



# Control prenatal

## Introducción

Las principales tareas en el control prenatal son:

- Recopilar información sobre el embarazo, el parto y el cuidado de la embarazada y del recién nacido.
- Ofrecer apoyo psicosocial, con miras a favorecer la situación de vida y el bienestar de los padres y toda la familia.
- Identificar los riesgos para la salud del feto o de la madre y atenderlos oportunamente.
- Brindar atención de las enfermedades preexistentes.
- Descubrir las situaciones que requieren atención médica especializada, para transferir al segundo nivel de atención.

## Número de controles prenatales

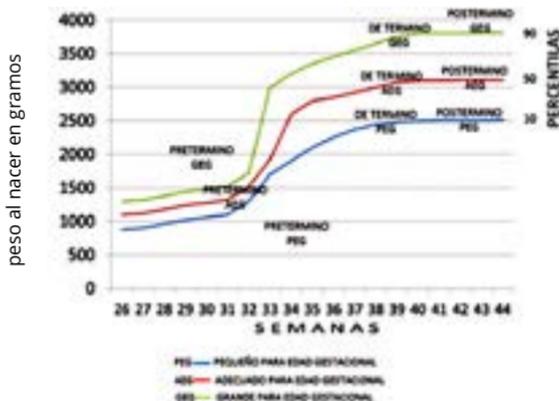
No existe evidencia de que más de cuatro controles médicos durante el embarazo, mejoren la salud materna fetal, sin embargo, un número mayor de siete controles, mejora la satisfacción de la atención recibida por las embarazadas. El número de controles prenatales no tiene impacto sobre el parto pretérmino, ni el peso bajo al nacer (1). El número de controles que cada país elige como política nacional depende más de factores económicos y políticos que de factores clínicos.

## Intervenciones útiles basadas en evidencia

### Determinar la edad gestacional

Ya sea mediante el cálculo probable de edad gestacional, basado en una fecha de última menstruación (FUM) segura, o un Eco del primer trimestre. Es un dato crítico para la toma de decisiones en el momento del parto (imagen 1).

## Imagen 1. Peso al nacer con relación a la edad gestacional



Fuente: Manual Médico Saludesa, 2016

### Medición del Peso Materno

Calcular el “Índice de Masa Corporal” (IMC) en la primera visita para brindar consejería nutricional, puede ayudar a disminuir los riesgos de desnutrición, sobrepeso y diabetes gestacional.

El peso y talla materna deben ser medidos en la primera consulta para obtener el IMC, y en todas las visitas subsecuentes. El bajo peso puede considerarse factor de riesgo de anemia y el sobrepeso factor de riesgo para diabetes gestacional.

### Medición de Presión Sanguínea

En cada visita de control prenatal, se recomienda reposo de 15 minutos antes de tomar la presión arterial. Con esto podemos diagnosticar hipertensión crónica o desórdenes hipertensivos del embarazo (hipertensión en el embarazo y preeclampsia). Los trastornos hipertensivos del embarazo pueden permanecer asintomáticos hasta los periodos finales del embarazo, por lo que se debe tener especial cuidado y prolijidad en su medición (2).

### Palpación abdominal

Las maniobras de Leopold se pueden usar para conocer la presentación fetal, estas deben realizarse a partir de las 36 semanas de edad gestacional. Estas maniobras no son útiles en periodos tempranos del embarazo.

### Frecuencia cardíaca fetal

Se recomienda la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal para confirmar la vitalidad del feto, se debe utilizar eco doppler a partir de la semana 10. Con la campana de Pinard o el estetoscopio, solo se puede auscultar después de la semana 20.

## **Evaluación de edemas**

Su interpretación ha cambiado en los últimos años, es común este hallazgo en el embarazo y no se asocia con preeclampsia, a no ser, que sea súbito (incremento de peso de más de 5 libras en una semana), se considera edema cuando: al examen físico, se observa edema pre tibial, superior a una cruz luego de 12 horas de reposo en cama.

## **Revisión de las glándulas mamarias**

No existe evidencia clínica que apoye el examen rutinario de mamas en el control prenatal, es útil, si se quiere abordar de una forma proactiva los problemas o preocupaciones concernientes a la lactancia materna.

## **Medición de la altura de fondo uterino**

Se recomienda su realización a partir de las 20 semanas de edad gestacional, con el objetivo de realizar monitoreo del desarrollo uterino.

## **Examen Pélvico**

Especialmente útil en la primera visita para detección de anomalías del aparato reproductor y para la detección oportuna de infecciones genitales. La prueba de "labor de parto", reemplazo la pelvimetría (3).

El papanicolaou para descartar cáncer cervical, se debe ofrecer durante la atención prenatal a mujeres que no son usuarias del sistema de salud occidental, o según las recomendaciones de detección oportuna de cáncer de cervix. Este procedimiento no aumenta el riesgo de aborto (4).

## **Promoción de la lactancia materna**

Se recomienda recalcar la importancia de la lactancia en todas las consultas.

## **Exámenes**

### **Biometría Hemática y Hemoglobina.**

- El valor normal de hemoglobina en embarazadas es mayor a 11 g.
- La anemia por deficiencia de hierro está asociada con un incremento en la labor pretérmino, retraso del crecimiento intrauterino y depresión perinatal.
- En todas las mujeres debe realizarse el tamizaje para anemia de una forma temprana, recibir tratamiento profiláctico con hierro y ser tratadas con dosis terapéuticas en caso de tener anemia.

## Grupo sanguíneo y factor

- Se debe realizar prueba de tipificación sanguínea materna en los primeros meses de embarazo para identificar factores de riesgo de enfermedad hemolítica del Recién Nacido (5).

## Vacuna con inmunoglobulina RHo (D)

- Debemos administrar inmunoglobulina RHo (D) 300 mcg, a las 28 semanas de gestación, en madres ORh negativo (ausencia de antígeno D, que significa que la madre podría producir anticuerpos contra Rh), también deben recibir, las mujeres embarazadas en las que sus futuros hijos son ORh positivo, en estos debemos repetir la dosis de inmunoglobulina RHo (D), nuevamente antes de las 72 horas postparto (al confirmar que el neonato es oRh positivo) (6).
- Las embarazadas que presentan sangrado del segundo o tercer trimestre, o quienes sufrieron trauma abdominal o versión cefálica externa, están en mayor riesgo de aloinmunización y deben recibir inmunoglobulina RHo (D).
- Es poco probable la aloinmunización antes de las 12 semanas de gestación. Sin embargo, madres ORh negativo que han sufrido un aborto del primer trimestre, pueden recibir inmunoglobulina RHo (D) a dosis de 50 mcg.

## Elemental y microscópico de orina (EMO)

- Se recomienda el control con tirilla de orina para EMO con el objetivo de detectar infección de vías urinarias o proteinuria. La prueba de la tirilla de orina no es sensible para detectar proteinuria (existen numerosos falsos negativos en pacientes con preeclampsia). Tampoco sirve para diagnosticar diabetes gestacional.
- Para la detección de bacteriuria asintomática es imprescindible realizar cultivo de orina

## Diabetes en el Embarazo (Tamizaje)

- El primer paso es definir el riesgo de Diabetes Gestacional (tabla 1).

**Tabla 1. Riesgo de diabetes en el embarazo**

BAJO RIESGO	ALTO RIESGO
No tener antecedentes de hiperglicemia	Edad igual o superior a 35 años
No tener familiares con diabetes	Obesidad
<25 años y peso normal	Diabetes en embarazos anteriores
Partos previos sin complicaciones	Macrosomía en partos anteriores
* Se debe satisfacer todos estos requisitos para ser de bajo riesgo Conducta: no se beneficia del tamizaje	

Fuente: Manual Médico Saludesa, 2016

- Segundo paso realizar Test de O'Sullivan (24-28 semanas), con 50 g de glucosa. Es positivo si después de 1 hora el valor de la glicemia en sangre es mayor o igual a 140mg/dl.
- Tercer paso: Si el Test de O'Sullivan es positivo, se realiza test de tolerancia oral a la glucosa con 100 g de glucosa (tabla 2).

**Tabla 2. Prueba de tolerancia oral**

HORA	GLUCOSAmgg/dl
Ayunas	>92
1 hora	>183
2 horas	>153
3 horas	>140

Fuente: Manual Médico Saludesa, 2016

- Con un resultado anormal es intolerancia.
- Con dos resultados anormales es diabetes gestacional.

### Tamizaje de Detección de hipotiroidismo (TSH)

- Se debe medir TSH a mujeres que tengan historia previa de enfermedad tiroidea, o presenten síntomas de enfermedad tiroidea en el embarazo (7).
- Un estudio aleatorio que comparó la medición de la TSH antes de las 16 semanas de gestación y después del nacimiento, no encontró diferencias en las puntuaciones de Coeficiente Intelectual de los niños al cumplir los tres años de edad. Se puede realizar tamizaje de hipotiroidismo congénito en el recién nacido, realizando pruebas tiroideas a la madre a las dieciséis semanas de gestación.

### Detección temprana de defectos congénitos (trisomías)

- Se puede ofrecer a las embarazadas de riesgo, test para detectar trisomía 21 (Sd Down), realizando primero una valoración psicosocial sobre la posición política religiosa frente al aborto terapéutico, ante la posibilidad de encontrar anomalías (tabla 3).

**Tabla 3. Tamizaje de enfermedades congénitas**

Tamizaje del primer trimestre	Sensibilidad	Especificidad	VPP
BHCG libre Proteína A plasmática asociada al embarazo PAPPa, translucencia nucal y edad materna	83%	95%	4%
Estriol no conjugado, alfa feto proteína, BHCG libre, inhibina A y edad materna	77%	95%	2%
El screening integrado del 1 y 11 trimestre	87%	98%	10%

Fuente: Manual Médico Saludesa, 2016

- Desde el punto de vista biomédico, solo se debe realizar a las mujeres con alto riesgo, mayores de 35 años, informando de la poca confiabilidad de la prueba y el amplio rango de falsos positivos. La técnica de toma de muestra de velloisidad coriónica o amniocentesis, incrementa el riesgo de pérdida fetal.

### **Examen fresco de secreción vaginal \***

No existe evidencia contundente para la búsqueda rutinaria de vaginitis asintomática. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) no la recomienda (8).

- \* El tratamiento de vaginosis bacteriana, por gardenella, en la mujer embarazada, no previene el parto prematuro, sin embargo, existe evidencia controversial que señala que podría disminuir el riesgo de bajo peso al nacer y ruptura prematura de membranas.

### **IgG para Rubeola**

El estudio de inmunidad previa, adquirida por la futura madre, mediante la presencia de anticuerpos para rubeola, se debe realizar en la primera visita prenatal, idealmente debe realizarse antes del embarazo. Si la paciente tiene las pruebas de inmunidad negativas para Rubeola, se recomienda vacunar a la mujer luego del embarazo, tomando en cuenta que es una vacuna de virus vivos atenuados, está contraindicada durante el embarazo.

### **Investigación de Toxoplasmosis**

Este es un ejemplo claro de la necesidad de contextualizar el conocimiento médico occidental. Toxoplasmosis es peligroso al adquirirlo como primoinfección en el embarazo.

En las poblaciones que viven en condiciones de carencia, la exposición a toxoplasmosis en la infancia varía de 50% al 90%, dependiendo de las condiciones socioeconómicas. Mientras más pobreza, mayor contacto con toxoplasma en la infancia, paradójicamente ante esta infección, la pobreza minimiza el riesgo para el feto, estudios realizados en Colombia y Ecuador encuentran IgG positiva para Toxoplasma hasta en el 80 % de mujeres embarazadas estudiadas (9).

### **Antígeno de superficie para Hepatitis B, pruebas para VIH y VDRL**

Estas pruebas deben realizarse lo más temprano posible en la mujer embarazada.

Para tamizaje de hepatitis B, realizar HBsAg (antígeno de superficie); si la prueba es positiva se debe realizar TGO y TGP para identificar si es hepatitis activa o portadora asintomática. Si las transaminasas están elevadas, la madre presenta Hepatitis B activa; se debe realizar inmunización activa y pasiva al neonato en las

primeras 24 horas de vida. Si las transaminasas son normales la madre es portadora asintomática de hepatitis B.

El programa mundial para la erradicación de la hepatitis B, recomienda vacunación universal a todo RN; desde el año 2004, 168 países implementaron la vacunación contra hepatitis B en sus programas nacionales de inmunización (10). Los países asiáticos adoptaron los programas de inmunización masiva contra hepatitis B muy rápidamente en niños recién nacidos, debido a su condición de países hiperendémicos que tenían un grave problema de salud con el carcinoma hepatocelular en niños (11), y además se había demostrado que las elevadas tasas de portadores en áreas endémicas eran principalmente debidas a la transmisión madre-niño. Así más del 40% de los niños nacidos de madres portadoras del HBsAg serán infectados y la infección adquirida durante la infancia y en la niñez temprana tiene más del 90% de chance de volverse crónicos (12).

Los países de baja endemicidad para el VHB, como sucede con Holanda, Gran Bretaña, Irlanda, y los países escandinavos, adoptaron una política de vacunación orientada a grupos de riesgo más que a la vacunación universal (13). Esos grupos de riesgo son las trabajadoras de sexo comercial, drogadictos endovenosos, homosexuales y heterosexuales con una alta tasa de cambio de pareja. Igualmente se vacunaba a los recién nacidos de madres crónicamente infectadas, grupos específicos de pacientes y trabajadores de la salud. En otros países con baja endemicidad, como Canadá, optaron a partir de 1992 por la vacunación universal contra hepatitis B en pre-adolescentes y en niños de 11 años de edad (14).

El estudio de Beutels et al. (2015) (15), realizó una evaluación económica de los programas de vacunación contra hepatitis B, llegando a la conclusión de que la vacunación universal contra hepatitis B (de neonatos, infantes o adolescentes) parece ser la estrategia más óptima a nivel mundial, excepto en las pocas áreas de muy baja endemicidad, al momento continúa el debate de la utilidad de la vacunación en países latinoamericanos donde no existen estudios actualizados de la prevalencia de la hepatitis B a niveles regionales.

- En la primera visita y en cada embarazo, se debe realizar la prueba para VIH, antes de las 6 semanas con el objetivo de disminuir el riesgo de transmisión vertical (16).
- En la primera consulta prenatal, mujeres con alto riesgo o que vivan en lugares endémicos, deben realizarse la prueba del VDRL, se recomienda reevaluar antes de las 28 semanas y al momento del nacimiento. Síndrome antifosfolípido y otras enfermedades reumatológicas dan falsos positivos, por esta razón, toda embarazada con VDRL positivo debe realizarse pruebas treponémicas específicas para confirmar el diagnóstico de sífilis. (16)

## Ecografía Obstétrica

El eco temprano antes, de las 12 semanas sirve para asegurar la edad gestacional, disminuir el riesgo de una inducción de la labor innecesaria por sospecha de embarazo post-término y descartar embarazo múltiple (tabla 4).

Se debe realizar en mujeres con sangrados irregulares o ciclos irregulares, en mujeres que no están seguras de su fecha de último periodo menstrual o si existen discrepancias entre su edad gestacional y la altura del fondo uterino.

**Tabla 4. Índice de error en el cálculo de edad gestacional por Ecosonografía**

Trimestre	Índice de error
Primero	4 a 7 días
Segundo	10 a 14 días
Tercero	21 días

Fuente: Manual Médico Saludesa, 2016

La realización de ecos de rutina entre las semanas 15 y 22 y luego entre las semanas 31 a 35, no mostraron diferencia en la morbilidad ni mortalidad neonatal. No hay evidencia científica que apoye realizar eco de rutina en embarazos no complicados. La especificidad del eco para detectar anomalías estructurales fetales es pobre, alrededor de 24%. (17), (20)

### **Cultivo de orina para tamizaje de Bacteriuria Asintomática en el embarazo.**

El diagnóstico de bacteriuria asintomática se realiza con cultivo de orina, no con prueba elemental y microscópica de orina (EMO).

La incidencia de bacteriuria asintomática es similar entre embarazadas y no embarazadas, pero la cantidad de pielonefritis en embarazadas es mayor de 0,5-4.9%.

No existe consenso para la edad gestacional óptima para realizar el cultivo de orina. Un estudio demostró que el riesgo de adquirir bacteriuria durante el embarazo crece de 0,8% a las 12 semanas hasta 1.93% a las 40 semanas. Tamizaje y tratamiento de bacteriuria asintomática, para prevenir pielonefritis, ha demostrado ser costo-eficaz, pese a que la incidencia de bacteriuria asintomática es baja en el primer mundo (menor a 2%).

Una revisión Cochrane sobre el tratamiento de bacteriuria asintomática durante el embarazo, indica que tratamiento con antibióticos reduce la incidencia de peso bajo al nacer, sin evidencia de disminución de parto pre término, pero la falencia metodológica, limita la fuerza de las conclusiones (18).

## Depresión postparto

Los estudios de prevalencia de depresión puerperal, confirman una prevalencia entre 23,2 – 39,3% en las mujeres ecuatorianas (2), lo cual impone, la necesidad de tamizaje de esta enfermedad en el seguimiento del puerperio, se puede utilizar la escala de Edimburgo u otros (19).

## Tratamiento farmacológico

- Toxoide tetánico: Se recomienda vacuna difteria/tétano en cada embarazo. El tiempo ideal es entre las 27 y 36 semanas, para asegurar inmunidad pasiva hacia el feto. Se puede administrar en cualquier momento del embarazo.
- Hierro: Como profilaxis, se recomienda a todas las mujeres dos veces por semana. No existe evidencia que demuestre una contraindicación para la suplementación de hierro. Las mujeres con diagnóstico de anemia ( $Hgb < 11$ ), deben recibir hierro complementario 2 a 3mg/kg de hierro elemental al día, cada 8-12 horas, aunque es difícil que toleren estas dosis. En las mujeres con anemia, que no responden a la terapia de suplementos de hierro después de 4 a 6 semanas, se debe investigar otras causas de anemia como mala absorción, pérdida oculta de sangre, talasemias o enfermedades crónicas.
- La administración de multivitaminas, no han demostrado beneficio sobre los suplementos de hierro y folato.

## Aspectos socioculturales

Para el discurso occidental, el embarazo es planificado y parte de un proyecto de vida de realización. Para lograr este objetivo, la sociedad debe controlar la sexualidad y la reproducción. Nada es más frustrante para un educador de la salud que el embarazo de una adolescente, pero en los sectores pobres la maternidad temprana es frecuente y mejor aceptada.

Un estudio cualitativo realizado en Buenos Aires, Argentina, en los barrios urbano marginales de Workowski (2015), ilustra mejor las diferencias entre los sentires de las pacientes y el discurso médico, para estas mujeres adolescentes, el embarazo constituía una forma de realización personal, aunque nos suene inconcebible, muchas adolescentes buscaban el embarazo como parte de su proyecto de vida: *“quería ser mamá, siempre pensé eso”, “a mi edad mis hermanas ya habían tenido hijos todas, y yo no”*. Para algunas mujeres, el rol maternal les brinda recompensas y gratificaciones que no encuentran en otros ámbitos de sus vidas, como el valor afectivo de los hijos y la función de compañía que les asignan. Para otras mujeres, el embarazo frustra la concreción de proyectos dirigidos a completar estudios y a emprender una carrera (16).

Estudios sociales, describen que la mayoría de mujeres embarazadas, desplazan sus proyectos de realización personal frente a las necesidades de sus hijos: *“para poder darles lo mejor”, “para que tengan lo que yo no tuve”, “para que el día de mañana se sientan orgullosos de su mamá.”* Tales proyectos se definen en función de otros, colisionando además con la estructura machista que han internalizado: *“El, no quiere que yo trabaje, hasta me pide que deje la escuela; cuando llega quiere que lo atienda, y tiene razón.”; “tengo el mismo derecho que él de salir a trabajar. Pero pasa que si yo salgo a trabajar, abandono a mi hijo”* (22), (23).

El mayor reduccionismo en Salud Pública es entregar a los equipos de salud, a través del control prenatal la meta de reducir la mortalidad materno infantil, la cual tiene causas multifactoriales, como cualquier problema complejo, siendo los aspectos biológicos solo uno de ellos (imagen 2).

### Imagen 2. Determinantes de la mortalidad infantil en zonas rurales



Fuente: Manual Médico Saludesa, 2016

Existe un lenguaje sesgado que utilizamos rutinariamente en el control prenatal, que tiene una gran carga sexista. Por ejemplo, binomio madre-niño, que reduce el rol de la mujer a “mujer madre.” Las diferencias de género constituyen parte, no la única ni la más importante, de las desigualdades que afectan las embarazadas.

Muy pocos médicos toman en cuenta las cuestiones culturales y la construcción de la maternidad y la paternidad en sociedades premodernas y machistas. La construcción de la “masculinidad” mediante el ejercicio de la genitalidad, niega el ejercicio de la paternidad concebida por el mundo occidental. Los padres jóvenes, en sociedades pobres, al enterarse del embarazo de su pareja,

huyen de la responsabilidad paternal, con la complicidad de su familia. (20)

En los controles prenatales, no se toma en cuenta las condiciones en las que se desarrollan las mujeres ni lo que significa “ser madre dentro de su cultura.” Tampoco se promueven condiciones favorables a la futura madre y el niño. Lo que reciben las embarazadas adolescentes en cada visita a las instituciones de salud, es reproche, culpa, amenaza de castigo y en el mejor de los casos compasión.

La maternidad sigue ligada a un discurso victimizador, homogeneizador y alarmista, ubicando al evento en un lugar negativo e inaugurando una trayectoria de infortunios. (21) Tal complicidad o consentimiento abona la idea de Pierre Bourdieu para quien la lógica del género es la forma paradigmática de la violencia simbólica. El énfasis en la postergación, entrega y sacrificio aparecen recurrentemente en las entrevistas como requisitos de lo que debe ser una buena mujer/esposa/madre. Este aspecto sociológico, debe ser entendido por el médico antes de emitir el discurso positivista que la sociedad occidental maneja ante el embarazo y la felicidad. En Latinoamérica se han realizado intentos por elaborar controles prenatales más integrales, que incorporan aspectos psicológicos y sociales del embarazo, sin encontrar evidencia de que estos superen en eficacia a los protocolos clásicos de control prenatal. (24)

## Referencias bibliográficas

1. Dowswell T CGDL. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy: Cochrane Data Base Syst Rev; 2010.
2. Magee LA, Von Dadelszen P, Rey E, Ross S, Aztatlas E, Murphy KE, Muzies J, Sánchez J, Singer J. Less-tight versus tight control of hypertension in pregnancy: N Engl J Med.; 2015.
3. Pattinson RC CAVV. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at or near term for deciding on mode of delivery: Cochrane Database Syst Rev.; 2017.
4. B. M. Screening for cervical cancer during pregnancy: Intern J Com Med and Pub Health; 2016.
5. SM G. Diagnostic laboratory technologies for the fetus and neonate with isoimmunization: Semin Perinatol; 2011.
6. ACOG Practice Bulletin No. 192: Management of Alloimmunization during pregnancy: Obstet Gynecol; 2018.
7. Alexander EK PEBGea. Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid disease during pregnancy and the Postpartum: Thyroid; 2017.
8. Committee on Practice Bulletins – Obstetrics, The American College of Obstetricians and Gynecologists: Obstet Gynecol; 2012.
9. A Q. Determinación de Ac. IgM contra Toxoplasmosis en mujeres embarazadas que acudieron al laboratorio clínico del hospital municipal materno infantil San José Sur en el periodo enero-diciembre 2014, 2014.
10. Centers for disease control and prevention. Global progress toward universal childhood hepatitis B vaccination: MMWR Morb Mortal Wkly; 2003.
11. Chen D. Viral hepatitis in East Asia. Formos Med Assoc. 1996; 95: p. 6-12.
12. Steven C, Beasley R, Tsui J, Lee W. Vertical transmission of hepatitis B antigen in Taiwan. N Engl J Med. 1972.

13. Van Damme P, Vorster A. Hepatitis B control in Europe by universal vaccination programmes: The situation in 2001. *J Med Virol.* 2002.
14. Dobson S, Scheifele D, Bell A. Assessment of a universal, school-based hepatitis B vaccination program: *JAMA*; 1995.
15. Beutels P, Edmunds W, Antonanzas F. Economic evaluation of vaccination programmes: a consensus statement focusing on viral hepatitis. *Viral Hepatitis Prevention Board.* 2000.
16. Workowski KA BG. Sexually Transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep.* 2015; 64(RR-03): p. 1.
17. Zolotor AJ CM. Update on Prenatal Care. *American Family Physician.* 2014 Feb; 89(3).
18. Hill JB SJMDea. Acute Pyelonephritis in Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology.* 2005; 105: p. 18-23.
19. Cox JL HJSR. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry.* 1987 June; 150: p. 782-6.
20. DF H. El ciclo vital en el subtropico. *Revista Salud Familiar. Saludesa.* Santo Domingo. 2013; 1.
21. A. A. Perspectivas socioantropologicas para la adolescencia, la juventud y el embarazo. *CEDES. Baires. Arg.* 2005.
22. Marcús, J. Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la madre. *Rev. argent. sociol. [online].*2005.
23. Bourdieu P. *La dominación masculina.* Barcelona: Anagrama; 2000.
24. Herrera J GEea. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. *Colombia Médica.* 2002; 33(1).