



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**TÍTULO:**

**“VIOLENCIA EN EMBARAZADAS Y EFECTOS  
MATERNO-PERINATALES EN USUARIAS DEL  
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO  
AYORA DE LOJA 2014”.**

**TITULO DE MEDICO GENERAL**

**AUTORA:**

**JOHANNA PAULINA JIMÉNEZ HIDALGO**

**DIRECTOR:**

**DR. TITO GOBERTH CARRIÓN DÁVILA, Mg. Sc.**

**1859**  
**LOJA – ECUADOR**  
**2015**

## CERTIFICACIÓN

Dr. Tito Carrión

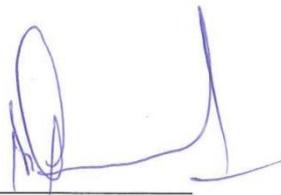
**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.**

### **CERTIFICA:**

Que la tesis titulada **“VIOLENCIA EN EMBARAZADAS Y EFECTOS MATERNO-PERINATALES EN USUARIAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA 2014”**, elaborada por Johanna Paulina Jiménez Hidalgo, la misma cumple con lo estipulado en el Reglamento Académico de la Universidad Nacional de Loja, en tal virtud autorizo su presentación para la continuación de los tramites regulares como requisito para la obtención de título de Médico General.

Loja, 6 de Noviembre del 2015.

Atentamente.



Dr. Tito Gobeth Carrión Dávila, Mg. Sc.

**DIRECTOR DE TESIS**

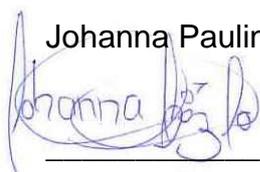
## AUTORÍA

Yo, Johanna Paulina Jiménez Hidalgo, egresada de la Carrera de Medicina Humana, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual

**Autora:** Johanna Paulina Jiménez Hidalgo

**Firma:**



---

**Cedula:** 1104725278

**Fecha:** Loja, 6 d Noviembre del 2015.

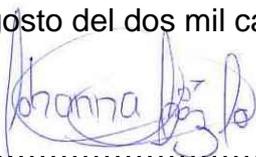
**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.**

Yo, **Johanna Paulina Jiménez Hidalgo**, declaro ser autora de la Tesis titulada: **“Violencia en embarazadas y efectos materno-perinatales en usuarias del servicio de ginecología del Hospital Isidro Ayora de Loja 2014”**. Como requisito para optar al Grado de: MÉDICO GENERAL autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la Tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 28 días del mes de agosto del dos mil catorce, firma la autora.

**FIRMA:**.....

**AUTOR:** Johanna Paulina Jiménez Hidalgo

**CÉDULA:** 1104725278

**DIRECCIÓN** Trinidad y Tobago entre Colombia y Brasil

**CORREO ELECTRÓNICO:** [johanie3003@hotmail.com](mailto:johanie3003@hotmail.com)

**TELÉFONO:** 2683401 **CELULAR:** 0980388165

**DATOS COMPLEMENTARIOS**

**DIRECTOR DE TESIS:** Dr. Tito Goberth Carrión Dávila, Mg. Sc. Esp. Patologí

**TRIBUNAL DE GRADO:**

**Presidente:** Dr. Guillermo Enrique Coronel Astudillo, Mg. Sc.

**Vocal:** Dra. Alba Guerrero Iñiguez, Mg. Sc.

**Vocal:** Dr. Byron Patricio Garcés Loyola, Mg. Sc.

## DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres Víctor y Bachita, por darme la vida, amarme, creer en mí, porque siempre me apoyan y por darme una carrera para mi futuro, todo esto se los debo a ustedes. También a mi esposo Luis y mi hija Eloísa Anabella, quienes fueron el impulso, pues su amor incondicional y paciencia formaron parte de este logro tan anhelado.

***La autora.***

## **AGRADECIMIENTO**

Las personas por si solas no pueden tener éxito, y yo no soy la excepción todos tenemos la capacidad para alcanzar nuestras metas pero necesitamos de las oportunidades que se nos presenten, también de las motivaciones para seguir triunfando en la vida.

Por esas razones en mi trabajo de investigación agradezco a Dios por estar presente en cada momento de mi vida.

Agradezco también a mis padres que pusieron su confianza en mí y fueron pilares fundamentales para lograr esta meta; a mi esposo e hija que fueron mi apoyo día a día, que con sus palabras me impulsaron a no rendirme nunca.

A mi bella Universidad por abrir las puertas a las personas emprendedoras, que buscan realizarse profesionalmente; a mi Director de Tesis por ser mi maestro y guía en el desarrollo del proyecto de investigación.

***La autora.***



**a. TÍTULO:**

**“Violencia en embarazadas y efectos materno-perinatales en usuarias del Servicio de Ginecología del Hospital Isidro Ayora de Loja 2014”.**

## **b. RESUMEN**

La violencia hacia las mujeres embarazadas es un problema poco reconocido por los diferentes sectores vinculados con la salud humana, educación y trabajo entre otros e insuficientemente valorado como una prioridad de la Salud Pública, a pesar de que es una causa importante y frecuente de morbilidad y mortalidad femenina, es la razón por la cual me he planteado el objetivo de Determinar la Incidencia de Violencia en Embarazadas y sus Efectos Materno-Perinatales realizado en usuarias del Servicio de Ginecología Del Hospital Isidro Ayora de Loja, obteniendo como resultados que de 100 usuarias el 66% fueron víctimas de violencia psicológica, el 32% ha sido víctima de violencia física, donde el 45% de casos el victimario fue su pareja. Como complicación materna se presentó depresión en el 29% y amenaza de parto prematuro en un 23%. Las complicaciones neonatales fueron peso bajo para la edad 33% y el 17% de recién nacidos pretérmino. Hemos concluido que de los datos obtenidos en nuestra investigación, las mujeres por su condición de embarazo son más vulnerables a presentar alteraciones emocionales producto de la violencia de género, debido a que la violencia ejercida sobre ellas es más peligrosa que en una mujer que no está embarazada, cuando la violencia se da en el embarazo se pone en riesgo la vida del bebe y de la madre.

**Palabras clave:** violencia en mujeres embarazadas, efectos maternos y neonatales.

## **ABSTRACT**

The violence into the pregnant women is a problem little known by the different sectors linked with the human health, education and work among others and inadequately valued as a priority of the public health, although it is an important cause and frequent of morbidity and female morbidity it is the reason whereby I have proposed the objective of determine the incidence of violence in pregnancy and its effects maternal- perinatal made in users of service from gynecology of Isidro Ayora Hospital from Loja, getting as a result of it that 100 users the 66% was victim of violence and psychological, the 32% have been victim of physical violence, where the 45% of cases the victimizer of his couple, as maternal complication it presented infection of urinary tract in a 58%, depression in the 29%, anemia 27% and threat of birth premature in a 23% it was revealed in neonatal complications as the 33% with low weight for the age and the 17% of newborns predetermine. We have concluded that the data gathering in our investigation, the women for their condition of pregnancy are more vulnerable to present emotional disturbances product of the violence of genre, due to the violence exercised above them is more dangerous that in a woman that is not pregnant, when the violence is given in the pregnancy is placed in a risk the life of the baby and of his mother.

**Key words:** violence in pregnant women, maternal effects and neonatal.

## **c. INTRODUCCIÓN**

Durante el embarazo, la violencia doméstica puede tener un efecto negativo importante sobre la salud materno – fetal con incremento de la morbimortalidad y configura lo que se conoce como abuso prenatal; el cual es para muchos niños, el inicio de una cadena cuyos resultados incluyen la muerte prematura y el abandono del hogar.

De acuerdo a (Cruz & Llivicura, 2012) señala: “los estudios realizados indican que muchas veces la violencia física se inicia con el primer embarazo y que el abuso físico puede afectar de manera particular a las mujeres embarazadas y al feto”.

Según la (OPS - América Latina y El Caribe, 2013) determina:

Las mujeres que han sufrido golpes presentan un riesgo dos veces mayor de abortar, tener desprendimiento prematuro de placenta, corioamnionitis, precipitación del parto y complicaciones post-parto y, como consecuencia fatal, la muerte. Además desarrollan un cuadro de estrés permanente que se acompaña de síntomas de depresión, ansiedad entre otros. Entre 16 y 52% de las mujeres a nivel mundial experimentan violencia física por parte de sus compañeros y una de cada 4 mujeres es maltratada durante el embarazo. (p. 2)

“El 60,6% de las mujeres en Ecuador ha vivido algún tipo de violencia. De éstas el 76% ha sido por parte de su pareja o ex parejas, 87,3% de ellas ha vivido violencia física y el 76,3% violencia psicológica” según la Primera Encuesta de Violencia de Género realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2011). Según la encuesta, en mujeres que has sufrido algún tipo de violencia se encuentra la Provincia de Zamora Chinchipe “en séptimo lugar con el 65% seguida de la Provincia de Loja y El Oro con el treceavo y catorceavo lugar con el 60% a nivel nacional”.

La escases de investigaciones sobre la violencia en mujeres embarazadas como también de sus efectos maternos-perinatales en nuestro país y la falta de información y conocimiento de sus derechos como ser humano, hace que no se de aviso al personal médico así mismo como la falta de conocimiento en la identificación y manejo de este problema por parte de los prestadores de servicio de salud, la no denuncia y el caso de no registro de los casos impide evaluar la incidencia y prevalencia, magnitud e impacto de la violencia familiar en nuestro país los cuales afectan en gran medida tanto física como emocionalmente al binomio materno-fetal.

La falta de atención sobre este importante aspecto como riesgo obstétrico es el motivo por el que me he planteado como objetivo principal determinar la incidencia de violencia en embarazadas y sus efectos materno- perinatales en usuarias del servicio de ginecología del hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo marzo a julio del 2014. Dentro de esto: determinar la incidencia de la violencia intrafamiliar durante el embarazo; establecer el tipo de violencia que presenta la embarazada; determinar los efectos maternos de la embarazada violentada; determinar las condiciones inmediatas de los recién nacidos de las embarazadas que han sido violentadas durante el embarazo.

Como resultado se pudo determinar que la incidencia de violencia en usuarias embarazadas que acuden al servicio es de 66%. La violencia física fue del 32% y psicológica en un 66% durante la gestación. De los efectos maternos de la embarazada violentada fue depresión 37%, amenaza de parto prematuro 23%, ruptura prematura de membranas 19% son las complicaciones más frecuentes que se han presentado durante todo el embarazo o en alguno de los tres trimestres. El 33% de los recién nacidos presentaron peso bajo para edad y el 17% fueron pretérmino, todos ellos como producto de los efectos materno neonatales de las víctimas violentadas.

La presente investigación es de gran importancia, para la detección, atención y prevención de violencia en embarazadas y sus efectos materno-perinatales que aqueja mayormente a las mujeres jóvenes de los niveles socioeconómicos bajos y madres solteras. Para lo cual se recomienda a las entidades de Salud realizar

políticas de atención y capacitación al personal en donde se puede identificar los casos de violencia intrafamiliar y prevenirlos mediante la información a las mujeres afectadas sobre sus derechos constitucionales.

## **d. REVISIÓN DE LITERATURA**

### **1. VIOLENCIA**

#### **1.1. Violencia en la mujer embarazada**

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”.

Según (Cruz & Llivicura, 2012) señala:

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.

Igualmente, (Cruz & Llivicura, 2012) indica:

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 adolescentes embarazadas, particularmente entre los 13 y 17 años de edad, corren un alto riesgo de ser víctimas de la violencia por parte de sus parejas. 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.

La violencia doméstica durante el embarazo es una agresión que pone en peligro no sólo una sino dos vidas. No obstante, (Collado & Villanueva, 2005) infiere: “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”.

En general, se acepta que hay ciertos factores predictivos de este problema, como el antecedente de VF, sobre todo cuando ha ocurrido durante el año previo a la gestación.

Asimismo, son factores la historia de maltrato a la mujer, la historia de maltrato durante la infancia y adolescencia, el consumo de alcohol o drogas (principalmente cocaína), niveles altos de estrés y problemas emocionales como baja autoestima, aislamiento, inseguridad y depresión.

Otros autores han señalado los siguientes factores de riesgo: mujeres jóvenes, primigestas, de bajo nivel educativo y socioeconómico.

El abandono de la pareja o su ausencia, pueden ser factores asociados, que en general sitúan a la mujer en una condición de vulnerabilidad social.

Finalmente. (Contreras, Mori, Hinojosa, Yancachajlla, Lan, & Chacón, 2013) manifiesta: “el problema es más común en lugares donde el concepto de masculinidad lleva implícito el honor del varón, la autoridad sobre la mujer y en ambientes donde se tolera el castigo físico como medio para resolver disputas personales”.

## **1.2. Epidemiología**

Según (INEC, 2011) determina:

Poco a poco la violencia doméstica está siendo considerada como una de las amenazas más serias a la salud de la mujer. Sin embargo, todavía hay que dividir la totalidad de mujeres afectadas por la violencia en grupos más

pequeños para entender la multiplicidad de las causas que la ocasionan. Las mujeres embarazadas víctimas de la violencia constituyen un grupo importante dentro de este tema.

### **1.3. Tipos de violencia**

**1.3.1. Física.-** Es la más conocida y puede ser percibida objetivamente por otras personas ya que habitualmente deja huellas externas. Se trata de toda acción que provoque lesiones o daño físico y que se realice voluntariamente.

“Son manifestaciones de esta conducta los empujones, bofetadas, puñetazos, golpes con objetos, quemaduras y patadas que pueden llegar a producir fracturas, quemaduras, hematomas, heridas, cortes, lesiones de órganos internos y/o lesiones irreversibles”. (Correa, 2011)

**1.3.2. Psicológica-emocional.-** Es toda conducta que esté orientada a la desvalorización de la otra persona y suele darse conjuntamente a otro tipo de violencia. Suponen:

- Amenazas.
- Humillaciones.
- Insultos.
- Desprecio.
- Culpabilidad.
- Indiferencia ante las opiniones, trabajos, necesidades y actividades realizadas por la mujer.

Finalmente (Correa, 2011) define a la violencia psicológica como:

Son malos tratos tan dañinos como los físicos o incluso más e implica la manipulación de la víctima que se siente indefensa, dominada por el agresor e incluso culpa por parte de la propia víctima. Además también incluimos aquí en control de las actividades que puede realizar la persona maltratada por parte del maltratador así como las relaciones de trabajo o los medios de subsistencia. (p. 16)

**1.3.3. Sexual.-** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2013) define:

La violencia sexual como: “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”.

La coacción puede abarcar:

- Uso de grados variables de fuerza.
- Intimidación psicológica.
- Extorsión.
- Amenazas (por ejemplo de daño físico o de no obtener un trabajo o una calificación, etc.)

También puede haber violencia sexual si la persona no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo cuando está ebria, bajo los efectos de un estupefaciente, dormida o mentalmente incapacitada.

La definición de la OMS es muy amplia, pero también existen definiciones más circunscritas. Por ejemplo, para fines de investigación algunas definiciones de violencia sexual se limitan a los actos que incluyen la fuerza o la amenaza de violencia física.

El Estudio multipaís de la OMS definió la violencia sexual como actos en los cuales una mujer:

- Fue forzada físicamente a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad;
- Tuvo relaciones sexuales contra su voluntad por temor a lo que pudiera hacer su pareja;
- Fue obligada a realizar un acto sexual que consideraba degradante o humillante.

**1.3.4. Discriminación.-** Las mujeres viven distintas formas de discriminación que limitan el ejercicio de sus derechos y sus libertades. Ésta se basa en la vigencia de un conjunto de estereotipos y prácticas sexistas que desvalorizan lo femenino y a las mujeres como grupo poblacional. Dicha desvalorización está profundamente arraigada en creencias sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres que se traducen en “deberes” que ellas deben cumplir "por naturaleza" en la familia y en la sociedad.

Algunos datos del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) indican que: Prácticamente el 40 por ciento de las mujeres entrevistadas por esa institución afirman que piden permiso a sus esposos para salir sola en la noche y el 8.6 por ciento de las mujeres, para tomar anticonceptivos. Además revelan que el 27 por ciento de la población está de acuerdo en que a una mujer se le castigue por haber abortado. Todo ello implica para las mujeres, un deterioro de la libertad y autonomía para tomar decisiones sobre el propio cuerpo y por lo tanto para acceder a oportunidades de desarrollo. (CONAPRED, 2010)

Además de la discriminación generalizada por su condición de género, existen mujeres que suelen tener una mayor afectación a sus derechos como son las:

- Indígenas
- Trabajadoras domésticas
- Sexo-servidoras
- Migrantes
- Madres adolescentes
- Madres solteras,
- Lesbianas,
- Analfabetas,
- Adultas mayores
- Discapacitadas físicas o mentales

## **2. EFECTOS MATERNOS NEONATALES DE LA VIOLENCIA**

### **2.1. Restricción del crecimiento intrauterino**

La restricción de crecimiento intrauterino se ha definido como la incapacidad de lograr un crecimiento intrauterino óptimo dado por su potencial genético.

(The American Collage of Obstetricians and Gynecologists, 2013) ha optado por definir RCIU como "Un feto con un peso estimado por debajo del décimo percentil para la edad gestacional", porque la mortalidad y la morbilidad perinatal aumentan cuando el peso al nacer es inferior a este percentil.

Existe una limitación fundamental en la definición de RCIU por normogramas específicos por edad gestacional; y es que no todos los fetos pequeños tienen restricción de crecimiento, algunos son sólo constitucionalmente pequeños para la edad gestacional

#### **2.1.1. Signos y síntomas**

##### **2.1.1.1. RCIU Simétrico.-** Para (Akin & Pierce, 2009) estima:

Circunferencia cefálica = altura = peso. La circunferencia cefálica, la altura y el peso se encuentran todos proporcionalmente reducidos para la edad gestacional. El RCIU simétrico se debe a una disminución del potencial del crecimiento del feto (infección congénita o trastorno genético) o a trastornos extrínsecos que son activos al comienzo del embarazo.

##### **2.1.1.2. RCIU.-** Así (Akin & Pierce, 2009) también señala:

Circunferencia cefálica = altura > peso. El peso fetal se encuentra reducido en forma desproporcionada respecto de la longitud y la circunferencia cefálica. La circunferencia cefálica y la altura están más próximas a los

percentiles esperados para la edad gestacional que el peso. En estos lactantes, el crecimiento encefálico suele estar preservado. Las causas habituales son la insuficiencia uteroplacentaria, la desnutrición materna o los trastornos extrínsecos que se presentan en el embarazo avanzado.

### **2.1.2. Tratamiento**

- Antecedentes de factores de riesgo: El obstetra debe alertar sobre la probabilidad de RCIU. La ecografía confirma el diagnóstico.
- Parto y reanimación: se debe realizar cuando el monitoreo demuestra sufrimiento fetal y se debe contar con una reanimación experimentada, ya que la asfixia es frecuente al momento de nacer.
- Prevención de la pérdida de calor: debe brindarse una atención meticulosa para evitar la pérdida de calor.
- Hipoglucemia: es esencial un monitoreo cuidadoso de las concentraciones plasmáticas de glucosa en todos los lactantes con RCIU. La hipoglucemia debe ser tratada rápidamente con dextrosa parenteral y alimentación inmediata.
- Trastornos hematológicos: debe obtenerse la lectura del hematocrito central para detectar policitemia.
- Infección congénita: debe ser evaluados ante la posibilidad de malformaciones congénitas. Muchas infecciones intrauterinas son clínicamente silenciosas y debe efectuarse un screening de rutina en los lactantes con RCIU.
- Anomalías genéticas: debe efectuarse un screening de anomalías genéticas.

## **2.2. Infección de transmisión sexual**

En una relación de pareja donde exista violencia la palabra negociación es prácticamente inexistente, se impone el poder del hombre sobre la mujer; y esto es llevado a diferentes terrenos de la vida diaria y específicamente en el ámbito sexual. La asociación de la utilización de los preservativos con la

promiscuidad, la infidelidad y la prostitución, hace que para la mujer víctima de violencia sea más difícil solicitar su utilización, por el temor o riesgo real a una nueva agresión o descalificación. También ocurre, que la mujer consiente tener relaciones sexuales aunque no lo deseen por temor a una reacción violenta.

De acuerdo a (Asociación Americana de la Salud Sexual, 2010) determina:

La mujer embarazada que ha sido víctima de violencia posee una mayor tendencia a postergar la búsqueda de atención perinatal, tengan mayor número de embarazos no deseados, historia de ITS, infecciones vaginales y cervicales; a lo que se le une una mayor dificultad de detección y tratamiento del VIH por el temor a reacciones de violencia.

### **2.2.1. Infecciones cervicovaginales.**

2.2.1.1. **Vaginosis bacteriana.-** Según (Asociación Americana de la Salud Sexual, 2010) explica:

Flujo vaginal grisáceo, adherente, flocular, de mal olor, alcalinización del pH vaginal, puede ser sintomática (con flujo vaginal) en la mitad de los casos y asintomática, razón por la que se llama vaginosis y no vaginitis. La VB con respuesta inflamatoria aumentada se asocia con parto prematuro. Se postula que un polimorfismo genético aumenta la inflamación e incrementa el riesgo de parto prematuro.

**2.2.1.1.1. Tratamiento.-** Se lo aplica en:

Pacientes sin factores de riesgo:

- ✓ Tratamiento local con metronidazol (óvulos vaginales de 500 mg al día, por 1 semana) o clindamicina (crema vaginal, 1 aplicación por 1 semana u oral. No se requiere tratamiento de la pareja.

Pacientes con factores de riesgo:

- ✓ Tratamiento sistémico oral con metronidazol (250-500 mg c/8 - 12 horas x 7 días) o Clindamicina (300 mg cada 8 horas x 7 días).

#### 2.2.1.2. **Vaginosis aeróbica**

Es habitualmente asintomática y no debe esperarse la presencia de flujo vaginal. Se ha asociado con infección intrauterina, parto prematuro, muerte perinatal, aborto de segundo trimestre e infecciones puerperales.<sup>3</sup>

##### **2.2.1.2.1. Tratamiento**

Pacientes sin factores de riesgo:

- ✓ Tratamiento sistémico oral con ampicilina (500 mg cada 6 horas x 7 días) o local con clindamicina (crema vaginal, 1 aplicación por 1 semana).
- ✓ No se requiere tratamiento de la pareja

Pacientes con factores de riesgo:

- ✓ Tratamiento sistémico oral con ampicilina (500 mg cada 6 horas x 7 días) o clindamicina (300 mg cada 8 horas x 7 días) asociado con tratamiento local con clindamicina (crema vaginal, 1 aplicación por 1 semana)
- ✓ No se requiere tratamiento de la pareja
- ✓ Solicitar cultivo y Gram de control.

2.2.1.3. **Vaginitis por Trichomona Vaginalis.** .- Cuadro vaginal inflamatorio caracterizado por flujo vaginal verdoso, purulento o cremoso ardor, dolor vaginal. prurito y disuria, eritema vaginal, cérvix inflamado.

##### **2.2.1.3.1. Tratamiento**

Se aconseja tratamiento a la pareja y abstinencia sexual durante el tratamiento.

- ✓ Tratamiento farmacológico:
- ✓ Metronidazol 2 gr oral x 1 dosis
- ✓ Tinidazol 2 gr x 1 dosis
- ✓ Metronidazol 250 mg oral cada 12 horas x 7 días
- ✓ El uso de metronidazol durante el primer trimestre del embarazo no se ha asociado con anomalías fetales. Alternativa, clotrimazol óvulos de 100 mg por 6 días. (Asociación Americana de la Salud Sexual, 2010)

2.2.1.4. **Vulvovaginitis micótica.**- Flujo vaginal blanco o cremoso, con grumos, prurito muy intenso, eritema vaginal y vulvar. Puede haber lesiones producidas por grataje y sobreinfecciones, puede aparecer disuria y dispareunia.

#### **2.2.1.4.1. Tratamiento.**

- ✓ Tópico (intravaginal profundo y sobre la piel vulvar) u oral.
- ✓ Clotrimazol, 1 óvulo vaginal (100 mg) en la noche por 6 días; crema 2 veces al día por 6 días
- ✓ Nistatina, 1 óvulo vaginal (100.000 UI) cada 12 horas por 6 días; ungüento 2 veces al día por 6 días
- ✓ Fluconazol, 1 cápsula (150 mg) por una vez
- ✓ Clotrimazol 1 óvulo vaginal de 500 mg en la noche por 1 vez. (Asociación Americana de la Salud Sexual, 2010)

2.2.1.5. **Infección por Neisseria gonorrhoeae (NG).**- Flujo vaginal purulento verdoso, resistente a tratamiento habitual, cervicitis mucopurulenta, descarga uretral purulenta (exprimir si hay duda), disuria.

#### **2.2.1.5.1. Tratamiento:**

Se aconseja tratamiento a la pareja y abstinencia sexual durante el tratamiento

- ✓ Ceftriaxona, 250 mg IM por una vez.
- ✓ Cefotaxima, 500 mg, IM por una vez.
- ✓ Ceftizoxima, 500 mg, IM por una vez.

### **2.3. Amenaza de parto prematuro**

Se define como el nacimiento espontáneo o provocado que ocurre después de la vigésima semana de edad gestacional y antes de la trigésimo séptima; a su vez, el recién nacido de pretérmino por su peso puede ser hipotrófico, eutrófico o hipertrófico, de acuerdo con las tablas de peso para la edad gestacional.

**2.3.1. Signos y síntomas.** -Infecciones cervico - vaginales, la bacteriuria asintomática, el sangrado genital, contracciones uterinas regulares, con o sin dolor. Sensación de presión pelviana, hemorragia vaginal, ruptura prematura de membranas.

#### **2.3.1.1. Tratamiento**

De acuerdo a (Cruz & Llivicura, 2012) se debe tratar mediante:

- ✓ Cerclaje cervical está indicado en mujeres con antecedentes de aborto y/o partos prematuros espontáneos de segundo trimestre.
- ✓ Los agentes empleados en tocolisis obedecen a efectos farmacológicos inhibitorios de la contracción miometrial. Entre ellos conocemos a los beta - miméticos (fenoterol), bloqueador competitivo de los canales de calcio (sulfato de magnesio), bloqueadores de los canales de calcio voltaje dependientes (nifedipino), inhibidor de la ciclooxigenasa (indometacina) y bloqueador del receptor de ocitocina (atosiban)

### **2.4. Ruptura prematura de membranas**

Según (Casanova & Herrera, 2012)

La rotura prematura de membranas (RPM) se define como la solución de continuidad espontánea de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto. La prevalencia de la RPM es de un 8 - 10%; de éstas, 80% son en embarazos de término y un 20 % en embarazos de pretérmino.(p. 52)

### **2.4.1. Signos y síntomas**

Con respecto (Collado & Villanueva, 2005) señala:

- ✓ La mayoría se comparten con el parto prematuro, sin embargo, una historia de RPM de pretérmino en embarazos previos, infecciones de tracto genital (vaginosis bacteriana), metrorragia de II y III trimestre y el tabaquismo tienen una asociación más fuerte. También el cuello corto de < de 25 mm en II trimestre, antecedente de incompetencia cervical, fibronectina > a 50 ng/dL, polihidramnios severo, embarazo gemelar, la presencia de dispositivo intrauterino, hipertensión arterial, diabetes mellitus, anemia, consumo de café, la presencia vaginosis bacteriana, N. gonorrea o C. trachomatis en tracto genital, así como algunas malformaciones uterinas.
- ✓ En cuanto a los iatrogénicos son importantes la amniocentesis genética (riesgo de 1- 2%), la fetoscopia (riesgo de 6-10%) y el cerclaje electivo y de urgencia (2% y 65% respectivamente)

### **2.4.2. Tratamiento**

#### **2.4.2.1. Manejo Según la situación infecciosa**

Así (Collado & Villanueva, 2005) sugiere tratar:

- ✓ Inflamación o Infección Intraamniótica (IIA): es en la que se observa en el estudio de líquido amniótico aumento de leucocitos (> 50 leucocitos), disminución de la glucosa (<14mg/dl), aumento de la LDH (>400 U/L). La

Infección intraamniótica se confirma con cultivo o PCR positivo para algún microorganismo o presencia de un microorganismo en la tinción de Gram.

- ✓ Si menor edad gestacional se debe utilizar antibióticos de amplio espectro, se sugiere esquema: Clindamicina 600 mg cada 8 horas ev+ Gentamicina 240 mg/día ev + Eritromicina 500 mg cada 6 horas vo.
- ✓ El uso de tocolíticos está contraindicado en caso de IIA.

#### 2.4.2.2. **RPM ≥ 34 semanas**

- ✓ En rotura prematura de membranas >34 semanas se sugiere interrupción inmediata.
- ✓ Existe evidencia suficiente basada en revisión sistemática de estudios randomizados que validan la interrupción inmediata dado que los riesgos superan los beneficios. Disminuye el riesgo de infección materna.
- ✓ Se debe hospitalizar en prepartos e interrumpir el embarazo.
- ✓ El uso de corticoides en este grupo no ha demostrado beneficios, por lo que no estaría indicado

#### 2.4.2.3. **RPM entre 24 y 34 semanas:**

Así, (Collado & Villanueva, 2005) anota:

- ✓ Los pilares del manejo expectante son Inducción de Madurez Pulmonar y Antibioticoterapia. El objetivo de los antibióticos en la conducta expectante es aumentar el periodo de latencia, prevenir la infección decidual ascendente para prolongar el embarazo, reducir la morbilidad asociada a la edad gestacional y la patología infecciosa del neonato.
- ✓ El esquema propuesto es manejo agresivo endovenoso por 48 horas (ampicilina 2 gr cada 6 horas y eritromicina 250 mg ev cada 6 horas), seguido por 5 días de esquema oral (amoxicilina 500 mg cada 8 horas vo + eritromicina 500 mg cada 6 horas vo)
- ✓ A pesar de que no se erradica la infección sub-clínica, es evidente su beneficio

- ✓ El uso de terapia con Corticoides: Betametasona 12 mg cada 24 horas intramuscular por 2 veces o Dexametasona 6 mg cada 12 horas, ha demostrado amplio beneficio en disminuir la morbimortalidad perinatal.
- ✓ En RPM el uso de tocolíticos está contraindicado. Su uso es excepcional.

#### 2.4.2.4. RPM < a 24 semanas

- ✓ Confirmar diagnóstico, control de parámetros inflamatorios y cultivos vaginales al ingreso.
- ✓ Iniciar antibióticos en forma empírica o ajustada a los cultivos vaginales y no indicar tocolísis
- ✓ La mayoría de los estudios refiere control hospitalizado, pero en condiciones donde las pacientes sean educadas, tengan fácil acceso al servicio de urgencia, se podría indicar control ambulatorio y rehospitar a las 24 semanas.
- ✓ Si no tiene indicación de interrupción inmediata, se puede ofrecer manejo conservador ya que el tiempo de latencia puede ser prolongado e impredecible, logrando incluso llegar a la viabilidad.

## 2.5. Hipertensión en el embarazo

La posible relación causal entre la violencia psicológica y el riesgo de preeclampsia se debe a gran parte a un proceso psicológico que incluye la depresión, ansiedad y el estrés como sus bases. Así mismo se puede asociar que las mujeres victimadas tienen menor acceso al control prenatal, lo cual hace que el factor de hipertensión en el embarazo no se diagnostique a tiempo. Se añaden más factores de riesgo a esta patología, como el uso alcohol, drogas y tabacos.

Por otro lado, (Noguera & Alvarado, 2011) considera:

Existe un factor bioquímico que se da en estos casos para producir el fenómeno de preeclampsia. Hay estudios que demuestran concentraciones elevadas de noradrenalina en las mujeres con

preeclampsia, en comparación con mujeres embarazadas normotensas, además de una mayor actividad de tiroxina en comparación con la hidroxilasa, con lo cual se desencadena el fenómeno hipertensivo.

**2.5.1. Signos y síntomas.-** “Cefalea, fotopsia, tinnitus, edema facial, reflejos osteotendinosos exaltados, insuficiencia cardiaca, epigastralgia, edema de papila”. (Collado & Villanueva, 2005)

#### **2.5.1.1. Tratamiento**

- ✓ Hospitalización en sala de tratamiento intensivo oscura, aislada de ruidos.
- ✓ Reposo absoluto.
- ✓ Régimen normosódico (cero a completo), según tolerancia de la paciente.
- ✓ Sulfato de magnesio; 4 grs iv en dosis inicial, 1-2 gr/hora en dosis de mantención. Su utilidad en la profilaxis de PE está demostrada. Debe usarse siempre en casos de PE severa.
- ✓ Inducción de madurez pulmonar fetal
- ✓ Hipotensores por vía parenteral frente a falta de respuesta a los antihipertensivos orales.
- ✓ En la paciente con PE grave debe considerarse como objetivo lograr presiones sistólicas entre 140 - 155 y diastólicas entre 90 y 105 mm mm Hg.
- ✓ Control de diuresis. Sonda vesical a permanencia en caso de oligoanuria, control de diuresis horaria.
- ✓ Control de signos vitales, reflejos maternos y LCF cada 1 a 2 horas según condición clínica de la paciente. (Red Estatal de Organizaciones Feministas contra la Violencia de Género, 2002, pág. 95.).

## **2.6. Depresión**

Según (Blásquez, 2011) manifiesta: “las mujeres embarazadas positivas para violencia doméstica, tienen, más del doble de probabilidades de presentar altos niveles de síndrome depresivo o de síntomas de estrés postraumáticos”.

Las investigaciones han demostrado que la resistencia y el dominio por parte de las gestantes son importantes para su salud mental. Sin embargo aquellas personas que tuvieron una infancia traumática tienden a repetir esto en su etapa adulta. Tal sería el caso de los hombres violentos, quienes al crear un ambiente hostil y no adecuado para su pareja tienden a ser malos; además las exponen a sufrir depresión grave y con ello a otras enfermedades que se producen por la baja inmunidad al atravesar un cuadro depresivo.

### **2.6.1. Signos y síntomas**

De acuerdo a (Contreras, Mori, Hinostroza, Yancachajlla, Lan, & Chacón, 2013)

La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal.

De igual manera (Correa, 2011) estima:

Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas, así como cambios cognitivos incluyen depresión anímica o irritabilidad, cambios concomitantes en el sueño, el interés en las actividades, sentimientos de culpa, pérdida de energía, problemas de concentración, cambios en el apetito, el procesamiento psicomotor (retraso o agitación), e ideación suicida.

#### **2.6.1.1. Tratamiento**

Con respecto (Cuevas, Blanco, Juárez, Palma, & Valdez, 2009) sugiere:

- El tratamiento, debe estar basado en una adecuada y prolongada relación entre el equipo tratante y la gestante, de modo de lograr una alianza terapéutica. Así mismo, el tratamiento debe estructurarse en planes de tratamiento individuales, donde la duración e intensidad de

las intervenciones están determinadas por la severidad de los síntomas y la respuesta terapéutica.

- Durante el embarazo es recomendable, iniciar el tratamiento con opciones terapéuticas no farmacológicas tales como la consejería, la intervención psicosocial grupal, individual y familiar, la psicoeducación individual y familiar, los grupos de autoayuda. En todo caso, la decisión de usar o no psicofármacos durante la gestación debe ser siempre individualizada y basada en un exhaustivo análisis de los riesgos y beneficios.

## **2.7. Término del embarazo**

**2.7.1. Cesárea.-** (Benítez, Peña, & Peña, 2014) indica: “la operación cesárea se define como el nacimiento del feto a través de incisiones en la pared abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía)”. Esa definición no incluye la extracción del feto de la cavidad abdominal en caso de la rotura del útero o de un embarazo en esa localización.

Según (Asociación Americana de la Salud Sexual, 2010)

En algunos casos y más a menudo por complicaciones urgentes, como una hemorragia imposible de yugular, está indicada una histerectomía ulterior al nacimiento por vía abdominal. Cuando se realiza en el momento de la cesárea la intervención quirúrgica se denomina cesárea – histerectomía. Si aquella se lleva a cabo poco después de un parto vaginal, se llama histerectomía pos-parto.

**2.7.2. Vaginal.-** De acuerdo a (Cruz & Llivicura, 2012)

El parto normal se define como aquel de comienzo espontáneo, a término, de un solo feto, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento y dura no menos de 3 horas, pero no más de 18 horas. El niño nace en forma espontánea, en presentación

cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño están en buenas condiciones.

**2.7.3. Aborto.-** “El aborto se define como la interrupción de la gestación antes de que el feto sea viable. Se entiende por viabilidad fetal la capacidad del feto para sobrevivir fuera del claustro materno” (Pacora, 2010).

Puede utilizarse el peso para definir correctamente la viabilidad fetal. Así hablamos de aborto cuando el feto pesa menos de 500 gr., de feto inmaduro cuando su peso se encuentra entre 500 y 999 gr., y de feto prematuro o pretérmino cuando el peso se encuentra entre 1000 y 2500 gr.

“El aborto es la interrupción de la gestación antes de la semana 20 o cuando el feto pesa menos de 500 gramo”. (Perez, López, & León, 2008)

### **3. EFECTOS PERINATALES**

La prematuridad y el bajo peso al nacer son términos resumidos de pequeño para edad gestacional, a menudo solo se presenta el bajo peso al nacer, sin prematuridad o viceversa. Sin embargo en recién nacidos de madres que estuvieron expuestas a violencia durante el embarazo coexisten ambos problemas, pues consumen de forma desproporcionada recursos en su desarrollo intrauterino, lo que causa problemas en su desarrollo. Por ello la prematuridad y el bajo peso al nacer son fuertes predictores biológicos en el desarrollo a corto y largo plazo.

Investigaciones en prematuros muy extremos con bajo peso al nacer, indican secuelas como déficits cognitivos, retraso motor, parálisis cerebral, dificultades académicas, retraso en el lenguaje y un notable incremento de problemas de atención. A esto se suman dificultades en el comportamiento y problemas psicológicos.

Según (OPS, 2009) señala:

El riesgo se incrementa en niños que nacen a las 32 – 36 semanas o pesan entre 1500 - 2500 gr. Pues el déficit cognitivo incluye impedimentos neurológicos, retraso en el desarrollo, retraso en el desarrollo mental, decrecimiento del coeficiente intelectual y problemas de memoria.

### **3.1. Control prenatal**

La atención prenatal adecuada, suele ser una meta importante en cualquier programa de salud de la mujer, ya que se considera la forma más rentable de mejorar los resultados del embarazo. El Ministerio de Salud del Ecuador, recomienda que “toda embarazada inicie sus visitas a un centro de salud a partir del primer trimestre de la gestación y que sea revisada por un obstetra por lo menos seis veces durante los meses siguientes”. Con esta estrategia se procura atraer a los servicios de salud a las mujeres de escasos recursos, dada la estrecha relación entre las barreras socioeconómicas y el acceso a una atención prenatal satisfactoria.

En países en desarrollo, donde las poblaciones podrían beneficiarse más del cuidado apropiado, escatima la información sobre los efectos de la atención prenatal en el bajo peso al nacer. Es interesante que en otros sitios, principalmente en países industrializados, diversos estudios indiquen que el aumento de la atención prenatal no ha logrado las reducciones esperadas en el BPN.

Esto indica que no solo se debe promover un mayor número de controles prenatales, sino también la calidad de acciones que se brinden en el control, con el objetivo de disminuir factores de riesgo.

El Componente Normativo Materno (MSP 2008), establece que toda mujer embarazada deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento):

- ✓ Uno en las primeras 20 semanas.
- ✓ Uno entre las 22 y 27 semanas.

- ✓ Uno entre las 28 y 33 semanas.
- ✓ Uno entre las 34 y 37 semanas.
- ✓ Uno entre las 38 y 40 semanas. (p. 97)

La mayor difusión de estadísticas demográficas, la elección más frecuente de intervenciones obstétricas y las nuevas técnicas para conseguir el embarazo parecen asociarse a un aumento en el parto prematuro y BPN, especialmente en mujeres de clase alta. La atención prenatal intensa que supera el número de visitas recomendadas según la edad gestacional también se asocia a un mayor número de intervenciones y bajo peso al nacer.

### **3.1. Edad gestacional**

La estimación de la edad gestacional según (Correa, 2011)

Es un aspecto fundamental que debe tenerse presente en la práctica obstétrica y pediátrica habitual. El conocimiento de esta es de particular importancia en los embarazos de alto riesgo en los cuales una exacerbación del proceso patológico existente o una alteración en el crecimiento y desarrollo fetal pueden llevar a interrumpir la gestación.

Para (Asociación Americana de la Salud Sexual, 2010) estima:

La edad gestacional se calcula habitualmente a partir del primer día de la fecha de la última menstruación (FUM) de un ciclo regular, esta estimación es sujeta error por la variabilidad de la fase preovulatoria, pero actualmente es el dato clínico más usado para determinar la edad del embarazo.

#### **3.1.1. Clasificación**

Según (Akin & Pierce, 2009) se clasifica en:

- Recién nacido pretermino: Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos.

- Recién nacido a término: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.
- Recién nacido postérmino: Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.
- Recién nacido con bajo peso: Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad de gestación.

### **3.2. Peso al nacer**

El BPN, fue definido por la OMS en el año 1960 y en la clasificación internacional de enfermedades como el peso menor de 2500 gramos, identificándolo como el principal factor determinante de la mortalidad neonatal e infantil.

La composición del BPN, presenta tres posibles mecanismos: uno es nacer antes y consecuentemente ser un neonato pretérmino (menor a las 37 semanas de gestación), otro es sufrir durante la vida fetal un retardo en el crecimiento y consecuentemente ser un recién nacido que presenta bajo peso a término (37 a 42 semanas de gestación) y finalmente ser un pequeño fisiológico.

#### **3.2.1. Clasificación**

El BPN, es clasificado como:

- ✓ Bajo peso, entre > 1500 y < 2500 gramos.
- ✓ Muy Bajo Peso, entre > 1000 y 1499 gramos.
- ✓ Extremo Bajo Peso, < 1000 gramos al nacer.

### **3.3. Puntaje APGAR**

Con respecto al APGAR (Akin & Pierce, 2009) señala:

Se realiza en toda la población neonatal. Se trata de una escala que evalúa el estado hemodinámico del neonato de tal manera que valora y gradúa la salud del recién nacido. Consta de 5 categorías con 3 criterios cada una. La puntuación de cada categoría oscila entre 0 y 2, por lo que el rango total va desde 0 a 10. Este test se valora en los recién nacidos al primer y quinto minuto de su nacimiento.

### **3.3.1. Clasificación**

- ✓ Severamente deprimido: 0 – 3 (asfixia grave).
- ✓ Moderadamente deprimido: 4 – 6.
- ✓ Bienestar fetal:  $\geq 7$

## **e. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **1. Tipo y diseño de Investigación**

La investigación es de tipo cuantitativo, prospectivo, de corte transversal.

Diseño prospectivo, ya que su objetivo es determinar los efectos materno-perinatales de la violencia en usuarias del servicio de ginecología, la información se registrara según vayan ocurriendo los fenómenos, y de corte transversal ya que ésta se encuentra delimitada en el tiempo (marzo a julio del 2014) y no influye sobre las variables.

### **2. Área de estudio**

La presente investigación se realizó en el Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja; ubicado en las calles: Av. Manuel Agustín Aguirre y Manuel Monteros y Av. Iberoamérica y José Félix de Valdivieso.

### **3. Universo**

La población con la que se realizó el estudio es con pacientes del “Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja”.

### **4. Muestra**

La muestra se tomó de las 100 usuarias q ingresaron al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, únicamente con pacientes en puerperio inmediato o mediano y post aborto, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión

### **5. Criterios de inclusión**

- ✓ Pacientes atendidas por parto, cesáreas y post aborto.

### **6. Criterios de exclusión**

- ✓ Pacientes atendidas por otra causa a parte de parto, cesárea y post aborto.
- ✓ Pacientes que presente alguna discapacidad como ceguera.

## **7. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

La Técnica de recolección se realizó con una entrevista aplicada a las pacientes, con preguntas de elección múltiple, información que fue procesada y analizada a través de cuadros de frecuencia y porcentuales con la finalidad de obtener Información fidedigna de primera mano.

El tiempo promedio empleado para la aplicación de la entrevista fue aproximadamente 15 minutos por paciente que se encontró en hospitalización en el Servicio de Ginecología.

## **8. Plan de tabulación y análisis.**

El análisis de los resultados se presenta mediante gráficos y tablas descritas en el programa de Microsoft Excel.

## f. RESULTADOS

### TIPO DE VIOLENCIA QUE PRESENTARON LAS USUARIAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA JUNIO 2014.

Tabla 1

TIPOS DE VIOLENCIA	SI		NO	
	F	%	F	%
<b>PSICOLÓGICA</b>	<b>66</b>	<b>66</b>	<b>34</b>	<b>34</b>
• INSULTOS	29	29		
• HUMILLACIÓN	30	30		
• AMENAZAS	18	18		
• AVERGONZADA	2	2		
• RECHAZADA	10	10		
• AISLADA	10	10		
<b>FÍSICA</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>68</b>	<b>68</b>
• GOLPES	12	12		
• EMPUJONES	20	20		

Fuente: Encuesta  
Elaboración: La autora

### ANÁLISIS:

En el presente cuadro se observa que de las 100 usuarias atendidas en el Hospital Isidro Ayora, 30 de ellas fueron humilladas durante algún periodo de la gestación, 29 fueron víctimas de palabras ofensivas o insultos, el 32% vivieron violencia física, en un 12% fueron golpes y el 20% recibió empujones en algún periodo de la gestación.

**PERIODO EN QUE FUE VICTIMA DE VIOLENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA  
EN USUARIAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA  
DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA JUNIO 2014.**

Tabla 2

PERIODO DE VIOLENCIA	SI	
	F	%
<b>VIOLENCIA FÍSICA</b>		
• Primer trimestre	0	0
• Segundo trimestre	2	2
• Tercer trimestre	18	18
• Todo el embarazo	12	12
• Ninguno	68	68
<b>VIOLENCIA PSICOLÓGICA</b>		
• Primer trimestre	10	10
• Segundo trimestre	7	7
• Tercer trimestre	14	14
• Todo el embarazo	35	35
• Ninguno	34	34

Fuente: Encuesta

Elaboración: La autora

## ANÁLISIS

En el presente cuadro se observa que el 18% sufrió Violencia Física durante el tercer trimestre de gestación y el 12% de ellas fue violentada durante todo el embarazo, así mismo el 35% de las usuarias fueron víctimas de Violencia Psicológica durante todo el periodo de gestación y el 14% durante el tercer trimestre del embarazo.

**RELACIÓN CON EL AGRESOR DEL QUE FUE VÍCTIMA DE VIOLENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA LAS USUARIAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA JUNIO 2014.**

Tabla 3

RELACIÓN CON EL AGRESOR		
	F	%
<b>VIOLENCIA FÍSICA</b>		
• Pareja	30	30
• Padres	0	0
• Suegros	0	0
• Hermanos	2	2
• Ninguno	68	68
<b>VIOLENCIA PSICOLÓGICA</b>		
• Pareja	45	45
• Padres	13	13
• Suegros	6	6
• Hermanos	2	2
• Ninguno	34	34

Fuente: Encuesta  
Elaboración: La autora

## ANÁLISIS

En el presente cuadro se observa que el 30% han sido víctimas de Violencia Física por parte de su pareja mientras que un 2% ha sido por parte de sus hermanos, de la misma manera el 45% de las usuarias fueron víctimas de Violencia Psicológica por parte de su esposo, el 13% por parte de sus padres y un 6% por parte de los suegros.

**COMPLICACIONES MATERNAS ES EN USUARIAS QUE ACUDEN AL  
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE  
LOJA JUNIO 2014.**

Tabla 4

COMPLICACIONES MATERNAS	SI		NO	
	F	%	F	%
• DEPRESIÓN	37	37	63	63
• AMENAZA PARTO PREMATURO	23	23	77	77
• RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	19	19	81	81
• PENSAMIENTOS SUICIDAS	5	5	95	95
• ABORTO	3	3	97	97

Fuente: Encuesta

Elaboración: La autora

**ANÁLISIS:**

En el presente cuadro se observa que de las 100 usuarias, 37 presentaron depresión durante la gestación, 23 de ella tuvieron amenaza de parto prematuro y el 19% presentó ruptura prematura de membranas, así también el 5% de las usuarias refieren haber presentado pensamiento suicidas.

**CONDICIONES INMEDIATAS DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS  
USUARIAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA JUNIO 2014.**

Tabla 5

CONDICIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS	SI	
	F	%
<b>PESO</b>		
• < 2.500 kg.	33	33
• 2.500 – 3.500 kg.	52	52
• >3.500 kg	12	12
• No cuantificado	3	3
<b>EDAD GESTACIONAL</b>		
• < 34 semanas	17	17
• 36 - 39 semanas	76	76
• 41 - 42 semanas	7	7
<b>APGAR &lt; 6</b>		
• 0 – 3 =	1	1
• 4 – 6 =	9	9
• 7 – 10 =	87	87
• No valorado	3	3

Fuente: Encuesta

Elaboración: La autora

**ANÁLISIS:**

En el presente cuadro del 100% de los recién nacidos el 52% presenta peso adecuado para la edad gestacional, el 33% tuvieron peso bajo para edad gestacional; el 76% de los recién nacidos tuvieron la edad gestacional a término, el 17% de los recién nacidos fueron pretérminos y el 7% fueron postérmino; el 87% de ellos tuvieron un APGAR de 7 a 10 es decir sin depresión, mientras que un 9% presento APGAR 4 a 6 que es depresión moderada.

## VIOLENCIA INTRAFAMILIAR FÍSICA Y PSICOLÓGICA Y LOS EFECTOS MATERNO – PERINATALES

Tabla 6

DESCRIPCIÓN	FÍSICA		PSICOLÓGICA	
	F	%	F	%
ABORTO	1	1	2	2
AMENAZA PARTO PREMATURO	10	10	17	17
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	14	14	7	7
DEPRESIÓN	5	5	37	37
PENSAMIENTOS SUICIDAS	2	2	4	4

Fuente: Encuesta

Elaboración: La autora

### ANÁLISIS

De las 100 usuarias encuestadas podemos observar que existe una relación entre los factores materno perinatales y la violencia intrafamiliar tanto física como psicológica, de acuerdo a los resultados estadísticos se puede determinar que la violencia psicológica es el detonante para los efectos de riesgo en las usuarias dando como resultado entre los porcentajes elevados en violencia psicológica el 37% tienen depresión, 17% amenaza parto prematuro, 14% ruptura prematura de membranas y no menos preocupante existe un 4% de pensamientos suicidas, y 2% usuarias que han presentado aborto. Mientras que en el ámbito de violencia física el 14% presentó ruptura prematura de membranas, 10% amenaza parto prematuro y 2% de pensamientos suicidas.

**TIPO DE PARTO DE LAS USUARIAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE  
GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA JUNIO  
2014.**

**Tabla 7**

VARIABLE	FR	PORCENTAJE
<b>Vaginal</b>	32	32%
<b>Cesárea</b>	68	68%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Fuente: HC perinatal del HIAL.

Elaboración: La autora

## **ANÁLISIS**

En el presente cuadro el 68% de las usuarias tuvieron parto por cesárea debido a complicaciones que presentaron, por desproporción cefalopélvica y antecedentes de cesárea anterior.

## **g. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.**

Mediante el presente estudio se confirmó que basados en la interrogación, no es posible detectar la violencia intrafamiliar en las mujeres que acuden a consulta y el no hacerlo impide que la situación real de la violencia intrafamiliar se conozca.

De acuerdo a (OPS - América Latina y El Caribe, 2013) señala: “a nivel internacional existen reportes que refieren que menos de un 10% de los médicos preguntan de manera rutinaria acerca de la violencia intrafamiliar a la mujer que acude a la consulta y menos aún durante el embarazo”.

En nuestro país son escasos los estudios realizados alrededor de la Violencia en Mujeres Embarazadas, pero en relación con estudios hechos en otros países podemos corroborar que de igual manera la Violencia en Embarazadas se encuentra en cifras altas.

En este trabajo hemos evaluado la Violencia en Embarazadas y Efectos Materno Perinatales en Usuaris del Servicio de Ginecología del Hospital Isidro Ayora Loja 2014, mediante encuesta y tabla de recolección de datos de la historia perinatal. En la población estudiada, se determinó que el 32% fue víctima de violencia física y 66% de violencia psicológica durante todo el periodo gestacional pero más acentuado en el tercer trimestre de gestación, en que la víctima en un 46% fue violentada por sus parejas.

En un estudio realizado por Diana Correa B. Psicóloga Clínica. Unidad Municipal de Salud Sur Quito “Mujer Embarazada y Violencia de Género”. 2011. Quito – Ecuador. Demuestra que de un total de 15 (100%) mujeres embarazadas fueron víctimas de Violencia de Género. (Correa, 2011)

Cifra que se mantiene sobre los resultados obtenidos en nuestro estudio pero que lamentablemente no especifica el tipo de violencia del que fueron víctimas ni periodo en el cual fueron expuestas.

Otro estudio realizado por Dr. Cruz, Daniel y Dra. Llivicura, Mery. Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito “Factores de Riesgo perinatales para bajo peso en recién nacidos a término”. 2012. Quito – Ecuador, demuestra que “durante la gestación, la agresión física y sexual fue 8.5 % en el grupo de estudio, sin asociación estadística significativa. (Cruz & Llivicura, 2012)

Resultados menores a los obtenidos en nuestro trabajo investigativo pero que a su vez especifica que fueron víctimas de violencia física y sexual.

Estudios realizados por Dra. Casanova, Natalia. Dr. Herrera José, Centro y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC siglas en inglés) de Control “Violencia Durante el Embarazo: Prevalencia y Efectos en el Niño”. 2012. Australia. Resultó que “el 15% de mujeres embarazadas habían sufrido abuso sexual o físico en su relación”. Un estudio canadiense reveló el mismo porcentaje para la violencia de cualquier tipo. Demostrando que presenta cifras menores a las obtenidas en nuestro estudio. (Casanova & Herrera, 2012)

No obstante en el mismo estudio realizado por los autores ya mencionados, (Casanova & Herrera, 2012) hecho en España encontró “un 32% de prevalencia en el mismo rubro. Una figura más acentuada se vio en Nicaragua pues sus rangos iban de 40% al 52%”. Un estudio llevado a cabo en la India reportó la existencia de abuso físico durante la gestación en “un 35% de las mujeres que participaron y finalmente un estudio hecho en Perú tuvo como prevalencia un 45% en las gestantes”.

Valores que concuerdan con los obtenidos en nuestro estudio manteniéndose igual y en otros resultados se encuentra sobre lo hallados en nuestro trabajo investigativo.

Son tan altos los rangos de prevalencia actualmente, que algunos estudios indican con certeza la probabilidad de que se incremente a largo plazo el riesgo de violencia contra la mujer por su pareja, por factores relacionados y de importancia como son el estatus socio económico, la edad, el estado marital. En Estados Unidos informó un proyecto de 1000 embarazadas, acerca de la relación de la violencia en pareja con los niveles de educación, siendo este el predictor más significativo de violencia durante el embarazo. Otros estudios

realizados en Filipinas, Egipto, India y Chile demostraron que el estatus socioeconómico era uno de los predictores más acentuados.

A esto se suman algunos reportes en los que se identificó la relación entre la edad juvenil y la violencia en el embarazo, así como el doble riesgo para quienes eran menores de 20 años. Estudios similares realizados por los mismos autores (Casanova & Herrera, 2012) añaden que “las mujeres embarazadas que no se habían casado tienen mayor riesgo que las que si se habían casado”.

De los resultados obtenidos en nuestro estudio se presentó como complicación materna depresión en el 37%, amenaza de parto prematuro en el 23%, ruptura prematura de membranas 19% y el 5% refirieron haber presentado pensamientos suicidas.

En el estudio realizado por Diana Correa B. Psicóloga Clínica. Unidad Municipal de Salud Sur Quito “Mujer Embarazada y Violencia de Género”. 2011. Quito – Ecuador. Señala que en el 40% de las usuarias el 66% de ellas presentó depresión durante la gestación, el 23% amenaza de parto prematuro y el 20% refiere haber presentado ganas de quitarse la vida. (Correa, 2011)

Datos donde se evidencia que la depresión y los pensamientos suicidas se presenta en un alto porcentaje al obtenido en nuestro trabajo investigativo, en cuanto al porcentaje presentado en amenaza de parto prematuro podríamos decir que se mantiene en valores iguales al que he presentado en este trabajo.

En cuanto a los resultados obtenidos a condiciones de los recién nacidos en nuestro trabajo se muestra a un 33% con peso bajo para la edad gestacional y el 53% con peso adecuado para la edad gestacional, así mismo la edad gestacional en un 17% son pretérmino y el 76% a término.

En el estudio realizado por Dr. Cruz, Daniel y Dra. Llivicura , Mery. Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora “Factore de Riesgo perinatales para bajo peso en recién nacidos a término”. 2012. Quito – Ecuador, donde la agresión física

se presentó en el 8.5% con una mayor tendencia porcentual en el peso bajo al nacer”. (Cruz & Llivicura, 2012)

Valor con el cual no podemos realizar una comparación significativa ya que no contamos con un porcentaje establecido pero que concuerdan con la relación de bajo peso al nacer de nuestro estudio.

De los estudios realizados por Dra. Casanova, Natalia. Dr. Herrera José, Centro y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC siglas en inglés) de Control “Violencia Durante el Embarazo: Prevalencia y Efectos en el Niño”. 2012. Estados Unidos. Indican que la experiencia de violencia durante el embarazo se asocia con consecuencias negativas sobre el feto, incluidos el bajo peso al nacer y un aumento en la tasa de prematuridad. Un análisis realizado por el Sistema de Evaluación de Riesgo en el Embarazo de Estados Unidos (US PRAMS) reveló un significativo vínculo entre el abuso físico durante el embarazo y el bajo peso al nacer. Otros estudios comparan mujeres que sufren violencia física con otras que no la padecen y el incremento del porcentaje de partos pretérmino es del 22% vs. el 9%, mientras que en el caso de bajo peso al nacer es del 16% vs. el 6%. Investigaciones en mujeres en países orientales como en China e Irak revelan similares resultados. (Casanova & Herrera, 2012)

Comparado con nuestro estudio presenta discrepancia en los resultados ya que se obtuvieron porcentajes más elevados en relación al bajo peso que el presentado en partos pretérminos .

Comparado con los resultados de los estudios citados coincide en factores de riesgo predisponentes de violencia durante el embarazo, como el estado socio-económico de la familia, edad, estado civil, ocupación de la usuaria. Creo que esta situación se deba a que la mujer que se dedica a su hogar y tiene dependencia económica con relación a aquellas que desempeñan además una actividad laboral económicamente remunerada, edad menor de 20 años, ya que no presentan la madurez para afrontar la responsabilidad de un embarazo temprano y no contar con el apoyo suficiente por su pareja o sus padres, su estado civil, muchas de las usuarias son solteras o en unión de hecho, razón

por la cual se sienten desprotegidas, afectando su nivel emocional, la necesidad de afecto y el miedo a ser rechazada y/o abandonada.

Como podemos ver en países en vías de desarrollo como el nuestro, muchas mujeres cuentan con muy pocos recursos económicos y tienen varios hijos, por lo que les cuesta tomar la decisión de abandonar la relación y más aún cuando la mujer está en período de gestación, sumado a esto debemos tener en cuenta que no siempre el ingreso económico es sinónimo de bienestar familiar por ende la víctima tiene la necesidad de ser escuchada y reconocida como sujeto.

El panorama presentado hace evidente la necesidad de considerar a la violencia familiar como un problema emergente de salud pública por su alta prevalencia y por el daño que produce a la salud. Cabe insistir en que la violencia intrafamiliar sobrepasa los límites del ámbito de salud e involucra necesariamente el marco de los derechos humanos, pues cualquier acto de violencia en contra de una persona es un hecho violatorio de sus derechos.

## **h. CONCLUSIONES**

1. Se pudo determinar que la incidencia de violencia en usuarias embarazadas que acudieron al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora si tiene efectos importantes sobre la madre como también en el recién nacido.
2. La incidencia de violencia en usuarias embarazadas que acudieron al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora es del 98%.
3. El tipo de violencia que presentaron las usuarias embarazadas fue física en el 32% y psicológica en el 66%.
4. De los efectos maternos de la embarazada violentada fueron depresión, amenaza de parto prematuro y ruptura prematura de membranas prematuridad.
5. El 33% de los recién nacidos presentaron peso bajo para edad gestacional, el 17% fueron pretérmino y el 9% APGAR 4 a 6.

## **i. RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda a las entidades de Salud del Estado Ecuatoriano realizar políticas de atención y establecimientos adecuados en los Centros de Salud y Hospitales donde se pueda identificar y atender los casos de violencia intrafamiliar especialmente con las usuarias embarazadas.
2. Se recomienda al Ministerio de Salud Pública realizar programas de seguimiento personalizado de las familias en riesgo de sufrir violencia dentro del hogar, poniendo en práctica un programa de salud en el cual el personal no solo esté capacitado para educar a las familias en riesgo de sufrir alguna enfermedad, sino también preparado para detectar signos de posible violencia, en particular en mujeres jóvenes de nivel socioeconómico bajo, así como en madres solteras.
3. Recomendar a Universidades y Colegios, una Educación para la juventud sobre la violencia y sus consecuencias.
4. Se recomienda al personal de atención primaria llevar a cabo un interrogatorio minucioso en lo que respecta a episodios de violencia física o psicológica sea antes o durante el periodo de gestación.
5. Es importante que las madres estén siempre instruidas sobre sus derechos, así como el rol importante que cumplen en el momento de la gestación y después de esta.

## j. BIBLIOGRAFÍA

- Akin, L., & Pierce, D. (2009). *Retardo del crecimiento intrauterino NationWide Children's Hospital*. Recuperado el 21 de 04 de 2014, de Helath Library: <http://healthlibrary.nationwidechildrens.org/Spanish/Pediatric/HighRiskPregnancy/90,P05572>
- Asociación Americana de la Salud Sexual. (2010). *Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el embarazo*. Recuperado el 21 de 04 de 2014, de Pregnancy: <http://www.cdc.gov/std/spanish/STDFact-Pregnancy-s.htm>
- Benítez, G., Peña, A., & Peña, D. (2014). *Violencia contra la mujer durante el embarazo*. Recuperado el 15 de 04 de 2014, de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S004877322004000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S004877322004000400004&script=sci_arttext)
- Blásquez, M. (2011). *Actuación en Salud Mental con mujeres maltratadas por su pareja*. Recuperado el 01 de 04 de 2014, de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_470\\_maltratadas\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_470_maltratadas_compl.pdf)
- Casanova, N., & Herrera, J. (2012). *Violencia durante el embarazo: prevalencia y efectos en el niño*. Recuperado el 15 de 04 de 2014, de [http://cientifica.edu.pe/\\_data/archivos/Investigaciones/Violencia\\_Durante%20el\\_Embarazo\\_Prevalencia\\_y\\_Efectos\\_en\\_el\\_Nino.pdf](http://cientifica.edu.pe/_data/archivos/Investigaciones/Violencia_Durante%20el_Embarazo_Prevalencia_y_Efectos_en_el_Nino.pdf)
- Collado, S., & Villanueva, A. (2005). *Violencia familiar: una aproximación desde la ginecología y obstetrica*. Recuperado el 16 de 04 de 2014, de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/violencia\\_mujer.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/violencia_mujer.pdf)
- Contreras, H., Mori, E., Hinostroza, W., Yancachajlla, M., Lan, N., & Chacón, H. (2013). *Características de la Violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima - Perú*. Recuperado el 31 de 03 de 2014, de Scielo: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000300002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000300002&script=sci_arttext)(Consulta: 31/03/2014. Hora: 17h50)
- Correa, V. (2011). *Mujeres Embarazadas y Violencia de Género*. Recuperado el 06 de 09 de 2015, de

- <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2336/1/T-UCE-0007-75.pdf>
- Cruz, D., & Llivicura, M. (2012). *Factores de riesgo perinatales para peso bajo en recién nacidos a término del Hospital Gineco-Obstetricio Isidro Ayora, Quito*. Recuperado el 22 de 04 de 2014, de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2336/1/T-UCE-0007-75.pdf>
- Cuevas, S., Blanco, J., Juárez, C., Palma, O., & Valdez, R. (2009). *Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México*. Recuperado el 22 de 04 de 2014, de <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001392>
- INEC. (2011). *Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres*. Recuperado el 21 de 04 de 2014, de [http://www.inec.gob.ec/sitio\\_violencia/presentacion.pdf](http://www.inec.gob.ec/sitio_violencia/presentacion.pdf)
- MSP - Ecuador. (2008). *Componente Normativo Materno*. Recuperado el 16 de 04 de 2014, de [https://www.google.com.ec/?gws\\_rd=ssl#q=protocolo+materno+msp](https://www.google.com.ec/?gws_rd=ssl#q=protocolo+materno+msp)
- NACER SANO. (2013). *Complicaciones el embarazo*. Recuperado el 23 de 04 de 2014, de <http://nacersano.marchofdimes.com/embarazo/anemia.aspx>
- Noguera, N., & Alvarado, H. (2011). *Embarazo en Adolescentes: Una mirada desde el cuidado de enfermería*. Recuperado el 23 de 04 de 2014, de [http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_colombiana\\_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf)
- OMS. (2013). *Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es "un problema de salud global de proporciones epidémicas"*. Recuperado el 01 de 04 de 2014, de [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence\\_against\\_women\\_20130620/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/)
- ONU. (2012). *Definición de la violencia contra las mujeres*. Recuperado el 20 de 04 de 2014, de <http://www.endvawnow.org/es/articles/295-definicion-de-la-violencia-contra-las-mujeres-y-ninas-.html>
- OPS - América Latina y El Caribe. (2013). *Violencia contra la mujer, un problema en América Latina*. Recuperado el 05 de 04 de 2014, de

<http://www.cubadebate.cu/noticias/2013/01/20/violencia-contra-la-mujer-un-problema-en-america-latina/#.U0dYgc5A6ZQ>

- OPS. (2009). *La violencia doméstica durante el embarazo*. Recuperado el 16 de 05 de 2014, de [http://ahnh.org/Articles/PAHO\\_article\\_embarazo.pdf](http://ahnh.org/Articles/PAHO_article_embarazo.pdf)
- Pacora, P. (2010). *Violencia contra la mujer en el embarazo a la construcción de una familia saludable*. Recuperado el 1 de 05 de 2014, de <http://www.perusaludable.org/Revista/articulo38.htm>
- Perez, M., López, G., & León, A. (2008). *Violencia contra la mujer embarazada: Un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido*. Recuperado el 30 de 03 de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2008/apm085e.pdf>
- Pinto, N. (2008). *Repercusiones de la violencia basada en género sobre la salud de las mujeres*. Recuperado el 30 de 03 de 2014, de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52\\_n1/pdf/a03v52n](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n1/pdf/a03v52n)
- Red Estatal de Organizaciones Feministas contra la Violencia de Género. (2002). *World report Violenci and Health*. Recuperado el 15 de 04 de 2014, de <http://www.redfeminista.org/sub/oms.asp>
- The American Collage of Obstetricians and Gynecologists. (2013). *Violencia en la mujer embarazada y violencia domestica*. Recuperado el 15 de 04 de 2014, de [https://www.acog.org/For\\_Patients/Search\\_Patient\\_Education\\_Pamphlets\\_-\\_Spanish/Files/Violencia\\_domestica](https://www.acog.org/For_Patients/Search_Patient_Education_Pamphlets_-_Spanish/Files/Violencia_domestica)

## k. ANEXOS

### ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sra.

Por medio del presente me dirijo respetuosamente ante usted extendiéndole un cordial y afectuoso saludo, y a la vez comunicarle que con el propósito de realizar el estudio investigativo titulado **“VIOLENCIA EN EMBARAZADAS Y SUS EFECTOS MATERNO-PERINATALES EN USUARIAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA EN EL PERIODO MARZO – JULIO DEL 2014”**, solicito su participación y autorización para aplicar la respectiva encuesta, la que permitirá obtener información que será útil para el desarrollo de la investigación. Por lo que reitero mi pedido para contar con su valiosa participación y consentimiento informado - escrito.

Nombre y apellidos del participante.

.....

.

Firma de autorización.

.....

C.I.....

## ANEXO 2. ENCUESTA



### ÁREA DE LA SALUD HUMANA

### CARRERA DE MEDICINA

**TEMA:** “VIOLENCIA EN EMBARAZADAS Y SUS EFECTOS MATERNO-PERINATALES EN USUARIAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA EN EL PERIODO MARZO – JULIO DEL 2014”.

**INTRUCCIONES:** Debido a que el maltrato y la violencia se presentan con frecuencia en la vida de mujeres embarazadas y que pueden afectar al bienestar materno-fetal (madre e hijo), me encuentro realizando la presente investigación, para lo cual le pido comedidamente se me otorgue la siguiente entrevista con los datos reales y vividos en su etapa gestacional (embarazo). Es muy importante que usted sea sincera en sus respuestas. Lo que usted nos cuente será confidencial, no será usado para denuncia y no será revelada su identidad.

Si tiene alguna duda en cuanto a las preguntas se le aclarara.

### INSTRUMENTO DE DETECCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO

**N° de HC:**

**Fecha:**

#### **SECCIÓN I - DATOS DE LA USUARIA**

Edad: ..... Referida: .....

Ocupación:.....

Estado civil:

Soltera.....Casada..... Divorciada..... Unión libre.....Viuda.....

Trabaja: Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ (Capacidad económica de adquisición)

Ultimo grado académico: .....

Vivienda: Propia..... Rentada.....

Zona: urbana\_\_\_\_ rural \_\_\_\_ marginal\_\_\_\_

#### **SECCIÓN II – DATOS DEL EMBARAZO ACTUAL**

Edad gestacional (semanas de embarazo): .....

Embarazo deseado: Si \_\_\_\_ No\_\_\_\_

Control prenatal: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Control prenatal Completo: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Cuantos \_\_\_\_

Edad (semanas) del embarazo en el primer control prenatal: \_\_\_\_\_

Patología fetal: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_

Recibe algún tratamiento: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Cumple con su tratamiento: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ (Motivo de incumplimiento) \_\_\_\_\_

Antecedentes de patologías:

Diabetes mellitus \_\_\_\_ Hipertensión \_\_\_\_ Insuficiencia

Renal \_\_\_\_

Abortos anteriores \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Recibe algún tratamiento: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Cumple con su tratamiento: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ (Motivo de incumplimiento) \_\_\_\_\_

Complicación actual: \_\_\_\_\_

Se evacuara el producto: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Vía de evacuación: Vaginal \_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_

### **SECCIÓN III – TIPO DE VIOLENCIA**

#### **Violencia psicológica**

1. ¿Usted se ha sentido alguna vez agredida emocional o psicológicamente por parte de su compañero o esposo o por alguna persona importante para usted (ejemplo: insultos constantes, humillaciones, rotura de objetos apreciados por usted, avergonzada, ridiculizada frente a otros, rechazada, aislada, etc.)?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Cuándo sucedió la última vez? \_\_\_\_\_

Fue agredida durante este embarazo: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Qué relación tiene con usted la persona que la agredió:

\_\_\_\_\_

Qué tipo de agresión sufrió:

Física: \_\_\_\_ Psicológica: \_\_\_\_ Sexual: \_\_\_\_

En algún momento de su embarazo a intentado atentar contra su vida o la de su bebe: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### **Violencia física**

1. ¿Alguna vez su esposo, compañero o alguien importante para usted le causó daño físico? (Ejemplo: golpes, empujones, cortes, quemaduras, heridas con arma blanca o arma de fuego, etc.)

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuándo sucedió la última vez?: \_\_\_\_\_

Fue agredida durante este embarazo: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Qué relación tiene con usted la persona que la agredió:

\_\_\_\_\_

Qué tipo de agresión sufrió: \_\_\_\_\_

### **Violencia sexual**

2. ¿En algún momento de su vida se sintió forzada a tener contacto o relaciones sexuales?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es si ¿Cuándo sucedió la última vez?: \_\_\_\_\_

Ocurrió durante este embarazo: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Qué relación tiene con usted la persona que la agredió:

\_\_\_\_\_

3. ¿su embarazo fue planeado o fue concebido durante un acto en contra de su voluntad?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### **Discriminación**

4. ¿considera usted haber sido en algún momento víctima de discriminación? (ejemplo: su alimentación es diferente, participa en las decisiones y actividades familiares, desarrolla algún tipo de actividad recreativa, se le permite asistir a sus controles prenatales)

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de discriminación?

\_\_\_\_\_

**5. Considera Ud. Que la violencia tuvo algún efecto negativo en su embarazo:**

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Por qué ? \_\_\_\_\_.

GRACIAS POR SU COLABORACION



# ÍNDICE

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN .....	¡Error! Marcador no definido.
AUTORÍA.....	iii
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
a. TÍTULO:.....	1
b. RESUMEN.....	2
ABSTRACT .....	3
c. INTRODUCCIÓN.....	4
d. REVISIÓN DE LITERATURA .....	7
1. VIOLENCIA .....	7
1.1. Violencia en la mujer embarazada .....	7
1.2. Epidemiología.....	8
1.3. Tipos de violencia .....	9
1.3.1. Física.....	9
1.3.2. Psicológica-emocional.....	9
1.3.1. Sexual.....	10
1.3.2. Discriminación.....	11
2. EFECTOS MATERNOS NEONATALES DE LA VIOLENCIA.....	12
2.1. RCIU .....	12
2.2. RCIU.....	12
2.2.1. Tratamiento .....	13
2.3. Infección de transmisión sexual .....	13
2.3.1. Infecciones cervicovaginales.....	14
2.3.1.1. Vaginosis bacteriana.....	14
2.3.1.1.1. Tratamiento .....	14
2.3.1.2. Vaginosis aeróbica.....	15
2.3.1.2.1. Tratamiento .....	15
2.3.1.3. Vaginitis por Trichomona Vaginalis.....	15
2.3.1.3.1. Tratamiento .....	15
2.3.1.4. Vulvovaginitis micótica.....	16

2.3.1.4.1.	Tratamiento.....	16
2.3.1.5.	Infección por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (NG).....	16
2.3.1.5.1.	Tratamiento:.....	16
2.4.	Amenaza de parto prematuro .....	17
2.4.1.	Signos y síntomas.....	17
2.4.1.1.	Tratamiento .....	17
2.5.	Ruptura prematura de membranas .....	17
2.5.1.	Signos y síntomas.....	18
2.5.2.	Tratamiento .....	18
2.5.2.1.	Manejo Según la situación infecciosa.....	18
2.5.2.2.	RPM $\geq$ 34 semanas .....	19
2.5.2.3.	RPM entre 24 y 34 semanas:.....	19
2.5.2.4.	RPM < a 24 semanas: .....	20
2.6.	Hipertensión en el embarazo .....	20
2.6.1.	Signos y síntomas.....	21
2.6.1.1.	Tratamiento .....	21
2.7.	Depresión .....	21
2.7.1.	Signos y síntomas.....	22
2.7.1.1.	Tratamiento .....	222
2.8.	Término del embarazo.....	233
2.8.1.	Cesárea .....	233
2.8.2.	Vaginal.....	23
2.8.3.	Aborto.....	244
3.	EFFECTOS PERINATALES .....	244
3.1.	Edad gestacional.....	266
3.1.1.	Clasificación .....	266
3.2.	Peso al nacer .....	27
3.2.1.	Clasificación .....	277
3.3.	Puntaje APGAR.....	27
3.3.1.	Clasificación .....	28
e.	MATERIALES Y MÉTODOS .....	29
f.	RESULTADOS .....	31
g.	DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	38

h. CONCLUSIONES.....	43
i. RECOMENDACIONES.....	44
j. BIBLIOGRAFÍA.....	45
k. ANEXOS.....	48
ÍNDICE.....	48