

APLICACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS EN LA ATENCIÓN HUMANIZADA DEL EMBARAZO, UN RETO DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA

RESUMEN

María Beatriz Escobar E. ⁽¹⁾

Ana María Grisales ⁽²⁾

Ramírez Silvia Milena ⁽²⁾

Valencia Toro Paula Natalia ⁽²⁾

¹ Enfermera, Magister en enfermería materno Infantil, Especialista en Docencia Universitaria, Especialista en Administración en Salud, Docente programa de enfermería Universidad Católica de Manizales Colombia.

² Estudiantes de Enfermería VII semestre Universidad Católica de Manizales. Colombia.

CONTACTO

maescobar@ucm.edu.co

anna.grisales.lopez@hotmail.com

paula.valencia@ucm.edu.co

silviamill@hotmail.com

Recepción: 16/03/2015

Aprobación: 15/06/2015

La humanización en atención de salud es un eje de interés social, transformándose en una estrategia que permite aumentar el bienestar de los pacientes. La salud de la mujer y el cuidado humanizado, tiene gran importancia en la atención del parto, se debe aportar al proceso de atención de enfermería en el embarazo, para brindar un cuidado especial a la mujer. La humanización corresponde principalmente al ámbito del bienestar personal, relacionado con la calidad de la atención brindada por los profesionales en salud. El objetivo principal fue la aplicación de prácticas seguras en el proceso de atención y el cumplimiento de estándares de calidad de la atención humanizada en el embarazo. Metodología revisión de 25 investigaciones indexadas. Los documentos bibliográficos consultados fueron el resultado de una búsqueda en bases de datos como SCIELO, LILACS, GOOGLE ACADÉMICO, COCHRANE, IBECs, MEDLINE y PUBMED. Los criterios de inclusión de los artículos, fueron estar publicados entre el año 2009 y 2014 relación a la aplicación de prácticas seguras en el proceso de atención y el cumplimiento de estándares de calidad de la atención humanizada en el embarazo que prestan los profesionales en Enfermería. Se tuvo en cuenta el modelo conceptual de Dorothea Orem. Discusión la enfermería desarrolla una actuación específica y fundamental en la implementación de acciones para la salud de la mujer, conclusión establece que la atención del parto aplicando prácticas seguras es un desafío para el profesional de la salud y se relaciona con la calidad y la humanización del cuidado prestado.

Palabras clave: Atención, humanización, embarazo, calidad, cuidado, Enfermería

APPLICATION OF SAFE PRACTICES IN PREGNANCY HUMANIZED CARE, A CHALLENGE FOR NURSING PROFESSIONALS.

ABSTRACT

The humanization of health care is a hub of social interest, becoming a strategy to improve the welfare of patients. Women's health and human care, is important in care delivery, should contribute to the process of nursing care in pregnancy, to provide special care to women, humanization mainly relates to the field of personal wellbeing, involves quality of care provided by health professionals. The main objective was the implementation of safe practices in the care process and compliance with quality standards of humane care in pregnancy. Review of 25 indexed methodology investigations. The bibliographic documents consulted were the result of a search in databases such as Scielo, Lilacs, academic google, Cochrane, IBECs, Medline and Pubmed. Inclusion criteria Articles were being published between 2009 and 2014 regarding the implementation of safe practices in the care process and compliance with quality standards of humane care in pregnancy provided by professionals in nursing. The conceptual model of Dorothea Orem was taken into account. Discussion nursing develops a specific and essential performance in the implementation of actions for the health of women; conclusion states that delivery care using safe practices is a challenge for the healthcare and relaciona with the quality and humanization of care provided.

Keywords: Attention, humanization, pregnancy, quality care, nursing

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La disciplina de enfermería cuenta con teorías y modelos que sustentan su práctica profesional, para este artículo se tendrá en cuenta lo expuesto por Dorothea Orem de en su teoría de déficit de autocuidado, donde promueve la relación entre las funciones de la enfermera y la participación del hombre para satisfacer sus necesidades, con el propósito de lograr la independencia de cada persona de acuerdo a sus capacidades, disponibilidad y madurez para restablecer o mantener su salud. El apoyo educativo es relevante en el cuidado de las personas sanas o con problemas de salud, así como también la importancia de la disponibilidad de las personas para participar con la enfermera y lograr su independencia a través del autocuidado (1).

El primer estudio analizado fue realizado en Cuba y menciona que durante muchos años, las investigaciones sobre mortalidad materna han permitido identificar factores clínicos, de salud pública y sociales, y utilizar estos hallazgos para implementar programas de reducción de mortalidad y protocolos de atención médica, en la búsqueda de disminuir la repercusión de estos eventos sobre la salud sexual y reproductiva de la mujer y evitar las muertes (2). Explican además que las causas de muertes maternas se repiten en las diferentes partes del mundo y entre las principales están la hemorragia, los trastornos hipertensivos, la sepsis y las complicaciones del aborto. En las últimas décadas, la mortalidad materna ha disminuido, pero muestra diferencias en distintas regiones del mundo (2).

También en este período, han ocurrido diferentes eventos y conferencias internacionales, para tratar las

estrategias de reducción de la mortalidad materna, primero en un 50% y más recientemente en la Cumbre del Milenio (2000) se propuso su reducción en un 75 % para el año 2015. En realidad las muertes maternas, representan la parte visible del *iceberg*, la parte oculta está formada por pacientes con morbilidad obstétrica severa cuya evolución podría ser hacia la recuperación, pero también a la incapacidad temporal, permanente o muerte. En los últimos años se ha identificado la necesidad de estudiar los casos de morbilidad obstétrica severa, para complementar las investigaciones sobre mortalidad materna y se ha planteado que la vigilancia epidemiológica, es una de las estrategias propuestas dentro de las acciones de la OPS/OMS para la disminución de la mortalidad materna en el 2015 (2).

Se encontró que la atención a la salud materno-infantil ha provocado cambios significativos en el perfil de morbilidad y mortalidad materna en Brasil y, particularmente, en el Estado de Ceará (región del nordeste de Brasil), especialmente en las dos últimas décadas, teniendo en cuenta la reducción de la tasa de mortalidad infantil (TMI) y de las causas de mortalidad materna (CMM). Pero, persisten dificultades relacionadas con la calidad de la atención prenatal y del parto. En Ceará, en 1987, la TMI era superior a 100 muertes de menores de un año por 1.000 nacidos vivos; llegándose a registrar más de 6.000 muertes infantiles en un año. Al final del año 2002, la Secretaría Estadual de Sanidad registró tasa de 25 muertes de menores de un año por 1.000 nacidos vivos, representando una reducción del 70%. Con relación a las causas de mortalidad materna (CMM), en 1995 se registraron 92 muertes maternas por

100.000 nacidos vivos, reducción equivalente al 85,9% para el año 2002 (3).

En este contexto, la Enfermería desarrolla una actuación específica y fundamental en la implementación de acciones para la salud de la mujer, con énfasis en la atención de la gestación, parto y puerperio. Los desafíos enfrentados están relacionados con la calidad y con la humanización del cuidado prestado. En lo que respecta a los recursos humanos, la principal preocupación ha sido con el sentido de ofrecer cursos y oportunidades para una educación continuada, pero, sin embargo, el enfoque es dado principalmente al conocimiento y menos de las habilidades, con prácticamente omisión del componente de la actitud y de la ética. En la humanización, el foco ha sido la atención acogedora y segura al paciente, respetando sus derechos, elecciones e individualidad (3)

Por otra parte en Chile, como en otros países, se utiliza cada vez más la expresión "psiquiatría perinatal", denominación que alude al área de la psiquiatría que se aboca específicamente al estudio, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales del pre y posparto. De estos trastornos, son fundamentalmente los cuadros depresivos los que concitan mayor atención, tanto de parte de profesionales de la salud mental como de especialistas en gineco-obstetricia y pediatría. Entre otras razones, esto obedece a la prevalencia actual de la depresión (4).

La depresión de la embarazada puede traducirse en cambios conductuales como el abandono de los controles prenatales, el deterioro del autocuidado que requiere la gravidez, la mala adherencia a las indicaciones médicas y el abuso de tabaco, alcohol y drogas, todo lo cual puede

afectar el desenlace obstétrico. El suicidio, o los intentos de suicidio, son infrecuentes en las gestantes deprimidas. Por otra parte, algunos síntomas propios de la depresión, como la inapetencia, pueden alterar algunos aspectos del embarazo, tales como el aumento de peso, y así contribuir a resultados adversos.

La depresión materna *per se* puede afectar negativamente el desarrollo del feto. Aunque varios estudios sugieren que la depresión materna se asocia a un riesgo mayor de embarazos de pretérmino (cuando el nacimiento ocurre antes de las 37 semanas) o a un riesgo mayor de dar a luz recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG) o de peso bajo, una revisión reciente concluyó que la evidencia actual no permite apoyar ni refutar la validez de estas asociaciones específicas (4).

Durante muchos años, las investigaciones sobre mortalidad materna han permitido identificar factores clínicos, de salud pública y sociales, y utilizar estos hallazgos para implementar programas de reducción de mortalidad y protocolos de atención médica, en la búsqueda de disminuir las consecuencias fatales de la maternidad y sus repercusiones no solo para las familias si no para los países sobre todo aquellos en vías de desarrollo, las causas de muertes maternas se repiten en las diferentes partes del mundo y entre las principales están la hemorragia obstétrica, los trastornos hipertensivos, la sepsis y las complicaciones del aborto.

Se podría precisar la importancia que tiene para los países de América latina la puesta en marcha de la estrategia de maternidad segura la cual dentro de sus políticas contempla la unión de esfuerzos por parte de los diferentes actores del sistema para lograr el acceso

universal a los servicios de salud sexual y reproductiva buscando cumplir con el quinto objetivo del milenio, fue así como la organización panamericana de la salud y la Organización Mundial de la Salud establecieron un plan de acción en donde priorizan estrategias para asegurar la existencia de servicios integrales de salud reproductiva, que incluyan la planificación familiar y la atención pos aborto las cuales se relacionan a continuación:

- Lograr acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Mejorar la calidad de atención prenatal, del parto y del puerperio.
- Disminuir el aborto inseguro.
- Reducir la prevalencia de morbilidad materna severa.
- Mejorar los sistemas de información.
- Fortalecer la participación comunitaria.
- Empoderar a las mujeres.

DISCUSIÓN

Se puede asumir que la teoría de Dorothea Orem puede utilizarse en cualquier ámbito social, con personas que puedan y quieran participar en su propio autocuidado, independientemente de su condición de salud; más aún, no necesariamente deben ser personas con algún problema de salud, ya que puede ser explorada para facilitar acciones encaminadas a la educación y promoción de la salud (1).

Se considera que la estrategia adecuada para la disminución de la mortalidad materna, es dedicar un mayor esfuerzo a la vigilancia y análisis de la Morbilidad Materna extremadamente Grave. Este análisis es un excelente indicador de la calidad del trabajo obstétrico y es una de las estrategias propuestas por la OPS/DMS

para el logro de los retos del milenio (2). La Enfermería desarrolla una actuación específica y fundamental en la implementación de acciones para la salud de la mujer, con énfasis en la atención de la gestación, parto y puerperio.

Los desafíos enfrentados están relacionados con la calidad y con la humanización del cuidado prestado. En lo que respecta a los recursos humanos, la principal preocupación ha sido con el sentido de ofrecer cursos y oportunidades para una educación continuada, pero, sin embargo, el enfoque es dado principalmente al conocimiento y menos de las habilidades, con prácticamente omisión del componente de la actitud y de la ética. En la humanización, el foco ha sido la atención acogedora y segura al paciente, respetando sus derechos, elecciones e individualidad (2).

Se demostró que el enfermero está perdiendo oportunidades para construir su identidad profesional junto a las embarazadas, cuando se resalta que el campo de la Obstetricia es vasto a la actuación de estos profesionales.

En relación a las necesidades y expectativas de las adolescentes acerca de la atención recibida, se identificó que éstas solicitan solamente satisfacer sus necesidades afectivas (cariño, atención, afecto y comprensión) y de desarrollo (aprendizaje), lo que pueden ser realizadas por la enfermera, percibiendo el cuidado de enfermería con enfoque holístico. En este contexto, las mujeres ampliaron sus sentimientos, deseando que esa iniciativa fuera generalizada y expandida a todos los servicios de sanidad. En ese caso, hay aún mucho a ser conquistado para alcanzar la meta pretendida con la atención humanizada del parto. Cambios son sugeridos partiendo de una nueva política a ser implementada en las maternidades, con

profesionales sensibilizados y comprometidos con la cuestión de la mejoría de la calidad de la atención del parto y su humanización, promoviendo efectivamente una atención humanizada, para la autonomía de las embarazadas, sin sumisiones, ofreciendo el cuidado que las mujeres necesitan, esperan y sueñan (3).

En la actualidad se cuenta con más de una veintena de estudios en los que se han documentado los numerosos efectos adversos asociados a la depresión materna posparto. Estas investigaciones encontraron consecuencias negativas a nivel del vínculo madre-hijo(a) y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales como cognitivos. Pero la depresión puerperal no sólo puede afectar el modo como la madre se relaciona con su hijo sino también la manera como lo percibe. Se ha visto que las madres deprimidas perciben más negativamente a sus hijos y que los consideran más difíciles de criar que las madres controles no deprimidas. (4)

Los paquetes de intervenciones para reducir la mortalidad materna más efectivos son los que proveen un cuidado continuo que inicia en la infancia y adolescencia y se extienden a través del embarazo, parto o aborto, hasta el período posterior a este.

El nacimiento de un hijo(a) marca un cambio en la vida de la mujer, siendo descrita como una experiencia psicosocial profunda, que pone a prueba sus competencias personales. Durante el embarazo y puerperio ocurren una serie de cambios que generan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psíquicos en la mujer, siendo la DPP la de mayor prevalencia. La depresión afecta profundamente la auto-

percepción y la calidad de vida de las personas. Sin embargo, asociada a la maternidad es particularmente importante sobre todo durante el primer año de crianza de los niños(as) debido a que sus consecuencias muchas veces pueden extenderse a toda la vida. La DPP puede ocasionar el deterioro de la interacción madre-hijo(a), que se traduce en el establecimiento de apegos inseguros y en el deterioro del desarrollo psicomotor del niño(a). Además, se ha asociado a una mayor posibilidad de desarrollar problemas conductuales a largo plazo y a ser víctimas de violencia intrafamiliar, a que asistan a un menor número de controles de salud, reciban menor número de inmunizaciones y presenten alteraciones en rutinas de cuidados básicos como por ejemplo, de sueño, higiene y alimentación (7).

A partir de los resultados descritos, se pone de manifiesto que durante la gestación del bebé, se desarrollan en la mente de la mujer embarazada imágenes, esperanzas, expectativas, temores y deseos sobre su futuro hijo, como también de sí misma como madre y de su historia de apego. La importancia de estas representaciones radica fundamentalmente en su influencia en la futura conducta interactiva de la madre con el bebé. En el presente estudio, de acuerdo a los distintos tipos vinculares de la muestra, se aprecian diferencias de contenido, calidad y cantidad de las representaciones maternas (8).

Se concluye que el sulfato de magnesio sigue siendo la terapia de elección para el manejo de pacientes con preeclampsia severa. Sin embargo, como podemos apreciar en esta revisión, su uso no está exento de complicaciones. Es por este motivo que los médicos que

utilizan este fármaco deben conocer las indicaciones, dosis y posibles signos de intoxicación que se deben buscar tanto en embarazadas como en sus recién nacidos. La sospecha clínica es de vital importancia al momento de pesquisar una posible intoxicación por sulfato, debido a que sus niveles plasmáticos no siempre se correlacionan fehacientemente con su expresión clínica. Es así como la medición rutinaria de niveles de magnesio en niños asintomáticos, hijos de madres hipertensas, no entrega información de utilidad, como tampoco la medición seriada para controlar niveles altos (9).

En este orden de ideas se puede citar la histerectomía obstétrica, la cual es un procedimiento quirúrgico que se realiza en el momento del parto o después de él. Se indica para resolver distintas complicaciones que ponen en peligro la vida de la paciente al aumentar el riesgo de hemorragia, como atonía o laceración uterina. En ocasiones no es posible controlar estas complicaciones, pese a que se dispone de procedimientos o medicamentos uterotónicos, por lo que arriesga su vida. Las principales indicaciones son las complicaciones que provocan hemorragia, como: trastornos placentarios (placenta previa o acreta), atonía, rotura uterina y procesos infecciosos. Es importante señalar que la probabilidad de histerectomía aumenta, incluso, 10 a 12 veces cuando existen antecedentes de cesárea (10)

Se sostiene además que el apoyo de la familia y de la sociedad, son indispensables para tener un desarrollo de vida integral, el establecimiento de relaciones interpersonales, por medio del proceso de socialización, son de gran importancia durante la adolescencia, ya que

ayudan a crear una identidad. En este contexto, la educación sexual, es una necesidad en la población adolescente, ya que el inicio de la vida sexual en esta población se presenta cada vez en edades más tempranas. La maternidad, no limita a las jóvenes a mantener esa única identidad, sino que siguen siendo adolescentes y con ello el derecho de disfrutar esta etapa de la vida como cualquier otra adolescente que no esté viviendo la maternidad (11).

Cuando se habla de maternidad segura se debe tener en cuenta diferentes componentes que se interrelacionan entre sí como la ampliación de la cobertura en el sistema de seguridad social en salud, actividades de promoción y prevención, implementación de acciones de vigilancia y control, fortalecimiento de la red de servicios en todos sus niveles de atención, fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica, promoción de la investigación para la toma de decisiones, planificación familiar, diagnóstico y atención de enfermedades (12).

Sin embargo, vale la pena preguntarse si la postergación de la maternidad representa un fenómeno positivo para la sociedad. A juzgar por datos provenientes de países en donde este fenómeno es ya una realidad desde hace más de una década, esto no es así. El envejecimiento de la población, el embarazo de alto riesgo, el aumento en las tasas de aborto espontáneo, e infertilidad y el esfuerzo que deben desplegar los gobiernos para incentivar la maternidad son temas de alto costo para el estado. Habría sido interesante disponer de la información necesaria para ajustar los datos por variables relacionadas como número de años de escolaridad, número de hijos deseado y estado civil, pero

no fue posible debido a la ausencia de registros al respecto (13).

Con respecto al embarazo adolescente es considerado un problema de Salud Pública por su aumento desmedido, las consecuencias del mismo y porque afecta a los sectores más populares de las poblaciones. Tanto los valores, como los principios y la moral adquieren un papel relevante en el embarazo adolescente. Por su parte, la sociedad suele acusar a los y las adolescentes de no esperar hasta después del matrimonio para mantener relaciones sexuales, de abandonar la escuela a causa de un embarazo precoz, de tener como único proyecto de vida el contraer matrimonio y tener hijos siendo todos estos reflejos de la inmadurez y la irresponsabilidad del adolescente (13)

Surgen así tendencias dirigidas a otorgar una atención integral del parto, con la creación de ambientes acogedores, presencia de una persona significativa, opciones para el autocuidado, tendiendo con ello a hacer más satisfactoria la experiencia y la calidad del cuidado entregado. Lo anterior se funda en la perspectiva del bienestar entendiéndolo como un "bien ser", proceso complejo, multidimensional y básicamente relacional. Esta modalidad de atención, distinta de la tradicional intrahospitalaria, ha demostrado mejores resultados respecto de la satisfacción y uso de técnicas.

Existen diferentes factores de riesgo presentes en las gestantes, que se relacionan con la morbilidad materna grave. La edad extrema, por ejemplo, es uno de los riesgos preconceptionales que se identifican con bastante frecuencia. Mucho se ha descrito acerca de los efectos desfavorables del embarazo temprano y tardío

como factores de riesgo reconocidos. Se considera que las mujeres mayores de 35 años tienen 1,3 veces mayor probabilidad que les ocurra una complicación grave durante el puerperio. En la actualidad muchas mujeres deciden ser madres después de los 35 años. De hecho, 1 de cada 5 tiene su primer hijo después de esta edad. Sin embargo, los estudios demuestran que las mujeres de más de 35 años están expuestas a algunos riesgos especiales durante el embarazo. A medida que las mujeres envejecen, es bien conocido el aumento del riesgo de anomalías genéticas; el trastorno genético más común es el síndrome de Down. Tienen mayor riesgo de aborto y de parto prematuro que las mujeres más jóvenes, son más propensas a desarrollar diabetes gestacional y presión arterial alta inducida por el embarazo, tienen un mayor riesgo de presentar problemas con la placenta y sangrado durante el embarazo (14).

Es importante insistir en el inicio temprano del control prenatal en la gestante, pues es la mejor herramienta para detectar a tiempo factores que pueden convertir un embarazo normal en uno de alto riesgo y posterior a esto brindar una intervención oportuna para aquellos que sean modificables. En este grupo de gestantes se identifican condiciones de riesgo asociadas al embarazo, determinadas por factores biológicos y psicosociales como lo son: la edad, la historia sexual y reproductiva, los estilos de vida, la funcionalidad familiar y demás redes de apoyo, las complicaciones obstétricas del embarazo actual y de embarazos anteriores; la situación afectiva, el déficit de conocimientos y demás situaciones que condicionan la baja calidad de vida materno fetal (15).

Las mujeres gestantes con diagnóstico de embarazo de alto riesgo de atención integral y oportuna, evitando demoras, y educación sexual y reproductiva. Enfermería debe brindar cuidado transcultural y actividades educativas para minimizar temores y empoderar en derechos (16).

CONCLUSIONES

La teoría de Drem puede ayudar a mejorar las condiciones de vida de la mujer embarazada, ya que desde Enfermería se pueden realizar programas y desarrollar estrategias en el terreno asistencial, así mismo dar apoyo educativo retomando los sistemas de enfermería, para que a través del conocimiento la gestante sea protagonista de su autocuidado y seguridad.

La modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno, permiten el cuidado de la mujer de manera más humanizada, lo cual es un reto para gineco-obstetras y enfermeras, ya que deben apoyar a la mujer en su proceso, pues es verdadera protagonista del parto. En ese mismo sentido la en la aplicación de prácticas seguras en la atención humanizada del embarazo, es donde se mide la calidad de la atención. Es evidente entonces que es necesario el compromiso del profesional de Enfermería para desarrollar el conocimiento en el cuidado y estar al tanto de la percepción del paciente con respecto a su cuidado. La madre gestante es un paciente especial que exige un cuidado de Enfermería basado en un conjunto de acciones especializadas.

Se hace necesario también establecer un vínculo especial entre el Profesional Enfermería y la madre gestante, para crear un ambiente de seguridad, en el cual la mujer exprese las dudas y temores que son normales en su condición, de esta manera se atiende no solo su aspecto físico sino también el emocional, y se brindan herramientas que de una u otra forma contribuyan a llevar a feliz término el proceso en el nuevo estilo de vida tanto para el paciente como para su familia.

Para que este servicio sea de calidad la enfermera debe tener en cuenta su preparación, sus conocimientos, no solamente desde el punto de vista científico sino también desde las dimensiones del hombre, sus costumbres, cultura, creencias religiosas, las cuales en un momento determinado enmarcarán el cuidado que éste requiera.

REFERENCIAS

1. Pereda Acosta, M. Explorando la teoría general de enfermería de Drem. [en línea]. 2011. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/enel13j
2. Águila Setién, S. Una estrategia para la disminución de la mortalidad materna. [en línea]. 2012. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=34479>
3. Andrade Sampaio, A; De Vasconcelos Silva, AR; Ferreira Moura, E. Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma, deseo o realidad? [en línea] 2008. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-5262008000300008&script=sci_arttext
4. Jadresic, E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Rev Chile Neuro-Psiquiat [en línea]. 2010. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0717-92272010000500003>

5. Vargas, AM; Villamizar Sandoval, LY; Barrera, P; Angarita, V. Ruiz Calderón, YN; Parra Herrera, JF. Maternidad segura: un reto para alcanzar los objetivos del milenio. [en línea]. 2013. Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/10839/631/1/Adriana%20M%20Vargas%20Oliveras.pdf>
6. Valenzuela Mujica, MT; Uribe Torres, C; Contreras Mejías, A. Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno. [en línea]. 2011. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300007
7. Dois C, A. Lucchini R, C. Villarroel D. L., Uribe T. C. Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. [en línea]. 2013. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062013000300006&script=sci_arttext
8. Grimalt D, L. Heresi M, E. Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. [en línea]. 2012. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062012000300005&script=sci_arttext
9. Cruz D, M; Doren V, A; Fernández B, R. Salinas T, JA. Urzúa B, S; Tapia I, L. Intoxicación neonatal por sulfato de magnesio: caso clínico [en línea]. Disponible en: 2009. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000300008
10. Suárez González Juan Antonio. Gutiérrez Machado Mario, Alexis Corrales Gutiérrez., González Vivian Cairo, Pérez Viera Susley. La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave. [en línea]. Disponible en: 2011 http://www.researchgate.net/journal/0138-600X_Revista_Cubana_de_Obstetricia_y_Ginecologia
11. Arias Arroyo, A; Campos Masís, R; Chaves Arce, M; García Segura, M; Mora Lobo, D; Ramírez Campos, J; Soto Rodríguez, M; Vega Mejías, J. Maternidad adolescente: herramientas para una mejor calidad de vida. [en línea]. 2011. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152011000100003&script=sci_arttext
12. Jesam, C., Devoto, L; Angarita, B; Galleguillos, A; Torres, A; Mackenna, A. Postergación de la maternidad en Chile: Una realidad oculta. [en línea]. 2010. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001100005
13. Gómez Sotelo, A; Gutiérrez Malaver, ME; IzzedinBouquet, R; Sánchez Martínez, L. Herrera Medina, N. y Ballesteros Cabrera, M. Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. [en línea]. 2012. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n2/v14n2a01>
14. Álvarez Toste, M; Salvador Álvarez, S; González Rodríguez, G; Pérez, DR. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, vol. 48, núm. 3, diciembre. [en línea]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2232/223217614010.pdf>
15. Lafaurie V, MM; Castañeda C, KV; Castro T, DM; Laverde V, SM; Balaguera C, LY; López M, CM; Martínez P, EG; Martínez V, YP; Parra D, CA; Ramírez, N. Pardo, YY. Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo. [en línea]. 2011. Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4036554.pdf
16. Piloto Padrón, M; Cruz Silva, D; Águila Setién, S; Pernas González, A. Impacto materno del manejo activo del alumbramiento. [en línea]. 2010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2010000300003&script=sci_arttext

