



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN
VOCACIÓN POR LA EXCELENCIA

**FACULTAD DE CIENCIAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y MATRONERÍA
CARRERA OBSTETRICIA, SEDE SANTIAGO**

**CAUSAS DE CESÁREA EN PAÍSES DE LATINOAMERICA:
UNA REVISIÓN NARRATIVA (2019-2023)**

Tesina para optar al grado de Licenciado en Obstetricia y Matronería

Profesor tutor: Alejandrina Arratia Figueroa.

Profesor Metodológico: Mg. Jacqueline Sepúlveda Gotterbarm.

Estudiantes: Javiera Jacqueline Castro Carvajal.

Sofía Belén Delgado Bravo.

Lorena Antonia Flores Aréjula.

Valentina Paz Olivares Salazar.

Daniela Valentina Pinto Gormaz.

Karla Antonia Saavedra Stuardo.

© Javiera Jacqueline Castro Carvajal, Sofía Belén Delgado Bravo, Lorena Antonia Flores Aréjula, Valentina Paz Olivares Salazar, Daniela Valentina Pinto Gormaz, Karla Antonia Saavedra Stuardo.

Se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra con fines académicos, por cualquier forma, medio o procedimiento, siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica del documento.

Santiago, Chile

2024

HOJA DE CALIFICACIÓN

En Providencia, Santiago de Chile a _____ del 2024, los abajo firmantes dejan constancia que las estudiantes Javiera Jacqueline Castro Carvajal, Sofía Belén Delgado Bravo, Lorena Antonia Flores Aréjula, Valentina Paz Olivares Salazar, Daniela Valentina Pinto Gormaz, Karla Antonia Saavedra Stuardo de la carrera de Obstetricia y Matronería, han aprobado la tesis para optar al grado de Licenciatura en Obstetricia y Matronería con una nota de _____.

Académico evaluador

Académico evaluador

Académico evaluador

DEDICATORIA

A mi mamá Jacqueline Carvajal, quien siempre me ha brindado su apoyo incondicional estando presente en cada paso que doy, alentándome a seguir adelante; a mi papá Dennis Castro, por estar a mi lado en cada momento y ser mi chofer personal. A mi hermana Gabriela Castro por siempre creer en mí, sin dudarlo ni por un instante. Por último, me gustaría agradecer profundamente a mis abuelitos Jacqueline, Ester, Enrique y Alfredo, así como a mis tíos y tías por su cariño y amparo infinito.

Javiera Jacqueline Castro Carvajal.

Para mi mamá, Ana, mi ejemplo de fortaleza y sacrificio. Gracias por ponernos siempre a mí y a mis hermanos como prioridad. Su paciencia y amor incondicional han sido el motor que me impulsa a dar lo mejor siempre. Este logro es el reflejo de su esfuerzo y apoyo, gracias por creer en mí. A mis hermanos, Valeria, Benjamín y Cynthia por su constante apoyo. A mis amiguitos, Maite y Valentín. Y a mí, por la perseverancia y por seguir creyendo en mis capacidades, incluso cuando el camino parecía difícil.

Sofía Belén Delgado Bravo.

A mis padres Manuel Flores e Isabel Aréjula, cuyo esfuerzo y generosidad hicieron posible este logro. Gracias por su apoyo financiero incondicional, que me permitió enfocarme plenamente en este camino. Su confianza en mí ha sido un pilar fundamental en cada paso. A mi pareja David Troncoso por estar a mi lado en los momentos de incertidumbre y celebrando cada pequeño avance.

Lorena Antonia Flores Aréjula.

Dedico este logro a mis padres Carolina Salazar y José Olivares, por haberme brindado amor y cariño en este proceso, donde siempre creyeron en mí y en que lo iba a lograr, gracias a ellos y a sus constantes ánimos pude finalizar este proceso de la mejor forma. También quiero dedicar este trabajo a mi hermana Sofía Olivares por sus hermosos consejos que me dio en momentos de estrés, que sin duda fueron la clave para no rendirme. Igualmente, le dedico mi logro a mi mascota Odie, quien fue el que me acompañó en esas largas noches de estudio, y me brindó la tranquilidad que en cada momento necesité. Además, a mis abuelos Nancy y Jaime, que desde la distancia me entregaron todo su amor y apoyo. Y, por último, quiero agradecerme a mí por mi perseverancia de no bajar los brazos en este proceso, donde sin duda fue un año de muchos cambios y eventos inesperados, en que muchas veces pensaba que no lo iba a lograr. Pero hoy me encuentro cerrando una etapa y abriendo otra, donde me di cuenta de que todo lo vivido sirvió como un crecimiento personal, agradezco eternamente a mi mente y cuerpo por no abandonarme en este camino.

Valentina Paz Olivares Salazar.

En primer lugar, quiero agradecer a mi mamá que fue una de las personas más importantes durante este proceso, por su apoyo incondicional, su contención, amor y paciencia. Gracias por confiar en mí y enseñarme que con esfuerzo, perseverancia y cariño todo es posible. A mis hermanos y sobrinas por llenarme de alegrías y motivación para ser cada día mejor y lograr todo lo que me proponga, a mi mejor amiga por estar siempre presente, darme infinita contención cuando más lo necesité y sumar un pequeñito más a nuestro camino para llenarnos de felicidad. Y por último la que estuvo todos los días a mi lado acompañándome en las noches de insomnio, periodos de estrés, pero también compartiendo mis alegrías y entregando a su manera un amor inigualable ... Gracias mi Dominga. Gracias a todos y cada uno de ustedes por ser parte fundamental de mi vida y este logro.

Daniela Valentina Pinto Gormaz.

A mi mamá por ser mi pilar en la vida, y especialmente durante este proceso por tener siempre las palabras precisas para darme ánimos, por impulsarme y creer en mí, más de lo que yo misma creo a veces, a mi perrito, mi bebé por su compañía, su inocente amor y porque con su simple presencia me alegra los días, a mi weli y tata por su confianza, amor infinito y apoyo incondicional en cada etapa, finalmente gracias a mí misma por haber llegado hasta acá, a pesar de los obstáculos y adversidades, y lograr dar un pasito más en esta carrera.

Karla Antonia Saavedra Stuardo.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos agradecer a nuestra profesora tutora Alejandrina Arratia, por brindarnos las herramientas necesarias para sacar adelante esta investigación. Valoramos su dedicación, disposición y orientación en momentos de dificultad, así como a lo largo de este proceso.

Agradecemos también a Gloria Riveros Basoalto, bibliotecaria de la Universidad San Sebastián, quien fue un pilar clave para el desarrollo de esta tesina. Su amabilidad, calidez y disposición para guiarnos en las búsquedas fueron esenciales para la elaboración de nuestra investigación.

Gracias al equipo de trabajo por el compromiso, responsabilidad, dedicación y la perseverancia durante el período lleno de desafíos. Su esfuerzo fue fundamental para que esta búsqueda se concretara con éxito.

Finalmente, damos las gracias a todas las personas familia, amigos y conocidos que nos brindaron su tiempo, apoyo y palabras de aliento, motivándonos durante todo este camino.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	vi
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	1
Objetivo general:	5
Objetivos específicos:	5
METODOLOGÍA	6
MARCO TEÓRICO	12
DISCUSIÓN	32
CONCLUSIÓN	38
REFERENCIAS	40
ANEXOS	44

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

FIGURA 1 Flujograma, metodología de revisión bibliográfica sobre las causas de cesáreas en Latinoamérica. 10

FIGURA 2 Flujograma, artículos seleccionados para el desarrollo del estudio. 11

Tabla 1 Artículos seleccionados para identificar las causas de realización de parto por cesárea en Latinoamérica. 13

Tabla 2 Artículos seleccionados para distinguir las diferencias del número de cesáreas entre sistema público y privado en Latinoamérica.27

Tabla 3 Artículos seleccionados para valorar las consecuencias de la cesárea en la salud del recién nacido en Latinoamérica.29

RESUMEN

Introducción: La cesárea como modalidad de parto ha ido en aumento las últimas décadas, especialmente en Latinoamérica, aceptándose en la actualidad a petición de la propia gestante, por decisión médica y no solo como opción en situaciones de riesgo.

Metodología: Revisión de tipo bibliográfica. Base de datos: Scopus, PubMed, Web Of Science, ProQuest Central. Operador booleano: "AND". Filtros: artículos publicados entre los años 2019-2023, artículos completos y artículos en idioma inglés.

Resultados: La revisión mostró una variedad de causas asociadas a la realización de cesáreas en Latinoamérica. Entre estas, se incluyeron la pérdida de la autonomía de las pacientes, su percepción al dolor y a los cambios físicos asociados a un parto vaginal, y consideraron la cesárea un procedimiento más seguro y rápido. Además, se destacó la normalización de la intervención tecnológica en el parto, cesáreas previas, así como factores socioculturales como la edad materna, el nivel educativo alcanzado por la madre, ingresos económicos, la estatura materna que estaba asociada a un bajo nivel socioeconómico. También antecedentes de la madre como cesáreas previas, morbilidad materna severa o la hospitalización precoz (menor a 6 cm de dilatación cervical) como factores que contribuyen al aumento de cesáreas. En Perú se registró un aumento de cesáreas en hospitales privados, mientras que en Chile la más altas estaban asociadas a pacientes que se atienden sus partos en establecimientos privados con seguro público. Por último, se vio que, entre las consecuencias de las cesáreas en recién nacidos, aumentó el riesgo de mortalidad neonatal y complicaciones respiratorias neonatales cuando la intervención no estaba indicada.

Conclusión: Existen diversos motivos que explican las causas de cesárea en Latinoamérica. En su gran mayoría fueron debido a la falta de educación e información para las usuarias lo cual desencadenó miedos y percepciones erróneas respecto al modo de parto. Por otro lado, las desigualdades sociales, nivel educativo y edad materna tuvieron influencia en la elección de la práctica quirúrgica. Se pudo observar diferencias entre sistema público y privado, y a mayor ingreso económico se vio un mayor porcentaje de cesárea. Finalmente, las consecuencias en el recién nacido incluyen desde complicaciones respiratorias hasta un incremento de la mortalidad neonatal.

Palabras clave: causas, cesárea, Latinoamérica, infante, recién nacido

ABSTRACT

Introduction: Cesarean section as a mode of delivery has been increasing in recent decades, especially in Latin America, and is now accepted at the request of the pregnant woman herself, by medical decision and not only as an option in risk situations. **Methodology:** Bibliographic review. Database: Scopus, PubMed, Web of Science, ProQuest Central. Boolean operator: "AND". Filters: articles published between 2019-2023, full articles and articles in English language. **Results:** The review showed a variety of causes associated with the performance of cesarean sections in Latin America. These included patients' loss of autonomy, their perception of pain and physical changes associated with vaginal delivery, and they considered cesarean section a safer and faster procedure. In addition, the normalization of technological intervention in childbirth, previous cesarean sections, as well as sociocultural factors such as maternal age, the level of education attained by the mother, economic income, and maternal height, which was associated with a low socioeconomic level, were highlighted. Maternal history such as previous cesarean sections, severe maternal morbidity or early hospitalization (less than 6 cm of cervical dilatation) were also factors contributing to the increase in cesarean sections. In Peru, there was an increase in cesarean sections in private hospitals, while in Chile the highest number was associated with patients delivering in private facilities with public insurance. Finally, it was seen that, among the consequences of cesarean sections in newborns, the risk of neonatal mortality and neonatal respiratory complications increased when the intervention was not indicated. **Conclusion:** There are several reasons for the causes of cesarean section in Latin America. Most of them were due to the lack of education and information for users, which triggered fears and misperceptions regarding the mode of delivery. On the other hand, social inequalities, educational level and maternal age had an influence on the choice of surgical practice. Differences were observed between public and private systems, and the higher the economic income, the higher the percentage of cesarean section. Finally, the consequences for the newborn ranged from respiratory complications to an increase in neonatal mortality.

Key words: causes, cesarean section, Latin America, infant, newborn.

INTRODUCCIÓN

El parto, puede ser uno de los momentos más trascendentales de la vida de una mujer y de quienes le rodean, aunque cada vivencia cambia de acuerdo con la cultura, sociedad y creencias (Margarita y otros, 2018); mundialmente existen dos formas de parir: parto vaginal y cesárea.

Lattus y otros (2013) describen el parto vaginal como el proceso fisiológico que implica la expulsión del feto junto con los anexos ovulares desde el útero hacia el exterior, a través del canal del parto. Por otro lado, la cesárea corresponde a la extracción fetal por laparotomía e histerectomía, cuando se presentan riesgos de salud para la madre y/o el feto (Pérez Sánchez & Donoso Siña, 2011).

Bajo este contexto, el estándar del 15% puede necesitar mayor discusión y evaluación en un contexto latinoamericano (Serena y otros, 2022), ya que la Organización Mundial de la Salud estableció que la tasa de cesárea ideal está entre el 10% y el 15% (OMS, 2015).

En la actualidad, la cesárea sin indicación médica es un procedimiento que ha ido en aumento, incluso aceptándose su solicitud por parte de la paciente (Schnapp y otros, 2014). Beltrán y otros (2016) analizó el 90% de nacidos vivos a nivel mundial entre 1990 y 2014; encontrando que la tasa de cesárea había aumentado un 12.4% en este período.

Existe un incremento de la morbilidad materna en los partos por vía abdominal con porcentajes del 2,7% - 9,2% frente al parto vaginal con 0,9 - 8,6%. (Caughey y otros, 2014).

Costa-Ramón y otros (2018) encontraron que las cesáreas que no eran médicamente indicadas afectan negativamente a la salud del recién nacido según puntajes de Apgar. Esto se puede asociar a riesgos como la embolia del líquido amniótico y la morbilidad respiratoria en el neonato (Caughey y otros, 2014).

Entre los posibles beneficios de esta forma de parir, se menciona el respeto al principio de autonomía. Este es un derecho reconocido al que la gestante puede recurrir, lo que es especialmente cierto si comprende las ventajas y desventajas. Además, programarla puede minimizar la incidencia de complicaciones durante el parto, disminuyendo la mortalidad fetal y morbilidad neonatal (De la Fuente & De la Fuente, 2007).

Por último, cuándo y cómo sucederá el parto constituye una preocupación para la gestante, por lo que la posibilidad de programar la cesárea evita dicha inquietud, y a su vez, podría generar una mejor planificación laboral y familiar (De la Fuente & De la Fuente, 2007).

En relación a cifras, Bernal-García & Nahín-Escobedo (2018) refieren que se realizaron aproximadamente 850.000 cesáreas en Latinoamérica sin justificación. Entre las causas más frecuentes, se encuentran antecedentes como presentación pélvica, embarazo gemelar y falta de progreso en el trabajo de parto.

En el presente estudio, para analizar este escenario, se abarcarán países que presenten mayor información respecto del tema como México, Uruguay, Brasil, Colombia, Perú, Chile, Guatemala y Argentina.

Hasta el año 2018, en México, se registró un aumento en los partos por cesárea superando ampliamente el máximo recomendado por indicaciones médicas, ubicándolo a nivel mundial entre los países con una mayor intervención de este tipo (Bernal-García & Nahín-Escobedo, 2018). Esto queda demostrado en la cantidad de las mismas realizadas en el sector privado de salud, en comparación con las del sector público, incluso cuando el gobierno mexicano determinó reducir las innecesarias.

Según Magne y otros (2017) las tasas de este procedimiento en Uruguay, Chile, Brasil y Colombia representan en conjunto más del 40% de nacimientos de la región, han aumentado significativamente durante la última década. En el caso de otros países, como Perú, si bien posee la menor tasa de cesáreas en Latinoamérica, se ha registrado un aumento del 25,52% en el año 2000 a un 29,96% en el año 2010. Asociado a esto, la tasa de mortalidad fue de 30 por 100.000 nacidos vivos, incluidas 91 muertes maternas

después de una cesárea electiva y 70 muertes posparto después de una cesárea de emergencia (González y otros, 2013).

En el caso de Brasil, que se constituye en un país líder en la tasa de cesáreas en el mundo alcanza el 40-45% en el sector público y 80-95% en el sector privado (Magne y otros, 2017). Además, es uno de los diez países con mayor número de nacimientos de pretérmino, existen investigaciones que relacionan este acontecimiento a la alta tasa de cesáreas (Magne y otros, 2017).

Por otro lado, un informe de la OMS estimó que en Paraguay se realizaron 26.466 cesáreas innecesarias en 2008 con un sobre costo de 5,7 millones de dólares (Fahmy y otros, 2018).

En Chile, la recomendación de la tasa de cesáreas según la OMS se ha cuadruplicado en los últimos años. Su incremento ha sido de un 27% en 1986 a un 38% en 1994 (Murray & Serani Pradenas, 1997), mayormente debido a la proporción de mujeres que atienden su parto en el sistema privado. En el año 2012 reporta un 30.7% (Gibbons y otros, 2012). Algunos investigadores chilenos sostienen que la mayor tasa en América Latina se debe principalmente a un enfoque clínico local diferente del parto vaginal (Yamamoto y otros, 2019).

En algunos estudios, como se mencionó anteriormente, varios países de Latinoamérica sugieren una correlación entre el parto en hospitales privados con fines de lucro y cesáreas. Esta relación fue documentada cualitativamente por primera vez por Murray en el año 2000 quien encontró que las mujeres tratadas por obstetras del sector privado tienen más probabilidad de tener cesáreas que las mujeres tratadas por matronas o médicos en hospitales públicos. Más recientemente, Borrescio-Higa & Valdés (2019) encontraron una asociación entre altas tasas de cesáreas y mujeres con seguro médico que dan a luz en hospitales privados. Se ha reportado que las instituciones públicas y privadas tienen un contraste en cesáreas de 22% y 60% respectivamente.

Si la correlación entre hospitales privados y cesáreas es causal, el aumento de la tasa de cesáreas puede ser por incentivos a médicos u hospitales, en beneficio de hacer el

proceso más fluido y optimizar el tiempo de demanda, en vez de hacerlo por condiciones médicas del embarazo (De Elejalde & Giolito, 2019).

En este contexto, se plantea la siguiente pregunta, ¿Cuáles son las principales causas del aumento en la tasa de cesáreas en Latinoamérica?

Objetivo general:

Examinar las causas de aumento del número de cesáreas en Latinoamérica mediante una revisión de la literatura científica publicada los años 2019-2023.

Objetivos específicos:

- Identificar las causas de realización de parto por cesárea en Latinoamérica.
- Distinguir las diferencias del número de cesáreas entre sistema público y privado en Latinoamérica.
- Valorar las consecuencias de la cesárea en la salud del recién nacido en Latinoamérica.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica en distintas bases de datos, en idioma inglés con el objetivo de recopilar información acerca de las **causas de cesáreas en Latinoamérica**.

Las bases de datos que se utilizaron fueron: Web of Science (WOS), PubMed, Scopus y ProQuest Central.

Para la búsqueda, se utilizaron los siguientes Descriptores de Ciencias de Salud (DeCS):

En inglés: “Causes”, “Cesarean section”, “Latin America”, “Infant”, “Newborn”.

Se empleó el operador booleano “AND” con la finalidad de crear combinaciones para especificar la búsqueda.

Combinaciones en inglés

- Cesarean section AND Latin America.
- Cesarean section in Latin America AND causes AND infant
- Cesarean section in Latin America AND causes AND newborn
- Latin America AND cesarean section AND newborn

Al momento de realizar las búsquedas en las bases de datos, se aplicaron los siguientes filtros:

- Artículos publicados los años 2019-2023.
- Artículos completos.
- Artículos en inglés.

Además, se aplicaron los siguientes criterios de selección:

Inclusión:

- Artículos relacionados con las cesáreas realizadas en Latinoamérica.

- Artículos que incluyeran cesáreas realizadas en los países Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Guatemala, México, Perú, Uruguay, debido a que son los que presentan más información.
- Artículos solo en inglés.
- Artículos sólo originales.
- Artículos pagados y de libre acceso.

Exclusión:

- Artículos que estén relacionados con el SARS-CoV-2.
- Artículos que mencionen otros países que no pertenecen a Latinoamérica.
- Artículos que se encuentren duplicados.
- Artículos que hablen de animales.

Tabla 1: Base de datos Scopus

Combinaciones	Artículos	Artículos con filtro de año	Artículos seleccionados
Cesarean section AND Latin America	193	48	1
Cesarean section in Latin America AND causes AND infant	8	4	0
Cesarean section in Latin America AND causes AND newborn	8	4	0
Latin America AND cesarean section AND newborn	81	22	2

Tabla 2: Base de datos PubMed

Combinaciones	Artículos	Artículos con filtro de año	Artículos seleccionados
Cesarean section AND Latin America	135	25	3
Cesarean section in Latin America AND causes AND infant	22	5	0
Cesarean section in Latin America AND causes AND newborn	23	4	0
Latin America AND cesarean section AND newborn	51	10	0

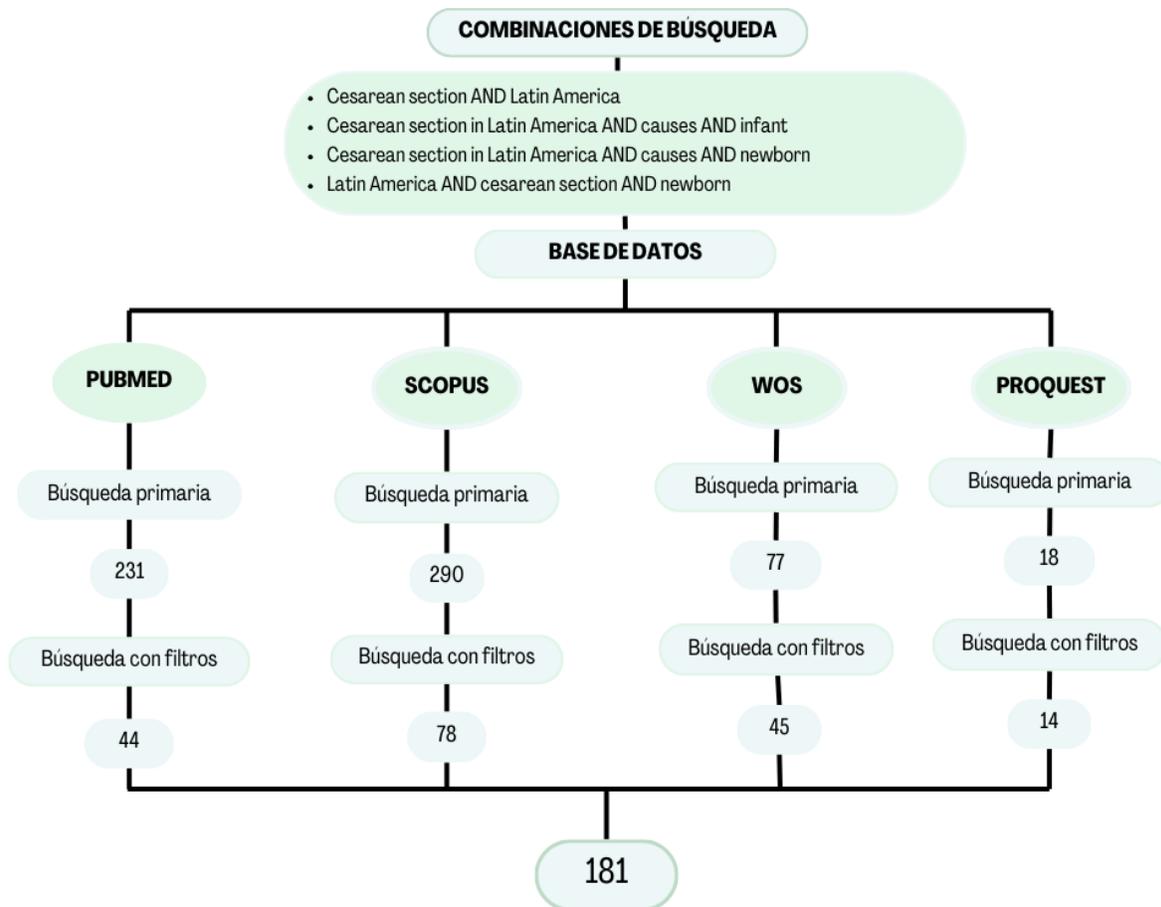
Tabla 3: Base de datos Web Of Science:

Combinaciones	Artículos	Artículos con filtro de año	Artículos seleccionados
Cesarean section AND Latin America	53	31	2
Cesarean section in Latin America AND causes AND infant	4	3	0
Cesarean section in Latin America AND causes AND newborn	4	3	0
Latin America AND cesarean section AND newborn	16	8	0

Tabla 4: Base de datos ProQuest Central

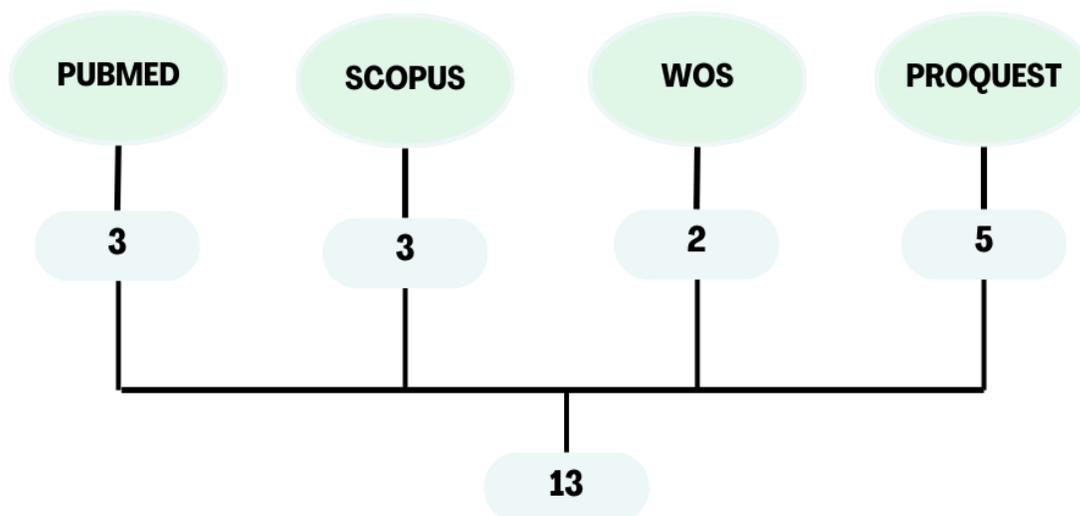
Combinaciones	Artículos	Artículos con filtro de año	Artículos seleccionados
Cesarean section AND Latin America	13	11	3
Cesarean section in Latin America AND causes AND infant	0	0	0
Cesarean section in Latin America AND causes AND newborn	3	2	1
Latin America AND cesarean section AND newborn	2	1	1

FIGURA 1 Flujograma, metodología de revisión bibliográfica sobre las causas de cesáreas en Latinoamérica.



Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Artículos relacionados con las cesáreas realizadas en Latinoamérica. • Artículos que incluyeran cesáreas realizadas en los países Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Guatemala, México, Perú, Uruguay. • Artículos solo en inglés. • Artículos sólo originales. • Artículos pagados y de libre acceso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Artículos que estén relacionados con el SARS-CoV-2. • Artículos que mencionen otros países que no pertenecen a Latinoamérica. • Artículos que hablen de patologías en la gestación. • Artículos que presentan discordancia con el título de investigación. • Artículos que hablen de Lactancia Materna. • Artículos que se encuentren duplicados.

FIGURA 2 Flujograma, artículos seleccionados para el desarrollo del estudio.



MARCO TEÓRICO

En las bases de datos anteriormente mencionadas se encontraron un total de 568 artículos. De estos, se incluyen de tipo transversales, descriptivos, observacional, retrospectivo y prospectivo y revisiones de literatura.

La gran cantidad de bibliografías obtenidas aplicando el filtro de criterios de inclusión, se redujo el número total de artículos a 181. Posteriormente se excluyeron por título, resumen y duplicados, que da un total de 13 artículos que cumplen con los requisitos básicos para responder a los objetivos planteados.

Los resultados encontrados se dividen mediante tablas y, se clasifican según cada objetivo de esta revisión, encontrándose:

La tabla número 1 agrupa nueve artículos seleccionados para identificar las causas de realización de parto por cesárea en Latinoamérica.

En la tabla número 2 se encuentran dos artículos elegidos para distinguir las diferencias del número de cesáreas entre sistema público y privado en Latinoamérica.

La tabla número 3 reúne dos revisiones sistemáticas para valorar las consecuencias de cesáreas en la salud del recién nacido en Latinoamérica.

En cada una de las tablas contiene el resumen de los resultados obtenidos en cada artículo. Utilizando parámetros: título, autores, país, fecha de publicación, tipo de estudio y resultado principal.

Tabla 1 Artículos seleccionados para identificar las causas de realización de parto por cesárea en Latinoamérica.

TÍTULO PAPER	AUTORES	PAÍS Y FECHA	TIPO DE ESTUDIO	RESULTADO PRINCIPAL
Preference for caesarean and attitudes toward birth in a Chilean sample of young adults.	Weeks, F.H., Sadler, M., Stoll, K.	Chile (2020)	Estudio transversal Instrumento de medida: Encuesta	Entre diciembre de 2015 y enero de 2016 se aplica el estudio a 427 mujeres (64,3%) y 237 hombres (35,6%). La edad media de las mujeres es de 28.8 años y de los hombres, 28.9 años. El 65,1% cuenta con seguro privado, mientras que el 21,1% con seguro público. El 10% del estudio transversal reporta preferencia por el parto por cesárea. No se informaron diferencias significativas en la preferencia por tipo de seguro (privado o público). El miedo al dolor y los cambios físicos se

				<p>relacionan con una mayor probabilidad de preferir parto abdominal y la normalización de la intervención tecnológica en el parto puede motivar su preferencia en Chile. La hipótesis planteada es que la posibilidad de complicaciones médicas puede ser demasiado abstracta o hipotética para una población que aún no ha experimentado el embarazo o el parto, como para tener un impacto significativo por la inclinación a un parto abdominal, surgiendo miedo a este a causa de falta de información. Se recomienda realizar mayores investigaciones que puedan examinar los efectos que tiene la</p>
--	--	--	--	--

				educación sobre las actitudes que adoptan frente a la elección del tipo de parto.
The impact of maternal morbidity on cesarean section rates: exploring a Latin American network of sentinel facilities using the Robson's Ten Group Classification System.	Claudio Sosa, Bremen de Mucio, Mercedes Colomar, Luis Mainero, Maria L. Costa, José P. Guida, Renato T. Souza, Adriana G.Luz, José G. Cecatti.	Bolivia, Guatemala Honduras, Nicaragua y República Dominicana (2023)	Análisis secundario de la información de partos de 2018 a 2021. Instrumento de medida: revisión de registros.	Se identifican algunas características que se pueden relacionar con el elevado número de cesáreas. Dentro de estas, la que tiene mayor relación con esta tasa es el antecedente de cesárea previa. Se evidencia que un grupo con alto nivel de esta vía de parto son mujeres con morbilidad materna severa, junto con el grupo de partos pretérmino y mujeres con cesárea previa, que contribuyen en gran parte a las altas tasas.

				<p>Estudios similares en Brasil, obtuvieron un resultado semejante a los entregados en este estudio, donde la tasa de cesárea es de 73,2% en casos de morbilidad materna severa. En dicho estudio también se ve un impacto relevante en gestantes con cesárea previa, cabe destacar, que este grupo es el más grande en Brasil. Evitar la primera cesárea parece ser un factor clave inicial para reducir la tasa de cesárea en América Latina.</p>
<p>Cesarean section in Uruguay from 2008 to 2018: country analysis based on the Robson</p>	<p>Colmar, M., Colistro, V., Sosa, C., Andrés de Francisco, L., Beltrán., A., Serruya,</p>	<p>Uruguay (2022)</p>	<p>Estudio observacional.</p> <p>Instrumento de medida: Revisión de registros</p>	<p>Existen grandes desigualdades en los países de ingresos bajos y medios. Las tasas de cesárea para el quintil con mayores ingresos</p>

<p>classification. An observational study.</p>	<p>S. & Mucio., B.</p>		<p>existentes y escalas de medición.</p>	<p>son cinco veces más altas que para el quintil más pobre. Sin embargo, las mujeres se someten innecesariamente a cesáreas, a pesar del mayor riesgo de resultados maternos graves. Según una revisión sistemática, las creencias de los profesionales sanitarios son los principales determinantes del uso de la cesárea, como la convicción de que el procedimiento está libre de riesgos y la falta de colaboración y confianza entre profesionales. Se mencionan influencias en factores relacionados con el sistema sanitario, como el miedo a enfrentarse a situaciones legales</p>
--	--------------------------------	--	--	--

				o judiciales, y sobre el actuar de las habilidades del profesional responsable. Las decisiones de las mujeres igualmente se consideran esenciales debido a su autonomía y su falta de percepción de riesgo, según señala el estudio.
Maternal height associated with cesarean section. A cross-sectional study using the 2014–2015 national maternal-child health survey in Guatemala.	Evelyn Roldán, Laura M. Grajeda and Wilton Pérez	Guatemala (2020)	Estudio transversal. Instrumento de medida: Recopilación de datos a través de encuesta nacional demográfica de salud (ENDES)	En el estudio se encuentran mujeres de 15 a 49 años que dieron a luz vivas en los últimos 5 años antes de la encuesta. Los datos utilizados son 9,542 madres con información completa sobre talla y tipo de parto, lo que resulta en 12,426 nacidos vivos. Se adoptan los cortes de estatura de Arent y colegas: muy baja (<145,0 cm), baja

				<p>(145,0-149,9 cm), baja-media (150,0-154,9 cm), media (155,0-159,9 cm), media-alta (160,0-169,9 cm) y alta (\geq 170,0 cm).</p> <p>La prevalencia de partos por cesárea es alta y se encuentra por sobre las recomendaciones de la OMS. La cesárea es realizada mayormente en mujeres de baja estatura.</p> <p>La baja estatura también se relaciona con un bajo nivel socioeconómico lo cual indica desigualdades sociales y sanitarias. Se requiere explorar las razones de asociación entre la baja estatura, y el uso de la cesárea junto el nivel socioeconómico</p>
--	--	--	--	--

				que presenta la madre.
Association between early pregnant hospitalization and use of obstetric interventions and cesarean: a cross-sectional study.	Terto RL, Silva TPR, Viana TGF, Sousa AMM, Martins EF, Souza EV, et al.	Brasil (2021)	Estudio transversal, cuantitativo. Instrumento de medida: Ensayo clínico.	Este estudio relaciona la internación precoz de embarazadas con el uso de intervenciones obstétricas y vía de nacimiento por cesárea; tomando como hospitalización precoz el internarse con menos de 6 cm de dilatación cervical. Según, parámetros establecidos por el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) y la Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Se evidencia que las mujeres que se hospitalizan precozmente tienen 8 veces más chances de tener parto por cesárea sin

				<p>justificación o base científica que lo avale, en comparación con mujeres internadas oportunamente.</p> <p>Esto, a su vez se asocia con malos resultados, gracias al procedimiento innecesario que supone la cesárea cuando es usada sin indicación precisa.</p> <p>Se identifican entre sus consecuencias, el aumento de morbilidad neonatal como materna; lo que lleva a hospitalizaciones más largas, mayor riesgo de infección puerperal, hemorragia, lactancia materna retrasada o prematuros.</p> <p>El uso de estas intervenciones de forma inadecuada también lleva a la</p>
--	--	--	--	--

				violación de los derechos de la gestante, causándole a su vez descontento e incomodidad.
Cesarean sections and social inequalities in 305 cities of Latin America.	Serena Perner, Ana Ortigoza, Andrés Trotta Goro Yamada, Ariela Braverman Bronstein, Amélia Augusta Friche, Marcio Alazraqui, Ana V. Diez Roux.	Brasil, Colombia, Guatemala, México y Perú. (2022)	Estudio Descriptivo. Instrumento de medida: Recopilación de datos del censo y proyecto SALURBAL.	En este estudio se examinan 11,549,028 nacimientos vivos en 1,101 unidades subciudadanas de 305 ciudades de cinco países de Latinoamérica, entre los años 2014-2016 en Brasil, Colombia, México, Perú y entre 2015-2017 en Guatemala. La tasa de cesáreas (TC) en los cinco países se ve influenciada por variables como la edad materna y el nivel educativo; mostrando tasas más altas en madres con mayor educación y de mayor edad.

<p>Caesarean birth in public maternities in Argentina: a formative research study on the views of obstetricians, midwives and trainees.</p>	<p>Carla Perrotta, Mariana Romero, Yanina Sguassero, Cecilia Straw, Celina Gialdini, Natalia Righetti, Ana Pilar Betran, Silvina Ramos.</p>	<p>Argentina (2022)</p>	<p>Investigación cualitativa e Investigación formativa.</p> <p>Instrumento de medida: Encuesta.</p>	<p>En este estudio, Argentina reporta tasas de cesárea entre el 27% y 52% en el sector público en 2017. Se realiza una investigación formativa para enriquecer la comprensión de las razones del aumento sostenido en el uso de cesáreas en el sector público de Argentina, con el objetivo de utilizar este conocimiento para adaptar intervenciones en el país. Para ello, se utiliza un enfoque de investigación que combina técnicas de recolección de datos a través de una encuesta institucional, una encuesta en línea para proveedores de atención médica y entrevistas</p>
---	---	-------------------------	--	--

				<p>semiestructuradas con informantes claves. Tras un análisis de datos, se pudo llegar a un consenso entre obstetras, parteras y participantes. Se destaca la necesidad de implementar intervenciones para reducir las cesáreas innecesarias. Se señala la importancia de un enfoque holístico en el manejo del dolor durante el parto vaginal y el apoyo continuo por parte del personal, parteras y cuidadores.</p>
<p>Women's mode of birth preferences and preparedness of hospitals to support vaginal birth in the</p>	<p>Carla Perrotta, Mariana Romero, Yanina Sguassero, Carolyn Ingram,</p>	<p>Argentina (2022)</p>	<p>Estudio transversal.</p> <p>Instrumento de medida: Cuestionario</p>	<p>Investigación que evalúa preferencias de las puérperas de 5 hospitales públicos en Argentina. Se cuenta con la participación de 621 mujeres, mediante un</p>

public health sector in Argentina.	Natalia Righetti, Celina Gialdini, Ana P. Betrán, Silvina Ramos.			<p>cuestionario. El 75% prefiere parto vaginal, el 16,7% prefiere cesárea y un 5,6% dice no saber cuál es su preferencia. Los principales motivos para escoger parto vaginal son: recuperación rápida, menos dolor después del parto y menos tiempo en hospital y mayor autonomía después del parto para cuidar de sí mismas y del recién nacido. Las principales razones para la preferencia por cesárea son: mayor seguridad, no sentir contracciones o dolor durante el parto y procedimiento más rápido.</p>
Cesarean rates in a Chilean public hospital	Masami Yamamoto, Rodrigo	Chile (2019)	Análisis retrospectivo	La tasa general de cesáreas en un hospital público de

<p>and the use of a new prioritization criteria: The relevance index.</p>	<p>Latorre, Juan Rojas, Bernardita Walker, Felipe Jordán, Jorge Carrillo, Enrique Paiva, Álvaro Insunza.</p>		<p>Instrumento de medida: Revisión de registros existentes y agrupación de estos según Grupos de Robson.</p>	<p>Chile aumentó del 24 al 27% con un mayor incremento en los grupos de Robson 1 (mujeres nulíparas con embarazo de 37 semanas o más, presentación cefálica) y 3 (mujeres multíparas sin cesárea previa embarazo único y de 37 semanas o más) en el período de 2005 al 2014. Si bien, comparado a otras instituciones del país y de Latinoamérica el porcentaje es bajo, llama la atención que el grupo 5 de Robson (mujeres multíparas con al menos una cicatriz de cesárea previa) representando al 11,57% de la población, tenga una tasa de cesárea del 67%. El índice de relevancia (IR) es</p>
---	--	--	---	--

				<p>mayor en este grupo, demostrando el impacto de aumentar la tasa de partos vaginales después de una cesárea del 42% al 84%. Este cambio podría reducir la tasa de este procedimiento en el grupo a 35%, lo que contribuiría significativamente a disminuir la tasa general de cesáreas.</p>
--	--	--	--	---

Tabla 2 Artículos seleccionados para distinguir las diferencias del número de cesáreas entre sistema público y privado en Latinoamérica.

TÍTULO PAPER	AUTORES	PAÍS Y FECHA	TIPO DE ESTUDIO	RESULTADO PRINCIPAL
Differences in the prevalence of cesarean section and associated factors in private and public healthcare	Akram Hernández-Vásquez, Horacio Chacón-Torrico. Guido Bendezu-Quispe.	Perú (2020)	Cuantitativo analítico transversal. Instrumento de medida: Encuesta	El aumento de la tasa de parto por cesárea en las últimas décadas tiene múltiples causas, como factores maternos, profesionales, económicos, culturales y organizativos. En este estudio se observa una

systems in Peru.				diferencia entre los establecimientos de salud públicos y privados, lo que propone que la indicación de parto abdominal puede verse influenciada por factores externos a las decisiones puramente médicas. En los países de ingresos medios y altos, la probabilidad de someterse a un parto abdominal es mayor en los centros de salud privados que en los públicos, esto sugiere que el tipo de centro de salud se asocia con la realización de esta intervención. El sector público tiene como determinantes principales a primíparas, partos múltiples y edad materna.
Publicly insured caesarean sections in private hospitals: a repeated	Florencia Borrescio-Higa, Nieves Valdés.	Chile (2019)	Análisis transversal repetido. Instrumento de medida:	El estudio tiene como objetivo medir la probabilidad de parto por cesárea para los partos con seguro público en comparación con los partos con seguro privado,

cross-sectional analysis in Chile.			Registros de egresos hospitalarios, códigos ICD-10CM, Prueba t.	en hospitales públicos como privados en 15 regiones de Chile, entre los años 2001 al 2014. Las tasas de cesáreas son más altas en hospitales privados con seguro público, llegando a 77,2% en 2014, mientras que son las más bajas en hospitales públicos con seguro público. Desde 2008, las cesáreas en hospitales privados con seguro público son el principal factor en el aumento de la tasa general de cesáreas.
------------------------------------	--	--	---	--

Tabla 3 Artículos seleccionados para valorar las consecuencias de la cesárea en la salud del recién nacido en Latinoamérica.

TÍTULO PAPER	AUTORES	PAÍS Y FECHA	TIPO DE ESTUDIO	RESULTADO PRINCIPAL
Neonatal mortality by gestational age in days in infants born at term: A cohort study in Sao	Queiroz, Marcel Reis; Junqueira, Maria Elizangela Ramos; Lay, Alejandra	Brasil (2022)	Cuantitativo, estudio de cohorte retrospectivo. Instrumento de medida:	Este estudio analiza la mortalidad neonatal en recién nacidos vivos a término en Sao Paulo entre 2012 y 2017, enfocándose en la edad gestacional medida en

Paulo city, Brazil.	Andrea Roman.		Bases de datos Visual Basic, Microsoft access y Microsoft excel.	días. Abarcó a 440,119 casos bebés vivos nacidos a los 259-293 días de gestación o de RN de término hasta el período neonatal (28 días de vida). Se evalúan modelos ajustados por variables maternas y prenatales, tipo de nacimiento y hospital. El cual observa que la mortalidad neonatal es más alta en bebés nacidos a término temprano, disminuye en los nacidos a término y vuelve a aumentar en los tardíos.
The rising incidence and impact of non-medically indicated pre-labour cesarean section in Latin America.	Gonzalo, Mariani; Néstor, Vain.	Argentina (2019)	Estudio prospectivo de cohortes. Instrumento de medida: Escala de medición.	En este estudio, la cesárea se menciona en distintas culturas desde el año 2000 a.C. Sin embargo, el procedimiento se realizaba para salvar la vida del feto ante alguna complicación grave durante un embarazo a término, cuando la

				<p>madre no sobrevivía, o para permitir que madre e hijo fueran enterrados por separado si ambos habían muerto.</p> <p>Con las mejoras en la técnica de la cesárea y la atención al paciente, se ha producido un aumento progresivo de la tasa de cesárea en la mayor parte del mundo. Este procedimiento quirúrgico conlleva uno de los mayores riesgos inherentes, pero cuando se realiza siguiendo indicaciones maternas o fetales, mejora los resultados perinatales, disminuyendo la morbilidad y la mortalidad asociadas al parto.</p>
--	--	--	--	--

DISCUSIÓN

Durante los últimos años el aumento de la tasa de cesáreas en Latinoamérica ha generado gran impacto a nivel mundial por sus elevados porcentajes, superando lo recomendado por la OMS y siendo un problema de salud pública debido a su consecuencia en la salud materno-infantil (Dumont & Guilmoto, 2020).

Dentro de las causas de cesárea en países de Latinoamérica, diversos autores mostraron resultados, los más relevantes se señalan a continuación.

Según los autores Colomar y otros (2022), han evidenciado la existencia de falta de habilidades por parte de las gestantes para llevar a cabo un parto vaginal, lo que conduce a la percepción de la cesárea como un proceso beneficioso. Sin embargo, sólo la menor parte de mujeres prefieren esta vía de parto, independiente de su país o situación. Así mismo, los autores afirman en base a diversos estudios que las mujeres carecen de autonomía sobre las decisiones relacionadas con su forma de parir. Según, sus experiencias inicialmente habían rechazado la opción de una cesárea, pero finalmente fueron convencidas por el médico a cargo del hospital para someterse a esta.

Con respecto a lo mencionado anteriormente, Terto y otros (2021) de igual modo señalan que las tasas de intervención obstétricas están directamente relacionadas con los profesionales responsables del parto. Estos autores relacionan la internación hospitalaria prematura de la gestante, con el aumento del parto abdominal, como consecuencia indican la necesidad de implementar políticas públicas en el área de salud de la mujer y atención obstétrica en Brasil.

Por otro lado, mediante el estudio en Chile, de Weeks y otros (2020), se demostró que alrededor del 10% de los encuestados, preferían cesárea. Entre las justificaciones se destaca el miedo al parto, la actitud positiva hacia la intervención tecnológica, antecedentes familiares y la percepción de alto riesgo del parto vaginal. En cuanto a las

razones, la más frecuente fue por miedo al dolor del parto, luego el deseo de mantener la integridad vaginal y poder planificar el nacimiento.

La normalización de la intervención quirúrgica puede reflejar una preferencia por la cesárea. Surge, además, una falta de confianza de las madres para lograr tener un parto vaginal sin complicaciones junto a la escasez de información sobre los mismos. Los autores indicados en el párrafo anterior han aludido a un grupo de antropólogos chilenos quienes plantean un enfoque «tecnocrático» del parto que prevalece en Chile, es decir, que las mujeres son visualizadas como “máquinas” las cuales no son capaces de poder concretar un producto de calidad, o sea, un bebé sin la intervención de la tecnología.

Por tanto, Weeks y otros (2020) al igual que Colomar y otros (2022), sugieren que la desconfianza de las gestantes respecto a su capacidad de realizar un parto vaginal colabora al aumento de la preferencia al parto por cesárea. Por lo que, la información limitada es perjudicial para las mujeres al momento del nacimiento.

Los autores Perotta y otros (2022), refieren la escasez de profesionales capacitados para poder llevar a cabo un parto vaginal, donde declaran que esto corresponde a un determinante del uso excesivo de cesáreas. Se estima que el acceso limitado a epidurales y otras estrategias de manejo del dolor, como agua caliente, la relajación o el masaje, podrían influir en las solicitudes de esta intervención, por parte de las mujeres, especialmente en adolescentes.

En consecuencia, los autores mencionados anteriormente concluyen que la falta de capacidad por parte de los profesionales, debido al escaso personal disponible para garantizar un verdadero apoyo durante el trabajo de parto, parto y puerperio, la poca participación de las parteras en la educación prenatal y hasta la insuficiente infraestructura de algunos establecimientos, son una razón relevante para la elección del parto quirúrgico. Por otra parte, Colomar y otros (2022), señalan la falta de capacidad desde las mujeres embarazadas para lograr un parto vaginal, debido a la poca autonomía para tomar decisiones sobre su cuerpo y a la desinformación de los tipos de parto, dejando al profesional a cargo de la resolución.

Sosa y otros (2023), aseguran que en América Latina la tasa de cesáreas fue más alta en mujeres que presentaban morbilidad materna grave comparado con gestantes sanas. Esto, se asoció por consecuente a esta intervención a través de la Clasificación de grupos Robson, particularmente en el grupo 1 (nulípara, cefálica única, gestación mayor o igual a 37 semanas parto espontáneo) y el grupo 3 (multípara (incluyendo cesárea previa), parto cefálico único, mayor o igual a 37 semanas, trabajo de parto espontáneo). Sin embargo, el grupo que más contribuyó al incremento fue el 5 (cesárea previa, cefálica única, gestación mayor o igual a 37 semanas).

De igual manera, Yamamoto y otros (2019) analizaron mediante grupos de Robson, el incremento de la tasa de cesáreas en un hospital público chileno durante el periodo 2005-2014. Los grupos 1 y 3, tuvieron menor incidencia en el alza del parto quirúrgico, mientras que el grupo 5, si bien no mostró un incremento sobresaliente, evidenció el mayor índice de relevancia (IR), el que se calculó para cada grupo como producto de la contribución relativa a la tasa de cesárea del grupo. Éste sugiere que promover los partos vaginales especialmente en el grupo 5, podría tener un efecto significativo en la reducción de la tasa de cesárea general. Se destaca así, la importancia de la educación y promoción por parte de las matronas y/o obstetras.

Por su parte, Roldán y otros (2020) examinaron la relación que tiene la estatura y el tipo de parto en Guatemala, donde las mujeres de talla más baja tienden a tener parto abdominal atribuyéndolo a un mayor riesgo de presentar complicaciones, como la desproporción cefalopélvica. El país ha tenido un aumento considerable en cuanto a la práctica quirúrgica a que el 2002 la prevalencia de cesáreas fue de 11.2%, mientras que el 2016 alcanzó un 26.3%, superando la recomendación de la OMS.

Perner y otros (2022), estudiaron un total de 11,549,028 de 1,101 unidades subciudadanas de 305 ciudades en Brasil, México, Colombia, Perú (2014-2016) y Guatemala (2015-2017). Durante un período de tres años, la cesárea fue la forma de parto más común, representando el 51,9% de los nacimientos vivos. El porcentaje más bajo de nacimientos por cesáreas a nivel de unidades subciudadanas se observó en Colombia, con una mediana de 40,1%, en comparación a Brasil que registró un 59,4%.

La investigación mencionada, también evaluó la influencia de desigualdades sociales en el número de cesáreas en dichos países. En el caso de madres con niveles educativos bajos y altos, se registraron proporciones del 39.1% y 61,0% respectivamente. Destacando Brasil por sobre los demás países, con 40.7% en mujeres con bajo nivel educativo y 79.8% en el grupo con más logros educativos. Asimismo, encontraron que, en los países referidos, la tasa de cesáreas también estuvo influenciada por la edad, siendo más alta en madres mayores.

En el estudio realizado por Perotta y otros (2022), en Argentina, a través de una encuesta a 621 mujeres en 5 hospitales públicos, se demostró una alta preferencia de las puérperas por el parto vaginal con un 75%, mientras que para la cesárea sólo un 16,7%. Este hallazgo es relevante, dado que solo un hospital contaba con un modelo de atención integral con disponibilidad continua para el manejo de dolor dirigido por parteras y los cuatro restantes eran guiados por obstetras, con escasa educación prenatal e inexistente manejo del dolor. A pesar de la elección al parto natural la tasa promedio de parto abdominal en los hospitales analizados fue del 39%, una cifra notablemente alta evidencia el desconocimiento de las desventajas a corto y largo plazo de esta práctica, tanto en madres como neonatos. Por tanto, el acceso restringido a la educación en el periodo prenatal y deficientes servicios obstétricos esenciales, son primordiales para reforzar la concienciación que se debe brindar a las mujeres durante este proceso de vida.

En cuanto a una semejanza o discordancia en la tasa de la cesárea, entre sistemas de salud privados y públicos, se destacan los siguientes autores y sus resultados.

Hernández-Vásquez y otros (2020) y Borrescio-Higa & Valdés (2019), coinciden que tanto en Perú y Chile, la realización de cesáreas predomina en establecimientos privados.

Respecto al lugar de residencia, los nacimientos por intervenciones quirúrgicas en establecimientos privados fueron mayormente realizados en zonas urbanas; perteneciendo a los quintiles de mayor riqueza, en comparación con los atendidos en establecimientos públicos que se encontraban en los quintiles de menor ingreso (Hernández-Vásquez y otros, 2020).

En Chile, entre los años 2001 y 2014, la tasa de partos abdominales en hospitales privados cubiertos por seguro público en 15 regiones del país experimento un notable aumento, convirtiéndose en el mayor contribuyente a la tasa general de cesáreas. En 2001, los partos por cesárea en hospitales privados cubiertos por seguro público contribuyeron con un 8,7% del total, cifra que aumentó hasta un 52% para 2014.

A su vez, los partos por cesárea en hospitales públicos con seguro público representaron un 49,7% de la tasa general en 2001, y disminuyeron a un 25,7% al final del período. Por su parte, el grupo que incluye partos por cesárea en hospitales privados con seguro privado experimento una disminución en su contribución, pasando de un 32,4% en 2001 a un 20,5% en 2014, mientras que en hospitales públicos con seguro privado la tasa bajó del 9,7% en 2001 al 1,8% en 2014 (Borrescio-Higa & Valdés, 2019).

Respecto a las consecuencias en la salud del recién nacido relacionadas al parto por cesárea, Queiroz y otros (2022) en los años 2012-2017 en Sao Paulo, demostraron que existe un doble riesgo de mortalidad neonatal al preferir el parto quirúrgico en lugar del parto vaginal, tanto para bebés prematuros como en aquellos nacidos a término tardío. En ambos casos, el uso de intervenciones iatrogénicas puede generar efectos tanto positivos como negativos. Sin embargo, en los recién nacido de término, se observa una disminución de esta letalidad. Este fenómeno es relevante en Brasil, un país que experimenta una incongruencia sobre la morbimortalidad, asignado al uso excesivo de tecnología inapropiada y la falta de tecnología apropiada.

A diferencia de lo anterior, Mariani & Vain (2019), asocian la intervención por cesárea a un mayor riesgo de complicaciones respiratorias neonatales. Cuando esto ocurre, puede ser necesario el ingreso en la unidad de cuidados intensivos, oxigenoterapia o asistencia respiratoria.

Limitaciones

Las limitaciones encontradas durante esta revisión fueron principalmente, la escasa cantidad de artículos en relación con las causas del aumento de cesáreas y las consecuencias que esto tiene, en el recién nacido y la madre. Se identifica así, un déficit de investigaciones y la falta de información de algunos países de Latinoamérica respecto al problema identificado. Derivado de lo anterior, es importante considerar la escasez de

datos porcentuales actualizados de las tasas de cesáreas y la identificación de las causas que llevan a tomar la decisión de esta intervención en cada país y en la región Latinoamericana.

Sugerencias

Es relevante implementar investigaciones respecto a la intervención por cesáreas, y medir el impacto de esta cirugía en la madre y el recién nacido. El sistema de salud requiere abordar el problema en todas sus dimensiones y participar en forma activa en la búsqueda de decisiones justas, competentes y éticas, tanto a nivel nacional, como en la discusión en la región Latinoamericana.

La educación a las mujeres gestantes es fundamental respecto a fortalecer los beneficios de un parto vía vaginal y dar a conocer los riesgos del uso de una cesárea. Las decisiones médicas requieren deliberación, discusión y supervisión respecto a acciones que impidan las intervenciones sin justificación.

Finalmente, el sistema de salud y los equipos profesionales precisan de un trabajo colaborativo nacional, latinoamericano y a nivel mundial que permitan dar respuesta al problema que se planteó en el presente estudio. Es recomendable, por ejemplo, reevaluar la tasa de cesáreas del 15% propuesto por la OMS y dar importancia a la dimensión ética, entre otros.

CONCLUSIÓN

De acuerdo con los objetivos planteados en esta revisión, y la pregunta de investigación ¿Cuáles son las principales causas del aumento en la tasa de cesáreas en Latinoamérica?, se concluye que existen diversos motivos.

Respecto al primer objetivo sobre identificar las causas de realización de parto por cesárea en Latinoamérica. La falta de información por parte de las embarazadas acerca de los tipos de partos, tanto de sus beneficios como de sus complicaciones justifican el incremento de esta práctica. Este desconocimiento, se observa principalmente en Chile, acompañado por el temor al parto vaginal, el dolor asociado, la percepción de alto riesgo y la integridad vaginal, hace que muchas mujeres se sientan más vulnerables y pierdan autonomía para tomar una decisión informadas. Esto le otorga el poder de decidir por sobre ellas al médico o profesional a cargo, percibiéndolas incluso como “máquinas” incapaces de generar un producto de calidad sin la intervención de la tecnología. Mientras que, en Brasil la internación precoz de las embarazadas e insuficiente capacitación de los profesionales, también son factores importantes para este incremento.

Otra causa del aumento de cesáreas son las desigualdades sociales, como se evidencia en países como Brasil, México, Colombia, Perú y Guatemala durante 2014-2016. Se destaca Colombia, que presenta el porcentaje más bajo de nacimientos por cesárea con un 40,1%, en comparación con Brasil, que registra el porcentaje más alto de este procedimiento con un 59,4%, lo que representa una diferencia de casi veinte puntos porcentuales, de todas formas, ambas cifras son mucho más altas que la recomendación del 15% de la OMS.

Factores como el nivel educativo y la edad materna están estrechamente asociadas al incremento en la tasa de cesáreas. A mayor nivel de educación y mayor edad de la madre, se evidencia un aumento en la tasa de parto abdominal. En este sentido, Brasil destaca

nuevamente, ya que muestra la mayor diferencia en la tasa de cesáreas entre madres con menor nivel educativo, en comparación con aquellas con mayor nivel educativo.

El segundo objetivo, respecto a distinguir las diferencias del número de cesáreas entre sistema público y privado, destaca que en países de Latinoamérica como Perú y Chile, esta práctica predomina en los hospitales privados por sobre los públicos. Se observa que dicha mayoría se da en las zonas de mayor riqueza e incluso, se asocia con mujeres las cuales tienen mayor educación. A su vez, esta prevalencia también se vio reflejada en hospitales privados cubiertos por seguro público. Por otro lado, un factor importante que apoya este aumento, son las cesáreas anteriores, debido a que, se registra que gestantes con cicatriz de cesárea anterior suelen tener también el resto de sus partos, por esta misma vía. Esto, hace relevante la oportuna educación y promoción del parto vaginal desde la primera gestación.

Para finalizar, el tercer objetivo acerca de examinar las consecuencias de la cesárea en la salud del recién nacido en América latina, destaca que en Argentina por ejemplo, se advierte que las complicaciones respiratorias son un componente relevante en los efectos de esta práctica. Por otra parte, en Sao Paulo, Brasil, se señala que la mortalidad neonatal es doblemente riesgosa para los prematuros nacidos por este tipo de parto.

Es de suma importancia por tanto, implementar investigaciones con mayor profundidad sobre la realización de cesárea. La presente revisión deja en evidencia la escasa información disponible referente a un tema sumamente atingente en salud, pues continúa avanzando con una rapidez preocupante. Además, otra inquietud es respecto a la ejecución de esta práctica sin ninguna justificación de respaldo.

Para poder generar un cambio, se recomienda brindar educación a la población en general, pero enfocada principalmente en mujeres embarazadas con el fin de empoderarlas. Se espera que puedan recibir información que les permita elegir su vía de parto y conocer los beneficios y consecuencias a corto y largo plazo, tanto para ellas como para sus recién nacidos, evitando las cesáreas innecesarias.

REFERENCIAS

- Bernal-García, C., & Nahín-Escobedo, C. C. (2018). Cesárea: Situación actual y factores asociados en México. *Salud Quintana Roo*, 11(40), 28-33. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salquintanaroo/sqr-2018/sqr1840e.pdf>
- Betrán, A., Jian Feng, Y., Moller, A. Z., Gülmezoglu, M., & Torloni, M. (2016). La tendencia creciente en las tasas de cesáreas: estimaciones globales, regionales y nacionales: 1990-2014. *Plos one*, 11(2), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>
- Borrescio-Higa, F., & Valdés, N. (2019). Publicly insured caesarean sections in private hospitals: a repeated crosssectional analysis in Chile. *BMJ Open*, 9(4). <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024241>
- Caughey, A. B., Cahill, A. G., Guise, J., & Rouse, D. J. (2014). Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 123(3), 693-711. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/01.aog.0000444441.04111.1d>
- Colomar, M., Colistro, V., Sosa, C., De Francisco, L., Betrán, A., Serruya, S., & De Mucio, B. (2022). Cesarean section in Uruguay from 2008 to 2018: country analysis based on the Robson classification. An observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04792-y>
- Costa-Ramón, A., Rodríguez-González, A., Serra-Burriel, M., & Campo, C. (2018). Ya era hora: cesáreas y salud neonatal. *Revista de economía de la salud*, 59, 46-59. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.03.004>
- De Elejalde, R., & Giolito, E. (2019). Altas tasas de Cesáreas en Clínicas Privadas: ¿Una relación causal? *Observatorio Económico*(135), 4-5. <https://doi.org/https://doi.org/10.11565/oe.vi135.8>
- De la Fuente, P., & De la Fuente, L. (2007). Cesárea a petición de la embarazada. *Prog. Obstet. Ginecol.*, 50(7), 420-428. [https://doi.org/10.1016/S0304-5013\(07\)73207-7](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(07)73207-7)
- Dumont, A., & Guilmoto, C. (2020). Too many yet too few: The double burden of Caesarean births. *Alexandre Dumont and Christophe Z. Guilmoto*, 9(581). <https://shs.cairn.info/journal-population-and-societies-2020-9-page-1?lang=en>
- Fahmy, W. M., Crispim, C. A., & Cliffe, S. (2018). Association between maternal death and cesarean section in Latin America: A systematic literature review. *Midwifery*, 59, 88-93. <https://doi.org/doi:10.1016/j.midw.2018.01.009>

- Gibbons, L., Belizan, J., Lauer, A., Betran, A., Merialdi, M., & Althabe, F. (2012). Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *American Journal of Obstetric Gynecology*, 206(4), 331. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.02.026>
- González, G., Tapia, V., Fort, A., & Beltrán, A. P. (2013). Resultados del embarazo asociados a partos por cesárea en establecimientos de salud públicos peruanos. *Dovepress*(5), 637-645. <https://doi.org/https://doi.org/10.2147/IJWH.S46392>
- Hernández-Vásquez, A., Chacón-Torrico, H., & Bendezu-Quispe, G. (2020). Differences in the prevalence of cesarean section and associated factors in private and public healthcare systems in Peru. *Sex Reprod Healthc.* 2020. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100570>
- Lattus, J., Catalán, A., Paredes, A., Hidalgo, M., De Langue, B., Narváez, P., Herrera, F. (2013). Cerclaje cervical transvaginal de rescate con técnica de McDonald, experiencia del servicio en 11 años (2002-2013). *Revista Obstet. Ginecol.- Hosp., Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse.*, 8(2), 69-79. file:///C:/Users/LABC1-001/Downloads/ARTICULO_DE_INVESTIGACION_Cerclaje_cervi.pdf
- Magne, M., Puchi Silva, A., Carvajal, B., & Gotteland, M. (2017). The elevated Rate of cesarean section and its contribution to Non- Communicable Chronic Diseases in Latin America: The growing involvement of the Microbiota. *Frontiers in Pediatrics*, 5. <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fped.2017.00192>
- Margarita, M. A., Torres Jiménez, Y. Y., & Poveda Ávila, J. F. (2018). El proceso de parto cultural, una necesidad. *Revista cultura del cuidado*, 15(1), 23-37. <https://doi.org/https://doi.org/10.18041/1794-5232/cultrua.2018v15n1.5068>
- Mariani, G., & Vain, N. (2019). The rising incidence and impact of non-medically indicated pre-labour cesarean section in Latin America. *Semin Fetal Neonatal Med*, 24(1). <https://doi.org/10.1016/j.siny.2018.09.002>
- Murray, S. F. (2000). Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *National Library of Medicine*, 321(7275), 1501-1505. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.321.7275.1501>
- Murray, S. F., & Serani Pradenas, F. (1997). Cesarean birth trends in Chile, 1986 to 1994. *National library of medicine*, 24(4), 258-263. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.1997.tb00600.x>
- OMS. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. OMS. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1

- Pérez Sánchez, A., & Donoso Siña, E. (2011). *Obstetricia* (4ta ed.). Mediterráneo.
- Perner, M., Ortigoza, A., Trotta, A., Yamada, G., Braverman, A., Friche, A., Roux, A., D. (2022). Cesarean sections and social inequalities in 305 cities of Latin America. *SSM - Population Health*, 19. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101239>
- Perrotta, C., Romero, M., Sguassero, Y., Ingram, C., Righetti, N., Gialdini, C., Ramos, R. (2022). Women's mode of birth preferences and preparedness of hospitals to support vaginal birth in the public health sector in Argentina. *Salud reproductiva, femenina e infantil*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/rfc2.16>
- Perrotta, C., Romero, R., Sguassero, Y., Straw, C., Gialdini, C., Righetti, N., Ramos, S. (2022). Caesarean birth in public maternities in Argentina: a formative research study on the views of obstetricians, midwives and trainees. *BMJ Open*, 12(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053419>.
- Queiroz, M., Junqueira, M., Lay, A., de Aquino Bonilha, E., Borba, M., Aly, C., Diniz, C. (2022). Neonatal mortality by gestational age in days. *PLOS ONE*, 4-6. <https://doi.org/https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0277833>
- Roldán, E., Grajeda, L., & Pérez, W. (2020). Maternal height associated with cesarean section. A cross-sectional study using the 2014–2015 national maternal-child health survey in Guatemala. *Int J Equity Health*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12939-020-01182-8>
- Schnapp, C., Sepúlveda, E., & Robert, J. A. (2014). Operación de cesárea. *Revista médica clínica Las Condes*, 25(6), 987-992. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70648-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70648-0)
- Serena, M., Ortiga, A., Trota, A., Yamada, G., Braverman Bronstein, A., Friche, A., Diez Roux, A. (2022). Cesarean sections and social inequalities in 305 cities of Latin America. *Elsevier*, 19. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101239>
- Sosa, C., De Mucio, B., Colomar, M., Mainero, L., Costa, M., Guida, J., Moreno, A. (2023). The impact of maternal morbidity on cesarean section rates: exploration of a Latin American network of sentinel centers using Robson's ten-group classification system. *BMC Pregnancy Childbirth*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05937-3>
- Terto, T., Silva, T., Viana, T., Sousa, A., Martins, E., Souza, K., & Matozinhos, F. (2021). Association between early pregnant hospitalization and use of obstetric interventions

and cesarean: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm.*
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0397>

Weeks, F., Sadler, M., & Stoll, K. (2020). Preference for caesarean attitudes toward birth in a Chilean sample of young adults. *Women Birth, 33*(2), 159-165.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.012>

Yamamoto, M., Latorre, R., Rojas, J., Walker, B., Jordán, F., Carillo, J., Insunza, A. (marzo de 2019). Cesarean rates in a Chilean public hospital and the use of a new prioritization criteria: The relevance index. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research.*, 45(3), 578-584. <https://doi.org/doi:10.1111/jog.13879>

ANEXOS

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS DE GRADO ACADÉMICO

1. Identificación del autor.

<p>Nombre (s): Javiera Jacqueline Castro Carvajal.</p> <p>Dirección: Jorge guerra #18349, Maipú, Santiago, Chile.</p> <p>Teléfono: 9 8174 6628</p> <p>Email: jcastroc6@correo.uss.cl</p>
<p>Nombre (s): Sofía Belén Delgado Bravo.</p> <p>Dirección: Los Paltos #0726, Los prados 2, Puente Alto, Santiago, Chile.</p> <p>Teléfono: 9 5854 0199</p> <p>Email: sdelgadob@correo.uss.cl</p>
<p>Nombre (s): Lorena Antonia Flores Aréjula.</p> <p>Dirección: Trevira #1380, Maipú, Santiago, Chile</p> <p>Teléfono: 9 2399 6298</p> <p>Email: lfloresa4@correo.uss.cl</p>
<p>Nombre (s): Valentina Paz Olivares Salazar.</p> <p>Dirección: Av. Vicuña Mackenna 414, Condominio Las Vertientes I y II, Peñafior, Santiago, Chile.</p> <p>Teléfono: 9 8931 1241</p> <p>Email: volivaress3@correo.uss.cl</p>
<p>Nombre (s): Daniela Valentina Pinto Gormaz.</p>

Dirección: Santo Tomás #2054. Peñaflor, Santiago, Chile.

Teléfono: 9 3265 1642

Email: dpintog@correo.uss.cl

Nombre (s): Karla Antonia Saavedra Stuardo.

Dirección: Pasaje cosapilla 0711, Maipú, Santiago, Chile.

Teléfono: 9 3581 0294

Email: ksaavedras1@correo.uss.cl

2. Identificación del Trabajo de Titulación.

Título: CAUSAS DE CESÁREA EN PAÍSES DE LATINOAMÉRICA: UNA REVISIÓN NARRATIVA (2019 – 2023).

Facultad: Ciencias para el cuidado de la salud.

Carrera: Obstetricia y Matronería.

Título o grado al que opta: Licenciatura en Obstetricia y Matronería.

Profesor guía: Alejandrina del Carmen Arratia Figueroa.

Fecha de entrega: 19 de noviembre del 2024.

- 3. A través del presente formulario se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra con fines académicos, por cualquier forma, medio o procedimiento, siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica del documento.**

Autorizo su publicación (marcar con una X según corresponda).

X	Inmediata.
	Desde esta fecha: _____ (mes/año).
	NO autorizo su publicación completa, solo resumen y metadatos.

Nombre, rut y firma autores:

 <p>Javiera Jaqueline Castro Carvajal 21.142.700-0</p>	 <p>Sofía Belén Delgado Bravo 19.379.032-1</p>	 <p>Lorena Antonia Flores Aréjula 21.155.076-7</p>
 <p>Valentina Paz Olivares Salazar 20.424.600-9</p>	 <p>Daniela Valentina Pinto Gormaz 18.625.158-K</p>	 <p>Karla Antonia Saavedra Stuardo 20.657.260-4</p>