



Artículo de investigación

## Características de mujeres en puerperio valoradas en el programa *Cuidamujer*

Maira Alexandra Marles MD<sup>a</sup>  
Andrés Johanny Ramírez MD<sup>b</sup>  
Michael Fabian Esquivel MD<sup>b</sup>

### Characteristics of postpartum women evaluated in the *cuidamujer* program

<sup>a</sup> División de Proyección Social, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Servicio de Medicina Familiar. Hospital de San José, Bogotá DC, Colombia.

<sup>b</sup> Medicina Familiar. Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, Bogotá DC, Colombia.

#### RESUMEN

**Introducción:** el puerperio es un periodo de alta vulnerabilidad y las complicaciones pueden asociarse con elevada mortalidad materna. El programa *Cuidamujer* está enfocado en educación durante el puerperio. **Objetivo:** describir las características sociodemográficas y psicosociales del programa *Cuidamujer* entre noviembre 2018 y diciembre 2019. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. La información se obtuvo de las historias clínicas para el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas con el software SPSS IBM® V 20. **Resultados:** se incluyeron 712 mujeres entre 18 y 35 años con bachillerato completo, 79.2% pertenecían a familia nuclear y 63,5% estaban en el ciclo vital familiar en expansión. 15.7% asistieron a consulta preconcepcional, 62.9% y 9% presentaban alto riesgo obstétrico y psicosocial, la tasa de cesárea fue 74.7% y las actividades educativas y de anticoncepción tuvieron cobertura de 99%, recibíendolas al egreso hospitalario el 82.72%. **Conclusiones:** el perfil de las mujeres en puerperio es de adultas jóvenes con educación secundaria y

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

*Historia del artículo:*

Fecha recibido: noviembre 20 de 2020  
Fecha aceptado: septiembre 10 de 2021

*Autor para correspondencia.*

Dra. Maira Alexandra Marles  
maira.marles@fucsalud.edu.co

*DOI*

10.31260/RepertMedCir.01217372.1145

familias nucleares en expansión, pobre adherencia a atención preconcepcional, bajo riesgo psicosocial y alto riesgo obstétrico. Llama la atención las tasas elevadas de cesárea, lo cual merece ser estudiado en esta población.

*Palabras clave:* anticoncepción, educación en salud, medicina familiar, periodo posparto, sistemas de apoyo psicosocial.

© 2023 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.  
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## ABSTRACT

*Introduction:* the puerperium period carries high maternal vulnerability and complications which may lead to high maternal mortality. The *Cuidamujer* program is centered on providing postpartum education. *Objective:* to describe the sociodemographic and psychosocial characteristics of the *Cuidamujer* program between November 2018 and December 2019. *Materials and methods:* a descriptive, retrospective cross-sectional study. Information was obtained from medical records and used for the descriptive analysis of socio-demographic and clinical variables in the SPSS IBM® V 20 software. *Results:* 712 women aged between 18 and 35 years with completed high school were included, 79.2% belonged to nuclear families and 63.5% were in the expanding family life cycle; 15.7% attended a preconception care program; 62.9% and 9% had high obstetric and psychosocial risk; the cesarean section rate was 74.7% and the educational and contraceptive counseling activities coverage was 99%; 82.72% received the latter at hospital discharge. *Conclusions:* the profile of postpartum women is that of young adults with secondary education and expanding nuclear families, poor adherence to preconception care, low psychosocial risk and high obstetric risk. The high cesarean section rates are noteworthy and deserve to be studied in this population.

*Key words:* contraception, health education, family medicine, postpartum period, psychosocial support systems.

© 2023 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.  
This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## INTRODUCCIÓN

El puerperio es el período comprendido entre el final del parto y la aparición de la primera menstruación. Tiene una duración aproximada de 40 días y es una etapa de grandes cambios biológicos, psicológicos, familiares, sociales y laborales. Las complicaciones en el puerperio inmediato y mediato constituyen las principales causas de emergencias obstétricas y de mortalidad materna.<sup>1,2</sup> Además este periodo es de gran vulnerabilidad psicosocial para la mujer y su recién nacido.<sup>2</sup> Factores como estrés, ansiedad ante una situación inédita y/o específica, falta de apoyo social de la pareja o de la familia<sup>3</sup> y problemas de salud mental como la depresión posparto (DPP), también se asocian con complicaciones.

La prevalencia mundial de DPP varía entre 13% y 76% dependiendo de la región<sup>4</sup>, mientras en Colombia se ha estimado en 12.9%, siendo mayor en zonas urbanas (15.1%) y en mujeres entre 20 a 34 años.<sup>5</sup> A pesar de la alta prevalencia de esta patología, la falta de conocimiento sobre su existencia, la conceptualización negativa y el rechazo de las opciones de tratamiento disponibles, son barreras importantes frente a su tratamiento efectivo y en consecuencia generan deterioro importante en la calidad de vida del binomio madre-hijo. La detección y

manejo adecuado de los episodios de DPP permite mejorar los desenlaces en salud maternoperinatal. Debido a los cambios que ocurren, la vulnerabilidad social y el riesgo de complicaciones clínicas durante el puerperio, se requiere la implementación de programas de educación como aspecto clave en la atención y cuidado de la salud, tanto para las mujeres como para los profesionales de la salud.<sup>3,6,7</sup>

La Ruta Integral de Atención en Salud-RIAS para el grupo de riesgo maternoperinatal (RIAMP) tiene como objetivo establecer las disposiciones técnicas y operativas de obligatorio cumplimiento para la prestación de la atención en salud a todos los recién nacidos y mujeres durante la etapa preconcepcional, la gestación, el periodo perinatal y el posparto.<sup>8</sup> En los hitos de la RIAMP que se convierten en indicadores de resultado de salud maternoperinatal, se hace énfasis en la atención durante el puerperio tales como consejería en planificación familiar, suministro de métodos anticonceptivos antes del egreso hospitalario y educación en cuidados del recién nacido, lactancia materna y derechos sexuales y reproductivos.<sup>8</sup>

En 2018, como parte del proceso de adaptación e implementación de la RIAMP, en el Hospital de San José de Bogotá, se creó el programa de atención integral a la mujer

y su familia *Cuidamujer*, en el que médicos especialistas en Medicina Familiar junto con un grupo multidisciplinario que reúne a profesionales en enfermería, trabajo social y psicología realizan valoración de riesgo biopsicosocial, tamizaje para DPP y educación en salud a mujeres en puerperio mediato (2 a 48 horas posterior al parto), teniendo en cuenta la importancia de los factores clínicos y psicosociales durante el puerperio y la necesidad de establecer estrategias de intervención efectivas para mejorar los desenlaces de salud maternoperinatal. En este estudio se establecen las características de la población valorada en el programa *Cuidamujer*, como insumo para la generación de nuevas propuestas de atención integral con enfoque biopsicosocial de la mujer durante el posparto.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de tipo corte retrospectivo. Se incluyeron mujeres en periodo de puerperio mediato (2 a 48 horas posterior al parto) a quienes se les atendió el parto vía vaginal o por cesárea en el Hospital de San José de Bogotá entre noviembre 2018 y diciembre 2019. Se excluyeron las mujeres en puerperio con óbito fetal y aquellas con datos incompletos en su historia clínica. Los casos se identificaron a partir de los registros en el programa *Cuidamujer* durante el periodo establecido para el estudio.

Se diseñó un instrumento para la recolección de datos que se ajustó mediante prueba piloto con 20 historias clínicas seleccionadas al azar, en las que se retiró información que no se encontraba en los registros. Después se procedió a revisarlas para aplicar los criterios de inclusión y exclusión. La versión final del instrumento incluyó variables sociodemográficas, de estructura y tipología de familia, número de controles prenatales, riesgos obstétrico, biopsicosocial y de depresión posparto, además de las actividades educativas y canalización hacia actividades de promoción y mantenimiento de la salud. Los riesgos biopsicosocial y de depresión posparto se determinaron mediante el puntaje de la escala de Herrera & Hurtado y Edimburgo respectivamente, que se encontraban registrados en las historias durante las valoraciones por Medicina Familiar.

En la base de datos del programa *Cuidamujer* se encontraron 778 registros (125 de 2018 y 653 de 2019). Al aplicar los criterios de exclusión por información incompleta, se eliminaron 50 (6,4%), siendo la escolaridad (4,2%) y escala de Edimburgo (1,3%) las variables con mayor número de registros con información incompleta. Otras fueron edad, tipología familiar, ciclo vital familiar y antecedentes obstétricos, cada una de ellas con 1 o 2 registros excluidos. Se excluyeron 16 registros (2,1%) por parto con óbito fetal. Las variables cualitativas se reportaron con frecuencias y porcentajes, la variable edad con promedio y rango. El

análisis estadístico se realizó en software SPSS IBM® V 20, licenciado por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Este estudio fue aprobado por el comité de ética en investigación con seres humanos de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y se consideró una investigación sin riesgo.

## RESULTADOS

Se analizaron 712 registros. Las características generales de la población se presentan en la **tabla 1**. 15.7% (n=111) asistieron a consulta preconcepcional para la planeación del embarazo. 79.2% (n=564) pertenecía a una familia de tipología nuclear, seguida por monoparental materna 9% (n=64) y reconstituida 8% (n=57). Las demás tipologías familiares presentaban frecuencias menores de 2%. En cuanto a ciclo vital familiar, 63.5% (n=452) correspondió a expansión seguida por consolidación 29.91% (n=213).

**Tabla 1.** Características generales de la población

Variable	N=712	%
<b>Edad en años</b>		
menor o igual a 19	69	9.7
mayor de 19 y menor o igual a 35	521	73.2
mayor de 35	122	17.1
<b>Escolaridad</b>		
secundaria incompleta	78	11
secundaria completa	247	34.7
técnico	193	27.1
universitario	110	15.5
<b>Régimen de seguridad social</b>		
contributivo	654	91.9
<b>Número de controles prenatales</b>		
menor o igual a 7	337	47.3
mayor a 7 y menor o igual a 10	287	40.3
mayor a 10	88	12.4
<b>Vía del parto</b>		
cesárea	532	74.7
vaginal	180	25.3

Fuente: los autores.

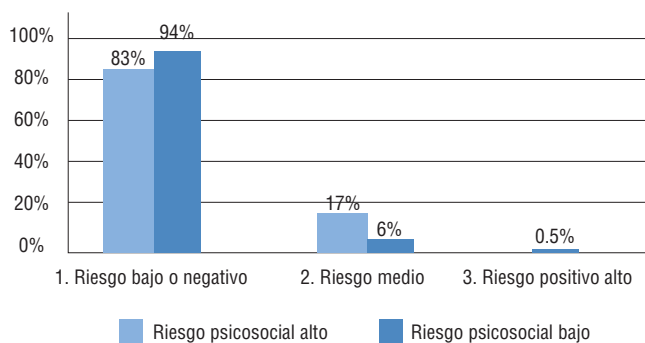
62.9% (n=448) de las mujeres fueron clasificadas como de alto riesgo obstétrico; las principales causas se muestran en la **tabla 2**. Las complicaciones clínicas más frecuentes durante el embarazo o el parto fueron preeclampsia 7,02% (n=50), sepsis 4,77 % (n=34) y otras causas no agrupadas 5,5% (n=39) como coleditiasis, colecistectomía, cefalea, diabetes y neumonía, entre otras. 9.1% (n=65) de las pacientes fueron clasificadas como alto riesgo psicosocial

mediante escala de Herrera & Hurtado. Con respecto al riesgo de DPP, establecido mediante escala de Edimburgo, 83.1% puntuaron para riesgo bajo o negativo y 16.9% para medio. En la **figura 1** se muestra la relación entre riesgo psicosocial y DPP.

**Tabla 2.** Principales causas clínicas de riesgo obstétrico

Riesgo obstétrico	N=712	%
Antecedente de trastornos hipertensivos del embarazo	566	20.5
Periodo intergenésico prolongado	92	12.9
Gestante añosa	80	11.2
Deficientes controles prenatales	72	10.1
Enfermedades metabólicas	54	7.6
Presencia de antecedentes obstétricos adversos	44	6.2
Embarazo adolescente	37	5.2

Fuente: los autores.



**Figura 1.** Relación entre la escala de Edimburgo (depresión posparto) y la de Herrera (riesgo psicosocial). Fuente: los autores.

Se realizó educación en lactancia materna, cuidado puerperal, prevención de violencia doméstica y de género, así como de derechos sexuales y reproductivos con una cobertura de 99% (n=705) de la población, sin embargo, no se relacionaron parámetros de evaluación de la capacitación realizada.

El 82.72% (n=625) de las mujeres recibieron asesoría en anticoncepción y suministro del método anticonceptivo antes del egreso hospitalario. Los principales métodos anticonceptivos elegidos fueron inyectable trimestral 41,2% (n=293) y ligadura tubárica o pomeroy 35,7% (n=254). 98.2% (n=699) de las mujeres fueron informadas sobre la importancia del tamizaje para cáncer de cuello uterino y su esquema.

## DISCUSIÓN

El cuidado puerperal es fundamental para la atención en salud del binomio madre-hijo, objeto de estudio del programa *Cuidamujer* en el Hospital de San José. En la

revisión de la literatura de Bedoya y col. se encontró que los estudios sobre mujeres en embarazo, parto y posparto en Colombia son pocos y requieren un abordaje integral que permita comprender el proceso que establecen las mujeres con los servicios en salud.<sup>7</sup>

En el estudio de Henao y col. realizado en Colombia, la mayoría de las mujeres se encontraban entre 25 y 35 años (51.1%), seguida de mayores de 35 años (31.4%) y menores de 25 años (17.1%).<sup>9</sup> El estudio evidenció que coincide con el rango de edad de mayor frecuencia, pero difiere en la población adolescente y mayor a 35 años. Esto se explica por las diferencias poblacionales pues mientras el programa *Cuidamujer* se enfoca en la población de púerperas en general, el nuestro tuvo como criterio de inclusión pacientes con morbilidad materna extrema (MME). Moya y col. encontraron en su estudio que el riesgo de un evento de MME es dos veces mayor en mujeres entre 40 a 44 años frente al grupo poblacional de 25 a 34 años<sup>10</sup>, lo que concuerda con las frecuencias presentadas en el estudio de Henao y col.<sup>9</sup>

Por otra parte, el embarazo adolescente tiene una frecuencia de 5,2 % mientras que para gestante añosa es de 11.2%, lo que concuerda con los resultados de Henao y col. y Moya y col. frente a la edad como factor de riesgo obstétrico.<sup>9,10</sup> Si bien la población de adolescentes no fue la más frecuente, consideramos relevante analizar algunos aspectos de ella dada la importancia e interés en la prevención del embarazo temprano en el país, estos aspectos son el lugar de residencia y la escolaridad. Aunque la localidad de residencia no se tomó como variable de estudio por la cantidad de datos faltantes en las historias clínicas revisadas, las de mayor frecuencia en esta población correspondieron a Kennedy, Bosa, Fontibón, Usme y Soacha.<sup>11</sup> Las anteriores localidades presentan elevados niveles de pobreza y necesidades básicas insatisfechas, lo cual está descrito dentro de los principales factores de riesgo por estructura socioeconómica para la presentación del embarazo en adolescentes. En relación con la escolaridad, la mayoría correspondieron a secundaria incompleta. Este factor también se ha descrito como uno de riesgo por las características individuales en el embarazo adolescente<sup>12</sup> que después de ocurrido son pocas las mujeres que retoman sus estudios perpetuando el ciclo de pobreza. Estos hallazgos en la población adolescente llaman la atención para proponer y fortalecer programas y estrategias en la comunidad que promuevan la educación secundaria y universitaria, además de otras medidas para la prevención de embarazos en las localidades referidas dadas las consecuencias de este problema de salud pública para las mujeres, sus familias y el país.

Un hallazgo relevante en nuestro estudio fue que solo 15.7% asistieron a consulta preconcepcional, cuyo objetivo es identificar y modificar condiciones que es posible intervenir y pueden representar riesgos para la salud sexual y reproductiva (SSR), materna y perinatal.<sup>13</sup> La esencia del cuidado preconcepcional se caracteriza por el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que llevan a identificar los riesgos y alternativas de la concepción

y a adoptar las medidas necesarias para atenuar o eliminar los riesgos identificados. La consulta preconcepcional está incluida dentro de la RIAS maternoperinatal.<sup>8,14</sup> Ante este porcentaje tan bajo, es importante indicar a los diferentes actores del sistema de salud la implementación de estrategias de educación y difusión, encaminadas a que las mujeres y las familias planeen los embarazos con el fin de mejorar los desenlaces de la salud materna y perinatal del país. También consideramos importante evaluar en próximos estudios las percepciones de las mujeres sobre la consulta preconcepcional, así como los determinantes y las barreras para no asistir a esta. Otro aspecto relevante es el número de controles prenatales a los que accedieron las pacientes. Entre las principales causas de riesgo obstétrico, el número deficiente de controles prenatales estuvo en cuarto lugar (10,1%). En este sentido los resultados arrojan que la mayor frecuencia de controles fue entre 6 y 10, lo cual concuerda con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que indica 8 controles prenatales<sup>1</sup>, y con los lineamientos de la RIAS materno perinatal (mínimo 7 controles para multíparas y 10 para nulíparas).<sup>8</sup> A pesar de ello, aún persiste una frecuencia importante (21,5%) de mujeres que refieren un número de controles prenatales menor de 5. Esto conduce a la recomendación de fortalecer las estrategias para garantizar el acceso a programas de control prenatal suficiente en número y calidad de acuerdo con las características de la paciente.

Otro aspecto de relevancia en el estudio fue la frecuencia de cesárea como vía de parto. De acuerdo con la OMS la tasa ideal debe oscilar entre 10% y 15%<sup>1</sup>, pero a pesar de esta recomendación los partos por esta vía son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo.<sup>9,12,15,16</sup> Si bien es un procedimiento quirúrgico que contribuye a mejorar la morbilidad y mortalidad en mujeres con embarazos de alto riesgo que requieren dicha intervención, su sobreuso irracional corresponde a un problema que tiene implicaciones negativas sobre la ejecución del parto humanizado, bajo los criterios definidos por la OMS en 2018. En un estudio realizado por la OMS y la Unicef en 169 países, se reportó una tasa de 45,9% para Colombia, siendo el cuarto país de América Latina con mayor tasa de cesáreas.<sup>16</sup> Una de las principales indicaciones en el mundo es no intentar el parto por vía vaginal después de haber realizado una cesárea.<sup>16,17</sup> En el estudio de Hernández y col. llevado a cabo en una institución de mediana complejidad en la ciudad de Bogotá, se reportó una mayor tasa de cesárea en mujeres con este antecedente comparado con las que no lo tenían.<sup>16</sup> Varias investigaciones han evidenciado que una forma de reducir las tasas de cesárea es intentar la vía vaginal después de una cesárea previa, con índices de éxito entre 60 y 80%. Un aspecto que vale la pena reconocer y que podría explicar la tasa de cesáreas, es que el estudio se realizó en una institución de alta complejidad en la que se atienden con mayor frecuencia casos complejos y con mayor riesgo que podrían ameritar la realización de este procedimiento como medida para mejorar los desenlaces maternos y

perinatales. Teniendo en cuenta que no se encontraba dentro de las variables ni objetivos del estudio evaluar las indicaciones para cesárea, consideramos de interés realizar estudios futuros al respecto. En cuanto a las causas de riesgo obstétrico fueron los trastornos hipertensivos en el embarazo la causa más frecuente, lo cual concuerda con los resultados de otros reportes en Colombia.<sup>9,16</sup> Se asocian con el riesgo de preeclampsia que se halló en 7% en este estudio y 2,38% con hipertensión crónica. La preeclampsia fue más baja que la tasa en países en vías de desarrollo, la cual está en 10% según García y col.<sup>15</sup>

En relación con el periodo intergenésico prolongado como factor de riesgo, hay informes que asocian este factor con la aparición de preeclampsia como complicación clínica durante el embarazo.<sup>1,9,11,17</sup> En el estudio de Henao y col.<sup>9</sup> la obesidad fue uno de los antecedentes patológicos previos a la gestación que más frecuente estuvo presente en los casos de MME. Es importante resaltar que no se encontraron reportes enfocados en el estudio de factores de riesgo prenatales ni complicaciones clínicas del embarazo en forma general, pues los existentes se centran en factores específicos sin valorar la asociación o el peso de los factores de riesgo en forma integral en la salud del binomio madre-hijo. Al analizar las 65 mujeres clasificadas como de alto riesgo psicosocial, se encontró que 58 también estaban clasificadas como de riesgo obstétrico alto, consistente con lo informado en la literatura<sup>5</sup>, puesto que el riesgo biopsicosocial alto conduce a la modulación de los sistemas en el embarazo en forma adversa para la gestante. En cuanto al riesgo de DPP, la prevalencia oscila entre 13 y 40% en los diferentes reportes. En nuestro estudio fue menor, explicable por la variabilidad en los factores de riesgo descritos para la patología, los cuales dependen de las características personales, clínicas y socioeconómicas de la población analizada.<sup>5,18,19</sup> En el estudio realizado por Rincón & Ramírez se encuentra que la prevalencia de la DPP en Colombia fue 12,9% y 18,1% en Bogotá<sup>5</sup>, lo que representa el doble del valor hallado en este estudio. Cabe resaltar que la metodología es diferente, lo cual puede explicar las diferencias existentes. Al realizar la evaluación del riesgo psicosocial en la población, 65 mujeres se clasificaron como alto de acuerdo con la escala de Herrera y Hurtado, 54 de ellas presentaron riesgo bajo o negativo para depresión posparto y 11 depresión posparto en rango medio al emplear la escala de Edimburgo. No se evidencia riesgo a depresión posparto alto en este grupo de pacientes. Al cruzar las variables de riesgo biopsicosocial de Herrera y la depresión posparto con la hospitalización del recién nacido, se encontró que de 51 mujeres que reportaron una calificación del riesgo de depresión posparto medio o alto, 22 refirieron hospitalización del neonato. En 65 pacientes que reportaron un riesgo biopsicosocial alto por la escala de Herrera, 29 narraron hospitalización del recién nacido.

Como se puede observar en el presente estudio el puerperio se caracteriza por estar condicionado por diversos factores que pueden ser generadores de diversas necesidades de cuidado en la mujer y el recién nacido. En

ese sentido, la educación en salud y atención clínica en el posparto es fundamental para garantizar un adecuado desarrollo y bienestar del binomio madre-hijo. Ya hay países que han incluido dentro de la continuidad de la atención programas de cuidado puerperal en el domicilio.<sup>4</sup> En nuestro país se cuenta con la RIAS maternoperinatal, con programas privados que a pesar de que no están estructurados para prestar atención en el domicilio, brindan atención institucional a las púerperas.

De acuerdo con estudios de la OMS y USAID, las púerperas tienen la mayor cantidad de necesidades insatisfechas de planificación familiar<sup>13</sup>, la cual tiene como fin lograr intervalos intergenésicos más prolongados o para disminuir los embarazos no planificados y sus consecuencias. La planificación familiar posparto hace parte de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y atiende las necesidades de quienes desean tener hijos en el futuro con un espaciamiento saludable, así como de quienes consideran que han alcanzado la composición familiar deseada y quieren evitar embarazos en el futuro. En este sentido, el programa *Cuidamujer* alcanzó una cobertura de 82.7% de anticoncepción posparto antes del egreso en la población atendida, cumpliendo así con el hito de las RIAS maternoperinatal.

## CONCLUSIONES

El perfil de la población de mujeres en puerperio mediano atendidas en el Hospital de San José de Bogotá corresponde a edades entre 18 y 35 años, con bachillerato completo y tipología familiar nuclear en expansión, pobre adherencia a la consulta preconcepcional, bajo riesgo psicosocial y alto riesgo obstétrico. En la población atendida la tasa de parto por cesárea se encontró mayor que la indicada por organismos internacionales y la medida para Colombia. Se requieren estudios adicionales para determinar las causas de las tasas elevadas de cesárea y la baja cobertura de consulta preconcepcional. El programa *Cuidamujer* es una iniciativa importante en términos de educación y apoyo a la mujer en el puerperio, pero son necesarios más procesos analíticos para medir el impacto de sus intervenciones.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento al personal administrativo de la Facultad de Medicina de la IES en la que se llevó a cabo el presente estudio, ya que, sin su apoyo y colaboración no habría sido posible.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna Ginebra [Internet]. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2019 [citado septiembre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
2. Arribas L, Bailón E, Ortega A. Embarazo. In: España E, editor. Atención Primaria Problemas de Salud en la Consulta de Medicina de Familia. 8 ed. Madrid: Elsevier; 2019. p. 112 - 33.
3. Minsalud. Rutas Integrales de Atención en Salud: La transformación de la atención a los pacientes. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y protección social. 2016.
4. Khadije R-K, Mohammad EA, Hosein R, Mehrbanoo A, Shokoufeh MO, Azizollah A. Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2020;49(2):127-36. doi: 10.1016/j.jogn.2020.01.001
5. Rincón-Pabón D, Ramírez-Vélez R. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. *Rev salud pública*. 2014;16(4):534-46. doi:10.15446/rsap.v16n4.40673
6. Bedoya Ruiz LA, Agudelo-Suárez AA. Relación de las mujeres en embarazo, parto y posparto (EPP) con los servicios de salud según la clase social. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2019;18(36). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-36.rmep>
7. Bedoya-Ruiz LA, Agudelo-Suárez A, Restrepo-Ochoa DA. Mujeres en embarazo, parto y posparto: Una mirada desde el pensamiento feminista. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(1):142-7. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmpesp.2020.371.4981>
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud materno perinatal. 1 ed. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018.
9. Henao L, Cañón M, Herrera M. Caracterización de la morbilidad materna extrema en la clínica universitaria Colombia: Una serie de casos. *Rev Medica Sanitas*. 2016;19(2):66-77.
10. Moya Toneut C, Garaboto García ME, Moré Vega A, Borges Fernández R, Moya Arechavaleta N, Moya Arechavaleta I A. Resultados maternos y perinatales en gestantes con avanzada edad materna. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2017;43(2):1-13.
11. Jiménez-Hernández DL, del Guevara-Rodríguez AP, Zuleta-Tobón JJ, Rubio-Romero JA. Tasa de cesáreas por grupos de Robson en una institución de mediana complejidad de la ciudad de Bogotá, 2012-2014. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2016;67(2):101-11. <https://doi.org/10.18597/rcog.381>
12. Zavala-García A, Ortiz-Reyes H, Salomon-Kuri J, Padilla-Amigo C, Preciado-Ruiz R. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2018;83(1):52-61. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000100052>
13. López-Jiménez S, Ruiz-Fernández R, Noguera-Sánchez I. Planificación familiar posparto revisión de la evidencia. *Metas Enferm*. 2020;23(7):49-59. <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2020.23.1003081631>

14. Lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal., Resolución 3280 de 2018. (2018).
15. García AxDJ, Jimenez-Baez V, González-Ortiz DxG, Toledo PDIC, Sandoval-Jurado L, Kuc-Peña LxM. Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2018;26(4):256-62.
16. Hernández-Espinosa CJ. La epidemia de cesáreas como limitante del parto humanizado. *MÉDUIS.* 2019;32(1):9-12. doi: 10.18273/revmed.v32n1-2019001
17. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Ginebra, Suiza: Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Organización Mundial de la Salud.; 2015.
18. Gaviria SL, Duque M, Vergel J, Restrepo D. Síntomas depresivos perinatales: prevalencia y factores psicosociales asociados. *Rev Colomb Psiquiat.* 2019;48(3):166-73. doi: 10.1016/j.rcp.2017.09.002
19. González-González A, Casado-Méndez PR, Molero-Segrera M, Santos-Fonseca RS, López-Sánchez I. Factores asociados a depresión posparto. *Rev Arch Med Camagüey.* 2019;23(6):770-9.

