

Artículo de investigación

Caracterización de los resultados maternos y perinatales durante 2011-2020 en Uruguay

Characterization of Maternal and Perinatal Outcomes During 2011-2020 in Uruguay

Idania María Cruzata Matos^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-0503-7481>

Julian Frank Dieguez Pupo¹ <https://orcid.org/0000-0002-1523-0621>

¹Asociación Española, Departamento de Emergencia. Montevideo, Uruguay.

*Autor para la correspondencia: idaniamaria88@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El registro clínico de la atención en los servicios de salud a la mujer durante el embarazo, parto y al recién nacido se realiza por medio de las estadísticas en relación con la natalidad, logrando caracterizar la población de madres y nacidos vivos. Los indicadores obtenidos apoyan la planificación de la atención al permitir definir problemas y establecer prioridades, desarrollar y evaluar programas midiendo sus resultados, entre otros usos.

Objetivo: Caracterizar la atención materno perinatal según variables de interés durante una década.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en Uruguay desde 2011 hasta 2020. Se analizaron los resultados maternos y perinatales con estadística descriptiva.

Resultados: Se obtuvieron datos de 444 325 nacimientos: el 91 % a término, el 84 % entre 2500 hasta 3999 gramos de peso al nacer, el 66 % de gestantes entre 20 a 34 años, el 99 % ocurrieron en centros asistenciales, el 75 % asistidos por médicos y el 57 % por vía vaginal.

Conclusiones: Al caracterizar la atención materno perinatal en Uruguay durante una década se concluye que son infantes con peso entre 2500 hasta 3999 gramos productos de

gestaciones a término por vía vaginal, nacidos en instituciones de salud y asistidos por médicos, cuyas madres tenían entre 20 a 34 años.

Palabras clave: natalidad; sistemas de información; servicios de salud materno-infantil; atención perinatal; perinatología.

ABSTRACT

Introduction: The clinical record of care in women's health services; During pregnancy, childbirth and the newborn, it is carried out through statistics in relation to birth rates, managing to characterize the population of mothers and live births. The indicators obtained support care planning by allowing: defining problems and setting priorities, developing and evaluating programs by measuring their results; among other uses.

Objectives: To characterize perinatal maternal care according to variables of interest for a decade.

Methods: Observational, descriptive and cross-sectional study in Uruguay from 2011 to 2020. Maternal and perinatal outcomes were analyzed with descriptive statistics.

Results: Data were obtained from 444,325 births: 91 % at term, 84 % between 2,500 and 3,999 grams of birth weight, 66 % of pregnant women between 20 and 34 years of age, 99 % occurred in care centers, 75 % assisted by doctors, 57 % vaginally.

Conclusions: When characterizing perinatal maternal care in Uruguay for a decade, it is concluded that infants weighing between 2,500 and 3,999 grams are products of full-term vaginal gestations, born in health institutions and assisted by doctors; whose mothers were between 20 and 34 years old.

Keywords: natality; information systems; maternal-child health services; perinatal care.

Recibido: 13/11/2022

Aceptado: 10/07/2024

Introducción

En Uruguay, el cambio en el modelo asistencial comienza con la reforma de salud implementada en 2007, expresando dentro de los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud: asistencia con orientación preventiva, integral, de contenido humanista, universal, equitativa y de continuidad, que respete los principios de la bioética y los derechos humanos.⁽¹⁾

En el país, el sistema de salud se fundamenta en la noción de salud como un derecho humano universal, un bien público y responsabilidad del Estado. Integra prestadores públicos y privados, asegurando cobertura universal y ofreciendo un amplio conjunto de prestaciones iguales para todos. El Ministerio de Salud Pública (MSP) es responsable por la conducción y rectoría del sistema, define las políticas sanitarias y regula la atención que dan los prestadores en función de prioridades determinadas por la situación demográfica y epidemiológica.⁽²⁾ De esta forma se logra, entre otros, la atención a la salud sexual y reproductiva, con especial recaudo en la salud materno perinatal.⁽³⁾

El registro clínico de la atención en los servicios de salud a la mujer durante el embarazo, parto y al recién nacido se realiza por medio de las estadísticas en relación con la natalidad, logrando caracterizar la población de madres y nacidos vivos. Los indicadores obtenidos apoyan la planificación de la atención al permitir definir problemas y establecer prioridades, desarrollar y evaluar programas midiendo sus resultados, entre otros usos.^(4,5)

Se pueden obtener variables en relación con el recién nacido (fecha de ocurrencia y de inscripción, lugar donde ocurrió, asistencia del parto, peso al nacer y edad gestacional, sexo, tipo de nacimiento (simple o múltiple); y de la madre (edad, lugar de residencia habitual, número de embarazos, nacidos vivos y nacidos muertos, máximo nivel de instrucción alcanzado, ocupación y actividad económica, cobertura de la seguridad social); y con excepción de paridad, estas y otras características también pueden ser indagadas sobre el padre.⁽⁶⁾

La compilación sistemática de datos también proporciona la información demográfica necesaria para una buena gobernanza, pueden ayudar a monitorear el crecimiento y movimiento de la población e informar la política fiscal, y son esenciales para informar las necesidades y la cobertura de los servicios de salud. Estas funciones son críticas para

monitorear el progreso en el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas.^(7,8)

El objetivo de la investigación fue caracterizar la atención materno perinatal según variables de interés durante una década.

Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo y transversal, que recopiló información del número total de nacimientos (444 325) durante el período de 2011 hasta 2020 en Uruguay. Los datos son de acceso abierto, se obtuvieron del registro del Departamento de Estadísticas Vitales del MSP.⁽⁹⁾ Se procesaron en una base de datos de Microsoft Excel y se utilizaron técnicas de la estadística descriptiva.

Definición de variables:

- Edad gestacional: En semanas cumplidas al momento del nacimiento, categorizada como: menor a 37 semanas, de 37 a 41 semanas, más de 41 semanas.
- Peso: Primer peso del recién nacido en gramos, categorizada como: menos de 1000, de 1000 a 1499, de 1500 a 1999, de 2000 a 2499, de 2500 a 2999, de 3000 a 3499, de 3500 a 3999, 4000 o más.
- Edad materna: En años cumplidos, categorizada 14 o menos, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50 o más, no indicado.
- Lugar de ocurrencia del nacimiento: Categorizada como: centro asistencial, domicilio, otro lugar, no indicado)
- Personal que atendió el nacimiento: Categorizada como: médico, partera, otro, no indicado.
- Tipo de parto: Categorizada como: vaginal, cesárea, no indicado.
- Nivel educativo: máximo nivel de enseñanza educativa alcanzado de la madre, categorizada como: sin instrucción/primaria incompleta, primaria completa/secundaria incompleta, secundaria completa/terciaria incompleta, terciaria completa, no indicado.

Los datos del estudio son de acceso abierto⁽⁹⁾ (registros sin identificadores personales), se garantizó la confidencialidad de la información obtenida, por lo que la revisión ética no se consideró como indispensable.

Resultados

Al tomar en cuenta la edad gestacional (tabla 1) se muestra una concentración mayor de nacimientos entre las semanas 37 a 41 (91 %).

En el seguimiento al total de nacimientos según peso del recién nacido (tabla 1) es posible observar que entre 2011 y 2020, el rango de peso con mayor presencia fue 3000 a 3499 gramos (39 %), seguidos por 3500 a 3999 gramos (27 %). La distribución por edad materna según grupos quinquenales manifiesta un predominio de féminas en 3 grupos de edades: entre los 20 a 24 años (24 %), 25 a 29 años (23 %), 30 a 34 años (22 %). En el período de estudio, el 99,5 % nacimientos se produjeron en centros asistenciales. Del total de nacimientos, el 75 % fueron asistidos por médicos, seguidos por un 25 % asistidos por parteras. Frente al total de nacimientos, la participación de nacidos vivos que arribaron por vía vaginal (57 %) fue mayor, seguidos por cesáreas (43 %). La mayoría de las madres habían concluido sus estudios primarios (62 %), luego se ubicaron las que habían concluido sus estudios secundarios (20 %).(tabla 1)

Tabla 1 - Distribución de los nacimientos, Departamento de Estadísticas Vitales, Ministerio de Salud, Uruguay

Edad gestacional	2011-2020	
	n.º	%
Menor a 37 semanas	40 935	9
37-41 semanas	402 912	91
Más de 41 semanas	357	0
No indicado	121	0

Peso		
Menos de 1000	1988	0
De 1000 a 1499	3442	1
De 1500 a 1999	7156	2
De 2000 a 2499	22 233	5
De 2500 a 2999	81 398	18
De 3000 a 3499	172 654	39
De 3500 a 3999	120 368	27
4000 o más	34 904	8
No indicado	182	0
Edad materna		
14 o menos	1307	0
15-19	62797	14
20-24	105 156	24
25-29	102 000	23
30-34	97 478	22
35-39	59 579	13
40-44	14 884	4
45-49	839	0
50 o más	32	0
No indicado	253	0
Lugar de ocurrencia del nacimiento		
Centro asistencial	442 187	99,50

Domicilio	1437	0
Otro lugar	264	0
No indicado	437	0
Personal que atendió el nacimiento		
Médico	334 699	75
Partera	109 184	25
Otro	321	0
No indicado	121	0
Tipo de parto		
Vaginal	254 205	57
Cesárea	190 086	43
No indicado	34	0
Nivel educativo de la madre		
Sin instrucción/primaria incompleta	8950	3
Primaria completa/secundaria incompleta	276 871	62
Secundaria completa/terciaria incompleta	78 413	20
Terciaria completa	48 621	12
No indicado	31 470	2

Discusión

El estudio de los índices demográficos básicos de una comunidad es un factor muy importante para el conocimiento de la situación socioeconómica y sanitaria de dicha comunidad, así como para conocer su evolución demográfica.⁽¹⁰⁾

El número absoluto de nacimientos es el primer indicador disponible tras el cierre anual de las estadísticas vitales. Aunque no es un indicador adecuado para medir la intensidad de la fecundidad de una población, la variación y la magnitud del número de nacimientos permiten obtener una aproximación inicial a la comprensión de los cambios en el comportamiento reproductivo en la población.⁽¹¹⁾

De acuerdo con los datos obtenidos, se atendieron 444 325 nacimientos durante el período 2011-2020. Al contrastar los presentes datos con otros estudios realizados, se observa un mayor número de nacimientos en el rango de 37 a 41 semanas de gestación al parto (91 %), concordando con datos de autores cubanos,⁽¹²⁾ ecuatorianos,⁽¹³⁾ argentinos⁽¹⁴⁾ y cifras en Perú^(15,16,17) y Colombia,^(18,19) tanto a nivel nacional como por departamentos y municipios. Es preciso mencionar el porcentaje de nacimientos pretérminos, que se ubicó en un 9 %, en consonancia con las cifras mundiales, alrededor de un 11 % (5 % en zonas de Europa, 18 % en zonas de África), que equivale a que alrededor de 15 millones de niños nacen prematuros cada año.⁽²⁰⁾ Un estudio realizado en gestantes con infección confirmada por COVID-19 en Honduras evidenció un predominio de nacimientos pretérmino.⁽²¹⁾

El tiempo de gestación se encuentra asociado con el bienestar y el desarrollo del recién nacido. La prematuridad está relacionada con las condiciones de vida de la población y pone de manifiesto la necesidad de abordar causas de base multifactorial con un enfoque diferenciado. La edad gestacional y el peso al nacer están directamente relacionados con la morbilidad y mortalidad neonatal, así como con la calidad de la vida futura.^(20,22)

Recién nacidos a predominio fueron los de peso entre los 3000 y 3499 gramos (39 %), seguidos por el rango de 3500 a 3999 gramos (27 %) luego se ubicaron los de peso entre 2500 hasta 2999 gramos (18 %).

Datos estadísticos en Colombia exhiben resultados similares, predominando el rango de peso que muestra nuestro estudio, pero seguidos por el rango de 2500 hasta 2999 gramos, luego 3500 a 3999 gramos.⁽¹⁹⁾ Investigadores cubanos,⁽¹²⁾ ecuatorianos⁽¹³⁾ y peruanos^(16,23) reportaron un predominio nacimientos en el grupo de 2500 hasta 3999 gramos.

Es importante mencionar que un 8 % de los nacimientos fueron con peso inferior a 2500 gramos, cifras menores, un 6 %, se han reportado en un área de salud en Cuba⁽¹²⁾ y a nivel nacional en Perú; al realizar el desglose por departamentos en esta nación se evidencia que de Loreto y Cajamarca registraron mayor porcentaje (8,5 % y 8,4 %, respectivamente);

mientras que los porcentajes más bajos se presentan en Moquegua (3,7 %), Tacna (4,3 %), Arequipa y Madre de Dios (4,4 % en ambos casos).⁽¹⁵⁾ En gestantes con envejecimiento placentario precoz⁽¹⁷⁾ o COVID-19, la cifra de bajo peso al nacer puede ascender.⁽²³⁾

El peso al nacer es uno de los principales factores predictores de la morbilidad y mortalidad infantil. En el país, el sector salud ha intensificado esfuerzos para lograr la mayor atención de gestantes y así garantizar el bienestar de la madre y del nacido vivo.^(20,24,25)

Se evidencia predominio de gestantes en 3 grupos de edades: entre los 20 a 24 años (24 %), 25 a 29 años (23 %) y 30 a 34 años (22 %), cifras similares reportan diversos autores.^(26,27,28,29)

Resulta necesario mencionar los datos referentes al embarazo en adolescentes, alcanzando cifras de un 14 % en el estudio en relación con la mayoría de las regiones del mundo y se encuentra cercano al promedio de América Latina y el Caribe, dónde entre un 15 a 18 % de los nacimientos se producen en madres adolescentes. La región tiene la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo solo superadas por las de África subsahariana. Además, es la única región del mundo con una tendencia ascendente de embarazos en adolescentes menores de 15 años.^(30,31,32)

El embarazo adolescente sucede en todos los rincones del mundo; sin embargo, las niñas pobres, sin educación, de minorías étnicas o de grupos marginados y de áreas remotas y rurales tienen tres veces más riesgo de quedar embarazadas que sus pares educadas y de las zonas urbanas. Es necesario visualizar al embarazo en la adolescencia como un fenómeno complejo, en el cual se encuentran conjuntamente factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos, de género y educacionales.^(30,32)

El embarazo adolescente y la maternidad temprana configuran uno de los mayores desafíos sociales, políticos y económicos para los países de América Latina y el Caribe. Cuando una adolescente se convierte en madre, sus derechos sexuales y reproductivos y sus derechos a la salud, educación, entre otros, se ven vulnerados a corto plazo. Es probable que queden atrapadas en un círculo vicioso de pobreza y exclusión, que las afectará principalmente a ellas, pero que también limitará las oportunidades de sus hijos y, de forma agregada, dada la magnitud del embarazo adolescente en la región, afectará la realidad de sus comunidades y países. El embarazo de niñas y adolescentes es el rostro de la desigualdad.^(29,33,34,35)

Un informe epidemiológico sobre la salud de los adolescentes en Uruguay, identifica el embarazo en la adolescencia como un problema que revela la inequidad social educativa y socioeconómica. Los datos epidemiológicos muestran que la ocurrencia del embarazo en la adolescencia es diferente según los quintiles de ingresos, la zona de residencia, la educación y otros factores. El impacto de este en el presente y futuro de las adolescentes justifica la necesidad de atender su situación desde una perspectiva de derechos y de género, considerando la atención de salud en todos sus niveles, fortaleciendo las articulaciones intersectoriales, los programas de cercanía y las redes territoriales. La Atención Integral de Adolescentes es un modelo que permite mejorar la atención de esta franja etaria. Este modelo privilegia la promoción de estilos de vida saludables, potencia fortalezas y previene probables riesgos, involucra a la familia y el soporte social existente. Abarca más que el servicio de salud, también a los ámbitos donde habitan, estudian, trabajan o se recrean los adolescentes. La atención es brindada por un equipo de técnicos de distintas disciplinas, construyendo un proceso de interdisciplina e intersectorialidad.^(24,31)

En Uruguay, el Ministerio de Salud a nivel nacional recomienda el nacimiento institucional como estrategia para la obtención de buenos resultados materno-neonatales. Si bien cada mujer tiene el derecho a elegir el lugar donde parir, se considera que en el contexto sanitario actual, la forma segura de parto es el nacimiento institucional humanizado-respetado, a fin de que las instituciones puedan brindar una asistencia de calidad y calidez, logrando humanizar el proceso asistencial del nacimiento.⁽²⁵⁾ Bajo esta premisa casi la totalidad de los nacimientos se producen en centros asistenciales (99 %), lo que coincide con otros estudios.^(15,19,36) El nacimiento hospitalario fue la pieza clave en la reducción de la mortalidad materna y neonatal; esta reducción en la mortalidad ha derivado en considerar el embarazo y el parto como fenómenos seguros.⁽³⁷⁾

En cuanto al personal que atendió el nacimientos, los datos (75 %) son similares a lo reportado en la bibliografía consultada,^(15,36) en su mayoría por médicos. Sin embargo, siguiendo recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, la obstetra partera/o es el profesional de salud idóneo para la asistencia de mujeres embarazadas de bajo riesgo, asumiendo que se debe contar en el equipo básico asistencial que garantice la presencia del ginecotocólogo con quien valorar en forma conjunta y oportuna las situaciones clínicas que desvían el riesgo de su patrón de normalidad. El equipo básico asistencial se completa con

la presencia de licenciado en enfermería, auxiliar de enfermería junto a pediatra y/o neonatólogo y anestesista, alineados en el modelo asistencial humanizado-respetado del nacimiento.⁽²⁵⁾

En el país, los nacimientos por vía vaginal son más frecuentes (57 %), cifras similares se reportan en Colombia^(18,19) y Perú.^(16,26) Contrastan estos datos con publicaciones que reportan los nacimientos por cesárea como más frecuentes.^(14,23)

Es preciso analizar las cifras en relación con la cesárea (42 %), la Organización Mundial de la Salud señala que las tasas de cesárea superiores al 10,0 % no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal. Cifras en Perú reportan porcentaje de partos de nacidos vivos por cesárea en ascenso,⁽¹⁵⁾ resulta más evidente este fenómeno en gestantes con envejecimiento placentario precoz.⁽¹⁷⁾

Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10 % y el 15%. Para ello, se han basado en la declaración hecha por un panel de expertos en salud reproductiva en una reunión organizada por la OMS en 1985. También, desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea en quienes este procedimiento no responde a una indicación médica. Las complicaciones maternas y neonatales son mayores en la cesárea que en el parto vaginal y, en comparación, representa un gasto significativo para los sistemas sanitarios. Está asociada a riesgos a corto y a largo plazo, que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer y del neonato, así como a embarazos futuros. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral. La promoción de un modelo asistencial humanizado-respetado es también una herramienta para reducir la tasa de cesáreas, al permitir a la mujer y su familia vivir y sentir el parto como una experiencia satisfactoria y segura, no viendo a la cesárea como una solución que evita una temerosa experiencia.^(25,38)

Finalmente, el 62 % de las gestantes poseía estudios primarios completos, el 17 % estudios secundarios completos, 10 % estudios terciarios. Contrastan estos resultados con los

obtenidos por investigadores que informan mayor número de gestantes con secundaria y superior no universitario^(16,23) o mayor número de gestantes en enseñanza media.⁽¹⁹⁾

Es preciso señalar que resultó muy factible incluir en el estudio aquellas variables de las que existieran todos los datos en la fuente consultada.⁽⁹⁾

Al caracterizar la atención materno perinatal en Uruguay durante una década se concluye que son infantes con peso entre 2500 hasta 3999 gramos productos de gestaciones a término por vía vaginal, nacidos en instituciones de salud y asistidos por médicos, cuyas madres tenían entre 20 a 34 años.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud Pública. A 10 años de la Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Uruguay. 2019 [acceso 23/10/2022]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/10-anos-ley-defensa-del-derecho-salud-sexual-reproductiva>
2. Funcionamiento del sistema de salud en Uruguay - OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud. 2021 [acceso 23/10/2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/funcionamiento-sistema-salud-uruguay>
3. Ministerio de Salud Pública. Plan Integral de Atención en Salud (PIAS). Uruguay. 2018 [acceso 23/10/2022]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/politicas-y-gestion/plan-integral-atencion-salud-pias>
4. OPS/OMS. Sistema informático perinatal en el Uruguay: SIP 2000 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. 1999. [acceso 23/10/2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/sistema-informatico-perinatal-uruguay-sip-2000>
5. OPS/OMS. Sistema de Información Perinatal (SIP) - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. 1983 [acceso 23/10/2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/centro-latinoamericano-perinatologia-salud-mujer-reproductiva-clap/sistema-informacion-perinatal>
6. Definiciones y conceptos. Argentina.gob.ar. 2020 [acceso 23/10/2022]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/ses/definiciones>

7. Abou Zahr C, de Savigny D, Mikkelsen L, Setel PW, Lozano R, Lopez AD. Towards universal civil registration and vital statistics systems: the time is now. *Lancet*. 2015;386(10001):1407-18. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60170-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60170-2)
8. Suthar AB, Khalifa A, Yin S, Wenz K, Ma Fat D, Mills SL, *et al.* Evaluation of approaches to strengthen civil registration and vital statistics systems: A systematic review and synthesis of policies in 25 countries. *PLoS Med*. 2019;16(9): e1002929. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002929>
9. Ministerio de Salud Pública. Estadísticas Vitales. Uruguay. 2022 [acceso 04/11/2022]. Disponible en: <https://uins.msp.gub.uy/>
10. Díaz M, Rodríguez C. Natalidad y Mortalidad neonatal en el Hospital Universitario Central de Asturias durante los últimos diez años. *Eur. J. Develop. Educa. Psychop*. 2020;8(1). DOI: <https://doi.org/10.30552/ejpad.v8i1.126>
11. UNFPA. Descenso acelerado de la fecundidad en Uruguay entre 2015 y 2018. Tres estudios para su análisis. Uruguay. 2020 [acceso 03/11/2022]. Disponible en: <https://uruguay.unfpa.org/es/Descenso-de-la-fecundidad>
12. Cruzata I, Pupo JFD, Escalona YR, González ALC, Diéguez JAL, Rodríguez KL. Comportamiento de variables clínico epidemiológicas en la atención prenatal. *Rev Cub Med Gen Integr*. 2022 [acceso 26/10/2022];38(2). Disponible en: <http://www.revmgj.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1749>
13. Bustamante Sierra MC. Valoración de las características maternas: estado nutricional periconcepcional y ganancia de peso en el embarazo y su relación con los resultados neonatales en el Hospital de la Mujer “Alfredo G. Paulson”. Guayaquil, Ecuador. 9 de marzo de 2018 [acceso 03/11/2022]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/10258>
14. Larcade R, Rossato N, Bellecci C, Fernández A, García C, Vain N. Edad gestacional, vía de parto y relación con el día y hora de nacimiento en dos instituciones del sector privado de salud. *Arch argent pediatr*. 2021:18-24. DOI: <https://doi.org/10.5546/aap.2021.18>
15. INEI. Perú: Características Sociodemográficas de Nacimientos y Defunciones 2016-2020. 2020 [acceso 03/11/2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/2921278-peru-caracteristicas-sociodemograficas-de-nacimientos-y-defunciones-2016-2020>

16. Dávila-Aliaga C, Hinojosa-Pérez R, Espinola-Sánchez M, Torres-Marcos E, Guevara-Ríos E, Espinoza-Vivas Y, *et al.* Resultados materno-perinatales en gestantes con COVID-19 en un hospital nivel III del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2021;38(1):58-63. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.381.6358>
17. Manrique Arroyo M, Huertas Tacchino E. Envejecimiento placentario precoz y complicaciones perinatales. *Rev peru ginecolobstet.* 2021;67(4). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2367>
18. Puello Ávila AC, Rodríguez Ortiz JA, Giraldo Méndez N, Castro Herrera LM. El riesgo de recién nacidos expuestos a eventos de morbilidad materna extrema en un centro de alto riesgo obstétrico. *Univ. Med.* 2021;62(4). DOI: <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed62-4.mmia>
19. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Datos de nacimientos en Colombia 2011-2021. 2021 [acceso 03/11/2022]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos>
20. OPS. Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro. OPS; 2019 [acceso 02/11/2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53940>
21. Zúniga-Briceño AI, Erazo-Fino LE, Burgos-Zúniga CC, Zúniga-Briceño AI, Erazo-Fino LE, Burgos-Zúniga CC. Resultado materno perinatal de las gestantes con infección confirmada por COVID-19, hospital Santa Teresa, Comayagua, Honduras. Serie de casos. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2022;73(2):175-83. DOI: <https://doi.org/10.18597/rcog.3762>
22. Ministerio de Desarrollo Social. Uruguay. Guías en salud sexual y reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. 2014 [acceso 03/11/2022]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guias-salud-sexual-reproductiva-manual-para-atencion-mujer-proceso>
23. Estrada-Chiroque LM, Orostegui-Arenas M, Burgos-Guanilo M del P, Amau-Chiroque JM. Características clínicas y resultado materno perinatal en mujeres con diagnóstico confirmado por COVID-19 en un hospital de Perú. Estudio de cohorte retrospectivo. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2022;73(1):28-38. DOI: <https://doi.org/10.18597/rcog.3776>

24. ASSE. Uruguay. Protocolo de Prevención del Embarazo Adolescente. 2018 [acceso 03/11/2022]. Disponible en: <https://www.asse.com.uy/contenido/Protocolo-de-Prevencion-del-Embarazo-Adolescente-9671>
25. Ministerio de Salud Pública. Uruguay. Recomendaciones para la asistencia del nacimiento institucional. 2018 [acceso 03/11/2022]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-para-la-asistencia-del-nacimiento-institucional>
26. Instituto Nacional Materno Perinatal. Perú. Boletines estadísticos. 2022 [acceso 03/11/2022]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/boletines-estadisticos/1422371837>
27. UNFPA. Guatemala. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en Guatemala. 2020 [acceso 03/11/2022]. Disponible en: <https://guatemala.unfpa.org/es/publications/consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-guatemala-0>
28. UNFPA. Paraguay. Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente en Paraguay. Aplicación de la metodología MILENA 1.0. 2019 [acceso 03/11/2022]. Disponible en: <https://paraguay.unfpa.org/es/publications/consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-adolescente-en-paraguay-aplicaci%C3%B3n-de-la>
29. UNFPA. México. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en México. 2020 [acceso 03/11/2022]. Disponible en: <https://mexico.unfpa.org/es/publications/consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-en-adolescentes-en-m%C3%A9xico>
30. UNFPA América Latina y el Caribe. Reseña técnica: el embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. 2020 [acceso 03/11/2022]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/publications/rese%C3%B1a-t%C3%A9cnica-el-embarazo-en-la-adolescencia-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe>
31. UNFPA. Uruguay. Maternidad en adolescentes y desigualdad social en Uruguay. 2017 [acceso 03/11/2022]. Disponible en:

<https://uruguay.unfpa.org/es/publicaciones/maternidad-en-adolescentes-y-desigualdad-social-en-uruguay>

32. UNFPA América Latina y el Caribe. Informe Consecuencias Socioeconómicas del Embarazo en la Adolescencia en seis países de América Latina y el Caribe. Bajo la metodología Milena. 2020 [acceso 03/11/2022]. Disponible en:

<https://lac.unfpa.org/es/publications/informe-consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-seis-pa%C3%ADses-de>

33. UNFPA. Perú. Consecuencias socioeconómicas del embarazo y maternidad adolescente en el Perú. 2020 [acceso 03/11/2022]. Disponible en:

<https://peru.unfpa.org/es/publications/consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-y-maternidad-adolescente-en-el-per%C3%BA>

34. UNFPA. Ecuador. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en Ecuador- Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe – Milena 1.0. 2020 [acceso 03/11/2022]. Disponible en:

<https://ecuador.unfpa.org/es/publications/consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-ecuador%E2%80%9D>

35. UNFPA. Colombia. Estudio MILENA: Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente y la maternidad en la adolescencia en Colombia. 2020 [acceso 03/11/2022].

Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/es/publications/estudio-milena-consecuencias-socioeconomicas-del-embarazo-adolescente>

36. UNFPA. Colombia. Estudio del caso de población indígena en el departamento del Chocó. 2022 [acceso 03/11/2022]. Disponible en:

<https://colombia.unfpa.org/es/publications/estudio-del-caso-de-poblaci%C3%B3n-ind%C3%ADgena-en-el-departamento-del-choc%C3%B3>

37. Sánchez-Redondo MD, Cernada M, Boix H, Espinosa Fernández MG, González-Pacheco N, Martín A, et al. Parto domiciliario: un fenómeno creciente con potenciales riesgos. An Pediatr Barc. 2020;93(4):266.e1-266.e6.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.04.005>

38. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. 2015 [acceso 04/11/2022].

Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Idania María Cruzata Matos.

Curación de datos: Julian Frank Dieguez Pupo, Idania María Cruzata Matos

Análisis formal: Idania María Cruzata Matos.

Investigación: Julian Frank Dieguez Pupo, Idania María Cruzata Matos.

Metodología: Julian Frank Dieguez Pupo, Idania María Cruzata Matos

Administración del proyecto: Idania María Cruzata Matos.

Recursos: Julian Frank Dieguez Pupo, Idania María Cruzata Matos.

Software: Idania María Cruzata Matos.

Supervisión: Idania María Cruzata Matos.

Validación: Julian Frank Dieguez Pupo, Idania María Cruzata Matos

Visualización: Julian Frank Dieguez Pupo, Idania María Cruzata Matos

Redacción – borrador original: Idania María Cruzata Matos.

Redacción – revisión y edición: Idania María Cruzata Matos.