



ACADEMIA
NACIONAL DE
MEDICINA

COMITÉ DE
EVALUACIÓN
CLÍNICA
TERAPÉUTICA

Coordinador:

Nahum Méndez Sánchez

Jesús Carlos Briones Garduño
Dr. José Damián Carrillo Ruiz
Jorge Alberto Castañón González
Gerardo Heinze Martín
Enrique Hong Chong
Mario Antonio Mandujano Valdés
Armando Mansilla Olivares
Roberto Medina Santillán
Nahum Méndez Sánchez
Jorge Moreno Aranda
Adalberto Mosqueda Taylor
Ricardo Plancarte Sánchez
Dra. María Adela Poitevin Chacón
Francisco T. Rodríguez Covarrubias
Miguel Ángel Rodríguez Weber
Juan José Luis Sienra Monge
Juan Verdejo Paris

Boletín de Información Clínica Terapéutica

VOL. XXXIV, NÚMERO 3 MAYO - JUNIO 2025

Contenido

Operación cesárea y prueba de trabajo de parto	1
La autopsia psicológica en medicina	6

Operación cesárea y prueba de trabajo de parto

DEFINICION

La operación cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto y sus anexos por vía abdominal (laparotomía) mediante una incisión en el útero (histerotomía) y a pesar de ser el procedimiento quirúrgico mas realizado en el mundo en mujeres en edad reproductiva, existen controversias en algunas indicaciones por múltiple factores como la creencia de que la cesárea es mas segura para el feto, de que una primera cesárea es igual a una segunda, muchos médicos están dispuestos a practicar cesárea por petición materna, de que hay inocuidad en el procedimiento quirúrgico, por señalar algunos, sin embargo la evidencia científica ha demostrado, que se debe individualizar cuidadosamente la indicación médica-quirúrgica-obstétrica de cesárea en cada mujer acorde con los principios éticos, ya que las tasas de cesáreas son resultado de múltiples factores médicos, sociales, económicos y políticas de salud en diferentes instituciones tanto gubernamentales como privadas, como lo mues-

tran las estadísticas que señalan por ejemplo, que hospitales de tercer nivel o instituciones privadas el mayor porcentaje de nacimientos es por la vía abdominal (cesárea).

En sus inicios, fue indicada cuando el parto por vía vaginal era imposible y con el fin último de proteger la vida de la madre aun cuando su mortalidad era cercana al 100 por ciento. En la medida que su morbimortalidad ha disminuido sus indicaciones han aumentado, tanto en el manejo de patología materna, así como fetal. Y por los adelantos técnicos y debido a la disminución de las comorbilidades la cesárea se ha convertido en una de las intervenciones más practicadas a nivel mundial hasta el punto de que hoy se considera que su frecuencia es excesiva.

EPIDEMIOLOGIA

En 1985 la Organización Mundial de la Salud estableció en 15 por ciento la cifra más alta aceptable de cesáreas, mientras que, en nuestro país la Norma Oficial

Mexicana para la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, emitida en 1995, propone 20 por ciento en hospitales de tercer nivel y 15 por ciento en los de segundo nivel.

En México nacen 2.2 millones de nuevos ciudadanos de los cuales, alrededor del cuarenta por ciento en el sector salud, y hasta un noventa por ciento en el privado, son mediante operación cesárea, por indicaciones de orden multifactorial como cambios socioculturales, nivel educativo de las mujeres, criterios médicos variables, embarazo en edades mayores, políticas de compañías aseguradoras como el hecho de que estas empresas solo cubre los gastos de la operación cesárea y no del parto, ni del feto-recién nacido, etc. En 2014 la OMS declaró que en Latinoamérica las principales indicaciones del nacimiento por vía abdominal fueron: antecedente de cesárea, presentación pélvica, embarazo múltiple (gemelar), y falta de progreso del trabajo de parto. Según el INEGI en medio privado durante el 2023, se realizaron 277 426 cesáreas, que correspondieron a 20.0 por ciento de los procedimientos médicos quirúrgicos, porcentaje similar al de 2022 (21.7 %).

Finalmente debemos considerar que la operación cesárea puede asociarse a complicaciones como; hemorragia, infección, complicaciones anestésicas, tromboembolismo venoso y mayor probabilidad de histerectomía con lesiones a órganos vecinos y muerte.

Tipos de Cesárea

A. Según antecedentes obstétricos de la paciente

Primera: Es la que se realiza por primera vez

Iterativa: Es la que se practica en una mujer con antecedentes de una o más cesáreas previas

B. Según indicaciones

Urgente: Es la que se práctica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa Crítica

Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto

C. Según técnica quirúrgica

Transperitoneal

Corporal o clásica

Segmento—Corporal (Tipo Beck)

Segmento—Arciforme (Tipo Kerr)

Extraperitoneal (en desuso)

Indicaciones de la operación cesárea:

A. Causas maternas:

1. Distocia de partes óseas (desproporción céfalo pélvica)
2. Estrechez pélvica
3. Pelvis asimétrica o deformada
4. Tumores óseos de la pelvis
5. Distocia de partes blandas
6. Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto
7. Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas
8. Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo de parto
9. Distocia de la contracción
10. Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta)

B. Causas fetales:

1. Macrosomía fetal que condiciona desproporción céfalo pélvica
2. Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
3. Prolapso del cordón umbilical
4. Sufrimiento fetal
5. Malformaciones fetales incompatibles con el parto
6. Embarazo prolongado con contra indicación para parto vaginal
7. Cesárea postmortem (histerotomía post paro cardiaco)

C. Causas mixtas

1. Síndrome de desproporción céfalo pélvica
2. Preeclampsia-eclampsia
3. Embarazo múltiple
4. Infección amniótica
5. Isoinmunización materno-fetal.

Indicaciones absolutas de operación cesárea

- a. Cesárea iterativa
- b. Presentación pélvica
- c. Sufrimiento fetal

- d. Retraso en el crecimiento intrauterino
- e. Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
- f. Placenta previa
- g. Placenta de inserción baja
- h. Incisión uterina corporal previa
- i. Presentación de cara
- j. Prolapso del cordón umbilical
- k. Hidrocefalia
- l. Gemelos unidos
- m. Infecciones maternas de transmisión vertical (VIH)
- n. Embarazo pretérmino (< 1500 gramos de peso fetal)
- o. Condilomas vulvares grandes

Indicaciones relativas de operación cesárea

- a. Desproporción cefalopélvica
- b. Enfermedad hipertensiva del embarazo
- c. Ruptura prematura de membranas
- d. Embarazo postérmino
- e. Embarazo múltiple
- f. Distocia dinámica
- g. Isoinmunización materno-fetal
- h. Diabetes mellitus
- i. Antecedente de decíduomiometritis
- j. Antecedente de metroplastia
- k. Antecedente de miomectomía
- l. Miomatosis uterina
- m. Compromiso de histerorrafia
- n. Oligohidramnios
- o. Cirugía vaginal previa
- p. Primigesta añosa
- q. Cesárea electiva

Prueba de trabajo de parto

Es el procedimiento obstétrico a que se somete una paciente en trabajo de parto para valorar la relación cefalopélvica y sus mecanismos de adaptación mediante vigilancia de la evolución del trabajo de parto. Toda prueba de trabajo de parto debe apegarse estrictamente a los requisitos para su inicio, la metodología para su ejecución y la decisión oportuna del momento de su terminación. En algunas instituciones la prueba de trabajo de parto se realiza en mujeres con cesárea previa.

Requisitos para iniciar la prueba:

- Autorización por escrito de la madre

- Embarazo con feto único de término
- Presentación cefálica abocada
- Dilatación de cuatro cm o más y borramiento del 60-70 % o más
- Actividad uterina regular (espontánea o inducida con oxitócicos)
- Membranas rotas
- Buen estado materno y fetal
- Vejiga y recto vacíos
- Estimación del progreso del trabajo de parto que se espera obtener en un período determinado
- Debe estar indicada la analgesia a criterio del médico tratante

Indicaciones

- Pacientes en fase activa del trabajo de parto (mínimo 3 cms de dilatación, borramiento 100% del cuello uterino).
- Fase activa prolongada.
- Cese de la dilatación.
- Falla del descenso.

Contraindicaciones

- Prolapso de cordón.
- Desproporción céfalo pélvica diagnosticada previamente.
- Situaciones en las que la operación cesárea es una indicación absoluta: placenta previa oclusiva total, siameses, situación fetal transversa, cicatriz corporal uterina, triple cicatriz de cesárea previa.

Materiales e insumos necesarios

- Vía venosa y oxitocina.
- Monitor fetal.
- Sedo-analgésia.
- Insumos necesarios para eventual parto vaginal.
- Disponibilidad de insumos necesarios para eventual parto por cesárea.

Procedimiento

- Paciente en posición de litotomía.
- Realizar tacto vaginal para evaluar dilatación, grado de descenso y borramiento del cérvix.
- Condiciones óptimas para su realización:

-Fase activa de trabajo de parto

- Vigilancia fetal intraparto normal
- Lograr una dinámica uterina efectiva: en forma espontánea o con oxitocina, hasta obtener 4-5 contracciones en 10 minutos.
- Analgesia adecuada (epidural)
- Membranas rotas

Interpretación

1. Vigilar la progresión del trabajo de parto y reevaluar con tacto vaginal 4 horas después, para considerar éxito o fracaso de la prueba.

Conducta:

1. Prueba de trabajo de parto exitosa: progreso de la dilatación y el descenso: continuar el trabajo de parto.
2. Prueba de trabajo de parto fallida: Proceder a realizar operación cesárea con diagnóstico de desproporción cefalopélvica:

Conclusiones:

- La operación cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto y sus anexos por vía abdominal (laparotomía) mediante una incisión en el útero (histerotomía).
- La evidencia científica ha demostrado, que se debe individualizar cuidadosamente la indicación médica-quirúrgica-obstétrica de cesárea en cada mujer, acorde con los principios éticos, ya que las tasas de cesáreas son resultado de múltiples factores médicos, sociales, económicos y políticas de salud, en diferentes instituciones tanto gubernamentales como privadas.
- las principales indicaciones del nacimiento de cesárea

son; sufrimiento fetal, presentación pélvica, embarazo múltiple (gemelar), y falta de progreso del trabajo de parto y desproporción cefalopélvica.

- la operación cesárea puede asociarse a complicaciones como; hemorragia, infección, complicaciones anestésicas, tromboembolismo venoso y mayor probabilidad de histerectomía con lesiones a órganos vecinos y muerte.
- La prueba de trabajo de parto es el procedimiento obstétrico a que se somete una paciente en trabajo de parto para valorar la relación cefalopélvica y sus mecanismos de adaptación mediante vigilancia de su evolución.
- La prueba de trabajo de parto implica conocer sus requisitos, sus indicaciones y contraindicaciones.

Referencias sugeridas

- Muñoz-Enciso JM, Rosales-Aujang E, Domínguez-Ponce G, Serrano-Díaz CL Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? Ginecol Obstet Mex 2011;79(2):67-74.
- Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea México: Instituto Mexicano de Seguro social; 2014.
- Martínez-Salazar, G. J., Grimaldo-Valenzuela, P. M., Vázquez-Peña, G. G., Reyes-Segovia, C., Torres-Luna, G., & Escudero-Lourdes, G. V. (2015). Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. Revista médica del instituto mexicano del seguro social, 53(5), 608-615.
- Lamadrid-Figueroa, H., Suárez-López, L., & González-Hernández, D. (2021). La epidemia de cesáreas en México. Síntesis Sobre Políticas de Salud. Propuestas Basadas En Evidencia, 68-72.



La autopsia psicológica en medicina

El concepto de autopsia psicológica se aplicó por primera vez en los cincuenta del siglo pasado para tener una mejor comprensión de las circunstancias que antecedieron a la muerte de una persona, tratando de estudiar las características de su vida previa en cuanto a su personalidad, salud mental y su interrelación con la familia y la sociedad.

Es un método de investigación utilizado sobre todo en la medicina forense en casos como el suicidio.

La autopsia psicológica no es en el sentido estricto de la medicina, el hecho de examinar los diferentes órganos en un cadáver para encontrar una posible causa de la muerte, sino es una técnica de recopilación que permite analizar una

historia completa de la vida de la persona, sus características psiquiátricas y psicológicas, sus experiencias sociales y las posibles motivaciones previas a quitarse la vida. En otras palabras, es un examen minucioso de la mente de un individuo antes de haber muerto. Este proceso implica recopilar la mayor información posible a través de entrevistas con personas cercanas como familiares, amigos, personas con las cuales tenía contacto, así como revisar documentos, registros médicos y otros datos de importancia.

Epidemiología del Suicidio en México

Los casos de suicidio en México durante los últimos días han demostrado una mayor incidencia entre la población joven donde el abuso al consumidor de sustancias y los factores económicos resaltan como factores contribuyentes.

Los grupos de edades entre 15-29 años han sido identificados como grupos de alto riesgo.

Otros factores que han contribuido al aumento del índice de suicidios son la pobreza, falta de empleo y la violencia.

El consumo de alcohol también es un factor de alto riesgo en México.

También las cifras de suicidio entre la población joven han ido en aumento debido a factores como la depresión académica, influencia social, dinámica familiar negativa e impulsividad de la persona.

En cuanto al aspecto demográfico, los estados en México con mayor pobreza y relacionados con violencia, relacionada con un consumo de drogas son los que presentan cifras más altas de suicidio.

Tasas de Suicidio en México

De acuerdo con los datos del INEGI las tasas de suicidio en México han mostrado un aumento, especialmente en los jóvenes.

En 2021 la tasa de suicidio fue aproximadamente 5.1 por cada 100,000 habitantes con un incremento notable en los grupos de edad de 15-29 años, siendo mas altas en hombres en comparación con las mujeres, mientras que las mujeres presentan tasas entre 3-5 veces mas altas de intentos de suicidio.

Dentro de campo de la psiquiatría y psicología sabemos que aproximadamente un 15% de los pacientes con un estado depresivo severo cometen suicidio, sobre todo si no han recibido tratamiento farmacológico/psicoterapéutico previo o no han respondido al mismo. Muchas veces el médico de primer contacto debe estar alerta durante la entrevista de cualquier señal que puede exteriorizar un paciente de no querer vivir bajo la circunstancia en la cual se encuentra, por ejemplo, si menciona “así no vale la pena vivir”, prefiero desaparecer”, etc. El médico debe investigar si alguna vez a intentado de quitarse la vida y como fue. Algunas personas presentan una ideación (pensamiento) suicida, a veces repetitivos, pero sin haberse hecho daño alguno, como tomar una sobredosis de ciertos medicamentos, cortarse superficialmente la piel de las muñecas, etc. Estas conductas son especialmente frecuentes en adolescentes y adultos jóvenes que van en aumento durante los últimos años, y representan un alto riesgo de suicidio. Conocemos que cerca del 60% de los pacientes que se suicidan presentan con anterioridad un intento previo.

En un estudio reciente de una población escolar de preparatoria en los Estados Unidos, reporta ideación o pensamiento suicida durante el año anterior 14%-22% entre los años de 2007-2021, mientras aquellos que reportaron planes suicidas fueron del 11%-17% y los que reportaron planes de suicidarse fueron del 6%-10%.

En esta reciente publicación se hace mención de alerta al personal médico de los factores de riesgo de un intento de suicidio o llevarlo a cabo en población joven.

Con la aplicación de un cuestionario del campo de la medicina forense se puede obtener más informaciones de las circunstancias de la muerte de una persona ya sea por un accidente, homicidio suicidio, etc. En cuanto a su perfil psicológico y social del occiso.

La recolección de datos de información retrospectiva del sujeto seguramente nos dará mayor luz sobre un determinado suceso en el cual el individuo hubiese podido estar involucrado.

En resumen, la autopsia psicológica es una técnica que recopila aspectos psicológicos sociales y criminalísticos para entender mejor las posibles causas de muerte de una persona. Este procedimiento muchas veces no puede determinar con exactitud si la muerte fue por suicidio,

homicidio o accidente. El método es parte del rompecabezas de la investigación y tiene utilidad sólo como un elemento más en el contexto de la misma investigación. Su aporte es variable según la cantidad de información disponible para su elaboración.

¿QUE DEBE CONTENER UN PROTOCOLO DE UNA AUTOPSIA PSICOLÓGICA DESPUÉS DE UN SUICIDIO DE UNA PERSONA CON DEPRESIÓN PREVIA?

- Información básica de la persona fallecida, (nombre completo, edad, sexo, antecedentes médicos psicológicos y psiquiátricos e intentos suicidas previos.
- Datos de contacto de los familiares o personas cercanas con los cuales ha tenido alguna interacción reciente
- Historia de muertes en la familia
- Modelos familiares frente al estrés
- Tensiones recientes o problemas del pasado no resueltas
- Conductas de riesgo o cambios en el comportamiento antes de quitarse la vida
- Historia familiar del consumo de alcohol o diferentes drogas
- Dinámica de las relaciones interpersonales
- Fantasías, sueños, presentimientos y pensamientos frente a la muerte, suicidio o accidentes que precedieron la muerte
- Cambios en los hábitos, aficiones, alimentación, patrones sexuales y otras rutinas antes de la muerte
- Eventos desencadenantes recientes (pérdida, crisis, conflictos)
- Información que relate los planes de vida

- Evaluación de intención
- Reacción de las personas que recibieron la noticia de la muerte
- Añadir comentarios y conclusiones

¿CUAL SERIA LA CONDUCTA A SEGUIR DE UN MEDICO DE PRIMER CONTACTO?

El médico general ante un intento de suicidio de un paciente debe identificar los posibles factores de riesgo de un nuevo intento y juntamente con los familiares establecer recomendaciones como la interconsulta con un médico-psiquiatra lo más pronto posible, para ver si es necesario un internamiento para proteger la integridad del paciente y proceder a un tratamiento de acuerdo con la psicopatología que presenta.

Dar a la familia el apoyo psicológico necesario para resolver el duelo que se presenta posterior al evento traumático.

La prevención de un episodio de intento de suicidio es difícil de determinar lo mas adecuado es la comunicación constante con el paciente y sus familiares para poner atención a cualquier indicio de una conducta suicida.

Una vez que se haya presentado un suicidio remitir lo más pronto posible al o a los familiares con un médico-psiquiatra o un psicólogo(a) para trabajar en el restablecimiento de la armonía familiar y sobre todo eliminar los sentimientos de culpa que puedan presentarse

Referencia sugerida

Ashley M.Cooper y cols. “Prevalence of Suicidal ideation and Suicid Attempts by Race and Gender in Three Large U.S.A adolescent Cohorts.”2025 Am. Journal of Psychiatry. Doi.org/10.1176/appl.



**Mesa Directiva
2025 - 2026**

Dr. Raúl Carrillo Esper <i>Presidente</i>	Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola <i>Vicepresidenta</i>
Dra. María de Lourdes Basurto Acevedo <i>Secretaria General</i>	Dr. Enrique Octavio Graue Hernández <i>Tesorero</i>
Dr. Eduardo Antonio Ferat Osorio <i>Secretario Adjunto</i>	

Editor
Nahum Méndez Sánchez

Diseño y Formación
Luis Roberto Vidal Gómez

R.04-2007-062510263000-106

Boletín
I.C.T.
2025
Vol. XXXIV
No. 3