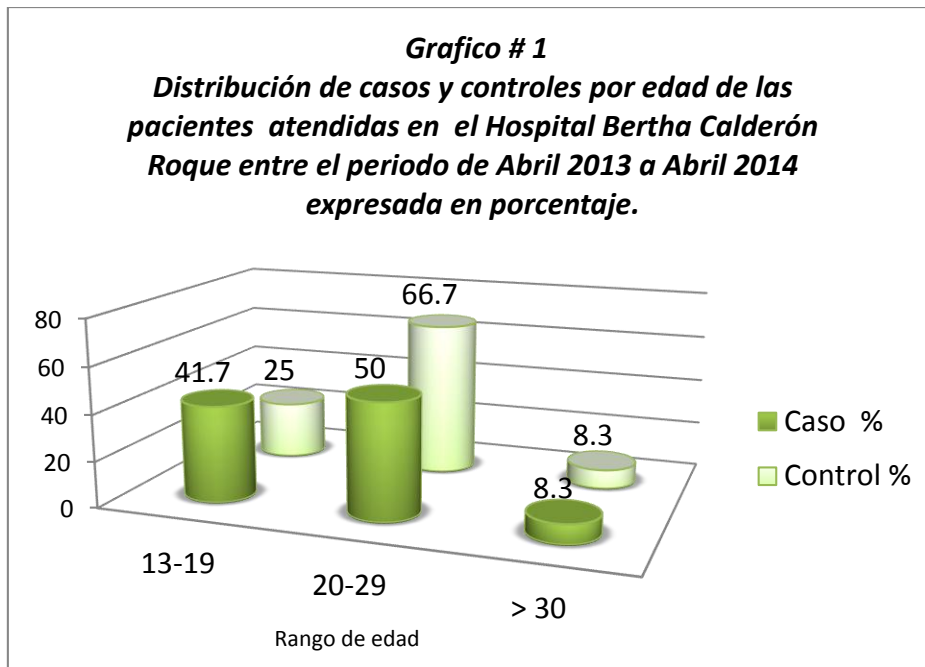
Variable	Casos		Controles		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Destino						
Egreso	5	41,7	9	75,0	14	58,3
L y P	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ARO	5	41,7	1	8,3	6	25,0
Ginecología	2	16,7	2	16,7	4	16,7
Total	12	100,0	12	100,0	24	100,0

Fuente: Fichas de vigilancia de lesiones e historias clínicas de pacientes en estudio



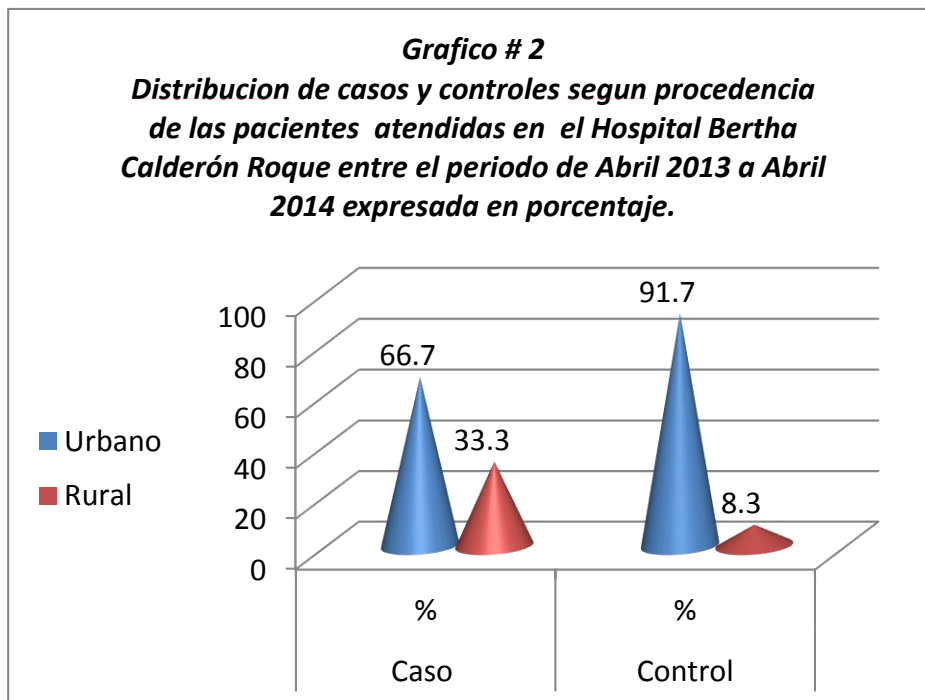
14.2 Gráficos

14.2.1 Grafico N°1



Fuente: Tabla N° 1

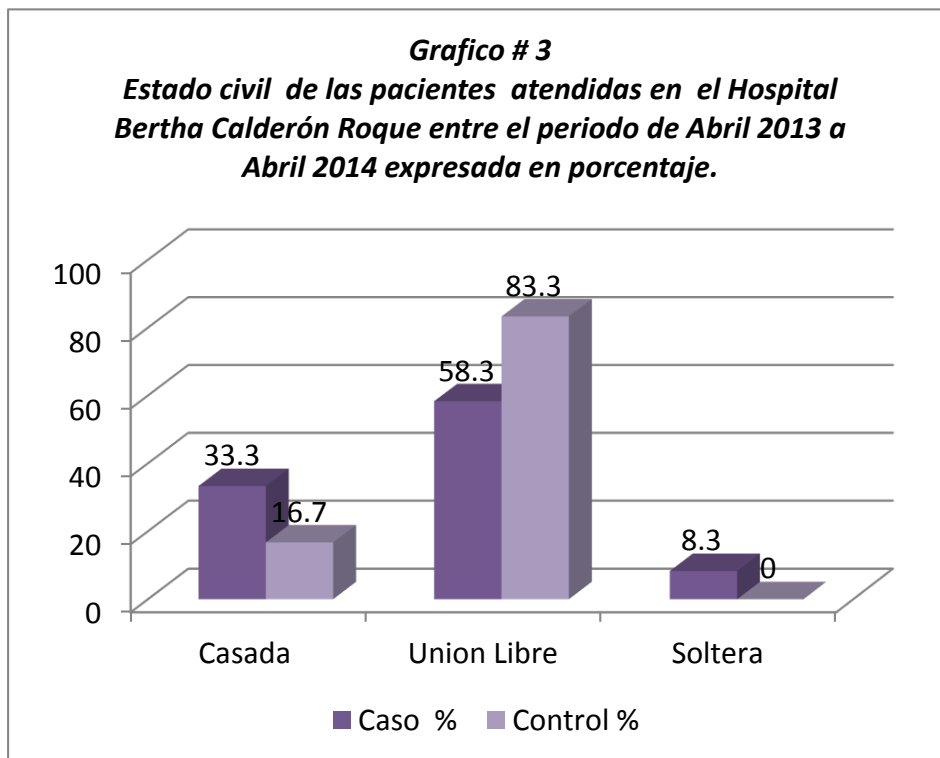
14.2.2 Grafico N°2



Fuente: Tabla N° 1

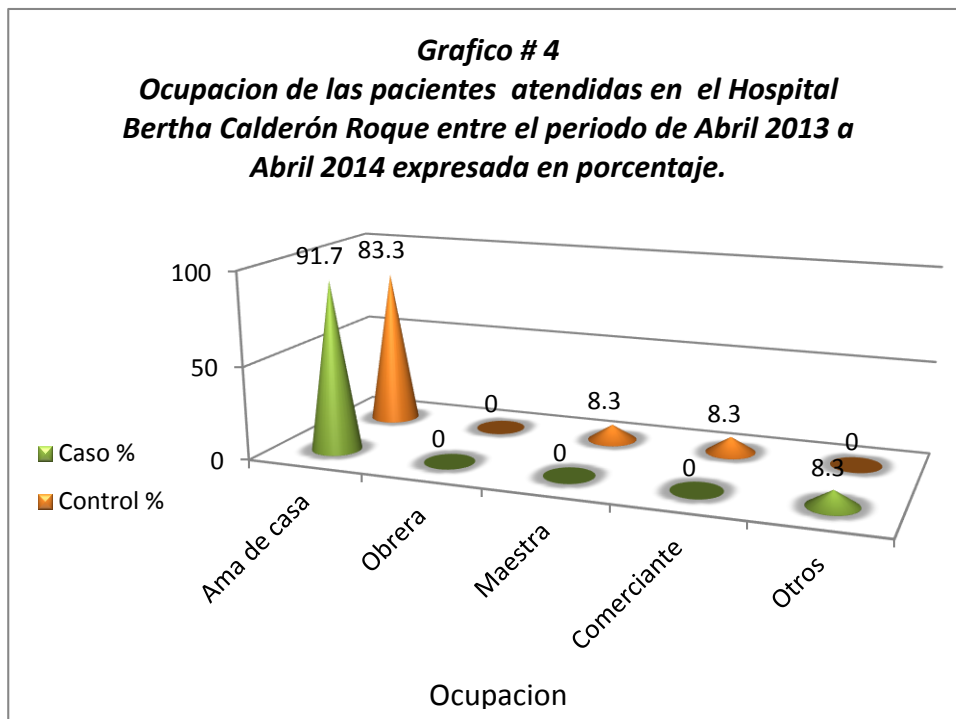


14.2.3 Grafico N°3



Fuente: Tabla N° 1

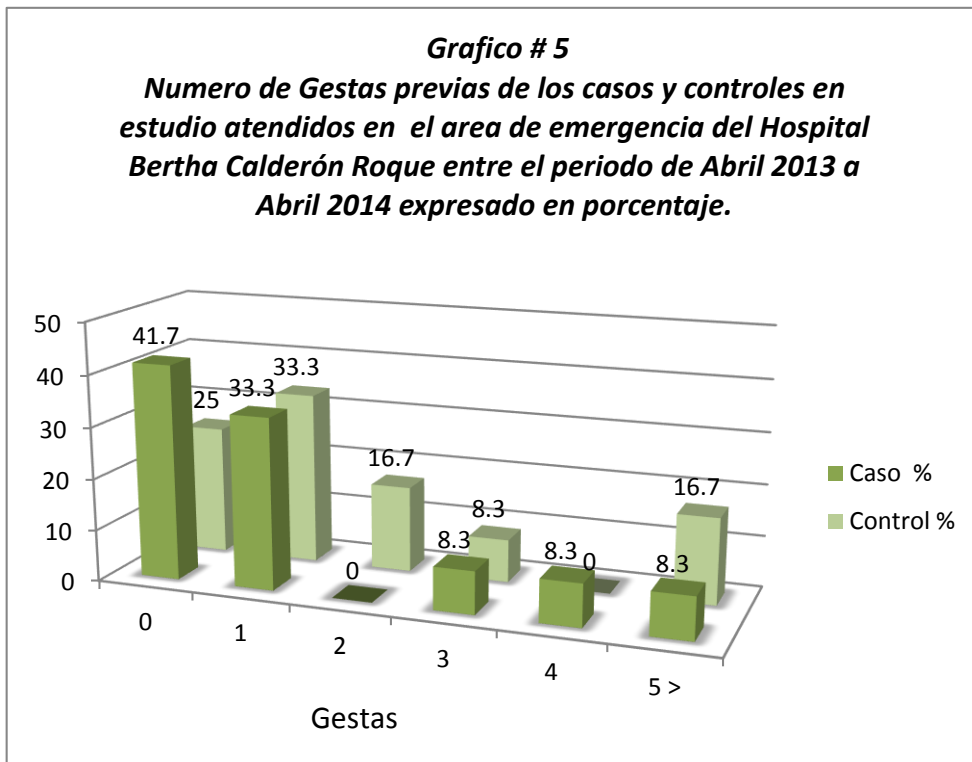
14.2.4 Grafico N°4



Fuente: Tabla N° 1

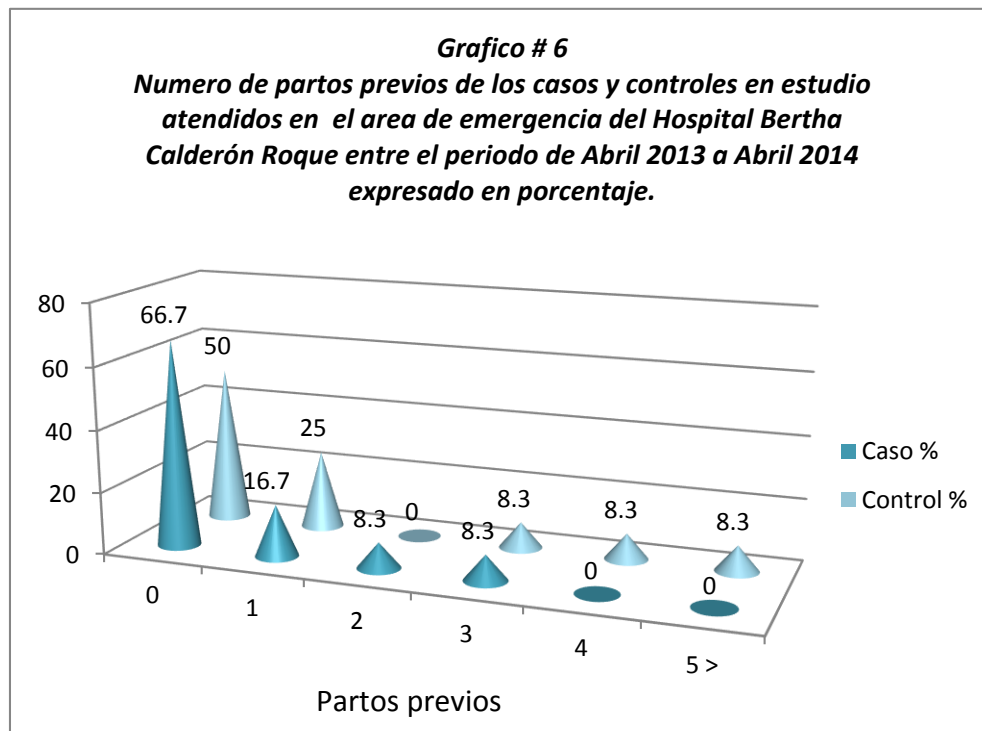


14.2.5 Grafico N°5



Fuente: Tabla N° 2

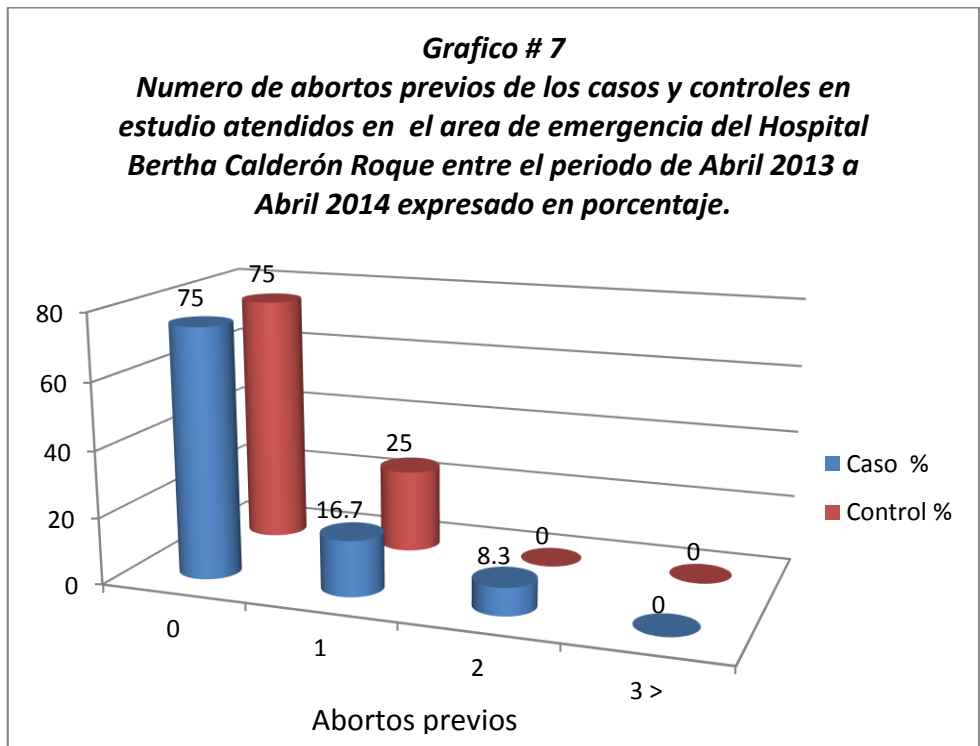
14.2.6 Grafico N°6



Fuente: Tabla N° 2

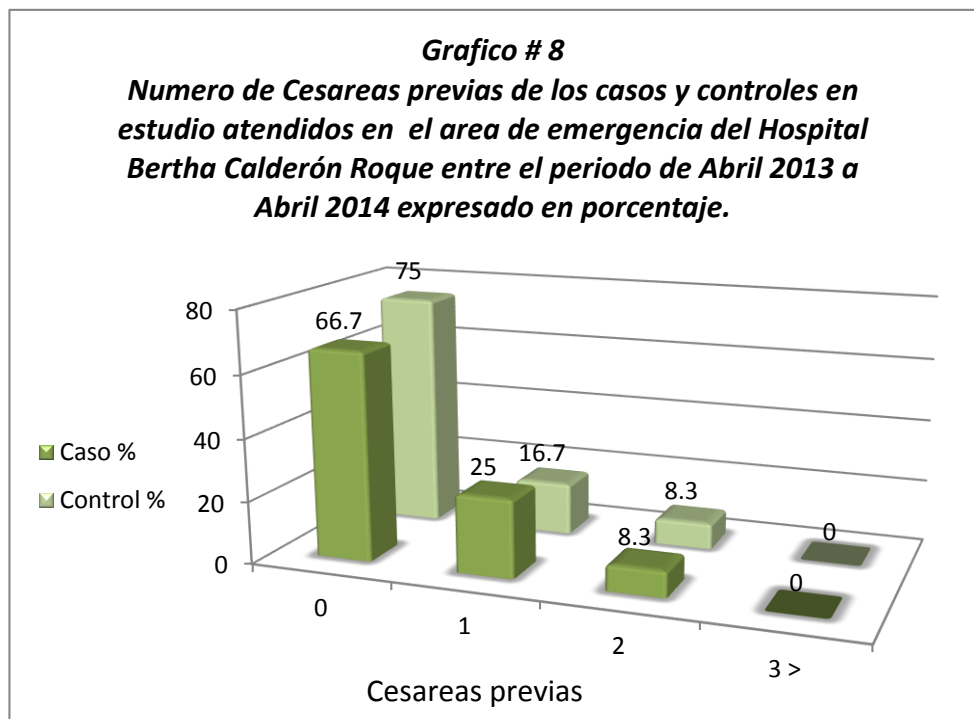


14.2.7 Grafico N°7



Fuente: Tabla N° 2

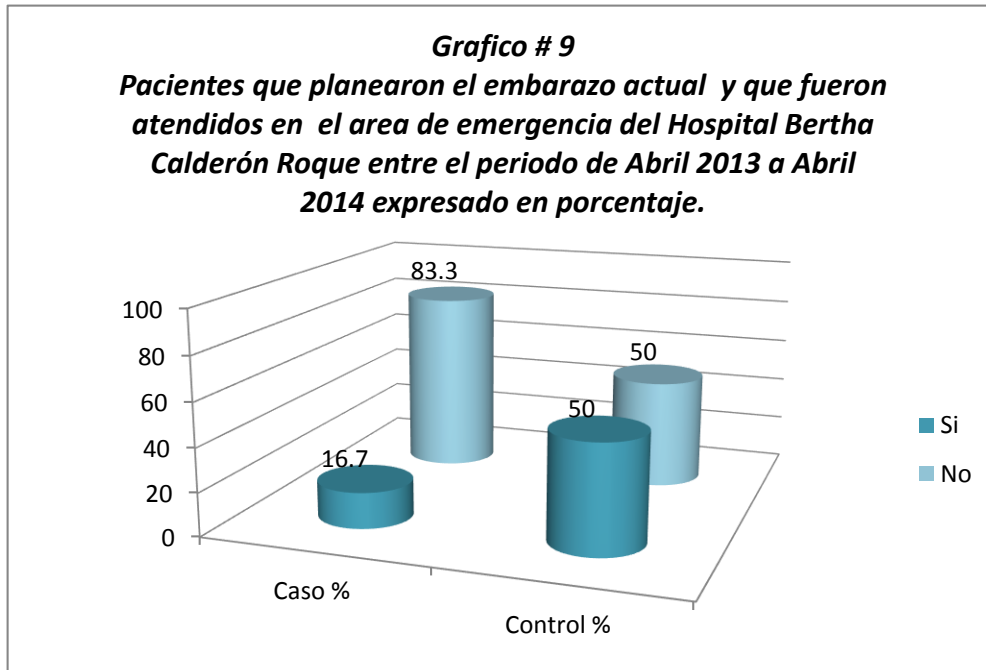
14.2.8 Grafico N°8



Fuente: Tabla N° 2

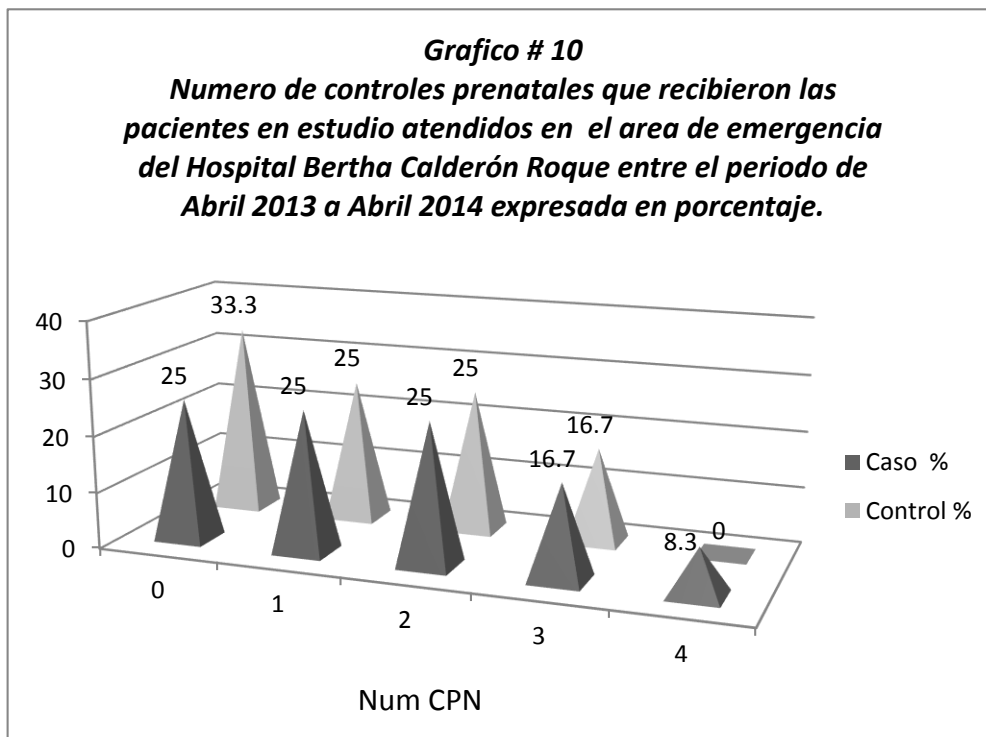


14.2.9 Grafico N°9



Fuente: Tabla N° 2a

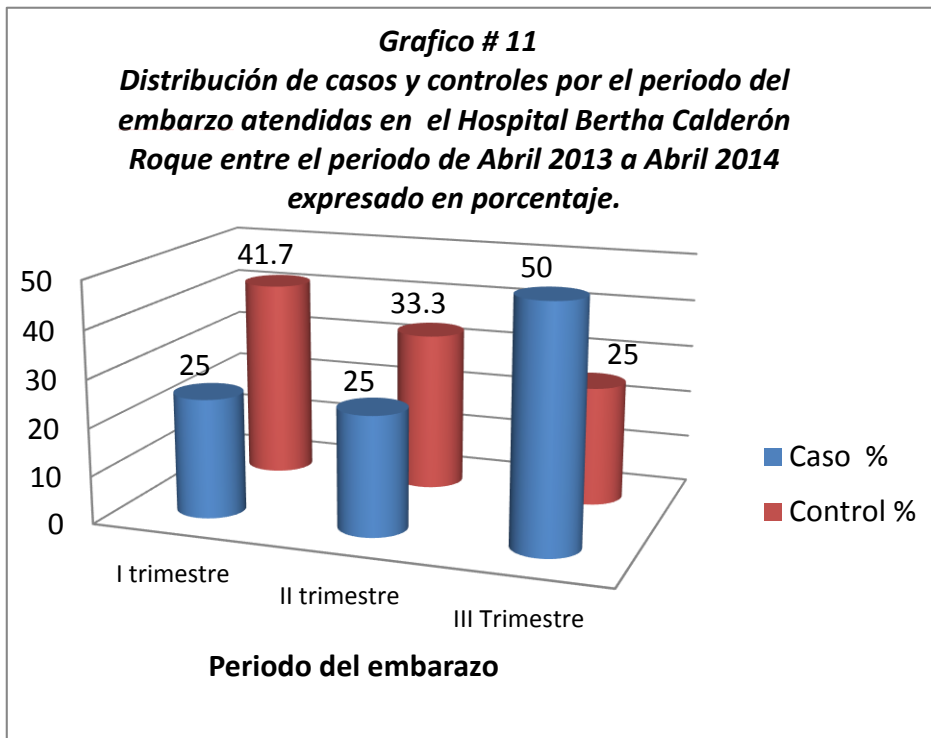
14.2.10 Grafico N°10



Fuente: Tabla N° 2a

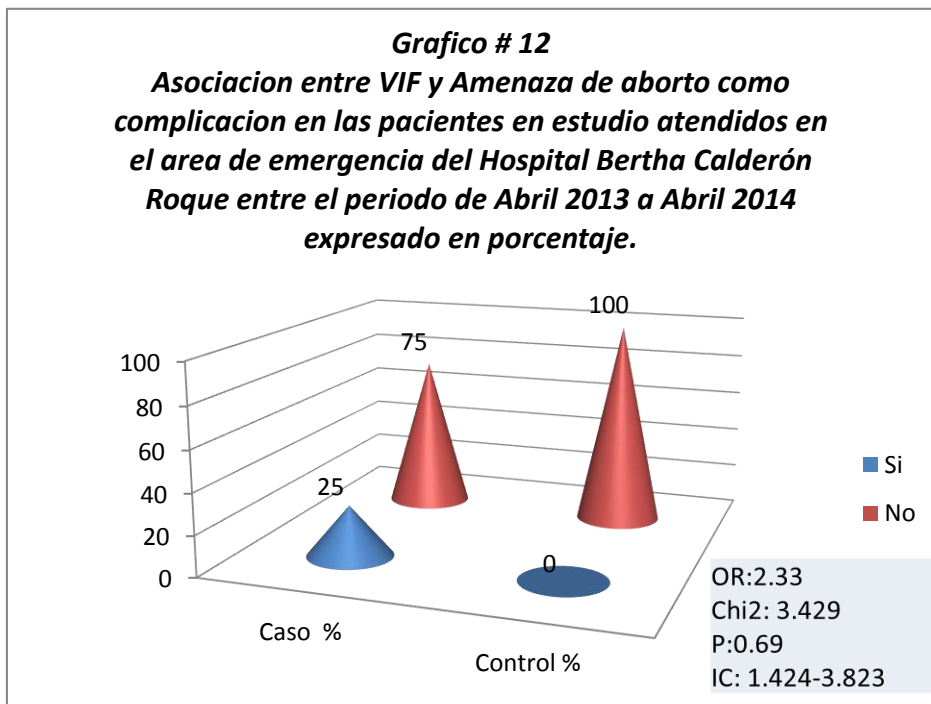


14.2.11 Grafico N°11



Fuente: Tabla N° 2ª

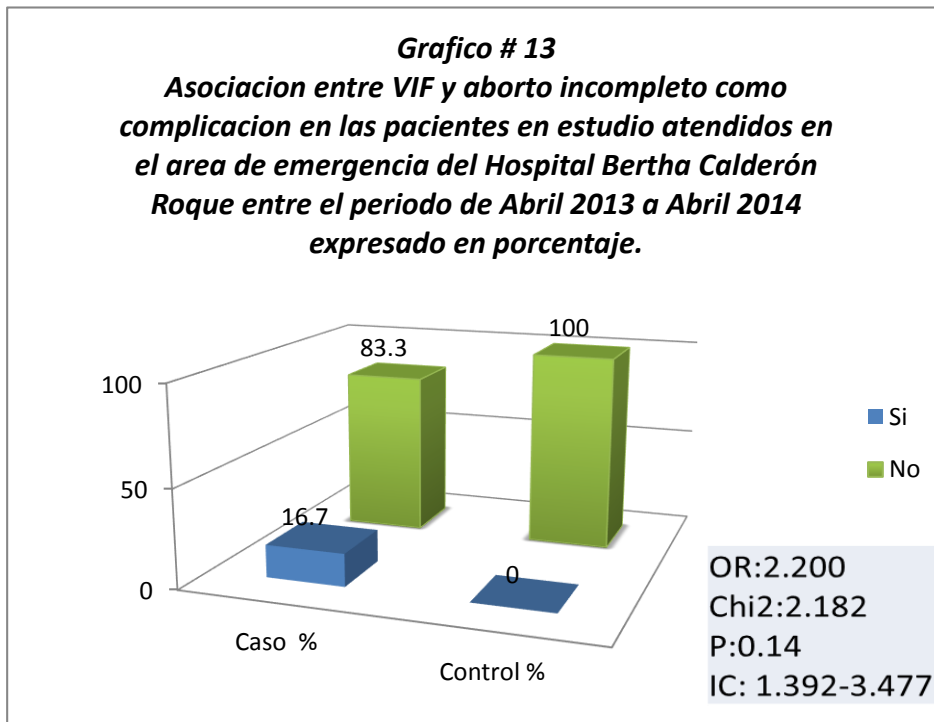
14.2.12 Grafico N°12



Fuente: Tabla N° 3

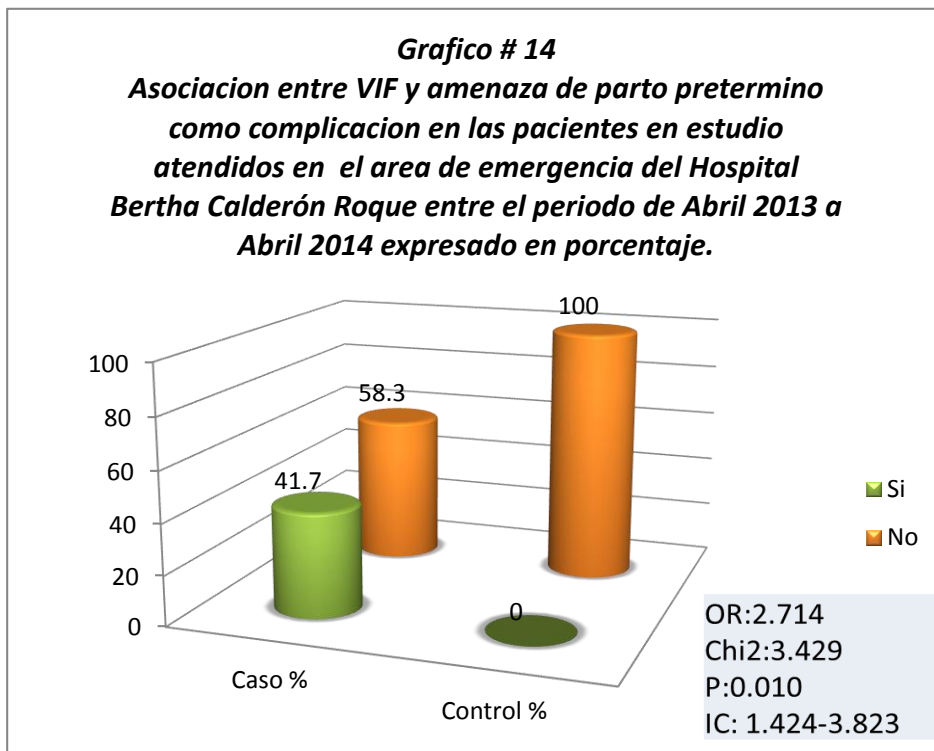


14.2.13 Grafico N°13



Fuente: Tabla N° 3

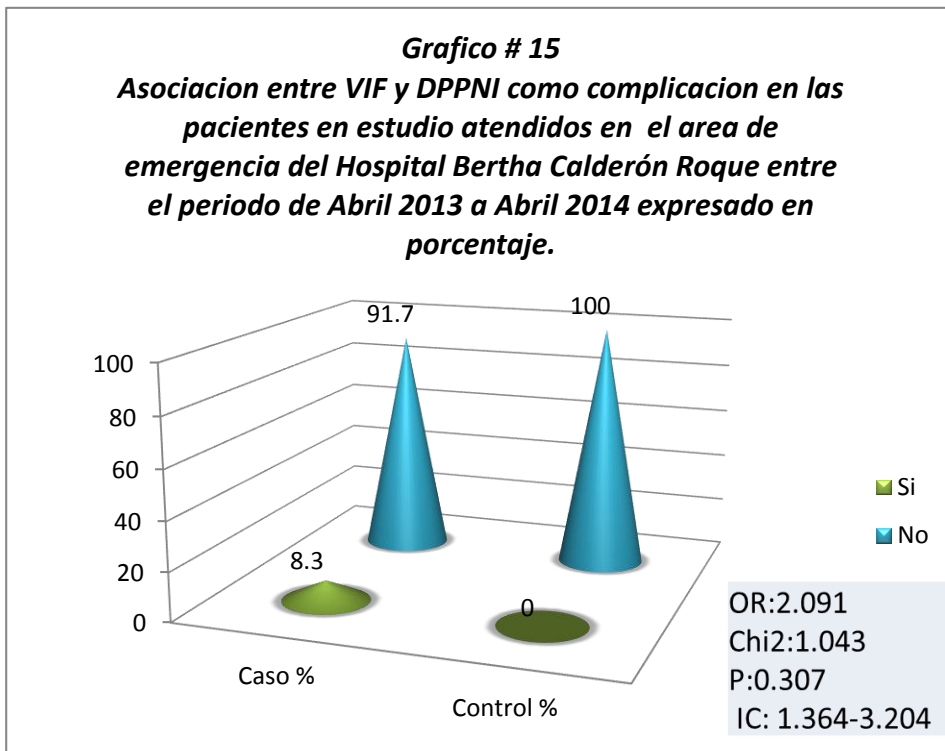
14.2.14 Grafico N°14



Fuente: Tabla N° 3

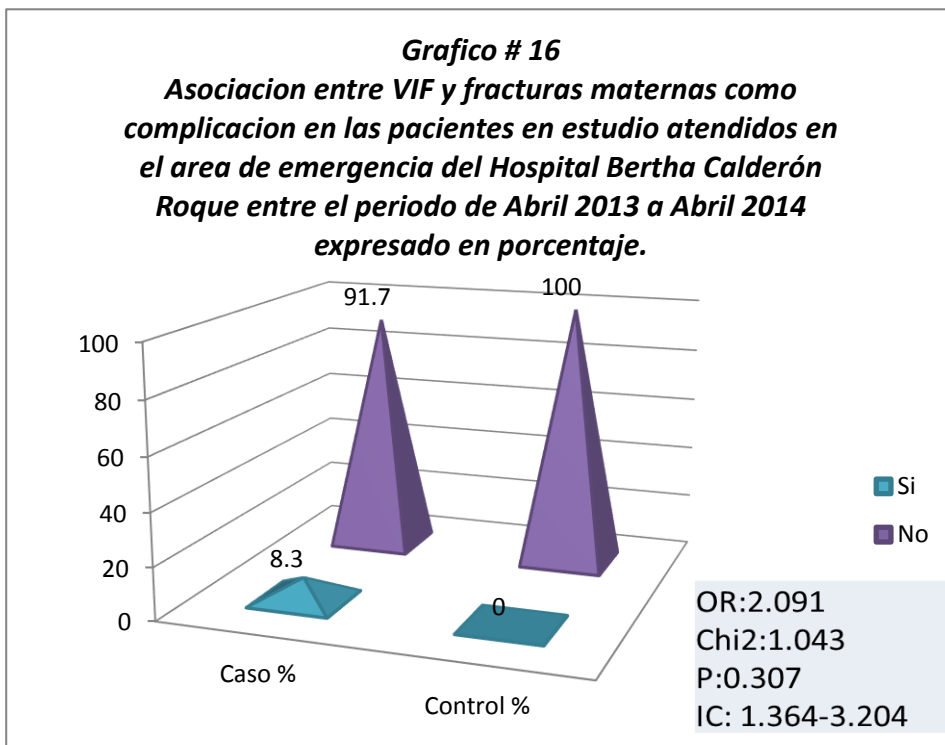


14.2.15 Grafico N°15



Fuente: Tabla N° 3

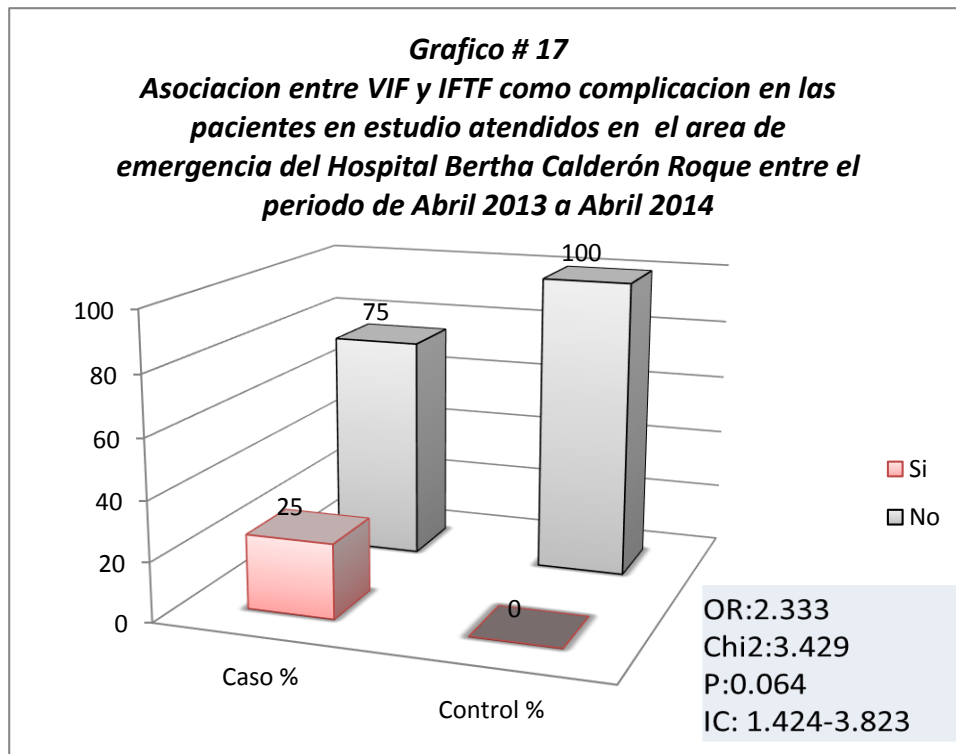
14.2.16 Grafico N°16



Fuente: Tabla N° 3

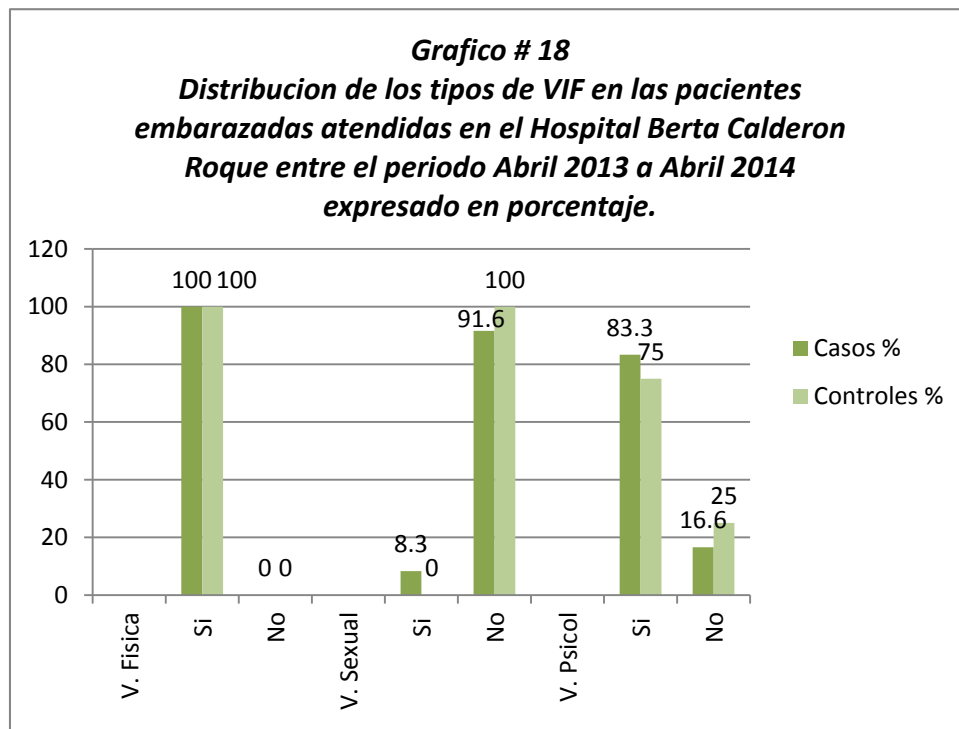


14.2.17 Grafico N°17



Fuente: Tabla N° 3

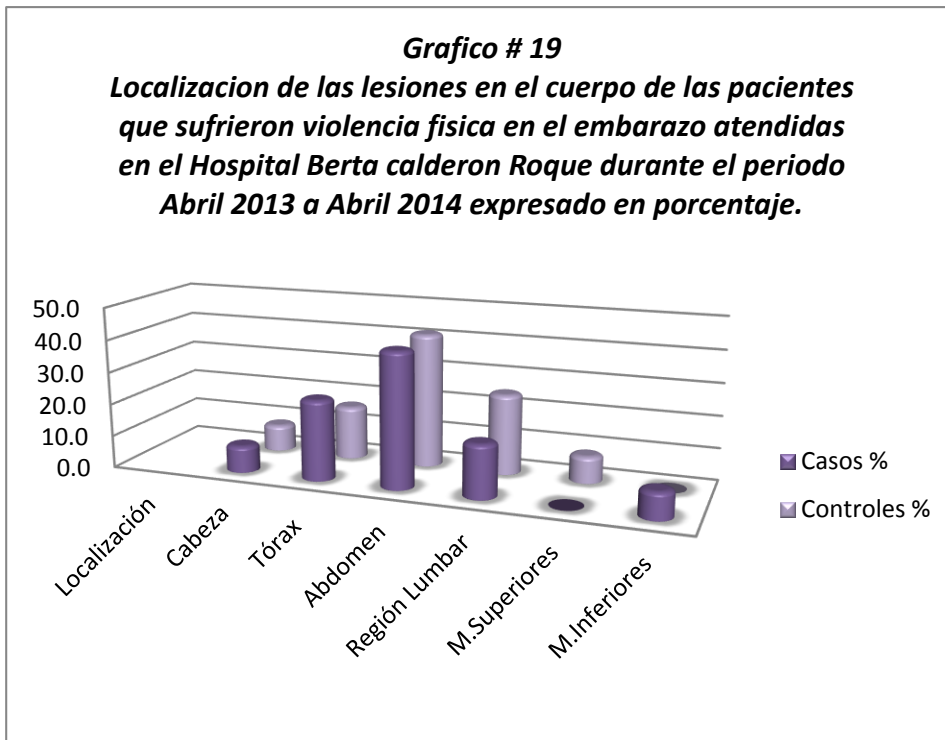
14.2.18 Grafico N°18



Fuente: Tabla N° 4

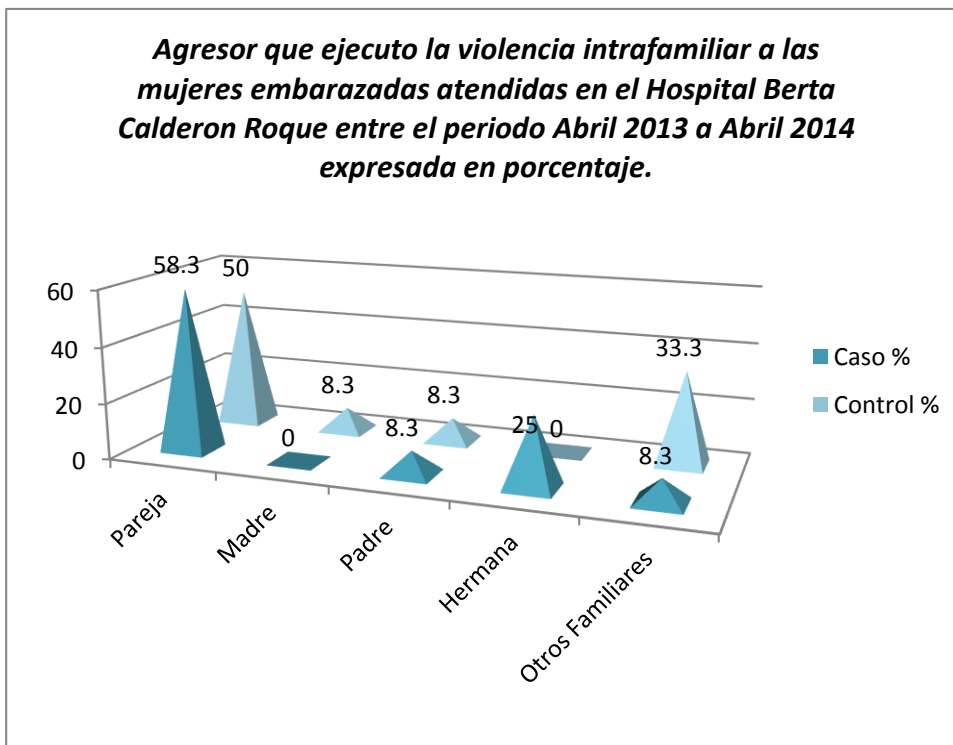


14.2.19 Grafico N°19



Fuente: Tabla N° 4

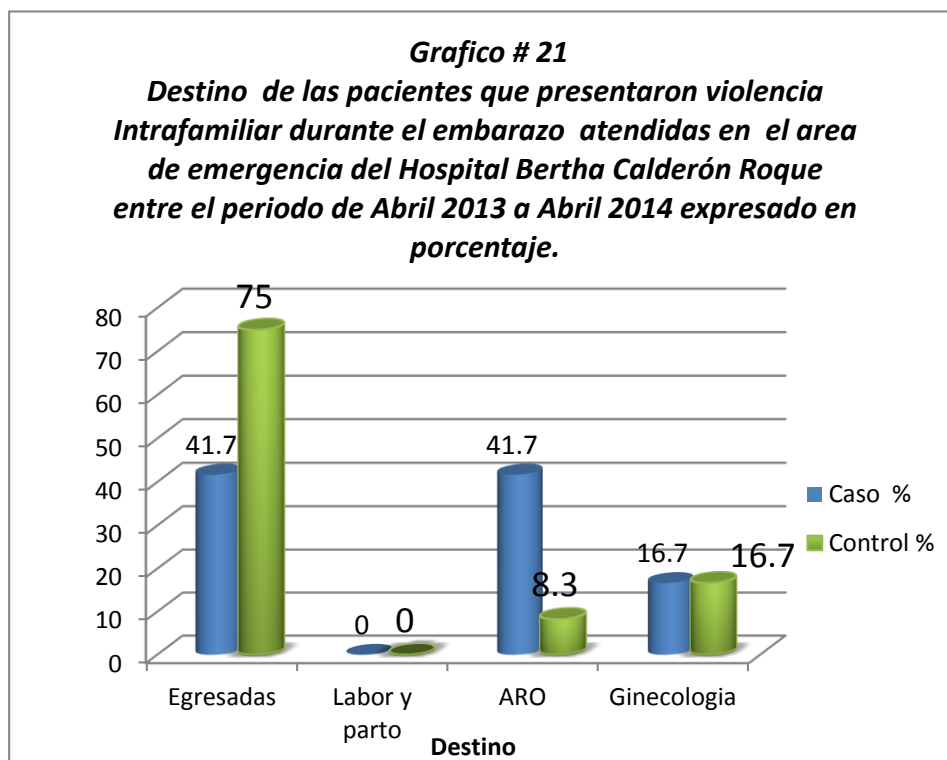
14.2.20 Grafico N°20



Fuente: Tabla N° 4



14.2.21. Grafico N°21



Fuente: Tabla N° 5



14.3 Instrumento de recolección de datos

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA
HOSPITAL BERTA 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 Abril 2013 a Abril 2014

Fecha: _____ Nº de ficha: _____

Caso: _____ Control: _____

I. Características sociodemográficas

Edad 13-19 ___ 20-29 ___ ≥30 ___

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 Si ___ No ___

Numero de CPN (Nº 0-6) _____

Periodo del embarazo I trim ___ II Trim ___ III Trim ___

III. Antecedentes personales patológicos y no patológicos

Hipertensión Arterial Crónica Si ___ No ___

Diabetes Mellitus Si ___ No ___ IVU Si ___ No ___

Cardiopatía Si ___ No ___

Anemia Si ___ No ___

Obesidad Si ___ No ___

TB pulmonar Si ___ No ___

Fumador Si ___ NO ___ Drogas Si ___ No ___

Alcohol Si ___ No ___

IV. Complicaciones obstétricas

HTA gestacional Si ___ NO ___

Preeclampsia Si ___ NO ___

Eclampsia Si ___ NO ___

RPM Si ___ NO ___

Parto Prematuro Si ___ No ___

APP Si ___ NO ___

Amenaza de aborto Si ___ No ___

Ruptura uterina Si ___ No ___

Aborto incompleto Si ___ No ___ ITS Si ___
No ___

Fracturas maternas Si ___ No ___ IVU Si ___
No ___

Laceración de Hígado-Bazo Si ___ No ___

ITRF Si ___ NO ___

V. Características de la violencia

Violencia física Si ___ No ___

Localización de golpes en el cuerpo Cabeza ___ Tórax ___
Abdomen ___ pelvis ___ Región lumbar ___ M. sup ___ M.
inf ___

Violencia Sexual Si ___ No ___ Negligencia Si ___ No ___

Violencia psicológica Si ___ No ___

Violencia económica Si ___ No ___

Agresor Pareja ___ Padre ___ Madre ___ Hermano/a ___
Otros familiares ___

VI. Destino de las pacientes atendidas

Egresada ___

Sala de ARO ___

Sala de L y P ___

Sala de Ginecología ___

Observaciones _____.

Nombre del
Investigador _____.

14.4 Ficha del sistema de vigilancia hospitalario de lesiones

SISTEMA DE VIGILANCIA HOSPITALARIO DE LESIONES. NICARAGUA/MINSA/CDC/OPS. Fecha: ____ / ____ / ____
 día mes año

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE.

Hora: am pm Día: Sexo: Masculino: ____ Femenino ____ años
 meses
 días

Nombre y apellidos: Edad:

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Ocupación:
 Día mes año

Dirección donde vive el paciente:

Barrio/Comarca: Municipio: Departamento:

Si es lesión, complete los siguientes datos:

Lugar exacto dónde ocurrió el evento: Municipio: Departamento:

Día: Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: am pm
 día mes año

Relación del acompañante: Nombre del Admisionista:

II. DATOS GENERALES DEL EVENTO (Marque solo uno en cada variable)

Intencionalidad: función del ser humano en la ocurrencia de la lesión 1. <input type="checkbox"/> No intencional (accidentes) 2. <input type="checkbox"/> Autoinfligida (suicidio/intento) 3. <input type="checkbox"/> Intencional (agresiones) 8. <input type="checkbox"/> Otros..... 9. <input type="checkbox"/> No se sabe	Mecanismo: Eventos que desencadenaron la ocurrencia de la lesión 1. <input type="checkbox"/> Transporte (en movimiento) 2. <input type="checkbox"/> Agresión sexual 3. Caída: <input type="checkbox"/> mismo nivel <input type="checkbox"/> otro nivel 4. <input type="checkbox"/> Golpe/fuerza contundente 5. <input type="checkbox"/> Objeto cortante/punzante 6. <input type="checkbox"/> Disparo arma fuego 7. Quemadura: <input type="checkbox"/> fuego <input type="checkbox"/> humo <input type="checkbox"/> calor <input type="checkbox"/> líquidos calientes 8. <input type="checkbox"/> Estrangulamiento 9. <input type="checkbox"/> Inmersión/ Ahogamiento	10. Envenenamiento. <input type="checkbox"/> fármacos <input type="checkbox"/> plaguicidas <input type="checkbox"/> hidrocarburos <input type="checkbox"/> otros 11. Explosión: <input type="checkbox"/> minas <input type="checkbox"/> artefacto explosivo 12. Mordedura: <input type="checkbox"/> persona <input type="checkbox"/> animal cual..... 13. <input type="checkbox"/> Descarga eléctrica 14. <input type="checkbox"/> Desastre natural 15. <input type="checkbox"/> Cuerpo extraño 98. <input type="checkbox"/> Otros..... 99. <input type="checkbox"/> No se sabe	Actividad ¿Qué estaba haciendo la persona cuando se lesionó? 1. <input type="checkbox"/> Trabajando 2. <input type="checkbox"/> Estudiando 3. <input type="checkbox"/> Practicando deporte 4. <input type="checkbox"/> Viajando 5. <input type="checkbox"/> Jugando/ Recreación/descanso 6. <input type="checkbox"/> Tomando licor/otras drogas 8. <input type="checkbox"/> Otros..... 9. <input type="checkbox"/> No se sabe
---	--	---	--

III. DATOS ESPECÍFICOS DEL EVENTO (Marque solo uno en cada variable)

Lesiones relacionadas a transporte		Violencia/Agresiones		Autoinfligida Intento de suicidio/Suicidio
Tipo Usuario: 1. <input type="checkbox"/> Peatón 2. <input type="checkbox"/> Conductor 3. <input type="checkbox"/> Pasajero/a 8. <input type="checkbox"/> Otros..... 9. <input type="checkbox"/> No se sabe	Tipo Transporte: 1. <input type="checkbox"/> Bicicleta 2. <input type="checkbox"/> Motocicleta 3. <input type="checkbox"/> Carro 4. <input type="checkbox"/> Camioneta tina 5. <input type="checkbox"/> Camión 6. <input type="checkbox"/> Autobús 7. <input type="checkbox"/> Carreta/animal 98. Otros..... 99. <input type="checkbox"/> No se sabe	Relación Agresor con Víctima: 1. <input type="checkbox"/> Pareja actual o ex 2. <input type="checkbox"/> Padres/Padrastros 3. <input type="checkbox"/> Otros familiares 4. <input type="checkbox"/> Amigos/as conocidos 5. <input type="checkbox"/> Desconocido 6. Otros..... 9. <input type="checkbox"/> No se sabe	Contexto: 1. <input type="checkbox"/> Riña, pelea 2. <input type="checkbox"/> Robo, asalto 3. <input type="checkbox"/> Drogas 4. <input type="checkbox"/> Agresión Sexual. 5. <input type="checkbox"/> grupos juveniles (Pandillas) 6. <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar/pareja 8. <input type="checkbox"/> Otros..... 9. <input type="checkbox"/> No se sabe	Factores precipitantes: 1. <input type="checkbox"/> Conflicto familiar 2. <input type="checkbox"/> Enfermedad física 3. <input type="checkbox"/> Problemas psicológicos 4. <input type="checkbox"/> Problemas financieros 5. <input type="checkbox"/> Problemas justicia 6. <input type="checkbox"/> Muerte familiar 7. <input type="checkbox"/> Abuso sexual o físico 8. <input type="checkbox"/> Probl. Pareja/novio/a 9. <input type="checkbox"/> Fracaso escolar 10. <input type="checkbox"/> Embarazo no previsto 98. <input type="checkbox"/> Otros..... 99. <input type="checkbox"/> No se sabe
Elementos de seguridad (Usuario) 1. <input type="checkbox"/> Cinturón: Si/No/ NS 2. <input type="checkbox"/> Casco : Si/No/ NS 3. <input type="checkbox"/> Porta bebé: Si/ NS		Sexo de agresor(es) 1. <input type="checkbox"/> masculino 2. <input type="checkbox"/> femenino 9. <input type="checkbox"/> No se sabe		Número de agresores: 1. <input type="checkbox"/> Único 2. <input type="checkbox"/> Dos o más
CONTRAPARTE: 1. <input type="checkbox"/> Peatón 2. <input type="checkbox"/> Vehículo no motorizado, cual..... 3. <input type="checkbox"/> Vehículo motor, cual..... 4. <input type="checkbox"/> Objeto fijo (árbol, poste)..... 8. <input type="checkbox"/> Otros..... 9. <input type="checkbox"/> No se sabe				
Bajo efectos del alcohol: 1. <input type="checkbox"/> Si hay evidencia 2. <input type="checkbox"/> No hay evidencia		Drogas: 1. <input type="checkbox"/> Si hay evidencia 2. <input type="checkbox"/> No hay evidencia		

IV. DATOS CLINICOS

Sitio anatómico		Naturaleza de la lesión	Severidad	Destino del paciente
1. <input type="checkbox"/> Cabeza	11. <input type="checkbox"/> Manos/dedos	1. <input type="checkbox"/> Fractura	1. <input type="checkbox"/> Leve o superficial	1. <input type="checkbox"/> Tratado y enviado a casa
2. <input type="checkbox"/> Ojos	12. <input type="checkbox"/> Abdomen	2. <input type="checkbox"/> Torcedura/desgarro	2. <input type="checkbox"/> Moderada (requiere algún tratamiento como, lavado gástrico, observación, fractura cerrada)	2. <input type="checkbox"/> Hospitalizado
3. <input type="checkbox"/> Oídos	13. <input type="checkbox"/> Pelvis/genitales	3. <input type="checkbox"/> Corte, herida abierta/mordedura	3. <input type="checkbox"/> Severa (requiere manejo médico avanzado como, cirugía mayor o UC)	3. <input type="checkbox"/> Referido
4. <input type="checkbox"/> Nariz	14. <input type="checkbox"/> Muslos	4. <input type="checkbox"/> Hematoma/lesión superficial		4. <input type="checkbox"/> Fuga
5. <input type="checkbox"/> Boca	15. <input type="checkbox"/> Piernas	5. <input type="checkbox"/> Quemaduras		5. <input type="checkbox"/> Abandono voluntario
6. <input type="checkbox"/> Cuello	16. <input type="checkbox"/> Pies/dedos	6. <input type="checkbox"/> Trauma craneoencefálico		6. <input type="checkbox"/> Fallece en emergencia
7. <input type="checkbox"/> Tórax	17. <input type="checkbox"/> Espalda	7. <input type="checkbox"/> Lesión de órganos sistémicos		7. <input type="checkbox"/> Llega fallecido
8. <input type="checkbox"/> Mamas	18. <input type="checkbox"/> Múltiples	8. <input type="checkbox"/> Contusión tejidos blandos		Condición al egreso
9. <input type="checkbox"/> Brazos	98. <input type="checkbox"/> Otros	9. <input type="checkbox"/> Intoxicación		1. <input type="checkbox"/> Fallecido
10. <input type="checkbox"/> Antebrazos	99. <input type="checkbox"/> No se sabe	98. <input type="checkbox"/> Otros		2. <input type="checkbox"/> Vivo
		99. <input type="checkbox"/> No se sabe		

Fecha: ____/____/____ Hora atención: ____ am/pm Tiempo espera ____ Hr / Mn. Urgencia real: SI NO

Signos vitales : P/A _____ Fc _____ Fr _____ T° _____

Motivo Consulta (Queja principal):

Historia actual de la Enfermedad o Lesión:

Examen Físico:

Impresión diagnóstica (CIE-10):

Plan Tratamiento:

Nombre del médico/a: _____ Código: _____ Firma: _____

Día mundial de la salud 2004, OMS/OPS: La seguridad vial no es accidental "