

Violencia durante el embarazo: consecuencias maternas, fetales y neonatales: una revisión sistemática de la literatura

Rosa María Dos Santos Moreira¹²

Resumen

Introducción: la violencia contra las mujeres a nivel mundial es un problema de salud pública con un impacto en las conductas de riesgo, el bienestar mental y físico. Durante el embarazo, la prevalencia, genera una mayor preocupación asociada con consecuencias adversas en la salud materna y fetal. **Objetivo:** identificar las principales complicaciones maternas, fetales y neonatales que resultan de la violencia infligida por la pareja durante el embarazo. **Métodos:** revisión sistemática de la literatura entre 2000 y 2010, utilizando el método PI [C] OS – (P) Participantes, (I) Intervenciones, (C) Comparación, (O) Resultados, (S) Diseño del estudio. En total, se encontraron 437 artículos, entre los cuales se seleccionaron 37 estudios primarios. Después de analizados según los criterios de selección, se seleccionaron ocho estudios para incluir en esta revisión. **Resultados:** las consecuencias de la violencia infligida por la pareja durante el embarazo, conducen a una serie de problemas psicológicos (estrés, depresión posparto) y sociales (tabaco, alcohol, drogas ilícitas). En la salud reproductiva, los problemas fueron: embarazos no deseados, vigilancia prenatal ausente o tardía, tendencia a la paridad elevada, menor aumento de peso durante el embarazo, sangrado genital, ruptura temprana de membranas, trabajo de parto falso, disminución de los movimientos fetales, parto prematuro, hipertensión,

¹² Máster en Enfermería del Instituto de Ciencias Biomédicas Abel Salazar. Doctora de la Universidad de Porto Portugal. Estudiante de Doctorado en Enfermería en el Instituto de Ciencias de la Salud de Lisboa de la Universidad Católica Portuguesa. Profesora adjunta en la Escuela Superior de Enfermería de Coimbra. Especialista en Enfermería de Salud Materna y Obstetricia. Correo electrónico: rosa@desenfc.pt

preeclampsia, diabetes gestacional, obesidad posparto, anemia, infecciones del tracto urinario, dolores y vómitos, entre otros. Entre las complicaciones neonatales, se encuentran: bajo peso al nacer, recién nacido pequeño para la edad gestacional, prematuridad y muerte neonatal. Conclusiones: los resultados mostraron preocupantes dimensiones de la prevalencia de la violencia infligida por la pareja durante el embarazo. Las consecuencias maternas, fetales y neonatales refuerzan la necesidad de prestar atención a este fenómeno en el período prenatal, ya que la violencia durante el embarazo puede constituir un factor de riesgo en la salud de la mujer, del feto y del neonato.

Palabras clave

Violencia doméstica, complicaciones del embarazo, desarrollo fetal, recién nacido.

Introducción

La violencia contra las mujeres es reconocida en todo el mundo como un problema de salud pública. En el informe mundial sobre la violencia y la salud (1), en 48 estudios realizados en todo el mundo, se encontró que cerca del 69 % de las mujeres fueron abusadas por su pareja en algún momento de sus vidas. El impacto en la salud es profundo, con consecuencias sobre el bienestar físico, psicológico y adopción de comportamientos de riesgo como el tabaquismo, la inactividad física, consumo excesivo de alcohol y sustancias ilícitas. La alta prevalencia de la violencia durante el embarazo (física, psicológica y sexual) trae una mayor preocupación, ya que se ha asociado con efectos adversos sobre la salud física, mental y reproductiva de

las mujeres, así como en la salud del feto, lo que contribuye al aumento de mortalidad materna, perinatal y neonatal (1).

En Portugal existe una creciente preocupación acerca de la violencia doméstica, pero rastreos sistemáticos no son todavía una realidad, se desconocen los datos nacionales sobre la prevalencia de este fenómeno durante el embarazo. Se reconoce la importancia de la participación de los servicios de salud en la identificación de casos de violencia doméstica, así como la necesidad de formación de profesionales de la salud y la reorganización de las prácticas de atención (2). Es considerado como fundamental el aumentar la sensibilización de los profesionales de la salud para este fenómeno, poniendo de relieve las consecuencias para la salud reproductiva.

Tabla 1. Los criterios de selección de los estudios incluidos en esta revisión

Criterios de selección*	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Participantes	Embarazadas	No embarazadas
Intervenciones	Afectadas por violencia infligida por la pareja	Afectadas por otros tipos de violencia
Resultados	Complicaciones maternas y fetales, perinatales y neonatales	Complicaciones maternas después del parto
Diseño del estudio	Estudios cuantitativos en texto completo	Estudios cualitativos, resúmenes de cualquier tipo de estudio, tesis disertaciones, estudios de revisión de la literatura (metasíntesis/meta-análise).

* Se muestran los criterios de exclusión y de inclusión de los estudios incluidos en esta revisión, de conformidad con el método PI[C]OS.

Así, la pregunta de investigación es: ¿cuáles son las complicaciones maternas, fetales y neonatales provocadas por la violencia infligida por la pareja durante el embarazo?

Métodos

Revisión sistemática de la literatura entre 2000 y 2010, utilizando el método PI[C] OS – (P) Participantes, (I) Intervenciones, (C) Comparaciones; (O) Resultados; (S) Diseño del estudio (3). Para

una selección de artículos, se definieron previamente los criterios de inclusión y exclusión que guiaron la selección de los estudios incluidos en esta revisión que se encuentran en la tabla 1.

La encuesta se realizó en las bases de datos de Google Académico y plataforma B-On para acceso a los recursos: annual Reviews, Elsevier – Science Direct (Freedom collection), Springer Link (Springer/Kluwer), Wiley Interscience

(Wiley), Academic Search Complete (EBSCO), Pubmed, Web of Science (ISI), Current Contents (ISI), ISI Proceedings (ISI) e Repositorio Científico de Acceso Abierto de Portugal (RCAAP).

La investigación se llevó a cabo en los idiomas portugués e inglés. Para buscar en Google Académico, se usaron los siguientes descriptores: complicaciones maternas, resultados perinatales, embarazo, violencia durante el embarazo. Para buscar en plataforma B-on se usaron: maternal complications, birth outcomes, pregnancy, domestic violence, violence during pregnancy.

En total se obtuvieron 437 artículos. De acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 37 estudios primarios y, después de analizar a fondo los resultados, fueron seleccionados 8 estudios para incluir en esta revisión. Un resumen de los trabajos científicos seleccionados se presenta en la tabla 2.

Resultados

Después de examinar los estudios, se encontró que todos los seleccionados son estudios epidemiológicos transversales. Con respecto al país, la mayoría de los 83 estudios se han realizado en los Estados Unidos (cuatro), seguido de Brasil (dos), Inglaterra (uno) y Portugal (uno).

Respecto a los participantes en el estudio que fueron seleccionados, el número varió desde 85 hasta 2.660 participantes. La prevalencia de la violencia infligida por la pareja durante el embarazo apareció en todos los estudios con mayor o menor expresividad.

Para identificar a las mujeres víctimas de violencia, se reunió relevancia en el uso de dos instrumentos específicos, siendo la Abuse Assessment Screen (AAS) predominante (4-7). Este instrumento fue desarrollado en Estados Unidos en 1989, se dirige específicamente a rastrear la violencia contra las mujeres durante el embarazo (6).

La Conflict Tactics Scale (CTS) también se utilizó en un estudio (8) para identificar la violencia en la pareja. En otro estudio (10), se utilizó la versión completa revisada de la Conflict Tactics Scale (CTS2). Las consecuencias maternas de la violencia infligida por la pareja durante el embarazo llevan a una serie de factores de riesgo que se sabe que tienen un impacto significativo en el bienestar físico, psicológico y social de la mujer. Se encuentran efectos psicológicos como el estrés (8, 10), los trastornos de estrés postraumático (11) y el riesgo de depresión posparto (5, 6). Las consecuencias sociales se centran en la adopción de conductas de riesgo antes y durante el

embarazo, incluyendo el uso de sustancias nocivas, como el tabaco y las drogas ilícitas (5, 7, 9) y el consumo de alcohol (7, 9). Estas mujeres tienden a embarazos no planificados y a la vigilancia prenatal ausente o inicio tardío, así como existe una tendencia para alta paridad (7), y peor historia de salud obstétrica (5).

En cuanto se refiere a las consecuencias relacionadas con el embarazo actual, los resultados mostraron cambios en el aumento de peso. En su mayor parte, en las mujeres víctimas se observa una disminución de la ganancia de peso durante el embarazo (7) y la tendencia a desarrollar obesidad después del parto (9).

Aunque no existe una asociación significativa entre las complicaciones obstétricas y la violencia, la mayoría de las mujeres reportaron experiencias de violencia doméstica. Se identificó sangrado genital, ruptura prematura de membranas (RPM), falso trabajo de parto, disminución de los movimientos del feto, parto prematuro, hipertensión, preeclampsia, diabetes gestacional, anemia, infección urinaria, dolores (dolor abdominal, dolor de espalda, dolor de cabeza) y vómitos (5). También se han encontrado otras enfermedades no específicas (5, 7).

En relación con las consecuencias fetales, perinatales y neonatales, se evidencia disminución de peso al nacer (8), recién nacido pequeño para la edad gestacional, parto prematuro (7) y muerte neonatal (4).

En la Tabla 2, son presentados los datos relevantes de los estudios seleccionados de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión referidos en la metodología.

Discusión

Las dimensiones de la prevalencia de violencia durante el embarazo perpetuada por la pareja, apareció prominentemente en varios estudios y ha sido objeto de atención por parte de la OMS (1). Este fenómeno exige atención sobre las consecuencias en la salud de las víctimas. Con respecto al período prenatal, los resultados encontrados en esta revisión muestran la mayor tendencia entre las víctimas para una inadecuada vigilancia de la salud en este período, donde la adopción de estilos de vida poco saludables, como el consumo de sustancias nocivas, no contribuyen en nada para la salud materna y fetal.

Tabla 2. Resumen de los datos relevantes de los estudios seleccionados

Autor/año/país participantes	intervenciones	resultados	Diseño
(7) (2008) Portugal 2660 mujeres (257 víctimas de la violencia por su pareja durante el embarazo).	Estudiar la relación entre el abuso físico durante el embarazo y el parto prematuro.	Parto prematuro más común en las mujeres víctimas de maltrato físico. Predisposición a la paridad elevada, el embarazo no planificado y vigilancia prenatal ausente o tardía, baja ganancia de peso, tabaquismo, consumo de alcohol y uso de drogas ilícitas durante el embarazo. Mayor frecuencia de sangrado genital. Recién nacido pequeño para la edad gestacional.	Transversal
(9) (2007) USA 104 mujeres (84 víctimas de la violencia por su pareja durante el embarazo)	Examinar la prevalencia de los diferentes tipos de violencia durante el embarazo y su asociación con comportamientos negativos para la salud.	Las mujeres víctimas de violencia eran menos propensas a dejar de fumar o reducir el consumo de tabaco durante el embarazo, el aumento de consumo de otras sustancias y drogas ilícitas y menos propensas a iniciar la supervisión de la atención prenatal en el 1er trimestre. El desarrollo de la obesidad, fue el doble en las mujeres víctimas.	Transversal

<p>(8) (2002) USA 808 mujeres (111 víctimas de la violencia durante el embarazo)</p>	<p>determinar la asociación entre el abuso físico, el estrés y el peso al nacer.</p>	<p>El estrés debido al abuso durante el embarazo se asocia con bajo peso al nacer y el peso medio más bajo al nacer, después de ajustar las variables de comportamiento, psicosociales, demográficas y médicas.</p>	<p>Transversal</p>
<p>(11) (2004) USA 85 mujeres (59 con experiencia traumática violenta, entre los cuales 8 sufrieron maltrato por su pareja durante el embarazo)</p>	<p>Examinar la experiencia de las mujeres embarazadas con el trauma y los trastornos de estrés postraumático.</p>	<p>Las mujeres traumatizadas mostraron altos niveles de síntomas de trastornos de estrés, trastorno de estrés postraumático durante el embarazo con un 58 % de las mujeres con criterios diagnósticos del estrés post traumático.</p>	<p>Transversal</p>

<p>(5) (2004) Inglaterra 200 mujeres (94 Embarazadas y 106 después del parto, 47 de las cuales fueron víctimas de violencia por su pareja)</p>	<p>Examinar la prevalencia de la violencia doméstica y su asociación con complicaciones obstétricas y la salud psicológica.</p>	<p>Las víctimas con mayor predisposición a fumar antes y/o durante el embarazo actual, y el uso de drogas ilícitas. Asociados con antecedentes de violencia doméstica muestran niveles elevados de depresión posparto, la presencia de complicaciones obstétricas (pobre historia obstétrica, dolor abdominal, sangrado antes de 37 semanas, ruptura prematura de membranas, trabajo de parto falso, parto pretérmino (no inducido e inducido), disminución de los movimientos fetales, hipertensión, preeclampsia, diabetes gestacional) y otros (dolores de espalda, vómitos, dolor de cabeza, anemia, infección de las vías urinarias).</p>	<p>Transversal</p>
<p>(6) (2007) Brasil 133 mujeres (54 sufrieron violencia doméstica y durante el embarazo actual 5 fueron agredidos por su pareja)</p>	<p>determinar la frecuencia de riesgo para la depresión posparto y factores asociados.</p>	<p>Observado asociación entre la aparición de la violencia doméstica y el riesgo de depresión postparto.</p>	<p>Transversal</p>

<p>(10) (2010) USA 1522 mujeres embarazadas víctimas de violencia doméstica en el embarazo actual</p>	<p>Identificar los factores asociados con el estrés prenatal alto.</p>	<p>La violencia doméstica se asoció significativamente con un alto estrés psicosocial.</p>	<p>Transversal</p>
<p>(4) (2003) Brasil 420 mujeres (13,1 % fueron víctimas de la violencia por su pareja el año pasado antes del embarazo y 7,4 % durante el embarazo)</p>	<p>determinar la prevalencia de la violencia física, el estudio de los factores de riesgo y los resultados perinatales asociados.</p>	<p>Entre los resultados perinatales, es alta la frecuencia de muerte neonatal entre las víctimas de la violencia.</p>	<p>Transversal</p>

La violencia física infligida por la pareja durante el embarazo puede ser un factor de riesgo, ya que puede conducir a la poca adherencia a los servicios de salud para la vigilancia del embarazo y por lo tanto aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo (12). Estos datos, junto con la falta de una planificación adecuada de embarazos, dejaron abierta la posibilidad de que en el período preconcepcional, se combinan condiciones adversas para el desarrollo embrionario sano.

Alta paridad encontrada entre las mujeres víctimas (7), es lo que se ha encontrado en otros estudios (13,14) en los que la falta de planificación del embarazo surge relacionado con dificultades en la adopción de medidas anticonceptivas, lo que resulta en menos autonomía por parte de las mujeres en la negociación dentro de la relación conyugal.

Las complicaciones maternas, perinatales y neonatales que se encuentran en los estudios analizados están de acuerdo con lo que ya ha sido identificado por la

OMS (1), manteniendo la evidencia de la necesidad de la identificación temprana de los factores de riesgo, en el que la violencia familiar se constituye como un factor de riesgo asociado.

Para obtener las respuestas apropiadas de los profesionales de la salud, será fundamental la detección precoz de factores de riesgo para el embarazo donde la violencia infligida por la pareja se asume como relevante. Por otro lado, los profesionales deben estar preparados para intervenir con calidad, tanto en la identificación de la violencia doméstica ya sea en la provisión de recursos y soluciones destinadas a mejorar las condiciones de salud de las víctimas. Ha habido una creciente preocupación por la denuncia de la violencia (15), se destacando la importancia de la capacitación en el cuestionamiento de la existencia de la violencia

(5), lo que pone de relieve el trabajo ya realizado por matronas y enfermeras de salud pública (16) con resultados efectivos en la implementación de programas a los tres niveles de intervención.

El desafío de la OMS (17) para vigilar este fenómeno y para comparar los indicadores a nivel nacional e internacional, a fin de calificar las intervenciones con el fin de reducir su impacto, es de importancia extrema, ya que en Portugal no se conocen rastreos sistemáticos de este fenómeno por parte de los servicios de salud. Se subraya la necesidad de mantener la investigación sobre el fenómeno de la violencia en el embarazo, con énfasis en la producción de indicadores a través de un seguimiento sistemático, lo que permite una comparación con los indicadores nacionales e internacionales.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2003.
2. Andrade C, Fonseca R. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. Ver *Escuela de Enfermería USP*. 2008;42(3):591-595.
3. Ramalho, A. Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem meta-análise: estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem. Coimbra: Formasau; 2005.
4. Menezes T, Amorim M, Santos L, Faúndes A. Violência Física Doméstica e Gestação: Resultados de um Inquérito no Puerpério. *RBGO*. 2003;25(5):309-316.
5. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Domestic violence: Prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2004, 113.
6. Mattar R, Silva E, Camano L, Abrahão A, Colás O, Neto J. et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. Ver *Bras de Ginecol Obstet*. 2007;29(9):470-477.
7. Rodrigues T, Rocha L, Barros H. Physical abuse during pregnancy and preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198:171.
8. Altarac M, Strobino D. Abuse during pregnancy and stress because of abuse during pregnancy and birth weight. 2002;57(4):208-214.
9. Bailey B, Daugherty R. Intimate partner violence during pregnancy: Incidence and associated health behaviors in a rural population. *Matern Child Health Journal*. 2007;11:495-503.
10. Woods S, Melville J, Guo Y, Fan M, Gavin A. Psychosocial stress during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202:61-62.
11. Harris-Britt A, Martin S, Li Y, Casanueva C, Kupper L. Posttraumatic stress disorder and associated functional impairments during pregnancy: some consequences of violence against women. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2004;11(4):253-264.
12. Moraes C, Arana F, Reichenheim M. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44 (4): pp. 667-676.
13. Durand J, Schraiber L. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(3):310-322.
14. Persily C, Abdulla S. Domestic violence and pregnancy in rural West Virginia. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*. 2000;1(3):11-20.
15. Bullock L, Bloom T, Davis J, Kilburn E, Curry M. Abuse disclosure in privately and Medicaid-Funded Pregnant Women. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2006;51(5):361-369.
16. Jack S, DiCenso A, Lohfeld, L. A theory of maternal engagement with public health nurses and family visitors. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;49(2):182-190.
17. World Health Organization. Violence Prevention: The evidence: Overview. Geneva. World Health Organization; 2003.