

# Cesárea: situación actual y factores asociados en México

## Cesarean section: current situation and associated factors in Mexico

Celina Bernal-García<sup>1</sup>, Cuauhtémoc Nahín-Escobedo Campos<sup>1</sup>

### RESUMEN

**Introducción.** La cesárea en la actualidad es la cirugía más realizada. No obstante presenta dificultades, como es el incremento en las tasas de cesáreas, que a su vez ocasionan otros problemas de salud. La alta frecuencia de cesáreas ya se considera un problema de salud pública y se sospecha que esta situación se va a agravar en los siguientes años.

**Objetivo.** Describir la situación actual de la cesárea en México, con el propósito de exponer los factores asociados a su práctica injustificada.

**Materiales y método.** Se realizó una revisión sistemática de artículos científicos sobre la situación actual de la cesárea en México publicados en el periodo de 2010-2017. Se consultaron las bases de datos de MedicLatina, Medline a través de Pubmed y Scielo. Se incluyeron artículos que abordaran partos por cesárea, realizados en mujeres de 20 a 35 años y cuya gestación haya sido a término.

**Resultados.** Veintiocho de 360 artículos cumplieron los criterios de inclusión. El 63,0% de los partos por cesárea fueron en instituciones privadas. La actitud del médico tiene una fuerte influencia en la balanza para explicar el fenómeno. Se encontró que la cesárea tiene 3,6 veces mayor posibilidad de muerte materna.

**Conclusiones.** Los hallazgos encontrados muestran un incremento exponencial del uso de la cesárea en México durante las últimas décadas, y un aumento significativo en la morbilidad y mortalidad tanto materna, como neonatal.

**Palabras clave:** Cesárea; Salud Pública; Factores de Riesgo; México.

### ABSTRACT

**Introduction.** Cesarean section is currently the most performed surgery. However, it presents difficulties, such as the increase in cesarean rates, which in turn cause other health problems. The high frequency of caesarean sections is already considered a public health problem and it is suspected that this situation will worsen in the coming years.

**Objective.** To describe the current situation of cesarean section in Mexico, with the purpose of exposing the factors associated with its unjustified practice.

**Materials and Methods.** A systematic review of scientific articles on the current state of cesarean section in Mexico published in the period 2010-2017. The databases of MedicLatina, Medline were consulted through Pubmed and Scielo. We included articles addressing cesarean deliveries, performed in women aged 20 to 35 years and whose gestation was terminated.

**Results.** Twenty-eight of 360 articles met the inclusion criteria. 63% of cesarean deliveries took place in private institutions. The doctor's attitude has a strong influence on the balance to explain the phenomenon. Cesarean section was found to be 3.6 times more likely to die of maternal death

**Conclusions.** The findings show an exponential increase in the use of caesarean section in our country during the last decades, and a significant increase in maternal and neonatal morbidity and mortality.

**Keywords:** Cesarean Section; Public Health; Risk Factors; México.

<sup>1</sup> Estudiante de la Licenciatura en Medicina. División de Ciencias de la Salud. Universidad de Quintana Roo. México.

**Correspondencia:** Cuauhtémoc Nahín Escobedo Campos.

**Correo electrónico:** campos.cuauhtemoc@gmail.com

**Recibido:** 18 de julio de 2018.

**Aceptado:** 20 de diciembre de 2018.

## INTRODUCCIÓN

La cesárea en la actualidad es la cirugía más realizada en los hospitales de segundo y tercer nivel. Esta intervención, sin duda ha contribuido a disminuir algunas causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. No obstante, presenta dificultades, como es el incremento en las tasas de cesáreas, que a su vez ocasionan otros problemas de salud no menos importantes. La cesárea necesaria que se estima indispensable en 10 a 15% de los partos según la Organización Mundial de la Salud (OMS) o 15 a 20% según la NOM-0074 disminuye los riesgos de salud materna y neonatal, sin embargo, cuando se utiliza sin las indicaciones precisas los riesgos sobrepasan los beneficios <sup>(1,2)</sup>.

La tasa de partos por cesárea ha aumentado consistentemente en todo el mundo durante los últimos 50 años, alcanzando en la actualidad cifras del 30,0% de los nacimientos en comparación con un 5,0% en los años 60 <sup>(3)</sup>. El boletín de la Organización Mundial de la salud (OMS) remarca que todos los países tienen una tasa mayor al 30,0%; Ecuador y Paraguay rebasan el 40,0%; México con 37,8%. Las principales indicaciones que encontró la OMS en los países de Latinoamérica son: antecedente de cesárea, presentación pélvica, embarazo gemelar y falta de progreso en el trabajo de parto, entre las más frecuentes. Según la OMS, se realizan 850,000 cesáreas en Latinoamérica sin justificación <sup>(4)</sup>.

La alta frecuencia de cesáreas ya se considera un problema de salud pública y se sospecha que esta situación se va a agravar en los siguientes años. La razón para este incremento es compleja y parece estar relacionada con la seguridad que ofrece la operación cesárea, que ocasiona complacencia del médico y la paciente, falta de experiencia en los obstetras jóvenes, temor a problemas medico legales y presión de la paciente al médico. Otras causas que influyen son: la edad, índice de masa corporal, enfermedades concomitantes con el embarazo y mala práctica obstétrica. Hay un desproporcionado incremento de la operación cesárea en el segundo periodo del trabajo de parto. Este incremento va de la mano con una mayor morbilidad y mortalidad materna ya que se eleva el riesgo de placenta previa y acretismo placentario, lo que condiciona una mayor posibilidad de hemorragia obstétrica y por lo tanto mayor probabilidad de muerte materna <sup>(5)</sup>.

En México, este aumento tan notable en el número de cesáreas sin indicaciones justificadas en las instituciones del sector público y privado ha sido motivo de preocupación para el Sistema Nacional de Salud. A pesar de que la política gubernamental mexicana ha señalado la necesidad de que las instituciones del sector público, y particularmente del sector privado, establezcan estrategias puntuales para disminuir los casos de cesáreas innecesarias, a la fecha no se observan los resultados deseados. Esta situación ha generado diferentes complicaciones para las mujeres sometidas a este procedimiento y costos adicionales para el sistema de salud <sup>(2,6)</sup>.

Por ello a fin de contribuir a la comprensión del escenario que México tiene sobre esta práctica clínica, el objetivo de esta revisión fue describir la situación actual de la cesárea en México, con el propósito de exponer los factores asociados a su práctica injustificada.

## METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática sobre la situación actual de la cesárea. Se consultaron las bases de datos de MedicLatina, Medline a través de Pubmed y Scielo. Se seleccionaron artículos publicados en el periodo de 2010-2017. La decisión de limitar la búsqueda al periodo establecido se basó en la intención de explorar toda la información científica actual sobre el incremento de la cesárea en México. La búsqueda se limitó a estudios hechos en humanos, guías de práctica clínica, estudios comparativos, artículos originales y artículos de revisión. En cuanto al idioma, se seleccionaron las publicaciones escritas en español e inglés.

Para elaborar las estrategias de búsqueda, se utilizaron términos del Medical Subject Headings (MeSH) y de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) combinados con los operadores booleanos AND y OR, así como con entrecorchetados en los casos de términos compuestos. Los términos DeCs utilizados fueron: “cesárea”, “toma de decisiones clínicas”, “epidemiología”, “tasa”, “mortalidad neonatal”, “mala praxis”, “riesgo perinatal” y para MeSH: “Cesarean section”, “Repeat”, “Contraindications”, “Standard of care”, “Trends”, “Mexico”, “Maternal Death” y “Perinatal Mortality”. Para definir los términos de búsqueda, se llevó a cabo una prueba piloto en la base de datos Pubmed, con términos relacionados a situación actual de la cesárea en México, con el fin de adecuarlos a la definición operacional y verificar que los artículos hallados estuvieran vinculados al tema de investigación. Las estrategias de búsqueda finales fueron: (tw:(cesárea)) AND (tw:(México)), (tw:(cesárea)) AND (tw:(Toma de Decisiones Clínicas)), (tw:(cesárea)) AND (tw:(epidemiología)).

Se incluyeron artículos que como asunto principal abordaran los partos por cesárea, realizados en mujeres de 20 a 35 años, cuya gestación haya sido a término y que tuvieran información sobre la situación actual de cesárea en México. Se excluyeron aquellos artículos relacionados con temas de partos vaginales, mujeres menores de 2 años y mayores de 35 y estudios que no tuvieron información de la cesárea en México.

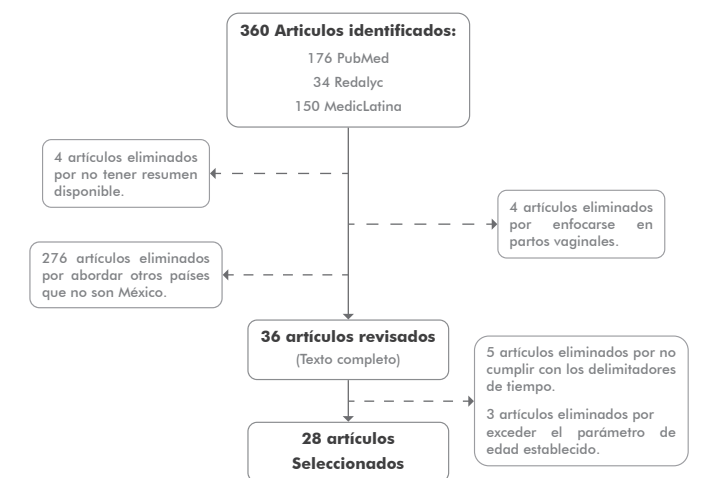
Como punto de partida, se hizo una lista con los títulos de los artículos y se eliminaron los repetidos. Un asesor en el tema de cesárea revisó los títulos y el resumen de manera independiente y seleccionó los artículos para el análisis en profundidad basándose en el objetivo del estudio. Posteriormente se elaboró una base de datos con información del título, los autores, la revista, el año y el lugar de publicación, las palabras clave y el resumen.

Para la revisión en profundidad se recuperó el texto completo de los artículos y en cada uno se analizaron: a) área temática (aumento de la cesárea); b) Resultados y análisis del estudio que incluyan: factores de asociación entre riesgo perinatal y cesárea, factores de asociación entre riesgo materno y cesárea, factores de asociación entre derecho habiencia y cesárea, factores de asociación entre nivel socioeconómico y cesárea, factores de asociación entre la actitud del médico y la cesárea y factores de asociación del dolor del parto y la cesárea por petición materna. Para analizar el contenido, trabajamos con una tabla de análisis en Excel con los textos esenciales de cada artículo según las categorías identificadas y proceder con el análisis sus resultados.

## RESULTADOS

Se identificaron 360 artículos de los cuales se excluyeron 332 artículos por no estar relacionados con el objetivo de la investigación y por no cumplir los criterios de inclusión (figura 1).

**FIGURA 1.** Proceso de selección de estudios que aborden la situación actual de la cesárea en México.



En el Cuadro 1 se presentan los artículos clasificados según categoría temática, con relación a los objetivos que se persiguen. En ella se distribuyen 12 publicaciones en cinco categorías. La categoría temática “el dolor en el parto y cesárea electiva” representa la mayor cantidad de información hallada en esta investigación, contando con un total de 4 artículos que aborden dicha categoría.

### Cesárea en el nivel privado y público.

En los hospitales privados se encontró que es más frecuente la realización de cesáreas que en las instituciones públicas. Con base en los estudios de la OMS en América Latina, la proporción de cesáreas fue superior en los hospitales privados, seguido de

**CUADRO 1.** Tabla de análisis de la situación de la cesárea en México.

| Categoría temática                                  | Referencias    | # Artículos |
|---|----------------|-------------|
| • Cesárea en el nivel privado y público             | 7, 8           | 2           |
| • La edad asociada a la cesárea                     | 2, 9           | 2           |
| • Actitud del médico frente a la desición del parto | 10, 11         | 2           |
| • El dolor en el parto y cesárea electiva           | 12, 13, 14, 15 | 4           |
| • Cesárea y la morbilidad materna y neonatal        | 12, 16, 17     | 3           |

Fuente propia: Bernal C; Escobedo C. 2017. Cesárea: situación actual y factores asociados en México.

las instituciones de seguridad social y finalmente los hospitales públicos para la población no derechohabiente. Las mayores tasas de cesárea en las instituciones privadas y en las instituciones de seguridad social se debieron principalmente al aumento del parto por cesárea electiva (7).

En México, los porcentajes de partos por cesárea también variaron según la institución. Los hospitales de PEMEX informaron que el 63% de sus nacimientos fueron por cesárea, mientras que en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en su área de atención a la población semiderechohabiente (Programa Oportunidades), la proporción de nacimiento por cesárea fue del 20% (7,8).

### Edad asociada a la cesárea

Las mujeres primíparas entre los grupos de 12 a 19 años y de 35 o más años, representaron los grupos de mayor exposición a la cesárea. Según la ENSANUT 2012, el 73,0% de las mujeres entre 20 a 34 años que tuvieron a su último hijo en los cinco años previos a dicha encuesta, presentaron un perfil socioeconómico bajo en el 44,2% de los casos, y una escolaridad máxima de nivel secundaria en el 75,7% (2,9).

Cómo factores asociados directamente a la intervención quirúrgica, se encontró que las mujeres con 35 o más años tienen un 61,0% más probabilidad de ser intervenidas por operación cesárea, en comparación con el grupo de 20 a 34 años. El grupo menor de 20 años fue considerado como factor protector a esta intervención, sin embargo, en lo que respecta a su asociación al tema de paridad, presenta 6 veces más riesgo de intervención cesárea en mujeres primíparas de este grupo etario, en comparación con el grupo de mujeres primíparas de 35 años o más, cuyo riesgo aumenta en 5.2 veces más (9).

### Actitud del médico frente a la decisión del parto

Son muchos los factores que están asociados a la excesiva tasa de nacimientos por cesárea, y entre ellos se destacó la práctica obstétrica. Diversos estudios describieron que la actitud del médico es lo que determina la balanza para explicar el fenómeno, es decir, la predisposición de la persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo positiva o negativamente <sup>(10)</sup>.

Algunos autores documentaron que indicar o no una operación cesárea es una responsabilidad importante en la práctica diaria del obstetra, que implica interrogantes que justifiquen su indicación; sin embargo, en las últimas décadas, esta situación parece haberse resuelto y hoy en día la frecuencia de la cesárea es cada vez mayor, con indicaciones que parecieran no justificables: el temor a una demanda legal o por solicitud de la paciente, o bien por una actitud deficiente por parte del médico que prefiere la facilidad de la cirugía a la vigilancia (en muchos casos prolongada) del trabajo de parto <sup>(11)</sup>.

### Dolor del parto y cesárea por petición materna

Hay un entusiasmo creciente hacia el nacimiento por cesárea por petición materna, es decir, la intervención decidida por la madre antes del trabajo de parto, sin que haya indicación fetal o materna para ello. El porcentaje de cesárea atribuible a solicitud materna directa es desconocido, dado que los expedientes médicos no incluyen esta información, o la misma puede estar solapada por el argumento de una indicación médica imprecisa. Algunos autores han sugerido que la cesárea por demanda materna es un factor importante en el aumento desmesurado de cesáreas <sup>(12,13)</sup>.

El parto natural está asociado al dolor y al sufrimiento que, por el carácter fisiológico del evento, le impone a la mujer un comportamiento de superación frente al dolor del parto. Interpretado socialmente como “fisiológico”, o sea, como parte de la naturaleza del evento, genera conflictos de naturaleza afectiva, emocional y metabólica exponiendo la fragilidad de las mujeres frente a su percepción personal y favoreciendo la representación femenina del parto, tomando como base los miedos y mitos como por ejemplo, la creencia de que la cesárea consiente y con cita previa proporcionará un “parto sin dolor” <sup>(14,15)</sup>.

El miedo al dolor y a la falta de información han sido elementos fuertes de persuasión del médico para que la mujer acepte pasivamente la cesárea. El miedo al dolor estuvo intensamente representado en la imaginación de las embarazadas y se transforma, con la proximidad del parto, en la génesis de otros miedos: miedo al trabajo de parto; miedo al desempeño y a comprometer el bienestar fetal; miedo a la anestesia; miedo a lo desconocido, entre tantos otros. Esos temores, generalmente asociados a historias de otras mujeres, suministran un subsidio emocional a la embarazada para la cesárea solicitada <sup>(15)</sup>.

### Cesárea: morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

En esencia, se debe recordar que la cesárea es un acto quirúrgico abdominal en el que la paciente se expone a todas las morbilidades usuales relacionadas con procedimientos de este tipo. En primer lugar, existe una mayor probabilidad de que la madre pueda morir luego de una sección cesárea en comparación al parto vaginal. Este riesgo no se limita a las cesáreas de emergencia, pues luego de una cesárea electiva, hay aún 3,6 veces mayor posibilidad de muerte materna, incluso en los países desarrollados, observación que es aún más preocupante en las naciones latinoamericanas en donde ya la mortalidad materna global es casi 7 veces mayor que en los estados industrializados <sup>(16,17)</sup>.

La tasa de mortalidad neonatal es 2,4 veces más elevada entre niños nacidos por cesárea electiva que en los nacidos por vía vaginal. De hecho, luego de una cesárea existe un riesgo 2 veces mayor de ingreso a cuidados intensivos por más de 7 días, tanto en nacidos de cesáreas electivas como de cesárea urgente <sup>(12,17)</sup>.

### DISCUSIÓN

Los 21 artículos revisados contienen una amplia información sobre la situación actual de la cesárea en México. A pesar de los diferentes objetivos de cada artículo, todos engloban que en las últimas décadas en México se ha registrado un incremento de dicha práctica, que supera por mucho el límite máximo recomendado por indicación médica, llegando a situar a México en el cuarto lugar (después de China, Brasil y EUA), con el mayor número de cesáreas innecesarias, debido a la existencia de diversos factores como: riesgo perinatal, riesgo materno, derechohabiencia, nivel socioeconómico y actitud del médico frente a la cesárea, mencionados a lo largo de esta revisión. Este aumento no ha producido ningún beneficio global para el bebé o la madre, pero sí está vinculado con una mayor morbilidad y mortalidad para ambos (doble riesgo de morbilidad materna grave y de mortalidad materna y doble riesgo de obtener pobres resultados fetales) <sup>(17, 18,19)</sup>.

Un factor que resultó ser determinante para la realización de la cesárea, fue el lugar de atención, ya que en todas las instituciones de salud hubo un incremento en su práctica de 2000 a 2012. No obstante, desde una década atrás, ya diversos estudios señalaban que esta intervención quirúrgica había registrado un aumento, particularmente en el sector privado. A pesar de que la política gubernamental mexicana ha señalado la necesidad de que las instituciones del sector público y particularmente el sector privado, establezcan estrategias puntuales para disminuir los casos de cesáreas innecesarias a la fecha no se observan los resultados deseados <sup>(4,20)</sup>.

A pesar de que varios estudios refieren una mayor realización de cesáreas en las primíparas, en este trabajo se encontró que la paridad por sí sola no es un factor determinante para la realización de esta operación quirúrgica. Sin embargo, si la misma se asocia



con la edad de las mujeres, se obtienen los mayores riesgos para la práctica de esta intervención en el primer parto de mujeres de 12 a 19 y de 35 o más años de edad. Este resultado hace reflexionar sobre la relevancia de evitar la primera cesárea y contribuir con ello a romper la inercia de aumento que se ha dado en México conforme transcurre el tiempo <sup>(21,22)</sup>.

Otro hallazgo relevante obtenido en el estudio es que se tiene la percepción errónea de que la cesárea es un modo favorable, seguro y rápido para el nacimiento, y no así el parto vaginal, el cual además es percibido por algunos proveedores y mujeres como un “método anticuado” <sup>(23)</sup>. Dicha percepción posiblemente esté influyendo en el incremento de esta práctica a solicitud materna, argumento que en muchos casos ha sido fomentado por los médicos <sup>(24,25)</sup>.

El perfil del especialista juega también un papel central. Muchos obstetras, formados en ambientes cada vez más intervencionistas, están mejor capacitados para atender partos quirúrgicos que para atender nacimientos que podrían efectuarse de manera segura por vía vaginal <sup>(26)</sup>. Se encontró también que los médicos jóvenes tienen mayor probabilidad de llevar a cabo una cesárea cuando enfrentan problemas de distocia que los médicos más experimentados. Ante esta situación, el médico debe establecer criterios precisos para la indicación de una cesárea, así como determinar con claridad los beneficios y el riesgo de esta práctica que permitan tener un sustento más amplio que soporte su indicación como primera elección <sup>(27,28)</sup>.

La identificación de vacíos de información es parte de los objetivos de una revisión bibliográfica. Siendo así, la presente revisión deja a relieve algunas de estas inconsistencias. Contribuye a esto principalmente la escasa investigación hallada respecto a la utilización de la cesárea en relación con la situación actual en México, encontrando la cantidad de información más amplia previo al año 2005.

Siendo los porcentajes de la práctica de la operación cesárea en México un factor alarmante, se recomienda la necesidad de generación de mayor cantidad de información actualizada con respecto a la cesárea en nuestro país, lo cual sería de gran utilidad para el monitoreo de su evolución actualmente.

El origen de la vaga investigación que se encuentra actualmente respecto a este tema puede ser hallado a través de las excesivas y numerosas justificaciones, mediante las cuales el personal de salud se jacta en aprobar la práctica de la cesárea, a pesar de que estas mismas sean ciertamente cuestionables.

## CONCLUSIONES

La situación actual de la cesárea en México y sus factores asociados, muestra un incremento exponencial de esta práctica durante las últimas décadas, llegando a niveles alarmantes que superan por mucho los estándares internacionales propuestos por la OMS, trayendo consigo un aumento significativo en la morbilidad y mortalidad tanto materna, como neonatal (esto increíblemente aceptado y justificado no solamente por el paciente, sino por una buena parte del gremio médico bajo justificaciones dudosas).

Por otra parte, los datos encontrados se muestran insuficientes, no teniendo el nivel de actualización necesario para poder hacer un análisis profundo de la situación que afronta México ante esta práctica, lo cual impide visualizar con claridad la evolución de esta problemática, dejando en duda el aumento o disminución de la misma, junto a la efectividad de las intervenciones correspondientes.

Mantener el interés en estos aspectos de la práctica médica e institucional y seguir profundizando en ellos permitiría al personal de salud una identificación más certera de las cesáreas innecesarias, pudiendo así fomentar la creación e implementación de mejores programas para reducir los alarmantes niveles que existen de esta en la actualidad, y de la misma manera reducir los riesgos que implican para las madres y sus hijos.

## REFERENCIAS

1. Nápoles-Méndez D, Couto-Núñez D. Análisis de la cesárea como fuente de costo. MEDISAN [Internet]. 2017 [citado 2017 Dic 04];21(8):1008-1017. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017000800007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000800007&lng=es)
2. Suárez-López L, Campero L, Vara- Salazar E, Rivera-Rivera L, Hernández-Serrato MI, Walker D et al. Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. Salud pública Méx [Internet]. 2013 [citado 2017 Dic 04]; 55(2):S225-S234. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000800020&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800020&lng=es)
3. Schnapp C, Sepúlveda E, Robert J. Operación cesárea. Rev. MED. CLIN. CONDES 2014; 25(6): 987-992.
4. Vázquez-Parra JC. Abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia. Rev. Latinoamericana de Bioética 2016; 16(1): 60-71.
5. Instituto Mexicano de Seguro social. Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. Evidencias y recomendaciones. Rev. IMSS Mexico [internet]. 2014 [citado 2017 Dic 04]. Disponible en: [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/g\\_pc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/g_pc.html)
6. Secretaria de salud. Lineamiento técnico para la Cesárea segura. México. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. SSa, 2013.
7. Ruiz-Sánchez J, Espino-Sosa S, Vallejos-Parés A, Durán-Arenas L. Cesárea: Tendencias y resultados. Perinatol. Reprod. Hum. [Internet]. 2014 Mar [citado 2017 Dic 06]; 28(1): 33-40. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372014000100006&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000100006&lng=es)
8. Piloto-Padrón M, Nápoles-Méndez D. Consideraciones sobre el índice de cesárea primitiva. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2014;40(1):35-47.
9. Instituto Nacional de Salud Pública. Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto. ENSANUT [Internet]. 2012. [citado 12 diciembre de 2017] Disponible en: <http://ensanut.insp.mx>
10. Vallejos-Parás A, Espino-y-Sosa S, Ruiz-Sánchez J, Durán-Arenas II L. Tendencias y factores asociados a cesáreas en México: validación de un instrumento. Perinatol Reprod Hum 2011; 25 (4): 212-218.
11. Muñoz-Enciso J, Rosales-Aujang E, Domínguez-Ponce G, Serrano-Díaz C. Operación cesárea: ¿Indicación justificante o preocupación justificada?. Ginecol Obstet Mex 2011;79(2):67-74.
12. Furzán J. Nacimiento por cesárea y pronóstico neonatal. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría 2014;77(2):79 – 86.
13. Kottmel A, Hoesli I, Traub R, Urech C, Huang D, Leeners B, et al. Maternal request: a reason for rising rates of cesarean section? Arch Gynecol Obstet 2012;286 (1): 93-98.
14. Fonseca-Pérez J. Cesárea por solicitud materna (CPSM). Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2017; 68 (1).
15. Rocha-Pereira R, Franco SC, Baldin N. El Dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto. Rev Bras Anesthesiol 2011;61(3): 204-210.
16. Faneite P, Rivera C, Faneite J, Amato R. Cesárea y mortalidad perinatal: Incidencia y tendencia 42 años (1969-2010). Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2012 Sep [citado 2017 Dic 06];72 (3): 145-151. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S004877322012000300002&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322012000300002&lng=es).
17. Maggiolo I. Mortalidad materna y objetivos de desarrollo del milenio: cómo estamos en América Latina. Medwave 2012; 12(1):e5284. Doi:10.5867/medwave.2012.01.5284
18. Quinlan J, Murphy N. Cesarean Delivery: Counseling Issues and Complication Management. Am Fam Physician. 2015;91(3):178-184.
19. Vélez-Pérez E, Tovar-Guzmán V, Méndez-Velarde F, López-López C, Ruiz-Bustos E. Factores de Riesgo de la Operación Cesárea en el Hospital de GinecoPediatria del IMSS de Hermosillo, Sonora. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2013; 30(1): 16-23.
20. López-Saiz L, Rojo-Quiñonez A, López-Saiz C. Factores de Riesgo en la Terminación del Embarazo por Operación Cesárea en Mujeres Atendidas en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2014; 31(2); 96-100.
21. Freyermuth M, Muñoz J, Del Pilar- Ochoa M. From therapeutic to elective cesarean deliveries: factors associated with the increase in cesarean deliveries in Chiapas.
22. Freyermuth et al. International Journal for Equity in Health (2017) 16:88.
23. Estrada-Aguilar C, Hernández-Carranza R, Gómez-Alonso C. Incidencia de cesáreas en un hospital general de zona. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2012; 50 (5): 517-522.
24. Martínez-Salazar G, Grimaldo-Valenzuela P, Vázquez-Peña G, Reyes-Segovia C, Torres-Luna G, Escudero-Lourdes G. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(5):608-15.
25. Niino Y. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. BioScience Trends 2011; 5(4):139-150.
26. Aranda-Neri J, Suárez-López L, DeMaria L, Walker D. Indications for Cesarean Delivery in Mexico: Evaluation of Appropriate Use and Justification. Rev. Birth 2015;44(1): 78–85.
27. Nápoles-Méndez D, Piloto-Padrón M. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. MEDISAN 2012;16(10).
28. Guendeman S, Gemmill A, Thornton D, Walker D, Harvey M, et al. Prevalence, disparities, and determinants of primary cesarean births among first-time mothers in Mexico. Health Affairs 2017;36(4):714-722.
29. Organización Mundial de Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. OMS [internet] 2015, [Consultado:12/10/2017]. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/)