

Maltrato fetal: expresión clínica del recién nacido de madres víctimas de violencia física durante el embarazo

Dra. Araceli León-López,* Dr. Arturo Loredo-Abdalá,** Dr. Jorge Trejo-Hernández,*** Dra. Gloria Elena López-Navarrete,*** Dra. Corina Araceli García-Piña,***

RESUMEN

Antecedentes. Un menor puede ser víctima de una o varias formas de agresión; entre éstas se encuentran el abuso o negligencia fetal, problema en el que entran en juego cuestiones de carácter ético, social y legal durante la gestación. La violencia contra las mujeres embarazadas conlleva diversos peligros que elevan la morbilidad materno-infantil, lo que limita su derecho a nacer sano.

Material y Método. El estudio incluyó 191 binomios madre-hijo atendidos en el Hospital General de Iztapalapa de agosto a noviembre del 2006. El peso y talla se anotaron y se tomaron en cuenta las tablas de Lubchenco. La edad gestacional se estableció por el método de Capurro. Se identificó violencia física durante el embarazo con la aplicación del cuestionario utilizado en la Encuesta Nacional de Violencia Contra las Mujeres 2003.

Resultado. Hubo violencia física contra la mujer embarazada en diez casos (5%). No hubo partos prematuros. Los recién nacidos tuvieron un peso promedio de 3,400 g, talla promedio de 50 cm.

Conclusión. Se ha señalado que la frecuencia de violencia física durante el embarazo hacia la futura madre va del 0.9 al 33.5%. En este estudio, debido al momento emocional de la madre en que fue obtenida la información, permitió identificar los efectos de la violencia, lo que sugiere la necesidad de considerar otras variables al momento de la entrevista.

Palabras clave: Abuso fetal, violencia física, parto prematuro, peso bajo.

ABSTRACT

Background: A minor may be subjected to one or several types of aggression. These may be either child abuse or fetal negligence. This problem includes ethical, social, and legal aspects as it occurs during intrauterine development of the future child.

Violence against pregnant women results in dangerous situations which increase morbidity and mortality for both mother and child; it also precludes the latter's right to a healthy birth.

Material and Methods. This study included 191 mother-child subjects seen at the Hospital General de Iztapalapa from August to November, 2006. Percentile weights and heights were based on Lubchenco's tables. Gestational age was identified by means of a questionnaire prepared by the National Survey of Violence Against Women in 2003.

Results. Physical violence against pregnant women is reported to occur in 0.9 to 33.5% according to the literature. Because our study was done during an emotional time of the women, it may not allow her to identify the ill effects of violence.

This suggests that other variables should be taken into consideration when interviewing the subjects.

Key words: Fetal abuse, physical violence, premature delivery, low weight.

* Alumna del curso de posgrado. Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM), Instituto Nacional de Pediatría. UNAM.

** Coordinador de CAINM

*** Médico Adscrito. CAINM

**** Médico Adscrito. CAINM

***** Médico Adscrito. CAINM

Correspondencia: Dr. Arturo Loredo-Abdalá. Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado INP. Insurgentes sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuicuilco 04530, Coyoacán, México, D. F. Tel. y fax 10 84 09 00 ext.1411

E mail: cainm_inp@hotmail.com

Recibido: marzo, 2007. Aceptado: mayo, 2007.

Desde el inicio de la humanidad, una de las características del hombre ha sido la tendencia de agreder a sus congéneres¹. El maltrato al menor, probablemente existe desde que los primeros pobladores del mundo dejaron de ser nómadas.

Actualmente alrededor del 10% de los niños son víctimas de abuso en alguna modalidad y dos terceras partes de los casos ocurren dentro del hogar². Un menor puede ser víctima de una o varias formas de agresión y entre las formas poco conocidas se encuentra el abuso o negligencia fetal³. Este aspecto del síndrome de niño maltratado (SNM) se desprende del primer artículo de la Declaración Universal de los Derechos del Niño

que señala: "El niño por su inmadurez física y mental, requiere de cuidados especiales, incluida la protección legal adecuada antes y después del nacimiento" ⁴. En este problema se ven involucrados padres, médicos y la sociedad misma, los cuales deben proveer un ambiente adecuado para que el niño cuente con el derecho a nacer sano. El problema no es sencillo, ya que entran en juego cuestiones de carácter ético, social y legal ⁵.

Se define abuso fetal (AF) a todo acto intencional o de negligencia, que afecte al producto en alguna etapa de su desarrollo por cualquier persona que tenga injerencia con el embarazo. Esta acción puede tener una base cultural, social, política o legal ⁷.

Existen algunas condiciones socio-culturales de la población materna e infantil, en cualquier parte del mundo, que pueden repercutir positiva o negativamente en el producto en gestación ⁸. Uno de estos elementos es la violencia contra las mujeres gestantes, problema de salud que origina graves consecuencias físicas, emocionales, económicas y sociales. Se calcula que una de cada cuatro mujeres gestantes es maltratada a nivel mundial ⁹.

La identificación de esta problemática es complicada ya que existen diversos factores como temor, vergüenza, inseguridad e incluso protección al agresor, lo cual favorece el subregistro, hecho muy generalizado en el mundo ¹⁰.

La mujer embarazada puede ser víctima de diferentes tipos de agresión: emocional (32.4%), física (13.4%) y sexual (6.7%).

La prevalencia de violencia en la mujer embarazada fluctúa entre 0.9 y 33.5 % según el tipo de población estudiada ^{11,12}. En la India la cifra es de 28.4% ¹³; en los Estados Unidos, el 6.6%; en Canadá va del 0.9 al 21.1%. Por ello, se ha sugerido que la violencia durante el embarazo puede ser más común que la diabetes o la placenta previa ^{14,15}.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que el 19% de las mujeres embarazadas en México sufre violencia ¹⁶. Cuevas y cols. hallaron una prevalencia del 13% en usuarias del sector salud ¹⁷, mientras que Valdez Santiago y cols. ¹⁸ comentan que el 33.5% de las mujeres embarazadas, sufrieron violencia, porcentaje equiparable en los diferentes estados de la República Mexicana ¹⁹.

En relación a su frecuencia, este problema tiene cifras muy variables, básicamente debido al tipo de

estudio realizado, la edad de la población analizada y al momento en que se efectúa el mismo. ^{1,2}

Por ejemplo, las cifras en diversas partes del mundo varían de 0.9% al 33.5% y en México del 5.3% al 33%. Para explicar esta disparidad Mc Farlane ³ encontró que cuando la obtención del dato es a través de una entrevista directa, la respuesta es positiva en el 29.3% y cuando es a través de una encuesta es del 7.3%. ⁴

La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres del 2003 precisa que el 5.3% de las mujeres entrevistadas señalaron haber sido agredidas físicamente y de ellas el 48.6% era maltratada antes y durante el embarazo hasta en el 25.8% ²⁰.

Las características de las mujeres agredidas son: baja escolaridad, bajo nivel socioeconómico ^{21,22}, antecedente de maltrato en la infancia ²³, aislamiento, inseguridad y depresión ^{24,25} así como otras consecuencias en la salud física, mental y emocional, que en algunos casos lleva a un desenlace fatal ^{26,27}.

La violencia contra la mujer en el embarazo de pretérmino ocurre en el 10.2% de los casos ^{28,29}. Esto se acompaña de bajo peso del producto al nacimiento en el 10.9% ^{30,31}. Efectos menos frecuentes son: riesgo de aborto ³², preeclampsia, muerte fetal y materna ^{33,34}, placenta previa y riesgo de que el recién nacido requiera ser atendido en un servicio de terapia intensiva ^{35,36}.

OBJETIVO

Identificar la asociación de violencia física durante el embarazo con prematuridad, con peso bajo al nacimiento o con ambos problemas.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: prospectivo, transversal, observacional y descriptivo

El estudio incluyó 191 binomios madre-hijo en las primeras 72 h de vida atendidos en el Hospital General de Iztapalapa de la Secretaría de Salud del Distrito Federal de agosto a noviembre del 2006.

Para establecer peso y talla se utilizaron las tablas percentilares de Lubchenco. La edad gestacional se estableció por el método de Capurro.

Se identificó violencia física a la mujer durante el embarazo mediante una entrevista directa utilizando

las preguntas del cuestionario usado en la Encuesta Nacional de Violencia Contra las Mujeres 2003.^{37,38}

Se realizó análisis univariado de las variables con apoyo del programa estadístico JMP IN 5.1

RESULTADOS

Características de las mujeres embarazadas

Hubo violencia física durante el embarazo en 10 casos (5%), sobre todo en el 3er trimestre del embarazo. La edad promedio de las mujeres fue de 21.5 años (19 a 32). Su condición civil fue: unión libre ocho casos y dos casadas. El nivel académico fue: seis mujeres, carrera técnica; dos, secundaria y dos analfabetas. El inicio de vida sexual fue a los 15 años 7 meses (13 a 20). Seis tuvieron control prenatal a partir del cuarto mes. Cuatro mujeres tuvieron infección de vías urinarias y dos cervicovaginitis. Tabaquismo en seis casos y etilismo en dos. El agresor identificado fue la pareja en seis casos, en dos fue el hermano y otro familiar en dos casos. La agresión fue dirigida hacia el tronco y extremidades de la mujer en ocho casos y en dos, al abdomen; la manifestación clínica predominante fue equimosis en diversas partes del cuerpo en ocho casos, dos mujeres no tuvieron daño físico.

Ninguna de las pacientes solicitó atención médica. No hicieron la denuncia ante las autoridades pertinentes.

Características de los recién nacidos

Los recién nacidos tuvieron un peso promedio de 3400 g (3050 a 3700 g).

La talla promedio fue de 50 cm. El promedio de edad gestacional fue 38 semanas (38 a 40 semanas).

DISCUSIÓN

La violencia que sufren diversos grupos humanos ha obligado a organizaciones civiles mundiales y gobiernos a desarrollar estrategias y leyes que permitan su atención, pero primordialmente su prevención.

Los grupos vulnerables son las mujeres, los niños y adolescentes, las personas con capacidades diferentes y los adultos en plenitud. De ellos, probablemente las mujeres son el grupo humano que más ha luchado por alcanzar su bienestar y reconocimiento como personas.

A pesar de ello, la violencia contra las mujeres es una cruel realidad creciente que ha llegado a ser un problema de derechos humanos que no respeta valores raciales, religiosos, educativos ni socioculturales y por lo tanto, es asunto de competencia y responsabilidad civil

En este grupo de personas existe una condición alarmante: la violencia contra la mujer embarazada, situación poco reconocida y aceptada por el sector salud y mucho menos por la sociedad civil a pesar de su frecuencia y su resultado, la morbilidad femenina y la de su hijo.⁴

El Banco Mundial considera que esta condición hace que la mujer pierda uno de cada cinco días de vida saludable durante su edad reproductiva.¹⁰

La agresión contra la mujer embarazada es tanto más grave cuanto que se trata de dos seres humanos que sufrirán las consecuencias.

En este estudio, el 5% de las mujeres fue víctima de maltrato durante el embarazo, cifra en los valores mínimos en nuestro país, dato que no coincide con lo esperado. En un intento por explicar esta situación, debe considerarse que el método empleado para obtener de la información fue una entrevista directa en las primeras 72 h del parto. Es posible que en estos momentos, cuando la vida emocional de estas madres pudiera estar o no satisfecha con la resolución del embarazo, estén presentes los efectos emocionales de la violencia y que se expresen por depresión, baja autoestima, angustia o aislamiento. Por lo tanto, aún no tienen una claridad emocional para manifestarle su problema de violencia a un desconocido. A pesar de lo anterior, está a favor de las nuevas madres de este estudio que en seis casos existió control prenatal cifra casi similar al 59% en un informe nacional.⁵ La edad promedio de 21.6 años coincide con el 65% para madres mayores de 20 años en México y la preparación técnica en seis mujeres fue mejor que el 47.7% descrito en trabajos previos.⁶

Entre los aspectos que pueden ser considerados como debilidades o amenazas se encuentran la condición civil que en ocho mujeres del estudio fue de unión libre, porcentaje mayor al 35.7% señalado en otro estudio similar. Esta situación probablemente establece la dependencia económica y quizás emocional hacia el agresor, que en esos casos fue su pareja, relación que expresamente no fue investigada por los autores. El consumo de tabaco y de alcohol se observó en seis y dos casos respectivamente.

mente, y se refirió suspensión en el primer trimestre al tener conocimiento del embarazo⁷

A pesar de que las lesiones que describieron las mujeres no pasaron de equimosis en diferentes partes del cuerpo, se tiene que considerar que en seis de ellas los golpes fueron dirigidos al tórax o extremidades y en dos casos directamente hacia el abdomen, agresión quizás dirigida también al producto y siempre queda latente la posibilidad de que si en este embarazo no ocurrió un daño físico grave, agresiones posteriores pueden ocasionar una lesión que ponga en riesgo su capacidad reproductiva futura.

Con respecto a no haber encontrado alteración en el peso de los recién nacidos y por supuesto el dato de parto prematuro, no tenemos una explicación lógica ya que se ha reportado que estos niños tienen cuatro veces mas la posibilidad de presentar un peso inferior a los 2,500 g.; es decir, en el 75% de los casos se ha atribuido al fenómeno de violencia contra un esperado del 44% si no hay este antecedente. Existen dos estudios que señalan valores inferiores a los antes mencionados cuando estos se ajustaron a la edad, educación, paridad y adicciones de las madres^{8,34} y quizás ello nos obligue, en otros trabajos, a considerar el estudio de otras variables no analizadas en esta investigación.

La población de este trabajo es de condición socioeconómica baja y en general, no es muy diferente de otros estudios; por lo tanto, consideramos que este no es un factor básico que explique la ausencia de daño en los 10 menores

A pesar de ello, el pediatra y el médico familiar deben mantener presente que la existencia de peso bajo al nacimiento incrementa el riesgo para la adaptación del producto a la vida extrauterina con el consiguiente aumento en la morbilidad y mortalidad.

Los escasos estudios nacionales sobre este problema quizás se expliquen por los factores culturales que propician la aceptación social de la violencia o bien a este fenómeno como un hecho natural dentro de una cultura “machista”⁹

CONCLUSIONES

A pesar de que los resultados obtenidos en este estudio no coinciden totalmente con otros trabajos nacionales, sostendemos la noción de que es indispensable aumentar

el conocimiento de la violencia en la mujer embarazada y la repercusión en su hijo mediante estudios que empleen metodología, tanto cuantitativa como cualitativa.

Reconocer que este problema pone en riesgo grave al binomio madre-hijo. Insistir que ginecólogos y pediatras deben conocer la Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOMEM-002 SSA-1993¹⁰ para atender a las mujeres durante la gestación, el parto y al producto. De no hacerlo, existe un desacato a la normatividad cuyas repercusiones profesionales y personales pueden ser desagradables.

Es indispensable desarrollar programas de sensibilización y capacitación para este grupo de profesionales con el objeto de detectar violencia contra la mujer embarazada, protegerla física-emocional y legalmente en caso de que exista y atender al producto de la gestación, considerando la posible repercusión física que pueda tener.

Esta forma de violencia contra el menor, conocida como abuso fetal, debe ser considerada en casos de parto prematuro o bien cuando el niño nazca con un peso inferior al esperado para su edad gestacional, en ausencia de alguna explicación evidente.

Se sugieren estudios que analicen el mayor número de variables maternas y del producto en base al tipo de comunidad y a la condición socioeconómica y cultural de la población a estudiar. De esta manera, se puede favorecer que la mujer y su hijo tendrán un ambiente lo más seguro posible durante la gestación y el derecho de nacer sano.

REFERENCIAS

1. Loredo Abdalá A, Báez Medina V, Perea Martínez A, Trejo Hernández J, Monroy villafruete A, Venteño Jaramillo A, Martín Martín V. Historia del maltrato infantil en México: revisión de la literatura pediátrica. Bo9l Med Hosp Infant Mex 2001;58:205-16
2. Loredo Abdalá; Introducción. En: Loredo-Abdalá A. Maltrato al menor. México: Interamericana Mc Graw Hill,1994.p 1-8
3. Landwirth J. Fetal abuse ad neglect: an emerging controversy Pediatrics 1987;79:508-514.
4. United Nations Organization (ONU). Preamble: Declaration of Rights of the Child. New York, 1959: 4354
5. Noreno J. Ethical and legal issues in the care of the impaired newborn. Clin Perinat 1987; 1: 353-362
6. Loredo Abdalá A Sierra G de Quevedo, García Piña C, Abuso fetal una condición infame. En: Loredo Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes Editores de Textos Mexicanos. México .2004.
7. Robert WB, Palusci Vj, Child abuse pediatrics: new pediatric subspecialty. J Pediatr 2006;148:711-2

8. United Nations Childrens Fund. Estado Mundial de la infancia. Ginebra: Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF);1987
9. Sisley A, Jacobs L, Poole G, Cambell S, Esposito T. Violence in America: a public health a crisis-domestic violence. *J Trauma* 1999;46:1105-1112.
10. Violencia contra la mujer: Un tema de salud prioritario. Washington, D.C.:OMS/OPS,1998.
11. Khurram NA, Hyder A. Violence against pregnant women in developing countries. *Eur J Public Health* 2003; 13: 105-107.
12. Khosla AH, Dua D, Devi L, Sud SS. Domestic violence in pregnancy in North Indian women. *Indian J Med Sci* 2005 May; 59:195-9
13. Stewart DE, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. *Can Med Assoc J* 1993; 149:1257-1263.
14. Ballard TJ, Saltzman LE, Gazmarian JA, Spitz AM, Lazorick S, Marks JS. Violence during pregnancy. Measurement issues. *Am J Public Health* 1998; 88: 274-276.
15. McFarlane J , Christoffel K, Baterman J. Assessing for abuse: Self report nurse interview. *Public Health* 1991; 8: 245-250
16. Heise L. Violencia contra la mujer: la carga oculta a la salud. Washington, D.C.: El Banco Mundial, Organización Panamericana de la Salud, 1994
17. Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez-Santiago R. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. *Salud Pública Mex* 2006; 48 supl 2: S239-S249.
18. Valdez Santiago R, Arenas Monreal L, Hernández Tezoquipa I. Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. *Salud Pública Mex* 2004; 46:56-63.
19. Paredes Solís S, Villegas Arrizón A, Meneses Rentería A, Rodríguez Ramos IE, Reyes de Jesús L, Andersson N. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México. *Salud Pública Mex* 2005;47, 335-341
20. Olaiz, Del Río, Hijar M. Violencia Contra las Mujeres 2003, Un reto para la salud pública en México, Instituto Nacional de Salud Pública, México1^a Ed. 2004
21. Berenson BA, Wleman MC, Wilkinson SG, Jones AW, Andersson DG. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 1760-1769.
22. Kaye D, Mirembe F, Bantebya G. Risk factors, nature and severity of domestic violence among women attending antenatal clinic in Mulago Hospital, Kampala, Uganda. *Cent Afr J Med.* 2002; 48:64-8.
23. Yanikerem E, Karadas G, Adiguzel B, Domestic violence during pregnancy in Turkey and responsibility of prenatal healthcare providers. *Am J Perinatol* 2006 ; 23: 93-100
24. Muhajarine N, D'Arcy C, Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. *Can Med Assoc J* 1999;160:1007-1011.
25. Elliot AB, Johnson M. Domestic violence in a primary care setting: Patterns and prevalence. *Arch Fam Med* 1995; 4: 113-119.
26. Karchmer K. Salud reproductiva y violencia contra la mujeres. *Ginecol Obstet Méx* 2002; 70:248-252
27. Lipsky S, Holt VL, Easterling TR, Critchlow CW. Impact of police-reported intimate partner violence during pregnancy on birth outcomes. *Obstet Gynecol.* 2003 ;102:557-64
28. Neggers Y, Goldenberg R, Cliver S, Hauth JE. Effects of domestic violence on preterm birth and low birth weight. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004 ;83:455-60
29. Heaman MI. Relationships between physical abuse during pregnancy and risk factors for preterm birth among women in Manitoba. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005; 34:721-31
30. Valdez-Santiago R, Sanín-Aguirre LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Pública Mex* 1996;38:352-362.
31. McFarlane J, Parker B, Soeken K. Abuse during pregnancy: associations with maternal health and infant birth weight. *Nurs Res.* 1996 ;45: 37-42.
32. Murphy CC, Schel B, Myhr T, Mont JD. Abuse; A risk factor for low birth weight? A systematic review meta-analysis. *Can Med Assoc J* 2001;164: 1567-1572.
33. Hedin LW, Jason PO. Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;7:623-4
34. Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstet Gynecol* 1999;93:661-666
35. McFarlane, J, Parker B, Soken K. Abuse during pregnancy: Frequency, severity, perpetrator, and risk factors of homicide. *Public Health Nurs* 1995; 12: 284- 289
36. Martin SL, Makie L, Kupper LL, Buescher PA, Moracco KE. Physical abuse of woman before, during and after pregnancy. *JAMA* 2001; 285: 1581-1584.
37. Fernández Cantón S. El IMSS en cifras: La violencia contra las mujeres derechohabientes *Rev Med IMSS* 2004; 42: 525-530
38. Rivera-Rivera I, Lazcano-Ponce E, Salmerón-Castro J, Salazar-Martínez E, Castro R, Hernández-Avila M. Prevalence and determinants of male partner violence against Mexican women: A population-based study. *Salud Pública Méx.* 2004; 46:113-122.
39. Vera Bustos M, Loredo Abdalá A, Perea Martínez A, Trejo Hernández J. Violencia contra la Mujer. *Rev Fac Med UNAM* 2002; 45: 248-251.
40. Figueroa D, Millán G, Estrada M, Isaías M, Bayardo Q, Trujillo H, Tene C, Maltrato físico en mujeres *Gac Méd Méx.* 2004; 140: 19-23
41. Mayer L, Liebschutz J. Domestic violence in the pregnant patient: obstetric and behavioral interventions. *Obstet Gynecol Surv* 1998; 53: 627-635.
42. Council on Scientific Affairs Violence Against Women: Relevant for medical practitioners. *JAMA* 1992; 267: 3184-3189
43. Valdez R, Shrader E. Características y análisis de la violencia doméstica en México: el caso de una microrregión de Ciudad Nezahualcóyotl. En: Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Doméstica. Ed. Aún la luna a veces tiene miedo. México, D.F: CECOVID, 1992: 35-49
44. Hillard PJ. Physical abuse in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1985; 66: 185-190
45. Instituto Nacional Estadística, Geografía e Informática. XI Censo de Población y Vivienda. México, D.F. INEGI 1990
46. Bullock I, Mc Farlane J. The birth weight battering connection. *Am J Nurs* 1989 89; 1153. 1155
47. Sanchez Zamorano LM, Téllez Rojo MM, Hernández Avila M. Efecto del tabaquismo durante el embarazo sobre la antropometría al nacimiento. *Salud Pública Mex* 2004; 46:529-533.
48. Samuels SO, Bakketeg LS. Does spousal physical abuse affect the outcome of pregnancy? *Scand J Soc Med* 1991; 19:26-31
49. Olivarieta C, Sotelo J. Domestic violence in México. *JAMA* 1996; 275: 1937- 1941
50. Valdez R. Propuesta de enmienda a la Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOMEM-002-SSA2-1993, para atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. México,1996. Documento no publicado.