



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de medicina

Título de la tesis:

Investigación Documental de Factores Clínicos que han Incrementado la incidencia de Cesáreas No Indicadas en Hospitales de México.

Tesis para obtener el título de:

Médico Cirujano y Partero.

Estudiante:

Luis Francisco Rodríguez López

Asesor experto:

Dr. Manuel Morales Soto

Asesor metodológico:

Dr. Iván Guzmán León

PUEBLA

AGOSTO 2025

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi padre Juan Sebastián Rodríguez Díaz, por impulsarme en estudiar medicina y ser mi maestro en todo lo que sé cómo médico, a mi madre Guadalupe López Lara por darme fortaleza en los momentos difíciles y a mis hermanas Patricia y Tania por acompañarme en todos los sentidos.

También quiero agradecer a los doctores, docentes y amigos dentro y fuera de la facultad de medicina porque sin ustedes, no podría realizar mis sueños como, también a los doctores que me enseñaron en mi internado y servicio social, así como a la facultad de medicina por haberme dado la oportunidad de formarme y continuar mis estudios, así como la culminación de ellos.

ÍNDICE

CONTENIDO

1. RESUMEN.....	4
2. INTRODUCCIÓN.....	7
3. ANTECEDENTES.....	9
3.1. ANTECEDENTES GENERALES.....	9
3.2. ANTECEDENTES ESPECIFICOS.....	26
4. JUSTIFICACIÓN.....	29
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	31
6. HIPÓTESIS CIENTÍFICA.....	34
7. OBJETIVOS.....	35
7.1. OBJETIVO GENERAL.....	35
7.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	35
8. MATERIAL Y MÉTODOS.....	37
9. BIOÉTICA.....	46
10. RESULTADOS.....	47
11. DISCUSIÓN.....	87
12. CONCLUSIÓN.....	96
13. PROPUESTAS.....	99
14. REFERENCIAS.....	101

1. RESUMEN.

Palabras clave: Cesárea no indicada médicamente, cesárea indicada por criterios ginecológicos y obstétricos clínicamente válidos.

Introducción. A lo largo de la historia de la medicina, la ginecología y obstetricia ha experimentado un progreso notable en las técnicas quirúrgicas para resolver el embarazo, lo que ha beneficiado la salud materna y neonatal, aunque también ha generado contraindicaciones que es necesario investigar para que la cesárea deje de realizarse sin indicación en México, es decir que deje de representar un riesgo para la mujer y el recién nacido.

Objetivo. Observar los riesgos en la calidad de vida para la madre gestante y del recién nacido, por las cesáreas no indicadas, en relación con las cesáreas indicadas por criterios ginecológicos y obstétricos clínicamente válidos en beneficio de la calidad de vida de la mujer gestante y del producto por nacer.

Metodología. Por el tipo de estudio descriptivo, observacional y explicativo, con fuente de investigación documental con relación a los indicadores socioculturales y clínicos que ginecológicamente beneficien o dañan la salud de la mujer gestante y/o del producto por nacer, el recién nacido vivo, con las secuelas del proceso quirúrgico de la cesárea para ambos pacientes.

Resultados. Se revisaron artículos de estudios de seguimiento de casos clínicos en la última década, donde en la **(Tabla No.1)** se observó que la tasa de cesáreas en mujeres embarazadas en 3 clínicas privadas de Chile fue del (75.90%, 39% y 69.3%) correspondieron a cesáreas no indicadas; sin embargo, en Perú la cifra de cesáreas indicadas varía, ya que éstas se realizaron con prescripción médica previa. La **(Tabla No.2)** detalles indicadores de morbilidad y mortalidad materna relacionados con: Preeclampsia del (3 al 8%), Diabetes Gestacional (7%), Ruptura Uterina (2%) y Restricción del Crecimiento Uterino (10%). En complicaciones neonatales: La Taquipnea Transitoria del Recién Nacido (TTRN 2%) y el Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR 1%), Lesiones Físicas (2%) y los Problemas de

Adaptación e Infecciones (10%) (**Tabla No.3**). Las muertes maternas relacionadas con el proceso de la cesárea. En el estudio de Chile se reportó una incidencia del (54.14%); sin embargo, en México el (IMSS) señala que, en el año 2017, 102 decesos en mujeres, de los cuales solo 44 no estaban ligadas con el embarazo (**Tabla No.4**). En cuanto a la incidencia de cesáreas estudiadas, el Hospital Ángeles del Pedregal tuvo un 84%, el Hospital de Cayetano de Heredia en Perú un 50.2% y las clínicas privadas en Chile presentaron los índices más altos de cesáreas (**Tabla No.5**). Para el análisis de los casos, que se consideraron 9 estudios clínicos con seguimiento de 10 pacientes en total, enfocándose en los factores de riesgos de las cesáreas indicadas y no indicadas, además de los datos clínicos neonatales que permitieron evaluar la calidad de vida de las pacientes y de los recién nacidos por cesárea. (**Tablas No. 6 a la No. 32**).³³⁻⁴⁹

Discusión. La actual problemática del aumento de cesáreas, como la forma de resolver el embarazo para asegurar la calidad de vida de la mujer gestante y del recién nacido, aún no son criterios centrales para la indicación de cesáreas en hospitales de México y América Latina. Este fenómeno se debe a múltiples factores, como la falta de criterios médicos válidos en ginecología y obstetricia por parte de los profesionales de salud, lo que conlleva a errores médicos o la falta de conocimiento. Otro aspecto poco ético es el potencial beneficio económico para los profesionales. Por otro lado, las pacientes y sus familias consideran aspectos como el temor al dolor, el aspecto estético y la desinformación, entre otros.³³⁻⁵⁰

Conclusión. Las cesáreas no indicadas, representan un grave problema de salud pública, en su mayoría es a petición de la embarazada, conllevando riesgos irreversibles, no se tiene un proyecto a largo plazo. También hay una falta de datos sobre las cesáreas no indicadas, la OMS reporta que en la actualidad México tiene el (48% aproximado) de cesáreas no indicadas. Todo profesional de la salud ante el proceso de la resolución del embarazo debería considerar como primer criterio clínico salvaguardar la vida con calidad para el binomio madre e hijo o hija, además los programas integrales para la salud integral de las mujeres en edad reproductiva

y de sus parejas debe crear conciencia acerca de los riesgos del embarazo, resolución del parto vaginal y/o de los riesgos del proceso de la cesárea.⁵⁰

2. INTRODUCCIÓN.

La cesárea es una operación que ha evolucionado significativamente a lo largo del tiempo debido a los avances en la ciencia médica de la ginecobstetricia. Inicialmente considerada como una opción de último recurso por sus altos riesgos, se ha convertido en un procedimiento común en el ámbito médico, incluso en México. Sin embargo, este aumento en la frecuencia de cesáreas ha puesto de manifiesto desafíos importantes como las desigualdades en la atención especializada. Estas desigualdades reflejan en variación de la calidad de los servicios ginecobstétricos entre los contextos públicos y privados, lo que afecta directamente la calidad de vida materno infantil y genera preocupación sobre el uso excesivo de cesáreas, ya sean indicadas o no indicadas desde un punto de vista médico. *La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022)* ha indicado que, en ciertos nosocomios de nuestro país, la incidencia de cesáreas supera el 40%, lo que ha suscitado preocupación sobre la calidad de vida materno infantil ante el uso excesivo de cesáreas, ya sea indicadas o no desde el punto de vista médico, y genera desigualdades en la atención especializada en la ginecobstetricia y su calidad, variando en los contextos públicos y privados de México.⁵⁰

Este estudio examina las causas que, según la literatura científica analizada, reporta factores clínicos que pueden ser beneficiosos y otros que representan riesgos, así como elementos socioculturales que complican la situación y contribuyen al incremento de las tasas de cesáreas en hospitales de México. Asimismo, se revelan las intervenciones legales y éticas en la práctica clínica y los derechos de las mujeres en la atención obstétrica y los protocolos basados en evidencia para reducir las cesáreas que no están indicadas médicamente.

El objetivo principal de esta investigación es identificar los desafíos y propuestas científicas que permitan a los estudiantes de medicina en hospitales, ya sean públicos o privados, reconocer la necesidad de asegurar la calidad de la salud materna infantil en el campo de la ginecología y obstetricia para las poblaciones de México, conectando con las recomendaciones de la Organización Mundial de la

Salud y de los colegios de ginecología y obstetricia del mundo con consejos sensatos, verídicos y confiables que validen y expliquen las indicaciones para las cesáreas o la resolución, de un parto vaginal.⁴

Este documento presenta un marco teórico dividido en dos secciones: Los antecedentes generales, que abarcan el contexto teórico y la evolución de la ginecobstetricia hasta la complejidad de la toma de decisiones en relación con los derechos humanos de las mujeres en edad fértil y los no nacidos, que posteriormente serán neonatos con o sin calidad de vida así como la mujer junto a su familia y comunidad, quienes toman decisiones con base en el conocimiento “orientadas” por profesionales de la especialidad en ginecobstetricia. La segunda parte del marco teórico aborda otros estudios realizados a nivel nacional sobre la calidad de vida y la salud de la madre gestante, el producto no nacido y o los neonatos, ya sean vivos o muertos en hospitales de México.¹⁻⁵⁰

Los capítulos siguientes describen de manera breve la metodología utilizada para la recolección de datos, la estrategia para el análisis de información, los criterios de inclusión y las técnicas para alcanzar los objetivos, junto con la justificación y el planteamiento del problema.

Los resultados se presentan en tablas con datos epidemiológicos y seguimiento de casos, y se explica la relevancia de las contribuciones derivadas de esta investigación en cumplimiento de los objetivos de la presente tesis. Luego, en la discusión se confrontan los resultados obtenidos de artículos que respaldan esta investigación, en relación con el marco teórico que argumenta científicamente la complejidad del desarrollo de la industria en lo que respecta a la deliberación en la toma de decisiones, tanto en cesáreas, indicadas como cesáreas no indicadas, promoviendo la calidad de vida de ambos: madre y producto por nacer, que más tarde será un neonato vivo o muerto. En las conclusiones se borra las limitaciones del estudio, así como los procesos de las cesáreas, que son necesarias para resultar en salvaguardar la vida de la mujer embarazada y en el nacimiento saludable del recién nacido, especialmente en el caso de cesáreas programadas y justificadas. Este trabajo de investigación representa un amplio estudio que, como

futuro médico, proporciona un valioso aprendizaje sobre los aspectos aún por explorar, frente a los diversos factores que limitan, desafía y pueden contribuir a asegurar una práctica médica más precisa en el ámbito de la ginecobstetricia, protegiendo así la vida del binomio madre hijo/hija.⁵⁰

3. ANTECEDENTES.

3.1. ANTECEDENTES GENERALES.

3.1.1. Antecedentes históricos.

Lo orígenes de la Ginecología y Obstetricia como diciplina medica se remonta a la edad de piedra, cuando la asistencia del parto era proporcionada únicamente por la mujer, y se realizaba de manera individual. A *Sorano de Efeso* se le considera como pionero de la Ginecología y Obstetricia. Así, en el siglo II d.C la obstetricia experimento cambios y comenzó una fase de experimentación con un enfoque más clínico, en el que se fue especializando particularmente durante el Renacimiento e Ilustración.¹

La *Ginecología y Obstetricia* tiene su origen en la edad de piedra, debido al hecho del nacimiento humano, conectándose con la evolución desde el periodo *Homínidos* hasta el *Homosapiens*. Desde aquellos tiempos lejanos, eran las mujeres quienes se encargaban de los partos, transmitiendo sus conocimientos y experiencia por generaciones a través de los remedios caseros precisos. Estos aspectos constituyen las bases de la medicina en el campo especializado de la Ginecología y Obstetricia. Sin embargo, en siglos posteriores a la ilustración, estas disciplinas se han vuelto extremadamente especializadas debido a diversos factores como el avance de la medicina. Los avances técnicos y científicos han mejorado en el control prenatal, tanto en el cuidado de la madre gestante como del producto, con el objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad materna. Estas situaciones continúan presentando múltiples desafíos en la actualidad.²

En los primeros siglos, los métodos eran rudimentarios, y la morbilidad y mortalidad materna eran elevados y recurrentes. La cesárea se utilizaba como una opción final debido a su riesgo alto de mortalidad (Siglo XVII a XIX). Mas adelante, (a finales del

siglo XIX), se introduce el concepto de asepsia y antisepsia, gracias a reconocidos personajes como *Semmelweis, Koch, Lister, Hasted* quienes pusieron en práctica estos procesos sanitarios fundamentales que lograron reducir de manera significativa la morbilidad y mortalidad asociadas a la cesárea, permitiendo así realizarla con mayor seguridad clínica.³

En cambio, los desarrollos en la cirugía, como la histerotomía e histerorrafia y en la parte inferior del útero, fueron avances clave que mejoraron la eficacia, disminuyendo las complicaciones durante el procedimiento clínico de la cesárea. Estos avances también facilitaron una recuperación más rápida y segura para las pacientes, reduciendo riesgos como infecciones y rupturas uterinas en embarazos posteriores, lo que marcó un hito en la evolución de la cirugía obstétrica.³

Además, la incorporación de antibióticos, las transfusiones de sangre (En el Siglo XX) y los progresos en la anestesia, junto con la creciente responsabilidad de los cirujanos mejoraron significativamente los procedimientos, tanto en la histerectomía como en la cesárea. Esta última, cuando era verdaderamente necesaria para proteger la salud de la madre, solo se contemplaba como última opción, a pesar de ser un procedimiento quirúrgico habitual y más seguro.³

Los avances en el ámbito técnico, científico y tecnológico en la Ginecología y Obstetricia inicialmente proporcionaron una mejor calidad de vida tanto para la madre como para el futuro recién nacido, haciéndolo “más seguro”. Sin embargo, desde la perspectiva de la salud pública, la cesárea dejó de ser una opción exclusivamente médica en situaciones de emergencia y se convirtió en un procedimiento quirúrgico elegido, así como una alternativa al trabajo de parto. Esto representa una evolución en la percepción social de este procedimiento, generando controversias, desafíos y conflictos tanto para la salud de la paciente gestante como para la del producto. Además, surge el dilema de la ética médica.³

La ética en la medicina y el desarrollo de las técnicas quirúrgicas propuestas por *Joel- Cohen*, quien detalla cómo se ha buscado la eficacia del procedimiento quirúrgico en comparación con otros métodos históricos para reducir la morbilidad y mortalidad materna asociadas con la cesárea. ³

En la investigación sobre la especialización de las cesáreas, se ha desarrollado una clasificación de estas (anteriormente conocidas como histerectomías). *Robson* ha propuesto un sistema de clasificación que permite estandarizar indicaciones y evaluar las tasas de cesáreas, promoviendo una atención ginecobstetricia más precisa y respetuosa.³

La transformación de las técnicas quirúrgicas en cesáreas ha sido notable a lo largo de los siglos (S.XVII-XIX). Se ha señalado que los métodos de asepsia y antisepsia de *Semmelweis*, *Koch*, *Lister* y *Hasteld*, junto con la sutura del útero en la incisión transversal en su segmento inferior, disminuyeron considerablemente la morbilidad y mortalidad materna. Además, el uso de antibióticos, transfusiones de sangre, mejoras en la anestesia y cuidados post operatorios, así como cambios en los procedimientos quirúrgicos, han bajado notablemente la morbilidad y mortalidad asociadas a cesáreas. La técnica de *Pfannenstiel*, que se introdujo a finales del siglo XIX, y la técnica de *Joel Cohen* (1972), son ejemplos de los progresos que han optimizado los resultados estéticos y han dividido el dolor post operatorio. La técnica *Misgav Laddach*, presentada por *Michael Stark* (1994), ha perfeccionado aún más el procedimiento al acortar el tiempo de la operación y la morbilidad post operatoria, empleando una técnica que contempla la apertura digital de la pared abdominal y la omisión de suturas en algunas capas para reducir el riesgo de infecciones y la aparición de adherencias.³

3.1.2. Epidemiología de la cesárea en América Latina.

La Organización Mundial de la Salud (OMS ,1985) indica que las tasas de cesáreas deberían mantenerse entre un 10 y 15 %, pero actualmente estas cifras están en aumento especialmente Chile (Lagos, Chile, 1985), donde ocupa el tercer lugar a nivel mundial de las tasas de cesáreas. Este incremento en las tasas de cesáreas supera las recomendaciones de la OMS y ha generado preocupación debido a su impacto en la salud materna y neonatal. Los factores de riesgo asociados a estas

cifras desmedidas de cesáreas están vinculadas a un aumento en la morbilidad y mortalidad del binomio madre-hijo, incluyendo complicaciones como infecciones, hemorragias, problemas del seno materno y un incremento en el apego madre-hijo, sugiriendo una recomendación general para el proceso de maduración neuropsicológica. En el caso de Chile, las altas tasas de cesáreas, especialmente en clínicas privadas, se ha relacionado directamente con un aumento en las muertes maternas durante el puerperio inmediato, lo que refuerza la necesidad de adherirse a las recomendaciones de la OMS para evitar riesgos innecesarios. Existen estudios que analizan la relación entre las cesáreas y la mortalidad materna en algunos países, como Chile, donde se registra una alta tasa de cesáreas, especialmente en clínicas privadas, así como la conexión entre las cesáreas y las muertes maternas en el puerperio inmediato. Actualmente, se ha propuesto a nivel mundial la implementación de protocolos regulatorios que destacan los criterios universales para la indicación de cesáreas y la importancia de informar a las madres en gestación sobre los riesgos relacionados con esta intervención tanto para la salud como para el producto que esta por nacer.⁴⁻⁵

La cantidad de cesáreas está aumentando en todo el mundo, especialmente en países altamente desarrollados y en aquellos con un desarrollo intermedio durante los últimos 50 años, desde que la OMS surgió en 1985 que se mantuviera la tasa de cesáreas entre 10% y el 15%. Sin embargo, su objetivo es prevenir la mortalidad materna y perinatal cuando es necesario. No obstante, no hay evidencia concreta sobre los beneficios de realizar este procedimiento cuando no es necesario. La OMS aclara que las tasas de cesáreas que superan el 10% no están asociadas con una reducción en los riesgos maternos-neonatales.⁴

En Estados Unidos, la tasa de cesáreas llegó al 28.6% en la segunda mitad de los años 90, mostrando un incremento en la prevalencia de estos procedimientos desde un inicio, debido a la baja relación en la práctica de la cesárea, lo que posteriormente resultó en histerectomías. Este aumento está vinculado a los bajos porcentajes de mortalidad materna y neonatal.⁵

Desde un enfoque médico, es necesario alcanzar un acuerdo sobre los factores que forman parte de la interacción en el ámbito de la salud, donde los intereses económicos y el desconocimiento de los riesgos por parte de las mujeres embarazadas contribuyen al incremento de cesáreas que no están indicadas. Esto se debe a la economía en la recuperación y a consideraciones estéticas del abdomen. También se mencionan la opción terapéutica de las técnicas quirúrgicas como *Beck*, y tipo *Kerr*, así como la intervención transversa por avulsión -*Misgav-Ladach*, que implican el riesgo de presentar un beneficio económico médico para la madre gestante, priorizando aspectos estéticos en lugar de los terapéuticos.⁴

A causa de los problemas existentes en la Ginecología y Obstetricia, se propone establecer criterios estándar de formación continua para especialistas, con el fin de reducir las cesáreas no indicadas o innecesarias, así como mejorar la calidad de la atención tanto materna como del recién nacido.⁴⁻⁵

3.1.3. La cesárea como procedimiento quirúrgico.

Mujeres en edad fértil a nivel global, muestran un riesgo considerablemente mayor y significativo en cuanto a la prescripción e inadecuada indicación de cesáreas. Esta decisión está influenciada por factores biológicos, prácticas obstétricas y contextos sociales e institucionales. En países como Chile y Brasil se observan altas tasas de cesáreas, especialmente en hospitales privados y entre mujeres de clase alta.⁵

En efecto, los distintos, factores sociales, culturales, económicos y bioéticos influyen en la atención clínica del paciente, lo que el prioriza la elección entre cesárea o parto vaginal, lo que a menudo resulta en complicaciones graves relacionadas con la edad de la madre y el número de gestaciones, tanto planificadas como no planificadas. Existe un temor e incertidumbre entre las embarazadas multigestas sobre los efectos adversos, como la incontinencia urinaria, especialmente en el caso de los fetos macrosómicos. Los ginecobstetras suelen considerar que la cesárea más segura para el recién nacido y más viable para las madres. Pero se trata en realidad, de una falacia que utiliza para justificar errores respaldándose en evidencias

científicas que muestran datos epidemiológicos sobre la baja calidad de vida y los mayores riesgos para las mujeres que se someten a cesárea.⁵

La cesárea es un procedimiento quirúrgico obstétrico diseñado para realizar la extracción del bebé mediante cortes en el abdomen y el útero. Su utilización ha crecido en gran medida debido a los diagnósticos médicos incorrectos. La indicación adecuada para llevar cesáreas se clasifica en él (Anexo en tabla 1 ver).⁵

Absolutas:	Relativas:
Prolapso de cordón umbilical en procubito o procedencia.	Enfermedad hipertensiva del embarazo.
Placenta previa, parcial u oclusiva o por desprendimiento prematuro de placenta.	Presentación pelviana o podálica.
Presentación transversa fetal o con completa extensión.	Placenta baja o marginal.
Desproporción cefalopélvica relacionada con malformaciones traumatismos pélvicos maternos, o también por presentación anómala postural del producto.	Hipertensión inducida por el embarazo o preclamsia.
Sufrimiento fetal, verdadero confirmado vía auscultación y con monitoreo fetal.	Fibromas o quistes ováricos que obstruyan el canal de parto.
Ruptura del útero o por paro cardíaco, o también por muerte materna.	Cesárea anterior, falta en el progreso del trabajo de parto, por causas fisiológicas obstétricas maternas, fetales, iatropatogenias prevenibles.
	Riesgos por infección y transmisión de enfermedades como herpes y VIH ante

	la mayor carga viral, corioamnionitis y otras enfermedades infectocontagiosas.
--	--

Fuente: Schnapp CS, Sepúlveda ES, Robert JA. Operación cesárea cesárea. Rev Med Clin Las Condes. 2014 Nov;25(6):987-992. doi: 10.1016/S0716-8640(14)70648-0

Otros factores de riesgo en las cesáreas tienden a incrementar las complicaciones en la madre, como infecciones y hemorragias, así como problemas neonatales, como el síndrome de Dificultad Respiratoria y La Taquipnea Transitoria del Recién Nacido, lo que puede llevar a requerir la unidad de cuidados intensivos en los recién nacidos. Por lo tanto, se proponen métodos para mejorar la calidad del diagnóstico clínico en situaciones de distocia. Además, se busca reducir la frecuencia del sufrimiento fetal, tales como realizar evaluaciones médicas adecuadas y precisas con el fin de evitar cesáreas no indicadas o innecesarias. El consentimiento informado debe de ser específico y voluntario, siendo obligatorio según las políticas y códigos de bioética médica. Es crucial respetar la autonomía de la paciente, asegurando que se tomen decisiones correctas e informadas.⁵

3.1.4. Definición y clasificación de la cesárea.

La cesárea es un procedimiento quirúrgico diseñado para extraer al bebé que está por nacer y sus elementos placentarios mediante una laparotomía o apertura de la pared uterina. Este método se emplea cuando el parto natural es inviable, presentando riesgos tanto para la madre como para el recién nacido.⁶

1. “La cesárea electiva es un procedimiento planificado que se realiza antes de que inicie el trabajo de parto indicado en embarazadas con factores de riesgo materno fetales que dificultan o hacen inviable el parto natural”.⁷
2. La cesárea durante el trabajo de parto o en recurso, se realiza durante dicho trabajo de parto por razones maternas, fetales o mixtas. Esto incluye situaciones como desproporción pélvica-fetal, fallo en la inducción del trabajo de parto, distocia de dilatación o descenso y trabajo de parto detenido. En este caso no hay un riesgo inminente para la madre o el feto.⁶

3. La cesárea urgente se lleva a cabo debido a la enfermedad materno fetal bajo la presunción del bienestar del bebé. Puede ocurrir antes o durante o el parto, y se recomienda que la duración entre el diagnóstico y el inicio de la cesárea no supere los 30 minutos.⁶
4. La cesárea de emergencia se lleva a cabo en situaciones donde existan factores de riesgo materno fetal, como ruptura del útero, prolapso del cordón umbilical, desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada, placenta previa con hemorragia que compromete el estado hemodinámico de la paciente y embolia del líquido amniótico. La extracción del feto debe realizarse en cuestión de minutos.⁶

3.1.5. Principales técnicas quirúrgicas utilizadas en las cesáreas.

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que puede realizarse utilizando diversas técnicas, cada una adaptada a las necesidades clínicas específicas. Estas técnicas tienen indicaciones particulares, así como ventajas y desventajas que deben de ser consideradas para garantizar la mejor atención posible a la madre y al recién nacido, que se mencionan a continuación:

1. Incisión en el segmento inferior (*tipo Kerr*).

Esta técnica presenta ventajas como un menor riesgo de hemorragia, un acceso y cierre más sencillo de la pared uterina, la formación de una cicatriz uterina muy resistente y una baja probabilidad de la dehiscencia de ruptura en embarazos posteriores, así como pocas adherencias postoperatorias. Sin embargo, existe el riesgo de dañar vasos uterinos.⁶⁻⁸

2. Incisión corporal o clásica.

Esta técnica es adecuada en situaciones de complicaciones como placenta previa, embarazo múltiple o cesárea post mortem. Sus desventajas incluyen una apertura y cierre más complicados, mayor riesgo de hemorragia, más adherencias y una histerorrafia menos resistente, lo que puede resultar en deshidratación en embarazos futuros.⁶⁻⁸

3. Incisión transversal por avulsión (*Misgav-Ladach o Stark*).

“Las ventajas de esta técnica incluyen una reducción en el tiempo quirúrgico, menor, pérdida de sangre durante la operación, disminución de fiebre y dolor postoperatorio y una estancia hospitalaria más corta”.⁶⁻⁸

4. Incisión del segmento corporal (*Tipo Beck*).

“Esta técnica se emplea en casos de fetos en posición Transversa, embarazos prematuros o cuando se ha realizado una histerectomía corporal previa. Sin embargo, presenta desventajas similares a la técnica corporal”.⁶⁻⁸

5. Incisiones verticales.

“La incisión Media Infraumbilical, aunque es poco utilizada, es rápida y sencilla, lo que hace ideal para situaciones de urgencia y además de presentar un bajo de nivel sangrado”.⁶⁻⁸

6. Incisiones Transversas.

“La incisión tipo *Pfannenstiel* se realiza aproximadamente a un dedo por encima del pubis en forma horizontal o ligeramente curvada. Es conocida por su enfoque estético y funcional, requiriendo una disección cuidadosa para evitar daños en tejidos”.⁶⁻⁸

“La incisión tipo *Mouchel* es muy similar al tipo *Pfannenstiel*, se diferencia por atravesar los músculos rectos del abdomen, lo que hace más invasiva y con mayor impacto en la estructura muscular abdominal”.⁶⁻⁸

“La incisión tipo *Bastien* se considera como una técnica excepcional para cesáreas extraperitoneales, destacándose por permitir una apertura más amplia y facilitar el acceso en procedimientos específicos”.⁶⁻⁸

3.1.6. Indicaciones generales para realizar una cesárea.

“Las razones maternas para indicar una cesárea incluyen distocia de partes óseas, estrechez pélvica y malformaciones congénitas que dificultan imposibilitan el parto vaginal”.⁹

“Las causas fetales para prescribir una cesárea incluyen factores de riesgo como sufrimiento fetal, Macrosomía y prolapso del cordón umbilical que pueden comprometer la salud del recién nacido”.⁹

Las causas mixtas se presentan cuando hay factores de ambos lados, ya sea de la madre o del recién nacido, incluyendo situaciones como preeclampsia severa, infecciones de líquido amniótico y embarazos múltiples. Sin embargo, la selección de técnicas se basa en la presentación clínica tanto de la madre como del recién nacido, así como la experiencia y criterios médicos, siempre buscando proteger la vida de ambos.⁹

La reducción de riesgos en situaciones necesarias incluye aspectos como un diagnóstico médico preciso, por ejemplo: Presentación cefálica o podálica, embarazo múltiple o la ausencia del trabajo de parto; de esta manera, prevenir la cesárea en estas circunstancias disminuye los riesgos tanto para la madre como para el recién nacido que está por nacer.⁹

1. La tasa de mortalidad aumenta al realizar múltiples cesáreas, incrementándose en 3 puntos en comparación con el parto vaginal. Además, se asocia con un alto riesgo de complicaciones como hemorragias, infecciones y problemas placentarios.⁹
2. En relación con los recién nacidos, la mortalidad se asocia a la cesárea es de 2.4 significativamente más alta que en los que nacen por parto vaginal. Igualmente, es importante considerar la posibilidad del ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN) si es necesario, con una estancia mínima de una semana.⁹

3. La calidad de vida y los factores de riesgo tras las cesáreas, así como la recuperación prolongada en comparación con el parto vaginal, presentan dificultades para criar al recién nacido y realizar las tareas del hogar. El dolor postquirúrgico y las molestias continuarán durante semanas, incluso meses, impactando negativamente en la vida de la madre. Además, el efecto emocional que en muchas mujeres experimentan como fracaso o depresión posparto es una de las principales razones para optar por una cesárea, sobre todo si no es de su elección de parto.⁹
4. Los riesgos futuros que pueden enfrentar la madre si desea volver a embarazarse incluyen: un mayor riesgo al situarse en la parte inferior del útero, cubriendo total el cuello uterino. La placenta acreta puede pegarse de manera excesiva o profunda a la pared uterina, ocasionando hemorragias significativas durante el parto vaginal. Las adherencias provocadas por cicatrices internas generan tejido cicatricial que se relaciona con órganos internos y causa dolor crónico, lo que puede afectar la fertilidad.⁹
5. Otras complicaciones por considerar son las infecciones que presentan un mayor riesgo debido a la infección en la zona puede impactar el útero. Las complicaciones en la cicatrización que algunas mujeres presentan al someterse a una cesárea pueden resultar en cicatrices queloides. Las infecciones en el abdomen, junto con los riesgos relacionados como las hernias, pueden debilitar la pared abdominal, incrementando la probabilidad de desarrollar hernias en un futuro.⁹

3.1.7. Ética médica y toma de decisiones en las cesáreas.

Durante las evaluaciones clínicas para la toma de decisiones respecto a las cesáreas, un principio ético que puede aplicarse es la autonomía de la paciente, asegurando una información completa y detallada que explique los riesgos y beneficios tanto para la madre gestante como para el bebé por nacer. Así, la

paciente puede tomar decisiones sobre su integridad física y la del niño. Otro principio ético médico que se debe considerar es la no maleficencia, evitando procedimientos innecesarios que puedan perjudicar la salud materno fetal y la dignidad de la mujer, que deben prevalecer sobre cualquier interés médico personal. Además, el principio de la justicia en la atención ginecobstetricia se refiere al proceso de la distribución del servicio médico a las poblaciones que demandan atención clínica. Esto implica que las desigualdades sociales, económicas, culturales, físicas, biológicas, mentales, políticas educativas y morales no deberían de ser motivo de discriminación, de acuerdo con el artículo uno de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUSH, 1948).¹⁰

Hay un amplio debate ético acerca de la necesidad de realizar una cesárea a petición de la mujer embarazada sin una recomendación médica clara. Por ello, es crucial ofrecer a las futuras madres información detallada sobre las ventajas y desventajas y complicaciones de la cesárea, tanto para el bebé como para la madre, y establecer criterios específicos para la indicación médica en relación con la calidad de vida posterior a la cesárea, teniendo en cuenta el principio ético de maximizar el beneficio y minimizar el daño para ambos pacientes (Madre e hijo/a).¹⁰

Tal como ya se ha mencionado anteriormente, las cesáreas y la prescripción médica tienden a aumentar la mortalidad tanto materna como del recién nacido, especialmente en naciones donde la incidencia de cesáreas supera el 15% (OMS, 2000). Es impredecible la obtención de un consentimiento informado que se aclaró exacto y emitido por el /la médico firmado por la paciente. En situaciones donde la paciente se encuentra inconsciente una condición de alta vulnerabilidad, un representante legal podría firmar en su lugar para abordar el procedimiento de cesárea.¹⁰

En cuanto al principio ético referente a la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia en la medicina relacionada con las cesáreas, se busca asegurar y mantener la calidad de la atención clínica en las indicaciones necesarias para reducir los riesgos y establecer expectativas sobre la salud de la madre y del recién nacido.¹⁰

3.1.8. Normativas y regulaciones sobre la cesárea en México.

En las normas incluye la guía de práctica clínica número 48, que trata sobre la reducción de la frecuencia de cesáreas y establece diversas recomendaciones. El objetivo es asegurar un control y atención adecuada en el diagnóstico temprano de los factores de riesgo que podrían representarse durante el embarazo. Asimismo, se detalla la búsqueda específica del diagnóstico e información a la paciente sobre los beneficios y riesgos que implica la decisión de realizar una cesárea. Se considera la autorización de estos procedimientos que sustentan las condiciones de servicio con el fin de disminuir la mortalidad asociada a esta práctica.¹¹

En México, las normas oficiales que regulan la cesárea son la NOM-007-SSA2-2016 y la NOM-005-SSA2-1993. Estas normas proporcionan directrices que deben seguirse en la atención ginecobstetra, buscando reducir las tasas de cesáreas que no cuentan con justificación médica alguna, lo que promueve la preparación del personal de salud y la evaluación de cesáreas en relación con la tasa de natalidad.^{9,12,13}

La tasa de cesáreas en México es elevada, alcanzando un 48% en estudios realizados, superando el rango establecido por la OMS entre el 10 y 15%. Las cesáreas deben de estar justificadas por indicación médica y su realización sin esta indicación se considera éticamente inapropiada. Sin embargo, también se deben considerar las expectativas de la madre, como el miedo al parto vaginal y las experiencias recientes que puedan influir en la decisión sobre el tipo de procedimiento a elegir.¹⁰

La norma oficial mexicana NOM 004-SSA3-2012 establece directrices para el manejo del expediente clínico, enfatizado como requisito principal el tipo y la técnica de cesáreas que se planea realizar. Asimismo, se propone obtener el consentimiento informado, que debe de ser leído y firmado de manera manuscrita por la paciente y el médico responsable antes de realizar el procedimiento. Las guías de práctica clínica tienen como objetivo reducir el número de cesáreas no indicadas e innecesarias basándose en la información sobre los beneficios y riesgos que implica.¹⁴

3.1.9. Derechos de las mujeres en relación con la atención obstétrica.

Las mujeres tienen el derecho de recibir atención prenatal de calidad que respete su privacidad durante el embarazo y el parto y el puerperio. Esto incluye la opción de tener un seguimiento adecuado y la prevención de complicaciones, así como el acceso a la información sobre su salud y opciones de resolución del embarazo. También se prohíbe cualquier forma de rechazo o agresión hacia las madres en trabajo de parto, protegiendo así su integridad física.¹⁵

Durante el embarazo se ha sugerido el reposo en cama para evitar riesgos y complicaciones, aunque la evidencia sobre su efectividad es variable. Se ha observado que el reposo prolongado puede provocar efectos negativos como la debilidad muscular, la pérdida de minerales de los huesos, trombosis venosa y alteraciones en los sistemas cardiovascular, endocrino e inmunológico. Debido a estos posibles efectos adversos, se ha considerado la práctica del reposo en cama, sugiriendo que no siempre es la mejor opción para mejorar los resultados en el embarazo.¹⁵

3.1.10. Derechos humanos del no nacido.

Derechos del no nacido (El niño no nacido) se considera un ser humano desde el momento de la Concepción hasta su nacimiento, atravesando las etapas de embrión y feto. Se sostiene que el embrión posee un código genético y un sistema inmunológico que son distintos a los de la madre. Hay diversas opiniones sobre cuándo comienza la vida humana, abarcando desde la fertilización hasta el nacimiento. La Iglesia católica y varios acuerdos internacionales, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, promueven la protección de la vida desde la Concepción. Se propone que la objeción de conciencia sea un derecho para los profesionales de la salud, permitiéndoles rehusarse a realizar procedimientos que contravengan sus convicciones morales, éticas y religiosas.¹⁶

3.1.11. Declaración Universal de bioética y derechos humanos.

La evolución de la bioética destaca por su relevancia reflejada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 2005, que marca la transición de una “bioética clásica” hacia una “bioética nueva” integrando dimensiones sociales, políticas, económicas y éticas fundamentales.¹⁷

El proceso de creación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos fue extenso e internacional, iniciando en el 2001 y concluyendo en el 2005. Contó con la colaboración de expertos internacionales de renombre, promoviendo la dignidad humana y la protección de los derechos fundamentales en el marco bioético.¹⁷

“La Declaración Universal de los Derechos Humanos establece un vínculo directo con la bioética, promoviendo la dignidad humana, la protección de los derechos fundamentales, integrando valores éticos en el ámbito social y médico”.¹⁷

La Declaración Universal de los Derechos Humanos no es un reglamento vinculante, pero tiene un valor legal, jurídico y político que responsabiliza a las naciones y garantiza derechos fundamentales en su población los que se mencionan a continuación.¹⁷

1. “La promoción de la salud tiene como objetivo garantizar los derechos humanos relacionados con el acceso a medicamentos y servicios médicos, asegurando una atención adecuada y equitativa para la población”.¹⁷
2. “La lucha contra la desigualdad social tiene como objetivo principal reducir la pobreza, combatir la desnutrición y mejorar la educación, promoviendo condiciones más equitativas para la población”.¹⁷
3. “La protección de futuras generaciones ha adquirido gran relevancia, generando preocupación por los impactos del desarrollo científico en esos contextos, con el objetivo de salvaguardar su bienestar y derechos”.¹⁷
4. “La importancia ética y social se refleja en la declaración de la bioética, abordando los conflictos de intereses y las propuestas para la población en general, promoviendo valores como equidad y justicia”.¹⁷

3.1.12. Violencia ginecológica y obstétrica.

La violencia obstétrica representa una forma de agresión y una violación a los derechos humanos de las mujeres, subrayando la vulnerabilidad dentro de las políticas de salud pública, así como su impacto a la negativa en la salud y el bienestar de las mujeres durante todas las etapas relacionadas con el embarazo, incluidos el parto, la cesárea y el puerperio. Además, esta violencia se manifiesta a través de abusos, humillaciones, sobredosis de medicamentos y el estigma asociado a los procesos fisiológicos, evidenciándose en gritos, el ignorar a la paciente y preguntas incómodas, y la manipulación psicológica para aceptar procedimientos, entre otros aspectos.¹⁸

En México, la encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares. (ENDIREH), de 2016 reportó que el 34% de las mujeres entre los 15 y 42 años que dieron a luz experimentaron violencia obstétrica, especialmente en Oaxaca, el 31.1% reportó haber sufrido violencia obstétrica por parte del médico.¹⁹

El marco normativo tanto a nivel mundial como a nivel nacional, que ampara los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres, subraya la necesidad de educar a las embarazadas, proporcionándoles información sobre sus derechos y asegurando su acceso a esta información para prevenir la violencia obstétrica. La NOM-007-SSA2-2016 propone normas mínimas para la atención médica antes, durante y después del embarazo, así como en el parto y la cesárea y el puerperio, con el propósito de garantizar una atención digna y respetuosa y de calidad.^{12,18,19}

3.2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.

3.2.1. Prevalencia de la cesárea en México.

La tasa de cesáreas en México ha aumentado de manera alarmante en los últimos años, alcanzando un 40% en ciertos hospitales. Este incremento ha generado dudas sobre los posibles efectos nocivos para la salud tanto de la madre como del hijo; En las últimas décadas no se han podido obtener cifras precisas sobre el aumento del potencial de cesáreas, aunque se considera que en México está entre los países con los índices más altos a nivel mundial. Asimismo, para obtener datos más precisos, se recomienda consultar los archivos oficiales de salud pública del país.²⁰

El estudio sobre la cesárea: la situación actual y los factores asociados en México realizado por la *Dra. Celina Bernal García y el Dr. Cuauhtémoc Nahín Escobedo Campos (2017)*, analizan la prevalencia y los factores asociados a la práctica de cesáreas en el país. Mediante una revisión bibliográfica y artículos científicos publicados entre el 2010 y 2017, se descubrió que la tasa de cesáreas en México es del 37.8%. Superando así del 10-15% recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, el 63% de las cesáreas se realizan en hospitales privados, lo que refleja una mayor demanda en estas instituciones en comparación con las públicas. Al comparar las instituciones públicas y privadas, el índice de cesáreas es considerable, más alto en hospitales privados que en instituciones de salud pública y que también forma parte de las instituciones de seguridad social como IMSS-Bienestar antes de SSA. IMSS e ISSSTE para las personas no aseguradas frente a los asegurados. Sin embargo, se observa que las cesáreas conllevan a un riesgo de 3 puntos, 6 veces mayor de mortalidad materna en comparación con el parto vaginal. Asimismo, la tasa de muertes neonatales es de 2 4 veces mayor para los recién nacidos que nacen por cesárea electiva, en comparación con aquellos que nacen por parto vaginal. A pesar de que las mujeres embarazadas de 35 años o más tienen un 61% de probabilidad de someterse a una cesárea en comparación con las embarazadas de entre 20 y 34.²¹

Los Resultados obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2019 sobre la “*Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018*” reporta que, en México, por cada 100 mujeres embarazadas, el (23.3%) tuvo cesáreas programadas y el (22.8%) cesáreas de urgencia. Además, los 3 Estados con los porcentajes más altos de cesáreas programadas son: Tamaulipas con un (33.3%), Nuevo León (31%) y la Ciudad de México con el (29.1%). En cuanto a las cesáreas de urgencia, los Estados que destacan son: Tlaxcala con el (30%), Aguascalientes con el (29.4%) y Baja California Sur con el (28%).¹⁹

En el estudio realizado en el “*Hospital General de la Huasteca*”, se reportó una tasa de cesáreas del 48.1%. La edad promedio de mujeres en la muestra fue 24.8 ± 6.2 años y un 91.4% de las pacientes que requerían atención obstétrica provenían de 8 municipios. Las causas más frecuentes de cesárea incluyeron, sufrimiento fetal agudo, con 34 casos, desproporción céfalo pélvica, con 25 casos, presentación no cefálica, con 24 casos, preeclampsia en 14 casos, cesárea iterativa, 11 casos y disminución de líquido amniótico. 14 casos. Un 3.6% de las pacientes presentó complicaciones, siendo la hemorragia obstétrica la más frecuente con 57.1%. Los grupos clasificados bajo Robson 1, 2 y 4 fueron los que más contribuyeron a los índices de cesárea, aunque los datos anteriores ayudan a entender la frecuencia, las causas y la distribución de las cesáreas, así como comprender la prevalencia en el ámbito hospitalario.²²

En la tesis titulada “*prevalencia de cesáreas y los factores asociados en primigestas en el Hospital General de Zona No. 20 "La Margarita"*”, señala que el 55.9% de las primigestas son sometidas a este procedimiento. La distribución por edad muestra que el 37.97% pertenece al Grupo de 20 a 24 años y el 30.17% de 25 a 29 años. El 40.7% de las mujeres tiene preparatoria completa y el 29.2% licenciatura, aunque el 55.9% trabaja en diversos oficios. Se observa que un 37.6% presenta sobrepeso y un 37.6% obesidad. Las principales razones para cesárea incluyen oligohidramnios (16.9%) y embarazo hipertensivo (9.2%). La mayoría de los procedimientos se realizaron en la noche con un (34.24%). Existen correlaciones

significativas entre la edad materna superior a 35 años y la cesárea ($p=0.005$) y entre la obesidad grado 2 ($p=0.044$). El 73% de las mujeres que se sometieron a cesaría de 20 a 34 años pertenecen a un nivel socioeconómico bajo y el 75.7% solo tiene secundaria.²³

4. JUSTIFICACIÓN.

El objetivo clínico de esta investigación documental radica en promover una cultura ética para la deliberación de cesáreas indicadas y la prevención de cesáreas no indicadas. Es decir. La toma de decisiones clínica debe ser coherente con los criterios éticos científicos, normativos y en derechos humanos que garanticen la calidad de vida de la mujer gestante y del futuro recién nacido/a. Entonces, los futuros profesionales médicos/as con la convicción de observar el nivel de compromiso en el área científica médica de la ginecología y la obstetricia es la responsable de orientar y asesorar a los estudiantes de medicina en el nivel hospitalario, así también, durante la entrevista a las familias, las mujeres en edad fértil, en la mayor medida de lo posible, advirtiéndoles que se trata de un proceso médico de cuidado integral clínico y sociocultural, en bien de ambos pacientes la madre gestante y el producto en proceso de gestación. Qué es el contexto que envuelve y centra la atención de esta investigación con la que se pretende identificar los factores morales, culturales, sociales, geográficos, clínicos, técnicos y tecnológicos que atraviesan la orientación de cada especialista en ginecología y obstetricia para la toma de decisiones clínica respecto a un procedimiento, en la labor de parto vaginal, normal y “no complicado”, hacia la cesárea indicada, la forma quirúrgica; o en su caso la no cesárea.^{4,5,10}

Se establece como la mercadotecnia afecta a la ética médica y la toma de decisiones, integrando el tema de los “nacimientos a la Carta” como un desafío ético que los médicos deben abordar. Y se mantiene el enfoque en la importancia de la ética médica y la orientación de los estudiantes, mientras se aborda el impacto de la mercadotecnia como un factor que puede influir negativamente.^{4,5,18}

Por otro lado, la medicina de los servicios en instituciones públicas, que son el contexto ideal en la que se preparan generaciones y generaciones de futuros médicos y médicas, donde la organización hospitalaria parece “caótica”, los y las estudiantes de internado, servicio social y residencia, al parecer suelen aprender más vicios respecto a la toma de decisiones no clínicas y si por interés de responder

a las “normalidades” internas de las instituciones que subordinan -el aprendizaje clínico- como futuros profesionales médicos. Todos estos elementos deben de ser analizados para esta tesis académica, donde además de los datos epidemiológicos respecto al porcentaje de cesáreas no programadas, sino también, un aprendizaje sobre las iniciativas para orientar con veracidad y confiabilidad la toma de decisiones clínica en la ginecología y obstetricia, que beneficie la salud de cada paciente, donde también se observe el diagnóstico contextual hospitalario donde se suscita la toma de decisiones que lleva a complejizar y elevar la tasa de cesáreas no indicadas clínicamente y que impactan en la salud para beneficio o para crear daño en la mamá gestante, y también para el proceso de la salud del recién nacido.^{10,14,18}

La población beneficiada en este estudio directamente será para los estudiantes de internado y servicio social, que puedan planear la calidad de la atención médica en la vida del binomio madre e hijo/hija del recién nacido, promoviendo una toma de decisiones válida para la ginecología y obstetricia en los hospitales públicos de México, como compromiso ético y legal en el nivel de aprendizaje hospitalario en el internado y el servicio social, como parte de las nuevas generaciones de estudiantes adscritos a los servicios de salud públicos y privados.^{4,10,18}

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

A nivel internacional, la tasa de cesáreas ha aumentado exponencialmente, sobrepasando gravemente los porcentajes aceptados por la OMS, que corresponden al 10 y 15% respectivamente, esto es, en la mayoría de los países. Esta situación ha sido, en parte impactada por el desarrollo científico, tecnológico y técnico para la ginecología y la obstetricia, que han sugerido “beneficiar” con técnicas clínicas a la población de mujeres en edad fértil y en el período de embarazos a término, así también, considerar la posible “calidad de vida”, tanto de la mujer gestante, como del producto por nacer. Es decir, la ginecología y la obstetricia suponen una seguridad para la práctica médica centrada en el bienestar de cada paciente. Por tanto, durante esta investigación se pretende crear interés en el personal médico que inicia la práctica clínica hospitalaria a nivel internado, servicio social y residencia médica en los servicios especializados de la ginecología y la obstetricia.^{4,5,10}

Uno de los fenómenos socioculturales que influye en la toma de decisiones en México y América Latina, en relación con el proceso ginecológico y obstétrico es la supuesta información que suelen tener las pacientes y las parejas, o familias para considerar la cesárea como opción “primordial”. Esta percepción está influenciada por la mercadotecnia y los medios de comunicación virtual que promueven la cesárea como una opción más segura y menos dolorosa, y por memes que trivializan el parto vaginal, generando un estado de incertidumbre que afecta la toma de decisiones informadas. Además, esta situación es promovida por la mercadotecnia y por los medios de comunicación virtual, y otras por memes, que crean un mayor estado de incertidumbre y retos para la ética médica, al tener como prioridad -la calidad de vida- de las mujeres con embarazos a término y de los productos aún no nacidos. Y se trata de un grupo vulnerable, los derechos a la calidad de atención y el cuidado de la salud posquirúrgica en una cesárea -para proteger a la mujer y al producto por nacer-, y que no deben ser subordinados a la mercadotecnia de la ginecología y la obstetricia, donde pueden llevar a peligros -

que podrían evitarse- al hacer respetar la ética de todo profesional protegiendo la salud y calidad de vida del binomio materno y del recién nacido.^{10,11,18}

Ante el complejo contexto que compromete a la salud pública, en la prevención y garantía al conocer y hacer cumplir las normas sanitarias SSA-007-2016, coherentes con los criterios éticos y los derechos humanos, en la prevención de las enfermedades ginecológicas y obstétricas de la mamá gestante y del producto por nacer, que más adelante es el recién nacido/a. Al evitar, infecciones, hemorragias; dificultades respiratorias y el aumento de costos para la familia y para los hospitales, considerando los indicadores epidemiológicos.^{4,10,12}

En México, las circunstancias específicamente alarmantes por las tasas de cesáreas que sobrepasan al 40% en algunas unidades médicas; se trata de una proporción que se eleva por encima de los criterios que ha sugerido la OMS como porcentaje idóneo (15%) deliberado por factores epidemiológicos identificados a nivel mundial. Este incremento en las cesáreas no indicadas no sólo refleja problemas clínicos epidemiológicos, sino también factores socioculturales que influyen en la percepción de las pacientes sobre el parto y cesárea.^{4,10,12}

En la presente investigación, el objetivo es estudiar los instrumentos locales, nacionales, internacionales y mundiales que regulan científica y éticamente a la ginecología y obstetricia, donde se establezcan criterios veraces y justos -centrados en la calidad de vida de cada paciente-, y por ello, promuevan en las generaciones de estudiantes adscritos a hospitales a comprometerse con la calidad de los servicios ginecológicos y obstétricos de forma integral y en derechos humanos. Para garantizar que las mujeres tengan la información clara, completa y puedan tomar decisiones sobre su atención gineco obstetricia, respetando sus derechos humanos, y los futuros profesionales, practiquen una cultura con la toma de decisiones compartida con los especialistas en ginecología y obstetricia para bien de la madre gestante y el futuro recién nacido. Por lo que surge la siguiente interrogante.^{12,15,16}

5.2.1. Pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores clínicos que contribuyen al aumento de la tasa de cesáreas no indicadas en hospitales de México y cómo afectan a la salud de la mujer y del futuro recién nacido?

6. HIPÓTESIS CIENTÍFICA.

El aprendizaje integral científico clínico, ético, epidemiológico y social considerando el marco legal de la medicina, durante la educación hospitalaria en el área de la ginecología y obstetricia para la toma de decisiones durante la resolución del periodo gestante para el parto o la cesárea como proceso prenatal correcto y oportuno, llevará a reducir el porcentaje de cesáreas no indicadas para garantizar una mejor salud materna y del recién nacido.

7. OBJETIVOS:

7.1. OBJETIVO GENERAL.

Identificar los factores clínicos y socioculturales que inducen a los médicos a decidirse por una cesárea no indicada, de una cesárea clínicamente indicada por criterios ginecológicos y obstétricos que se comprenden como veraces científica, ética y legalmente, considerando los riesgos de morbilidad y mortalidad para la madre gestante y para el futuro recién nacido, sustentada en una investigación documental científica de los últimos 10 años (2015-2025).

7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Identificar los factores clínicos y socioculturales que llevan al personal médico que llevan a la resolución de una cesárea si indicada contra una cesárea no indicada en la atención a la paciente.
- 2) Describir las complicaciones clínicas de una mujer gestante durante el período final del embarazo que indican un proceso quirúrgico de cesárea.
- 3) Identificar las complicaciones clínicas para el producto por nacer por un proceso de cesárea indicada y/o no indicada que puede llevar a la muerte del neonato.
- 4) Señalar el número de muertes prematuras para la mujer sometidas a cesáreas no indicadas y/o indicadas.
- 5) Identificar el número de población de mujeres embarazadas que han sido atendidas por cesáreas no indicadas y por cesáreas indicadas clínicamente, por criterios ginecológicos y obstétricos científicos, considerando: edad, área geográfica, actividad laboral, escolaridad, hospital (público o privado).

6) Descripción de casos específicos con datos clínicos que llevan a la resolución de cesáreas indicadas y no indicadas.

8. MATERIALES Y MÉTODOS.

8.1. Diseño del estudio.

Estudio retrospectivo de revisión sistemática, documental, analítico, descriptivo y observacional.

8.2. Ubicación en tiempo y espacio.

Transversal por el periodo de investigación documental durante los últimos diez años (2015 a 2025).

8.3. Estrategia de trabajo.

Para la obtención de la muestra se realiza una búsqueda en bases de datos electrónicas de alto impacto, confiables y veraces: EBSCO, PubMed, ReadLyc, Science Direct, Scopus, Google Scholar; utilizando palabras claves como “Cesárea” “Técnicas quirúrgicas de la cesárea” “Materno-infantil” “Tasas de cesáreas según la OMS” “Cesáreas no indicadas en México”, “Instituciones públicas y privadas durante 2015 a 2025”.

8.4. Muestreo

8.4.1. Definición de la Unidad de la Población:

Por tratarse de un estudio basado en la revisión de artículos científicos relacionados con la ginecología y la obstetricia, respecto a la incidencia de las cesáreas indicadas y no indicadas, así como, las complicaciones para la mamá gestante a término y el producto por nacer y/o recién nacido neonato, la calidad de la atención y los criterios médicos válidos para proteger el bienestar de la mujer sometida a cesárea y del neonato. Que se presentarán con datos estadísticos, con cuadros numéricos y por

porcentajes, y de análisis cualitativo, analizando los datos más relevantes que respondan a los objetivos planteados en la presente tesis.

8.4.2. Selección de muestra:

Se trata de una selección documental científica de los últimos diez años (2015-2025), sobre la epidemiología y la prevalencia de cesáreas indicadas y/o no indicadas, a través de un análisis sistémico, descriptivo y observacional, por lo tanto, la muestra será a conveniencia.

8.4.3. Criterios de Selección de las unidades de Muestreo

8.4.3.1. Criterios de inclusión

Estudios científicos realizados en los últimos 10 años (2015-2025) en mujeres embarazadas, donde su resolución haya sido por cesárea.

Estudios epidemiológicos realizados en mujeres embarazadas con cesáreas indicadas y no indicadas realizados en hospitales públicos y privados.

Estudios ginecológicos y obstétricos de cesáreas que incluyan casos clínicos del nacimiento de recién nacidos vivos o muertos; graves o sanos.

Estudio de casos científico-médicos sobre el nacimiento de productos a término o de nacimientos prematuros en resolución de cesárea.

Estudios científicos de América Latina y el Caribe sobre ginecología y obstetricia con resoluciones de embarazo por vía cesárea indicada o no indicada.

Estudios científicos de América Latina y el Caribe sobre resoluciones de embarazo por vía cesárea con indicadores de morbi y mortalidad de neonatos.

8.4.3.2. Criterios de Exclusión

Estudio de casos sobre ginecología y obstetricia de cesáreas anteriores al 2015 en México y otros países de América Latina y el Caribe.

Estudios científicos de ginecología y obstetricia con temáticas de otras patologías con pacientes que tengan otros padecimientos.

Estudios científicos ginecológicos y obstétricos de cesáreas y nacimientos de neonatos con fuentes de investigación no pertinente por no tener indexación científica o por falta de veracidad y confiabilidad.

8.4.3.3. Criterios de Eliminación.

No son necesarios por el tipo estudio.

8.4.3.4. Diseño y tipo de muestreo.

Muestreo deliberado por juicio ético y científico debido a la selección de las fuentes de investigación documental, con revisión y ajuste a los criterios de inclusión y exclusión.

Tipo de revisión: sistemática, retrospectiva, analítica y descriptiva.

Tamaño de la muestra: No aplicable debido a que el número de literatura consultada es a conveniencia.

8.5. Definición de las variables y escalas de medición:

Tipo de cesáreas: Método quirúrgico por el cual se extrae al producto, llevado a cabo por indicación medica clara, con el objetivo de salvaguardar la vida del binomio madre/hijo.

Indicado por: Diagnósticos clínicos por los cuales se respalda la decisión en proceder a una cesárea con el objetivó de salvaguardar la salud materno fetal.

No indicado por: Acto médico quirúrgico realizado sin diagnóstico médico y sustento alguno que indique este procedimiento, lo que puede generar riesgos en la vida del binomio madre/hijo.

Diagnóstico: Clasificación médica sustentada en conceptos clínicos estandarizados que define las patologías que afectan al paciente.

Factores de riesgo: Condiciones físicas, biológicas y ambientales, que pueden dar origen y desencadenar enfermedades en los humanos.

Síntomas: Indicador médico presente en los pacientes que permite determinar la presencia de una enfermedad en el humano.

Diagnóstico prenatal del neonato: Identificación clínica, sustentada en conceptos médicos estandarizados que definen las enfermedades y complicaciones en el neonato.

Síntomas Neonatales: Indicador médico presente en los neonatos que permite determinar la presencia de una enfermedad como sus complicaciones.

Casos: Indicador en número que evalúa la frecuencia de muertes maternas en un tiempo específico.

Año: Indicador en tiempo que identifica el año de registro de los eventos.

País: Indicador en país o estado donde se llevo a cabo el registro de los eventos.

Reportes de muerte maternas por muerte puerperal: Indicador médico de los factores que originaron las muertes maternas posterior al embarazo.

Institución: Indicador en hospital o institución que registro los eventos y presto atención médica a las embarazadas.

Lugar: Indicador geográfico donde se llevaron a cabos los tipos de cesáreas, ya sean estas indicadas o no indicadas.

Características de la población: Indicador de los factores sociodemográficos que influyeron en la atención y decisión de realizar la cesárea.

Edad de la madre gestante: Unidad cronológica que indica la etapa de vida que cursa la mujer embarazada, así como su asociación con los factores de riesgo durante el acto quirúrgico.

Tipo de Hospital: Identificación del establecimiento donde se llevó a cabo el acto ginecobstétrico si este fue de carácter público o privado.

Consentimiento informado: Registro médico legal y bioético que salvaguarda la autonomía de la mujer embarazada en su toma de decisiones enfocada a su atención médica.

Violencia obstétrica reportada: Registro de conductas medicas que violan los derechos humanos de la mujer embarazada, antes, durante y posterior a la resolución del embarazo.

Mujer embarazada a término: Unidad cronológica, que evalúa y registra el tiempo en semanas de gestación de la mujer embarazada.

Numero de Gestas: Indicador ginecobstétrico que registra el historial de embarazos en la mujer embarazada.

Número de hijos nacidos vivos: Indicador médico que registra y el historial familiar de la mujer embarazada.

Dx principal: Indicador clínico sustentado en conceptos médicos que decide el diagnóstico principal de la paciente.

Diagnostico Secundario: Indicador clínico sustentado en criterios médicos que determina el diagnóstico secundario en la paciente.

Indicaciones medicas para cesárea: Indicador medico basado en conceptos clínicos y diagnósticos de sustento que determina la necesidad de recurrir a la cesárea.

Complicaciones postquirúrgicas de la Cesárea: Indicador clínico sustentado en conceptos médicos que define las complicaciones presentadas posterior a la Cesárea.

Técnicas utilizadas en la Cesárea: Indicador medico sustentado en criterios quirúrgicos que acuerdan la técnica a emplear.

Edad gestacional del producto: Indicador de la edad gestacional que permite calificar las semanas de gestación del producto y determina si es prematuro, de termino o de termino tardío.

Numero de RN: Indicador ginecobstétrico que evalúa el numero de hijos con respecto al número de embarazos.

Producto a término: Indicador clínico sustentado en signos vitales y estado general del producto posterior al nacimiento.

Diagnostico neonatal: Indicador diagnostico sustentado en conceptos médicos y evaluaciones y pruebas realizadas en el recién nacido.

Complicaciones clínicas para el recién nacido: Indicador clínico sustentado en conceptos médicos que alteran la salud del recién nacido.

Unidad de medición APGAR: Indicador medico a escala que evalúa el grado de dificultad respiratoria en el producto, sustentado en condiciones presentadas en el recién nacido, posterior a la cesárea.

Unidad de medición SILVERMAN: Indicador medico a escala que evalúa el grado de adaptabilidad a la vida extrauterina en el producto, sustentado en condiciones presentadas en el recién nacido posterior a la cesárea.

8.6. Método de recolección de datos:

La presente investigación tiene carácter de revisión sistemática documental, analítica, descriptiva y observacional, por lo cual se recopila información de diversas fuentes y plataformas de artículos científicos como los son: Cochrane, Pubmed, Scielo, Elsevier Saunders, Medigraphic, Dialnet, IMSS, IMSS, SSA, ISSSTE, GPC, entre otra literatura, buscando de manera intencionada artículos de revisión científica tomando como base las siguientes Keywords: Cesárea” “Técnicas quirúrgicas de la cesárea” “Materno-infantil” “Tasas de cesáreas según la OMS” “Cesáreas no indicadas en México”, “Instituciones públicas y privadas durante 2015 a 2025”. Teniendo accesibilidad a estudios de ginecología y obstetricia de cesáreas indicadas y no indicadas tanto de México como países de América Latina con un lapso de tiempo del año 2015 al 2025 , con el propósito de revisar tanto su veracidad como su actualización continua de la misma, posteriormente recabada y seleccionada la información se realizara una lectura a fondo de la bibliografía seleccionada, tomando en cuenta los puntos más importantes, procediendo a realizar resúmenes, con la finalidad de recabar la información de importancia siendo esta relevante o irrelevante para anexarla a la investigación.

8.7. Técnicas y procedimientos

Tomando como base los criterios de inclusión y exclusión se discrimina la bibliografía que no cumpla con los requerimientos ni este apegada a la finalidad de la investigación.

Se toma como base la información recolectada realizando fichas de revisión y resúmenes con la finalidad de organizar la información comparando y analizando los diferentes textos recopilados, mediante la técnica de lectura discriminativa, lo que permite la organización de información de manera verídica y más simple. Posteriormente se recopila la bibliografía para permitir el adecuado referenciado.

8.8. Integridad Académica en la Metodología.

En esta investigación se ha garantizado la integridad académica mediante la aplicación de los principios éticos y científicos en cada etapa del proceso. Se ha realizado una descripción detallada de los métodos utilizados, asegurando la transparencia en la recolección y análisis de datos. Los criterios de inclusión y exclusión han sido definidos de manera objetiva y la evitando cualquier sesgo en la selección de artículos revisados. Además, todas las fuentes consultadas han sido citadas correctamente, respetando los derechos de autor y promoviendo la confiabilidad de los resultados. Se ha priorizado el respeto a los derechos de los participantes y la imparcialidad de los análisis, siguiendo los estándares éticos establecidos por las guías internacionales de investigación científica.

8.9. Análisis de datos

Tomando en cuenta la información previamente recopilada se procede a aplicar criterios de inclusión y exclusión a la información replanteando si van encaminados a la presente información, se realiza una tabla la cual analiza las variables y resultados de cada articulado, sustentando el principio de la presente investigación.

8.10. Diseño estadístico:

Hipótesis Estadística: La tasa de cesáreas no indicadas en México, ocupa una cifra del 48% sobre la incidencia de la práctica en cesáreas innecesarias o no indicadas.

Pruebas Estadísticas: Serán las pruebas a conveniencia por el tipo de investigación, ya que es por carácter documental.

9. BIOÉTICA.

Conforme al Código de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial (AMM, 2022), y a los Códigos de Ética de la Asociación de Ginecología y Obstetricia de México (2022). Existen criterios científica, ética y legalmente para proteger los derechos humanos de las mujeres en edad fértil, para recibir una atención con calidad médica, así como, para la protección del no nacido, y el seguimiento y protección del recién nacido (o neonato), que aseguren una toma de decisiones justa en calidad para la protección de la vida con funcionalidad y dignidad para el binomio madre e hijo/hija. Así también lo menciona la Ley General de Salud en sus primeros cuatro títulos, con sus capítulos y artículos respectivos, y otros títulos posteriores lo retoman como el título VIII y IX de la Ley General de Salud, y la NOM-007-SSA2-2016 que corresponde a la ginecología y obstetricia.^{51,52}

10. RESULTADOS.

Es fundamental resaltar que en esta investigación documental se han analizado artículos originales de los últimos 10 años, entre el 2015 y 2025, enfocados en los factores clínicos que influyen en el incremento de cesáreas no indicadas, las cuales pueden afectar la salud de las mujeres después de la intervención quirúrgica en los hospitales de México. El propósito de este estudio, basado en una revisión de la documentación científica, es ayudar a las nuevas generaciones de estudiantes de medicina a reconocer la importancia de distinguir entre una cesárea indicada y una no indicada para salvaguardar la calidad de vida de las mujeres gestantes y del recién nacido. La investigación incluye datos epidemiológicos según los artículos seleccionados, tomando en cuenta la información relevante de cada autor y sus colaboradores, el tipo de institución hospitalaria (pública o privada), los estados de la república mexicana, así como datos clínicos que se alinean con los objetivos planteados en esta tesis.

En la primera sección se presentan estadísticas por poblaciones en general y es importante señalar que en México no hay suficientes datos sobre el tema de cesáreas no indicadas, cesáreas urgentes y cesáreas indicadas según criterios científicos de ginecología y obstetricia, encontrándose solo casos aislados. Por lo que se consideraron artículos de otros países de América Latina que ofrecen información relevante sobre este tema (**Tabla No. 1**).^{33,40}

Los datos obtenidos de Chile y Perú son relevantes para el contexto mexicano debido a las similitudes en los sistemas de salud y los factores socioculturales que influyen en la decisión de realizar cesáreas. En ambos países se observa un aumento significativo en la tasa de cesáreas no indicadas, especialmente en hospitales privados, donde factores como la preferencia materna el temor al dolor de parto vaginal y la percepción de la seguridad de la cesárea juegan un papel importante. Estas tendencias también se reflejan en México, donde según la OMS, la tasa de cesáreas supera el 40% y los hospitales privados presentan cifras más altas que los públicos.^{33,40}

Aunque en México no se cuenta con datos específicos sobre cesáreas no indicadas, los estudios internacionales permiten inferir que los actuales clínicos y socioculturales identificados en Chile y Perú, como la falta de información adecuada para las pacientes y la influencia de la mercadotecnia, también están presentes en el sistema de salud mexicano. Esto refuerza la necesidad de investigar y documentar con mayor precisión las causas de incremento de cesáreas no indicadas en México, tal como se plantea en el objetivo de esta investigación.^{33,40}

Tabla No. 1.

Datos estadísticos de tipos de cesárea: indicadas y no indicadas:

Pacientes con tipo de cesáreas:	Porcentaje:	Indicado por:	No indicado:
Cesáreas previas	25.3%	Riesgos de ruptura uterina	0%
Desproporción Cefalopélvica	19.8%	Paciente con pelvis estrecha o producto macrosómico	0%
Distocia en presentación	10.3%	Presentación fetal anómala como podálica (nalgas)	0%
Diestres Fetal	7%	Sufrimiento Fetal	0%
Cesáreas Indicadas.	Servicio de Salud de Osorno 34%. Servicio de salud de Reloncaví 30.8. Servicio de salud de Chiloé, 50.1%.	No se menciona	0%
Cesáreas no indicadas en clínica 1,2,3.	0%	Edad mayor a 35 años Preferencia Materna sin indicación médica. Indicación médica no clara.	75.90% clínica 1. 39% clínica 2. 69.3% clínica 3.

Fuente: Olivares-Albornoz CM. El rol histórico de la cesárea y su relación con la mortalidad materna. *Perinatol Reprod Hum.* 2021;35(3):e20000020. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/per.20000020>

Barrena Neyra M, Quispesaravia Ildelfonso P, Flores Noriega M, León Rabanal C. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2020;66(2). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2246>

En la **(Tabla No. 1)** se muestra una comparación entre las cesáreas que se considera indicadas y las que no se consideran indicadas o innecesarias, donde en el primer estudio realizado en una institución pública, las cesáreas previas ocupan el primer lugar con un (25.3%) debido al antecedente de una o más cesáreas. Esto se indica ya que en un parto vaginal puede haber riesgo de ruptura uterina por una cesárea previa. En segundo lugar, se encuentra la desproporción céfalo pélvica, con un (19.8%) que ocurre en situaciones donde la pelvis es estrecha o el bebé tiene macrosomía fetal, impidiendo un parto vaginal viable. Después, las cesáreas realizadas por distocia presentan un (10.3%), cuando el feto presenta anomalías o esta posición podálica “de nalgas”, lo que pone en peligro la vida del bebé; finalmente, las cesáreas por diestrés fetal (7%) se llevan a cabo debido a que el feto experimenta sufrimiento fetal por diversas causas antes del nacimiento.⁴⁰

En el segundo estudio se evidencian cifras preocupantes de esas áreas no indicadas en clínicas privadas. En la clínica No.1, el (75.90%) de las cesáreas se realizan sin indicación médica que las respalde, llevándose a cabo por la decisión de la madre, que generalmente es mayor a 35 años, así como por indicaciones médicas no indicadas. En la clínica No. 2, el (39%) se realizan con indicación médica que carece de adecuado sustento médico y en la clínica No.3 el porcentaje de cesáreas no indicadas supera el (69.3%). No obstante, en las 3 clínicas. Podrían haberse presentado efectos adversos tanto para la madre como para el bebé debido a la falta de sustento en la indicación.³³

Los resultados del primer estudio sobre las cesáreas indicadas muestran que están fundamentadas en criterios médicos precisos, con fin de prevenir efectos adversos tanto para la madre como para el bebé; no obstante, es alarmante la situación de las cesáreas y no indicadas o innecesarias, ya que carecen de respaldo médico, lo que genera riesgos innecesarios tanto para la madre como para el bebé.^{33,40}

La morbilidad y mortandad en la mujer embarazada son aspectos a tener en cuenta para realizar diagnósticos adecuados y pronósticos en el proceso del parto, considerando la atención ginecológica y obstétrica científica necesaria para

resguardar la calidad del cuidado tanto para la madre gestante como para el recién nacido (**Tabla No. 2**).³⁴⁻³⁶

Tabla No. 2.

Datos estadísticos de morbilidad y mortalidad en la mujer gestante durante el periodo final del embarazo:

Diagnóstico	Factores de riesgo	Porcentaje	Descripción,	Síntomas
Preeclampsia:	Mal control del embarazo. Antecedentes de familiares con Hipertensión Arterial.	3 al 8%	Destaca por una hipotensión y daño a otros órganos como los riñones. Lo que puede llevar a complicaciones severas tanto como para la madre y el bebé. (34-36)	Presión arterial alta, hinchazón en manos y cara. Dolor de cabeza severo y visión borrosa. (34-36)
Diabetes gestacional (DMG):	Obesidad Antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2.	7%	Tipo de diabetes que se desarrolla durante la gestación y afecta principalmente al bebé. (34-36)	Micción frecuente, fatiga y náuseas. (34-36)
La ruptura prematura de membranas:	Golpes Caídas	2%	La Ruptura Prematura de membranas (RPM) se refiere a la ruptura de membranas amnióticas antes de que comience el trabajo de parto. Puede ser una ruptura completa o parcial de las membranas que contiene el líquido amniótico, lo que puede aumentar el riesgo de infecciones y complicaciones tanto para la madre como para el bebé. (34-36)	repentina de líquido claro o ligeramente teñido de sangre desde la vagina. Sensación de humedad constante en la ropa interior. Aumento en la cantidad de flujo vaginal. Y en algunos casos puede haber contracciones uterinas leves o dolor abdominal. (34-36)
Restricción del crecimiento intrauterino:	Factores maternos y placentario	10%	La RCIU se refiere a un crecimiento fetal que es inferior al percentil 10 para la edad gestacional. Puede ser simétrica (afectando todo el cuerpo del feto) o asimétrica (afectando principalmente el abdomen). (35-36)	Tamaño del útero más pequeño de lo esperado para la edad gestacional. Disminución de los movimientos fetales. Bajo peso fetal detectado en ecografías. Disminución del líquido amniótico

				(oligohidramnios). (35-36)
Parto Prematuro menores a las 37 semanas.	No se menciona	10%	El parto prematuro es el nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas completas de gestación. Es una de las principales causas de complicaciones y mortalidad neonatal. (35-36)	<p>Contracciones uterinas regulares que pueden ser dolorosas o no, y que ocurren más de cuatro veces en una hora.</p> <p>Dolor en la parte baja de la espalda que puede ser constante o intermitente. (35-36)</p> <p>Sensación de presión en la pelvis o en la parte baja del abdomen. (35-36)</p> <p>Cambios en el flujo vaginal, como aumento en la cantidad, consistencia más acuosa, o presencia de sangre. (35-36)</p> <p>Calambres abdominales, con o sin diarrea. (35-36)</p> <p>Ruptura de membranas (salida de líquido amniótico). (35-36)</p>
Placenta previa:	No se menciona	0.5%	Se implanta en la parte inferior del útero, cubre parcial o totalmente el cuello uterino, lo que causa sangrado severo. (36-37)	Sangrado vaginal sin dolor en el tercer trimestre. (35-36)
Desprendimiento de placenta:	No se menciona	1%	La placenta se separa del útero antes de la fecha probable de parto, lo que puede privar al bebé de nutrientes y oxígeno. (36-37)	Sangrado vaginal, dolor abdominal y contracciones uterinas. (35-36)
Infecciones:	No se menciona	2-10%	infecciones del tracto urinario, infecciones vaginales y otras infecciones que pueden complicar el embarazo. (36-37)	Dolor al orinar, fiebre, flujo vaginal anormal. (35-36)
Corioamnionitis:	No se menciona	2-15%	La corioamnionitis es una infección intraamniótica que generalmente ocurre debido a la ascensión de bacterias desde la vagina y el cuello uterino hacia el útero. Es más común en partos prematuros y en casos de ruptura	<p>Fiebre materna (temperatura superior a 38 °C).</p> <p>Taquicardia materna (frecuencia cardíaca elevada).</p> <p>Taquicardia fetal (frecuencia cardíaca fetal elevada).</p> <p>Sensibilidad uterina.</p>

			prolongada de membranas. (36-37)	Secreción vaginal con mal olor. Sudoración, escalofríos y malestar general. (35-36)
--	--	--	----------------------------------	--

Fuente: Atención y cuidados Multidisciplinarios en el Embarazo. Guía de Práctica Clínica: Guía de Referencia Rápida: México, CENETEC; 2022 [fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-028-22/RR.pdf>

Secretaría de Salud. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave. México: Dirección General de Epidemiología; [fecha de publicación no especificada]. Disponible en: www.gob.mx/salud

Secretaría de Salud. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la notificación inmediata de muertes maternas. México: Secretaría de Salud; 2021. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud>

La **(Tabla No. 2)** ofrece información sobre la morbimortalidad en mujeres embarazadas en la etapa final del embarazo, destacando una amplia variedad de diagnósticos y factores de riesgo asociados. Entre los efectos adversos más comunes está la preeclampsia, que afecta entre el (3-8%) de las mujeres, caracterizándose por hipertensión y daño a órganos como riñones, lo que provoca consecuencias severas para la madre e hijo. Los factores adversos derivan de un control prenatal inadecuado, antecedentes familiares de hipertensión arterial, así como la presencia de edema en las extremidades, cefalea y migraña.³⁴⁻³⁶

La Diabetes Gestacional (DMG) se presenta en un (7%) de las mujeres embarazadas, desarrollándose durante cualquiera de los trimestres del embarazo y afectando al bebé. Los factores de riesgo incluyen obesidad mórbida y antecedentes familiares de Diabetes Mellitus tipo 2, con síntomas como micción frecuente, náuseas y fatiga.³⁴⁻³⁶

La Ruptura Prematura de Membranas ocurre en un (2%) de los casos, provocando la ruptura de membranas amnióticas y el inicio del trabajo de parto. Se manifiesta a través de los golpes, caídas y síntomas, como la salida arrependida de líquido amniótico por la vagina, sensación de humedad constante en la ropa interior, aumento del flujo vaginal y, en algunos casos, dolor abdominal y contracciones uterinas.³⁴⁻³⁶

La Restricción del Crecimiento Intra Uterino (RCIU) afecta aproximadamente al (10%) de las embarazadas, presentado un percentil en el crecimiento fetal debajo

de 10 para la edad gestacional. Los factores de riesgo incluyen condiciones maternas, placentarias y los signos y síntomas que pueden incluir un útero pequeño, falta de movimientos fetales, bajo peso fetal en ultrasonidos y oligohidramnios.³⁴⁻³⁶

El parto prematuro ocurre en un (10%) de los embarazos y su causa principal incluye síntomas como contracciones uterinas frecuentes, dolor en la zona inferior de la espalda, contracturas de los músculos abdominales y ruptura de membranas ³⁴⁻³⁶.

La placenta previa afecta al (0.5%) de las mujeres embarazadas, caracterizándose por la implantación del embrión en la parte inferior del útero, cubriendo total o parcialmente el cuello uterino, lo que puede causar un sangrado significativo. Se representan síntomas como sangrado vaginal indoloro en la fase final del embarazo.³⁴⁻³⁶

El desprendimiento de ocurre en el (1%) de los embarazos donde se da la separación de la placenta del útero antes de la fecha probable de parto, provocando que el feto reciba menos oxígeno y nutrientes, con síntomas que incluyen dolor al orinar, fiebre y flujo vaginal anormal. ³⁴⁻³⁶

Las infecciones durante el embarazo afectan entre el (2 y 15%) de las mujeres gestantes, manifestándose en el tracto urinario, la vagina y otras áreas, lo que puede complicar el embarazo, presentado síntomas como fiebre, dolor al orinar y flujo vaginal anómalo.³⁴⁻³⁶

La corioamnionitis se presenta del (2 al 15%) de todos los embarazos, es una infección de tipo infraamniótica provocada por la entrada de bacterias desde la vagina y el cuello uterino, siendo común en partos prematuros y casos de ruptura de membranas prolongada con síntomas que incluyen fiebre, taquicardia materna y fetal y sensibilidad uterina y secreción vaginal maloliente.³⁴⁻³⁶

La **(Tabla No. 2)** enfatiza la importancia del control prenatal para permitir una detección temprana de enfermedades que pueden ocurrir durante el embarazo, tales como la preeclampsia, la diabetes gestacional, la ruptura prematura de membranas, la restricción del crecimiento intrauterino, el parto prematuro, la placenta previa, el desprendimiento de placenta, las infecciones y corioamnionitis,

surgiendo la necesidad de mejorar la atención médica, reducir la frecuencia de cesáreas no indicadas y asegurar resultados positivos para la salud de la madre y el bebé. ³⁴⁻³⁶

Los datos estadísticos de las complicaciones que afectan al recién nacido y el impacto neonatal que experimenta debido a las complicaciones en la salud de la madre durante y/o al final del embarazo, o en el momento del parto (**Tabla No. 3**).³⁴⁻

36

Tabla No. 3.

Datos estadísticos de morbilidad y mortalidad del neonato al nacimiento por cesárea:

Diagnóstico prenatal del neonato:	Porcentaje:	Incidencia	Descripción.	Síntomas.
Taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN)	2%	2 a 3 veces debido a nacimiento por cesárea	La Taquipnea Transitoria del Recién Nacido (TTRN) Ocurre cuando el líquido pulmonar fetal no se elimina completamente o se reabsorbe más lentamente de lo normal después del nacimiento, lo que provoca dificultad respiratoria temporal. (34-36)	respiración rápida , más de 60 respiraciones por minuto), Hh Retracciones Intercostales (Hundimiento de la piel entre las costillas), Haha, aleteo nasal, tejidos respiratorios y cianosis leve (Haha, coloración azulada de la piel y mucosas)ue mejora con oxígeno.
Síndrome de Dificultad Respiratoria:	0.2 – 1%	En cesáreas programadas antes de las 30SDG	El SDR ocurre debido a la inmadurez de los pulmones y la falta de surfactante, una sustancia que ayuda a mantener los alvéolos pulmonares abiertos. (34-36)	Respiración rápida (taquipnea). Retracciones intercostales y subcostales (hundimiento de la piel entre y debajo de las costillas durante la respiración). Aleteo nasal (ensanchamiento de las fosas nasales durante la respiración). Quejidos respiratorios. Cianosis (coloración azulada de la piel y mucosas) debido a la falta de oxígeno. Dificultad para respirar y uso de los músculos accesorios para la respiración. (34-36)

Lesiones Físicas:	2% en Cortes accidentales. 1% fracturas de Clavícula.	Se presentan en raros casos	Cortes o abrasiones en la piel del bebé, a menudo causados por instrumentos utilizados durante la cesárea. Rotura del hueso de la clavícula. (34-36)	Dolor al mover el brazo afectado, incapacidad para mover el brazo en el lado de la fractura, y a veces una protuberancia o hematoma en el área de la clavícula. Heridas visibles en la piel, que pueden estar enrojecidas o sangrar ligeramente. (34-36)
Problemas de Adaptación:	Hipoglucemia 10% Hipotermia no se mencionan las cifras	Incidencia de la hipoglucemia en los recién nacidos que nacieron por cesárea puede ser hasta el 10% comparando con un 5% de los nacimientos por parto vaginal La hipotermia tiene una mayor incidencia en nacimientos por cesárea que por parto vaginal	La hipoglucemia neonatal se define generalmente como un nivel de glucosa en sangre inferior a 40 mg/dL en las primeras horas de vida y menos de 45 mg/dL después de las primeras 24 horas. La hiponatremia se define generalmente como un nivel de sodio en sangre inferior a 135 mEq/L. (34-36)	Temblores o sacudidas, Irritabilidad o llanto agudo, Letargo, Pobre succión, Hipotonía, Convulsiones, Apnea, Cianosis, Hipotermia (34-36)
Infecciones:	<u>No se mencionan las cifras.</u>	Pueden presentar infecciones en ambos	Las infecciones neonatales pueden clasificarse en infecciones de inicio temprano (dentro de los primeros 7 días de vida) y de inicio tardío (después de los 7 días de vida). (34-36)	Fiebre o hipotermia baja), Letargo o irritabilidad, Pobre succión, Dificultad para respirar, apnea, cianosis, Ictericia Vómitos o diarrea, Convulsiones, Hinchazón o sensibilidad en el abdomen. (34-36)
Problemas Gastrointestinales.	No se mencionan las cifras.	Bebés que nacieron por cesárea tienden a tener. Una lactancia materna tardía, lo que puede afectar su alimentación y ganancia de peso	La lactancia materna tardía implica seguir amamantando al niño mientras se introducen gradualmente otros alimentos sólidos y líquidos en su dieta. (34-36)	Continuación del aporte de nutrientes esenciales y anticuerpos que ayudan a fortalecer el sistema inmunológico. Reducción del riesgo de infecciones y enfermedades crónicas. Apoyo en el desarrollo cognitivo y emocional. Confort y seguridad emocional a través del vínculo con la madre. (34-36)
Problemas a largo plazo:	ASMA y alergias en un 20 a 30 % de los casos.	Bebés que nacieron por cesárea, hay tendencia de que a largo plazo desarrollen ASMA y alergias en comparación con los bebés nacidos por Parto vaginal.	El asma es una enfermedad crónica que afecta las vías respiratorias en los pulmones. Se caracteriza por la inflamación y estrechamiento de las vías respiratorias, lo que dificulta la respiración	Dificultad para respirar. Sibilancias (un sonido silbante al respirar). Opresión en el pecho. Tos, especialmente por la noche o temprano en la mañana. Fatiga debido a la dificultad para respirar. Estornudos. Congestión nasal. Secreción nasal.

			Las alergias son reacciones del sistema inmunológico a sustancias que generalmente son inofensivas para la mayoría de las personas, conocidas como alérgenos. Los alérgenos comunes incluyen polen, ácaros del polvo, moho, caspa de animales, ciertos alimentos, picaduras de insectos y medicamentos. (34-36)	Picazón en la nariz, ojos o garganta. Ojos llorosos y enrojecidos. (34-36)
--	--	--	---	--

Fuente: Atención y cuidados Multidisciplinarios en el Embarazo. Guía de Práctica Clínica: Guía de Referencia Rápida: México, CENETEC; 2022 [fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-028-22/RR.pdf>

Secretaría de Salud. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave. México: Dirección General de Epidemiología; [fecha de publicación no especificada]. Disponible en: www.gob.mx/salud

Secretaría de Salud. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la notificación inmediata de muertes maternas. México: Secretaría de Salud; 2021. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud>

La (**Tabla No. 3**) muestra datos sobre la morbilidad y mortalidad en los neonatos al nacer mediante cesárea, destacando varias complicaciones y sus respectivas incidencias. Entre las complicaciones más comunes se encuentra la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido (TTRN), que afecta al (2%) de los neonatos con mayor frecuencia en aquellos nacidos por cesárea. Esto ocurre cuando el líquido pulmonar no es en su mayoría expulsado o se reabsorbe lentamente después del parto, manifestándose con síntomas como respiración rápida y otros problemas respiratorios.³⁴⁻³⁶

El Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) se presenta en un (0.2 al 1%) de los neonatos que nacen por cesárea antes de las 30 semanas de gestación. Esta condición es provocada por la inmadurez pulmonar y la ausencia de surfactante y una lipoproteína que facilita la lubricación y apertura de los alvéolos; su falta puede llevar a dificultades respiratorias notables.³⁴⁻³⁶

Las lesiones físicas, como los cortes y fracturas de clavícula, ocurren de un (2 y 1%), respectivamente, y son causados por los instrumentos utilizados durante el

procedimiento, provocando dolor y dificultades en el recién nacido tras el nacimiento.³⁴⁻³⁶

Los problemas de adaptación, como la hipoglucemia, se presentan en un (10%) de los neonatos nacidos por cesárea, en comparación con el (5%) de aquellos que nacen por parto vaginal. La hipoglucemia en un neonato se define como un nivel de glucosa en la sangre inferior a (40 mg/dL) en las primeras horas tras el nacimiento y a (45 mg/dL) después de las 24 horas. Sin embargo, la hipotermia es más común en nacimientos por cesárea en comparación con los nacimientos vaginales, dificultando la adaptación del recién nacido al entorno extrauterino.³⁴⁻³⁶

En cuanto a las infecciones en el recién nacido, aunque la tabla no detalla cifras específicas, representan una gran incertidumbre, siendo más prevalentes en aquellos nacidos por cesárea que en los nacidos por parto vaginal, y suelen presentarse en los primeros 7 días del nacimiento o después de este, presentando síntomas generales como fiebre, dificultad respiratoria y otros signos de infección.³⁴⁻³⁶

“Los problemas gastrointestinales también son significativos en neonatos nacidos por cesárea, ya que pueden tener repercusiones a largo plazo, como una lactancia materna tardía y una ganancia de peso deficiente, aunque no se especifican las cifras³⁴⁻³⁶”.

Otros problemas a largo plazo incluyen el asma y las alergias, que afectan entre el (20 al 30%) de los recién nacidos por cesárea, a diferencia de los que nacen por parto vaginal. Esto subraya la importancia de considerar los riesgos a corto y largo plazo al elegir el método de parto.³⁴⁻³⁶

Los hallazgos en la **(Tabla No. 3)** enfatizan la necesidad de evaluar minuciosamente la indicación de una cesárea, dado que este procedimiento puede conllevar a riesgos y efectos adversos en el recién nacido, tanto a corto como a largo plazo, tales como Taquipnea Transitoria del recién Nacido, el Síndrome de Dificultad Respiratoria, lesiones físicas, problemas de adaptación y complicaciones a largo plazo como la lactancia materna retardada, acumulación de peso, asma y alergias.

Esto pone de relieve la necesidad de mejorar el control prenatal para reducir la tasa de cesáreas no indicadas y así proteger la salud del recién nacido.³⁴⁻³⁶

En el contexto de los partos por cesárea, la alimentación materna suele demorarse y la alimentación del recién nacido se realiza con leche de fórmula. Las complicaciones asociadas a la recuperación de la salud ginecológica y general de las mujeres que se someten a cesáreas pueden llegar a ser severas y en algunos casos, fatales (**Tabla No. 4**).^{33,37}

Tabla No. 4.

Datos estadísticos de muertes maternas relacionadas con cesárea:

Casos.	Año	País.	Cifra.	Reporte de muertes maternas por muerte puerperal.	Porcentaje	institución
Reporte de Casos Lagos Chile	2003 2019	Chile	7	2013, choque hipovolémico. 2015. Paro cardiorrespiratorio. 2017 choque cardiogénico y cáncer pulmonar en etapa cuatro. 2019, choque hipovolémico y anemia grave.	54.14%	Salud Colectiva, Universidad Los Lagos, Sede Puerto Montt
En 2017 el IMSS Registró la Tasa de Mortalidad Materna más Baja de su Historia	2017	México	44:102 decesos	No se menciona.	44.88 %	IMSS

Fuente: Olivares-Albornoz CM. El rol histórico de la cesárea y su relación con la mortalidad materna. *Perinatol Reprod Hum.* 2021;35(3):e20000020. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/per.20000020>

Instituto Mexicano del Seguro Social. En 2017 el IMSS registró la tasa de mortalidad materna más baja de su historia [Internet]. *Comunicación Social*; 2018 [consultado el 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/prensa/archivo/201804/108>

La (**Tabla No. 4**) proporciona datos estadísticos sobre las muertes maternas relacionadas con cesáreas, destacándose países como Chile y México. En Chile se reporta que entre 2003 y 2019, 7 muertes fueron causadas principalmente por Choque Hipovolémico, Paro cardiorrespiratorio, Choque Cardiogénico y Cáncer de

Pulmón en etapa terminal. Estas muertes ocurrieron en el puerperio inmediato, lo que señala que las complicaciones graves pueden resultar en la muerte.³³

En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) registró la tasa de mortalidad materna más baja en 2017, con 102 fallecimientos, de los cuales 44 no estaban relacionados con en el embarazo. Esto sugiere que, a pesar de la disminución de la tasa de mortalidad, las cesáreas siguen siendo un método de resolución del embarazo que conlleva un mayor riesgo, necesitando un adecuado manejo.³⁷

Los datos de Chile indican que un 54.14% de las muertes maternas fueron provocadas por complicaciones asociadas a las cesáreas, lo que resalta la importancia de una revisión minuciosa a la correcta indicación. De este procedimiento para reducir las muertes. En México, a pesar de que la tasa de mortalidad disminuyó, la mitad de las muertes maternas no están vinculadas al embarazo, lo que sugiere la presencia de factores de riesgo.^{33,37}

Las estadísticas presentadas en la **(Tabla No. 4)** subrayan la necesidad de una adecuada indicación de las cesáreas para prevenir complicaciones graves que a menudo son mortales. En Chile, las muertes maternas están vinculadas a cesáreas, mostrando un porcentaje significativo dentro del total de muertes, lo que subraya la urgencia de mejorar la atención postoperatoria y el control de complicaciones. En México, aunque había habido una disminución en la mortalidad, las cesáreas siguen representando un método de resolución del embarazo con elevado riesgo y deben de ser indicadas de manera apropiada durante situaciones complicadas, protegiendo la vida de la madre.^{33,37}

Ciertos datos epidemiológicos provenientes de las estadísticas hospitalarias nos permiten identificar aspectos clínicos importantes para evaluar la calidad de la atención médica durante el embarazo y hasta su conclusión. Esto es esencial para evitar muertes prematuras y complicaciones críticas tanto para el feto como para los neonatos, así como para asegurar la salud y la vida de la paciente, que ha sido sometida a cesáreas por urgencias ginecológicas y obstétricas y/o que han

enfaticado complicaciones durante el proceso de finalizar el embarazo (Tabla No. 5).^{33,39,40}

TABLA No. 5.

Datos estadísticos de número de mujeres embarazadas atendidas por cesáreas no indicadas y/o cesáreas indicadas:

Lugar.	Ciudad de México.	Ciudad de México.	Lagos, Chile.	Lima, Perú.
Fecha.	Enero a abril del 2016.	Marzo del 2019, a agosto del 2020.	2018.	De abril a junio del 2020.
Institución.	Instituto Nacional de Perinatología	Hospital Angeles del pedregal.	Servicio de Salud Osorno. Servicio de Salud Reloncaví. Servicio de Salud, Chiloé. Clínicas privadas uno, 2 y 3.	Hospital Nacional de Cayetano Heredia.
Características de la población.	No la menciona.	No las menciona.	No las menciona.	Edad materna. Escolaridad. Estado civil. Controles prenatales.
Número de cesáreas.	No la menciona.	597.	No las menciona.	10943.
Tipo de cesárea.	No la menciona.	Cesárea previa. Cesárea electiva. Desproporción céfalo pélvica. Falta de progresión del trabajo de parto.	No las menciona.	Cesárea previa. Desproporción céfalo pélvica. Distocia de presentación. Diestres fetal.
Porcentaje por la indicación de la Cesárea.	No la menciona.	Cesárea previa 14.4%. Cesárea electiva 9.1%. Desproporción céfalo pélvica, 7.6%. Falta de progresión en el trabajo de parto 7.3%.		Cesárea previa 25.3%. Desproporción céfalo pélvica, 19.8%. Distorsión, presentación 10.3%. Diestres fetal 7%.
Porcentaje por Nosocomio.	No la menciona.	No la menciona.	Servicios de salud, Osorno 66%.	Hospital Cayetano de Heredia. 50.2%.

			Servicio de salud del Reloncaví 30.8%. Servicio de Salud Chiloé 50.1%. Clínicas privadas. Clínica privada 1 75.9%. Clínica 2, 39%. Clínica 3 69.30%.	
Porcentaje.	45%. Total	84%. Total.	No se mencionan	50.2% Total

Fuente: Olivares-Albornoz CM. El rol histórico de la cesárea y su relación con la mortalidad materna. *Perinatol Reprod Hum.* 2021;35(3):e20000020. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/per.20000020>

Pozzio MR. La gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstétrica. *Estudios Feministas.* 2016;24(1):101-117. doi:10.1590/1805-9584-2016v24n1p101

Salinas Pérez M, Santoyo Haro S, Lara Barragán Bernal I. Frecuencia y factores de riesgo de la culminación de partos por cesárea en un hospital privado de la Ciudad de México. *Acta Médica Grupo Ángeles [Internet].* 2021 [citado el 6 de junio de 2025];19(4):510–3. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032021000400510

Barrena Neyra M, Quispesaravia Ildefonso P, Flores Noriega M, León Rabanal C. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2020;66(2). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2246>

La (Tabla No. 5) muestra los datos sobre el número de mujeres embarazadas atendidas. Por cesáreas no indicadas y/o indicadas en las diversas instituciones de salud en México, Chile y Perú. Las cifras reflejan una preocupante por la alta tasa de cesáreas, especialmente en hospitales privados.³⁸⁻⁴⁰

El Instituto Nacional de Perinatología en la Ciudad de México indica que el 45% de las cesáreas realizadas subraya la falta de datos específicos sobre el tipo de cesáreas y el total de cesáreas. En la institución resalta la necesidad de mayor transparencia y recolección de datos para evaluar las prácticas obstétricas.³⁸

En el hospital ángeles del pedregal, Ciudad de México, se realizaron 597 cesáreas entre marzo del 2019 y agosto del 2020, resultando una tasa total del 84%. Sin embargo, el 14.4% fue por cesáreas previas, el 9.1% a elección de la embarazada, el 7.6% por desproporción cefalopélvica, y el 7.3% por falta de progresión del trabajo de parto. Los datos indican que un alto porcentaje de cesáreas son electivas por razones clínicas y no clínicas, sugiriendo un uso frecuente de este procedimiento.³⁹

El Hospital nacional de Cayetano Heredia en Lima, Perú, la tasa de cesáreas fue del 50.2% entre abril y junio del 2020. Las indicaciones más comunes incluyen:

cesárea previa (25.3%), desproporción, cefalopélvica (19.8%) distocia en presentación (10.3%) y estrés fetal (7%).⁴⁰

En Chile, los servicios de salud de Osorno, Reloncaví y Chiloé. Reportan tasas de cesáreas del (66%, 30.8%, 50.1%), respectivamente, siendo más alta en clínicas privadas. En estas clínicas se reporta un porcentaje mayor con la clínica 1, en el (75.90%), la clínica 2, en el (39%), la clínica 3 el (60.3%). Se observa que las cesáreas son más comunes en instituciones privadas, donde la decisión expectativa asociada a la preferencia materna.³³

En la (**Tabla No. 5**) se destaca una alta tasa de cesáreas en hospitales tanto privados como públicos en México, Chile y Perú, con porcentajes notables elevados en instituciones privadas. La frecuencia de cesáreas electivas y aquellas que podrían ser evitables sugiere un uso habitual del procedimiento influenciado por factores como; las expectativas respecto al procedimiento, la preferencia de las madres, la facilidad de la intervención y la percepción de seguridad. Esto subraya la necesidad de revisar las prácticas obstétricas y fomentar el parto vaginal, siempre que sea posible, con el fin de disminuir la cantidad de cesáreas no indicadas y mejorar los resultados de la salud materna y neonatal. Además, la falta de datos específicos del Instituto Nacional de Perinatología pone de manifiesto la urgencia y mayor transparencia y recopilación de información en todas las instituciones de salud.³⁸⁻⁴⁰

Se deben de analizar los casos que corresponden a los diagnósticos en mujeres con cesárea indicadas, así como los casos de neonatos nacidos por cesárea indicadas y no indicadas (**Tabla No. 6**).⁴¹

Tabla No. 6

Riesgos clínicos para la mujer en la resolución ginecológica.

Caso Clínico Número 1: Ruptura uterina espontánea e inadvertida.

Datos de identidad:	
----------------------------	--

Edad de la madre gestante:	15-25 Años.	26-35 Años.	36 - > Años.	Total.
Mujer	0	1	0	Total:1
Tipo de hospital	Publico:1		Privado:0	Total:1
Consentimiento Informado:	Sí: 1		No:0	Total: 1
Violencia obstétrica Reportada	Sí: 0		No:1	Total:1

Fuente: Ibargüengoitia-Ochoa F, Miranda-Araujo O, López-Torres MF. Ruptura uterina espontánea e inadvertida. Reporte de caso. Ginecol Obstet Mex. 2023;91(11):857-860. doi: 10.24245/gom.v91i11.8879.

En la **(Tabla No. 6)** se muestra el caso de una paciente embarazada de 27 años, quien fue atendida en un hospital público, se le proporcionó y se obtuvo su consentimiento informado, sin que se reportara ningún tipo de violencia obstétrica. Por lo tanto, se puede deducir que la atención médica fue adecuada en lo que respecta a los derechos de la paciente. No obstante, la edad de la paciente y el tipo de hospital pueden ser factores relevantes para considerar, ya que el análisis de los factores socioculturales podría influir en la decisión médica.⁴¹

Tabla No. 7.

Caso Clínico Número 1: Ruptura uterina espontánea e inadvertida.

Indicadores clínicos ginecobstétricos:				
Mujer embarazada a término:	< a 38 SDG.	39-40 SDG.	>40 SDG.	Total
Mujer:	1	0		1
Número Gestas:	Primera: 0	Segunda: 1	Tercera o más: 0	Total: 1
Número de hijos Nacidos:	Vivos: 2		Muertos: 0	Total: 2

Dx. Principal.	Disfunción de prótesis valvular.		Dx. Secundario: Segunda Cesárea.		Total: 1	
Indicaciones médicas para cesárea	Absolutas: 1		Relativas: 0		Total: 1	
Complicaciones post quirúrgicas de las cesáreas.	Ninguna: 1	Infección en tejidos blandos: 0	Hemorragias: 0	Otras: 0	Total: 1	
Técnicas quirúrgicas utilizadas en la cesárea:	Incisión media infraumbilical: 1	Incisión de Pfannenstiel: 0	Incisión vertical media infraumbilical: 0	Incisión en el segmento inferior (tipo Kerr): 0	No se menciona la técnica: 0	Total: 1

Fuente: Ibargüengoitia-Ochoa F, Miranda-Araujo O, López-Torres MF. Ruptura uterina espontánea e inadvertida. Reporte de caso. Ginecol Obstet Mex. 2023;91(11):857-860. doi: 10.24245/gom.v91i11.8879.

La (**Tabla No. 7**) indica que la paciente está en la semana 37 de gestación, es su segundo embarazo y tiene 2 hijos vivos. Sin embargo, la cesárea previa podría haber contribuido a la ruptura uterina; además, el historial obstétrico de la paciente, que incluye el número de embarazos y nacimientos, es crucial para entender mejor los factores de riesgo y el respaldo médico necesario para indicar y llevar a cabo la cesárea. A pesar de ello, la cesárea fue recomendada también por la disfunción de una prótesis valvular que presentaba la paciente, siendo la indicación absoluta y no se presentaron complicaciones durante o después de la cirugía. Al analizar la (**Tabla No. 7**), se destaca que la cesárea estaba clínicamente indicada, siendo muy relevante en los factores clínicos que respaldan la intervención.⁴¹

Tabla No 8.

Riesgos clínicos para el neonato: diagnóstico pre y post – natal por cesárea:

Caso Número 1.

Indicadores neonatales: tipo y unidad de medición.				
Edad gestacional del producto	< a 38 > SDG.	39-40 SDG.	>40 SDG.	Total
Número de RN	1	0	0	1
Producto a término:	Vivo y sano 1.	Vivo y grave 0.	Muerto 0.	Total: 1

Diagnóstico neonatal normal: 1	Diagnóstico neonatal anormal: 0	Total: 1
Complicaciones clínicas para el recién nacido:	Ninguna.	Total: 0
Unidad de medición	SILVERMAN: 0	Total: 1
Unidad de medición	APGAR: 9.9	Total: 1

Fuente: Ibargüengoitia-Ochoa F, Miranda-Araujo O, López-Torres MF. Ruptura uterina espontánea e inadvertida. Reporte de caso. Ginecol Obstet Mex. 2023;91(11):857-860. doi: 10.24245/gom.v91i11.8879.

La (Tabla No. 8) muestra que nació un recién nacido de 37 semanas de gestación vivo y clínicamente sano, sin complicaciones aparentes. Los puntajes de SILVERMAN (0) y APGAR (9,9), respectivamente, valoran el estado de salud del recién nacido, obteniendo una buena calificación, lo cual es crucial para comprender las complicaciones clínicas del recién nacido y del efecto que tiene la cesárea en la salud de la madre.⁴¹

Tabla No. 9

Caso Número 2: Fascitis necrotizante en cicatriz de cesárea.

Datos de identidad:				
Edad de la madre gestante:	15-25 Años.	26-35 Años.	36 -> Años.	Total.
Mujer	1	0	0	Total:1
Tipo de hospital	Publico:1		Privado:0	Total:1
Consentimiento Informado:	Sí: 1		No:0	Total: 1
Violencia obstétrica Reportada	Sí: 0		No:1	Total:1

Fuente: Frías-Sánchez Z, Pantoja-Garrido M, Pantoja-Rosso FJ, Vico-de Miguel FJ. Fascitis necrotizante en cicatriz de cesárea. A propósito de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2018;86(8):554-559. DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v86i8.2264>

La tabla (Tabla No. 9) muestra el caso de una paciente joven de 25 años, quien fue atendida en un hospital público. Se obtuvo su consentimiento informado y no se

reportó violencia obstétrica, lo que sugiere que recibió una atención médica adecuada en términos generales. Tanto su edad como el tipo de hospital pueden ser factores socioculturales para considerar en la resolución del embarazo.⁴²

Tabla No. 10

Caso Número 2: Fascitis necrotizante en cicatriz de cesárea.

Indicadores clínicos ginecobstétricos:						
Mujer embarazada a término:	< a 38 SDG.	39-40 SDG.	>40 SDG.	Total		
Mujer:	0	0	1	1		
Número Gestas:	Primera: 1	Segunda: 0	Tercera o más: 0	Total: 1		
Número de hijos Nacidos:	Vivos: 1		Muertos: 0		Total: 1	
Dx. Principal.	Dx. Principal: Sufrimiento fetal		Dx. Secundario: Fascitis necrosante		Total: 1	
Indicaciones médicas para cesárea	Absolutas: 1		Relativas: 0		Total: 1	
Complicaciones post quirúrgicas de las cesáreas.	Ninguna: 0		Infección en tejidos blandos: 1	Hemorragias: 0		Otras: 0
Técnicas quirúrgicas utilizadas en la cesárea:	Incisión media infraumbilical: 0	Incisión de Pfannenstiel: 0	Incisión vertical media infraumbilical: 0	Incisión en el segmento inferior (tipo Kerr): 0	No se menciona la técnica: 1	
Total: 1						

Fuente: Frías-Sánchez Z, Pantoja-Garrido M, Pantoja-Rosso FJ, Vico-de Miguel FJ. Fascitis necrotizante en cicatriz de cesárea. A propósito de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2018;86(8):554-559. DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v86i8.2264>

La (Tabla No. 10) indica que la paciente cuenta con 41 semanas de gestación, es primigesta y se obtuvo un producto único, vivo y sano, sin aparentes complicaciones. La gestación prolongada pudo haber influido en el desarrollo de la fascitis necrosante en el lecho quirúrgico. No obstante, el historial obstétrico de la paciente, incluyendo el número de gestas y de hijos, es crucial, ya que puede afectar la decisión sobre la realización de la cesárea.⁴²

La cesárea fue necesaria debido a la presencia de sufrimiento fetal, lo cual es una indicación absoluta. Además, la paciente enfrentó complicaciones posquirúrgicas como una infección en el hecho quirúrgico, que posteriormente afectó a los tejidos blandos, provocando fascitis necrosante. No se especifica la técnica quirúrgica utilizada. La indicación de realizar una cesárea por sufrimiento fetal es un elemento clave. Este análisis enfatiza que la cesárea era clínicamente necesaria, pero también destaca la relevancia de la técnica y el manejo postoperatorio ante la complicación postquirúrgica ocurrida.⁴²

Tabla No. 11

Diagnóstico pre y post – natal: – nacimiento post-cesárea: Caso Número 2.

Indicadores neonatales: tipo y unidad de medición.				
Edad gestacional del producto	< a 38 > SDG.	39-40 SDG.	>40 SDG.	Total
Número de RN	0	0	1	1
Producto a término:	Vivo y sano 1.	Vivo y grave 0.	Muerto 0.	Total: 1
Diagnóstico neonatal normal: 1	Diagnóstico neonatal anormal: 0		Total: 1	
Complicaciones clínicas para el recién nacido:	Ninguna.		Total: 1	
Unidad de medición	SILVERMAN: 0-1		Total: 1	
Unidad de medición	APGAR: 8,10,10		Total: 1	

Fuente: Frías-Sánchez Z, Pantoja-Garrido M, Pantoja-Rosso FJ, Vico-de Miguel FJ. Fascitis necrotizante en cicatriz de cesárea. A propósito de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2018;86(8):554-559. DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v86i8.2264>

La tabla (**Tabla No. 11**) nos indica que se obtiene un producto único vivo de 41 semanas de gestación en buen estado, sin complicaciones aparentes. Los puntajes de Silverman de cero a uno y de Apgar de 8,10, 10 son adecuados, lo que sugiere que el recién nacido tiene una buena salud en relación con su edad gestacional.⁴²

Tabla No. 12

Caso Clínico Número 3: Cesaría Perimortem por trauma penetrante por proyectil de arma de fuego con supervivencia fetal. Reporte de un caso.

Datos de identidad:				
Edad de la madre gestante:	15-25 Años.	26-35 Años.	36 - > Años.	Total.
Mujer	1	0	0	Total:1
Tipo de hospital	Publico:0		Privado:1	Total:1
Consentimiento Informado:	Sí: 1		No:0	Total: 1
Violencia obstétrica Reportada	Sí: 0		No:1	Total:1

Fuente: Meza Félix E, Betancourt Vázquez M, Moncada Moreno E, Flores Huerta V, Vázquez Minero JC. Cesárea perimortem por trauma penetrante por proyectil de arma de fuego con supervivencia fetal. Reporte de un caso. Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex [Internet]. 2018 [citado el 6 de junio de 2025];61(2):24–8. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000200024

La (Tabla No. 12) presenta a una mujer joven de 19 años que sufrió una herida por proyectil de arma de fuego y fue atendida en un hospital privado. Se obtuvo su consentimiento informado y no se registró ninguna violencia obstétrica. Debido a su estado de salud. Que resultó en su fallecimiento por un paro cardiorrespiratorio. Se consideraron estos actores para realizar la cesárea con el fin de proteger la vida del producto.⁴³

Tabla No. 13

Caso Clínico Número 3: Cesaría Perimortem por trauma penetrante por proyectil de arma de fuego con supervivencia fetal. Reporte de un caso.

Indicadores clínicos ginecobstétricos:				
Mujer embarazada a término:	< a 38 SDG.	39-40 SDG.	>40 SDG.	Total
Mujer:	1	0	0	1

Número Gestas:	Primera: 0	Segunda: 0	Tercera o más: 0	No se menciona: 1	Total: 1	
Número de hijos Nacidos:	Vivos: 1		Muertos: 0	Total: 1		
Dx. Principal.	Otros: Herida por proyectil de arma de fuego		Dx. Secundario: paro cardiorrespiratorio de la madre. Embarazo de aproximadamente 36 semanas. Ausencia de signos vitales maternos. Compromiso de ventilación.	Total: 1		
Indicaciones médicas para cesárea	Absolutas: 1		Relativas: 0	Total: 1		
Complicaciones post quirúrgicas de las cesáreas.	Ninguna: 0	Infección en tejidos blandos: 0	Hemorragias: 0	Otras: 1	Total: 1	
Técnicas quirúrgicas utilizadas en la cesárea:	Incisión media infraumbilical: 0	Incisión de Pfannenstiel: 0	Incisión vertical media infraumbilical: 1	Incisión en el segmento inferior (tipo Kerr): 0	No se menciona la técnica: 0	Total: 1

Fuente: Meza Félix E, Betancourt Vázquez M, Moncada Moreno E, Flores Huerta V, Vázquez Minero JC. Cesárea perimortem por trauma penetrante por proyectil de arma de fuego con supervivencia fetal. Reporte de un caso. Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex [Internet]. 2018 [citado el 6 de junio de 2025];61(2):24–8. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000200024

La (Tabla No. 13) indica que la paciente estaba embarazada de 36.5 semanas de gestación, aunque no se menciona cuántos embarazos previos había tenido; sin embargo, se obtuvo producto único vivo. A pesar del trauma penetrante por proyectil de arma de fuego y la edad Gestacional de la paciente, estos son factores muy relevantes en este caso, ya que no se conoce su historia obstétrica, aunque se presenta un factor clínico urgente que influyó en la decisión de llevar a cabo la cesárea.⁴³

La cesárea fue indicada debido a la herida por proyectil de arma de fuego y al paro cardiorrespiratorio de la madre, lo que constituyó una indicación absoluta. No se registraron complicaciones posquirúrgicas, ya que cuando se realizó la cesárea, la paciente ya había fallecido, aunque se llevó a cabo únicamente con el objetivo de proteger la vida del producto. Se utilizó una incisión media infraumbilical y fue una intervención de emergencia debido al trauma que determinó la decisión de realizarla.⁴³

Tabla No 14

Diagnóstico pre y post – natal: – nacimiento post-cesárea: Caso Número 3.

Indicadores neonatales: tipo y unidad de medición.				
Edad gestacional del producto	< a 38 > SDG.	39-40 SDG.	>40 SDG.	Total
Número de RN	1	0	0	1
Producto a término:	Vivo y sano 0.	Vivo y grave 1.	Muerto 0.	Total: 1
Diagnóstico neonatal normal: 0		Diagnóstico neonatal anormal: 1		Total: 1
Complicaciones clínicas para el recién nacido:		Admisión en la UCIN. Porque al nacer el bebé estaba flácido, en apnea, con frecuencia cardíaca de 55 lpm, y requirió maniobras de reanimación, intubación, oro traqueal y ventilación mecánica asistida.		Total: 0
Unidad de medición		SILVERMAN: 8		Total: 1
Unidad de medición		APGAR: 3,8		Total: 1

Fuente: Meza Félix E, Betancourt Vázquez M, Moncada Moreno E, Flores Huerta V, Vázquez Minero JC. Cesárea perimortem por trauma penetrante por proyectil de arma de fuego con supervivencia fetal. Reporte de un caso. Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex [Internet]. 2018 [citado el 6 de junio de 2025];61(2):24–8. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000200024

En la (Tabla No. 14) se presenta un producto único vivo con 36 semanas de gestación para la edad Gestacional en Estado grave, que fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN), donde se le aplicaron maniobras de reanimación neonatal. Los puntajes de SILVERMAN (8) APGAR (3,8) indican un estado crítico del innato; no obstante, mejoró progresiva y finalmente fue dado de alta.⁴³

Tabla No. 15

Caso Número 4. Quiste coriónico placentario un reporte de caso

Datos de identidad:				
Edad de la madre gestante:	15-25 Años.	26-35 Años.	36 - > Años.	Total.
Mujer	0	1	0	Total:1

Tipo de hospital	Publico:0	Privado:1	Total:1
Consentimiento Informado:	Si: 1	No:0	Total: 1
Violencia obstétrica Reportada	Si: 0	No:1	Total:1

Uthup Joseph De Kuttothara AJ, Oliva Gómez Meraz Y, Villalpando Basaldúa A, Duarte González S, Conde Gutiérrez DA. Quiste coriónico placentario: un reporte de caso [Internet]. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. 2023 [citado 2023 Oct 27];18(20):1035. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/quiste-corionico-placentario-un-reporte-de-caso/>

La (Tabla No. 15) muestra a una mujer de 32 años que fue atendida en un hospital privado y se obtuvo consentimiento informado, sin queja alguna de violencia obstétrica, deduciéndose que la atención médica fue adecuada en cuanto al respeto hacia la paciente. Su edad y el tipo de hospital se evaluaron como parte del análisis de los factores socioculturales que podrían influir en la decisión de realizar la cesárea.⁴⁴

Tabla No. 16

Caso Número 4. Quiste coriónico placentario un reporte de caso.

Indicadores clínicos ginecobstétricos:				
Mujer embarazada a término:	< a 38 SDG.	39-40 SDG.	>40 SDG.	Total
Mujer:	0	0	1	1
Número Gestas:	Primera: 0	Segunda: 1	Tercera o más: 0	Total: 1
Número de hijos Nacidos:	Vivos: 2		Muertos: 0	Total: 2
Dx. Principal.	Dx. Principal: Fibromas o quistes ováricos.		Dx. Secundario: ----- -----	Total: 1
Indicaciones médicas para cesárea	Absolutas: 0		Relativas: 1	Total: 1

Complicaciones post quirúrgicas de las cesáreas.	Ninguna: 0	Infección en tejidos blandos: 0	Hemorragias: 1	Otras: 0	Total: 1	
Técnicas quirúrgicas utilizadas en la cesárea:	Incisión media infraumbilical: 0	Incisión de Pfannenstiel: 0	Incisión vertical media infraumbilical: 0	Incisión en el segmento inferior (tipo Kerr): 1	No se menciona la técnica: 0	Total: 1

Uthup Joseph De Kuttothara AJ, Oliva Gómez Meraz Y, Villalpando Basaldúa A, Duarte González S, Conde Gutiérrez DA. Quiste coriónico placentario: un reporte de caso [Internet]. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. 2023 [citado 2023 Oct 27];18(20):1035. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/quiste-corionico-placentario-un-reporte-de-caso/>

La (Tabla No. 16) indica que la paciente tiene 43.3 semanas de gestación, ha tenido 2 gestas previas y tiene 2 hijos vivos. Debido a su diagnóstico de la semana de gestación y su historial ginecoobstetricia, esto podría influir en la decisión de indicar una cesárea; sin embargo, la existencia de un quiste coriónico placentario es factor clínico relevante que llevó a decidir y proceder con la cesárea.⁴⁴

La cesárea fue indicada por la presencia de fibromas o quistes ováricos, lo que presenta una indicación relativa. Se presentaron complicaciones posquirúrgicas como hemorragia masiva. La técnica quirúrgica utilizada fue la incisión en el segmento inferior (Tipo Kerr). Sin embargo, la indicación relativa y la complicación postquirúrgica resalta la importancia de emplear una técnica quirúrgica segura y un correcto manejo postoperatorio.⁴⁴

Tabla No. 17

Diagnóstico pre y post – natal: – nacimiento post-cesárea: Caso Número 4.

Indicadores neonatales: tipo y unidad de medición.				
Edad gestacional del producto	< a 38 > SDG.	39-40 SDG.	>40 SDG.	Total
Número de RN	0	0	1	1
Producto a término:	Vivo y sano 0.	Vivo y grave 1.	Muerto 0.	Total: 1
Diagnóstico neonatal normal: 0		Diagnóstico neonatal anormal: 1		Total: 1
Complicaciones clínicas para el recién nacido:		Admisión en la UCI. Porque comenzó a mostrar signos de dificultad respiratoria, incluyendo tiraje, retracción xifoidea y desaturación al 78%.		Total: 1

Unidad de medición	SILVERMAN: 0	Total: 1
Unidad de medición	APGAR: 9.9	Total: 1

Uthup Joseph De Kuttothara AJ, Oliva Gómez Meraz Y, Villalpando Basaldúa A, Duarte González S, Conde Gutiérrez DA. Quiste coriónico placentario: un reporte de caso [Internet]. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. 2023 [citado 2023 Oct 27];18(20):1035. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/quiste-corionico-placentario-un-reporte-de-caso/>

La tabla (**Tabla No. 17**) muestra un producto único vivo de 43 semanas de gestación que se encontraba grave para su edad gestacional y fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN) por presentar signos de dificultad respiratoria. Los puntajes de SILVERMAN (0) y APGAR (9,9) indican un estado crítico al nacer, aunque mejoró con el transcurso de los días.⁴⁴

Tabla No. 18

Caso Clínico Número 5: incisión transversa infraumbilical en una embarazada con obesidad mórbida.

Datos de Identidad:				
Edad de la madre gestante:	15-25 Años.	26-35 Años.	36 - > Años.	Total.
Mujer	0	0	1	Total:1
Tipo de hospital	Publico:1		Privado:0	Total:1
Consentimiento Informado:	Sí: 1		No:0	Total: 1
Violencia obstétrica Reportada	Sí: 0		No:1	Total:1

Fuente: Salvent-Tames A, Romero-Viamonte K. Incisión transversa infraumbilical en una embarazada con obesidad mórbida: reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2022;90(3):287-293. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i3.5703>

En la (**Tabla No. 18**) se presenta una mujer de 43 años, cuya condición obstétrica la clasifica como de alto riesgo. Se atendió en un hospital público. Se obtuvo su consentimiento informado sin reporte alguno de violencia obstétrica, lo que sugiere que la atención médica fue adecuada en términos médicos. La edad de la paciente

es un aspecto importante para considerar que los factores culturales pueden influir en la decisión de llevar a cabo una cesárea; sin embargo, es necesario conocer a fondo otros aspectos que no se mencionan.⁴⁵

Tabla No.19

Caso Clínico Número 3: Ruptura uterina espontánea e inadvertida.

Paciente:		Indicadores clínicos ginecoobstetricos:					
Mujer embarazada a término:		< a 38 SDG.	39-40 SDG.	>40 SDG.	Total		
Mujer:		1	0		1		
Número Gestas:	Primera: 0	Segunda: 0	Tercera o más: 0	No se menciona: 1	Total:1		
Número de hijos Nacidos:		Vivos: 1		Muertos: 0		Total: 1	
Dx. Principal.		Enfermedad hipertensiva del embarazo.		Dx. Secundario: Sufrimiento fetal. Otras: Diabetes Mellitus Gestacional.		Total: 1	
Indicaciones médicas para cesárea		Absolutas: 0		Relativas: 1		Total: 1	
Complicaciones post quirúrgicas de las cesáreas.		Ninguna: 0		Infección en tejidos blandos: 0	Hemorragias: 1	Otras: 0	Total: 1
Técnicas quirúrgicas utilizadas en la cesárea:		Incisión media infraumbilical: 1	Incisión de Pfannenstiel: 0	Incisión vertical media infraumbilical: 0	Incisión en el segmento inferior (tipo Kerr): 0	No se menciona la técnica: 0	Total: 1

Fuente: Salvent-Tames A, Romero-Viamonte K. Incisión transversa infraumbilical en una embarazada con obesidad mórbida: reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2022;90(3):287-293. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i3.5703>

La (Tabla No. 19) presenta un embarazo que evoluciona normalmente a las 35.1 semanas de gestación mientras que se desconoce el número de gestas con un hijo único vivo. Las complicaciones que se dieron durante el embarazo y el historial obstétrico son relevantes, ya que influyen en la decisión médica para realizar la cesárea; sin embargo, la obesidad mórbida de la paciente es un factor crucial en este caso.⁴⁵

Además, es importante señalar que la cesárea se indicó por una enfermedad hipertensiva del embarazo y sufrimiento fetal, lo que representa una indicación relativa. Se observaron complicaciones post quirúrgicas como hemorragia masiva y se utilizó una incisión media inhabilitar como técnica quirúrgica.⁴⁵

Tabla No. 20

Diagnóstico pre y post – natal: – nacimiento post-cesárea: Caso Número 5.

Indicadores neonatales: tipo y unidad de medición.				
Edad gestacional del producto	< a 38 > SDG.	39-40 SDG.	>40 SDG.	Total
Número de RN	1	0	0	1
Producto a término:	Vivo y sano 0.	Vivo y grave 1.	Muerto 0.	Total: 1
Diagnóstico neonatal normal: 0		Diagnóstico neonatal anormal: 1		Total: 1
Complicaciones clínicas para el recién nacido:		Admisión en la UCIN. Porque debido a los factores de riesgo que presentó su madre en el embarazo y además para un monitoreo y cuidado intensivo especializado.		Total: 1
Unidad de medición		SILVERMAN: No se menciona		Total: 1
Unidad de medición		APGAR: No se menciona		Total: 1

Fuente: Salvent-Tames A, Romero-Viamonte K. Incisión transversa infraumbilical en una embarazada con obesidad mórbida: reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2022;90(3):287-293. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i3.5703>

La (Tabla No. 20) muestra un producto único vivo de 35.1 semanas de gestación en estado grave para su edad gestacional, por lo que fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN) debido a los factores de riesgo presentes en la madre. No se incluyen las calificaciones de SILVERMAN Y APGAR lo cual limita el análisis completo del estado de salud del recién nacido.⁴⁵

Tabla No. 21

Caso Clínico Número. 6 y 7 Detección de anomalías de posición mediante ultrasonido transabdominal suprapúbico.

Datos de identidad:				
Edad de la madre gestante:	15-25 Años.	26-35 Años.	36 -> Años.	Total.
Mujer	1 - 24 años	1 – 29 años	0	Total:2
Tipo de hospital	Publico:2		Privado:0	Total:2
Consentimiento Informado:	Sí: 2		No:0	Total: 2
Violencia obstétrica Reportada	Sí: 0		No:2	Total:2

Fuente: Villagómez-Mendoza EA, Yescas-Osorio IN, Toriz-Prado A. Detección de anomalías de posición mediante ultrasonido transabdominal suprapúbico. Reporte de dos casos. Ginecol Obstet Mex. 2019;87(8):549-554. doi: 10.24245/gom.v87i8.2573.

La (Tabla No. 21) presenta a 2 pacientes de 24 y 29 años atendidas en un hospital público. Se obtuvo el consentimiento informado de ambos sin reportes de violencia obstétrica, lo que sugiere que la atención médica fue adecuada en términos de respeto hacia ellas. La edad de los pacientes y el tipo de hospital pueden ser factores significativos a considerar para realizar un análisis detallado de los aspectos socioculturales que podrían influir en la decisión de realizar la cesárea en ambas.⁴⁶

Tabla No. 22

Caso Clínico Número Caso Clínico Número °6 y 7 Detección de anomalías de posición mediante ultrasonido transabdominal suprapúbico.

Indicadores clínicos ginecobstétricos:				
Mujer embarazada a término:	< a 38 SDG.	39-40 SDG.	>40 SDG.	Total
Mujer:	0	1	1	2

Número Gestas:	Primera: 2	Segunda: 0	Tercera o más: 0	Total: 2		
Número de hijos Nacidos:	Vivos: 2	Muertos: 0	Total: 2			
Dx. Principal.	Caso 6: posición Occipital- posterior. Caso 7: Posición Occipital-transversa.	Caso 6: Ruptura prematura de membranas. Caso 7: Enfermedad Hipertensiva del Embarazo	Total: 2			
Indicaciones médicas para cesárea	Absolutas: 2	Relativas: 0	Total: 2			
Complicaciones post quirúrgicas de las cesáreas.	Ninguna: 2	Infección en tejidos blandos: 0	Hemorragias: 0	Otras: 0	Total: 2	
Técnicas quirúrgicas utilizadas en la cesárea:	Incisión media infraumbilical: 0	Incisión de Pfannenstiel: 2	Incisión vertical media infraumbilical: 0	Incisión en el segmento inferior (tipo Kerr): 0	No se menciona la técnica: 0	Total: 2

Fuente: Villagómez-Mendoza EA, Yescas-Osorio IN, Toriz-Prado A. Detección de anomalías de posición mediante ultrasonido transabdominal suprapúbico. Reporte de dos casos. Ginecol Obstet Mex. 2019;87(8):549-554. doi: 10.24245/gom.v87i8.2573.

La (Tabla No. 22) indica que la paciente de 24 años tiene un embarazo de 41 semanas de gestación, mientras que la paciente de 29 años tiene 39 semanas de gestación; Ambas son priistas y se obtuvo un producto único vivo en ambos casos. La culminación del embarazo y la historia obstétrica de las pacientes son esenciales para comprender los factores clínicos que pueden afectar la decisión de llevar a cabo una cesárea. Las anomalías de posición detectadas por ultrasonido son aspectos clínicos significativos en estos casos.⁴⁶

Sindicaron cesáreas debido a posiciones anómalas del feto; En el caso número 6, se observó una posición occipital posterior, ruptura prematura de membranas y en el caso número 7, se presentó una posición Occipital transversa y enfermedad hipertensiva del embarazo. Ambas situaciones son indicaciones absolutas para una cesárea; no se reportaron complicaciones post quirúrgicas y se utilizó una incisión tipo Pfannenstiel en los 2 casos.⁴⁶

Tabla No. 23

Diagnóstico pre y post – natal: – nacimiento post-cesárea: Caso Número 6 (mujer de 24 años de edad y caso número 7 con 29 años de edad)

Indicadores neonatales: tipo y unidad de medición.				
Edad gestacional del producto	< a 38 > SDG.	39-40 SDG.	>40 SDG.	Total
Numero de RN	0	1	1	2
Producto a término:	Vivo y sano 2.	Vivo y grave 0.	Muerto 0.	Total: 2
Diagnóstico neonatal normal: 2	Diagnóstico neonatal anormal: 0		Total: 2	
Complicaciones clínicas para el recién nacido:	Ninguna.		Total: 2	
Unidad de medición	SILVERMAN: No se menciona		Total: 2	
Unidad de medición	APGAR: No se menciona		Total: 2	

Fuente: Villagómez-Mendoza EA, Yescas-Osorio IN, Toriz-Prado A. Detección de anomalías de posición mediante ultrasonido transabdominal suprapúbico. Reporte de dos casos. Ginecol Obstet Mex. 2019;87(8):549-554. doi: 10.24245/gom.v87i8.2573.

La (Tabla No. 23) muestra productos únicos vivos de 41 y 39 semanas de gestación, respectivamente, y ambos se encuentran en buen estado para la edad gestacional sin complicaciones aparentes. Las calificaciones de SILVERMAN Y APGAR no se mencionan, lo que limita el análisis completo del estado de salud de ambos neonatos; Sin embargo, este análisis es vital para entender las complicaciones clínicas que puedan enfrentar el recién nacido y evaluar el impacto de la cesárea en su salud.⁴⁶

Tabla No. 24

Caso Clínico Número °8: Ruptura uterina por placenta precreta en el tercer trimestre del embarazo

Datos de identidad:				
Edad de la madre gestante:	15-25 Años.	26-35 Años.	36 - > Años.	Total.

Mujer	0	1	0	Total:1
Tipo de hospital	Publico:1		Privado:0	Total:1
Consentimiento Informado:	Si: 1		No:0	Total: 1
Violencia obstétrica Reportada	Si: 0		No:1	Total:1

Fuente: Soni-Trinidad C, Rivera-López MF, Soni-Trinidad B, Hernández-Cartagena JF, Velasco-Cárdenas DF, Soni-Trinidad M. Ruptura uterina por placenta percreta en el tercer trimestre del embarazo: reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2022;90(3):294-299.

La (**Tabla No. 24**) presenta a una mujer embarazada de 28 años que recibió atención en un hospital público. Se obtuvo consentimiento informado y no se reportó violencia obstétrica, lo que sugiere que la atención médica fue adecuada en cuanto al derecho a la salud. La edad de la paciente y el tipo de hospital se pueden considerar como factores socioculturales relevantes que pueden influir en la decisión de proceder con el procedimiento quirúrgico.⁴⁷

Tabla No. 25

Caso Clínico Número °8: Ruptura uterina por placenta percreta en el tercer trimestre del embarazo

Indicadores clínicos ginecobstétricos:				
Mujer embarazada a término:	< a 38 SDG.	39-40 SDG.	>40 SDG.	Total
Mujer:	1	0		1
Número Gestas:	Primera: 0	Segunda: 1	Tercera o más: 1	Total: 1
Número de hijos Nacidos:	Vivos: 2		Muertos: 4	Total: 6
Dx. Principal.	Ruptura uterina.	Dx. Secundario: placenta percreta.		Total: 1

Indicaciones médicas para cesárea		Absolutas: 1		Relativas: 0		Total: 1	
Complicaciones post quirúrgicas de las cesáreas.		Ninguna: 0		Infección en tejidos blandos: 0	Hemorragias: 1	Otras: 0	Total: 1
Técnicas quirúrgicas utilizadas en la cesárea:	Incisión media infraumbilical: 0	Incisión de Pfannenstiel: 0	Incisión vertical media infraumbilical: 0	Incisión en el segmento inferior (tipo Kerr): 0	No se menciona la técnica: 1	Total: 1	

Fuente: Soni-Trinidad C, Rivera-López MF, Soni-Trinidad B, Hernández-Cartagena JF, Velasco-Cárdenas DF, Soni-Trinidad M. Ruptura uterina por placenta percreta en el tercer trimestre del embarazo: reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2022;90(3):294-299.

La (Tabla No. 25) indica que la paciente tenía un embarazo de 32.5 semanas de gestación con un historial obstétrico multigesta, con un total de 6 gestas, 3 hijos vivos y 3 fallecidos hasta el momento. La interrupción temprana del embarazo y la historia obstétrica de la paciente son aspectos muy importantes para entender los factores clínicos que pueden afectar la decisión de llevar a cabo una cesárea; la ruptura uterina por placenta, percreta se considera un factor clínico decisivo en este escenario.⁴⁷

La cesárea fue recomendada debido a la ruptura uterina y la placenta, percreta, constituyendo una indicación absoluta. Se reportaron complicaciones postoperatorias de hemorragia masiva y la técnica quirúrgica utilizada. No se menciona, lo que resalta su relevancia.⁴⁷

Tabla No. 26

Diagnóstico pre y post – natal: – nacimiento post-cesárea: Caso Número 8.

Indicadores neonatales: tipo y unidad de medición.				
Edad gestacional del producto	< a 38 > SDG.	39-40 SDG.	>40 SDG.	Total
Número de RN	1	0	0	1
Producto a término:	Vivo y sano 0.	Vivo y grave 0.	Muerto 1.	Total: 1
Diagnóstico neonatal normal: 0		Diagnóstico neonatal anormal: 1		Total: 1

Complicaciones clínicas para el recién nacido:	admisión en la UCIN debido a su estado crítico tras nacimiento, que incluyó un Apgar bajo de 4, 6 y 7 bajo peso de 1450, G. Y prematuridad de 32.5 SDG	Total: 1
Unidad de medición	SILVERMAN: No se menciona.	Total: 1
Unidad de medición	APGAR: 4,6,7	Total: 1

Fuente: Soni-Trinidad C, Rivera-López MF, Soni-Trinidad B, Hernández-Cartagena JF, Velasco-Cárdenas DF, Soni-Trinidad M. Ruptura uterina por placenta percreta en el tercer trimestre del embarazo: reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2022;90(3):294-299.

La (Tabla No. 26) muestra un producto único vivo de 32.5 semanas de gestación en estado grave clínicamente crítico, siendo ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN) con una calificación de APGAR (4,6,7); no se menciona la cifra de SILVERMAN, presenta bajo peso para su edad gestacional, ya que es prematuro; este análisis es de gran importancia para comprender las complicaciones clínicas del recién nacido y evaluar el impacto de la cesárea en su salud, dado que debido a su estado crítico, falleció a los 20 días de haber ingresado a la UCIN.⁴⁷

Tabla No. 27

Caso Clínico Número 9 Reporte de seis casos de eclampsia en un hospital rural de la selva de Chiapas

Datos de identidad:				
Edad de la madre gestante:	15-25 Años.	26-35 Años.	36 -> Años.	Total.
Mujer	0	1	0	Total:1
Tipo de hospital	Publico:1		Privado:0	Total:1
Consentimiento Informado:	Sí: 1		No:0	Total: 1
Violencia obstétrica Reportada	Sí: 0		No:1	Total:1

Fuente: Arriaga López A, Álvarez Torres A, Meléndez Cruz S, Vera Sánchez MD, Quintero Gordillo AB. Reporte de seis casos de eclampsia en un hospital rural de la selva de Chiapas. Rev Ginecol Obstet Mex. 2022;90(3):287-293.

La (Tabla No. 27) presenta a una paciente de 22 años que fue atendida en un hospital público rural del IMSS bienestar, se obtuvo consentimiento informado y no se reportó violencia obstétrica. Esto sugiere que la atención médica fue la adecuada en cuanto al respeto de los derechos de la paciente. La edad de la paciente y el tipo de hospital son factores a considerar para analizar los elementos socioculturales que influyen en la decisión de llevar a cabo una cesárea.⁴⁸

Tabla No. 28

Caso Clínico Número °9 Reporte de seis casos de eclampsia en un hospital rural de la selva de Chiapas

Indicadores clínicos ginecobstétricos:						
Mujer embarazada a término:	< a 38 SDG.	39-40 SDG.	>40 SDG.	Total		
Mujer:	1	0	0	1		
Número Gestas:	Primera: 1	Segunda: 0	Tercera o más: 0	Total: 1		
Número de hijos Nacidos:	Vivos: 1		Muertos: 0		Total: 1	
Dx. Principal.	Eclampsia		Dx. Secundario: Ruptura prematura de membranas		Total: 1	
Indicaciones médicas para cesárea	Absolutas: 0		Relativas: 1		Total: 1	
Complicaciones post quirúrgicas de las cesáreas.	Ninguna: 1	Infección en tejidos blandos: 0	Hemorragias: 0	Otras: 0	Total: 1	
Técnicas quirúrgicas utilizadas en la cesárea:	Incisión media infraumbilical: 0	Incisión de Pfannenstiel: 0	Incisión vertical media infraumbilical: 0	Incisión en el segmento inferior (tipo Kerr): 0	No se menciona la técnica: 1	Total: 1
Uso y tipo de anestesia utilizada:	No se menciona: 1	Anestesia Epidural: 0	Anestesia Raquídea: 0	Anestesia Combinada Epidural-Raquídea: 0	Anestesia general: 1	Total: 1

Fuente: Arriaga López A, Álvarez Torres A, Meléndez Cruz S, Vera Sánchez MD, Quintero Gordillo AB. Reporte de seis casos de eclampsia en un hospital rural de la selva de Chiapas. Rev Ginecol Obstet Mex. 2022;90(3):287-293.

La (Tabla No. 28) muestra una paciente de 38.4 semanas de gestación, primigesta con producto único. La Edad Gestacional y el tipo de patología presente en la paciente son relevantes, ya que influyen en la decisión de realizar una cesárea; sin embargo, la eclampsia es un factor clínico que se resalta en este caso.⁴⁸

La cesárea fue indicada debido a que la paciente presentaba eclampsia y ruptura prematura de membranas, constituyendo una indicación relativa. No presentó complicaciones postoperatorias y no se especifica la técnica utilizada, lo que subraya la relevancia de un manejo adecuado.⁴⁸

Tabla No. 29

Diagnóstico pre y post – natal: – nacimiento post-cesárea: Caso Número 9.

Indicadores neonatales: tipo y unidad de medición.				
Edad gestacional del producto	< a 38 > SDG.	39-40 SDG.	>40 SDG.	Total
Número de RN	1	0	0	1
Producto a término:	Vivo y sano 1.	Vivo y grave 0.	Muerto 0.	Total: 1
Diagnóstico neonatal normal: 1	Diagnóstico neonatal anormal: 0		Total: 1	
Complicaciones clínicas para el recién nacido:	Ninguna.		Total: 0	
Unidad de medición	SILVERMAN: No se menciona		Total: 1	
Unidad de medición	APGAR: 7,9		Total: 1	

Fuente: Arriaga López A, Álvarez Torres A, Meléndez Cruz S, Vera Sánchez MD, Quintero Gordillo AB. Reporte de seis casos de eclampsia en un hospital rural de la selva de Chiapas. Rev Ginecol Obstet Mex. 2022;90(3):287-293.

En (La Tabla No. 29) se reporta un producto único vivo de 39 semanas de gestación para la edad gestacional, clínicamente sano, sin aparentes complicaciones; recibe una calificación de APGAR de (7,9) y no se menciona la calificación de SILVERMAN, lo que hace que este análisis sea muy relevante para entender las posibles complicaciones clínicas del neonato y su impacto en la salud.⁴⁸

Tabla No. 30

Caso Clínico Número 10 Acretismo placentario con placenta previa y miomatosis uterina

Datos de identidad:				
Edad de la madre gestante:	15-25 Años.	26-35 Años.	36 - > Años.	Total.
Mujer	0	0	1	Total:1
Tipo de hospital	Publico:1		Privado:0	Total:1
Consentimiento Informado:	Sí: 1		No:0	Total: 1
Violencia obstétrica Reportada	Sí: 0		No:1	Total:1

Fuente: Treviño-Orozco MI, Huerta-Jiménez O, Gutiérrez Marfil M, Zaragoza Delgado J, Corona Aguilar MF. Acretismo placentario con placenta previa y miomatosis uterina: reporte de caso. Ginecol Obstet Mex. 2020; Aceptado en noviembre.

La (Tabla No. 30) se presenta una mujer de 39 años atendida en un hospital público. Se obtuvo consentimiento informado y no se reportó violencia obstétrica, lo que sugiere que la atención médica fue apropiada desde un punto de vista legal. La edad de la paciente y el tipo de hospital son aspectos importantes a considerar para el análisis de los factores socioculturales que pueden influir en la decisión de realizar una cesárea.⁴⁹

Tabla No. 31.

Caso Clínico Número 10 Acretismo placentario con placenta previa y miomatosis uterina

Indicadores clínicos ginecobstétricos:				
Mujer embarazada a término:	< a 38 SDG.	39-40 SDG.	>40 SDG.	Total
Mujer:	1	0	0	1

Número Gestas:	Primera: 1	Segunda: 0	Tercera o más: 0	Total: 1		
Número de hijos Nacidos:	Vivos: 1	Muertos: 0	Total: 1			
Dx. Principal.	Placenta previa	Dx. Secundario: Miomatosis uterina y DM2	Total: 1			
Indicaciones médicas para cesárea	Absolutas: 0	Relativas: 1	Total: 1			
Complicaciones post quirúrgicas de las cesáreas.	Ninguna: 0	Infección en tejidos blandos: 0	Hemorragias: 0	Otras: 1	Total: 1	
Técnicas quirúrgicas utilizadas en la cesárea:	Incisión media infraumbilical: 1	Incisión de Pfannenstiel: 0	Incisión vertical media infraumbilical: 0	Incisión en el segmento inferior (tipo Kerr): 0	No se menciona la técnica: 0	Total: 1

Fuente: Treviño-Orozco MI, Huerta-Jiménez O, Gutiérrez Marfil M, Zaragoza Delgado J, Corona Aguilar MF. Acretismo placentario con placenta previa y miomatosis uterina: reporte de caso. Ginecol Obstet Mex. 2020; Aceptado en noviembre.

La (Tabla No. 31) describe a una paciente de 34 semanas de gestación, primigesta con un producto único vivo; La interrupción temprana del embarazo y el historial obstétrico de la paciente son cruciales, ya que ayudan a comprender los factores clínicos que impactan en la decisión de realizar una cesárea como el acretismo placentario, placenta previa y la tosferina, todos ellos de gran importancia.⁴⁹

La cesárea fue indicada debido a la placenta previa neumatosis uterina, diabetes gestacional, constituyendo una indicación relativa. Ocurrió una complicación postoperatoria como hemorragia masiva. Se utilizó la técnica quirúrgica de incisión media en forma ilegal, destacando la relevancia del manejo postoperatorio.⁴⁹

Tabla No 32.

Diagnóstico pre y post – natal: – nacimiento post-cesárea: Caso Número 10.

Indicadores neonatales: tipo y unidad de medición.				
Edad gestacional del producto	< a 38 > SDG.	39-40 SDG.	>40 SDG.	Total

Número de RN	1	0	0	1
Producto a término:	Vivo y sano 1.	Vivo y grave 0.	Muerto 0.	Total: 1
Diagnóstico neonatal normal: 1	Diagnóstico neonatal anormal: 0		Total: 1	
Complicaciones clínicas para el recién nacido:	Ninguna.		Total: 0	
Unidad de medición	No se menciona: 0		Total: 1	
Unidad de medición	APGAR: 8,9		Total: 1	

Fuente: Treviño-Orozco MI, Huerta-Jiménez O, Gutiérrez Marfil M, Zaragoza Delgado J, Corona Aguilar MF. Acretismo placentario con placenta previa y miomatosis uterina: reporte de caso. Ginecol Obstet Mex. 2020; Aceptado en noviembre.

La (Tabla No. 32) se presenta un producto único vivo de 34 semanas de gestación para la edad gestacional, con buen estado de salud, sin complicaciones clínicas aparentes. No se menciona en puntaje de SILVERMAN obteniendo un puntaje de APGAR de 8,9, siendo de gran importancia en este estudio de la tabla, ya que se realiza con el objetivo de analizar el efecto de la cesárea en su salud.⁴⁹

11. DISCUSIÓN.

Esta investigación documental sobre los Factores Clínicos que han Incrementado la incidencia de Cesáreas No Indicadas en Hospitales de México no se encontraron datos estadísticos exactos. Por ello, se decidió analizar estudios de países como Chile y Perú, donde se obtuvieron datos estadísticos e indicadores que reflejan la realidad de los hospitales públicos de México, especialmente en relación con la estancia y rotación del internado.

En el presente estudio no se encontraron datos estadísticos exactos sobre cesáreas no indicadas en México, lo que presenta una limitación importante para el análisis directo del problema en el país. Sino con el objetivo es identificar los factores clínicos y socioculturales que contribuyen al aumento de cesáreas no indicadas, y se decidió analizar estudios realizados en otros países de América Latina como Chile y Perú. Estos países presentan contextos similares en términos de sistema de salud y prácticas obstétricas, lo que permite extrapolar ciertos hallazgos y establecer puntos de comparación que enriquecen la discusión. Los datos obtenidos de Chile y Perú muestran tasas elevadas de cesáreas no indicadas, especialmente en clínicas privadas, donde factores como la preferencia materna, el temor al dolor del parto y razones estéticas influyen en la decisión de realizar cesáreas. Aunque estos hallazgos no son directamente aplicables a México, proporcionan un marco de referencia útil para entender posibles dinámicas similares en el país y subrayan la necesidad de realizar investigaciones más detalladas y específicas sobre cesáreas no indicadas en México.³³⁻⁵⁰

El primer artículo revisado se centra en la población de Perú (**Tabla No. 1**) y detalla su marco teórico que las cifras de cesáreas realizadas carecen de justificación médica clara, tanto en clínicas privadas, el (75.9%) como en hospitales públicos donde la frecuencia de cesáreas Indicadas también es notable del (35%). Estas estadísticas del sector privado indican que las cesáreas se realizan de manera rutinaria sin razones médicas válidas, influenciadas por factores como la preferencia

de la madre para evitar el dolor y un acceso médico rápido por parte de los profesionales y la preocupación estética de los pacientes.^{33,40}

Respecto a los datos estadísticos de morbilidad y mortalidad en mujeres embarazadas durante el final del embarazo (**Tabla No. 2**) los factores significativos como la diabetes, la hipertensión arterial asociados al embarazo, que representan efectos adversos en las madres gestantes (5-10%). Estas condiciones pueden llevar a la práctica médica de realizar una cesárea para proteger la vida tanto de la madre como del bebé. Las cifras de complicaciones son elevadas (3-8%) y podrían reflejar una falta de control prenatal riguroso por parte de las pacientes, o bien, estar relacionadas con los costos, lo que afecta negativamente la mejora del control prenatal para así reducir la necesidad de cesáreas.³⁴⁻³⁶

En relación con los datos clínicos y estadísticos de morbilidad y mortalidad del neonato al nacer por la cesárea (**Tabla No. 3**) presenta las numerosas complicaciones que pueden surgir durante el nacimiento por cesárea, tales como: La Taquipnea Transitoria del Recién Nacido (TTRN) (2%); El Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) (0.2-1%), diagnósticos médicos que se dan en partos antes de las 39 semanas de gestación. Además, se mencionan lesiones físicas y problemas de adaptación como la Hipoglucemia (10%). Se enfatiza la importancia de no realizar cesáreas que no estén clínicamente justificadas; se recomienda programarlas únicamente en circunstancias que lo requieran, preferiblemente después de las 39 semanas de gestación, para disminuir y evitar riesgos en el recién nacido.³⁴⁻³⁶

La (**Tabla No. 4**) reporta las estadísticas de muertes relacionadas con cesáreas en México Chile, señalando que en Chile el 57.14% de las muertes maternas ocurrieron durante el puerperio inmediato debidamente a hemorragias masivas. En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) informó que, de las 102 muertes en 2017, 44 fueron causadas por situaciones no relacionadas con el embarazo.^{33,37}

La (**Tabla No. 5**) indica que en los hospitales privados como el hospital ángeles del pedregal, la tasa de cesáreas es del 84%, con un 14.4% de cesáreas previas y un 9.1% de electivas. Comparando con el Hospital Cayetano de Heredia en Perú,

donde la frecuencia necesaria es del 50.2%, ambos resultados reflejan una mayor incidencia de cesáreas en instituciones privadas asociadas a esto a factores económicos y a la preferencia por la cesárea.³⁸⁻⁴⁰

Las **(Tablas No. 6, No. 9, No. 12, No. 15, No. 18, No. 21, No. 24, No. 27, No. 30)** que abordan factores socioculturales, indican que no se reportó violencia ginecobstetricia en todos los casos clínicos presentados, además de que la mayoría de las pacientes se les fue otorgado el consentimiento informado de forma administrativa y protocolaria.⁴¹⁻⁴⁹

En cuanto a las estadísticas maternas asociadas a cesáreas, la **(Tabla No. 6)**. se identifica riesgos para mujeres en la atención ginecológica, siendo uno de los casos aislados encontrados en diversos estudios realizados en México, donde se evidencian las distintas razones que llevan a la indicación. Necesarias, absolutas y relativas. Las complicaciones durante la cirugía, como infecciones y hemorragias, son más comunes en cesáreas de urgencia frente a aquellas programadas.⁴¹

Continuando con el caso clínico número 1, **(Tabla No.7)** presenta la ruptura uterina espontánea inadvertida. La historia clínica de cesáreas previas es un factor clave en la decisión de realizar una nueva cesárea. Este análisis indica que la cesárea estaba clínicamente indicada, lo cual es esencial para comprender los factores clínicos que respaldan la intervención.⁴¹

Respecto al neonato nacido en este procedimiento clínico, **(Tabla No. 8)** El Niño nació a las 37 semanas de gestación, vivo y sano y sin complicaciones. Los puntajes de SILVERMAN Y APGAR fueron normales, lo que sugiere un buen estado de la salud del recién nacido.⁴¹

En el caso clínico número 2 se habla de Fascitis Necrosante es en la cicatriz de la cesárea **(Tablas No. 9 y No. 10)** La paciente de 25 años, atendida en un hospital público no reportó violencia obstétrica. Lo que indica que la atención médica fue adecuada y respetuosa de los derechos de la paciente, quién fue sometida a una cesárea indicada, Además, sufrió complicaciones post quirúrgicas debido a infecciones en tejidos blandos.⁴²

En cuanto al diagnóstico pre y posnatal post-cesárea, caso clínico número 2, el neonato nació vivo y a las 41 semanas de gestación sano y sin complicaciones clínicas, los puntajes de Silverman y Apgar fueron normales. La salud de ambos, madre e hijo, fue favorable (**Tabla No. 11**).⁴²

En el caso clínico número 3, se aborda una cesárea perimortem debido a un trauma penetrante causado por un proyectil de arma de fuego con supervivencia fetal (**Tablas No. 12, No. 13 y No. 14**). La paciente de 19 años fue atendida en un hospital privado donde se respetaron sus derechos a nivel médico. La cesárea se llevó a cabo tras una herida por bala y un paro cardiorrespiratorio en la paciente embarazada, constituyendo una indicación absoluta. Se realizó una incisión media infrautilizada como medida de emergencia, debido al trauma que fue determinante para la decisión de ejecutar la cesárea. El neonato nacido a las 36.5 semanas de gestación, nació vivo pero con un diagnóstico grave, requiriendo el ingreso a la UCIN y maniobras de reanimación. Los puntajes de SILVERMAN y APGAR reflejan un estado crítico al nacer y aunque mejoran rápidamente con el tratamiento en la UCIN.⁴³

En el caso clínico número 4, se reporta un diagnóstico de quiste coránico placentario (**Tablas No. 15, No. 16 y No. 17**). La paciente, de 32 años, fue atendida en un hospital privado con 43.3 semanas de gestación y antecedentes de 2 gestas previas con 2 hijos vivos. La gestación prolongada y el historial obstétrico de la paciente son factores significativos que influyen en la decisión de realizar una cesárea indicada, en este caso por el quiste coriónico placentario, que representa una indicación clínica relativa. Hubo complicaciones post quirúrgicas, incluyendo hemorragia, y se realizó una incisión en el segmento inferior (tipo Kerr). La indicación relativa y las complicaciones postquirúrgicas subrayan la relevancia de la técnica quirúrgica y el manejo postoperatorio. El neonato nació vivo a las 43 semanas de gestación, presentaba un Estado grave y necesitó servicios en la UCIN debido a signos de dificultad respiratoria, mejorando posteriormente.⁴⁴

El caso clínico número 5 con indicación de incisión transversa inhabitual en la mujer embarazada con obesidad mórbida, (**Tablas No. 18, No. 19 y No. 20**). La paciente,

de 43 años, es considerada de alto riesgo y fue atendida en un hospital público, recibiendo atención médica adecuada que respeta sus derechos humanos. Presenta 35.1 semanas de gestación; no especifica el número de gestas. Los datos clínicos relacionados con la obesidad mórbida son relevantes para entender los factores que influyen en la decisión de realizar una cesárea, además de otros datos clínicos con hipertensión del embarazo y sufrimiento fetal, y se reporta una complicación postquirúrgica de hemorragia. Se llevó a cabo una incisión media infraumbilical. El neonato, nacido vivo a las 35.1 semanas de gestación, se encontraba en Estado grave, requiriendo admisión a la UCIN; no se proporcionan puntajes de SILVERMAN NI APGAR, lo cual limita un análisis completo del estado de salud del recién nacido.⁴⁵

Se presentan 2 casos clínicos número 6 y 7 en esta investigación (**Tablas No. 21, No. 22 y No. 23**). En el primer caso, la paciente de 24 años requiere cesárea absoluta debido a un diagnóstico de anomalías en la posición fetal, reportado mediante ultrasonido tras abdominal suprapúbico, y tiene 39 semanas de embarazo. En el segundo caso, la paciente tiene 29 años y 41 semanas de embarazo. Es primigesta y la cesárea fue indicada por padecimiento hipertensivo, lo que representa indicaciones absolutas para la cesárea en ambas situaciones ginecológicas y obstétricas. No se reportaron complicaciones post quirúrgicas y se utilizó la incisión tipo Pfannenstiel. Las indicaciones absolutas y la ausencia de complicaciones posquirúrgicas enfatizan la importancia de la técnica quirúrgica y el manejo adecuado durante el parto. Ambos recién nacidos, con 41 y 39 semanas de gestación, respectivamente, nacieron vivos y en buen estado de salud, sin complicaciones clínicas aparentes, no se mencionan los puntajes de SILVERMAN Y APGAR.⁴⁶

Del caso clínico número 8, que presenta un diagnóstico de cesárea debido a una ruptura uterina de la placenta previa en el tercer trimestre del embarazo (**Tablas No. 24, No. 25, No. 26**), la paciente de 28 años recibió atención en un hospital público. Se encontraba en la Semana 32.5 de gestación y tenía un historial obstétrico de múltiples Gestas, totalizando 6, de las cuales resultaron en 2 hijos vivos y 4

fallecimientos. El último embarazo y la resolución de este a término temprano son factores clínicos que pueden influir en la decisión de realizar una cesárea, dado que la ruptura uterina por placenta previa es una indicación ginecobstetricia absoluta. Se presentó una complicación postquirúrgica de hemorragia. El neonato que nació vivo a las 32.5 semanas de gestación, fue diagnosticado como crítico y requirió admisión en la UCIN. Tenía un puntaje de SILVERMAN menor, peso bajo al nacer y era prematuro. No se menciona el puntaje de SILVERMAN y debido a su estado crítico, falleció a los 20 días después de ingresar a la UCIN.⁴⁷

Del caso clínico número 9 (**Tablas No.27,28,29**) se reporta un caso de Eclampsia en un hospital rural de la selva de Chiapas; la paciente de 22 años, atendida en un hospital público rural estaba en la semana 38.4 de gestación y era primigesta con un neonato que nació vivo. La decisión de realizar una cesárea se debió a la eclampsia que se considera un factor clínico absoluto para la cesárea, junto a la ruptura prematura de membranas. No hubo complicaciones postquirúrgicas no se especifica la técnica empleada. El neonato con 38 semanas de gestación nació vivo y con un buen estado de salud para la edad gestacional, sin complicaciones clínicas aparentes. Nos indican los puntajes de SILVERMAN.⁴⁸

El último caso descrito, el número 10 involucra a una paciente diagnosticada con acretismo placentario, placenta previa y miomatosis uterina (**Tablas No. 30, No. 31 y No. 32**) es una mujer de 39 años con 34 semanas de gestación, Primigesta da luz a un hijo único vivo. La gestación finalizó de manera anticipada, siendo el acretismo placentario, placenta previa y miomatosis uterina, factores clínicos relevantes en este caso; la paciente, a sus 39 años siendo primigesta, son señales clínicas ginecobstetricia es que justifican la cesárea, mientras que el acretismo placentario, placenta previa y miomatosis uterina y la diabetes mellitus gestacional son considerados como indicaciones relativas. Se presentó una complicación posquirúrgica de hemorragia y se utilizó una incisión media infraumbilical. El recién nacido, que tuvo menos de 34 semanas de gestación, nació vivo y con un buen estado para la edad gestacional, sin complicaciones clínicas, y no se especifican los puntajes de SILVERMAN Y APGAR.⁴⁹

Los datos estadísticos de las investigaciones publicadas por los servicios de salud de Lima, Perú, junto con las publicaciones de Chile, muestran cifras que son similares a las descritas en cada uno de los casos en relación con los criterios científico-clínicos de la ginecología y obstetricia para determinar indicaciones válidas de cesárea, así como para clasificar, cesáreas como no indicadas, tal como se mencionan en las tablas analizadas aquí, **(Tabla No. 1-No. 5)**. Esto está relacionado con las condiciones de salud de las pacientes gestantes y con la edad de las gestantes, verificando si coinciden los datos proporcionados por esos 2 países, Chile y Perú. En cuanto a los indicadores clínicos de los neonatos nacidos vivos, los diagnósticos críticos representan un gran desafío para la neonatología, tanto en la educación de las madres gestantes como en seguimiento de los neonatos que nacen vivos y con diagnósticos graves, principalmente debido a la hipoxia y enfermedades respiratorias, lo que debe llevar a un seguimiento pediátrico durante los años siguientes de sus vidas para favorecer su desarrollo y crecimiento.³³⁻⁴⁰

Aunque los datos obtenidos en Lima, Perú, si información sobre cesáreas a solicitud de las pacientes que optan por cesáreas por motivos estéticos o por temor al dolor del parto; en los análisis realizados en México no se registró ningún caso de cesárea no justificada en hospitales públicos o privados. En ambos estudios de Chile y Lima, Perú, se observa un porcentaje de cesáreas que supera del 10 al 15% recomendado por la OMS. Según la Organización Mundial de la Salud, en 2015, este incremento se asocia a los factores de riesgo de morbilidad y mortalidad materna neonatal, así como a una salud deficiente en el desarrollo y crecimiento.³³⁻⁴⁹

Los estudios de casos en México, así como los datos de servicios de salud de Chile y Lima, Perú, se establece como la falta de experiencia de los médicos internos podría influir en la toma de decisiones sobre cesáreas no indicadas.³³⁻⁴⁹

En México, a pesar de políticas gubernamentales destinadas a reducir las cesáreas no indicadas, los resultados deseados no se han tenido y que se llevan a cabo con justificación previa. Según *Lambrid señala que la praxis de cesáreas innecesarias ha aumentado considerablemente en México, a pesar de los riesgos que conlleva*

*para la salud de la madre y del recién nacido, es una de las estadísticas que supera mundialmente. Además, este autor señala que el abuso de Césares no indicadas también constituye una forma de violencia obstétrica que compromete los derechos reproductivos y sugiere que se estudie la cesárea solo cuando estén claramente indicadas y debidamente justificadas.*⁵⁰

Por otro lado, *Guarglia* menciona las razones por las cuales están indicando cesáreas: Primero, por causas maternas como distocia de partes óseas, estrechez pélvica y malformaciones congénitas. En segundo lugar, causas fetales como sufrimiento fetal, Macrosomía y prolapso del cordón umbilical. En tercer lugar, están las causas mixtas, como la preeclampsia severa, las infecciones intra amnióticas y embarazos múltiples. Sin embargo, *la GPC recomienda atención y cuidados multidisciplinarios en el embarazo 2022*, por lo que detalla las razones clínicas por las cuales se indicaron cesáreas. Junto con su correspondiente porcentaje. *En los manuales de vigilancia epidemiológica como los Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extremadamente Grave y Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la notificación inmediata de muertes maternas*, se indica de manera detallada la descripción de la razón de la indicación de cesárea y de los principales síntomas que justifican esta decisión.^{14,35,36}

Por otro lado, los neonatos con diagnósticos graves al nacer generalmente presentan un nivel de glucosa en la sangre inferior a los 40 mg/dL en las primeras horas de vida. Sus síntomas incluyen temblor, irritabilidad, letargo, bajo tono muscular, cianosis, apnea e hipotermia. En cuanto a las infecciones, aunque no se mencionan las cifras exactas, su incidencia puede ocurrir en ambos tipos de procedimiento. Estas infecciones en el neonato se clasifican en inicio temprano durante los primeros 7 días de vida y el inicio tardío después de esta etapa. Los síntomas asociados son, fiebre, letargo, pobre succión, dificultad para respirar, ictericia, vómitos, diarrea, convulsiones e hinchazón. Respecto a los problemas gastrointestinales, tampoco se mencionan porcentajes exactos. La incidencia está asociada a bebés nacidos por cesárea, quienes suelen tener un inicio tardío de la

lactancia materna. Esta lactancia tardía puede impactar negativamente en la alimentación y en el aumento de peso, sus síntomas se relacionan con la continuación del aporte de nutrientes esenciales, anticuerpos, reducción del riesgo de infecciones y el apoyo al desarrollo cognitivo y emocional. Los problemas a largo plazo presentan en asma y alergias, representando entre el 20 y el 30% de los casos. Su frecuencia es mayor en bebés nacidos por cesárea, quienes tienden a desarrollar asma y alergia en mayor medida que aquellos nacidos por vía vaginal. Los síntomas asociados incluyen dificultad para respirar, sibilancias, presión en el pecho, tos, fatiga, estornudos, congestión y secreción nasal. Los reportes de casos se realizaron en Lagos, Chile, durante el periodo del 2003 al 2019, registrando 7 muertes maternas, entre las cuales se reportan muertes puerperales en el 2013 debido a choque hipovolémico, en 2015 por paro cardiorrespiratorio y en 2017 por choque cardiogénico y en 2019 por cáncer pulmonar en etapa cuatro.³³⁻³⁶

Por último, un estudio realizado por el IMSS en México en 2017 reveló que 44 muertes por causas indirectas relacionadas con el embarazo, de un total de 102 decesos, lo que representó un 44%. Este estudio enfatiza la importancia de realizar cesárea sólo cuando se encuentra el medicamento indicadas, dado el elevado número de complicaciones post quirúrgicas que pueden llevar a la muerte materna. Se destaca la necesidad de atención médica adecuada y seguir estrictos protocolos para manejar los riesgos asociados a las áreas.³⁷

Como se menciona en el marco teórico de la tesis, la Organización Mundial de la Salud señaló que la tasa de cesáreas a nivel internacional supera el 10% y que estas no están asociadas con reducción de riesgos neonatales maternos. También se analizan los riesgos relacionados con el exceso de cesáreas, tales como infecciones, hemorragias y complicaciones en la lactancia materna, que pueden aumentar la mortalidad de ambos pacientes; las mujeres gestantes. Para el periodo 2018 y 2019 ya se registró un aumento del 48% en promedio aproximadamente en la realización de cesáreas innecesarias Según *Lamadrid*.^{4,50}

12. CONCLUSIÓN.

La primera conclusión sugiere que en el presente estudio no se encontraron casos y estudios sobre las cesáreas no indicadas, y que, tal vez, no se reportan en nuestro país México, debido a que tienen implicaciones de un carácter medicolegal y bioético. Puesto que los procedimientos de las cesáreas no indicadas, además representa una negligencia por omisión, al principio bioético de la beneficencia mayor y el riesgo menor, o la maleficencia que podría llevar a un riesgo mayor, y se suele calificar como mala práctica médica, que lesiona tanto a neonatos nacidos vivos o muertos, como a las mujeres gestantes y en proceso de resolución ginecológica. Es necesario reconocer, que se debe realizar un segundo estudio documental con datos actualizados para responder a cada uno de los objetivos inicialmente planteados en el presente estudio.⁴¹⁻⁴⁹

En el presente estudio no se encontraron casos específicos de cesáreas no indicadas en México, lo que podría deberse a la falta de reportes oficiales o la ausencia de investigaciones específicas sobre este tema. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud, OMS, reporta que en México la tasa de cesáreas innecesarias alcanza aproximadamente el 48%, lo que indica que este problema es significativo y requiere atención. Esta aparente contraindicación refleja una limitación del estudio, ya que los datos disponibles no permiten identificar casos concretos ni analizar las causas específicas de este fenómeno en el país. Por lo que es fundamental realizar investigaciones más detalladas y sistemáticas que permitan comprender mejor los factores clínicos socioculturales que contribuyen al aumento de cesáreas no indicadas en México, alineándose con los objetivos planteados en esta investigación.⁵⁰

Reconocer, que las cesáreas pueden salvar la vida de la madre y la persona recién nacida solamente cuando son necesarias por motivos médicos, debido a anteriores partos vaginales, y que no es posible después de una cesárea y esto puede influir

en el incremento de esta práctica a solicitud materna. La evidencia científica ha demostrado que la demanda de las mujeres no es un impulsor sustancial del problema actual del uso de cesáreas innecesarias, y que los esfuerzos para reducirlas deben respetar firmemente sus derechos a elegir la forma de nacimiento.⁵⁰

Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o capacidad para tratar complicaciones quirúrgicas: tanto para la paciente gestante como para el neonato nacido vivo.⁵⁰

La falta de capacitación constante en las unidades de salud contribuye a que no haya una disminución en la cantidad de cesáreas que se realizan: para los futuros médicos en el nivel de internado, el nivel de servicio social, o el nivel de ginecología y obstetricia, y sin la supervisión debida por verdaderos especialistas.⁵⁰

Es indispensable llevar a cabo un control prenatal estricto en todas las pacientes embarazadas, ya que este nos permite detectar, patologías y complicaciones durante el embarazo, parto, cesárea o puerperio, donde llevarlo a cabo nos puede favorecer la disminución de las tasas de cesáreas clínicamente no indicadas, como las clínicamente indicadas.⁵⁰

Desde el punto de vista preventivo es urgente una educación en salud reproductiva y de la resolución del embarazo, como del producto por nacer, dirigida a las mujeres en edad reproductiva, haciendo énfasis en los beneficios y riesgo de la resolución de un embarazo con un parto vaginal fisiológico, en comparación con los beneficios y riesgos de una cesárea: para propiciar una cultura de salud materna infantil compartida.⁵⁰

Según Lamadrid, se debe capacitar y sensibilizar al personal de salud sobre el parto humanizado: es necesario ampliar la difusión de la atención materna privilegiando la resolución del embarazo vía parto vaginal, y haciendo particular énfasis en la

práctica de la cesárea como último recurso para salvar la vida de la madre y de la persona recién nacida, y considerar la calidad de vida posterior al evento quirúrgico que significa la cesárea.⁵⁰

13. PROPUESTAS.

- 1) Se proponen llevar a cabo una segunda investigación que aborden las limitaciones del presente estudio, especialmente la falta de datos estadísticos específicos sobre cesáreas no indicadas en México. Esta nueva investigación deberá de enfocarse en recopilar información directa y actualizada en hospitales públicos y privados del país, utilizando metodologías como encuestas, entrevistas y análisis de expedientes clínicos. Y además, se buscará establecer una conexión con los hallazgos obtenidos en el estudio, como los factores clínicos y socioculturales identificados en otros países para constatar y contextualizar la situación en México. Y esto permitirá generar propuestas más específicas y aplicables para reducir la incidencia de cesáreas no indicadas en el país.
- 2) Las nuevas generaciones de médicos y médicas que se adscriben al aprendizaje hospitalario, además de llevar una tutoría clínica especializada, deberán apegarse a la práctica médica, siguiendo las normas y los reglamentos y guías ya establecidas en relación a la salud materna y del recién nacido.
- 3) Es trascendente que las generaciones actuales y futuras de profesionales en el ámbito de la ginecología y obstetricia procuren el cumplimiento de los códigos éticos, para concientizar una práctica clínica confiable.
- 4) La disponibilidad y el acceso a la mayor cobertura en el plan de atención clínica a pacientes de ginecología y obstetricia requiere ser revisado para crear coherencia entre las necesidades y las coberturas para respetar y garantizar la calidad de los servicios.

- 5) Las universidades y los hospitales deberían realizar programas más actualizados e incluyentes para cumplir y hacer cumplir las rutas clínicas del modelo educativo compartido bajo tutorías comprometidas con la enseñanza basada en la eficiencia y eficacia clínica.

- 6) La educación compartida e incluyente del control prenatal estricto y obligatorio en los 3 niveles de salud: educación sexual en la población joven, y para los profesionales de la salud con capacitación continua.

14. REFERENCIAS.

1. Sedano L, Sedano M, Sedano M. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. Rev Med Clin Las Condes. 2014;25(6):866-873. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70632-7](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70632-7)
2. Zayas Fundora E, Tome Díaz PA. Albores y evolución de la Obstetricia [Internet]. 16 de Abril. 2021 [citado 2023 Oct 5];60(280):e918. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/918
3. Sánchez DA, Salazar FJ, Soto EM, Martínez D, De la Fuente J, Hernández JJ. Operación cesárea. Una revisión histórica. ARS MEDICA Rev Cienc Méd. 2020;45(4):DOI: 10.11565/arsmed.v45i4.1711.
4. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Ginebra: OMS; 2015. Report No.: WHO/RHR/15.02. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/>
5. Schnapp CS, Sepúlveda ES, Robert JA. Operación cesárea cesárea. Rev Med Clin Las Condes. 2014 Nov;25(6):987-992. doi: 10.1016/S0716-8640(14)70648-0.
6. Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona. Protocolo: Cesárea. Última actualización: 14 de mayo de 2020. Próxima actualización: 14 de mayo de 2024. Disponible en: www.medicinafetalbarcelona.org.
7. Kayem G, Raiffort C. Técnicas quirúrgicas de la cesárea. EMC - Ginecología-Obstetricia. 2019 Feb;55(1):1-12. doi: 10.1016/S1283-081X(19)41702-5.

8. Guariglia D. Técnicas quirúrgicas en cesárea segmentaria. Revisión de evidencias. Rev Obstet Ginecol Venez. 2021;81(4):390-405. <https://doi.org/10.51288/00810411>
9. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Cesárea Segura: Lineamiento Técnico. 2ª ed. México, D.F.: IEPISA Impresora y Encuadernadora Progreso SA de CV; 2013. ISBN: 970-721-032-X.
10. Vanegas López JJ, Pávez Lizárraga A, Muñoz Ojeda P. Tendencia de la cesárea: una reflexión desde la ética. Acta bioeth. [Internet]. 2021 Jun;27(1):119. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2021000100119>
11. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2014. Actualización parcial. ISBN: 978-607-7790-92-1.
12. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Diario Oficial de la Federación [Internet]. 2016 [consultado 25 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.dof.gob.mx>
13. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar [Internet]. Diario Oficial de la Federación. 1994 May 30 [citado 2023 Oct 10]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4699269&fecha=30/05/1994&print=true

14. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación. México, D.F.; 29 de junio de 2012.
15. Salazar Marzal E. El problema de la seguridad de la atención obstétrica. Rev Peru Ginecol Obstet. 2019;65(1):31-35. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2149>.
16. Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes. Las y los bebés también tienen derechos [Internet]. México: Gobierno de México; 2017 [citado el 2023 Oct 10]. Disponible en: <https://www.gob.mx/sipinna/articulos/las-y-los-bebes-tambien-tienen-derechos-111856#:~:text=Las%20y%20los%20beb%C3%A9s%2C%20incluso,y%20tambi%C3%A9n%20de%20los%20padres>.
17. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. [Internet]. 19 oct 2005 [acceso 10 ago 2015]. Disponible: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
18. Redacción CENIDSP. La violencia obstétrica también es violencia contra la mujer. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Fecha de última actualización: 26 Agosto, 2020. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html>
19. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018. México: INEGI; 2019. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx>

20. Ruiz-Sánchez J, Espino y Sosa S, Vallejos-Parés A, Durán-Arenas L. Cesárea: Tendencias y resultados. *Perinatol Reprod Hum.* 2014;28(1):e1-e79. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/inper>
21. Bernal-García C, Nahín-Escobedo Campos CN. Cesárea: situación actual y factores asociados en México. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2018; [citado 20 de diciembre de 2018]. Disponible en: campos.cuauhtemoc@gmail.com.
22. Ocampo Torres M, Fernández Vargas PX, Azuara Gutiérrez A, Franco Hervert MA, Flores Hernández VM, Hernández del Ángel I, Hernández Anguiano D. Caracterización de la operación cesárea en el Hospital General de la Huasteca, según clasificación de Robson. Hospital General de la Huasteca, Servicios de Salud de Hidalgo; Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 2019.
23. Hernández Guzmán M, Hernández-Ballinas A, Martínez-Marín D. Prevalencia de cesárea y factores asociados en primigestas en el Hospital General de Zona No. 20 “La Margarita”. Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Ginecología y Obstetricia. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2020.
24. Espinosa de los Reyes-Sánchez VM. La asistencia materno-infantil en México entre 1921 y 1930 por parte del Departamento de Salubridad Pública. *Gac Med Mex.* 2016;152:231-45.
25. Valdés-Hernández J, Reyes-Pablo AE, Navarrete-Hernández E, Canún-Serrano S. Demanda de atención obstétrica y densidad de recursos en salud para mujeres mexicanas en edad fértil. *Gac Med Mex.* 2020;156(2):Epub 26-May-2021. <https://doi.org/10.24875/gmm.19005364>
26. Pettker CM, Grobman WA. Seguridad y calidad obstétrica. *Obstet Gynecol.* 2015;126(2):196-206. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000918.

27. Quinzaños-Fresnedo C, Ríos-Castillo B, Hernández-Gordillo HC, Duque-Molina C. La necesidad de un cambio de paradigma en atención materna: Modelo AMIIMSS, alcances y retos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2022;60 Supl 2:S119-26.
28. Huilca ES, Flores KG. Protocolo Clínico - Quirúrgico de Cesárea en la Unidad Técnica de Alto Riesgo Obstétrico. Quito: Unidad Técnica de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín; 2023. Código: SGC-OB-PR-001. Versión 2. Cambios. Rev Méd. 2023;22(2):e928. DOI: <https://doi.org/10.36015/cambios.v22.n2.2023.928>.
29. Mateo P. Explorando la cesárea histórica: casos famosos y su impacto en la ciencia. Zinet Media Global SL; 2022 [actualizado 2025 Feb 7; citado 2023 Oct 10]. Disponible en: <https://www.muyinteresante.com/salud/19744.html>
30. MED-TAC International Corp. Breve historia de la cesárea [Internet]. [fecha desconocida] [consultado 2023 Oct 10]. Disponible en: <https://www.bebesymas.com/parto/breve-historia-de-la-cesarea>
31. Sarduy Nápoles MR, Molina Peñate LL, Tapia Llody G, Medina Arencibia C, Chiong Hernández DC. La cesárea como la más antigua de las operaciones obstétricas. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2018;27(1):1-19. Disponible en: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES
32. Uzcátegui OU, Cabrera C. Aspectos bioéticos de la cesárea y consentimiento informado [Internet]. Rev Obstet Ginecol Venez. 2010 [citado el 2023 Oct 10];70(1):[páginas específicas]. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322010000100009

33. Olivares-Albornoz CM. El rol histórico de la cesárea y su relación con la mortalidad materna. *Perinatol Reprod Hum.* 2021;35(3):e20000020. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/per.20000020>
34. Atención y cuidados Multidisciplinarios en el Embarazo. Guía de Práctica Clínica: Guía de Referencia Rápida: México, CENETEC; 2022 [fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-028-22/RR.pdf>
35. Secretaría de Salud. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave. México: Dirección General de Epidemiología; [fecha de publicación no especificada]. Disponible en: www.gob.mx/salud
36. Secretaría de Salud. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la notificación inmediata de muertes maternas. México: Secretaría de Salud; 2021. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud>
37. Instituto Mexicano del Seguro Social. En 2017 el IMSS registró la tasa de mortalidad materna más baja de su historia [Internet]. Comunicación Social; 2018 [consultado el 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/prensa/archivo/201804/108>
38. Pozzio MR. La gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstétrica. *Estudios Feministas.* 2016;24(1):101-117. doi:10.1590/1805-9584-2016v24n1p101
39. Salinas Pérez M, Santoyo Haro S, Lara Barragán Bernal I. Frecuencia y factores de riesgo de la culminación de partos por cesárea en un hospital privado de la Ciudad de México. *Acta Médica Grupo Ángeles [Internet].* 2021 [citado el 6 de junio de 2025];19(4):510–3. Disponible en:

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032021000400510

40. Barrena Neyra M, Quispesaravia Ildelfonso P, Flores Noriega M, León Rabanal C. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2020;66(2). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2246>
41. Ibarguengoitia-Ochoa F, Miranda-Araujo O, López-Torres MF. Ruptura uterina espontánea e inadvertida. Reporte de caso. *Ginecol Obstet Mex.* 2023;91(11):857-860. doi: 10.24245/gom.v91i11.8879.
42. Frías-Sánchez Z, Pantoja-Garrido M, Pantoja-Rosso FJ, Vico-de Miguel FJ. Fascitis necrotizante en cicatriz de cesárea. A propósito de un caso. *Ginecol Obstet Mex.* 2018;86(8):554-559. DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v86i8.2264>
43. Meza Félix E, Betancourt Vázquez M, Moncada Moreno E, Flores Huerta V, Vázquez Minero JC. Cesárea perimortem por trauma penetrante por proyectil de arma de fuego con supervivencia fetal. Reporte de un caso. *Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex [Internet].* 2018 [citado el 6 de junio de 2025];61(2):24–8. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000200024
44. Uthup Joseph De Kuttothara AJ, Oliva Gómez Meraz Y, Villalpando Basaldúa A, Duarte González S, Conde Gutiérrez DA. Quiste coriónico placentario: un reporte de caso [Internet]. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com.* 2023 [citado 2023 Oct 27];18(20):1035. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/quiste-corionico-placentario-un-reporte-de-caso/>

45. Salvent-Tames A, Romero-Viamonte K. Incisión transversa infraumbilical en una embarazada con obesidad mórbida: reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex.* 2022;90(3):287-293. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i3.5703>
46. Villagómez-Mendoza EA, Yescas-Osorio IN, Toriz-Prado A. Detección de anomalías de posición mediante ultrasonido transabdominal suprapúbico. Reporte de dos casos. *Ginecol Obstet Mex.* 2019;87(8):549-554. doi: 10.24245/gom.v87i8.2573.
47. Soni-Trinidad C, Rivera-López MF, Soni-Trinidad B, Hernández-Cartagena JF, Velasco-Cárdenas DF, Soni-Trinidad M. Ruptura uterina por placenta percreta en el tercer trimestre del embarazo: reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex.* 2022;90(3):294-299.
48. Arriaga López A, Álvarez Torres A, Meléndez Cruz S, Vera Sánchez MD, Quintero Gordillo AB. Reporte de seis casos de eclampsia en un hospital rural de la selva de Chiapas. *Rev Ginecol Obstet Mex.* 2022;90(3):287-293.
49. Treviño-Orozco MI, Huerta-Jiménez O, Gutiérrez Marfil M, Zaragoza Delgado J, Corona Aguilar MF. Acretismo placentario con placenta previa y miomatosis uterina: reporte de caso. *Ginecol Obstet Mex.* 2020; Aceptado en noviembre.
50. Lamadrid-Figueroa H, Suárez-López L, González-Hernández D. La epidemia de cesáreas en México. Síntesis sobre políticas de salud. *Rev Ginecol Obstet Mex.* 2023;91(11):857-860.
51. World Medical Association. Código Internacional de Ética Médica de la AMM [Internet]. 2023 Apr 14 [cited 2023 Oct 14]. Available from: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2022/12/Co%CC%81digo-E%CC%81tica-Me%CC%81dica-REVISADO.pdf>

52. Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Salud. México: Diario Oficial de la Federación; 1984 Feb 7. Última reforma publicada DOF 2024 Jun 7. Secretaría de Salud. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. 2024. Disponible en: <https://www.dof.gob.mx/>