



ESTADO NUTRICIONAL DE GESTANTES Y SU ASOCIACIÓN CON EL PESO DE NACIMIENTO DE SUS NEONATOS, EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL LOMA PYTA DURANTE LOS AÑOS 2019 – 2020

NUTRITIONAL STATUS OF PREGNANT WOMEN AND ITS ASSOCIATION WITH THE BIRTH WEIGHT OF THEIR NEWBORNS AT LOMA PYTA MATERNAL AND CHILD HOSPITAL DURING 2019–2020

López Ocampos, Luis Clemente
Universidad de la Integración de las Américas
Lezcano Mencia, Alejandro
Universidad de la Integración de las Américas
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1744-0418>
alejandrolezcano1978@gmail.com

Resumen

El inadecuado estado nutricional de las gestantes es un factor de riesgo para la aparición de complicaciones en el embarazo y en la salud del recién nacido. Establecer la asociación entre el estado nutricional de gestantes y el peso de nacimiento de sus neonatos. Metodología: Estudio de enfoque mixto, observacional, descriptivo, transversal, que incluyó el análisis de los registros de fichas de control prenatal (n: 117) del Hospital Materno Infantil Loma Pyta; de donde se obtuvo el estado nutricional de las gestantes en el último trimestre y el peso de nacimiento de sus productos, durante los años 2019 y 2020, los datos fueron analizados con Epi Info versión 7. Resultados: El 29,0% de las gestantes presentó peso adecuado, el 5,1% bajo peso, el 28,2% sobrepeso y un 37,6% obesidad; 10,2% de los recién nacidos presentó macrosomía y 2,5% bajo peso. El promedio de peso materno fue mayor para el grupo de los recién nacidos macrosómicos, con valor de $p < 0,05$. La obesidad y el sobrepeso en embarazadas se asociaron a un mayor número de recién nacidos macrosómicos, cuyo porcentaje fue considerablemente mayor al bajo peso de nacimiento. El bajo peso al nacer, así como la macrosomía se asocian con complicaciones a corto y largo plazo y a la génesis de enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta. Abordar medidas de prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles desde el embarazo, se vuelve de vital importancia para la salud pública.

Palabras claves: Estado nutricional de gestantes. Peso de nacimiento. Macrosomía.

The inadequate nutritional status of pregnant women is a risk factor for the appearance of complications in pregnancy and in the health of the newborn. To establish the association between the nutritional status of pregnant women and the birth weight of their newborns. Methodology: Study with a mixed, observational, descriptive, cross-sectional approach, which included the analysis of the records of prenatal control records (n: 117) of the Loma Pyta Maternal and Child Hospital; from where the nutritional status of pregnant women in the last trimester and the birth weight of their products were obtained, during the years 2019 and 2020, the data were analyzed with Epi Info version 7. Results: 29.0% of pregnant women I present adequate weight, 5.1% underweight, 28.2% overweight and 37.6% obese; 10.2% of newborns presented macrosomia and 2.5% underweight. The average maternal weight was higher for the group of macrosomic newborns, with a p value <0.05 . Obesity and overweight in pregnant women were associated with a greater number of macrosomic newborns, whose percentage was considerably higher than low birth weight. Low birth weight, as well as macrosomia, are associated with short- and long-term complications and the genesis of chronic non-communicable diseases in adulthood. Addressing prevention measures for chronic non-communicable diseases from pregnancy, becomes of vital importance for public health.

Keywords: nutritional status of pregnant women, birth weight, macrosomia.



Introducción

El estado de salud de las mujeres en edad fértil juega un papel preponderante para la preparación del embarazo. El estado nutricional representa una parte muy importante del estado general de salud de las mujeres, cuando las mujeres conciben un embarazo con un estado nutricional no adecuado, el mismo puede significar un riesgo para el desarrollo armónico y el desenlace de ese embarazo.

Tanto el bajo peso como el sobrepeso y la obesidad se hacen presentes en la población de gestantes, ambas situaciones repercuten de forma negativa, pudiendo dar como resultados partos prematuros, productos macrosómicos, bajo peso al nacer, entre otras complicaciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado una serie de recomendaciones para mejorar la calidad de la atención prenatal con el fin de reducir el riesgo de muertes prenatales y complicaciones del embarazo, así como para brindar a las mujeres una experiencia positiva durante la gestación. En el año 2016 según la misma organización, unas 303.000 mujeres fallecieron por causas relacionadas con el embarazo, 2,7 millones de niños fallecieron durante los primeros 28 días de vida y la cifra de mortinatos alcanzó los 2,6 millones. La atención sanitaria de calidad durante el embarazo y el parto puede prevenir muchas de esas muertes; sin embargo, a nivel mundial solo el 64% de mujeres reciben atención prenatal cuatro o más veces a lo largo de su embarazo. La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Ello incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, contribuyendo con la consecución del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: “Salud y Bienestar”, este objetivo se propone garantizar una vida sana y promover



el bienestar para todos en todas las edades. Si bien se han obtenido grandes progresos en relación con el aumento de la esperanza de vida y la reducción de algunas de las causas de muerte más comunes relacionadas con la mortalidad infantil y materna^{1, 2}.

Según indican los expertos, el asesoramiento sobre hábitos saludables de alimentación, nutrición óptima y qué vitaminas o minerales deben tomar las mujeres durante el embarazo puede aportar a que las mujeres y sus hijos en desarrollo se mantengan sanos a lo largo del embarazo y después de él¹.

En Paraguay actualmente la malnutrición tanto por déficit como por exceso se distribuye en gran proporción dentro del grupo de las gestantes, incluyendo las adolescentes, que representan un grupo de mayor riesgo³.

El objetivo de este estudio fue establecer la asociación entre el estado nutricional de gestantes y el peso de nacimientos de sus neonatos, nacidos en el Hospital Materno Infantil Loma Pyta, durante los años 2019 - 2020.

El presente artículo se estructura de la siguiente manera: en la sección de "Metodología" se describen los enfoques utilizados y los métodos de investigación. A continuación, en la sección de "Resultados y Discusión", se presentan los hallazgos obtenidos y se discuten en relación con la literatura existente. En la sección de "Conclusiones", se resumen los principales hallazgos y se proponen recomendaciones para mejorar las gestiones de cobranza e incidir en la liquidez de las empresas. Finalmente, en la sección de "Referencias Bibliográficas" se incluye la lista de referencias utilizadas en este estudio.

Este estudio se llevó a cabo utilizando un enfoque mixto, de diseño transversal y tipo descriptivo. Se utilizó análisis documental, a partir del Carnet de Control Prenatal del Centro



Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR)⁴, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Dicho carnet se utiliza de forma protocolar para la atención de las mujeres embarazadas en los servicios de salud pública, quedando una copia del mismo en los archivos de las instituciones como parte de la ficha clínica de las gestantes, la evaluación de los métodos y las posibles mejoras en los procesos de gestión de cobros. El muestreo fue de tipo no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo conformada por 117 fichas de control prenatal (con datos registrados durante los años 2019 y 2020) que cumplieron con los criterios de inclusión.

El objetivo de este estudio fue establecer la asociación entre el estado nutricional de gestantes y el peso de nacimientos de sus neonatos, nacidos en el Hospital Materno Infantil Loma Pyta, durante los años 2019 - 2020. La presente investigación tiene un diseño mixto del tipo descriptivo, con corte transversal.

El lugar de estudio corresponde al Hospital Materno Infantil Loma Pyta, situado sobre la Ruta Transchaco, en la capital del país, en el cual se registra un promedio de 1200 nacimientos por año, situación que genera el escenario oportuno para el estudio de los fenómenos relacionados al proceso de gestación y nacimiento, considerando los determinantes de la salud que pueden existir en el periodo de embarazo (causa) y las características del neonato producto del mismo (efecto).

El enfoque seleccionado para la investigación fue el Mixto, el cual combina tanto la recolección de datos cualitativos como cuantitativos con el propósito de obtener una visión más completa y enriquecedora del fenómeno estudiado. El instrumento utilizado fue el Carnet de Control Prenatal del Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR)⁴, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Dicho carnet se utiliza de forma protocolar para la atención de las mujeres embarazadas en los servicios de salud pública, quedando una copia del mismo en los archivos de las instituciones como parte de la ficha clínica de las gestantes.

Resultados

En este capítulo se detallan los resultados obtenidos del análisis de datos (cualitativos y cuantitativos) de gestantes y de sus recién nacidos. Para el efecto se evaluaron un total de 117 fichas

de control prenatal, presentándose los resultados según los objetivos específicos planteados en la presente investigación.

- **Objetivo 1: Identificar los datos sociodemográficos, antecedentes familiares de enfermedad, personales y obstétricos de las gestantes cuyos neonatos nacieron en el Hospital Materno Infantil Loma Pyta durante los años 2019 - 2020 y su asociación con el estado nutricional y el peso de nacimiento de neonatos.**

Para este objetivo se describen los datos sociodemográficos, antecedentes familiares de enfermedad, personales y obstétricos de las gestantes.

4.1.1 Datos sociodemográficos: edad, procedencia, escolaridad, estado civil.

El rango de edad fue de 14 a 38 años, con un promedio de 24 años. En la **Tabla N. ° 3** se observa que el 27,4% de la población perteneció a gestantes adolescentes (menores de 20 años de edad).

Tabla N°. 3		
Distribución de las gestantes según grupo		
etario	n	%
Adolescentes (< 19 años)	32	27,35%
Adultas (> 19 años)	85	72,65%
Total	117	100,00%

En cuanto al departamento de procedencia de la población de estudio se evidenció que un 35,89% provino de la capital y el 64% estuvo constituido por otros departamentos donde se destacan el departamento central (32,47%) y Presidente Hayes (09,40%). Los datos sobre departamento de procedencia se observan en la **Tabla N. °4**.

Tabla N°. 4
Departamento de procedencia de
las gestantes

	n	%
Capital	42	35,89
Central	38	32,47
Cordillera	7	5,98
Otros	7	5,98
Pte. Hayes	11	09,40
Sin Datos	12	10,25
Total	117	100,00

Por otro lado, como se evidencia en la **Tabla N. °5**, en el nivel educativo de las gestantes, se destaca que un 47,86% tenía solo el nivel primario concluido y un 18,80% no poseía estudios. El resto de la muestra se distribuyó en el nivel secundario (12,82%) y universitario (1,70%).

Tabla N°. 5
Nivel Educativo de
las gestantes

	n	%
Ninguno	22	18,80
Primario	56	47,86
Secundario	15	12,82
Universitario	2	1,70
Sin datos	22	18,80
Total	117	100,00

En cuanto al estado civil de las gestantes, se observa en la **Tabla N. ° 6**, que un 41,02% de las mismas se encontraba en unión libre, un 18,80% casadas y un 12,82% solteras.

Tabla N°. 6

	n	%
--	----------	----------

**Estado civil de las
gestantes**

Soltera	15	12,82
Unión libre	48	41,02
Casada	22	18,80
Sin datos	32	27,35
Total	117	100,00

4.1.2 Antecedentes Familiares de enfermedad de las gestantes: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Preeclampsia, Tuberculosis.

Los antecedentes familiares de enfermedad de las gestantes se pueden observar en la **Tabla N. ° 7**, donde se destaca que un 45,29% tuvo antecedente familiar de diabetes mellitus, hipertensión arterial y/o preeclampsia. Cabe mencionar que un 47,00% refirió no tener antecedentes familiares de enfermedades y un 0,85% presentó antecedente familiar de tuberculosis.

Tabla N.º. 7
**Antecedentes familiares de las
gestantes**

	n	%
Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Preeclampsia	53	45,29
Tuberculosis	1	0,85
No registra	55	47,00
Sin datos	8	6,83
Total	117	100,00

4.1.3 Antecedentes Personales clínicos de las gestantes: asma, cesárea anterior, Hipertensión Arterial, Preeclampsia, aborto, recién nacido macrosómico, embarazo gemelar, infertilidad,

planificación familiar, estilo de vida de las gestantes.

En la **Tabla N. ° 8** se observa la distribución de antecedentes personales de las gestantes, donde se destaca que un 6,83% presentó antecedentes personales de tener un parto por cesárea anterior, un 4,27% refirió tener antecedentes de Hipertensión Arterial (HTA) y/o preeclampsia, mientras que un 16,23% registró antecedente de aborto anteriores a la gesta actual evaluada.

Tabla N.º 8

Antecedentes personales de las gestantes	n	%
Asma	1	0,85
Cesárea anterior	8	6,83
HTA, Preeclampsia	5	4,27
Aborto	19	16,23
RN > 4000g	1	0,85
Embarazo gemelar anterior	1	0,85
Infertilidad	1	0,85
No registra	81	69,23
Total	117	100,00

En la siguiente **Tabla N. ° 9**, se presentan los resultados del registro de planificación de las gestantes; un 26,49% fueron sin planificación. Se destaca la falta de registro en de este ítem, en los carnets de control prenatal por parte del personal que brinda la atención, así como en otros ítems.

Tabla N.º 9

	Planificación Del Embarazo	n	%	
	Con planificación	37	31,62	
	Sin planificación	31	26,49	
	Sin datos	49	41,88	
En cuanto a	Total	117	100,00	prácticas de estilo de

vida de las gestantes, en la **Tabla N. ° 10** se puede observar que un total de 12,8% de las mismas presentó alguna situación de riesgo en cuanto a su estilo de vida, con respecto al consumo de alcohol, tabaco y exposición al humo de este (7,69%). Se destaca la falta de registro en de este ítem (87,18% sin datos), en los carnés de control prenatal por parte del personal que brinda la atención, así como en otros ítems.

Tabla N°. 10

Estilo de vida de las gestantes	n	%
Sin datos	102	87,18
Consume alcohol	2	1,71
Fuma y consume alcohol	1	0,85
Fumadora activa	3	2,56
Fumadora pasiva	9	7,69
Total	117	100,00

4.1.3 Antecedentes obstétricos de las gestantes

En cuanto a las gestas previas de las gestantes, se obtuvo un rango de 0 a 7 gestas previas, con promedio de 1, de un total de 114 registros. Un total de 57,89% (n=66) tuvo entre 1 y 4 gestas previas, mientras que un 1,70% tuvo más de 4 gestas previas y un 40,35% no acuso gestas previas, como se puede observar en la siguiente tabla. Con respecto a las gestas totales de las gestantes, se obtuvo un rango de 0 a 8 gestas totales, con promedio de 2, de un total de 114 registros.

Tabla N°. 11
Distribución de la frecuencia de
gestas previas de las gestantes

	n	%
Sin gestas previas	46	40,35
1 a 4 gestas previas	66	57,89
Más de 4 gestas previas	2	1,75
Total	114	100,00

Sobre los datos de Control Prenatal de las gestantes se obtuvo un rango de 1 a 18 controles, con promedio de 5,9; de un total de 117 registros.

En la **Tabla N.º 12** se puede observar la distribución de frecuencias absolutas y porcentuales de los números de controles prenatales, donde se destaca que un 27,35% de la muestra, no cumplió con el número mínimo de controles prenatales recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual es de cinco. El resto de la muestra cumplió con 5 controles y más.

Tabla N°. 12
Distribución de la frecuencia de los controles
prenatales de las gestantes

	n	%
Menos de 5 controles	32	27,35
5 controles - número mínimo recomendado	28	23,93
De 6 a 10 controles	52	44,44
Más de 10 controles	5	4,27
Total	117	100,00

En cuanto a las patologías obstétricas registradas en las gestantes, se constató 1 caso de Diabetes Gestacional y 1 caso de Toxoplasmosis (IgM reactiva). Con respecto a la anemia en las gestantes, de un total de 100 registros, se evidencio que un 18,00% de las mismas tuvo anemia en algún trimestre del embarazo. En la **Tabla N.º 13** se observa la distribución de la presencia de

anemia en la muestra analizada.

Tabla N°. 13
Presencia de anemia en
las gestantes

	n	%
Con anemia	18	18,00
Sin anemia	82	82,00
Total	100	100,00

En la **Tabla N. ° 14** se observa la distribución de los tipos de parto de las gestantes, en la misma se destaca que los partos por cesárea tuvieron una gran frecuencia (69,00%).

Tabla N°. 14
Distribución De Los Tipos
Partos De Las Gestantes

	n	%
Parto por cesárea	69	69,00
Parto por vía vaginal	31	31,00
Total	100	100,00

- **Objetivo 2: Categorizar el estado nutricional de las gestantes cuyos neonatos nacieron en el Hospital Materno Infantil Loma Pyta durante los años 2019 - 2020 y su asociación con el peso de nacimiento de neonatos**

El peso materno presentó un rango de 51 a 119 kg, con un promedio de 74.1kg. Mientras que la talla tuvo un rango de 146 a 168 cm, con un promedio de 157 cm.

La evaluación del estado nutricional de las gestantes, considerando su peso, talla y edad gestacional de las mismas, arrojó como resultado una alta frecuencia de sobrepeso (28,21%) y obesidad (37,61%). El bajo peso se hizo presente en un 5,13% de la muestra, mientras que el resto tuvo un peso adecuado (29,06%), tal cual como se puede apreciar en la **Tabla N. ° 15**.

Tabla N°. 15
Estado nutricional de las gestantes

	n	%
Adecuado	34	29,06
Bajo peso	6	5,13
Obesidad	44	37,61
Sobrepeso	33	28,21
Total	117	100,00

- **Objetivo 3: Clasificar el peso de nacimiento de los neonatos nacidos en el Hospital Materno Infantil Loma Pyta durante los años 2019 y 2020 y su asociación con el estado nutricional de sus madres**

El peso de nacimiento de los recién nacidos se clasificó en bajo peso (menor a 2500 gramos), peso adecuado (2500 a 3999 gramos) y macrosómico (igual o mayor a 4000 gramos). El rango obtenido en el presente estudio fue de 1450 a 4740 gramos, con un promedio de 3375 gramos. En la **Tabla N. ° 16** se observa la distribución del peso de nacimiento de los recién nacidos, donde se resalta que un 10,26% fue macrosómico, un 2,56% tuvo bajo peso, mientras que el resto de la muestra presentó peso adecuado (87,18%).

Tabla N°. 16
Clasificación del peso de nacimiento de los recién nacidos

	n	%
Macrosómico	12	10,26
Bajo peso	3	2,56
Adecuado	102	87,18
Total	117	100,00

En cuanto a la frecuencia de prematuridad en la muestra de recién nacidos, de un total de 117 registros, en la **Tabla N. ° 17** se observa que un 11,1% fue prematuro (menos de 37 semanas de edad gestacional), mientras que el 88,8% fue no presentó prematuridad (37 semanas de edad gestacional y más).

Tabla N.º. 17

Frecuencia de prematuridad en los recién nacidos	N	%
Prematuro (< 37 semanas de edad gestacional)	13	11,11
No prematuro (37 semanas y más de edad gestacional)	104	88,88
Total	117	100,00

En la **Tabla N. ° 18** se observa la distribución del estado nutricional de las gestantes según la clasificación del peso de nacimiento de sus recién nacidos. Del total de la muestra (n=117), las gestantes con peso adecuado (n=34) tuvieron un 97,0% de sus recién nacidos con peso adecuado y un 2,9% presentó bajo peso (n=1). En cuanto a las gestantes con bajo peso (n=6) se vio que el 100% de sus recién nacidos resultó con peso adecuado. Por otro lado, las gestantes con diagnóstico de sobrepeso (n=33) dieron como resultado 15,1% de recién nacidos macrosómicos (n=5) y un 84,8% con peso adecuado. Por último, las gestantes cuyo estado nutricional fue el de obesidad (n=44) presentó un 16,0% de recién nacidos con peso macrosómico (n=7) y 4,5% con bajo peso (n=2). Del total de recién nacidos con peso macrosómico (n=12) el 100% correspondió a madres que presentaron sobrepeso y obesidad durante su gestación. Mientras que, 2 de 3 recién nacidos con bajo peso provinieron de madres con obesidad.

Tabla N°. 18
Estado nutricional de las gestantes y peso de nacimiento de los recién nacidos

Estado Nutricional de las gestantes		Macrosómico	Bajo peso	Peso adecuado	Total
Adecuado	N	0	1	33	34
	%	0,00%	33,33%	32,35%	29,06%
Bajo peso	N	0	0	6	6
	%	0,00%	0,00%	5,88%	5,13%
Obesidad	N	7	2	35	44
	%	58,33%	66,67%	34,31%	37,61%
Sobrepeso	N	5	0	28	33
	%	41,67%	0,00%	27,45%	28,21%

En la **Tabla N. ° 19** se detalla la diferencia de promedios de peso materno según peso de nacimiento de los recién nacidos (n=117). Se observa que el promedio de peso materno fue mayor para el grupo de los recién nacidos macrosómicos, con valor de $p < 0,05$; lo cual indica una relación entre las variables de peso materno y peso de nacimiento de los recién nacidos.

Tabla N. ° 19
Clasificación del peso de nacimiento del neonato según promedio de peso materno*

	N	Promedio (Kg)
Macrosómico	12,0	86,0
Bajo Peso	3,0	76,3
Peso Adecuado	102,0	72,6

**Test de ANOVA: P-value = 0,007*

Conclusiones

El análisis de los datos tanto sociodemográficos, como de antecedentes familiares, personales y obstétricos de las gestantes, se mostraron como factores de riesgo, que necesitan un abordaje integral, de manera a evitar repercusiones negativas para la salud del Binomio madre-hijo, considerando al estado nutricional de las gestantes como parte primordial de su estado de salud.

En el presente trabajo de investigación se pudo constatar que el peso materno guarda asociación con el peso de nacimiento de los recién nacidos, destacándose la malnutrición por exceso de las madres (sobrepeso y obesidad), en gran proporción de la muestra.

Todos los recién nacidos con macrosomía (peso de nacimiento igual o mayor a 4000g) provinieron de madres con sobrepeso u obesidad. El porcentaje de recién nacidos con macrosomía fue considerablemente mayor al bajo peso de nacimiento.

Teniendo en cuenta la creciente epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas la obesidad, que aquejan actualmente a nuestro país, es importante hacer hincapié en el aseguramiento de los cuidados prenatales haciendo énfasis en la adecuada ganancia de peso de las madres, para así poder contribuir a la prevención de las complicaciones que implican riesgos a corto y largo plazo.

Además, dichas complicaciones pueden desencadenar en el requerimiento de servicios especializados, tanto para las madres como para sus recién nacidos, acusando así mayores gastos para el sistema de salud y mayores gastos de bolsillo para la población afectada.

Tanto la malnutrición por déficit como por exceso de la madre puede acarrear problemas en el recién nacido, aumentando la utilización de servicios y generando lucro cesante a las familias.



La obesidad representa un factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades crónicas no transmisibles, que en nuestro país encabezan la lista de morbilidad y mortalidad. La misma puede ser prevenida y tratada desde el embarazo, a través de medidas con enfoques multidisciplinarios basados en evidencia y dentro del marco de políticas que permitan y garanticen su aplicación, beneficiando así la salud del binomio y previniendo mayores costos hospitalarios.



1. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre atención prenatal. Comunicado de prensa. Ginebra 2016. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
2. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). ODS 3 Salud y Bienestar. Metas e indicadores. Sitio web disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
3. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social- Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición. Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional-Situación nutricional de embarazadas. Paraguay- 2019.
4. Organización Panamericana de la Salud – Centro Latinoamericano de Perinatología, salud de la mujer y reproductiva CLAP/SMR. Sitio web disponible en: <https://www.paho.org/es/centro-latinoamericano-perinatologia-salud-mujer-reproductiva-clap>