

Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), 2015

Characterization of pregnant women high obstetrical risk (ARO) in the department of sucre (Colombia), 2015

Judith Martínez Royert¹, Milena Pereira Peñate²

Resumen

Objetivo: Caracterizar las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) que acuden a una IPS pública en el departamento de Sucre, Colombia (periodo enero, febrero y marzo de 2015).

Material y métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo. La muestra la conformaron 123 gestantes ARO. Se utilizó un instrumento elaborado por las investigadoras; se sometió a validez de constructo y contenido, y análisis de consistencia interna mediante el alfa de Cronbach.

Resultados: El 13,18 % de las gestantes eran menores de 18 años; 38,2% procedentes de la capital y 19,5 % de la región del San Jorge; 66 % no manifestaron antecedentes patológicos; 13,8 % presentaron complicaciones de amenaza de aborto o de parto pretérmino; 37 % eran nulípara; 20.3 % tenían cesárea anterior; 22.8 % sufrieron abortos; 54.5 % manifestaron tensión emocional y mal humor; 82.9% no programaron el embarazo; 24 % con periodo intergenésico de 1 año; 55.3 % (68 gestantes) se encontraban entre la semana 30 y 40 de gestación al momento de participar en el estudio.

Conclusiones: La subregión de la Sabana y San Jorge fueron las que presentaron mayor número de gestantes de alto riesgo. Entre las patologías preexistentes más frecuentes se encontró anemias y migrañas, así como las del sistema endocrino y respiratorio.

Esta investigación servirá como referente para proporcionar conocimiento respecto al perfil de las gestantes de alto riesgo en Sucre, para que los profesionales involucrados en su atención desempeñen un rol que permita contribuir al control y prevención de las complicaciones en ellas y en la reducción significativa de la mortalidad materna.

Palabras clave: gestantes, alto riesgo obstétrico, caracterización.

Fecha de recepción: 4 de julio de 2016
Fecha de aceptación: 29 de septiembre de 2016

¹ Docente Universidad de Sucre. Enfermera doctora en Ciencias de la Educación. Mgs. en Educación, Especialista en Epidemiología y en Auditoría en Salud. jmartinezroyert@gmail.com

² Docente Universidad de Sucre. Magíster en Enfermería con énfasis en materno-infantil. Enfermera especialista en materno-perinatal y Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud. milenapereira55@hotmail.com

Abstract

Objective: To characterize pregnant women in high risk obstetric (ARO) attending an public IPS in the department of Sucre, Colombia (period January, February, and March 2015). **Material and methods.** Quantitative descriptive. Study The sample (123 pregnant ARO) an instrument developed by the researchers was used; content and construct validity and internal consistency analysis was done using Cronbach's alpha,

Results: the 13.18% of pregnant women were under 18 ; 38.2 % from the capital and 19.5 % of the region of San Jorge ; 66 % said no medical history ; 13.8 % had complications of threatened abortion or preterm labor ; 37 % were nulliparous ; 20.3 % had previous cesarean section ; 22.8 % underwent abortions ; 54.5 % said emotional stress and moodiness ; 82.9 % did not schedule pregnancy ; 24% with 1-year period intergenetic ; 55.3 % (68 pregnant) was between weeks 30 and 40 of gestation at the time to participate in the study.

Conclusion: the subregion of the Savannah and St. George were the ones who had higher high-risk pregnant women; within preexisting conditions they were more often anemia and migraines as well as the endocrine and respiratory systems.

This research will serve as a reference by providing knowledge regarding the profile of pregnant women at high risk in Sucre for professionals involved in your care to exercise a role that could contribute to the control and prevention of complications in them and the significant reduction in mortality mother.

Keywords: pregnant women, high-risk obstetrical, characterization.

INTRODUCCIÓN

La gestación ocasiona en el organismo materno profundas modificaciones, tanto anatómicas como fisiológicas. Los cambios más notables ocurren, como es natural, en aquellos órganos en los que se desarrolla el feto. La característica de estas modificaciones gravídicas consiste en una sobreactividad funcional; esta en la mujer gestante y con buena salud se mantiene dentro de los límites fisiológicos; cuando es exagerada puede tornarse patológica y dar lugar a un verdadero estado mórbido (1).

El embarazo de alto riesgo es aquel en que la probabilidad de enfermedad o muerte antes, durante o después del parto es mayor que lo habitual para la madre como para el niño (2).

Todos los embarazos implican algunos riesgos, pero hay más peligro para la salud de la madre y la del feto en un embarazo de alto riesgo. En él tanto la madre como el feto y/o

el neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una mujer embarazada en un país en vías de desarrollo tiene 100 a 200 veces más riesgo de morir que una mujer en un país desarrollado (4-5).

Igualmente se destaca la influencia que ejercen los factores sociodemográficos y obstétricos sobre la ocurrencia de la muerte materna, como son la edad, etnia, estado civil, escolaridad, número de gestaciones, periodo del embarazo, lugar del parto y persona que lo asiste, accesibilidad a servicios de salud y utilización de los mismos, entre otros (6).

El embarazo de alto riesgo constituye un problema de salud pública de considerable magnitud; de acuerdo con los altos índices de morbilidad perinatal, según publicaciones nacionales, las tasas de morbilidad perinatal

son muy elevadas (45 %), y se observa un incremento en la incidencia de embarazos de alto riesgo entre 20 a 30 %(7).

En la actualidad, la salud de la madre continúa siendo un problema en la mayoría de los países en desarrollo, debido a las condiciones de inequidad y vulnerabilidad en que vive la mayor parte de sus poblaciones y de las deficiencias estructurales en la prestación de los servicios de salud. Para el caso de la población de mujeres en edad reproductiva, su perfil epidemiológico se caracteriza por presentar enfermedades y muertes ligadas especialmente a eventos obstétricos (8).

Según la OMS, “El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas” (9); “Colombia es el cuarto país de Suramérica con el índice más alto de mortalidad materna, después de Bolivia, Perú y Paraguay; para el año 2011 era de 68.82” (10).

Por otra parte, según la misma organización, la mortalidad ligada al embarazo y al parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil. La mortalidad materno-infantil refleja el grado de desarrollo social y económico de un país, por lo que la salud reproductiva es una prioridad sanitaria (11).

Para el período 2005 - 2011, la tasa de mortalidad materna en Sucre presentó una tendencia fluctuante: en 2007 fue de 99.7 por cien mil NV; luego descendió a 43.7 por cien mil NV en 2008, y terminó en 2011 con 84,0 por cien mil NV, es decir, superó en 15 puntos la tasa de mortalidad en Colombia, que para el mismo año fue de 68,8 por cien mil NV (12).

Se ha encontrado como principales factores de alto riesgo en las pacientes embarazadas: bajo nivel socioeconómico (65 %), antecedentes

familiares de hipertensión arterial (76 %), hipertensión arterial (34 %), inasistencia al control prenatal (74 %), hábitos cafeínicos (65 %), hábitos tabáquicos (20 %), preeclampsia grave (63 %). Y el síndrome de HELLP (6 %) es la complicación materna preponderante (13).

Por otra parte, Torres Gutiérrez (14) plantea en relación con la parte emocional que rodea al embarazo de alto riesgo que es necesario partir de dos afirmaciones esenciales: la primera, que el embarazo es una situación natural, resultado de la acción de un instinto básico y constituye la culminación de la sexualidad adulta; la segunda, que casi todas las mujeres desean tener un hijo. “Las fantasías de las no embarazadas alrededor de la maternidad son casi universales”. Además, señala el autor al respecto que todas las mujeres que han vivido la experiencia la califican como significativa e intensa; la perciben como un suceso grandioso y terrible, que las acerca a los misterios de la vida y de la muerte. Por la misma razón, experimentan ambivalencia frente al embarazo. Tienen intenso deseo de ser madres, pero temen a la experiencia o al resultado. El estrés del embarazo es debido, en gran parte, al presagio del parto, pero aceptar el embarazo implica asumir esa amenaza inevitable, según este investigador (14).

Por otra parte, Uranga y Williams indican que entre las medidas Preventivas para el Embarazo de Alto Riesgo se encuentran: la prevención primaria, que engloba promoción y protección a la salud; prevención secundaria, que consiste en el diagnóstico y tratamiento precoz para limitar el daño; la prevención terciaria, representada por rehabilitación y el desarrollo del mecanismo social que inserte a todas las embarazadas de alto riesgo a un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud (15-16).

Debido a lo anterior, esta investigación tuvo como objetivo general: Caracterizar las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) que acuden a una IPS oficial en el departamento de Sucre.

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta investigación se enmarcó dentro de un estudio cuantitativo de tipo descriptivo.

La población estuvo conformada por las gestantes clasificadas como de ARO utilizando la historia clínica perinatal simplificada del CLAP y que asistieron al control prenatal de una IPS oficial de la capital sucreña durante enero, febrero y marzo de 2015.

La muestra (representada por 123 gestantes) fue conformada según los criterios de inclusión: mujer con embarazo clasificado como de alto riesgo y que expresara su deseo de participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

El instrumento utilizado fue elaborado por las investigadoras, se sometió a validez de constructo y contenido por tres jueces expertos y se realizó análisis de consistencia interna mediante el alfa de Cronbach, lo cual permitió realizar los ajustes respectivos; se aplicó igualmente una prueba piloto.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico Epiinfo versión 6.0. Los resultados se presentaron en tablas.

RESULTADOS

A continuación se relacionan los resultados teniendo en cuenta las variables Sociodemográficas (edad, procedencia), Antecedentes Patológicos, Patología Actual, Antecedentes

Ginecológicos y Obstétricos, Condiciones Psicosociales de las gestantes.

Variables sociodemográficas

Con relación a la edad, en este estudio se encontró que el 13.18% (17 gestantes) correspondió a las pacientes menores de 18 años, y la población de alto riesgo se concentró en el rango de edades entre 18 y 35 años, con un 78%, correspondiente a 96 gestantes; el 8% (10 gestantes) tenía más de 35 años, y las gestantes ingresan al programa en edad gestacional entre 30 y 40 semanas, correspondiente a un 55,3%.

Procedencia

Tabla 1. Procedencia de las gestantes de ARO

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sugregión de la Mojana		
Guaranda	2	1,6 %
Subregión Montes de Maria		
Ovejas	3	2,4 %
Subregión de Morrosquillo		
Coveñas	3	2,4 %
Tolú	3	2,4 %
Toluviejo	10	8,1 %
Palmito	2	1,6 %
San Onofre	12	9,8 %
Subregión de la Sabana		
Corozal	3	2,4 %
Galeras	2	1,6 %
Sampues	5	4,1 %
Sincé	7	5,7 %
Sincelejo	47	38,2 %
Subregión de San Jorge		
La Union	14	11,4 %
San Benito Abad	9	7,3 %
San Marcos	1	0,8 %
Total	123	100,0 %

Fuente: Participantes del Estudio.

Los anteriores resultados muestran que la procedencia de las embarazadas de alto riesgo, con una mayor frecuencia, se concentró en la subregión de la Sabana, específicamente en la capital del departamento, 38.2 %; seguido de la subregión de San Jorge, con 19.5 %.

Antecedentes Patológicos

En cuanto a las patologías preexistentes, en este estudio se evidenció que las más frecuentes fueron anemias (13 %), seguidas de migrañas (5 %), tiroides (hipotiroidismo) y asma (3.3 %) cada una. El 66 % (82 gestantes) no presentó antecedentes patológicos.

Patología actual

Tabla 2. Complicaciones o problemas biológicos actuales en el embarazo

COMPLICACIONES O PROBLEMAS ACTUALES DE LA GESTACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Amenaza de aborto/APP	17	13,8 %
Anemia	1	0,8 %
Epigastralgia severa	2	1,6 %
Hepatitis a	1	0,8 %
Hipercolesterolemia	1	0,8 %
Hiperglicemia	2	1,6 %
Hipotensión	3	2,4 %
IVU recurrentes	5	4,1 %
Miomas	3	2,4 %
Ninguna	87	70,7 %
Várices vulvar	1	0,8 %
Total	123	100,0 %

Fuente: participantes del Estudio.

El 13.8 % de las embarazadas presentó como complicación del actual embarazo amenaza de aborto o de parto pretérmino.

Antecedentes ginecológicos, obstétricos y quirúrgicos

El 37 % de la población era nulípara y el 30.3 % multípara (46 gestantes). Se encontró que el 20.3 % tenía cesárea anterior, mientras que el 22.8 % de estas pacientes sufrió abortos.

Con relación al uso de métodos anticonceptivos, el 66.7 % manifestó que no usa ningún método; el 21.1 % píldoras.

Condiciones psicosociales

El 54.5 % (67 gestantes) manifestó que tenía tensión emocional; con el mismo porcentaje se reportó la presencia de mal humor; el 41.5 % (51) presentó signos y síntomas neurovegetativos; el 96.7 % manifestó que tenía apoyo de su familia y de su pareja; el 82.9 % no programó el embarazo.

Otros aspectos indagados fueron: intervalo intergenésico; se encontró que el 24 % tenía 1 año entre el último embarazo y el actual; el 55.3 % (68 gestantes) se encontraba entre la semana 30 y 40 de gestación al momento de participar en el estudio; se resalta que se contactaba para participar en el estudio en la primera cita de su control prenatal.

DISCUSIÓN

La caracterización de las gestantes de alto riesgo contribuye a la identificación de los Factores Epidemiológicos de relevancia en esta población, y se convierte en una herramienta para contribuir al control y prevención de las complicaciones en las gestantes de alto riesgo, de manera que se favorezca la disminución de la morbi-mortalidad materno-infantil, problema de salud pública se ha venido incrementando no solo en Sucre sino en Colombia.

En relación con la edad, se encontró que 13.18% correspondió a gestantes menores de 18 años, siendo un grupo de frecuencia media, a diferencia de la investigación realizada por Dalla et al. (17), en la que el 82 % de las gestantes tenía entre 15 a 35 años; aunque en esta investigación no representó la máxima frecuencia, este hecho causa preocupación porque es una situación que afecta en la actualidad a la población femenina muy joven; por lo tanto, es necesario fortalecer y enfocar recursos al Programa de Salud Sexual y Reproductiva del país a fin de solucionar esta problemática de salud que repercute en el presente y futuro de la nación según lo establecido en las políticas de salud sexual y reproductiva de orden nacional.

En cuanto a las patologías preexistentes, en esta investigación se evidenció que las más frecuentes fueron: anemias (13 %), seguidas de migrañas (5 %), tiroides (hipotiroidismo) y asma (3.3 %); a diferencia de los hallazgos reportados por Dalla et al. (17), en los que la infección de vías urinarias (IVU) fue la patología preexistente mayor, evidenciada con un 52.5 %, e hipertensión arterial con 82%, y de los reportados por Faneite et al. (18), en los que la diabetes mellitus y la hipertensión arterial fueron las patologías preexistentes más comunes.

Con relación a los antecedentes de cesáreas previas, se encontró un 20,3 % representativo en la muestra. Este aspecto es considerado como un factor de riesgo que puede contribuir determinadamente, junto con otros factores (abortos, patologías médicas), a la mortalidad perinatal (18).

El 22.8 % (28) de las gestantes sufrió abortos; dato inferior al obtenido en el estudio de Faneite et al. (18) pero de importancia; además,

el 13.8% de las embarazadas presentó como complicación del actual embarazo Amenaza de Aborto o de Parto pretérmino (APP); similar al estudio de Romero (19), en el que la APP es un factor presente en los embarazos de alto riesgo, como factor único o asociado a otro factor de alto riesgo; además, el antecedente de amenaza de aborto implica mayor riesgo de mortalidad neonatal durante el primer trimestre en comparación con el segundo (20). Este hecho evidencia una vez más que es de vital importancia hacer cambios en la programación preventiva de patologías que amenazan la salud materno-infantil, a nivel de atención primaria y secundaria, de manera que se identifiquen precozmente situaciones de salud en la mujer, se facilite inmediatamente su tratamiento para evitar la pérdida del producto de la concepción, que también ayuda a prevenir secuelas tanto físicas y psicológicas en el futuro de estas pacientes, garantizándose de esta manera una mejor calidad de vida.

Lo anterior debe llamar a la vigilancia en la consulta de control obstétrico, debido a que estas patologías ponen en riesgo la salud materna y fetal; por lo tanto, el personal de salud participante en el control prenatal especialista debe enfocar la visión preventiva en indagar este antecedente en las diferentes instituciones hospitalarias del país.

El 37 % de la población era nulípara y el 30.3 % multípara; a diferencia del estudio de Faneite et al., en el que fue de 85.59 % (247 casos) (18).

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, el 66.7 % manifestó que no usa ningún método; el 21.1 % píldoras. No se encontraron estudios que permitieran contrastar estos resultados, pero es preciso plantear la necesi-

dad imperativa de trabajar en la orientación y seguimiento a toda mujer en edad fértil para la planificación familiar.

En el citado estudio se precisó que las gestantes llegan al Programa entre las 30 y 40 semanas, que representa el 55.3 %; lo cual puede deberse a la tardía clasificación del riesgo en el primer nivel, en la mayoría de los casos, o a que el riesgo alto se presenta finalizando la gestación.

La incidencia de patologías médicas fue de 29.1 % (35 gestantes), más baja que la presentada en el estudio de Faneite et al. (18): 85.59 % (247 casos), y la patología obstétrica mostró incidencia global de 52.16 % (181 casos); entre ellas las hemorragias de II y III trimestre; (31.49 %), amenaza de parto prematuro (23.76 %) e hipertensión inducida por el embarazo (18.78 %) (23); mientras que en este estudio predominó la patología obstétrica APP/amenaza de aborto en un 13,8 %.

Otro aspecto indagado en esta investigación fue el relacionado con las condiciones psicosociales; respecto a lo cual el 54.5 % manifestó que tenía tensión emocional; el 54.5 % mal humor; el 41.5 % presentó signos y síntomas neurovegetativos; el 82.9 % no programó el embarazo. Esta situación evidencia y a la vez soporta la hipótesis de muchas investigaciones de que los factores psicosociales influyen negativamente en el resultado del embarazo desfavorable para complicaciones obstétricas, neonatales y hasta perinatales.

Por lo anterior, dentro de los factores psicosociales, el apoyo social a la gestante, según Laza y Cárdenas, debe evidenciarse en el uso de estrategias de apoyo social como la educación a la gestante, la familia y la comunidad, encaminadas a la comprensión de los

factores de riesgo, las acciones de cuidado y autocuidado que promuevan la salud, así como la preparación para el parto, la crianza y la aceptación del nuevo rol (21).

CONCLUSIONES

Esta investigación produjo información respecto al perfil de la población objeto de estudio, lo cual facilita a los profesionales involucrados en la atención a la embarazada de alto riesgo desempeñar un papel fundamental en la reducción de la mortalidad materna.

Se concluye que la subregión de la Sabana y la de San Jorge fueron las que presentaron mayor frecuencia de gestantes de alto riesgo; entre las patologías preexistentes con mayor frecuencia en las gestantes se encontró anemias y migrañas, así como las relacionadas con el sistema endocrino y respiratorio.

El antecedente de cesárea en las gestantes tuvo una presencia significativa, al igual que el de aborto, lo cual pone en riesgo la salud de la gestante; en su mayoría manifestaron que no usan métodos anticonceptivos, lo cual ocasionó un alto porcentaje de embarazos no programados; además, las gestantes llegan al programa tardíamente, entre las 30 y 40 semanas. Más de la mitad de las gestantes presentó condiciones psicosociales desfavorables.

Conflicto de intereses: ninguno.

Financiación: particular (asumida por los investigadores).

REFERENCIAS

1. Maygrier Ch, Schwab A. *Manual de obstetricia*. Barcelona: Hijos de J. Espasa; 1995.p. 2-35.
2. Artal R. Embarazo de alto riesgo. Disponible en: <http://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/embarazo-de-alto-riesgo/embarazo-de-alto-riesgo>
3. Schwarcz R, Diverges C, Díaz A, Fescina R. *Obstetricia*. 5ª ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1999. p.137-146.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Maternidad Saludable*. Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/familia/maternidad.htm>
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Reducir la mortalidad materna es prioridad diaria de la OPS. Información de prensa. Mayo de 2002. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DPI/100/100feature19.htm>
6. Pinedo A, Távara L, Chumbe O, Parra J. Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Ginecol Obstet* 1995;41(3): 52-54. Disponible en: http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1765/pdf_252
7. David V, Ochoa J, de Jesús M. Maternal mortality in Honduras: A nation-wide survey of rates, causes and risk factors. Tegucigalpa: Ministerio de Salud Pública, 1990.
8. Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. *Salud materna y neonatal: Atención preconcepcional, prenatal y posnatal inmediata*. (Libro AIEPI). Bogotá, D.C.: USAID; 2013. Disponible en: <file:///C:/Users/PORTATIL6/Downloads/Libro%20AIEPI%202014%20ver%20web.pdf>
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012Full.pdf
10. Análisis de situación de salud Colombia 2013. Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS%2024022014.pdf>
11. Vega M, Rosa I, Barron A, G, Acosta R., Lucila P. Atención prenatal según la NOM-007 relacionada con morbilidad materna en una unidad de salud en San Luis Potosí. 2012 [en línea]. Disponible en: <http://www.bvs-vspcol.bvsalud.org/cgi-bin/wxis.exe/iah/>
12. Gobernación de Sucre. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud. Programa de Vigilancia en Salud Pública. 2013.
13. Donoso B, Oyarzún E. Embarazo de alto riesgo. *Medwave* 2012;12 (5). Doi: 10.5867/medwave.2012.05.5429.
14. Torres-Gutiérrez M. Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. Emotional impact of a high-risk pregnancy. *Rev. Colomb. Psiquiatr* (Bogotá, D.C.). 2004; 33 (3): 285-297. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502004000300004
15. Uranga I. *Embarazo de alto riesgo. Obstetricia Práctica*. 5ª ed. Buenos aires (Argentina): Inter médica; 2001. p. 851-854.
16. Williams. *Complicaciones obstétricas del Embarazo. Manual de Obstetricia*. 21ª ed. Caracas: McGraw-Hill; 2004. p. 371-468.
17. Dalla Costa L, Cales-Cura C, Rodrigues Perondi A, Francielle V, Schiavoni D. Perfil Epidemiológico de Gestantes de Alto Risco. *Cogitare Enfermagem*, 2016; 21 (2): 1-8. Disponible en: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44192/28238>
18. Faneite P, Delgado P, Sablone S, Faneit J, Guédez J, Fagúndez M. ¿En cuánto contribuye el embarazo de riesgo a la mortalidad perinatal? *Rev Obstet Ginecol Venez* 2003; 63 (2): 61-66. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322003000200001&lng=es.
19. Romero-Pérez I, Sánchez-Miranda G, Romero-López E, Chávez-Courtois M. Muerte materna: una revisión de la literatura sobre

factores socioculturales. *Perinatología y Reproducción Humana* 2010; 24 (1):42-50. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip101f.pdf>

20. Orsono L, Watty C, Alonzo F, Dávila F, Echeverría M. Influencia de los antecedentes maternos en la mortalidad neonatal. *Ginecol Obstet Mex* 2008; 76 (12): 730-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom0812f.pdf>
21. Laza C, Cárdenas F. Una mirada al cuidado en la gestación desde la enfermería transcultural. *Rev. Cubana Enfermer.* 2008; 24 (3-4): 1-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192008000300009