

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
UNIDAD CENTRAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA**



**“EFECTOS FÍSICOS EN EL EMBARAZO, PARTO Y RECIÉN NACIDO DE LA  
VIOLENCIA DE PAREJA, EN PUÉRPERAS EN CONTROL EN LA UCSF  
SOYAPANGO, MAYO-JULIO 2018”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACION**

Presentado por:

Karen Yulitza López Medina

Johanna Yamileth Medrano de Pérez

Stefanie Beatriz Menjívar Lizama

Para optar al título de:

**DOCTOR EN MEDICINA**

Asesor:

Dr. Juan José Cabrera Quezada

San Salvador, septiembre de 2018

## CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>7</b>
OBJETIVO GENERAL .....	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>8</b>
DEFINICION DE VIOLENCIA DE GÉNERO .....	8
TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO .....	8
VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL EMBARAZO .....	9
FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA EN MUJERES EN EL EMBARAZO. ....	10
Factores de riesgo individuales .....	10
Familia y parientes .....	11
Comunidad .....	11
Sociedad .....	11
CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL EMBARAZO .....	11
CONSECUENCIAS EN LA MADRE .....	13
CONSECUENCIAS EN EL HIJO(A). ....	14
DETECCION Y PREVENCIÓN .....	17
<b>HIPÓTESIS ESTADÍSTICA</b> .....	<b>19</b>
<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>20</b>
TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	20
PERIODO DE INVESTIGACIÓN.....	20
POBLACIÓN .....	20
Universo .....	20
Población de estudio .....	20
Muestra .....	20
Muestreo .....	21
VARIABLES.....	21
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	22
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	22
TÉCNICA DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	22
CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	24
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....	25
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>26</b>
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS .....	26
CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA.....	27
EFECTOS DE LA VIOLENCIA EN EL EMBARAZO Y PARTO .....	28
EFECTOS DE LA VIOLENCIA EN EL RECIÉN NACIDO .....	30

<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>33</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>37</b>
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>38</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b> .....	<b>39</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>42</b>
ANEXO 1. GUÍA DE REVISIÓN DE EXPEDIENTE CLÍNICO. ....	42
ANEXO 2. HOJA FILTRO. CONTROL PRENATAL.....	45
ANEXO 3. CARNÉ MATERNO PERINATAL .....	47
ANEXO 4. HOJA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA .....	48
ANEXO 5. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL SUJETO DE INVESTIGACIÓN .....	49
ANEXO 6. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	51
ANEXO 7. INFORMACIÓN PARA ASENTIMIENTO INFORMADO OMS.....	53
ANEXO 8. ASENTIMIENTO INFORMADO OMS .....	55

## RESUMEN

La violencia se trata de un problema social y de derechos humanos además de ser un problema de salud pública con altos costos. La violencia de género dirigida contra las mujeres se da cuando sus agresores las consideran carentes de derechos. Cuando se enfoca en las mujeres embarazadas, la violencia no solo podría afectar la morbilidad materna, sino también al recién nacido. El presente estudio se realizó con el objetivo general de identificar los efectos físicos en el embarazo, parto y recién nacido de la violencia de pareja, en puérperas en control en la UCSF Unicentro, Soyapango, mayo-julio 2018.

**Metodología:** Se utilizó un diseño observacional analítico de tipo cohortes histórica, en puérperas entre mayo-julio 2018. Se agruparon por cohorte expuesta como violencia si, y no expuesta como violencia no a partir de fuentes documentales. Se compararon efectos en el embarazo, parto y en el recién nacido.

**Resultados:** Se incluyó una muestra de 110 puérperas. El 25.5% sufrió violencia durante el embarazo, el 39.2% recibió más de un tipo de violencia, siendo la violencia psicológica la más frecuente con un 57%. Las características demográficas no fueron diferentes estadísticamente entre ambas cohortes. El efecto físico que presentó relación con violencia fueron las complicaciones durante el parto ( $P= 0.036$ ) y en el recién nacido fue el sufrimiento fetal ( $P: 0.000$ ).

**Conclusiones:** El 25.5% de las pacientes sufrió violencia durante el embarazo. La violencia psicológica fue la más frecuente (57%). La violencia se relaciona con complicaciones en el parto, y en el recién nacido con el sufrimiento fetal.

## INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), alrededor de una de cada tres (35%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física, y/o sexual de pareja, o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida(1).

En un estudio de múltiples países de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer, se recabó información de más de 24,000 mujeres procedentes de 15 entornos ubicados en 10 países con diferentes ambientes culturales: Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y la República Unida de Tanzania (2).

El estudio reportó que el porcentaje de mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia superaba el 5% en 11 de los 15 entornos examinados. La cifra más baja se registró en Japón (1%) y la más alta en el entorno provincial de Perú (28%). Además, que entre el 25% y el 50% de las mujeres que habían sufrido maltrato físico durante el embarazo había sido en forma de puñetazos en el abdomen (2) (3). El informe de país realizado por ISDEMU para el año 2012, reporto que el grupo de mujeres embarazadas víctimas de violencia llegó al 23% del total de atenciones ambulatorias para dicho año, con distribución por tipo: el 60% violencia psicológica; el 24.9% a violencia sexual y el 15.2% violencia física. (4), viendo la evolución de los datos de la siguiente forma:

Tabla1. evolución de las frecuencias de tipo de violencia en el Informe de ISDEMU(4)

Tipo de violencia	2010	2011	2012
Física	26.8%	18.8%	15.2%
Psicológica	58.4%	49.3%	60.0%
Sexual	14.8%	32%	24.9%

En El Salvador, en forma general la violencia hacia las mujeres oscila entre el 44% de las mujeres alguna vez casadas o acompañadas reportó que recibió maltratos verbales o psicológicos en la vida en pareja, el 24% reportó violencia física y el 12% violencia sexual por parte de alguna pareja o ex pareja. (4)

De acuerdo a los datos del Instituto de Medicina Legal (IML) reportados en el “Informe sobre el Estado y Situación de la Violencia contra las Mujeres en El Salvador” del Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer, menciona que los departamentos en los que más casos de violencia física se han registrado para el periodo enero 2014 – marzo 2015 son: San Salvador (37.65%), seguido por Santa Ana (10.95%) y Sonsonate (10.33%). Morazán es el departamento con menos hechos de violencia física reportada (1.33%)(4).

Por lo tanto, se puede observar que la violencia de pareja contra la mujer no solo es un problema nacional, sino que también tiene un gran impacto mundial. Se torna aún más importante el impacto de la violencia hacia la mujer, cuando se enfoca en las mujeres embarazadas, debido a que la violencia no solo podría afectar la morbilidad materna, sino también al recién nacido, ya que está relacionada con: amenaza de aborto, aborto, parto prematuro y recién nacidos de bajo peso al nacer (BPN) y afecta adversamente a cualquier niño en la etapa inicial de la vida, por sus efectos sobre el desarrollo de las capacidades físicas, cognitivas y sociales(1), (5).

# OBJETIVOS

## OBJETIVO GENERAL

Identificar los efectos físicos en el embarazo, parto y recién nacido de la violencia de pareja, en puérperas en control en la UCSF Unicentro, Soyapango, mayo-julio 2018.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características demográficas de las puérperas que sufrieron violencia de pareja durante su embarazo
2. Determinar los tipos de violencia de pareja que sufrieron las puérperas durante su embarazo.
3. Identificar los efectos físicos en el proceso de embarazo y parto en mujeres que sufrieron violencia.
4. Identificar los efectos físicos en el recién nacido que durante su gestación su madre sufrió violencia.

## MARCO TEÓRICO

### DEFINICION DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

Según la Ley Integral para una Vida Libre de Violencia para las mujeres, en El Salvador, define violencia contra las mujeres como “cualquier acción basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico en la mujer tanto en el ámbito público como privado”(6).

Por lo tanto, la violencia de género es un tipo de violencia que sólo ejercen aquellos hombres que consideran a las mujeres como inferiores y los cuales, ejercen su dominio frente a ellas, sometiéndolas en multitud de facetas de su desarrollo vital (7). La violencia por la pareja íntima (IPV de sus siglas en inglés) es definida por el Centro de Prevención y Control de las Enfermedades (CDC) de Atlanta como “el daño físico, sexual o psicológico generado por la pareja actual o anterior o esposo” (8) .

### TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Según Ley Integral para una Vida Libre de Violencia para las mujeres (LEIV) se consideran tipos de violencia:

- a) Violencia económica: Es una acción u omisión de la persona agresora, que afecta la supervivencia económica de la mujer, la cual se manifiesta a través de actos encaminados a limitar, controlar o impedir el ingreso de sus percepciones.
- b) Violencia física: Es toda conducta que directa o indirectamente, está dirigida a ocasionar daño o sufrimiento físico contra la mujer, con resultado o riesgo de producir lesión física o daño, ejercida por quien sea o haya sido su cónyuge o por quien esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aun sin convivencia.
- c) Violencia psicológica y emocional: Es toda conducta directa o indirecta que ocasione daño emocional, disminuya la autoestima, perjudique o perturbe el



sano desarrollo de la mujer; ya sea que esta conducta sea verbal o no verbal, que produzca en la mujer desvalorización o sufrimiento, mediante amenazas, exigencia de obediencia o sumisión, coerción, culpabilización o limitaciones de su ámbito de libertad.

d) Violencia patrimonial: Son las acciones, omisiones o conductas que afectan la libre disposición del patrimonio de la mujer; incluyéndose los daños a los bienes comunes o propios mediante la transformación, sustracción, destrucción, distracción, daño, pérdida, limitación, retención de objetos, documentos personales, bienes, valores, y derechos patrimoniales.

e) Violencia sexual: Es toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer a decidir su vida sexual, comprendida en esta no solo el acto sexual sino toda forma de contacto o acceso sexual, genital o no genital, con independencia de que la persona agresora guarde o no relación conyugal, de pareja, social, laboral, afectiva o de parentesco con la mujer víctima (6).

#### VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL EMBARAZO

El embarazo no es un impedimento para el abusador, en algunos casos la violencia viene desde antes de la gestación y en otros casos puede ser un motivo de maltrato. Esta situación es un patrón de coacción y control, que incluye la agresión física, sexual, emocional o combinación de ellos y amenazas contra una mujer, por su pareja o ex –pareja, antes, durante y hasta un año después del nacimiento de un hijo (1).

Los expertos indican que es más probable que el embarazo tenga el efecto contrario en un maltratador, e incluso, cuando parece que la pareja reacciona de forma positiva a la noticia de que está embarazada, no hay garantías de que no se acabe volviendo violento en algún momento, incluso aunque antes del embarazo no hubiera situaciones de violencia (7).

Por lo tanto, se han sugerido dos definiciones: La violencia que se produce alrededor del embarazo y la violencia durante el embarazo.

- “La violencia que aparece alrededor del embarazo se define como la violencia física, sexual o psicológica/emocional, o las amenazas de violencia física o sexual infligida a una mujer antes del embarazo, durante el embarazo o en el puerperio o una combinación de estos periodos”.
- La violencia durante el embarazo se define como la violencia física, sexual o psicológica/emocional, o las amenazas de violencia física o sexual ocasionadas a una mujer embarazada. En este caso la violencia durante el embarazo sería una parte de la violencia alrededor del embarazo (9).

#### FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA EN MUJERES EN EL EMBARAZO.

##### *FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES*

- a) Pertener a un grupo étnico: en un estudio realizado por la Universidad de Saskatchewan, en Saskatoon, Canadá, en los años 1993-1994, se determinó que todas las mujeres pertenecientes a grupos étnicos sufrieron algún tipo de abuso. Las mujeres aborígenes tenían mayor riesgo que las mujeres no aborígenes (10).
- b) Nivel socioeconómico y nivel educativo: A medida que una sociedad se desarrolla económicamente y las mujeres adquieren los derechos políticos y sociales, y acceden al trabajo y la educación, existe una mayor posibilidad de escapar de la situación de violencia. Otros estudios han encontrado que, en los países en vías de desarrollo, los niveles de violencia contra mujeres embarazadas son mayores que en las sociedades más desarrolladas(11).
- c) Antecedentes de violencia familiar.
- d) Uso de sustancias (alcohol y drogas).

### *FAMILIA Y PARIENTES*

En el seno de las familias, el riesgo de violencia aumenta con los conflictos conyugales, la dominación masculina, las dificultades económicas y las desavenencias familiares(12).

### *COMUNIDAD*

Dentro de ciertas comunidades, el riesgo es mayor allí donde hay desigualdad por razón de género o falta cohesión comunitaria o recursos(12).

### *SOCIEDAD*

A un nivel más general, el riesgo más elevado se da en las sociedades con normas tradicionales sobre el género o con falta de autonomía de las mujeres, allí donde se aplica una legislación restrictiva a la propiedad y la herencia de bienes, y en los casos de desintegración social por conflictos o desastres(12).

### CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL EMBARAZO

En el Protocolo común del Ministerio de Sanidad y Consumo español del 2007, se afirma que la violencia ejercida contra embarazadas tiene múltiples efectos tanto en la salud física, psíquica, sexual y social de la víctima, en la del feto, como en la salud de los hijos e hijas ya nacidos/as, ya que, no es infrecuente, que éstos últimos tengan dificultades de aprendizaje, de socialización e, incluso, enfermedades psicosomáticas(12).

Las consecuencias físicas de la violencia doméstica en embarazo son:

- ✓ Aumento de peso insuficiente de la madre, lo que trae como resultado bajo peso al nacer del bebé, desnutrición y anemia.
- ✓ Sangrado vaginal (Amenaza de parto prematuro)
- ✓ Infecciones vaginales, cervicales o renales
- ✓ Trauma abdominal
- ✓ Hemorragia
- ✓ Exacerbación de enfermedades crónicas

- ✓ Complicaciones durante el parto
- ✓ Retraso en el cuidado prenatal
- ✓ Aborto espontáneo
- ✓ Bajo peso al nacer
- ✓ Ruptura de membranas
- ✓ Placenta previa
- ✓ Infección uterina
- ✓ Magulladuras del feto, fracturas y hematomas
- ✓ Muerte (12)

Las consecuencias sobre su salud física, al igual que las víctimas no embarazadas, son las derivadas de los traumatismos, heridas, quemaduras, pinzamientos, etc., que pueden dar lugar a desfiguraciones corporales, discapacidad, deterioro funcional, molestias gastrointestinales, síntomas físicos inespecíficos como cefaleas o trastornos del sueño, a las que deben sumarse las hemorragias derivadas de los golpes, pueden provocar amenazas de parto pretérmino, y los traumas abdominales, pueden propiciar la rotura prematura de membranas, provocando parto prematuro e infecciones para la madre y el feto (7).

Siguiendo el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género del Ministerio de Sanidad y Consumo español del año 2007, se agrupan estas consecuencias en dos grandes grupos en función de los efectos que tienen sobre la salud:

- a) Consecuencias fatales, tales como el homicidio, el suicidio, la mortalidad materna o aquellas derivadas de los efectos relacionados con las enfermedades infectocontagiosas como el VIH-SIDA.
- b) Consecuencias no fatales, considerándolas como aquellas que no producen “efectos mortales”, las cuales se pueden agrupar en varias categorías:

Consecuencias sobre la salud física, sobre la salud sexual y reproductiva, sobre la salud mental y sobre el bienestar social(12).

#### *CONSECUENCIAS EN LA MADRE*

##### ✓ Aborto:

En el Aborto espontáneo la violencia contra la mujer puede contribuir tanto directa por medio de abuso físico y sexual como indirectamente por medio de posibles infecciones de transmisión sexual y porque el estrés crónico durante el embarazo o las alteraciones emocionales importantes podrían afectar la regulación del sistema de defensa, hacer que el sistema inmune se active y poner en peligro el embarazo, a la pérdida de un embarazo (1).

##### ✓ Infecciones:

Las mujeres que sufren violencia durante el embarazo se han relacionado con una mayor probabilidad de presentar infecciones del tracto urinario, enfermedades de transmisión sexual, infección vaginal, dolor pelviano, coito doloroso y otras infecciones como corioamnionitis(9).

##### ✓ Hemorragia:

En un estudio realizado en la provincia de British Columbia, Canadá, con 4,500 mujeres que dieron a luz entre enero de 1999 y diciembre de 2000, se encontró que las mujeres maltratadas durante el embarazo tenían hasta 3.5 de probabilidades de presentar hemorragia antes del parto que las mujeres que no fueron maltratadas(13).

##### ✓ Trastornos hipertensivos:

Un estudio de cohorte realizado en Chile, en 1998, la probabilidad de tener un trastorno hipertensivo durante el embarazo fue de 1.5 mayor en mujeres que sufrían violencia durante el embarazo(14).

También en otro estudio en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú, las mujeres que sufrían violencia durante el embarazo, el riesgo de pre eclampsia aumentaba en 2.5 veces(15).

#### *CONSECUENCIAS EN EL HIJO(A).*

Las consecuencias que puede sufrir el feto o el bebé se pueden clasificar en consecuencias directas y las consecuencias indirectas(9).

##### ✓ Consecuencias Directas:

Estas consecuencias se definen como los mecanismos directamente relacionados con un trauma en el abdomen de la mujer embarazada que conducen o pueden conducir a un parto prematuro, rotura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta o rotura del útero, aborto espontáneo o interrupción voluntaria del embarazo, lesiones del feto la muerte del feto o por un trauma materno(9).

En México, un estudio del 2003, se indicó que el 30.4% de las mujeres fueron golpeadas en el abdomen durante el embarazo. En un 91.4% de los casos el agresor fue el cónyuge(16).

#### **Muerte perinatal.**

En un estudio realizado en Canadá con 4,750 mujeres encontraron que las mujeres maltratadas durante el embarazo tenían hasta 7 veces más riesgo de tener una muerte perinatal que las mujeres no maltratadas, sin embargo, el miedo a la pareja en ausencia de violencia física no se asoció con un riesgo mayor de malos resultados perinatales(9).

##### ✓ Consecuencia Indirectas:

Es la consecuencia de los problemas de salud y comportamientos que pueden tener las mujeres que sufren violencia durante el embarazo. El estrés y la ansiedad provocados por la violencia que sufren durante el embarazo pueden hacer que estas tengan menos capacidad para ocuparse de ellas mismas,

empeore su nutrición y que no busquen atención adecuada para los cuidados de salud que necesitan.

#### **a) Bajo peso al nacer.**

Las diferencias de peso entre los bebés de madres que sufren violencia durante el embarazo varían según los estudios. En un estudio de México con

110 usuarias de un hospital, las mujeres que son maltratadas durante el embarazo, tuvieron 4 veces más probabilidades de tener niños de bajo peso en comparación con las no maltratadas. Como una tríada, la violencia física, el tabaquismo y el consumo de alcohol y drogas ilegales se relacionaron significativamente con el peso al nacer(9).

En Vietnam, 63,000 niños menores de 5 años mueren cada año y el 50% de estas muertes ocurren entre los recién nacidos. Una de las principales causas de muertes de recién nacidos se debe a BPN, que en conjunto representa casi el 50% de todas las muertes de recién nacidos(17).

Dos revisiones sistemáticas sobre el tema han mostrado una relación entre IPV y bajo peso al nacer (18) (19).

#### **b) La prematuridad.**

En Vietnam se realizó un estudio de cohorte entre junio de 2014-julio de 2015 en el cual la prevalencia de violencia durante el embarazo fue del 35.4%. De ello, el 6.2% de los recién nacidos nacieron prematuros (17). Prematuridad o niños pretérmino también fueron efectos confirmados por ambas revisiones sistemáticas (18) (19).

#### **c) Sufrimiento Fetal Agudo**

La violencia durante el embarazo aumenta el riesgo de daño físico y psicológico severo para las mujeres e hijos. Estos efectos adversos pueden deberse de forma directa por trauma, o indirecta como consecuencia del estrés producido por el abuso(20).

El estrés agudo tiene efectos negativos, especialmente sobre la duración gestacional y partos prematuros. Al igual que se relaciona también con complicaciones obstétricas durante el parto, en particular, cesárea o preeclampsia.

La exposición materna al estrés puede influir en el eje hipotálamo-hipofisiario. Los estímulos estresantes pueden aumentar la vasoconstricción por medio de la liberación de catecolaminas, y a su vez disminuir el flujo sanguíneo, lo cual posiblemente conduce a un bajo porcentaje de oxígeno en la sangre fetal, así como la hipotensión o bradicardia fetal (21). Igualmente se ha demostrado que la presencia de catecolaminas en orina está asociado con parto prematuro ( $p < 0.001$ ) (22).

También se han observado durante los estímulos estresantes en el embarazo, altos niveles de cortisol, el cual estimula la producción por la placenta de hormona liberadora de corticotropina (CRH). Esta elevación del cortisol se ha observado que puede darse en el estrés producido por la violencia y todo tipo de violencia de la siguiente manera: con violencia psicológica se eleva en un 44%, con violencia física en un 17% y con violencia sexual en un 8% (20). La elevación de cortisol ha mostrado efectos en el recién nacido, siendo la más importante el bajo peso al nacer con valores de  $p = 0.001$  comparado con mujeres que no sufrieron violencia, pequeño para la edad gestacional (SGA) ( $p = 0.000$ ), pero hay discordancia con respecto a su asociación con parto prematuro, encontrándose como asociado en algunos estudios y en otros  $p = 0.298$  (21) (22) (20). Y el parto prematuro está asociado a un mayor riesgo de trastornos motores, cognitivos y emocionales (21).

#### **d) Otras consecuencias a largo plazo.**

Podemos encontrar que la violencia durante el embarazo o el posparto pueden tener un efecto perjudicial en el desarrollo psicológico y físico del niño, como



mayor riesgo de morir antes de los 5 años y comportamiento más violentos en su infancia y adolescencia. Además, estos niños, probablemente, serán testigos de violencia doméstica después de su nacimiento. Si hay violencia contra la madre es posible que también haya violencia contra los hijos y a otros miembros de su familia. Además, un niño que ha sufrido violencia en la infancia tendrá consecuencias en su vida de adulto y una mayor probabilidad de abuso de drogas y alcohol, depresión, mal rendimiento escolar, relaciones sexuales de riesgo(9).

#### DETECCION Y PREVENCIÓN

A nivel de la sociedad y la comunidad, las normas sociales que fomentan la tolerancia de la violencia pueden hacer difícil o imposible que la mujer denuncie el abuso físico y sexual durante el embarazo. Por lo tanto, ella se priva de la posibilidad de recibir asistencia médica para lidiar con el problema y sus posibles efectos en el resultado del embarazo.

La violencia contra la mujer embarazada requiere una evaluación y la intervención con el mayor grado de calidad y calidez por el médico que debe ser capaz de identificar sus efectos adversos en la madre y su bebé. Éstas estrategias deben ofrecerse en cualquier ámbito social: urbano, suburbano y rural. Una de las estrategias son los controles prenatales, en los que se realizan un conjunto de acciones médicas y asistenciales para controlar la evolución del embarazo y disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. El médico en cada control prenatal, tiene una oportunidad para identificar si antes o durante un embarazo está ocurriendo algún acto de violencia que potencialmente pueda dañar el curso normal del embarazo. Siempre se debe tener presente esta posibilidad cuando se han detectado factores riesgo o evidencias de agresión. En cada control prenatal debe realizarse un tamizaje de violencia por medio de un cuestionario(1).

El Centro Latinoamericano de Perinatología - Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR), recomienda usar un modelo interrogatorio en la primera visita prenatal, con el fin de explorar sobre violencia física, sexual y psicológica (23) .

Este modelo es el usado por el Ministerio de Salud de El Salvador, y es el mismo usado para ésta investigación, ya que es una herramienta que el mismo gobierno la facilita, debido a que en cada control prenatal debe indagarse si existe violencia basada en género, incluso es parte de la Hoja Filtro.

La Hoja Filtro debe llenarse en cada inscripción y en los controles subsecuentes, cuenta con 3 apartados: antecedentes obstétricos, historia médica general, y embarazo actual. Dentro de embarazo actual se encuentra como criterio la violencia basada en género. Con uno o más criterios positivos debe de dar a la paciente referencia a un nivel de atención especializado para lograr la máxima atención integral y evitar las consecuencias anteriormente mencionadas tanto para la madre como del producto. Permitiendo que durante la atención si es necesario se brinde atención en crisis, y se pueda referir para consejería especializada de 2º y 3º nivel de atención. Además de informarle sobre mecanismos de protección judicial y opciones legales.

## HIPÓTESIS ESTADÍSTICA

- **Ho:** Estar expuesta a violencia o no estar expuesta a violencia en el embarazo es igual en los efectos físicos causados en el embarazo, parto y en el recién nacido.
- **Ha:** Estar expuesta a violencia o no estar expuesta a violencia en el embarazo no es igual en los efectos físicos causados en el embarazo, parto y en el recién nacido.

# METODOLOGÍA

## TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se utilizó un diseño Observacional analítico de tipo cohortes histórica o retrospectiva, no apareados, en una relación dependiente del hallazgo de la prevalencia de violencia en la muestra incluida. Las cohortes se definieron de la siguiente manera:

- Cohorte expuesta: mujeres que llegan a su inscripción o control puerperal que sufren de violencia por la pareja determinado por la Hoja Filtro del programa de prevención de violencia.
- Cohorte no expuesta: mujeres que llegan a su inscripción o control puerperal que no sufren de violencia por la pareja determinado por la Hoja Filtro del programa de prevención de violencia.

## PERIODO DE INVESTIGACIÓN

Mayo a Julio del 2018

## POBLACIÓN

*UNIVERSO*

Mujeres embarazadas

*POBLACIÓN DE ESTUDIO*

306 puérperas que consultaron a inscripción o control puerperal en la UCSF de Unicentro, Soyapango en el periodo Mayo- Julio 2018.

*MUESTRA*

De las 306 puérperas que se esperaban asistieran en el período Mayo a Julio del 2018 para su inscripción o control puerperal UCSF-Unicentro Soyapango, y en vista del poco tiempo para la recolección de datos, se calculó el tamaño de muestra utilizando el programa estadístico libre en línea Openepi.com para

diseños de cohortes. Se planificó usar un error alfa del 95% y un error beta del 20% esperando encontrar diferencias de un 25% en las variables categóricas del recién nacido de SFA de 35% en las mujeres con violencia contra un 10% en las con no violencia, en una relación de 2 no expuestas por 1 expuesta obteniendo según la fórmula de Fleiss corregida, que se necesitaba una muestra de 36 expuestas contra 72 no expuestas, en total: 108 pacientes. Al final el estudio se logró realizar en 110 puérperas.

#### *MUESTREO*

Se realizó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos hasta completar el tamaño de muestra.

#### **Criterios de selección**

Criterios de inclusión:

- ❖ Consentimiento para participar en el estudio.
- ❖ Asentamiento para participación de las adolescentes y firma de consentimiento por parte del tutor.
- ❖ Expedientes de mujeres que asisten a su inscripción o control puerperal en los meses de mayo - julio 2018.
- ❖ Expediente completo que incluya hoja filtro, hoja de tamizaje de violencia y carnet de control prenatal correctamente llenos.

Criterios de exclusión:

- ❖ Pacientes que no deseen participar en la investigación o que decidan retirarse en cualquier fase de la misma.

#### VARIABLES

1. Características demográficas de la mujer: edad, estado civil, nivel educativo, ocupación, historia obstétrica
2. Tipo de violencia: física, psicológica, sexual.
3. Efectos físicos de la violencia de pareja en la mujer durante su embarazo
4. Efectos físicos de la violencia de pareja en la mujer durante el parto.

## 5. Efectos físicos de la violencia de pareja en el recién nacido.

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>
1. Caracterización de la mujer	Se refiere a los atributos peculiares de alguien o de algo, en este caso de la mujer, de modo que claramente se distinga de los demás	Edad Estado civil Ocupación Nivel educativo Historia obstétrica Control prenatal	Años cumplidos Casada, acompañada, soltera, divorciada Profesión u ocupación, ama de casa Primaria, Secundaria, Bachillerato, Universidad Gestaciones previas, abortos, partos, prematuros, vivos, partos vaginales, cesárea, fecha de último parto. # Controles, Amenorrea de inicio
2. Tipos de violencia	Modelo que reúne los caracteres esenciales de un conjunto, en este caso de la violencia.	Violencia física Violencia sexual Violencia económica Violencia psicológica	Si/No
3. Efectos físicos de la violencia de pareja en el proceso del embarazo	Consecuencia de la violencia de pareja en el organismo de la embarazada.	Amenaza de parto prematuro Infecciones vaginales, cervicales o renales Traumas Hemorragia de tercer trimestre Exacerbación de enfermedades crónicas (Preeclampsia/eclampsia) Ruptura prematura de membranas Desnutrición Placenta previa Infección uterina	Si/No
4. Efectos físicos de la violencia de pareja en el parto	Consecuencia de la violencia de pareja en el proceso de parto	Complicaciones durante el parto (inducción del parto; cesárea por infección del canal de parto, sufrimiento fetal, preeclampsia/eclampsia)	Si/No
5. Efectos físicos de la violencia en recién nacido	Consecuencia de la violencia de pareja en el organismo del recién nacido.	Bajo peso al nacer Prematurez Sufrimiento fetal Muerte fetal Sepsis neonatal	Si/No

### FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes fueron primarias, a través de la revisión del expediente clínico

### TÉCNICA DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Técnica: Revisión documental de expediente clínico (hoja filtro, hoja de tamizaje de la violencia y carnet de control prenatal del Centro Latinoamericano de Perinatología - Salud de la Mujer y Reproductiva-CLAP)

- Instrumento: Guía de revisión de expediente (listado de chequeo) que contiene los siguientes elementos ya enunciados en las variables y en la operativización de las variables:

**1. Datos Generales:** Se investigó características personales y sociales de la población estudiada como edad, nivel educativo, ocupación, estado civil, historia obstétrica.

**2. Violencia:** Se investigó si la paciente tuvo algún tipo de violencia de pareja durante el embarazo y qué tipo de violencia recibió.

**3. Efectos físicos en la madre:** Se investigó ciertos efectos físicos relacionados con la violencia de pareja durante el embarazo como amenaza de parto prematuro, infecciones vaginales, cervicales y/o de vías urinarias, traumas, hemorragia del tercer trimestre, exacerbación de enfermedades crónicas, ruptura prematura de membranas, desnutrición materna, retraso en el control prenatal, placenta previa, infección uterina. También se estudia los efectos físicos en el parto incluyendo complicaciones durante el parto como inducción del parto; cesárea por infección del canal de parto, sufrimiento fetal, preeclampsia/eclampsia.

**4. Efectos físicos del recién nacido:** Se investigó si el producto nació de bajo peso o muy bajo peso, si fue prematuro, o si tuvo sufrimiento fetal o muerte fetal.

Procedimiento:

Se realizó revisión de expediente clínico posterior a su inscripción y control puerperal.

- a) Permiso a la dirección del establecimiento de salud para la revisión de expediente de las pacientes puérperas.
- b) Se solicitó el consentimiento informado y asentamiento en adolescentes.
- c) Registro de las pacientes puérperas que llegan a su inscripción o control puerperal en mayo-julio 2018
- d) Búsqueda de expediente clínico de pacientes puérperas

- e) Revisión de expediente clínico de pacientes en su inscripción o control puerperal basada en la guía realizada.

#### CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Categoría de la investigación: investigación con riesgo mínimo, debido a que se emplea técnicas y métodos de revisión documental retrospectivamente, con lo que no se realiza ninguna intervención de variables fisiológicas, psicológica y social. Sin embargo, la carga estigmatizadora y discriminatoria que puede llevar cada caso, hace importante el respeto de la confidencialidad y privacidad para prevenir el daño psicológico que se pueda provocar.
- Privacidad y confidencialidad: El equipo investigador en el instrumento de recolección de datos no colocó nombres o direcciones. Además, se garantizó la destrucción de toda la información originada para la realización de la investigación, después del cumplimiento de las evaluaciones correspondientes y de los tiempos establecidos en las normas internacionales. En base a lo solicitado en las normas CIOMS sobre investigación.
- Consentimiento: Se solicitó el consentimiento informado al titular del expediente para acceder a la información necesaria en el desarrollo de la investigación previo a la explicación de los objetivos de la presente investigación, (ver anexo 5 y 6). Además en caso que no pueda localizarse al titular del expediente, se avocó a lo establecido en el artículo 34 de la Ley de Acceso a la Información y normas CIOMS pauta 9 y 10 donde exime de consentimiento informado para las investigaciones científicas, pero asegurando el anonimato a través de una codificación del instrumento de recolección de datos. En el caso de las pacientes menores de edad se llena el asentamiento y consentimiento del tutor (ver anexo 7 y 8)



- Compartimiento de los beneficios: El estudio se entregará a las instituciones colaboradoras, además durante el proceso de consentimiento, se le explica a cada paciente si desea copia de la investigación podrá remitirse a su correo particular.

#### PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

- Procesamiento: Los datos fueron pasados de la hoja de recolección de datos a una matriz en hoja de Excell para su posterior procesamiento en software estadístico. SSPS® versión 24, licencia de la Facultad de Medicina de la UES.

- Análisis:

Los datos se presentan primero en Estadística descriptiva. Los datos de caracterización de ambos grupos se presentan en estadística descriptiva con medidas de tendencia central y su respectiva dispersión para las variables cuantitativas, y en frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Luego se procedió a la Estadística inferencial: Partiendo de las hipótesis previamente planteadas, se hizo el correspondiente test de comprobación de hipótesis según las variables introducidas, usando un nivel de significancia estadística del 0.05. Para variables categóricas dicotómicas se utiliza chi cuadrado en análisis univariado. Se hace modelo para análisis multivariado con regresión lineal a partir de los resultados del análisis univariado.

Además, se calculó la magnitud del efecto usando Riesgo relativo con su respectivo intervalo de confianza del 95% en las variables categóricas dicotómicas.

Para variables cuantitativas se utiliza comparación de medias o pruebas no paramétricas según la normalidad de los datos encontrados.

## RESULTADOS

### CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS

#### Objetivo específico 1:

Describir las características demográficas de las puérperas que sufrieron violencia de pareja durante su embarazo.

En el estudio se incluyó un total de 110 mujeres, las cuales asistieron a su inscripción o control puerperal durante el período comprendido entre mayo a julio de 2018. De éstas se encontró un total de 28 mujeres víctimas de violencia durante el embarazo obteniendo una presencia de violencia del 25.5%. Las características de la población se describen en la tabla 1 de forma comparativa entre ambas cohortes. No se encontró diferencia en las características demográficas en relación a la exposición de violencia o no.

**Tabla 1. Características demográficas de las mujeres puérperas distribuidas en las cohortes según víctima de violencia o no.**

Característica	Víctima de violencia N= 28	No víctima de violencia N= 82	p
Edad			
Media (DS)	22.04 (DS ± 5.406)	23.83 (DS ± 6.277)	0.152
Mediana (rangos)	21 (14-32)	22 (15-41)	
Estado civil			
Casada	2 (7.1%)	9 (11.0%)	0.871
Acompañada	17 (60.7%)	47 (57.3%)	
Soltera	9 (32.1%)	25 (30.5%)	
Viuda	0	1 (1.2%)	
Nivel educativo			
Primaria	10 (35.7%)	31 (37.8%)	0.290
Secundaria	18 (64.3%)	42 (51.2%)	
Bachillerato	0	6 (7.3%)	
Universitaria	0	3 (3.7%)	

Numero de gestación			
Primigesta	17 (60.7%)	32 (39.0%)	0.244
1	6 (21.4%)	32 (39.0%)	
2	5 (17.9%)	14 (17.1%)	
3	0	3 (3.7%)	
4	0	1 (1.2%)	

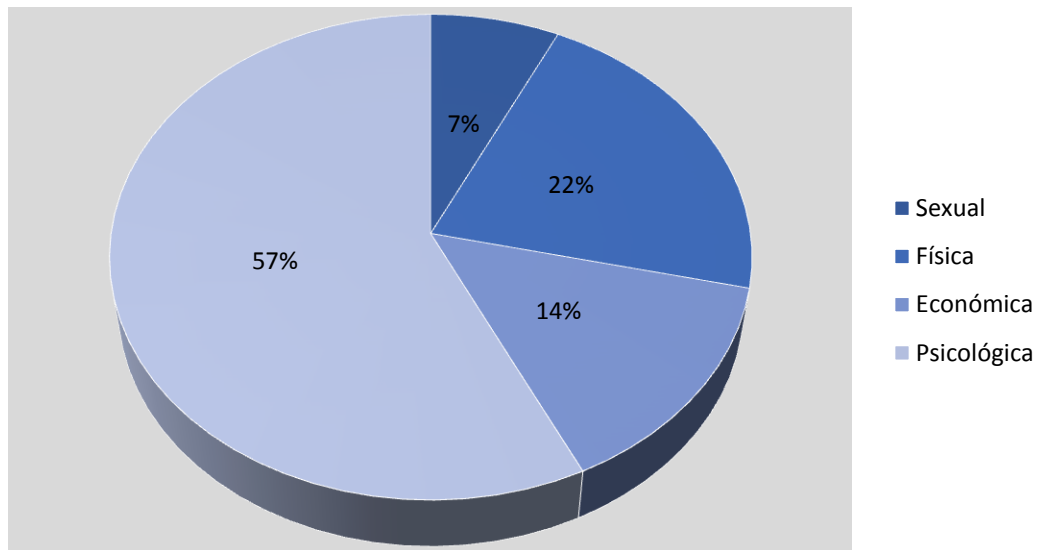
Fuente: Guía de revisión documental de expediente clínico 2018

#### CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA

##### Objetivo específico 2:

Determinar los tipos de violencia de pareja que sufrieron las puérperas durante su embarazo.

La violencia psicológica fue la más frecuentemente presentada en el grupo de mujeres que sufrieron violencia (57%), (ver gráfico 1). Fueron 11 pacientes que presentaron más de un tipo de violencia (39.2%).



Fuente: Guía de revisión documental de expediente clínico 2018

**Gráfico 1. Tipos de violencia presentada durante el embarazo**

## EFFECTOS DE LA VIOLENCIA EN EL EMBARAZO Y PARTO

### Objetivo específico 3:

Identificar los efectos físicos en el proceso de embarazo y parto en mujeres que sufrieron violencia.

En el test de comprobación de hipótesis, de la hipótesis nula para los componentes de efectos en embarazo y parto, se encontró para complicaciones durante el parto ( $p= 0.036$ ), lo que nos hace rechazar la hipótesis nula de igualdad y aceptar la alterna,  $H_a =$  ser víctima de violencia durante el embarazo y no ser víctima de violencia durante el embarazo no es igual para complicaciones durante el parto. Y la magnitud del efecto encontrado para complicaciones durante el parto fue de  $RR= 2.188$  (IC 95% 1.158-4.135) es decir, que ser víctima de violencia durante el embarazo aumenta el riesgo en 2.188 veces más que no ser víctima de violencia durante el embarazo para tener complicaciones durante el parto.

En todos los demás efectos, se aceptó la hipótesis nula de igualdad (Ver tabla 2).

**Tabla 2. Efectos de la violencia en el embarazo y parto.**

<b>Efectos</b>	<b>Violencia si N= 28</b>	<b>Violencia no N= 72</b>	<b>p</b>
Hemorragia del tercer trimestre			
Si	0	1	1.00
No	28	81	
Exacerbación enf. Crónica			
Si	0	1	1.00
No	28	81	
Desnutrición de la mujer			
Si	0	0	No
No	28	82	calculable
Retraso en los controles prenatales			
Si	9	12	0.112
No	19	69	

Amenaza de parto prematuro			
Si	7	11	0.234
No	21	71	
Traumas			
Si	2	0	0.063
No	26	82	
Infecciones vaginales o renales			
Si	12	24	0.244
No	16	58	
Infección uterina			
Si	0	1	1.00
No	28	81	
Ruptura prematura de membranas			
Si	0	2	1.00
No	28	80	
Placenta previa			
Si	0	0	No calculable
No	28	82	
Complicaciones en el parto			
Si	8	9	0.036
No	20	73	
Inicio del parto			
Esponáneo	24	75	0.466
Inducido	4	7	
Parto			
Cesárea	11	22	0.238
Vaginal	17	60	

Fuente: Guía de revisión documental de expediente clínico 2018

Al realizar un test de comprobación de hipótesis para la violencia desglosada según el tipo, se encontró que ser víctima de violencia psicológica no es igual que no ser víctima de violencia psicología para el efecto retraso en el control prenatal ( $p=0.017$ ) de la siguiente forma: las víctimas de violencia psicológica tuvieron 32.14% de retraso en control prenatal (9 sujetos) vs. 16.66% de las no víctimas de violencia psicológica (12 sujetos) lo que da una magnitud del efecto de RR 2.543 (IC 95% 1.294-4.999), es decir, que ser víctima de violencia psicología aumenta el riesgo en 2.543 veces más que no ser víctima de violencia

psicológica para retraso en control prenatal. Para los demás efectos se aceptan todas las hipótesis nulas de igualdad.

Observando las indicaciones de cesárea por violencia o no, tenemos:

INDICACION DE CESAREA	violencia		Total
	si	no	
Desproporción céfalo pélvica	0	2	2
Sufrimiento fetal agudo	6	4	10
ITS	0	1	1
Cesárea previa	3	10	13
Oligohidramnios	0	3	3
Presentación podálica	0	2	2
Preeclampsia	0	1	1
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>82</b>	<b>110</b>

Fuente: Guía de revisión documental de expediente clínico 2018

#### EFFECTOS DE LA VIOLENCIA EN EL RECIÉN NACIDO

##### Objetivo específico 4:

Identificar los efectos físicos en el recién nacido, que durante su gestación, su madre sufrió violencia.

En el test de comprobación de hipótesis, para la hipótesis nula de los componentes de efectos en el recién nacido, se encontró para sufrimiento fetal agudo  $p= 0.001$ , por lo que se rechaza la hipótesis nula de igualdad, y aceptamos la hipótesis alterna de la siguiente forma: ser víctima de violencia en el embarazo y no ser víctima de violencia en el embarazo no es igual para sufrimiento fetal agudo, con una magnitud del efecto de  $RR= 4.565$  (IC 95% 3.181-6.551). Para el resto de componentes se obtuvo una  $p >0.05$ , por lo que se aceptan las hipótesis nulas.

Observando los efectos en el recién nacido de ambas cohortes, se encontró que los efectos en el recién nacido más frecuentes fueron: Sufrimiento fetal agudo (32.14%), seguido por prematurez (21.43%) y tercero bajo peso al nacer (14.29%), a diferencia de las que no recibieron violencia que fue más frecuente la prematurez (8.33%), seguido por bajo peso al nacer (5.55%) y sufrimiento fetal agudo (0%), ver tabla 3.

**Tabla 3. Efectos físicos de la violencia en el recién nacido.**

<b>Efectos físicos en el recién nacido</b>	<b>Violencia si N= 28</b>	<b>Violencia no N= 72</b>	<b>p</b>
<b>Sufrimiento fetal agudo</b>			0.001
<b>Si</b>	5	0	
<b>No</b>	23	82	
<b>Bajo peso al nacer</b>			0.226
<b>Si</b>	4	4	
<b>No</b>	24	76	
<b>Prematurez</b>			0.103
<b>Si</b>	6	6	
<b>No</b>	22	75	
<b>Muerte fetal</b>			No calculable
<b>Si</b>	0	0	
<b>No</b>	28	82	
<b>Sepsis</b>			0.255
<b>Si</b>	1	0	
<b>No</b>	27	82	

Fuente: Guía de revisión documental de expediente clínico 2018

En la serie no se observó ningún caso de muerte fetal.

Al desglosar las violencias contra su relación al efecto en el recién nacido, se obtuvo que:

- Para violencia física se encontró bajo peso al nacer, se obtuvo una  $p=0.018$ , por lo que se rechaza la hipótesis nula de igualdad y se acepta la

hipótesis alterna de la siguiente forma: ser víctima de violencia física durante el embarazo y no ser víctima de violencia física durante el embarazo no es igual para bajo peso al nacer, con una magnitud del efecto de RR= 6.313 (IC 95% 1.931-20.631) que significa que ser víctima de violencia física durante el embarazo aumenta el riesgo de bajo peso al nacer en 6.3 veces más.

- Violencia psicológica con sufrimiento fetal agudo, se obtuvo una  $p= 0.008$ , por lo que se rechaza la hipótesis nula de igualdad y se acepta la hipótesis alterna de la siguiente forma: ser víctima de violencia psicológica durante el embarazo y no ser víctima de violencia psicológica durante el embarazo no es igual para sufrimiento fetal agudo, con una magnitud del efecto de RR= 17.00 (IC 95% 1.801-160.454).



## DISCUSIÓN

Como autores se considera que se logran los objetivos planteados inicialmente en el protocolo de estudio, de observar los efectos físicos en la mujer durante el embarazo y parto y los efectos en el recién nacido causados por ser víctima de violencia durante el embarazo. El diseño utilizado permitió realizar comprobación de hipótesis para evaluar la relación causa y efecto por lo que se considera que fue óptimo. Una limitante que se presentó fue que inicialmente, al calcular el tamaño de muestra, se introdujo que se quería observar una diferencia del 25% o más pero no menos, lo que afectó en que otras diferencias menores no fueran visibles estadísticamente hablando, introduciéndose un error beta, es decir, que se sacrificó la precisión, y es así como otros eventos parece que tienen diferencias, pero no se puede determinar si eso es debido al azar o si en verdad existe una diferencia.

Según la Organización Mundial de Salud, alrededor del 35% de las mujeres en el mundo han sufrido violencia por su pareja en algún momento de su vida(1). En el estudio Multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer, revela que más del 5% de las mujeres que habían estado embarazadas fueron víctimas de violencia(2). En éste estudio se encontraron datos similares al estudio de la OMS y superiores al estudio Multipaís, ya que una obtuvo una frecuencia de violencia global en todos sus tipos, del 25.5%, en un período de 3 meses.

Se tomaron las características demográficas de cada participante en el estudio, siendo la mediana global de edad de 22 años. No se encontraron diferencias en las características sociales ni demográficas entre ambas cohortes, lo que refleja que ni el tipo de unión marital, ni el nivel educativo están relacionados con que se sufra violencia por parte de la pareja.

En El Salvador, de acuerdo a datos de la Encuesta Nacional de Salud Familiar 2008 (FESAL), el 44% de las mujeres alguna vez casadas o acompañadas reportó que recibió maltratos verbales o psicológicos en la vida en pareja, el 24% reportó violencia física y el 12% violencia sexual por parte de alguna pareja o ex pareja(4). En éste estudio, el 18.2% de las mujeres casadas y el 21.5% acompañadas recibieron violencia psicológica durante el embarazo, ninguna mujer casada recibió violencia física, mientras que el 9.2% de las que están acompañadas sufrieron violencia física. Ninguna mujer casada sufrió de violencia sexual. Encontrando datos que son coherentes con los que se ha reportado en el país. Tipificando la violencia se observó que la violencia psicológica, que fue el tipo de violencia más frecuente con un 57%. Para poder explicar esto, es necesario remontarse a las teorías explicativas del origen de la IPV: feminista, conflicto, teoría del aprendizaje social, y una teoría criminológica recientemente presentada llamada coerción diferencial y apoyo social(24) (25) . La feminista es la que construye la teoría sobre la base de que la estructura social es patriarcado y por lo tanto las relaciones de poder son del hombre superior hacia la mujer inferior, pero también se podría apoyar en la teoría del aprendizaje social que va en la misma vía, que se refiera a que lo que se aprende a hacer viendo, se reproduce(24). Y si bien el presente estudio no profundizó en las teorías del origen de la IPV, siendo el nuestro, un país conocido por su estructura machista, el encontrar violencia, pero sobre todo psicológica en las IPV de la muestra, podría ser coherente con el hecho de que la sociedad enseña a ver a las mujeres como inferiores y sin derechos y los hijos reproducen dichos comportamientos. Sería adecuado hacer investigaciones sociales sobre el comportamiento de violencia.

Con respecto al objetivo de observar como la violencia influye en el embarazo y parto, se encontró que las complicaciones durante el parto están relacionadas con la violencia (p 0.036). En la hoja filtro y de seguimiento del puerperio, se definen como complicaciones durante el parto a una gran variedad de

complicaciones, por lo que no se puede precisar cuál fue la que más frecuentemente se presentó, lo que no permite hacer un debate fisiológico/psicológico sobre el fenómeno. Se puede destacar que el momento del parto ha sido mencionado como uno muy estresante, desde el punto de vista fisiológico y psicológico para la mujer, que va a lo desconocido, y que es entonces cuando la respuesta inflamatoria aumenta (los neutrófilos, monocitos y las células natural killers), así como la respuesta de migración quimiotáctica de los neutrófilos, por lo que algunos autores han denominado que el parto humano espontáneo es un proceso inflamatorio “caracterizado por signos moleculares consistentes con la sobreexpresión de genes involucrados en la inflamación y la quimiotaxis leucocitaria”(26). Todo esto además se acompaña de un aumento del cortisol que protege a la madre y al niño del estrés por lo que se buscan formas de aliviar este estrés para un adecuado parto (26). Niveles aumentados de stress pueden afectar el desenlace de un embarazo(18) pudiendo explicar los resultados observados.

Con respecto a los efectos físicos en el recién nacido, el de mayor frecuencia en las expuestas a violencia intrapareja durante el embarazo se encontró que en dicho grupo fue el sufrimiento fetal agudo ( $p=0.001$ ), tanto la VIP en general como la específicamente psicológica ( $p= 0.008$ ). La violencia durante el embarazo es un factor ambiental para la aparición de sufrimiento fetal agudo, ambos son un estado de estrés, y los estímulos estresantes pueden aumentar la vasoconstricción y disminuir el flujo sanguíneo, lo cual posiblemente conduce a un bajo porcentaje de oxígeno en la sangre fetal, siendo la hipoxia e hipoxemia fetal la fisiopatología principal del SFA(19).

En Nicaragua, un estudio del 2002-2004, reportó en los recién nacidos de embarazadas expuestas a violencia, un 13% de bajo peso al nacer ( $p 0.001$ ), y 4% de parto pretérmino ( $p 0.298$ ). En ésta investigación no se pudo observar una relación entre VIP global y prematurez ni bajo peso al nacer, ya que si bien

pareciera observarse una superioridad numérica en números relativos, la diferencia que se observa puede ser debida al azar y no ser verdadera. (9)

En un estudio del 2004, relacionaron el bajo peso al nacer con el aumento del número de veces que la mujer fue maltratada durante el embarazo (de 1 a 3 actos de violencia el RR es de 2.1) (9). En éste estudio, al desglosar los casos según tipo de violencia, se encontró una relación entre bajo peso al nacer y violencia física ( $p= 0.018$ ), con un RR de 6.6, para sufrir bajo peso al nacer en el caso de ser víctima de violencia física durante el embarazo, mayor que el reportado en el estudio de Nicaragua.

Ninguna paciente presentó desnutrición materna, placenta previa o muerte fetal durante el estudio.

## CONCLUSIONES

- El 25.5% de las pacientes que llegaron a su inscripción puerperal sufrió violencia durante el embarazo. El tipo de violencia más frecuente fue la psicológica con el 57%. Sin embargo, un 39.2% recibe más de un tipo de violencia.
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las características demográficas y la exposición de violencia, lo que indica que la violencia de pareja durante el embarazo puede suceder independiente de la edad, estado civil y nivel educativo de la mujer.
- Las complicaciones durante el parto están asociadas a la violencia en la mujer durante el embarazo y parto.
- El sufrimiento fetal como efecto físico del recién nacido está asociado a la violencia en la mujer durante el embarazo y parto.

## RECOMENDACIONES

- Profundizar en proyectos de investigación analíticos con tamaños de muestra más grandes para observar efectos que pueden ser introducidos luego con evidencia científica fuerte en programas de prevención
- Al personal de salud, realizar en cada control prenatal la búsqueda activa de la violencia en la embarazada llenando su respectivo tamizaje, ya que puede ocurrir en cualquier momento del embarazo.
- Dar una atención con calidez que permita a la mujer tener la apertura para expresar si ha sido víctima de violencia y pueda recibir ayuda.
- Hacer protocolos de atención del parto y del recién nacido, considerando a las mujeres víctimas de violencia intrapareja como partos de riesgo.

### A la UCSFI Unicentro Soyapango:

- Promover el control prenatal en las usuarias de la UCSF I Unicentro Soyapango para detectar precozmente violencia en el embarazo, así como sus consecuencias tanto en la madre como el recién nacido.
- Capacitar por medio de educación continua a los recursos que tienen contacto con mujeres víctimas de violencia y en especial embarazadas, ya que son estos prestadores de servicios quienes pueden detectar casos en los cuales exista este fenómeno.
- Trabajar en los clubes o círculos de embarazadas, en especial a adolescentes, el tema de la prevención de la violencia; formas de la misma y consecuencias.

### A la fiscalía, policía y al país:

- Hacer campañas de prevención y control de la violencia intrapareja a nivel de los hombres hacia sus parejas y hacia todas las mujeres.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer [Internet]. World Health Organization. [citado 4 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. Organización Mundial de la Salud. Resumen del Informe: estudio multipaíses de la OMS sobre salud de la Mujer y violencia doméstica [Internet]. 2005 [citado 4 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/gender/documents/es/>
3. Programa Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres - Conceptos Básicos [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2018]. Disponible en: [http://www.isdemu.gob.sv/index.php?Itemid=212&id=159&lang=es&limitstart=1&option=com\\_content&view=article](http://www.isdemu.gob.sv/index.php?Itemid=212&id=159&lang=es&limitstart=1&option=com_content&view=article)
4. Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer. Informe sobre el Estado y Situación de la Violencia contra las Mujeres en El Salvador [Internet]. Disponible en: [www.transparencia.gob.sv/institutions/...salvadoreno-para-el...de-la-mujer/.../download...](http://www.transparencia.gob.sv/institutions/...salvadoreno-para-el...de-la-mujer/.../download...)
5. Infogen. Violencia y Embarazo [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://infogen.org.mx/violencia-y-embarazo/>
6. ley especial integral para una vida libre de violencia para las mujeres\_web.pdf [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2018]. Disponible en: [http://www.pgr.gob.sv/genero/descargas/ley%20especial%20integral%20para%20una%20vida%20libre%20de%20violencia%20para%20las%20mujeres\\_web.pdf](http://www.pgr.gob.sv/genero/descargas/ley%20especial%20integral%20para%20una%20vida%20libre%20de%20violencia%20para%20las%20mujeres_web.pdf)
7. Moreta AI. Desmontando mitos: La violencia de género durante el embarazo [Internet] [Tesis maestría]. Universidad de Salamanca; 2013. Disponible en: [https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/122420/1/TFM\\_IzquierdoMoreta\\_Desmontando.pdf](https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/122420/1/TFM_IzquierdoMoreta_Desmontando.pdf)
8. Pallitto CC, Garcia-Moreno C, Jansen H AFM, Heise L, Ellsberg M, Watts C, et al. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Int J Gynaecol Obstet.* enero de 2013;120(1):3-9.
9. Velasco Juez MC. Violencia de pareja durante el embarazo en mujeres que dan a luz en hospitales públicos de Andalucía [Internet] [Tesis doctoral]. [Granada]: Universidad de Granada; 2015. Disponible en: [digibug.ugr.es/bitstream/10481/40120/1/24703308.pdf](http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/40120/1/24703308.pdf)
10. Muhajarine N., D'Arcy C. Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. *CMAJ.* abril de 1999;160(7):1007-11.

11. Puente-Martínez A, Ubillos-Landa S, Echeburúa E, Páez-Rovira D. Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *An Psicol.* enero de 2016;32(1):295-306.
12. PSanitarioVG2012.pdf [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/fr/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>
13. Janssen PA , et al, Holt VL, Sugg NK, Emanuel I, Critchlow CM, Henderson AD. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* mayo de 2003;188(5):1341-7.
14. Arcos E. , et al. [Impact of domestic violence on reproductive and neonatal health]. *Rev Med Chil.* diciembre de 2001;129(12):1413-24.
15. Cripe SM , et al, Sanchez SE, Perales MT, Lam N, Garcia T, Williams MA. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *Int J Gynaecol Obstet.* febrero de 2008;100(2):104-8.
16. Cuevas S. , et al. [Violence and pregnancy in female users of Ministry of Health care services in highly deprived states in Mexico]. *Salud Publica Mex.* 2006;48(Suppl 2):S239-49.
17. Hoang TN , et al, Van TN, Gammeltoft T, W Meyrowitsch D, Nguyen Thi Thuy H, Rasch V. Association between Intimate Partner Violence during Pregnancy and Adverse Pregnancy Outcomes in Vietnam: A Prospective Cohort Study. *Plos One.* septiembre de 2016;11(9):e0162844.
18. Donovan BM, Spracklen CN, Schweizer ML, Ryckmann KK, Saftlas AF. Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* julio de 2016;123(8):1289-99.
19. Hill A. , et al, Pallito C, McCleary-Sills J, Garcia-Moreno C. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. - PubMed - NCBI. *Int J Gynaecol Obstet.* junio de 2016;133(3):269-76.
20. Valladares E. , et al, Peña R, Ellsberg M, Persson LA, Högberg U. Neuroendocrine response to violence during pregnancy--impact on duration of pregnancy and fetal growth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(7):818-23.
21. Gaignic-Philippe R. , et al. Effects of prenatal stress on fetal and child development: a critical literature review. *Neurosci Biobehav Rev.* junio de 2014;43:137-62.
22. Holzman C, Senagore P, Tian Y, Bullen B, Devos E, Leece C. Maternal catecholamine levels in midpregnancy and risk of preterm delivery. *Am J Epidemiol.* octubre de 2009;170(8):1014-24.



23. Ministerio de Salud de El Salvador S. LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER EN EL PERÍODO PRECONCEPCIONAL, PARTO, PUERPERIO Y AL RECIÉN NACIDO [Internet]. Disponible en:  
[http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos\\_prenatal\\_parto\\_postparto\\_recien\\_nacido.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_prenatal_parto_postparto_recien_nacido.pdf)
24. Rakovec-Felser Z. Domestic Violence and Abuse in Intimate Relationship from Public Health Perspective. *Health Psychol Res* [Internet]. 22 de octubre de 2014 [citado 7 de septiembre de 2018];2(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4768593/>
25. Zavala E, Kurtz DL. Applying Differential Coercion and Social Support Theory to Intimate Partner Violence: J Interpers Violence [Internet]. 21 de septiembre de 2017 [citado 7 de septiembre de 2018]; Disponible en:  
[http://login.research4life.org/tacsgr0journals\\_sagepub\\_com/doi/abs/10.1177/0886260517731314?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed](http://login.research4life.org/tacsgr0journals_sagepub_com/doi/abs/10.1177/0886260517731314?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed)
26. Benfield RD, Newton ER, Tanner CJ, Heitkemper MM. Cortisol as a Biomarker of Stress in Term Human Labor: Physiological and Methodological Issues. *Biol Res Nurs*. 1 de enero de 2014;16(1):64-71.

# ANEXOS

ANEXO 1. GUÍA DE REVISIÓN DE EXPEDIENTE CLÍNICO. COD. 001

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
UNIDAD CENTRAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA  
DOCTORADO EN MEDICINA

TEMA: EFECTOS FÍSICOS EN EL EMBARAZO, PARTO Y RECIÉN NACIDO DE LA VIOLENCIA DE PAREJA, EN PUÉRPERAS EN CONTROL EN LA UCSF SOYAPANGO, MAYO-AGOSTO 2018.

Fecha:

## A. DATOS GENERALES:

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Estado civil: Casada      Acompañada      Viuda      Soltera

3. Nivel educativo: Primaria      Secundaria      Bachillerato      Universitario

### 4. Historia obstétrica:

Gestaciones previas \_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_ Partos \_\_\_\_ Prematuros \_\_\_\_ Vivos \_\_\_\_

Partos vaginales \_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_ Fin de último embarazo \_\_\_\_

5. Controles prenatales: # CPN \_\_\_\_\_ Semanas de inicio \_\_\_\_\_

## B. VIOLENCIA

6. ¿Recibió algún tipo de violencia durante el embarazo? Sí      No

### 7. ¿Qué tipo de violencia recibió?

Violencia sexual      Violencia económica

Violencia física      Violencia psicológica

### C. EFECTOS FÍSICOS EN LA MADRE

**8. ¿Cuál de los siguientes efectos o complicaciones sufrió durante el embarazo y/o parto?**

Amenaza de parto prematuro Sí  No

Infecciones vaginales, cervicales o de vías urinarias

Sí  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Traumas Sí  No  ¿En qué parte? \_\_\_\_\_

Hemorragia del tercer trimestre Sí  No

Complicación de enfermedades crónicas Sí  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
(Preclamsia, diabetes gestacional)

Sufrimiento fetal Sí  No

Ruptura prematura de membrana Sí  No

Desnutrición Sí  No

Retraso en el control prenatal Sí  No

Placenta previa Sí  No

Infección uterina Sí  No

Complicaciones durante el parto (inducción del parto; cesárea) Sí  No

**9. ¿Cuál es la edad gestacional del producto nacido? \_\_\_\_\_**

**10. ¿Cómo fue el inicio del parto?** Inducido  Espontáneo

**11. ¿Cómo fue la terminación del embarazo?** Espontánea  CBT

**12. En caso de cesárea ¿Cuál fue el diagnóstico de indicación?**

\_\_\_\_\_

#### **D. EFECTOS EN EL RECIEN NACIDO**

**13. ¿Cuál de los siguientes efectos sufrió el recién nacido?**

Bajo peso al nacer Sí  No

Prematurez Sí  No

Sufrimiento fetal Sí  No

Muerte fetal Sí  No

ANEXO 2. HOJA FILTRO. CONTROL PRENATAL.



ANEXO N° 3



CONTROL PRENATAL. HOJA FILTRO

Nombre de la Paciente: _____					No. de Expediente: _____									
Dirección: _____					Tel. _____									
<p>Instrucciones: La sección "Antecedentes Obstétricos" la llenará sólo durante la inscripción. Las 2 secciones restantes serán llenadas durante la inscripción y los controles prenatales subsecuentes. Marque con una cruz la casilla correspondiente según responda la embarazada.</p> <p>La respuesta afirmativa de 1 ó más criterios significa que la mujer No es elegible para recibir Control Prenatal Básico (En el Primer Nivel). Refiérala al Control Prenatal Especializado (Utilizando la hoja de referencia y retorno) con ECO-E, Unidad de salud con ginecólogo, hospital de Segundo o Unidad periférica del ISSS. Si el ginecólogo considera que debe continuar en control prenatal especializado deberá llenar una nueva hoja filtro y actualizarla según corresponda.</p> <p>Para el ISSS, Se referirá para el Tercer Nivel de Atención las que presenten los numerales 2,6,10,12,13,14,15,16,19,22,29,30 y 31 positivos, excepto cesárea anterior</p>														
<b>I. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</b>					1°		2°		3°		4°		5°	
					<b>FECHA</b>									
					NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
1. Muerte Fetal o muerte neonatal previa.														
2. Antecedentes de 2 ó más abortos espontáneos previos.														
3. Peso al nacer del último bebé < 2,500 gr (<5.4 lb)														
4. Peso al nacer del último bebé > 4,000 gr (>8.62 lb)														
5. Hipertensión o preeclampsia/eclampsia en embarazo(s) anterior(es)														
6. Cirugías previas del tracto reproductivo: miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea previa, cerclaje cervical.														
7. Antecedentes de parto prematuro o inmaduro.														
8. Antecedente de parto difícil (Presentación anormal, duración mayor a 24 horas, desgarros grado III-IV)														
9. Antecedente de hemorragia postparto en embarazos previos.														
10. Madre Rh (-) con antecedente de Isoinmunización Rh														
11. Malformaciones congénitas previas														

II. HISTORIA MÉDICA GENERAL	1°		2°		3°		4°		5°	
	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
1. Diabetes ( tipo I ,II o Gestacional)										
2. Trastornos neurológicos (Epilepsia, paraplejia, ACV previo, anomalías de columna, entre otros)										
3. Trombosis venosa profunda (actual o previa).										
4. Cardiopatía (Congénita o adquirida)										
5. Consumo de drogas o alcohol.										
6. Trastornos depresivos.										
7. Trastornos de ansiedad.										
8. Cualquier otra enfermedad o afección médica severa Por favor especifique _____										
	1°		2°		3°		4°		5°	
III. EMBARAZO ACTUAL	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
9. Embarazada < 15 años ó >35 años de edad										
10. Estado nutricional (IMC< 18.5 Kg/m2 ó > 40 Kg/m2)										
11. Presión arterial ≥ 140/90 mm de Hg.										
12. Violencia basada en género (Intrafamiliar / Sexual)										
13. Embarazo no deseado										
14. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple										
15. Discordancia entre edad gestacional y altura uterina o sospecha de Restricción de Crecimiento intrauterino										
16. Diagnóstico o sospecha de parto prematuro o inmaduro										
17. Hemorragia Vaginal.										
18. Infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA, sífilis)										
19. Existencia de otros signos/síntomas de alarma: dolor de cabeza; dolor en epigastrio o hipocondrio derecho; problemas visuales: visión doble, visión borrosa, escotomas, fosfenos y amaurosis.										
20. Masa Pélvica										
¿ES ELEGIBLE PARA CONTROL PRENATAL BASICO?										
Si la respuesta a la pregunta anterior es NO, será referida al establecimiento: _____										

# ANEXO 3. CARNÉ MATERNO PERINATAL.

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS										IDENTIFICACION HISTORIA CLÍNICA																					
NOMBRE				FECHA DE NACIMIENTO dia mes año		ETNIA mestiza <input type="radio"/> indígena <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> otra <input type="radio"/>		LSE Y ESCRIBE si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		ESTUDIOS ninguno <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secundaria <input type="radio"/> univers. <input type="radio"/> años en el mayor nivel <input type="radio"/>		ESTADO CIVIL casada <input type="radio"/> unión libre <input type="radio"/> soltera <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/>		CONTROL PERINATAL EN PARTO EN																	
DIRECCION				EDAD (años) [ ] < de 20 [ ] > de 35 [ ]						REGIMEN		CONT.		SUE.		MN.		OTRO													
MUNICIPIO				TELEF.								NOMBRE EPSARS																			
<b>ANTECEDENTES</b>										FIN EMBARAZO ANTERIOR																					
FAMILIARES		PERSONALES		OBSTETRICOS		gastas previas		abortos		vaginales		nacidos vivos		viven		menor de 1 año		más de 5 años													
no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>													
VIH <input type="radio"/>		diabetes <input type="radio"/>		hipertensión <input type="radio"/>		enfermedades renales <input type="radio"/>		enfermedades hepáticas <input type="radio"/>		enfermedades cardíacas <input type="radio"/>		enfermedades pulmonares <input type="radio"/>		enfermedades neurológicas <input type="radio"/>		enfermedades autoinmunes <input type="radio"/>		enfermedades infecciosas <input type="radio"/>		enfermedades oncológicas <input type="radio"/>											
último previsto < 2500g <input type="radio"/>		último previsto > 4000g <input type="radio"/>		último previsto ge melares <input type="radio"/>		último previsto 3 espont. consecutivos <input type="radio"/>		último previsto partos <input type="radio"/>		último previsto cesáreas <input type="radio"/>		último previsto nacidos muertos <input type="radio"/>		último previsto nacidos vivos <input type="radio"/>		último previsto muertos <input type="radio"/>		último previsto nacidos vivos <input type="radio"/>		último previsto nacidos vivos <input type="radio"/>											
EMBARAZO PLANEADO O DESEADO <input type="radio"/> no <input type="radio"/>										FRACASO DE METODO ANTICONCEPTIVO <input type="radio"/> no <input type="radio"/>																					
no usa <input type="radio"/> barrera <input type="radio"/> DIU <input type="radio"/> hormonal <input type="radio"/> emergencia <input type="radio"/> natural <input type="radio"/> ligadura <input type="radio"/> no aplica <input type="radio"/>																															
<b>GESTACION ACTUAL</b>				EG CONFIABLE por FUM Eco-2ds		ANTITETANICA vigente si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		Ex. NORMAL si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		HÁBITOS		CIGARRILLOS		ALCOHOL		DROGAS		Cualquier?													
PESO ANTERIOR Kg		TALLA (cm)		FUM		DOSIS 1ª 2ª		Mama <input type="radio"/> Clavik <input type="radio"/>		Odont. <input type="radio"/> Mamas <input type="radio"/> Clavik <input type="radio"/>		positiva <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>													
GRUPO Rh		CITOLOGIA		VIH		VDRL/RPR		PRUEBA TREPONÉMICA		Hb < 20 sem		Hb > 20 sem		AgSHB		TEST O SULLIVAN		UROCULTIVO		D y G Flujo VAG.											
sensibilizada <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		+ <input type="radio"/> - <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		+ <input type="radio"/> - <input type="radio"/>		Subtitulo <input type="radio"/> Resultado <input type="radio"/>		+ <input type="radio"/> - <input type="radio"/>		+ <input type="radio"/> - <input type="radio"/>		Subtitulo <input type="radio"/> Resultado <input type="radio"/>		+ <input type="radio"/> - <input type="radio"/>		+ <input type="radio"/> - <input type="radio"/>		+ <input type="radio"/> - <input type="radio"/>											
dia mes año		edad gest.		p r e a l i d n a r t a s i s i		altura cefálica		presente día		FCV		movim. fetales		Hernia		Anio Bico		Caldo		signos de alarma, exámenes, tratamientos		Nombre del profesional		próxima cita							
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
<b>PARTO ABORTO</b>										CORTICOIDES ANTENATALES		INICIO T de P espontáneo		RUPURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO		HORAS ENTRE RUPURA Y PARTO		EDAD GEST al parto		PRESENTACION cefálica		ACOMPANANTE EN T de P									
FECHA DE INGRESO		CONSULTAS PRE-NATALES total		NO HOSPITALIZACIÓN EMBARAZO		ciclo único completo		ciclo único incompleto		semana inicio		Inducido		dia mes año		< 37 sem		* 12 hs		semanas		días		pelviana		familiar		otro		ninguno	
CARNÉ si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		anteparto <input type="radio"/> parto <input type="radio"/>		hora		min		dia mes año		MULTIPLE orden		fotos		espontáneo		cesárea		epidural		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO		INDUCCION		OPERATORIO							
POSICION PARTO sentada <input type="radio"/> acostada <input type="radio"/>		PRESENTACION cefálica <input type="radio"/> pélvica <input type="radio"/> transversa <input type="radio"/>		DESGARROS Grado (1 a 4)		QUÉJIDAS EN ALIMENTAMIENTO		PLACENTA completa <input type="radio"/> retenida <input type="radio"/>		LIGADURA CORDON 1-2 m <input type="radio"/>		Oxidación T. de p.		Análisis de sangre		Análisis de orina		Análisis de heces		Análisis de leche		Subtitulo		Tratamiento		Otras		Especificar		SE HIZO PARTOGRAMA si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>	
<b>NOTAS</b>										<b>ENFERMEDADES</b>																					
										HTA crónica <input type="radio"/> HTA gestacional <input type="radio"/> preeclampsia <input type="radio"/> eclampsia <input type="radio"/> cardiopatía hipertensiva <input type="radio"/> diabetes <input type="radio"/> anemia <input type="radio"/> otras graves <input type="radio"/>																					
										Infancia litmiada <input type="radio"/> amenaza parto puerp. <input type="radio"/> R.C.I.U. <input type="radio"/> Ruptura prem de membranas <input type="radio"/> coarct. aorta <input type="radio"/> amniocitis <input type="radio"/> otras graves <input type="radio"/>																					
										HEMORRAGIA 1er Trm <input type="radio"/> 2er Trm <input type="radio"/> 3er Trm <input type="radio"/>																					
										Bacteriuria <input type="radio"/> no se hizo <input type="radio"/>																					
<b>RECÉN NACIDO</b>										PER. CEFALICO		E.G. CONFIABLE		PESO E.C.		APGAR		REANIMACION		FALLECE EN SALA DE PARTO		ATENCIÓN		NOMBRE DEL PROFESIONAL							
SEXO		PESO AL NACER		TALLA		FUM		E.C.O		1er min		2er min		Vitalidad		Muestrado		hora		min		°C		pulso		PA		Invol. uter		logos	
no definido <input type="radio"/>		menor a 2500 g <input type="radio"/> mayor a 4000 g <input type="radio"/>		cm		cm		cm		cm		cm		cm		cm		cm		cm		cm		cm		cm		cm		cm	
DEFECTOS CONGÉNITOS		ENFERMEDADES		TAMIZACION NEONATAL NORMAL		VIH		AgSHB		MORL o RPR		TSH		Hiper Bilir.		Mecorion		Bicapa		Bicapa		Bicapa		Bicapa		Bicapa		Bicapa			
ninguno <input type="radio"/>		ninguno <input type="radio"/>		Solicitado <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Solicitado <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Solicitado <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Solicitado <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Solicitado <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Solicitado <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Solicitado <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Solicitado <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Solicitado <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Solicitado <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Solicitado <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Solicitado <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Solicitado <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
VITAMINA K		GRUPO		PROFESOR		NOTAS		LACTANCIA		VACINAS		PESAJAL		EGRESO		EGRESO		EGRESO		EGRESO		EGRESO		EGRESO		EGRESO		EGRESO			
si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>			
vivo <input type="radio"/> fallece después de traslado <input type="radio"/>		vivo <input type="radio"/> fallece después de traslado <input type="radio"/>		vivo <input type="radio"/> fallece después de traslado <input type="radio"/>		vivo <input type="radio"/> fallece después de traslado <input type="radio"/>		vivo <input type="radio"/> fallece después de traslado <input type="radio"/>		vivo <input type="radio"/> fallece después de traslado <input type="radio"/>		vivo <input type="radio"/> fallece después de traslado <input type="radio"/>		vivo <input type="radio"/> fallece después de traslado <input type="radio"/>		vivo <input type="radio"/> fallece después de traslado <input type="radio"/>		vivo <input type="radio"/> fallece después de traslado <input type="radio"/>		vivo <input type="radio"/> fallece después de traslado <input type="radio"/>		vivo <input type="radio"/> fallece después de traslado <input type="radio"/>		vivo <input type="radio"/> fallece después de traslado <input type="radio"/>		vivo <input type="radio"/> fallece después de traslado <input type="radio"/>		vivo <input type="radio"/> fallece después de traslado <input type="radio"/>			
NOMBRE DEL PROFESIONAL		NOMBRE DEL PROFESIONAL		NOMBRE DEL PROFESIONAL		NOMBRE DEL PROFESIONAL		NOMBRE DEL PROFESIONAL		NOMBRE DEL PROFESIONAL		NOMBRE DEL PROFESIONAL		NOMBRE DEL PROFESIONAL		NOMBRE DEL PROFESIONAL		NOMBRE DEL PROFESIONAL		NOMBRE DEL PROFESIONAL		NOMBRE DEL PROFESIONAL		NOMBRE DEL PROFESIONAL		NOMBRE DEL PROFESIONAL		NOMBRE DEL PROFESIONAL			

EL COLOR AMARILLO SIGNIFICA ALERTA

ANEXO 4. HOJA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA.

<b>EN EL ULTIMO AÑO...</b>	<b>SI LA RESPUESTA ES POSITIVA...</b>	<b>DESDE QUE ESTÁ EMBARAZADA...</b>
¿Alguna vez ha sido usted humillada, avergonzada, prohibida de ver a amigos, o hacer cosas que a usted le interés?	PREGUNTE SI...	¿Alguna vez ha sido usted humillada, avergonzada, prohibida de ver a amigos, o hacer cosas que a usted le interés?
¿Ha sido usted golpeada, o lastimada por alguien?	PREGUNTE SI...	¿Ha sido usted golpeada, o lastimada por alguien?
¿Ha sido usted forzada a tener actividades sexuales?	PREGUNTE SI...	¿Ha sido usted forzada a tener actividades sexuales?
¿Se ha sentido preocupada por la seguridad de sus hijos?	PREGUNTE SI...	¿Se ha sentido preocupada por la seguridad de sus hijos?
¿Ha tenido usted miedo de su pareja o de alguna otra persona?	PREGUNTE SI...	¿Ha tenido usted miedo de su pareja o de alguna otra persona?

Fuente. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido. El Salvador. MINSAL.



## ANEXO 5. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL SUJETO DE INVESTIGACIÓN



### UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA DE MEDICINA

#### Informativo para el participante

Reciba un saludo cordial de parte de la Universidad de El Salvador, que en este momento está realizando la investigación **“Efectos físicos en el embarazo, parto y recién nacido de la violencia de pareja, en puérperas en control en la UCSF Soyapango, mayo-agosto 2018”** Realizada por la investigadora principal Johanna Medrano, con el Teléfono: 76422350 y su correo: johannamedrano@hotmail.com

La violencia de pareja se trata de un problema social y de derechos humanos además de ser un problema de salud pública con altos costos. Se torna aún más importante el impacto cuando se enfoca en las mujeres embarazadas, debido a que la violencia no solo podría afectar a la madre, sino también al recién nacido.

La presente investigación mostrara los efectos físicos de la violencia sobre la salud de la mujer en el embarazo y parto, además del recién nacido. En el país no existen investigaciones similares.

La duración del Estudio es de junio-agosto de 2018 y sus participantes serán todas las mujeres que lleguen a su control posparto en el tiempo establecido.

El estudio analizara las complicaciones durante el embarazo y los problemas de salud del recién nacido y los relacionara con los antecedentes de violencia durante el embarazo, para ello se revisara los expedientes clínicos. El estudio se entregará a las instituciones colaboradoras, pero si usted lo desea podrá enviársele una copia por correo, escribiendo al correo de la investigadora principal mencionada anteriormente.

Si desea participar tendrá los derechos del envío del estudio vía correo electrónico, y a la confidencialidad de sus datos, para ello ninguna información recolectada tienen identificación de su persona. Además se garantizara la destrucción de toda la información originada para la realización de la investigación, después del cumplimiento de las evaluaciones correspondientes.

Para usted no tendrá ningún costo agregado, además su participación voluntaria y usted tendrán la libre decisión de participar o no en el estudio, sin afectar su control médico.

Ante cualquier duda o pregunta en lo referente al presente estudio, se pondrán a la disposición el teléfono y correo mencionado anteriormente, agradecemos de antemano su valiosa colaboración en el desarrollo de la presente investigación.

ANEXO 6. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA**

Consentimiento informado

**Tema: “Efectos físicos en el embarazo, parto y recién nacido de la violencia de pareja, en puérperas en control en la UCSF Soyapango, mayo-agosto 2018”**

**Objetivo:** mostrara los efectos físicos de la violencia sobre la salud de la mujer en el embarazo y parto, además del recién nacido

**Participante**

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de aceptar o no participar de la investigación, sin que afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del participante:

\_\_\_\_\_

Firma del participante:

\_\_\_\_\_

Fecha (Día/Mes/Año): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Testigo**

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo:

\_\_\_\_\_

Firma del testigo:

\_\_\_\_\_

Fecha (Día/Mes/Año): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Declaración del investigador/ persona que toma el consentimiento**

He leído con precisión la hoja de información al participante potencial y, en la medida de mis posibilidades, me asegure de que el participante entienda que se hará lo siguiente.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Confirmo que el participante tuvo la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio y todas las preguntas hechas por el participante han sido contestadas correctamente y en lo mejor de mi capacidad. Confirmo que el individuo no ha sido obligado a dar su consentimiento y el consentimiento ha sido dado libre y voluntariamente. Se ha proporcionado una copia de este formulario de consentimiento informado al participante.

Nombre del investigador/ persona que toma el consentimiento:

\_\_\_\_\_

Firma del investigador/ persona que toma el consentimiento:

\_\_\_\_\_

Fecha (Día/Mes/Año): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## ANEXO 7. INFORMACIÓN PARA ASENTIMIENTO INFORMADO OMS



### UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA DE MEDICINA

#### Consentimiento informado

Este documento de asentimiento informado es para adolescentes de entre 12 y 18 años, que asisten a la UCSFI Unicentro Soyapango a su inscripción y/o control puerperal, a los cuales se les invita a participar en la investigación **“Efectos físicos en el embarazo, parto y recién nacido de la violencia de pareja, en puérperas en control en la UCSF Soyapango, mayo-agosto 2018”**

**Investigador Principal:** Johanna Medrano

#### 1. Informativo para el participante

Reciba un saludo cordial de parte de la Universidad de El Salvador, que en este momento está realizando la investigación **“Efectos físicos en el embarazo, parto y recién nacido de la violencia de pareja, en puérperas en control en la UCSF Soyapango, mayo-agosto 2018”** Llevada a cabo por la investigadora principal Johanna Medrano, con el Teléfono: 76422350 y su correo:

Se ha consultado previamente con su padre/madre/encargado ya que es necesario que él/ella de su aprobación para que usted pueda participar en este estudio.

La presente investigación tiene por objetivo mostrar los efectos físicos de la violencia sobre la salud de la mujer durante el embarazo y parto, además en el recién nacido, ya que en el país no existen investigaciones similares.

Para usted no tendrá ningún costo agregado, además su participación es voluntaria y usted tendrán la libre decisión de participar o no en el estudio, sin afectar su control médico.

Ante cualquier duda o pregunta en lo referente al presente estudio, se pondrán a la disposición el teléfono y correo mencionado anteriormente, agradecemos de antemano su valiosa colaboración en el desarrollo de la presente investigación.

He preguntado al niño/a y entiende que su participación es voluntaria\_\_\_\_\_

Se realizará revisión de su expediente clínico para la obtención de la información que se precisa para la investigación y será plasmada en un documento en el que no se mencionaran datos personales, la información obtenida será resguardada para mantener todos sus datos protegidos y tendrá derecho a recibir una copia del estudio si lo solicita.

Si elegiste ser parte de esta investigación, también te daré una copia de esta información para ti. Puedes pedir a tus padres que lo examinen si quieres.

ANEXO 8. ASENTIMIENTO INFORMADO OMS



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA**

**Formulario de asentimiento informado.**

Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo.  
Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído esta información (o se me ha leído la información) y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo. Acepto participar en la investigación.

“Yo no deseo participar en la investigación y no he firmado el asentimiento que sigue” \_\_\_\_\_

Iniciales del niño/menor

Solo si el niño/a asiente:

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

Firma del niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_/\_\_/\_\_

Si es analfabeto:

He sido testigo de la lectura exacta del documento de asentimiento al participante potencial y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que ha dado su asentimiento libremente.

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

He leído con precisión o presenciado la lectura precisa del formulario de consentimiento al participante potencial, y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado su consentimiento libremente.

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

Firma del investigador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

Declaración del investigador / persona que toma el consentimiento

He leído con precisión la hoja de información al participante potencial y, en la medida de mis posibilidades, me aseguré de que el niño entienda que se hará lo siguiente:

1. Revisión de su expediente clínico.
2. Uso de información relevante para la investigación de manera confidencial resguardando el derecho a la privacidad.

Confirmando que al niño se le dio la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio, y todas las preguntas hechas por él/ella han sido contestadas correctamente y en lo mejor de mi capacidad. Confirmando que el individuo no ha sido obligado a dar su consentimiento y el consentimiento ha sido dado libre y voluntariamente. Se ha proporcionado una copia de este formulario de consentimiento al participante.

Nombre del investigador/persona que toma el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador/persona que toma el consentimiento

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

Copia proporcionada al participante \_\_\_\_\_

El padre/tutor ha firmado un consentimiento informado

Sí \_\_\_ No \_\_\_\_\_



