

CUANDO ES POSIBLE ADMINISTRAR ANALGÉSICOS Y ANTIINFLAMATORIOS EN EL EMBARAZO? UN ANÁLISIS DE LAS EVIDENCIAS

Dr. Andrés Calle M.

RESUMEN:

La ingesta de analgésicos y/o antiinflamatorios durante la gestación es una práctica común, ya sea por prescripción médica, así como por automedicación. Existen múltiples patologías, leves y graves, que requieren la administración de este tipo de fármacos, los cuáles deben ser evaluados en un consenso de análisis sobre los riesgos y los beneficios, análisis que está influenciado directamente por la edad gestacional. Presentamos así, las evidencias que existen al respecto, con la finalidad de actuar con sabiduría y experiencia en las pacientes que han recibido este tipo de fármacos en general.

SUMMARY:

The intake of analgesics and / or anti-inflammatory drugs during pregnancy is a common practice, either by prescription and self-medication. There are many diseases, mild and severe, requiring the administration of such drugs, which must be evaluated in a consensus analysis of the risks and benefits analysis is directly influenced by gestational age. Present case, the existing evidence on the matter, in order to act with wisdom and experience in patients receiving these drugs in general

INTRODUCCIÓN

La administración de medicinas durante la gestación constituye una práctica común y en ocasiones no muy bien justificada. Igualmente por todos es conocido que la toma de medicina en el embarazo puede ser “peligroso”, especialmente para el feto, al igual que en base a estos preceptos preconcebidos, se toman conductas que pueden resultar cuestionables e incluso no apegadas al conocimiento científico, ético y moral.

Los analgésicos y antiinflamatorios son las medicinas de mayor venta en el mundo y también constituyen uno de los grupos farmacológicos de mayor automedicación. Esta automedicación se incluye también en la gestación y por ello resulta primordial dedicar estas próximas líneas a ratificar o corregir conocimientos, con el fin de poder brindar el mejor asesoramiento posible para una paciente embarazada.

Para ello es necesario considerar que los cambios fisiológicos propios de la gestación (aumento de volumen plasmático, incremento del aclaramiento renal, etc.) pueden afectar los parámetros farmacocinéticos de los medicamentos, alterando su eficacia y su toxicidad, tanto para la madre como para el feto. Por otro lado, aparecen otros compartimentos (placenta y órganos fetales) que también pueden modificar la respuesta farmacológica.^{1,2}

Que cambios fisiológicos suceden en el embarazo? Estos cambios se describen en la siguiente tabla:³

ETAPA FARMACOCINÉTICA	CAMBIOS FISIOLÓGICOS	EFECTO FARMACOCINÉTICO
Absorción	- Enlentecimiento del vaciado gástrico. - Disminución de la motilidad gastrointestinal. - Aumento del flujo sanguíneo intestinal.	- Ligeros retrasos en la absorción. - Aumento en la absorción.
Distribución	- Aumento del agua corporal total. - Disminución de la albúmina plasmática. - Disminución de la unión a proteínas.	- Aumento de la forma activa del medicamento. - Aumento del volumen de distribución.
Metabolismo	- Aumento actividad de enzimas microsomales. - Disminución actividad de sistema de oxidación.	- Modificación de los requerimientos necesarios.
Eliminación	Aumento del filtrado glomerular.	- Aumento aclaramiento renal.

* Médico Ginecólogo Obstetra, Master en Embarazo de Alto Riesgo. Master en Bioestadística e Investigación Médica. Profesor Principal FCM – UCE. Jefe del Centro Obstétrico, HCAM – IESS.

Correspondencia:
Dr. Andres Calle M. andrescalle56@yahoo.com

TERATOGENESIS

La teratogénesis o dismorfogénesis, puede definirse como aquella alteración morfológica, bioquímica o funcional inducida durante el embarazo que es detectada durante la gestación, en el nacimiento, o con posterioridad. Estas alteraciones pueden clasificarse en mayores (focomelia) o menores (retraso en el desarrollo del comportamiento).

Teratógeno puede ser cualquier agente (radiaciones, medicamentos) o factor (enfermedad genética) que causa anomalías del desarrollo físico y/o mental, en el feto o el embrión.^{2,4}

Los medicamentos pueden dañar al feto en cualquier momento del embarazo - mayor riesgo en fase embrionaria (desde el día 20 hasta el 55) por lo que existe más posibilidad de que un medicamento induzca anomalías estructurales sobre el feto, que son malformaciones morfológicas importantes. Posterior a la semana ocho hasta el parto, los fármacos pueden afectar el crecimiento y desarrollo funcional del feto, originar anomalías morfológicas de menor gravedad, e inducir complicaciones en el parto.^{2,5} Tener en cuenta que los distintos órganos o sistemas en formación poseen distinta sensibilidad a sufrir teratogénesis.²

ANALGÉSICOS Y ANTIINFLAMATORIOS

El uso de analgésicos y antiinflamatorios durante el embarazo, es muy frecuente (incluida automedicación). Patologías frecuentes que se pueden presentar durante el embarazo que producen dolor conocidas como banales (resfrío común, tos seca, cólicos gastrointestinales, dolor lumbar del embarazo) y otras que si tienen relativa importancia las cuales producen cuadros de dolor ya sea agudo o crónico, de leve, intermedia y severa intensidad, tales como enfermedades reumatológicas y dolor lumbar, enfermedades neurológicas como la neuropatía diabética, migraña, cefaleas, cáncer, traumatismos desde leves a severos, etc.

En la literatura universal, no existe amplia información acerca del uso y mucho menos de la seguridad del uso de estos fármacos durante la gestación. Es difícil encontrar estudio bien diseñado, controlado, doble ciego, randomizado, comparado contra placebo, sobre la seguridad de estos fármacos, pues ello llevaría a problemas éticos y legales.

Si revisamos las publicaciones de varios reportes de casos, estos son aislados. En ocasiones se pueden encontrar algunas series de casos, revisiones, opiniones de expertos, y uno que otro estudio de cohorte prospectivo y meta análisis. Y para empeorar el panorama, los reportes de casos existentes no solo producen confusión sobre la seguridad, sino que

muchas veces se contradicen en cuanto a si el efecto es o no deletéreo.

Las pacientes que ingresaron a los estudios y utilizaron estos fármacos, lo hicieron en combinación con otras drogas y la dosis exacta que se administró muchas veces fue poco documentada, por lo cual es difícil saber si los efectos que se produjeron fueron debidos solo al fármaco y/o dosis.

CONSIDERACIONES

Para que la alteración se produzca es necesaria la confluencia de varias circunstancias: toma de un fármaco potencialmente teratogénico, administración del mismo a una dosis y durante un tiempo suficientes, existencia de un feto susceptible y que dicha interacción se produzca en un periodo determinado del embarazo.

De esta forma, la FDA ha clasificado a las medicinas en diferentes grupos, de acuerdo a las consideraciones expuestas y del tipo de estudios efectuados, así como los riesgos y beneficios presentes. Estas consideraciones se describen en la siguiente tabla:

CATEGORÍA	SEGURIDAD	DESCRIPCIÓN
A	Estudios controlados no han demostrado riesgo. Este riesgo es remoto de daño al feto.	Estudios en embarazadas no han evidenciado riesgo para el feto durante el primer trimestre de la gestación, ni existen evidencias durante el resto del embarazo.
B	No hay descritos riesgos en humanos. Se acepta su uso durante el embarazo.	Estudios en animales no han evidenciado riesgo, pero no existen estudios adecuados en embarazadas o existen estudios en animales en los que se detectan efectos adversos, pero estos no han sido confirmados en embarazadas.
C	No puede descartarse riesgo fetal. Su utilización debe realizarse valorando el riesgo / beneficio.	Estudios en animales han demostrado efectos adversos, pero no existen estudios en embarazadas o no se disponen de estudios ni embarazadas, ni en animales.
D	Existen indicios de riesgo fetal. De utilizarse solo en casos de la no existencia de otras alternativas.	Estudios en embarazadas han demostrado el riesgo de efectos adversos, pero existen ocasiones en las que los beneficios pueden superar estos riesgos.
X	Contraindicados en el embarazo	Estudios en embarazadas y en animales han demostrado que los riesgos potenciales superan claramente los beneficios.

Este análisis precedente se puede resumir en la siguiente tabla:

CLASIFICACIÓN DE LA FDA SEGÚN EL RIESGO		
A	Sin riesgos aparentes	No hay evidencia de riesgo fetal. Pueden emplearse.
B	Sin riesgos aparentes	No existen pruebas de riesgo en los humanos. Probablemente es seguro.
C	Riesgo no detectable	No se descarta la existencia de Riesgo. No existen estudios en humanos. En animales no se demuestra inocuidad. Usarse si los beneficios superan los riesgos. Evitar si existe otra alternativa.
D	Riesgo demostrado	Existen pruebas de riesgo. Los beneficios potenciales pueden sobrepasar el riesgo de su empleo (amenaza de la vida de la mujer). Evitar si existe otra alternativa.
X	Contraindicado	Existe evidencia de riesgo fetal. El riesgo supera cualquier beneficio. No utilizarse.

Sin embargo de estas clasificaciones, también se ha manifestado en los últimos años que ningún fármaco tiene la categoría A para ser usado durante la gestación, pues existen riesgos inherentes a la propia paciente, los mismos que no han podido ser determinados en forma absoluta. Por lo tanto ninguno de estos fármacos son totalmente recomendados de ser seguros para su uso durante el embarazo.⁷

Los efectos de los fármacos sobre el feto o neonato varían bastante, dependiendo principalmente del momento del embarazo en el que se tomen. Durante el periodo de organogénesis (12 semanas), los fármacos teratogénicos producen abortos o malformaciones congénitas. Tomados después, especialmente en las últimas semanas de embarazo o durante el parto, pueden alterar la función de órganos o sistemas enzimáticos específicos afectando así al neonato y no al feto.

Durante la gestación y debido a sus cambios fisiológicos presente, existen factores que modifican el metabolismo de los fármacos. Así podemos citar:

- Náuseas y vómitos
- Hemodilución: produce disminución de la cantidad del fármaco ligado a proteínas, aumentando la cantidad de fármaco libre
- Trastornos en la depuración renal.
- Presencia del feto y la placenta.

La cantidad de fármaco que llega al feto depende de:

- Cantidad administrada;
- Vía de administración,
- Edad gestacional (a mayor madurez placentaria, mayor difusión),
- Del flujo y metabolismo placentario,
- Del grado de transferencia placentaria.

AINES Y SU CLASIFICACIÓN DE LA FDA:

A continuación presentamos una lista de los fármacos de este grupo más utilizados y la clasificación establecida por la FDA.

- Paracetamol (B) es el de elección,
- Diclofenaco (B/D) en el tercer trimestre
- Piroxicam (B/D) en el tercer trimestre
- Ibuprofeno (B/D) si uso más de 48 horas
- Napoxeno (B/D) si uso más de 48 horas,
- Metamizol (C/D) si uso más de 48 horas,
- Tramadol (C/D) si uso más de 48 horas,
- Nabumetona (C/D) si uso más de 48 horas,
- Indometacina (C/D) si uso más de 48 horas,
- Ketorolaco (C/D) si uso más de 48 horas,
- Diflunisal (C/D) ,
- Buprenorfina (C),
- Morfina (C),
- Fenilbutazona (C),
- Metadona (C),

- Pentazocina (C),
- Pirazolona (C/D)

PARACETAMOL

Es el analgésico y antipirético de elección durante el embarazo. Existe amplia experiencia de uso en gestantes sin que se hayan observado efectos teratogénicos.^{8,9,10} Es conocido que no propiedades antiinflamatorias (bloquea síntesis de prostaglandinas preferentemente en el sistema nervioso central), mientras que otros antiinflamatorios, inhiben la síntesis de prostaglandinas en la misma proporción en todas las áreas corporales.

Un estudio grande por el número de pacientes realizado en Dinamarca (66.445 casos, realizado entre 1996 al 2003), encontró como efecto la presencia de asma en una tasa menor al 20% de los casos, la misma que persistía hasta los 18 meses de edad, aunque una reciente publicación que recoge más de 20 estudios, manifiesta que la administración del paracetamol no incrementa el asma.¹¹

Otro estudio que analiza de efectos de sobredosis de paracetamol durante el embarazo ha sido reportado.¹² La exposición se realizó en todos los trimestres. La mayoría de las gestaciones fueron normales. Algunos expuestos durante el tercer trimestre desarrollaron problemas, pero estos no parecieron relacionados con el uso del paracetamol. La conclusión final del estudio fue que la sobredosis del paracetamol per sé no es indicación de terminar gestación. Sin embargo, una revisión,¹³ concluye que la sobre dosificación de paracetamol en gestación es frecuente y puede resultar en un significativo aumento de la mortalidad materno-perinatal.

SALICILATOS

Una serie de casos demuestra los efectos teratogénicos de los salicilatos para los sistemas cardiaco, nervioso, tracto urinario, y paladar.¹⁴ Se ha manifestado que los salicilatos reducen el peso promedio al nacer, tanto en estudios en animales como en estudios en humanos.

El ácido acetil salicílico es ampliamente utilizado durante el embarazo. No se han observado malformaciones fetales a dosis terapéuticas, sin embargo se aconseja no utilizar por los efectos adversos que puede inducir sobre la función plaquetaria y la hemostasis (riesgo de hemorragias, tanto en la madre como en el feto).^{9,10}

La administración en últimas semanas de la gestación disminuye la contractibilidad uterina y puede prolongar la gestación, aumentar la duración del parto y originar cierre prematuro del ductus arterioso. A dosis elevadas puede aumentar el riesgo de mortalidad perinatal, producir retraso del crecimiento intrauterino y efectos teratogénicos.^{8,9,10}

En el primer trimestre del embarazo los efectos maternos y fetales se producen debido al efecto antiprostaglandínico que tienen los salicilatos e incluyen prolongación de la gestación y de la misma labor de parto, incremento de la pérdida de sangre durante el parto e incremento de la mortalidad perinatal. Manifestaciones de sangrado y síntomas de abstinencia se desarrollaron en los neonatos en quienes se encontraron niveles aumentados de salicilatos en la sangre.¹⁵

La utilización de los inhibidores no selectivos de la ciclooxigenasa como la aspirina no aumentan el riesgo de malformaciones congénitas, pero si se usan tardíamente en el embarazo pueden afectar la gestación y el feto.¹⁶ En un reporte aislado, un feto

expuesto a la aspirina (2 a 3 tabletas durante el último trimestre), desarrolló acidosis metabólica, taquipnea e hipoglicemia.⁷

Un estudio retrospectivo realizado en los Estados Unidos entre 1995–99, evaluó la relación entre el uso de medicamentos para la tos, resfrió, y analgésicos, usados durante el primer trimestre de gestación y la ocurrencia de gastrosquisis y atresia intestinal. Se encontró que el riesgo de gastrosquisis fue mayor para los que ingirieron aspirina, pseudoefedrina, y paracetamol, mientras que el riesgo de atresia intestinal fue mayor en pacientes que ingirieron pseudoefedrina en combinación o no con paracetamol⁴ Sin embargo de ello, existe otro estudio que demuestra que el paracetamol no ha demostrado causar daño alguno durante la gestación.¹⁷

Se ha reportado también que altas dosis aspirina (3 gr/día) inhiben contractilidad uterina y prolongan tanto la labor e parto como la gestación. Además se ha reportado que la toma regular de aspirina durante la gestación tornaron más anémicas a las gestantes y se prolongó la gestación, pese a que manifiesta también que bajas dosis de aspirina parecen ser segura durante todo el embarazo, como sucede en casos de pacientes que tienen lupus, recalando que las dosis normales puede aumentar el riesgo de hemorragia ventricular.¹⁷ También se ha descrito oligohidramnios y falla renal.² Por todo estos hallazgos se sugiere que la aspirina debe utilizarse hasta 8–6 semanas antes del parto.¹⁷

También se reporta en un meta análisis que evalúa efecto del consumo de la aspirina en el embarazo,¹⁸ manifestando que la tasa de óbitos fue igual en el grupo de aspirina y del grupo de placebo. No hubo diferencias en las tasas de mortalidad perinatal, ni tampoco en la incidencia de PEG. En conclusión, las mujeres con embarazos de moderado – alto riesgo son poco pero significativamente beneficiadas con el uso de aspirina, en cuanto que reduce la tasa de parto pre-término, pero no reducen la tasa de muerte perinatal.¹⁸

En otro meta análisis realizado para asociar el uso de aspirina con anomalías congénitas describe que no se encontró evidencia significativa para relacionar el uso de aspirina con la incidencia de anomalías congénitas, sin embargo se concluye que puede existir una relación del uso de aspirina con la presencia de gastrosquisis.¹⁸

AINES

Al respecto de la administración de AINES menor experiencia clínica. Se conoce que pueden causar cierre prematuro del ductus arterioso. Sin embargo es importante destacar que los riesgos aumentan al elevar la dosis; si son medicamentos potentes (indometacina, naproxeno), especialmente si se administran al final del embarazo (después de la 32ª semana de gestación), por lo que durante esta etapa del embarazo la categoría de la FDA pasa de B a D.^{8,10,19}

Una publicación reciente, reporta casos de pacientes que recibieron diclofenaco en diferentes edades gestacionales, encontrando oligohidramnios y falla renal neonatal.²⁰

Debemos sin embargo anotar, que una revisión sistemática, cuyo objetivo era evaluar la seguridad de los AINES en pacientes con afecciones reumáticas, que incluyó 2600 pacientes, encuentra que existe un aumento del riesgo de malformaciones cardíacas (OR 1,86) y orofaciales (OR = 2,61).²¹

Todos conocemos que los AINES son buenos para el control de la labor pre-término y para el manejo de polihidramnios durante el tercer trimestre. Tienen efectos hemodinámicos conocidos, como cierre del ducto arteriovenoso fetal, y por lo tanto están

contraindicados su uso tardío en la gestación.¹⁷ Pueden también producir gestación prolongada, aumento del sangrado en el periparto, y sobre todo anemia. Sangrado cutáneo e intracraneal, cierre prematuro del ducto arterioso, hipertensión pulmonar, falla renal, oliguria, oligohidramnios han sido demostrados para el uso de indometacina, naproxeno, ketoprofeno, e ibuprofeno.¹⁷

También se ha reportado que un recién nacido expuesto a naproxeno 4 días antes del parto, desarrolló hipertensión pulmonar debido al cierre prematuro del ducto arterioso. En contraste existe una revisión de 8 pacientes tratados con indometacina a las 24 semanas de gestación por polihidramnios. Los resultados neonatales fueron normales.¹⁴ Por todo esto un estudio recomienda que el uso de AINES debe de ser hasta 6 semanas antes del parto.¹⁷

INHIBIDORES COX-2

En cuanto al uso de los inhibidores de la ciclooxigenasa 2 se encontró reporte de un caso, en el cual el uso de Nimesulide de 100 a 200 gramos dos veces al día, prescrito, para la fiebre, tos y artralgias durante las 2 últimas semanas de la gestación. La paciente presentó posteriormente a las 39 semanas: oligohidramnios severo. Fue realizada cesárea, con recién nacido de 3045 gramos, el cual desarrolló convulsiones a las 36 horas de edad e hizo oliguria, causando injuria renal, debido al efecto inhibitorio en la producción de prostaglandinas. Felizmente la ecografía a los 28 días mostró resolución del cuadro. Además se ha reportado que el uso de inhibidores de la ciclooxigenasa 2 se ha visto asociado a infertilidad y óbito fetal.¹⁶

IBUPROFENO

No se han notificado efectos teratogénicos asociados al uso de ibuprofeno durante el primer y segundo trimestres (categoría B), pero tampoco se dispone de suficiente evidencia sobre su seguridad como para ser recomendarlo rutinariamente durante la gestación.^{8,10} Para algunos autores constituye una alternativa al paracetamol para el tratamiento del dolor agudo,¹ sin embargo debemos recordar que durante el último trimestre su categoría pasa a ser D.⁸

La asociación de Ibuprofeno con ácido acetil salicílico, reportado en un estudio caso – control, con medicación usada en el primer trimestre, mostraron una asociación significativa con gastrosquisis, mientras que el paracetamol ingerido asociado o no a otro fármaco no mostró tal asociación.⁷

Aunque es probable que los AINES tópicos originen menos efectos sistémicos que la medicación oral, éstos también pueden manifestarse, por lo que se desaconseja la automedicación con estos preparados.¹⁰

METAMIZOL

El metamizol sódico es la denominación más reciente de una pirazolona que ha tenido múltiples nombres: dipirona, noramidopirina metansulfonato sódico, sulpirina, etc. Esta medicina fue retirada en numerosos países y por tanto existe poca información sobre sus efectos adversos, terapéuticos y teratogénicos, aunque se siguen detectando casos mortales de agranulocitosis y efectos adversos perinatales.²²

PIRAZOLONAS

Las pirazolonas, que tienen actividad antipirética, analgésica y antiinflamatoria, fueron muy utilizadas en el pasado, sin que se notificasen efectos teratogénicos. La retirada de la aminofenazona (o antipirina) y del metamizol en numerosos países desde hace años, debido a la posibilidad de producir agranulocitosis,

en ocasiones fatal, ha hecho que su utilización disminuya considerablemente,²³ y en consecuencia, la información disponible sobre estos medicamentos en la actualidad es prácticamente anecdótica.

Las pirazonas presentan los mismos riesgos teóricos que el resto de los antiinflamatorios inhibidores de la síntesis de prostaglandinas: cierre prematuro del ductus arterioso, retraso del parto, etc.⁸ Además, pueden causar reacciones alérgicas y choque anafiláctico en mayor proporción que el paracetamol o el AAS, por lo tanto no suponen ninguna ventaja sobre estos medicamentos, y se desaconseja su utilización en el embarazo.²³

MORFINA

En cuanto al uso de los opioides analgésicos, los reportes encontrados son un poco más concluyentes. Una mujer de 30 años fue tratada con morfina y oxicodone para manejo del dolor. Cuando esta medicación no controlaba el dolor, se agregaba el uso de sufentanil epidural. Este estudio demostró la seguridad del uso de morfina.⁷

RECOMENDACIONES

Es importante en cada caso, efectuar una reevaluación de los fármacos consumidos previamente en caso de confirmarse un embarazo temprano.

Siempre debemos considerar a una mujer en edad fértil como embarazada potencial en el momento de prescribir un fármaco, especialmente si se encuentra sin método anticonceptivo.

Durante el embarazo, los profesionales debemos prescribir, los fármacos que sean absolutamente necesarios, y más aún si la paciente se encuentra en el primer trimestre gestacional.

Si debemos utilizar fármacos, debemos utilizar aquellos en los cuáles existe seguridad con su manejo. Si no es posible, buscar alternativas terapéuticas.

No es ideal en el embarazo para utilizar fármacos nuevos, con los cuáles no exista experiencias previas sobre su seguridad.

Siempre debemos utilizar fármacos en la paciente embarazada, administrando a menor dosis posible, evitando polimedicación.

No olvidar que debemos conversar con la paciente sobre los peligros de la automedicación, especialmente en etapas críticas del embarazo, como es el primer trimestre y la etapa final de la gestación.

Si luego de analizar los riesgos y beneficios, hemos decidido prescribir fármacos durante la gestación, siempre debemos estar atentos a la presencia de complicaciones maternas y neonatales, las cuáles deben reportadas para alimentar la experiencia científica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barbón R.. Utilización de fármacos durante el embarazo y la lactancia. Farm Hosp, 2003; 17:3-24

- Hays DP. Human Teratogens. In: Pagliaro LA et al. Problems in Pediatric Drug Therapy. 2nd ed. Hamilton: Drug Intelligence, 2007. p51-69
- Sistema Nacional de Salud. Inf Ter Sist Nac Salud, 2011; 35:107-113
- Estivill i Palleja E. Tratamiento farmacológico en la mujer gestante. Farm Clin, 2003; 10:206-14
- Aizpuru K. Medicamentos y Embarazo. Inf Farmacoter Vasca, 1999; 2:49-51
- Universidad de Navarra. Temas electrónicos de Temas de Urgencia: Fármacos y Embarazo, 2007.
- Martha J. Treatment of pain in pregnancy. Clin J Pain, 2003; 19(3):148-155
- Briggs GG. Drugs in pregnancy and lactation. 4th ed., Baltimore: Williams & Wilkins, 2004.
- Howden CW. Treatment of common minor ailments. Br Med J, 2006; 293:1549-1550
- Lee A. General principles. Pharm J, 2004; 253:27-30
- Prescript Int, 2012, 21(129):188-189.
- McElhatton PR, Sullivan FM, Volans GN, Fitzpatrick R. Paracetamol poisoning in pregnancy: an analysis of the outcomes of cases referred to the Teratology Information Service of the National Poisons Information Service. Hum Exp Toxicol, 1990; 9(3):147-153
- Wilkes JM, Clark LE, Herrera JL. Acetaminophen overdose in pregnancy. South Med J, 2005; 98(11):1118-1122
- McNiel JR. The possible teratogenic effects of salicylates on the developing fetus: brief summaries of eight suggestive cases. Clin Pediatr, 1973; 12:347-350
- Maternal and fetal effects of acetaminophen and salicylates in pregnancy. Obstet Gynecol, 1981; 58(5 Suppl):57S-62S
- Ostensen ME, Skomsvoll JF. Anti-inflammatory pharmacotherapy during pregnancy. Expert Opin Pharmacother, 2004; 5(3):571-580
- Janssen NM, Genta MS. The effects of immunosuppressive and anti-inflammatory medications on fertility, pregnancy, and lactation Arch Intern Med, 2000; 160(5):610-619
- Kozer E, Costei AM, Boskovic R, Nulman I, Nikfar S, Koren G. Effects of aspirin consumption during pregnancy on pregnancy outcomes: meta-analysis: Birth Defects. Res B Dev Reprod Toxicol, 2003; 68(1):70-84
- Karboski JA. Medication selection for pregnant women. Drug Ther, 2002; 22:53-61
- Phadke V, Bhardwaj S, Sahoo B, Kanhere S. Pediatr Nephrol, 2002; 27(6):1033
- Reumatol Clin, 2008; 4(5):191-196
- Rectificación: seguridad del metamizol (dipirona). Butlll Groc, 2004; 7:9-10
- Niederhoff H. Analgesics during pregnancy. Am J Med, 2003; 75:117-120

VIOLENCIA DE GÉNERO Y EMBARAZO

Dra. Doris Naranjo Naranjo*

RESUMEN

La violencia de género es un problema creciente en el mundo, que alcanza a las mujeres embarazadas, considerado como un problema de salud pública y de derechos humanos, actualmente el embarazo es señalado como factor para sufrir violencia de género, provoca repercusiones o consecuencias negativas a corto y largo plazo, e incluso la muerte materna y fetal. Esta revisión tiene como propósito actualizar este tema complejo, ya que su identificación es necesaria en los servicios de ginecología y obstetricia, para proporcionar a las mujeres embarazadas que sufren violencia de género una asistencia médica, integral y multidisciplinaria y lo que es más importante la eliminación de este problema.

SUMMARY

Gender violence is a growing problem in the world, reaching pregnant women, considered a public health problem and human rights, pregnancy is currently designated as a factor to suffer violence, causing negative impacts or consequences short and long term, and even maternal and fetal death. This review aims to update this complex issue, as their identification is necessary in the gynecology and obstetrics, to provide pregnant women who suffer domestic violence medical care, comprehensive, multidisciplinary and more importantly the disposal of this problem.

INTRODUCCIÓN

La violencia de género es definida como la violencia ejercida hacia la mujer por el hecho de serlo, incluye maltratos físicos, psicológicos o sexuales de la pareja o extraños¹. Pero el concepto más aceptado es el dado en el artículo 1 de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (ONU-Conferencia de Viena 1993), que manifiesta que es "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o en la privada"^{1,2}. Esta declaración permitió ampliar el concepto ya que contiene diferentes formas de violencia o amenazas, la incluyó en el marco de los derechos humanos y destacó que se trata de la violencia ejercida contra las mujeres por los hombres^{2,3}.

La idea de que el hombre es un ser superior que ejerce control sobre la mujer, que por el contrario es dependiente, sumisa, obediente o un ser inferior, limitada al cuidado del hogar, esposo e hijos, ha permitido a lo largo de la historia el maltrato con la aceptación social^{1,2}.

La violencia de género es un fenómeno universal independiente de edad, educación, clase social, cultura o raza, es decir no tiene límites; a inicios de este siglo XXI ha dañado y matado mujeres entre 15 y 44 años de edad, por lo que es considerada un problema importante de violación a los derechos humanos, que está avanzando y lo que es peor sigue siendo tolerada por la sociedad^{2,3}.

Las repercusiones o consecuencias en la integridad física, sexual y psicológica de la mujer provocada por la violencia de género son importantes, puede iniciarse en el embarazo o ser más evidente, y ser comparable con otras enfermedades que ocurren en el período de gestación, por lo que actualmente se ha demostrado que el embarazo no es un factor protector para sufrir violencia de género^{3,4,5}.

PREVALENCIA

A nivel mundial la violencia de género es una de las causas de muerte e incapacidad con un costo económico considerable, se

han realizado varios estudios sobre la prevalencia de la violencia de género, mostrando que es elevada a pesar de la existencia de casos que no se denuncian o se ocultan. Según la OMS una de cada cinco mujeres en el mundo ha sufrido maltrato físico, psicológico o sexual en algún momento de su vida^{6,7}. En un estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer en 10 países mostró una prevalencia del 15% al 71% (violencia física o sexual o ambas), además este estudio aportó con información de las formas y pautas de violencia, que ayudará a que se elaboren políticas y programas para combatir este problema^{8,9,10}.

La prevalencia mundial de la violencia de género revisada hasta 1999, alrededor de 50 estudios, está entre el 10% y 69%^{1,2} y el informe del Comité Europeo mostró que entre el 20 al 25% de las mujeres de la Unión Europea han sufrido violencia física y un 10 % violencia sexual a lo largo de su vida, por lo que declaró que la violencia contra la mujer es una emergencia de salud pública^{10,11}. En los Estados Unidos cada 15 segundos una mujer sufre violencia física y tiene un costo mayor a 5800 millones al año en diferentes servicios de atención⁸, un estudio en México que evaluó las causas de demanda de atención en urgencias, mostró un 20% por violencia intrafamiliar, un 72% de las mujeres en edad reproductiva fueron maltratadas por la pareja y un 7% con lesiones graves por golpes con manos, pies y armas corto-punzantes^{2,3}.

En nuestro país ocho de cada diez mujeres ha sufrido violencia en la que la mayoría de los autores son hombres o su pareja, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) el 61,4% de mujeres ecuatorianas de zonas urbanas y 58,7% en la zona rural, han sido víctimas de algún tipo de violencia de género; desde el 2007 está en vigencia el Decreto Ejecutivo número 620, que declara como política de Estado la erradicación de la violencia de género.

Según el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer al menos una de cada tres mujeres en el mundo sufrirá golpes, violación o será maltratada de alguna forma en su vida¹². La violencia contra la mujer al momento es considerada como un problema de salud pública, que deteriora o anula el desarrollo de las libertades y pone en peligro los derechos humanos de las mujeres (Asamblea General de Naciones Unidas) y es

* Médico Tratante Ginecóloga-Obstetra del Hospital IESS Ambato.

responsable de uno de cada cinco días de vida saludable perdidos en mujeres en edad reproductiva.

La violencia de género en el embarazo es comparable a otras enfermedades que ocurren durante el mismo, como la diabetes o preeclampsia y se estima que una de cada cuatro mujeres en el mundo es violentada física o sexualmente en su embarazo. Un estudio transversal basado en encuestas que incluyó a 1949 mujeres de 15 a 50 años de edad, sobre la violencia contra la mujer y factores asociados, llevado a cabo en México, reportó que un 13% sufrió violencia de diferente tipo durante el embarazo y una de cada tres recibió golpes en el abdomen; siendo el agresor en un 91.4% la pareja, algunos factores de riesgo identificados fueron: educación, antecedentes de violencia en la niñez, antecedentes de abuso sexual antes de los 15 años y consumo diario de alcohol por la pareja; concluyendo que la violencia durante el embarazo es frecuente¹³, por otro lado en el estudio multipaís de la OMS mostró que la violencia en el embarazo es del 1 al 28% y el 25 al 50% recibió patadas y puñetazos en el abdomen⁸; Japón ha registrado las cifras más bajas (1%) comparado con las cifras más altas en Perú (28%), por éstas cifras la violencia contra la mujer durante el embarazo es considerado un severo problema de salud pública, que provoca morbilidad y mortalidad materna y repercusiones en el desarrollo del embarazo¹⁴.

Otros datos muestran una prevalencia de violencia en el embarazo en países en desarrollo entre el 3.8 al 31.7% y en países desarrollados entre el 3.4 al 11%, además existen datos más dramáticos y muestran que un 25 a 50% experimentan violencia en el embarazo¹⁴.

Las variaciones en las cifras son explicadas puesto que no se realiza la pesquisa en las consultas e influyen factores personales de las pacientes ya que consideran que es un problema familiar y que es normal la violencia.

TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

La mujer se convierte en víctima por desconocimiento de sus derechos, su baja autoestima, temor, encubrimiento al agresor, las causas son múltiples: económico (41%), cultural (36.4%), educativo (22.6%), social, psicológico, jurídico, biológico y el embarazo que al momento se considera como un factor de riesgo para sufrir violencia de género^{3,13,14,15}.

La literatura cita diferentes tipos de violencia de género, algunas clasificadas por el ámbito en donde se produce como: ámbito de la pareja, familiar, laboral, social o comunitario, contra los derechos sexuales - reproductivos y derivada de los conflictos armados; o por las manifestaciones de la violencia como: física, sexual (agresiones sexuales, abuso sexual, acoso sexual), psicológica, económica, patrimonial, espiritual, política o institucional, docente, simbólica, misoginia, violencia en la comunidad y femicidio^{14,15,16}.

La violencia de género es un problema complejo no solo dado por una causa, comienza con abuso psicológico, por celos o sobreprotección, conductas restrictivas y controladoras limitando la decisión y autonomía de la mujer¹⁵, la teoría de Leonor Walker explica que la violencia es cíclica con diferentes fases como se demuestra en la figura^{11,3,15}.

INICIO DEL CICLO

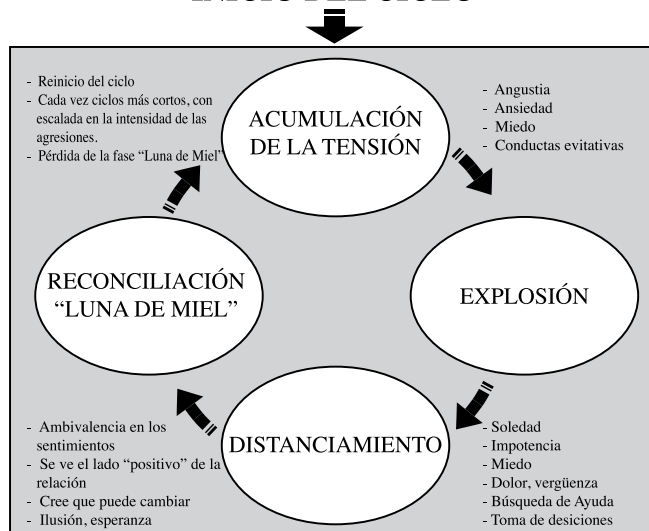


Fig. 1. Ciclo de la violencia. Teoría de Leonor Walker

FACTORES DE RIESGO

Los factores asociados a la violencia durante el embarazo son diversos y variables, pero la OMS los clasifica como factores¹⁷:

1. **Individuales**: grupo étnico, madre adolescente (13 y 17 años), baja autoestima, estatus socioeconómico bajo, nivel educativo bajo, consumo de alcohol u otras drogas por parte de la mujer y de la pareja, antecedente de maltrato, pocos controles prenatales, embarazo no deseado que presenta 4 veces más probabilidad de sufrir violencia de género, la revista *Maternal and Child Health Journal* (2000) reveló en su estudio que las mujeres con embarazos no planeados tienen 2,5 veces riesgo de sufrir abuso físico frente a las mujeres con embarazos "planeados"
2. **Familiares**: conflictos conyugales, dificultades económicas, desavenencias en la familia
3. **Comunitarios**: comunidades con desigualdad por género, falta de recursos o cohesión
4. **Sociales**: sociedades con normas tradicionales sobre el género, falta de autonomía de las mujeres, legislación restrictiva a la propiedad y la herencia, desintegración social por conflictos o desastres

Todos estos factores se suman para que se presente violencia en el embarazo en el que se ha observado apoyo social deficiente.

EMBARAZO: FACTOR DE RIESGO PARA SUFRIR VIOLENCIA DE GÉNERO

El embarazo es un período de desarrollo de una nueva vida, que debería ser respetado, sin embargo el impacto de la violencia alcanza a las mujeres embarazadas, que son violentadas psicológica, física y sexualmente durante este período altamente vulnerable y que llega a prolongarse hasta el puerperio. Se reporta que el 90% de las gestantes sufren acoso maternal y se estima que una mujer embarazada tiene un riesgo del 60,6% más de ser violentada que una mujer que no está y más del 10% de mujeres en el ambiente laboral se les solicitan prueba de ingravidez para obtener el trabajo, es evidente el maltrato y discriminación; por ser una situación de mayor vulnerabilidad el embarazo se lo considera un factor de riesgo para sufrir violencia de género, las consecuencias a corto, medio y largo plazo, son

más graves ya que se añaden efectos en el feto y el recién nacido^{6, 18}.

Un estudio que incluyó a 824 mujeres atendidas en diferentes instituciones en México, mostró que el 92,8% de las mujeres que abortan sufrieron violencia de género y el 72,9% habían sido coaccionadas por su empleador; otro estudio con 468 mujeres atendidas en consulta externa determinó que la violencia emocional en el embarazo prevalece por arriba de la violencia sexual y física¹⁹.

REPERCUSIONES O CONSECUENCIAS

Las repercusiones o consecuencias en la evolución del embarazo y del feto son varias y se detallan a continuación^{15, 17, 18}:

Antenatal:

1. *Embarazo no deseado*
2. *Control prenatal tardío*: una mujer que sufre violencia tiene un riesgo de 1,8 veces de retraso en su primera consulta prenatal^{17, 18, 19}
3. *Infecciones*: infecciones urinarias a repetición y sangrado vaginal en el primer y segundo trimestre hacen sospechar de violencia física o abuso sexual
4. *Enfermedades de transmisión sexual (ETS) VIH/SIDA*: el incremento se explica porque los hombres asocian a la infidelidad, prostitución o promiscuidad el uso de métodos de barrera^{20, 21, 22}
5. *Sangrado vaginal*: Amenaza de aborto/Aborto, el Instituto C. B. Medical de Madrid (2005) en su estudio mostró que el 80% de las mujeres que abortaron tenían manifestaciones de violencia de género, por otro lado Fisher (2005) detectó que el sufrir abuso psicológico y físico por la pareja es un factor para que las mujeres se realicen más de dos abortos provocados, las adolescentes son presionadas para cometer un aborto pero también son violentadas si lo hacen, es así que Québec encontró el triple de riesgo de ser violentadas las adolescentes que abortaron frente a las que no lo hicieron, lo que se convierte en un círculo
6. *Traumatismo*
7. *Aumento en los días de hospitalización*
8. *Descompensación de patologías previas* (hipertensión arterial y la diabetes)
9. *Mala alimentación-anemia materna*

Parto:

1. *Hemorragia vaginales*:
 - Desprendimiento normo placentario (DNP), por golpes directos en el abdomen, se han informado 144 DPP y el 76% fue por golpes
 - Ruptura uterina y lesiones uterinas, ha existido reportes de estos casos por traumatismos, golpes, caídas, etc^{18, 21, 22}
2. *Parto pretérmino*: no existe muchos datos pero se lo menciona, el estrés generado puede liberar corticotropinas que desencadenan el trabajo de parto^{18, 21, 22}
3. *Cesárea*: existe un aumento pero no hay datos certeros^{17, 18}
4. *Ruptura prematura de membranas*
5. *Corioamnionitis*
6. *Sufrimiento fetal, lesiones y muerte*

7. Preeclampsia

Postparto

1. *Retardo de crecimiento fetal - Bajo peso al nacer*: se asocia la acción directa del trauma abdominal, ruptura prematura de membranas, infecciones por el abuso sexual, descompensación de enfermedades crónicas, la acción indirecta del estrés, el consumo de tabaco o abuso de drogas, control prenatal demorado, a pesar que existen estudios que apoyan otros no, pero un estudio estimó que la violencia física en el embarazo provoca un riesgo de 2,07 veces de tener un recién nacido con bajo peso^{22, 23, 24}
2. *Mortalidad perinatal*: el feto puede ser directa o indirectamente lesionado por la violencia en el embarazo^{22, 23, 24}
3. *Complicaciones postparto*: la violencia puede continuar un año después del parto

Mortalidad materna: Rizzi y col la define como causada por la violencia como la que ocurre originada por homicidio, suicidio, accidentes, aborto provocado

1. *Homicidio*: la violencia en el embarazo es un factor para agredir a la mujer embarazada o para cometer un femicidio, se ha reportado que un 5% de las víctimas de femicidio fueron asesinadas durante el embarazo
2. *Suicidio*: la depresión provocada por la violencia puede llevar a la mujer al suicidio, en el embarazo no es raro^{18, 25}

Las complicaciones son múltiples que se pueden dar en cualquier momento del embarazo, sumándose consecuencias en el puerperio, afectando y dificultando el apego madre-hijo y la lactancia, además los hijos de las mujeres violentadas tienen 40 veces más riesgo de morir dentro del primer año de vida²⁶. El antecedente de violencia es un factor para trauma repetido en el embarazo, en ocasiones existe la necesidad de realizar tocolisis al tener una paciente embarazada que sufrió trauma por violencia, en estos casos se debe tomar en cuenta que los agentes beta-adrenérgicos pueden enmascaran signos de hipovolemia o hipotensión, por lo que es más recomendado el sulfato de magnesio; por otro lado en caso de paciente Rh negativa no sensibilizada está indicado la administración de inmunoglobulina Anti- D. Constituye una fuerte carga en los países en vías de desarrollo el tener con frecuencia mujeres desnutridas, sobrecargadas de trabajo y sin acceso a los servicios de salud.

EVALUACIÓN

El personal de salud cumple un papel importante para la pesquisa de mujeres embarazadas sufren violencia de género, la OMS recomienda preguntar sin temor y existe ciertos factores de sospecha como: mujeres que cancelan citas programadas con frecuencia, no cumplen la medicación, ocultan las marcas de la violencia, presentan trastornos del sueño, utilizan sedantes o ansiolíticos, depresión, autoestima baja, falta de concentración e interés, incluso intento de suicidio, además son mujeres que manifiestan sintomatología repetitiva: dolores de cabeza, del pecho, palpitaciones, sensación de asfixia, entumecimiento y hormigueo en extremidades, nerviosismo y dolor pélvico crónico etc^{25, 26}.

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), menciona que el cribado para las mujeres embarazadas debe hacerse a lo largo del embarazo, ya que la violencia puede darse al inicio o más tarde y debería ocurrir: en la primera visita prenatal al menos una vez por trimestre, en el control posparto

y continuar en las consultas ginecológicas y de planificación familiar^{27,28}.

El embarazo no solo es una etapa de vulnerabilidad sino que representa una oportunidad para la prevención e intervención de la violencia²⁸, entonces el cribado es factible, la detección puede ser llevada a cabo a través del cuestionario propuesto por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASGO)⁸.

Violencia Psicológica

- Usted se ha sentido alguna vez agredida psicológicamente por su pareja
- Cuándo sucedió la última vez?

Violencia Física

- alguna vez su pareja le ha causado daño físico?
- Cuándo le sucedió la última vez?

Violencia Sexual

- En algún momento de su vida ha sido forzada a tener contacto sexual?
- Cuándo le sucedió la última vez?

Violencia Sexual en niñas

- Cuándo era niña recuerda haber sido tocada de un manera inadecuada?
- Qué edad tenía usted?
- Cuánto tiempo duró?
- Qué relación tenía con la persona que la agredió?

El interrogatorio es aceptable si es conducido de forma segura, dentro de un ambiente de confianza y por un personal de salud que actúe con empatía y sin juzgar^{27,28}.

En el afán de optimizar el cribado se ha propuesto otro cuestionario que a continuación se describe²⁹:

1. ¿Ha sufrido abusos físicos o psicológicos por su pareja o por alguien cercano a usted? SI o NO
2. Durante el último año, ¿le han pegado, empujado, dado puñetazos o patadas, le han hecho daño físicamente o de alguna otra manera? SI o NO

Si ha respondido SÍ, ¿quién?

1. Marido. 2. Ex marido. 3. Novio. 4. Ex novio
5. Desconocido. 6. Otro (especificar)

¿Cuántas veces? _____

3. Desde que está embarazada, ¿le han pegado, empujado, dado puñetazos o patadas, le han hecho daño físicamente o de alguna otra manera? SI o No

Si ha respondido SÍ, ¿quién?

1. Marido. 2. Ex marido. 3. Novio. 4. Ex novio
5. Desconocido. 6. Otro (especificar)

¿Cuántas veces? _____

4. Durante el último año, ¿fue forzada a tener relaciones sexuales? SI o NO

Si ha respondido SÍ, ¿quién?

1. Marido. 2. Ex marido. 3. Novio. 4. Ex novio
5. Desconocido. 6. Otro (especificar)

¿Cuántas veces? _____

5. ¿Tiene miedo de su marido o de alguna de las personas indicadas anteriormente?

SI o NO

El interrogatorio debería aplicarse a todas las mujeres, independiente de la presencia o ausencia signos de violencia, el aplicarlo y realizarlo a lo largo del embarazo permitiría determinar una verdadera prevalencia, algunas evaluaciones de los cuestionarios realizados han demostrado efectividad.

INTERVENCIONES

El trabajo para sensibilizar sobre la violencia en el embarazo y sus consecuencias entre el personal de salud y más en la consulta ginecológica-obstétrica debe continuar. El ginecólogo-obstetra debe contar con entrenamiento para atender a las pacientes embarazadas víctimas de violencia de género, atendiéndolas con diligencia como si se tratara de cualquier otra patología^{8,15,27,28}.

El interrogatorio debe hacer en forma privada y garantizar a la mujer la confidencialidad, con atención médica garantizada y en casos de abuso sexual suministrar tratamiento profiláctico no contraindicado en el embarazo para ETS, el documentar el maltrato de forma cuidadosa es importante como síntomas o lesiones, establecer la identidad del agresor y su relación, que debe tener asesoría o un plan de emergencia, consultar a servicios especializados (psicólogos, psiquiatras, forenses, nutricionistas, personal judicial, policías, organizaciones comunitarias etc)^{15,27,28,30}.

El médico debe contar con conocimientos de las medidas y consideraciones legales para asistir a la paciente sobre la denuncia del agresor, o guiar sobre los procedimientos, en algunos países existe la denuncia obligatoria pero ha generado muchas controversias, por tal razón la ACOG después de valorar las ventajas y desventajas concluyó que los beneficios de estas disposiciones son cuestionables por diferentes situaciones, además que es muy difícil por el miedo del personal médico. Es necesario contar en la consulta con material de informativo sobre la violencia de género, aún existen muchas cosas que son necesarias para combatir o prevenir la violencia de género en el embarazo, la educación médica sobre temas de derechos sexuales y reproductivos deben incluirse dentro de programa de estudios^{15,27,28,30,31}.

A pesar que el personal de salud, entre ellos el ginecólogo-obstetra se siente responsable de la violencia, es un problema demasiado complicado, que no recae solo en el personal de salud sino en un grupo multidisciplinario para una atención adecuada de la paciente embarazada violentada. Algunos estudios realizados señalan que el personal parece estar sensibilizado pero no se considera preparado para abordar el tema o para preguntar a la paciente ya sea por temor a agraviar, desconocimiento de temas legales, falta de tiempo en la consulta, etc^{6,13,15,18,27,29,30}.

Según el protocolo de la Asociación Americana de Ginecólogos y Obstetra, es imprescindible realizar una búsqueda activa, en resumen entre las recomendaciones para la pesquisa son: revisión de la historia clínica previas, historia de ingresos hospitalarios por maltrato, observación del comportamiento de la mujer, observación del comportamiento de la pareja, preguntar de forma directa escuchando de forma activa, amable y sin juzgar, registrar las respuestas de la mujer en la historia clínica y ofrecer información sobre los recursos disponibles.^{15,18,21} Es necesario que los profesionales reciban una formación específica en este

tema, éste es uno de los puntos para poner en funcionamiento y dar solución, así como para poner en marcha mecanismos, protocolos y programas de prevención^{13, 15, 18, 27, 30, 32}.

En nuestro país el Ministerio de Salud Pública, elaboró el manual de normas y protocolos para la prevención y atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclo de vida, que debe ser implementado, en el que consta “que el personal de salud tiene la responsabilidad de explorar y/o realizar un estudio de rutina a quienes acuden diariamente a las unidades de salud, por estar sufriendo o haber sobrevivido, a la violencia de género, intrafamiliar y/o sexual”.

CONCLUSIÓN

La violencia de género en el embarazo es un grave problema de salud pública y de derechos humanos, se ha establecido por algunos autores que el embarazo no es un factor protector sino un factor de riesgo para sufrir violencia de género, por lo que es indispensable sensibilizar más al personal de salud acerca de este problema complejo e implantar la atención integral, además deben realizarse esfuerzos para garantizar que la mujer embarazada o que desea embarazarse no sufra violencia de género, a pesar de que existen protocolos, normas, intervenciones, leyes, organizaciones, para la eliminación de la violencia de género, falta mucho por hacer y más para la erradicación de la violencia en el embarazo y poder garantizar el bienestar de la madre y el hijo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La violencia basada en el género: un problema de salud pública y de derechos humanos. Organización Panamericana de la Salud. Artículo del primer capítulo del libro: La violencia contra las mujeres: responde el sector salud. Publicado en Revista Futuros 2005;10:III. <http://www.revistafuturos.info>.
2. Bosch Fiol E. Violencia de género: algunas cuestiones básicas. 1ª ed. Madrid: Formación Alcalá. S.L 2007.
3. Proyecto del Milenio. Naciones Unidas 2005;15 - 110.
4. Távara-Orozco L y col. Repercusiones maternas y perinatales de la violencia basada en género. Rev Per Ginecol Obstet 2007;53(1):10-17.
5. Morrison A, Banco Mundial, Ellsberg M, PATH, Bott S. Consultora Cómo abordar la violencia de género en América Latina y el Caribe: Análisis crítico de intervenciones. Enero de 2005.
6. Guía para la atención a mujeres víctimas de violencia de género, Instituto Canario de la Mujer Servicio de Coordinación del Sistema Integral contra la Violencia de Género. España. Primera edición 2007.
7. Gracia E, Lila M. Los profesionales de la salud y la prevención de la violencia doméstica contra la mujer. Rev. Méd Chile 2008; 136 (3): 394-400.
8. García-Moreno C, Jansen H, Watts C, Ellsberg M, Heise L. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2005.
9. Jansen HAFM et al. Interviewer training in the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. Violence Against Women 2004;10:831-849.
10. Consejo de Europa. Estudios sobre las medidas y acciones adoptadas por los estados miembros del Consejo de Europa sobre violencia de género. Bruselas: Consejo de Europa 2006.
11. Sigma Dos S.A. III Macro encuesta de la violencia contra las mujeres. Informe de resultados. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer 2006.
12. United Nations Development Fund for Women. Not a minute more: ending violence against women 2003.
13. Cuevas S y col. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. Salud pública Méx 2006;48:1.
14. Donoso Siña E. Violencia contra la mujer en Chile: Problema de Salud Pública. Rev Chil Obstet Ginecol 2007; 72(5): 281-282.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones Paseo del Prado 2007.
16. U.S Department of Health and Human Services. Reconociendo la Violencia Contra las Mujeres. U.S: Center for Substance Abuse Prevention 2009.
17. García Herrera C, Dorrero Leal MJ. Violencia de género durante el embarazo: prevalencia, riesgos y prevención. Estudio de revisión. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade 2009.
18. Boix M. Salud Reproductiva y violencia de género. Salud 2000 2009;120(2):28-29.
19. Castro R y Ruíz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. Rev Salud Pública 2004;38(1):62-70.
20. Pak LL, Reace EA, Chan L. Is adverse pregnancy outcome predictable after blunt abdominal trauma? Am J Obstet Gynecol 1998; 179: 1110-1114.
21. Pinto N. Repercusiones de la violencia basada en género sobre la salud de las mujeres. Rev Per Ginecol Obstet 2006;52(1):8-14.
22. Pérez-Rodríguez Ma. del Rosario y col. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido Acta Pediatr Mex 2008;29(5):267-72.
23. Cepeda-Silva A y col. Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo. Perinatología y Reproducción Humana 2011;25:2:81-87.
24. Collado Peña S y col. Relación entre la violencia familiar durante el embarazo y el riesgo de bajo peso en el recién nacido. Ginecol Obstet Mex 2007;75:259-67.
25. Collado Peña S. Muerte materna desde una perspectiva de violencia de género. Perinatología y Reproducción Humana 2010;24:1:60-66.
26. Collado Peña S y col. Violencia familiar: una aproximación desde la ginecología y obstetricia. Ginecol Obstet Mex 2005;73:250-60.
27. American College of Obstetricians and Gynecologists and Centers for Disease Control and Prevention. Work Group on the Prevention of Violence during Pregnancy. Intimate partner violence during pregnancy. A guide for clinicians. Washington: ACOG & CDC, 2000.
28. Intimate Partner Violence among Pregnant and Parenting Women: Local Health Department Strategies for Assessment, Intervention, and Prevention Junio 2008.
29. Nelson H, Nygren P, McInemey Y, Klein J. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence. US Preventive Service Task Force (USPSTF). [Acceso 3 Dic 2007] Disponible en: www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/famviolence/famviolrev.htm
30. Uribe-Elías R. Sexual violence and the obstetrician/gynecologist. Int J Gynecol Obstet. 2003; 82: 425- 433.
31. Ramsay J, Carter Y, Davidson L, Dunne D, Eldridge S, Feder G et al. Intervenciones de defensa para reducir o erradicar la violencia y promover el bienestar físico y psicosocial de mujeres víctimas de abuso por parte de su pareja. (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3.
32. Campbell J. Abuse during pregnancy: a quintessential threat to maternal and child health—so when do we start to act? CMAJ. Mayo 2001; 164(11): 1.578-1.579.