

Asociación de la violencia obstétrica, control prenatal y embarazo no planeado con la prematuridad

Francisco Vázquez-Nava¹, Eunice Reséndiz-González², Alejandro Torres-Bravo³, Augusto R. Aguilera-Joaquín⁴, Nancy V. Ortega-Betancourt⁵, Eliza M. Vázquez-Rodríguez⁶, Carlos A. Flores-Aguilar⁵, Andrés D. Zavaleta-Pérez⁷ y Carlos F. Vázquez-Rodríguez^{8*}

¹Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Ciudad Victoria, Tamps.; ²Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Ciudad Victoria, Tamps.; ³Departamento de Pediatría, Hospital General Regional N.º 1, Orizaba, Ver.; ⁴Departamento de Pediatría, Hospital General de Zona N.º 8, Córdoba, Ver.; ⁵Departamento de Medicina de Urgencias, Hospital General Regional N.º 1, Orizaba, Ver.; ⁶Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana, Minatitlán, Ver.; ⁷Departamento de Cirugía, Hospital General de Zona N.º 8, Córdoba, Ver.; ⁸Departamento de Medicina, Unidad de Vigilancia Epidemiológica, Hospital General Regional N.º 1, Orizaba, Ver. México

Resumen

La prematuridad (PM) neonatal es un problema mayor de salud pública en el mundo, debido a su frecuencia de presentación y los años de vida potencialmente perdidos; además, es la principal causa de muerte en menores de cinco años. Entre las consecuencias negativas de la PM están las discapacidades del aprendizaje, visual y auditiva. Múltiples son los factores asociados a la PM; algunos pueden ser detectados y modificados de forma oportuna en las consultas prenatales y también, en las preconcepcionales. Por otro lado, la PM no es solamente responsabilidad del prestador de los servicios de salud, sino también del sistema de salud, el cual, debe otorgar los recursos mínimos necesarios para monitorear y mantener a la embarazada en un estado óptimo de salud para evitarla, y en caso de presentarse, debe contar con la infraestructura hospitalaria básica que permita la viabilidad del producto y evitar su muerte. Aunado a lo anterior, se debe de considerar la responsabilidad de la paciente y su pareja, debido a que en ellos recae la obligación de llevar un estilo de vida saludable y acudir a las consultas preconcepcionales y control prenatal.

Palabras clave: Prematuridad neonatal. Violencia obstétrica. Control prenatal. Embarazo no planeado. Embarazo no deseado.

Association of obstetric violence, prenatal control, and unplanned pregnancy with prematurity

Abstract

Neonatal prematurity (MP) is a major public health problem in the world, due to its presentation frequency and the years of life potentially lost; In addition, it is the main cause of death in children under five years of age. Among the negative consequences of MP are learning, visual and hearing disabilities. There are multiple factors associated with MP; some can be detected and modified in a timely manner in prenatal consultations and in preconception. On the other hand, MP is not only responsibility of the health service provider, but also of the health system, which must grant the minimum resources necessary to monitor and maintain the pregnant woman in an optimal state of health to avoid it, and if it occurs, the hospital must have the basic infrastructure that allows the viability of the product and prevents its death. In addition, the responsibility of the patient and her partner must be considered since they are obliged to lead a healthy lifestyle and attend preconception consultations and prenatal care.

Keywords: Neonatal prematurity. Obstetric violence. Prenatal control. Unplanned pregnancy. Not wanted pregnancy.

Correspondencia:

*Carlos F. Vázquez-Rodríguez

E-mail: dr.carlosfvazquez@gmail.com

Fecha de recepción: 24-02-2020

Fecha de aceptación: 06-03-2022

DOI: 10.24875/PER.20000011

Disponible en internet: 06-05-2022

Perinatol Reprod Hum. 2021;35(2):65-74

www.perinatologia.mx

0187-5337/© 2022. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Prematurez neonatal

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prematurez (PM) neonatal es un problema mundial mayor de salud pública, debido a que la incidencia oscila entre el 5 y el 18%, aunque esta distribución puede variar dependiendo de la región y el grado de desarrollo económico de cada país, sin embargo, la incidencia ha ido aumentando desde hace más de 30 años, tanto en países de altos, como medianos y bajos ingresos económicos^{1,2}.

Según la OMS el producto prematuro es «un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación (SDG) y menor a 2,500 gramos de peso al nacer o menos de 259 días de gestación a partir del primer día del último periodo menstrual». Esta definición se basa en los criterios propuestos por Budin y de Ylppo desde 1902 y se subclasifica en tres tipos diferentes, considerando las SDG: aquellos que tienen entre 32 y 37 son los moderados o tardíos, los que están entre las 28 y 32 son los muy prematuros y aquellos menores de 28 son prematuros extremos¹⁻⁴.

Algunos factores de riesgo han sido identificados para la presentación de un parto prematuro, incluyendo: raza, control prenatal adecuado, edad de la madre, terminación del cuello uterino corto, antecedente de parto pretérmino, nuliparidad, periodo intergenésico corto, vaginosis bacteriana, infección de vías urinarias, infección intrauterina, toxicomanías, antecedente quirúrgico abdominal, enfermedad periodontal, polihidramnios y oligohidramnios, infección de transmisión sexual (ETS) (VIH, vaginosis, *Chlamydia trachomatis*, sífilis), corioamnionitis, hepatitis C, malaria, anomalía uterina, infecciones verticales, fertilización *in vitro*, bajo nivel de educación materna, tabaquismo, uso de drogas, diabetes, hipertensión arterial, preeclampsia, diabetes gestacional y pregestacional, enfermedades periodontales, anemia materna, obesidad, talla corta, baja vitamina D, lupus eritematoso sistémico, estrés, ansiedad, tratamiento por neoplasias del cuello uterino, placenta abrupta, previa, polihidramnios, leiomiomas o defectos congénitos del feto, entre otros^{1,2,5}.

Los problemas negativos de salud que se presentan como consecuencia de tener el antecedente personal de parto prematuro no se traducen únicamente en los días de estancia hospitalaria posterior al parto, sino también en problemas de discapacidades en el aprendizaje, visuales y auditivos, siendo también el

antecedente más frecuente en la mortalidad de los menores de cinco años^{1,6}.

Epidemiología

La nota descriptiva de la OMS titulada Nacimientos prematuros, que analiza la información de 184 países, concluye que la incidencia de PM se ha incrementado en los últimos 20 años y que oscila entre el 5 y 18%. Es importante mencionar que aproximadamente el 60% del total de los nacimientos prematuros en el mundo ocurren en los países del continente africano, en la región del subsahariana y en la región sur de Asia^{1,2}.

Los países con mayor incidencia de nacimientos prematuros son: India (3,519,100), China (1,172,300), Nigeria (773,600), Pakistán (748,100), Indonesia (675,700) y EE.UU. (517,400) y los países con mayor tasa de nacimientos prematuros son: Malawi (18.1), Comoras y Congo (16.7), Zimbabwe (16.6) y Guinea Ecuatorial (16.7)¹.

Dado el comportamiento divergente del parto prematuro a nivel internacional, diferentes países han realizado estudios para determinar la prevalencia y los factores de riesgo. Por ejemplo, en el continente asiático, Irán reportó una incidencia media de 10.75, por otro lado, Kojaste et al. realizaron un estudio transversal con 227 sujetos en el municipio de Zahdan y reportaron una incidencia baja, del 2.6%. Por otro lado, Sharif Zadeh et al. reportan en la capital del país (Teherán) el 18.9%, misma que se encuentra más elevada que los estudios disponibles en las diferentes bases de datos; sin embargo, en esta misma ciudad, Moghadam Banaem et al. reportaron una incidencia del 3.5%, situación que hace suponer que no solo depende del país y la región, sino también del tipo de población que atiende el hospital⁷.

En África, el comportamiento epidemiológico de la PN no es diferente al del continente asiático, ya que la prevalencia es superior a lo mencionado por la OMS, sin embargo, el norte de África tiene una incidencia global del 5.2%, pero en el área subsahariana es mayor, ya que se reporta una incidencia del 28.2%. De acuerdo con la información mostrada por Wagura, en el Hospital Nacional de Nairobi, en Kenya, se registró una prevalencia del 18.3%, el universo de estudio fue un total de 322 pacientes. En Egipto, se reporta una prevalencia global del 14.7%. Es relevante mencionar la información registrada en el estudio realizado por Bello et al., en Nigeria, misma que fue publicada en el año 2019: en ella se muestra que se estudiaron 3,435 nacimientos, de estos, la incidencia fue del 32.86%, lo que equivale a 1,129 prematuros, siendo

predominantes los de sexo masculino, ya que se presentó en un 52.1%⁷⁻¹⁰.

Europa presenta la menor incidencia de PM, con el 4.7%, y Alemania es el país con menor incidencia a nivel mundial, con el 3.6%, España presenta un 6.7% y Francia un 7.4%, lo que equivale a 60 mil neonatos por año. En Oceanía, la proporción global de PM es del 0.5%^{2,8,11,12}.

Según EE.UU., la incidencia global de prematurez neonatal ha disminuido, ya que en 2007, la prevalencia fue del 10.4% y para el 2015 del 9.6%, e incluso se ha reportado hasta del 3.1%. Sin embargo, estas cifras son variables dependiendo del grupo étnico, ya que la de mujeres afroamericanas es del 13.8%, seguida de las caucásicas con 9% y las latinas con 9.5%, e incluso el riesgo de muerte en los PM es mayor en las poblaciones anteriormente mencionadas, siendo las afroamericanas las de mayor probabilidad, con un 11.73%, en comparación con las caucásicas con 4.82% y la población latina con 5.20%^{5,8,13,14}.

En América Latina, cada año mueren alrededor de 35,000 recién nacidos por complicaciones de la PN, siendo Brasil el país con mayor número de nacimientos prematuros (9,000), seguido México (6,000), Colombia (3,500), Argentina (2,400), Venezuela (2,200), Perú (2,000), Guatemala (1,900), Bolivia (1,600), Ecuador (1,500) y Honduras (1,100). Es importante mencionar que en ninguno de estos países se registran tasas elevadas de nacimiento, sin embargo, la mortalidad en menores de cinco años por complicaciones de PN alcanza una tasa superior a 27. Los países que más destacan son: Costa Rica (27.2), Chile (27.1), Argentina (26.0), Venezuela (24.6) y Honduras (24)^{8,15}.

Según el Dr. Cardona Pérez, anualmente nacen en nuestro país 120,000 niños prematuros, y afirma que las complicaciones de estos pueden ser evitadas si se cuenta con la infraestructura hospitalaria mínima, tal como: oxígeno, ventilación no invasiva, termorreguladores, control de la hiperbilirrubinemia neonatal e implementación de programas específicos y que han tenido éxito, como el de mamá canguro. En un estudio en el Hospital General de Irapuato se registró un 6.9% (736) de partos prematuros, y se documentó que el 64% fue ingresado a la unidad de cuidados intensivos neonatales, comportamiento similar a lo reportado en la literatura internacional^{16,17}.

El comportamiento epidemiológico de la PN en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) no es claro, sin embargo, en el año 2014 Minguet-Romero publicó el artículo *Incidencia de nacimientos pretérmino en el IMSS (2007-2012)*, en el cual reporta una incidencia

en los hospitales de segundo nivel de atención del 6.8%, lo que equivale a 188,715 prematuros. En el tercer nivel de atención, en las denominadas unidades médicas de alta especialidad (UMAE), se reportó casi el doble de partos prematuros, en comparación con los de segundo nivel, ya que estos fueron 51,635, lo que representó el 13.7%. Es importante señalar que esta información representa el total de pacientes atendidos por nivel de atención. Una mención especial merecen los servicios que prestan las UMAE, pues atienden pacientes consideradas de alto riesgo para el binomio madre-hijo. En la delegación Veracruz sur se reportaron un total de 62,255 nacimientos, de estos, 4,320 (6.9%) fueron prematuros, sin embargo no existe información reciente que permita analizar el comportamiento de este evento en la delegación Veracruz sur del IMSS¹⁸.

Factores de riesgo

Investigadores, asociaciones e incluso organizaciones gubernamentales y no gubernamentales han invertido tiempo, dinero y esfuerzo estudiando los factores de riesgo de la PN, sin embargo, los resultados no han sido concluyentes^{1-4,6-9,11,12,14,18-20}.

De acuerdo con los resultados de diversas investigaciones, los factores asociados y de riesgo de la prematurez pueden ser agrupados en: antecedentes personales maternos, antecedentes obstétricos de la madre y antecedentes perinatales^{1-4,6-9,11,12,14,18-20}.

– Antecedentes personales maternos:

- Bajo nivel de educación materna.
- Raza.
- Peso inadecuado antes del embarazo (bajo o alto).
- Talla corta.
- Baja vitamina D.
- Antecedente quirúrgico abdominal.
- Enfermedades crónicas:
 - Obesidad.
 - Diabetes.
 - Hipertensión arterial.
 - Lupus eritematoso sistémico.
- Toxicomanías:
 - Tabaco.
 - Alcohol.
 - Drogas.
- Vaginositis bacteriana.
- Infecciones de transmisión sexual:
 - VIH.
 - Vaginositis.
 - *Chlamydia trachomatis*.
 - Sífilis.

- Hepatitis C.
- Malaria.
- Antecedentes obstétricos de la madre:
 - Insuficiencia cervical.
 - Nuliparidad.
 - Antecedente de un nacimiento prematuro.
 - Embarazo en edad extrema (antes de los 16 o después de los 35 años).
 - Embarazos múltiples.
 - Tratamiento por neoplasias del cuello uterino.
 - Leiomiomas.
- Antecedentes perinatales:
 - Fertilización *in vitro*.
 - Periodo intergenésico corto.
 - Enfermedad periodontal.
 - Estrés.
 - Ansiedad.
 - Diabetes gestacional y pregestacional.
 - Preeclampsia.
 - Anemia materna.
 - Infección de vías urinarias durante el embarazo.
 - Infecciones intrauterinas:
 - Corioamnionitis.
 - Polihidramnios.
 - Oligohidramnios.
 - Placenta previa.
 - Placenta abrupta.
 - Inducción del nacimiento prematuro o por cesárea.
 - Ruptura prematura o prolongada de membranas amnióticas.
 - Defectos congénitos del feto.

Control prenatal

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, menciona entre otras cosas el derecho a la salud y la libertad de elegir el número y periodo intergenésico entre cada uno de los hijos. Además, en la Ley General de Salud, en la fracción IV del artículo 3.º, menciona que es materia de salubridad general la atención materno-infantil, y en el artículo 61 se reconoce la prioridad de las acciones específicas para la atención de la embarazada, su parto y puerperio, entre otras¹⁹.

Esta NOM pretende estandarizar aspectos para preservar o mejorar, según sea el caso, las morbilidades propias de la gestación y evitar mortalidad materna. Para lograrlo, se pretenden realizar ocho consultas prenatales y durante el embarazo, parto y puerperio, sin embargo, también involucra a la paciente en su

autocuidado, siendo esto una corresponsabilidad entre el sector salud y la embarazada¹⁹.

La NOM contempla la atención preconcepcional, para evaluar el riesgo reproductivo de las pacientes, por alguna enfermedad, condición genética o por su edad; de igual manera se destacan aspectos como la planificación familiar y detección temprana de diabetes gestacional, ya que con un diagnóstico y tratamiento oportuno mejora el pronóstico de la mujer y del producto, así como la detección de ETS¹⁹.

Entre las actividades de promoción para la salud destaca la nutrición y el agregar complementos alimenticios como el hierro, multivitamínicos y ácido fólico, además de contemplar la orientación sobre las consecuencias que tendría para la madre y el producto el adquirir alguna toxicomanía¹⁹.

Otro aspecto en el que hace énfasis es la lactancia materna y los beneficios para la madre y el producto, la importancia del periodo intergenésico, mediante la práctica de la sexualidad responsable, usando métodos anticonceptivos reversibles posterior al parto, siendo esto una decisión única y exclusiva de la mujer¹⁹.

Además, otorga información sobre sus derechos y los Derechos Humanos, relacionados con su vida sexual, reproductiva, perspectiva de género, embarazo seguro y protegido. En general, pretende que las mujeres alcancen una maternidad segura y abarcando temas de planificación familiar, atención preconcepcional, prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y cuidados obstétricos esenciales y sus derechos¹⁹.

Las acciones propuestas por la NOM se enfocan al buen desarrollo fisiológico del embarazo en todas sus etapas, previniendo las complicaciones, ya que la mayoría de los daños y riesgos, tanto para la madre como para el recién nacido, son prevenibles, siempre y cuando se detecten a tiempo y sean sometidos al tratamiento efectivo¹⁹.

La violencia contra la mujer va en aumento, debido a que tiene diferentes enfoques, y cualquiera que sea, afecta de manera negativa la salud emocional, física y psicológica de la paciente y podría desencadenar complicaciones graves en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y sus productos, entre las que destacan¹⁹:

- Violencia sexual.
- Embarazo no deseado.
- Problemas ginecológicos.
- Abortos provocados.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Violencia durante el embarazo.

- Abortos espontáneos.
- Muerte fetal.
- Parto prematuro.
- Bajo peso al nacer.

Son múltiples las disposiciones generales de la Norma, pero se destacan¹⁹:

- Obligatoriedad de la aplicación en el sector público y privado.
- La atención debe de tener un enfoque preventivo, educativo, de consejería y de orientación a la paciente y su pareja.
- Se debe acudir a consulta preconcepcional; en esta, se tiene que:
 - Promover la salud de la mujer y su hijo.
 - Identificar el riesgo reproductivo en el embarazo.
 - En caso de existir riesgo reproductivo, se deben generar acciones preventivas.
 - Buscar el mejor estado físico y psicológico para embarazarse.
 - Brindar información sobre los cuidados de la persona recién nacida, lactancia y tamizaje neonatal, entre otras.
- Debe recibir atención odontológica.
- Debe recibir un examen de valoración completa de la paciente.
- La atención debe ser integral y enfocada a considerar la reproducción humana como una expresión de los derechos reproductivos.
- La mujer que desee embarazarse, preferentemente debe de acudir con su pareja para la atención y asesoría médica sobre el embarazo.
- Se debe de promocionar la lactancia materna.
- «La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución».
- La embarazada de bajo riesgo debe recibir como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras ocho SDG y/o prueba positiva de embarazo atendiendo al siguiente calendario:
 - 1.^a consulta: entre las 6-8 semanas.
 - 2.^a consulta: entre 10-13.6 semanas.
 - 3.^a consulta: entre 16-18 semanas.
 - 4.^a consulta: 22 semanas.
 - 5.^a consulta: 28 semanas.
 - 6.^a consulta: 32 semanas.
 - 7.^a consulta: 36 semanas.
 - 8.^a consulta: entre 38-41 semanas.

En la Guía de Práctica Clínica (GPC) titulada *Control prenatal con atención centrada en la paciente* se establecen recomendaciones, siempre y cuando sean aplicables, y tal como se cita en la guía, «son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento y al ser aplicadas en la práctica clínica podría haber variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia». La GPC explicita que el control prenatal «es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud», señalando la responsabilidad de la paciente el acudir a todas sus citas de atención médica y estas deben otorgarse con calidad (desde el primer mes del embarazo y una consulta por mes hasta el parto)²⁰.

La GPC estandariza que las consultas de atención prenatal deben asegurar los mejores resultados, tanto para la madre como para el producto, otorgando información y servicios relacionados con la promoción y prevención para la salud, nutrición y detección de ETS, entre otras enfermedades que también señala la NOM 007²⁰.

Es importante la detección oportuna de los factores de riesgo que favorecen el desarrollo y la presentación de la PM, con la finalidad de evitar complicaciones para el producto y la madre, teniendo como objetivos²⁰:

- Diagnóstico oportuno, tratamiento y evolución de:
- Hipertensión arterial.
 - Diabetes gestacional.
 - Sífilis.
 - Infección de vías urinarias.
 - Infección por VIH.
 - Malnutrición.
 - Carencia de vitaminas y micronutrientes.
 - Evaluación de factores de riesgo de la madre, así como planeación de diferentes escenarios, en caso de presentar alguna complicación obstétrica como:
 - Cicatrices uterinas.
 - Presentación anormal.
 - Ruptura prematura de membranas.
 - Preeclampsia.
 - Sangrado en el embarazo.
 - Prevención de enfermedades para el producto como: tétanos neonatal y materno.
 - Anemia.
 - Transmisión de VIH.
 - Planeación del embarazo y sus diferentes escenarios.

Esta guía solo menciona lo referido al control prenatal y atención a las pacientes, pero deja de lado la

atención perinatal y el proceso que este conlleva, y que es de suma importancia para la prevención de enfermedades, como las de tubo neural, debido a que desde la consulta prenatal se le otorgan ácido fólico y multivitamínicos a la paciente, para prepararse física y fisiológicamente para el proceso de la fecundación^{19,20}.

Según la OMS, en 2014 alrededor de 303,000 mujeres fallecieron por alguna complicación durante el embarazo, además 2.7 millones de los niños fallecidos durante los primeros 30 días de vida extrauterina y la incidencia de mortinatos fue de 2.6 millones. Sin embargo, casi todas las muertes anteriormente mencionadas pueden ser prevenibles con una atención sanitaria de calidad, pero solamente el 64% de las embarazadas en el mundo recibe atención prenatal²¹.

La OMS, la GPC y la NOM-007 recomiendan ocho consultas prenatales, ya que este número de visitas se considera suficiente para la detección oportuna de los factores de riesgo que se pueden presentar en cualquier momento del embarazo, pudiendo disminuir hasta solamente ocho prematuros por cada 1,000 nacimientos. Sin embargo, estas recomendaciones no pueden ser aplicadas sin antes fortalecer los sistemas de salud, no solo en infraestructura, sino también garantizando una atención médica de calidad, otorgada por un profesional de la salud calificado, como los médicos especialistas²¹.

En cuanto a la cobertura de la atención prenatal, diversas investigaciones afirman que el tener menos de cinco consultas prenatales es un factor de riesgo, no solo para la PM neonatal, sino para otro tipo de complicaciones perinatales que pueden favorecer el desarrollo de diferentes patologías cuyos efectos negativos pueden persistir hasta la etapa adulta e, incluso, pueden favorecer la muerte fetal y perinatal. La cobertura del control prenatal es diferente en México, ya que en el estudio titulado *Cobertura y oportunidad de la atención prenatal en mujeres pobres de 6 países de Mesoamérica*, realizado por el Banco Interamericano del Desarrollo, se muestra una cobertura del 83%; y en el estudio realizado por García-Salgado et al. esta fue de 85.2%, pero en otros estudios, como el realizado en la ciudad de Tijuana, se muestra que la cobertura alcanzada en diferentes hospitales del sector público es solamente del 33%^{14,22-25}.

En cuanto al control prenatal en el IMSS, la información disponible data del año 2003 y fue generada por la doctora Garza Elizondo et al., quienes efectuaron una investigación sobre el patrón de uso de

los servicios de atención apegados a la NOM-007, e informaron que solamente el 46.1% alcanzó el número adecuado de consultas, la prueba de laboratorio VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) fue utilizada por el 71.6% de los pacientes, la siguiente prueba utilizada fue el grupo sanguíneo y el RH (68%), seguido de la glucosa (12.9%), el examen general de orina con 5.2% y la biometría hemática con 3.1%²⁶.

En cuanto a la atención otorgada a las pacientes, el 24.9% recibió atención por parte de la enfermera especialista en materno-infantil, los envíos a un segundo nivel de atención fueron entre la segunda y cuarta visita posterior a su consulta de medicina familiar, trabajo social asistió al 15.8% de las embarazadas, nutrición participó en el 0.8% y estomatología fue el servicio que más participó, con el 28.4%²⁶.

Menos de la mitad de las pacientes (48.6%) inició su atención perinatal en el primer trimestre de la gestación, el 27.3% acudió al menos a siete consultas, y el 22.4% acudió durante el primer trimestre y completó sus siete consultas. Mención especial merece que el 11% no tuvo ningún control prenatal²⁶.

Finalmente describe la atención posnatal, mencionando que el promedio de los días de estancia hospitalaria fue de entre 1 y 2, el 60% de las pacientes decidió utilizar el método anticonceptivo y solamente el 42.9%, asistió a su consulta durante el puerperio, de esta última cifra, solamente el 22.3% de las pacientes asistió a una segunda cita²⁶.

Con base en lo anteriormente expuesto, se puede concluir que el control prenatal es una estrategia que puede evitar una serie de complicaciones no solo para la madre, sino también para el producto. Para ello se debe preparar al profesional de la salud y a la institución prestadora de servicios sobre las posibles complicaciones del binomio, no cumplir este control prenatal puede conducir al fallecimiento del binomio, madre e hijo^{14,19,20}.

Embarazo no planeado y no deseado

Uno de los principales objetivos de la OMS, así como de diferentes sistemas de salud en el mundo, es disminuir el número de embarazos concebidos sin la intención de tenerlos. Dentro de este concepto, se engloba al embarazo no planeado y no deseado. En el presente estudio se pretende separar ambos conceptos, considerando que no es lo mismo planear un embarazo o no desearlo, debido a que ambos conceptos pueden estar combinados en sus

diferentes formas, es decir, una paciente puede aceptar que sí deseaba embarazarse en un futuro próximo, sin embargo, no planeó que fuera tan pronto, otra opción podría ser que planeaba embarazarse, pero en un futuro a mediano plazo y que no deseaba que fuera tan pronto y la última combinación podría ser que no planeó quedar embarazada ni tampoco deseaba quedar embarazada, siendo una constante que estos conceptos se utilizan principalmente en los embarazos de mujeres adolescentes²⁷⁻³¹.

Según la OMS, en el mundo 123 millones de mujeres logran tener éxito en su intento por embarazarse, de estas, 87 millones (que representan casi el 71%) son embarazos no planeados, o también llamados «sin intención»; esta noticia puede ser tomada de dos formas: como una «sorpresa agradable» o como una «sorpresa no deseada». Al ser considerada de la segunda forma es casi un hecho que terminará en aborto intencional; estos ascienden anualmente a más de 10.5 millones de abortos, lo que equivale al 22% del total de embarazos durante un año (211 millones)²⁸.

También, se estima que 222 millones de mujeres alrededor del mundo no utilizan un método anticonceptivo efectivo, a pesar de no desear embarazarse en un futuro cercano. Una planificación familiar correcta permitiría reducir las muertes maternas hasta en un 30%, las muertes neonatales en 0.6 millones por año y las muertes infantiles en 0.5 millones por año, esto predominantemente en países con ingresos económicos bajos³².

Embarazo no planeado

Un embarazo no planeado no necesariamente es un embarazo no deseado, e incluso puede ser uno no deseado al principio, pero posteriormente aceptado, tal como se mencionó con anterioridad, y no es sinónimo de rechazo, por lo que diferentes investigadores, como Manchikanti et al., han documentado que ante esta situación casi el 45% de las parejas sí aceptaría el producto, aun siendo adolescentes³³.

Otros estudios, como el realizado en dos Universidades de Nigeria, por Idowu et al., muestran que solamente el 38% de 176 participantes usa condón como método anticonceptivo, el 30.1% ha usado un método anticonceptivo de emergencia, como lo es la pastilla del día siguiente, el 20.4% no usó la píldora del día siguiente y tres tuvieron un aborto no seguro³⁴.

Embarazo no deseado

Entre los factores de riesgo encontrados en la literatura para el embarazo no planeado y no deseado, se encuentran:

- Tener una familia disfuncional³⁵.
- Trabajo de la madre fuera de casa³⁵.
- Tabaquismo de la embarazada³⁵.
- Amigas con hábitos de salud riesgosos (tabaquismo, alcoholismo)³⁵.
- Amigas que hayan iniciado su vida sexual³⁵.
- Edad materna (13 y 19 años de edad)³⁶.
- Práctica cultural³⁶.
- Nivel de educación³⁶.
- Estatus socioeconómico³⁶.
- Violación o forzada a tener su primer contacto sexual³⁶.
- No usar método anticonceptivo³⁶.
- Violencia física³⁶.
- Sexoservidoras³⁷.
- Pertenecer a un origen étnico minoritario³⁸.

Entre las consecuencias de un embarazo no planeado o no deseado, se encuentran:

- Prematurez neonatal³⁸.
- Aborto intencional³⁸.
- Aborto espontáneo³⁸.
- Bajo control prenatal²⁷.
- Embarazo pretérmino²⁷.
- Depresión durante el embarazo³⁹.
- Depresión posparto³⁹.
- VIH³⁶.

Para medir la intencionalidad de quedar embarazada, en 2017 se propuso la *London Measure of Unplanned Pregnancy* (Medida de Londres del embarazo no planeado). Esta es una medida psicométrica que valida el grado de intencionalidad del embarazo, sin embargo la versión en español en nuestro país todavía no está disponible, ya que se encuentra en la etapa de validación y publicación³³.

Violencia obstétrica

La OMS define la violencia contra la mujer como «Todo acto de violencia de género que resulte o puede tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada»⁴⁰.

Se estima que el 35% de las mujeres en todo el mundo ha sido víctima de violencia física o sexual por

parte de su pareja o por alguien más. Las consecuencias de ser víctima de algún tipo de violencia pueden afectar de manera negativa la salud física, mental, sexual y productiva, aumentando de esta forma el riesgo de contraer VIH⁴¹.

La OMS, en el documento *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en el centro de salud*, declara que «todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación» y proponen que los gobiernos deben realizar las siguientes acciones⁴²:

- Mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto.
- Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de atención de la salud materna, concentrándose en atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad.
- Realizar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto.
- Es necesario generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso.
- Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas.

La Organización Panamericana de la Salud define la violencia obstétrica como la «apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de las mujeres por el personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizado, en un abuso de medicación y en la patologización de los procesos naturales, lo que conlleva pérdida de la autonomía y la capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres»⁴³.

Desde el año 2010 en Venezuela, al acto de la violencia obstétrica se lo llama, penosamente, «la epidemia silenciosa», ya que considera todas las acciones realizadas desde la atención médica y hasta los días posteriores a la culminación del parto, incluyendo las actitudes. Todas estas son prácticas generalizadas en las instituciones oficiales, aunque no reconocidas⁴⁴.

La violencia contra la mujer puede ser considerada un problema de Estado, ya que es una de las violaciones más frecuentes de los derechos humanos y representa un problema de salud pública que genera altos costos, mismos que pueden ser medidos desde un punto de vista económico, sin embargo, también tiene un impacto desde un punto de vista social^{44,45}.

La violencia obstétrica considera solamente la violencia que se realiza sobre la embarazada durante la experiencia del parto, sin embargo, se deben incluir aspectos de la vida sexual y reproductiva de la mujer, para ampliar el espectro del tipo de violencia que es ejercida por el profesional de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer, e incluso podría incorporar otros aspectos, como en el caso de pérdida del producto y el duelo durante la maternidad por el excesivo intervencionismo médico^{46,47}.

Según la Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia, publicada en el Diario Oficial de la Federación del año 2007, desde el punto de vista de atención médica, la violencia obstétrica se considera un tipo de violencia institucional, definiéndola de la siguiente manera: «Las normas y los procedimientos institucionales, así como los actos y omisiones de las y los servidores públicos, resultado tanto de prejuicios de género como de patrones estereotipados de comportamiento o prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad de las mujeres o de su subordinación a los hombres, los cuales discriminan o tengan como fin dilatar, obstaculizar, impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia»⁴⁸.

El Estado de Veracruz reconoce que la violencia contra las mujeres dejó de ser un problema en el hogar y se ha permeado al tejido social, sustentando en él la cantidad creciente de denuncias sobre este fenómeno, considerándolo un problema de salud pública. En la *Gaceta Oficial del Estado de Veracruz* fue publicada la Ley número 235 de Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Veracruz, de Ignacio de la Llave, en donde se explican de forma detallada los tipos de violencia hacia la mujer, incluyendo la violencia obstétrica. Mención especial merece que esta ley tipifica como un delito la violencia obstétrica hacia las mujeres, señalando en el artículo 6 del Capítulo primero lo siguiente: «Cuando alguno de los actos u omisiones considerados en el presente ordenamiento constituya delito, se aplicarán las

disposiciones establecidas en la ley penal del Estado», es decir, la violencia obstétrica se considera como un delito y el prestador de la atención médica podría ser sancionado con años en la cárcel⁴⁹⁻⁵¹.

Las formas de violencia obstétrica reportadas en México fueron divididas en abuso y violencia y atención no autorizada, en donde en el primer grupo se englobó en posición incómoda o molestar a la paciente, gritarle, regañarla, decirle cosas ofensivas o humillantes, ignorarlas al preguntar sobre su parto o bebé, negación de anestesia o bloqueo, tiempo de atención prolongado justificado por gritos o quejas, y no la dejaron ver, cargar o amamantar al bebé. En el segundo grupo, atención no autorizada, colocación de anticonceptivo total o reversible, sin preguntar o avisar, presión para aceptar algún anticonceptivo, obligarla a firmar un papel, no informarla de que era necesaria la cesárea o no dar permiso para esta. Las consecuencias de la violencia obstétrica son psicológicas, ya que generará desconfianza para volverse a embarazar, y puede ser el detonante para desarrollar depresión posparto, e incluso, en casos muy agudizados, podría poner en peligro la vida del recién nacido^{52,53}.

Una de las formas de violencia obstétrica señalada por la OMS es la cesárea. Cuando esta se practica de forma innecesaria e irresponsable, se considera una forma de «parto deshumanizado», aunque la mayoría de los neonatos no presentan ningún tipo de complicaciones secundarias al procedimiento quirúrgico, con menor frecuencia presentan condiciones como síndrome de aspiración meconial, ictericia, prematurez, asfisia neonatal e incluso sepsis neonatal, e incluso aumenta hasta en un 10% el riesgo de mortalidad perinatal^{54,55}.

Con base en la información anteriormente vertida, podemos concluir que aunque existen estudios que exploran variables como la planeación y el deseo de embarazarse y el control prenatal, los resultados no han sido contundentes. Aun más, la variable violencia obstétrica es de nuestro conocimiento que no ha sido explorada en conjunto con las otras variables, por tal razón es necesario explorar el estado del arte sobre la asociación entre estas variables, mismo que servirá como base para el desarrollo de una investigación de tipo exploratorio.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Vogel JP, Chawanpaiboon S, Moller AB, Vatananirum K, Bonet M, Lumbiganon P. The global epidemiology of preterm birth. *est Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018;52:3-12.
3. Instituto Nacional de Pediatría. Prematuridad y retos, prevención y manejo [Internet]. Ciudad de México, México: AMP Comunicación SAS de CV; 2018. Disponible en: https://pediatria.gob.mx/archivos/fasciculo_prematurez.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Nuevas estimaciones globales sobre el parto prematuro publicadas [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/global-estimates-preterm-birth/en/#>
5. Rundell K, Panchal B. Preterm labor: Prevention and management. *Am Fam Physician*. 2017;95(6):365-72.
6. World Health Organization. WHO recommendations on newborn health, Guidelines approved by the WHO guidelines review committee [Internet]. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259269>
7. Sarifi N, Dolatian M, Fathnezhad A, Pakzad R, Mohammadi Z, Nasrabad FM. Prevalence of low birth weight in Iranian newborns: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 2018;6(3):233-9.
8. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller AB, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7:37-46.
9. Wagura P, Wasunna A, Laving A, Wamalwa D, Ng'ang'a P. Prevalence and factors associated with preterm birth at kenyatta national hospital. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(107):1-8.
10. Bello M, Plus S, Ibrahim BA. Characteristics and predictors of outcome of care of preterm newborns in resource constraints setting, Maiduguri, Northeastern Nigeria. *J Clin Neonatol*. 2019;8(1):39-46.
11. Hidalgo-Lopezosa P, Jiménez-Ruiz A, Carmona-Torres JM, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA. Sociodemographic factors associated with preterm birth and low birth weight: A cross-sectional study. *Women Birth*. 2019;32(6):e538-e543.
12. Sentilhes L, Vayssières C, Beucher G, Deneux-Tharaux C, Deruelle P, Diemunsch P, et al. Prevention of spontaneous preterm birth: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;210:217-24.
13. Fryer KE, Vines AI, Stuebe AM. A multisite examination of everyday discrimination and the prevalence of spontaneous preterm birth in African American and Latina women in the United States. *Am J Perinatol*. 2019;2020;37(13):1340-50.
14. Lona RJC, Pérez RRO, Llamas RL, Gómez RLM, Benítez VEA, Rodríguez PV. Mortalidad neonatal y factores asociados en recién nacidos internados en una unidad de cuidados neonatales. *Arch Argent Pediatr*. 2019;116(1):42-8.
15. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). El nacimiento prematuro es ahora la principal causa de muerte en niños pequeños. UNICEF. Día mundial del nacimiento prematuro; 2015. Disponible en: https://www.who.int/pmnch/media/events/2014/wpd_release_es.pdf

16. Cardona PJA. Informe de autoevaluación del director general del Instituto Nacional de Perinatología [Internet]. Instituto Nacional de Perinatología; 2015. Disponible en: <https://www.inper.mx/descargas/pdf/INFORME-DE-AUTOEVALUACION-2015.pdf>
17. Zamudio PR, López TCR, Rodríguez BA. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. *Biol Med Hosp Infant Mex*. 2013;70(4):299-303.
18. Minguet-Romero R, Cruz-Cruz PR, Ruiz-Rosas RA, Hernández-Valencia M. Incidencia de nacimientos pretérmino en el IMSS (2007-2012). *Ginecol Obstet Mex*. 2014;82:465-71.
19. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 7 de abril de 2016. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
20. Consejo de Salubridad General. Guía de práctica Clínica, control prenatal con enfoque de riesgo. Ciudad de México, México: Secretaría de Salud; 2009.
21. Organización Mundial de la Salud. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
22. Lozano-Ventura OA. Controles prenatales y su asociación con la morbi-mortalidad del recién nacido en el hospital Sergio Bernal, enero-mayo 2016. *Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma*. 2018;18(1).
23. García-Salgado A, Sánchez-Chavez S, González-Aldeco PM. Embarazo adolescente: resultados obstétricos. *Rev Hosp Jua Mex*. 2017;84(1):8-14.
24. Dansereau E, McNellan CR, Gagnier MC, Desai SS, Haakenstad A, Johanns CK, et al. Coverage and timing of antenatal care among poor women in 6 Mesoamerican countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017;16(1):1-26.
25. Ramírez-Zetina M, Richardson V, Ávila H, Caraveo VE, Salomón RE, Bacardí M, et al. La atención prenatal en la ciudad fronteriza de Tijuana, México. *Rev Panam Salud Pública*. 2000;7(2):92-101.
26. Garza EMA, Rodríguez CMS, Villareal RE, Salinas MAM, Nuñez RGM. Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana. *Rev Es Salud Pública*. 2003;77:267-74.
27. Garipey A, Lundsberg LS, Vilardo N, Stanwood N, Yonkers K, Schwarz EB. Pregnancy context and women's health-related quality of life. *Contraception*. 2017;95(5):491-9.
28. Organización Mundial de la Salud. No todo embarazo es bienvenido. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2005. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2005/chapter3/en/index3.html>
29. Real Academia Española. Deseñar [Internet]. Diccionario de la lengua española; 2019. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=Cni7XXE>
30. Real Academia Española. Planear [Internet]. Diccionario de la lengua española; 2019. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=TJdEPH>
31. Real Academia Española. Embarazo [Internet]. Diccionario de la lengua española; 2019. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=EadO553>
32. Hall JA, Barrett G, Copas A, Stephenson J. London measure of unplanned pregnancy: guidance for its use as an outcome measure. *Patient Relat Outcome Meas*. 2017;8:43-56.
33. Manchikanti GA, Arteaga S, Ingraham N, Arcara J, Villaseñor E. It's not planned, but is it okay? The acceptability of unplanned pregnancy among young people. *Women's Health*. 2018;28(5):408-14.
34. Idowi AA, Ethelbert NE, Vicent AO, Ter GD, Akpan W. Unplanned pregnancy-risks and use of emergency contraception: a survey of two Nigerian Universities. *BHC Health Serv Res*. 2017;17:382-90.
35. Vázquez-Nava F, Vázquez-Rodríguez CF, Saldivar-González AH, Vázquez-Rodríguez EM, Córdova-Fernández JA, Felizardo-Ávalos J, et al. Unplanned pregnancy in adolescents: Association with family structure, employed mother, and female friends with health-risk habits and behaviors. *J Urban Health*. 2014;91(1):176-85.
36. Kaphagawani NC, Kalipeni E. Sociocultural factors contributing to teenage pregnancy in Zomba district, Malawi. *Global Public Health*. 2017;12(6):1-18.
37. Chabba MM. Contraceptive use and unplanned pregnancy among female sex workers in Zambia. *Contraception*. 2017;96(3):196-202.
38. Hohmann-Marriott BE. Unplanned pregnancies in New Zealand. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2018;58(2):247-50.
39. Faisal-Cury A, Rossi MP, Quayle J, Matijasevich A. Unplanned pregnancy and risk of maternal depression: secondary data analysis from a prospective pregnancy cohort. *Psychol Health Med*. 2017;22(1):65-74.
40. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2017. Disponible en: https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es
41. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. Datos y cifras [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2017. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
42. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2014. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=3389753DC91240F4BF57CFE-F13C11C06?sequence=1
43. Organización Panamericana de la Salud. Violencia de género en Chile: Observatorio de Equidad de Género en Salud. Informe Monográfico 2007-2012. Santiago de Chile: Biblioteca de la Oficina de la OPS/OMS en Chile, Catalogación; 2013. Secretaría de Salud. Género y salud en cifras. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2010;8(3):3-13.
44. Faneite J, Feo A, Toro-Merlo A. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev Obst Ginecol Venez*. 2012;72(1):4-12.
45. Adib MMA., Ibáñez BM, Casado BM, Santos RP. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Med Leg*. 2017;34(1):1-8.
46. Castro R, Ertivi J. 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Rev CONAMED*. 2014;19(1):37-42.
47. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Ciudad de México, México: Diario Oficial de la Federación; 2018.
48. Estrada LJ. Femicidios con antecedentes de violencia de género en Veracruz 2014 y 2015. *UVseva*. 2018;5: 15-22.
49. Cámara de Diputados del H. Congreso del Estado de Veracruz. (). Ley número 235 de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. *Gaceta Oficial del Estado de Veracruz*. 2018. Veracruz, Veracruz.
50. Manzano HNS. Tipos y modalidades de violencia contra mujeres en el estado de Veracruz. *UVSERVA*. 2017;3:27-33.
51. Castro R, Frías SM. Violencia obstétrica en México: hallazgos de una encuesta nacional de violencia contra mujeres. En: Quattrocchi P, Magnone N. Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias, Remedios de Escalada. Universidad Nacional de Lanús; 2020.
52. Valenzuela-Banda A, de la Torre-Rodríguez FA. Violencia obstétrica. *Lux Medica*. 2019;41:43-58.
53. De Mesquita SMS, Silva ESA, Silva MA. Marcas (in) visibles: un análisis de la violencia obstétrica psicológica. *Convención Internacional de Salud, Cuba Salud*; 2018.
54. Batalla Huanca IH, Chuco Condor Y. Causas y consecuencias de la cesárea en los hospitales a nivel nacional, latinoamericano e internacional [Tesis de Especialidad en Internet]. Universidad Peruana del Centro; 2016. Disponible en: <http://repositorio.upecen.edu.pe/handle/UPECEN/21>
55. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Leiva Rojas G, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters*. 2016;24(47):47-55.