

Comportamiento de factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil

Ana Cristina Acosta Cuéllar¹Ludmila Casas Rodríguez², Yadira Betancourt Camargo³, Doris María Trens López⁴, Martha Elena Acosta Cuéllar⁵

1. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente.Policlínico Docente Comunitario Dr. Carlos Juan Finlay. Avenida Finlay No 130 e/ Pineda y Jesús Menéndez. Reparto Los Pinos. Camagüey, Cuba. acana.cmw@ infomed.sld.cu
2. Doctora en Ciencias Pedagógicas. Máster en Salud Pública. Especialista de 2do Grado en Medicina General Integral. Profesor Titular. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey.
3. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente.Policlínico Docente Comunitario Dr. Carlos Juan Finlay. Avenida Finlay No 130 e/ Pineda y Jesús Menéndez Reparto Los Pinos. Camagüey, Cuba.
4. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Licenciada en Enfermería. Profesor Asistente.Policlínico Docente Comunitario Dr. Carlos Juan Finlay. Avenida Finlay No 130 e/ Pineda y Jesús Menéndez. Reparto Los Pinos. Camagüey, Cuba.
5. Máster en Medicina Natural y Tradicional.Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente.Policlínico Docente Comunitario Dr. Carlos Juan Finlay. Avenida Finlay No 130 e/ Pineda y Jesús Menéndez. Reparto Los Pinos. Camagüey, Cuba.

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo transversal, con el objetivo de analizar el comportamiento de factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil de cinco consultorios del médico de familia del Policlínico Docente Comunitario Dr. Carlos J. Finlay, en la ciudad de Camagüey, de enero a diciembre de 2016. El universo estuvo constituido por 1310 mujeres de 15 a 49 años. La muestra no probabilística se conformó por 490, a las que se aplicó una encuesta. La mayoría de las encuestadas tenían de 20-34 años. Los factores de riesgo preconcepcional fueron paridad, edad extrema del período fértil, condición de madre soltera, hábito de fumar, enfermedades crónicas

asociadas, período intergenésico corto, no solvencia económica y malnutrición por defecto.

Palabras clave: edad fértil; factores de riesgo; riesgo preconcepcional

Introducción

El riesgo preconcepcional consiste en la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción.¹⁻³ Está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en él durante el embarazo, parto o puerperio.^{5,6}

Puede ser de carácter biológico, psicológico y social. No es valorado de igual en cada caso; pues la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que se debe hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso.^{7,8}

Para ello se deben tener en cuenta una serie de criterios principales que ayuden a su identificación. Cuando se asocian los factores de riesgo, el riesgo se incrementa.^{9,10}

Una vez detectado el problema y su magnitud se debe actuar para, en lo posible, erradicar, disminuir o controlar el riesgo y de esta manera posibilitar el embarazo en el caso de que se desee, o tomar una conducta sobre anticoncepción temporal o definitiva.¹¹⁻¹³

Es alarmante el ascenso del número de mujeres con alto riesgo preconcepcional, lo que constituye un problema de salud por su incidencia en la morbilidad y mortalidad infantil.¹⁴

En Cuba, en el nivel de Atención Primaria de Salud (APS) existe un programa para su control que tiene como objetivo principal incidir y modificar positivamente el riesgo existente observable o identificable antes de que la mujer se embarace, con el fin de lograr que la concepción ocurra en las mejores condiciones posibles.¹⁵⁻¹⁷

El enfoque de riesgo encierra el supuesto de que según se avance en el conocimiento sobre los factores de riesgo que permiten acciones preventivas eficaces, los daños a la salud ocurrirán en menor número y consecuencia.^{18,19}

Se considera, por estimaciones, que en Cuba existen entre 15. 25% de mujeres entre 15 y 49 años de edad que tienen alguna condición social o biológica, afecciones o

conductas que permitan clasificarla como mujer con riesgo preconcepcional, lo cual se refiere al riesgo real, modificable.²⁰⁻²²

De acuerdo con ello, se plantea dispensarizar no más del 15% de la población femenina en edad fértil como riesgo preconcepcional real y realizar acciones médicas, psicológicas y sociales, dirigidas a modificar, atenuar o compensar el riesgo existente para lograr un embarazo y recién nacido en las mejores condiciones posibles, así como racionalizar los recursos y prestar la atención en el nivel de complejidad que requiere el grado de riesgo.²⁰⁻²²

No se puede hacer una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero sí se debe tener en cuenta una serie de criterios principales que ayuden a su identificación. Existen antecedentes y condiciones generales como la edad y la malnutrición⁹. Hay condiciones sociales desfavorables o conductas personales (o de pareja) inadecuados como, por ejemplo: tabaquismo, alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato, entre otras.¹⁰

También se encuentran los antecedentes obstétricos y reproductivos como: paridad, periodo intergenésico corto, abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales¹¹, recién nacido bajo peso y pretérmino, toxemia anterior, cesárea anterior, Rh negativo (-) sensibilizado, enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías, hepatopatías y asma bronquial.¹⁰⁻¹³

Con vistas a la prevención del riesgo preconcepcional, se establece una negociación con la pareja o mujer sobre su futuro reproductivo y se considera controlada cuando exista registro del pensamiento médico en la historia clínica individual y la estrategia que se vaya a seguir.¹⁴⁻¹⁶

El eslabón final es esta cadena es la ejecución de medidas para eliminar o modificar los problemas o riesgos detectados, aplicándose al mismo tiempo acciones de control, promoción y prevención de salud.¹⁷⁻²⁰

En el área de salud del Policlínico Docente Comunitario Dr. Carlos J. Finlay, en la ciudad de Camagüey, se ha constatado un aumento de trastornos obstétricos y reproductivos, por lo que el objetivo del presente trabajo fue analizar el comportamiento de factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil de cinco consultorios del médico de familia pertenecientes a dicha institución.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal en cinco consultorios del médico de familia del Policlínico Docente Comunitario Dr. Carlos J. Finlay en la ciudad de Camagüey, de enero a diciembre de 2016.

El universo estuvo constituido por las 1310 féminas en edad fértil (15 . 49 años) de los consultorios, registradas en las historias de salud familiares, dispensarizadas y presentes. La muestra se conformó por 490 mujeres. Por cada historia de salud familiar se tomó una de cada dos hasta completar el 37,4% del universo.

A las pacientes seleccionadas se les aplicó una encuesta

Plan para el procesamiento de la información: Los datos recogidos se procesaron de forma computarizada mediante Microsoft Excel. Se aplicó la estadística descriptiva con las medidas estadísticas de frecuencias absolutas y relativas. Los resultados se representan en tablas para su mejor comprensión.

Aspectos éticos: Una vez confirmada la participación de las mujeres, después de haber recibido la información completa sobre el estudio, su consentimiento se registró de forma escrita con su firma. Se les aclaró además, que podían abandonar la investigación en cualquier momento, sin que esto interfiera en su atención médica, cumpliéndose de esta manera con los principios enunciados en la declaración del Código Internacional de Ética Médica y de la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial.

Resultados

Tabla 1. Caracterización de mujeres según grupo de edades. Policlínico Docente Comunitario Dr. Carlos Juan Finlay. Camagüey. Enero a diciembre de 2016.

Grupos de edad	No	%
< de 20	38	7,7
20-34	292	59,6
35 y más	160	32,7
Total	490	100

Fuente: Encuesta.

Según se observa en la tabla 1, predominaron las edades 20-34 años en el 59,6%, seguido por las mayores de 35 años en el 32,7% y las menores de 20 años en 7,7%. La edad extrema del período fértil predominó en el 40,4% que es donde se acrecienta el riesgo. Aproximadamente, 2 de cada 5 mujeres en edad fértil tenían edades extremas.

Tabla 2. Comportamiento de las condiciones generales, conductuales y sociales desfavorables.

Condiciones generales, conductuales y sociales desfavorables	No	%
Malnutrición por exceso	48	9,8
Malnutrición por defecto	58	11,8
Hábito de Fumar	85	17,3
Promiscuidad sexual	25	5,1
Madre soltera	108	22
No solvencia económica	80	16,3
Maltrato	3	0,6
Alcoholismo	5	1
Hacinamiento	18	3,7

n=490.

Fuente: Encuesta.

En la tabla 2 se recogieron las mujeres según condiciones generales, conductuales y sociales desfavorables. Predominó la condición de madre soltera en el 22% de los casos, con hábito de fumar en el 17,3%, seguido por la no solvencia económica en el 16,3%, la malnutrición por defecto y por exceso en el 11,8% y 9,8% respectivamente.

Es decir, el 21,6% estaban malnutridas, por lo que aproximadamente dos de cada cinco mujeres presentaban dificultades al respecto y dos de cada veinte eran promiscuas sexualmente, aspecto reportado en el 5,1% de la muestra.

Tabla 3. Comportamiento de los antecedentes obstétricos y reproductivos en las pacientes.

Antecedentes obstétricos y reproductivos	No	%
Un parto	178	36,3

Más de un parto	209	42,7
Período intergenésico corto	80	16,3
Toxemia anterior	22	4,5
Cesárea anterior	51	10,4
Rh negativo	15	3,1
Recién nacido bajo peso al nacer	20	4,1
Antecedente mortineonatos o mortinatos	3	0,6
Hijos con morbilidad importante	3	0,6
Abortos espontáneos	15	3,1

n=490.

Fuente: Encuestas.

Se observa en la tabla 3, dentro de los antecedentes obstétricos y reproductivos, la multiparidad se presentó en el 42,7% de las mujeres en edad fértil estudiadas, seguido por la primiparidad en el 36,3%. Es decir, la paridad representó el 79%. El período intergenésico corto se presentó en el 16,3%, seguido por la cesárea anterior, la toxemia anterior, el recién nacido bajo peso al nacer, los abortos anteriores y el Rh negativo.

Tabla 4. Comportamiento de las enfermedades crónicas asociadas.

Enfermedades crónicas asociadas	No	%
Asma Bronquial	85	17,3
Hipertensión Arterial	50	10,2
Cardiopatía	9	1,8
Diabetes mellitus	22	4,5
Nefropatía	1	0,2

n=490.

Fuente: Encuestas.

La tabla No 4 muestra que en las mujeres en edad fértil en orden de frecuencia se recogió el Asma Bronquial en el 17,3%, seguido por la Hipertensión Arterial en el 10,2% y la Diabetes Mellitus en el 4,5%.

Tabla 5. Principales factores de riesgo preconcepcional predominantes.

Factores de riesgo preconcepcional	No	%
Paridad (primera y más de 2)	387	79
Edad extrema del período fértil	198	40,4
Madre soltera	108	22
Hábito de Fumar	85	17,3
Asma Bronquial	85	17,3
Período intergenésico corto	80	16,3
No solvencia económica	80	16,3
Malnutrición por defecto	58	11,8
Cesárea anterior	51	10,4
Hipertensión Arterial	50	10,2
Malnutrición por exceso	48	9,8
Promiscuidad sexual	25	5,1
Toxemia anterior	22	4,5
Diabetes mellitus	22	4,5
Recién nacido bajo peso al nacer	20	4,1

n=490.

Fuente: Tablas 1, 2, 3 y 4.

Al analizar el comportamiento de los principales factores de riesgo preconcepcional presentes en las pacientes en edad fértil recogidos en la tabla 5, se encontró que en orden de frecuencia estuvieron presentes la paridad con un 79%, la edad extrema del período fértil en el 40,4%, la madre soltera en el 22%, seguidos por el hábito de fumar y el Asma Bronquial en el 17,3%; el período intergenésico corto y la no solvencia económica en el 16,3%, además de la malnutrición, la cesárea anterior, la Hipertensión Arterial, la promiscuidad, la toxemia anterior, la Diabetes mellitus y el recién nacido bajo peso al nacer.

Discusión

Con relación a la concepción del embarazo, la edad en los extremos del período fértiles trae incremento de las afecciones inducidas o asociadas al mismo y existe la

complicación para la madre y su hijo, más elevada al producirse antes de los 18 años y después de los 35.²¹⁻²³

El envejecimiento del sistema reproductivo al igual que la inmadurez producen incremento de la morbimortalidad materna y perinatal al aparecer afecciones tales como la pre eclampsia-eclampsia y malformaciones congénitas, entre otras. La edad materna avanzada y la adolescencia son responsables de la presencia de cromosomopatías en la descendencia.²⁴⁻²⁵

Se plantea que, aunque se aprecia una reducción en el grupo de gestantes con edad avanzada a nivel mundial, es muy breve el periodo de tiempo para considerarlo como tendencia. En diferentes momentos y lugares del país los resultados en tal sentido han fluctuado entre el predominio de embarazadas de más de 35 años y su baja frecuencia en relación con otras edades.²⁶⁻²⁸

No obstante, se trata de un estrato al que se le debe prestar especial atención, teniendo en cuenta que existe una relación demostrada entre el aumento de la edad materna con la mayor incidencia de Síndrome de Down y otras alteraciones cromosómicas.²⁹⁻³¹

El riesgo por embarazo en la adolescencia en el país, se ubica entre los principales factores a considerar. Constituye un problema de salud por lo que se hace necesario perfeccionar la clasificación de sus riesgos e implementar las medidas más factibles para su seguimiento.²³⁻²⁶

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce tres grandes expectativas para disminuir los riesgos durante el embarazo: 1) construir sociedades que apoyen a las mujeres embarazadas, 2) evitar embarazos no deseados o hacer frente a los mismos en las mejores condiciones maternas, y, 3) asegurar una buena asistencia prenatal.^{31,32}

Un salario pobre o la no solvencia económica de la mujer, le impide compensar en calidad y cantidad sus requerimientos nutricionales. Esto a su vez influye en el desarrollo adecuado del embarazo con un parto pretérmino, o con un recién nacido bajo peso.^{24, 28, 32}

La desnutrición materna representa un riesgo 21% de veces mayor de tener un hijo con bajo peso al nacer o pretérmino, al igual que conductas inadecuadas como el tabaquismo y la promiscuidad. En ello también influye enfrentar sola el embarazo, vivir hacinada, no tener solvencia económica o ser maltratada.³²

El período intergenésico corto se considera un factor de riesgo importante pues durante el embarazo la madre disminuye sus propios recursos biológicos y nutritivos, a causa del crecimiento del feto. Después del parto necesita recuperar lo perdido y prepararse para el nuevo embarazo. Esta necesidad aumenta cuando se lacta. Dicho factor se relaciona con la mortalidad perinatal e infantil, restricción del crecimiento intrauterino, así como con la mortalidad materna.³²

La multiparidad es un factor de riesgo importante debido al desgaste del aparato reproductivo, que aumenta el riesgo proporcionalmente al número de nacimientos y tiene efectos negativos como la mortalidad materna, el prolapso y ruptura del útero, las anemias, la restricción del crecimiento intrauterino y la prematuridad.^{31,32}

Las complicaciones de embarazos anteriores, cesáreas y enfermedades crónicas asociadas al embarazo actúan nocivamente sobre el proceso reproductivo. Las enfermedades crónicas no transmisibles no se pueden erradicar, pero sí controlar y de esta forma atenuar el riesgo por la sobrecarga que producen para el organismo de la madre durante el embarazo y sobre el futuro recién nacido.³²

Conclusiones

La mayoría de las mujeres en edad fértil estaban en el grupo de edad de 20-34 años.

Las condiciones generales, conductuales y sociales desfavorables con mayor porcentaje fueron la condición de madre soltera, el hábito de fumar, la no solvencia económica, la malnutrición por defecto y por exceso.

Los antecedentes obstétricos y reproductivos más frecuentes fueron la multiparidad, seguida por la primiparidad, el período intergenésico corto y la cesárea anterior.

El Asma bronquial y la Hipertensión arterial fueron las enfermedades crónicas que predominaron.

Referencias bibliográficas

1. Lau L, Rodríguez C, Pría B. Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. Revista Cubana de Salud Pública. 2013; 39(5):836-49.

2. Mainegra R, Pérez R, Cruz A, Betancourt C. Riesgo reproductivo preconcepcional, Policlínico Docente Miguel Montesino Rodríguez. Fomento. Santi Spiritus. Gaceta Médica Espirituana 2011; 13(2):12-3.
3. Martínez Vasallo HM. La familia: una visión interdisciplinaria. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2015 Oct [citado 2016 Oct 20]; 37(5): 523-34. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000500011&lng=es.
4. Crimmer I, Buhner C, Dudenhausen JW, Stroux A, Hallo H, Obladen M. Preconceptionalfactors associated with very low birthweight delivery in East and West Berlin: a caso control study. BMC PublicHealth 2011; 2(1):1-10.
5. Idrogo TA. Control prenatal y su relación con la morbilidad perinatal en el hospital regional de Loreto durante el período de enero a diciembre del 2013. [tesis]. Perú: Universidad Nacional de la Amazona Peruana. Facultad de Medicina Humana Rafael Donaire Rojas; 2014 [citado 2017 Nov 25]. Disponible en : <http://www.dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/185/1/TESIS%20.%20SIRIA.pdf>
6. Gutiérrez ID. Salud reproductiva. Concepto e importancia. La Paz: MPSSP; 2012.
7. Rodríguez MV, Díaz BZ, Castañeda AI, Rodríguez CA. Conocimientos y actitudes de varones acerca de la planificación familiar. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2016 Mar [citado 2016 Oct 20]; 42(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000100011&lng=es.
8. Cuba. MINSAP. Manual de procedimientos para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. La Habana: Ecimed; 2015.
9. Diabetes gestacional. ¿Cuáles son los factores de riesgo? [Internet]. 2013. International diabetes, Inc.; c2000-01 [actualizado 2016 may 16; citado 2002 jul 9]. Disponible en: <http://www.idf.org/node/26455?language=es>.
10. Vera T. Los anticonceptivos en la adolescencia. Camagüey: Policlínico Tula Aguilera; 1993.
11. Lugones BM. Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo. Rev Cubana ObstetGinecol [Internet]. 1995 Dic [citado 2016 Oct 20]; 21(1): [aprox. 10 p.].

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1995000100005&lng=es.

12. Control prenatal con enfoque de riesgo. La paz: INSP-CENIDS; 2009.
13. González K, González TM, Cruz J, Conesa AI. La educación terapéutica a mujeres con diabetes mellitus en edad fértil. Rev Cubana Endocrinología 2015; 26(2); 182-92.
14. Toledo C. Fundamentos de la salud pública. T. I. La Habana: Ecimed; 2004.
15. Garrido R. Riesgo Reproductivo. En:Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. V. II. La Habana: Ecimed;2010. p. 77-95.
16. Bayarre V, Astrain R, Díaz LI, Fernández G. La Investigación en Salud. La Habana: ENSAP; 2007.
17. Mugercia S, Ortiz A, Bertrán B, Kindelán M. Repercusión de los factores de riesgo reproductivos del hombre sobre la salud reproductiva de la mujer y su descendencia. MEDISAN [Internet] 2014 [citado 2017 Nov 25]; 18(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1029-3019201400040000>.
18. Estrada N, Agueida M, Carbonell, Leidy S; GalvánT. Epidemiología del riesgo reproductivo preconcepcional de causa genética. Ciego de Avila: Policlínico Norte. Rev. Mediciego. 2011; 17(2): 22-5.
19. Martínez B, Díaz B. Programa de planificación familiar y riesgo reproductivo sensible al género. Rev Cubana Med Gen Integ. 2013; 30(4): 308-16.
20. Cuba. MINSAP. Consenso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en obstetricia y perinatología. La Habana: Ecimed; 2010.
21. Cuba. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: DNE; 2015.
22. García A, Alemán M. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Rev Cubana ObstetGinecol [Internet]. 2013 Jun [citado 2016 Oct 19]; 39(2): [aprox. 6p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000200007&lng=es.
23. Varona PF, Hechavarría R N, Orive R N M. Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. Rev Cubana ObstetGinecol [Internet]. 2010 Dic [citado 2016 Oct 19]; 36(4): 565-72. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400010&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400010&lng=es)

24. Domínguez M, Viñales MI, Santana ME, Morales E. Comportamiento del programa de diagnóstico prenatal cromosómico. Rev Cubana Med Gen Integr.[Internet]. 2004[citado 2017 Nov 25];21(1-2). [aprox. 4 p.]. Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_1-2_05/mgi051-205t.htm.
25. Taboada N, León C, Martínez S, Díaz O, Quintero K. Comportamiento de algunos factores de riesgo para malformaciones congénitas mayores en el municipio de Ranchuelo. Rev Cubana ObstetGinecol. Integr.[Internet]. 2004[citado 2017 Nov 25]; 32(2). [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_2_06/gin09206.htm.
26. López S, Rodríguez C, Pría B. Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. Rev. cub. salud pública. 2013; 39(Suppl1): 836-49.
27. Quevedo FG, Vázquez O, Zulueta YM, Fernández Ch, Ruz Domínguez JE. Comportamiento del riesgo preconcepcional en el consultorio médico El Turagual de Venezuela. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 Jun [citado 2016 Oct 19]; 28(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200012&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200012&lng=es)
28. Názer J, Cifuentes L. Prevalencia de malformaciones congénitas en hijos de madres mayores de 34 años y adolescentes. Hospital Clínico de la Universidad de Chile, 2002-2011. Revchilobstetginecol [Internet]. 2013; 78(4): [aprox. 6p.]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v78n4/art09.pdf>.
29. Pérez J. Riesgo preconcepcional en la mujer diabética. Rev Cubana ObstetGinecol [Internet]. 2010 Mar [citado 2016 Oct 19]; 36(1):1-3. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100001&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100001&lng=es)
30. Gil GI, Díaz SY, Rodríguez LJ, Quincoces PM, Álvarez TM. Caracterización clínico-epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave en Villa Clara

(2012). Rev Cubana HigEpidemiol [Internet]. 2014; 52(3): 290-300. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol52_3_14/hig02314.htm

31. Huanco AD. Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Rev Cubana ObstetGinecol [Internet]. 2011 Sep [citado 2016 Oct 19]; 37(3): [Aprox. 7p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300017&lng=es.
32. Sáez CV, Pérez Hernández MT, Agüero AG, González GH, Alfonso DA. Resultados perinatales relacionados con trastornos hipertensivos del embarazo. Rev Cubana ObstetGinecol [Internet]. 2012 Mar [citado 2016 Oct 19]; 38(1):[aprox. 5 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100005&lng=es.