

1. Médico Gineco-Obstetra, Jefe del Departamento de Cuidados Críticos del Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú. Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Vicepresidente de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. ORCID: 0000-0002-6962-2639

Conflicto de interés: No existe algún conflicto de interés

Financiamiento: Estudio autofinanciado

Recibido: 22 junio 2023

Aceptado: 29 junio 2023

Publicación en línea: 5 julio 2023

Correspondencia:

Enrique Guevara Ríos

✉ enriqueguezarrios@gmail.com

Citar como: Guevara Ríos E. Cesárea a solicitud materna. Rev peru ginecol obstet. 2023;69(2). DOI: 10.31403/rpgo.v69i2519

Enrique Guevara Ríos¹

DOI: 10.31403/rpgo.v69i2519

RESUMEN

La cesárea es una intervención que salva vidas y que tiene indicaciones médicas. La cesárea está clínicamente indicada cuando existe un riesgo significativo de consecuencias adversas para la gestante o el feto. Sin embargo, en los últimos años se han presentado indicaciones no médicas para la cesárea, como es la cesárea por solicitud materna. Se hace una revisión no sistemática sobre la cesárea a solicitud materna. El parto por cesárea a solicitud de la madre en comparación con el parto vaginal planificado es un tema multifacético y complejo, los datos son mínimos y en su mayoría se basan en comparaciones indirectas, desconociéndose sus implicaciones para las mujeres en edad fértil, los profesionales de la salud y la sociedad. Para los médicos, practicar una cesárea por razones no médicas es una decisión profesional, cuya ética se está debatiendo sin pruebas suficientes sobre los riesgos y los beneficios.

Palabras clave. Cesárea, Cesárea a solicitud materna

ABSTRACT

Cesarean section is a life-saving intervention with medical indications. Cesarean section is clinically indicated when there is a significant risk of adverse consequences for the pregnant woman or the fetus. However, in recent years non-medical indications for cesarean section such as cesarean section by maternal request have emerged. This is a non-systematic review of cesarean section at maternal request. Cesarean delivery at mother's request compared to planned vaginal delivery is a multifaceted and complex issue, the data are minimal and mostly based on indirect comparisons, and its implications for women of childbearing age, health professionals and society are unknown. For physicians, performing cesarean section for non-medical reasons is a professional decision, the ethics of which is being debated without sufficient evidence on the risks and benefits.

Key words: Cesarean section, Cesarean section at maternal request

INTRODUCCIÓN

El Boletín de la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología de diciembre de 2022 publica la realización de un webinar sobre 'El principio de autonomía en la elección de la vía del nacimiento'. El evento analizó el tema desde la bioética dentro del ejercicio de la Obstetricia y permitió definir los criterios posibles para la toma de decisiones frente al dilema ¿parto o cesárea?, dado que cada día son más frecuentes los casos de cesárea por solicitud materna. El médico gineco-obstetra debe poner en la balanza su conocimiento científico y técnico, la normatividad institucional vigente y su propia experiencia, frente a los criterios personales de la gestante vinculados a su autonomía y derechos humanos. El médico gineco-obstetra tomará la mejor decisión para lograr los mejores resultados en la gestante y el recién nacido, además de la satisfacción personal por su forma de actuar incuestionable⁽¹⁾.

En este artículo se realiza una revisión no sistemática de las evidencias científicas actuales sobre la cesárea a solicitud.

DESARROLLO DEL TEMA

El parto es una experiencia humana profunda e intensa. Las descripciones de las mujeres sobre el parto suelen hacer referencia a sentimientos de fortalecimiento, euforia y realización, especialmente luego del parto vaginal sin intervenciones médicas. Otras mujeres asocian el parto con una situación traumática, de pérdida de control, temor, dolor y ansiedad.



Es posible que la experiencia del parto colabore con la capacidad de las mujeres de adaptarse a la maternidad, aunque solo existen pruebas indirectas de ello. Se ha demostrado que las mujeres que tienen un parto en un contexto propicio presentan mayor autoestima, confianza en sí mismas como madres, prácticas de crianza más positivas y menos ansiedad y depresión luego del parto⁽²⁾.

La cesárea es una intervención que salva vidas y que tiene indicaciones médicas. La cesárea está clínicamente indicada cuando existe un riesgo significativo de consecuencias adversas para la gestante o el feto si no se realiza la intervención en un momento determinado⁽³⁾. Si bien existe una tendencia mundial de tasas de cesáreas cada vez mayores, estas varían considerablemente entre los distintos países y dentro de cada país⁽⁴⁾.

Sin embargo, la práctica de la cesárea debido a indicaciones médicas menos precisas y a razones no médicas, como por solicitud materna, es cada vez mayor en muchos hospitales o clínicas. Las cesáreas por indicaciones no médicas pueden realizarse por otras razones además del riesgo de consecuencias adversas, si quienes evalúan el riesgo consideran que los beneficios físicos o psicológicos son más importantes. No hay evidencia, a partir de ensayos controlados aleatorizados, en los que se pueda basar una recomendación para la práctica con respecto a la cesárea planificada a término por razones no médicas⁽⁴⁾.

Se ha sugerido que una proporción de las mujeres que solicitan cesárea por indicación no médica posiblemente hayan sido influenciadas por un trauma psicológico anterior o actual, como el abuso sexual o un parto traumático anterior o el temor al desgarro vaginal. Estos podrían ser legítimamente considerados como indicaciones clínicas⁽⁵⁾.

En un estudio de treinta y tres mujeres embarazadas que fueron entrevistadas sobre la solicitud de cesárea sin indicación médica, 28 de ellas refirieron experiencias de partos anteriores y temían principalmente el dolor del parto y la vida y salud del niño. El temor más frecuente de cinco nulíparas fue al desgarro vaginal. Después de asesoramiento o psicoterapia, 14 mujeres eligieron el parto vaginal y 19 tuvieron cesáreas electivas, tres por indicaciones obstétricas y 16 por elección propia⁽⁶⁾.

En varios estudios se informa que destacados obstetras estadounidenses y británicos afirman que la cesárea es tan segura o casi tan segura como el parto vaginal, elimina el daño del suelo pélvico y los consiguientes síntomas causados por el parto vaginal, es más segura para el bebé y muchas mujeres la desean; sin embargo, abundante evidencia en la literatura médica refuta la validez de esas afirmaciones^(7,8).

Las pruebas disponibles provenientes de estudios retrospectivos y prospectivos son limitadas, utilizan diferentes definiciones de 'solicitud materna' e informan de tasas entre 1% y 48% en los sistemas públicos de salud y de 60% en el sector privado⁽⁹⁾.

Dos revisiones bibliográficas sistemáticas en diferentes poblaciones han destacado aspectos metodológicos, conceptuales y culturales que podrían influir en las preferencias de las mujeres por el parto vaginal o la cesárea.

Hay poca evidencia disponible de que exista una creciente aceptación cultural del parto por cesárea. Se requiere más investigación cualitativa que investigue la influencia de los factores obstétricos y psicosociales en las opiniones de las mujeres sobre el parto vaginal y por cesárea^(10,11). Se desconoce el número real de mujeres que solicitan parto por cesárea sin indicaciones precisas para ellas o sus hijos. No obstante, en la actualidad un porcentaje de mujeres se someten a cesáreas realizadas a término por razones no médicas, si bien la evidencia existente en cuanto a los riesgos y beneficios es tema de intenso debate entre los profesionales⁽¹²⁾.

La cesárea planificada por presentación podálica en comparación con el parto vaginal planificado redujo la muerte perinatal o neonatal así como el resultado compuesto de muerte o morbilidad neonatal grave, a expensas de un aumento leve de la morbilidad materna. En un subconjunto con seguimiento de 2 años, los problemas médicos infantiles aumentaron después de la cesárea planificada y no se encontraron diferencias en el retraso del desarrollo neurológico a largo plazo o el resultado 'muerte o retraso del desarrollo neurológico', aunque los números fueron demasiado pequeños para excluir la posibilidad de una diferencia importante en cualquier dirección.



Los beneficios deben sopesarse frente a factores como la preferencia de la madre por el parto vaginal y riesgos como futuras complicaciones del embarazo en el entorno de atención médica específico de la mujer. Los datos de esta revisión no pueden generalizarse a entornos donde la cesárea no está disponible con facilidad, o a métodos de parto de nalgas que difieren materialmente de los protocolos de parto clínico utilizados en los ensayos revisados. Se necesita investigación sobre estrategias para mejorar la seguridad del parto de nalgas y para investigar más a fondo la posible asociación de la cesárea con problemas médicos infantiles⁽¹³⁾.

El parto prematuro a las 37 semanas de gestación en comparación con el manejo expectante en curso para mujeres con un embarazo gemelar sin complicaciones no parece estar asociado con un mayor riesgo de daños, hallazgos que son consistentes con las recomendaciones del Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención del Reino Unido (NICE, por sus siglas en inglés) que abogan por el parto de mujeres con un embarazo gemelar dicoriónico a las 37 + 0 semanas de gestación. Es poco probable que exista suficiente equilibrio clínico para permitir la asignación al azar de mujeres a una edad gestacional más tardía al nacer⁽¹⁴⁾.

ARGUMENTOS A FAVOR PARA UNA CESÁREA A SOLICITUD DE LA MADRE

- Existe la percepción de beneficios maternos y fetales, como son la conveniencia y planificación social -ya que la mayoría de mujeres está planificando tener solo 2 hijos- y la comodidad de programar el día del parto. También se menciona la presión de los pares, porque la cesárea se usa mucho en celebridades y se habla de que el parto vaginal es algo 'arcaico'. Incluso se menciona el término 'tocofobia', que es definido como el miedo al parto o al embarazo usualmente por antecedentes de abuso sexual, parto traumático.
- Se mencionan como beneficios fetales evitar riesgos como natimuecos, prematuros, parálisis cerebral y traumatismo fetal; y como beneficios maternos evitar riesgos, pues la relación riesgo-beneficio asociada con la intervención quirúrgica ha evolucionado junto con la mejoría de las técnicas para la intervención quirúrgica, la anestesia, el control de infeccio-

nes y los bancos de sangre, así como evitar las cesáreas de urgencia durante el trabajo de parto, vinculadas con aumentos de la morbilidad y mortalidad.

- Evitar el dolor durante el trabajo de parto también se ha citado como un posible beneficio materno del parto por cesárea programada, y tiene como antecedente la experiencia previa de un parto traumático, problemas en el piso pélvico, prolapso genital, incontinencia de orina, parto instrumentado e incontinencia fecal.
- El respeto por la elección de la gestante o de la autonomía de la decisión de la mujer es probablemente uno de los factores más importantes. Y es más frecuente en ámbitos altamente intervencionistas donde es común el uso de oxitocina artificial, la monitorización fetal electrónica, analgesia epidural, rotura artificial de membranas y los partos instrumentados, donde podrían ser mayores los resultados adversos.
- La posibilidad de programar las cesáreas permite a los médicos planificar el personal según la necesidad, realizar la intervención durante horas diurnas y, probablemente, reducir la incidencia de litigios asociados con el parto vaginal o las cesáreas de urgencia. También ayudaría a evitar las críticas de los colegas de presunta negligencia médica, el poco tiempo para orientación/consejería, el tiempo para la cirugía y la ganancia económica⁽³⁾.

ARGUMENTOS EN CONTRA DE UNA CESÁREA A SOLICITUD DE LA MADRE

- Principalmente está el incremento en el riesgo de mortalidad materna, que algunos estudios señalan como de 3,8 veces mayor en una cesárea que en un parto vaginal. Se ha calculado la tasa de mortalidad de la cesárea programada en el Reino Unido desde 1994 hasta 1996 y se estimó que es casi tres veces mayor que la de los partos vaginales.
- También se produce un incremento de la morbilidad debido a la mayor pérdida sanguínea, el mayor riesgo de transfusión, de infección postoperatoria, tromboembolismo y embolia pulmonar. La tasa de letalidad para todas las cesáreas es seis veces mayor que para el parto vaginal; incluso para la cesárea electiva, la tasa



es casi tres veces mayor. Estas diferencias son muy significativas. En ausencia de otra evidencia (p. ej., de ensayos controlados aleatorios de diferentes modos de parto), no es apropiado ser dogmático sobre las mejores prácticas, pero todos los involucrados deben tomar muy en serio cualquier decisión de realizar una cirugía mayor con una mortalidad asociada⁽¹⁵⁾.

- Aunque la cesárea es considerada un procedimiento simple y seguro, la intervención tiene sus riesgos. Un estudio de 221 cesáreas consecutivas en un gran hospital universitario de Londres ha mostrado que la morbilidad materna es común después de una cesárea. Los problemas de anestesia, hemorragia, íleo paralítico, problemas de heridas y complicaciones infecciosas fueron frecuentes, y las complicaciones a menudo no estaban relacionadas con la condición que llevó a indicar la cesárea. La estadía hospitalaria posparto aumentó considerablemente por la cesárea y se prolongó aún más por las complicaciones postoperatorias. Afortunadamente, en la práctica obstétrica moderna la mortalidad materna es rara y, por lo tanto, es importante evaluar la morbilidad para medir el éxito de este procedimiento. Este estudio muestra que existe una morbilidad significativa asociada con la cesárea⁽¹⁶⁾.
- La cesárea tiene inconveniencias sociales, como es el mayor tiempo de hospitalización y la mayor restricción en las actividades cotidianas. Se menciona también las dificultades para brindar la lactancia materna^(17,18).
- Hay varios estudios que mencionan que después de una cesárea hay mayor frecuencia de problemas en el siguiente embarazo, como hemorragias en la segunda mitad del embarazo por placenta previa, acretismo placentario, rotura uterina, adherencias y disminución de la fertilidad⁽¹⁹⁾. Otros riesgos a largo plazo son el embarazo ectópico, las hemorragias e hysterectomías después de la evacuación uterina, endometriosis de implantación, adenomiosis y mayor reingreso hospitalario^(20,21).
- La cesárea también ha sido asociada con dificultades emocionales, como depresión posparto y sentimientos negativos acerca de la experiencia del parto, no específicamente entre las mujeres que eligen dar un parto por cesárea^(22,23).

- Entre los riesgos fetales y neonatales, los estudios mencionan una mayor probabilidad de síndrome de dificultad respiratoria neonatal, taquipnea transitoria del recién nacido, laceración fetal y mayor posibilidad de disminución de la lactancia materna⁽³⁾.
- Se ha sugerido que los riesgos neonatales que aumentan con el parto por cesárea incluyen un mayor ingreso en unidades neonatales/separación de la madre del recién nacido, prematuridad iatrogénica, desgarro, aumento de los problemas respiratorios neonatales y mortinatos en el siguiente embarazo⁽²⁴⁻²⁷⁾.
- Desde un punto de vista económico, los costos de la cesárea son el doble de un parto vaginal. Un modelo económico desarrollado para determinar el costo para el *National Health Service* como consecuencia de la cesárea programada en ausencia de indicación médica, calculó que este oscilaba entre 10,9 y 14,8 millones de libras por año; el ahorro promedio de costos por realizar un parto vaginal programado en lugar de una cesárea programada fue de £1 257 por nacimiento⁽²⁸⁾.
- Sin embargo, en los EE. UU. los costos de una mayor intervención en los partos vaginales, especialmente el agregado de oxitocina, parecen anular las diferencias de costos entre ambas modalidades de parto. Según un estudio, si también se utiliza anestesia epidural, los costos totales exceden el costo del parto por cesárea programada en casi un 10%⁽²⁹⁾.

ACTITUD DE LOS MÉDICOS FRENTE A LA SOLICITUD DE UN PARTO POR CESÁREA PARA UN EMBARAZO A TÉRMINO SIN COMPLICACIONES

Existen diferencias entre los médicos sobre las razones no médicas para una cesárea. En el Reino Unido y Alemania, un alto porcentaje de médicos señala que la principal razón es el derecho de elegir de la mujer el tipo de parto (79% y 75%, respectivamente) y el tener una cesárea previa (98% y 92%), así como el antecedente de un parto vaginal traumático previo (99% y 97%), muerte fetal en el parto (98% y 94%) y primer hijo discapacitado (94% y 96%). Mientras que en España, Francia y Holanda es mucho menor la razón el derecho a elegir (15%, 19% y 22%, respectivamente), al igual que el miedo al parto (10%, 14%, 30%). Al parecer, la cesárea previa y



el parto vaginal traumático previo es una razón aceptada entre 38% y 86% para Italia, España, Francia, Holanda, Luxemburgo y Suecia. Cuando se trata de una colega que solicita la cesárea, los médicos de estos países aceptan la solicitud para un parto por cesárea entre 21 y 78%⁽³⁰⁾.

Las principales razones de los médicos para apoyar la elección de la mujer para un parto por cesárea, independientemente de otras indicaciones médicas o no médicas, son el respeto a la autonomía de la mujer, evitar posibles problemas durante el parto y evitar posibles consecuencias legales⁽³⁰⁾.

Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), desde el punto de vista ético existe una preocupación en toda la profesión médica por la creciente tasa de partos por cesárea. La cesárea es más cara que un parto normal y como una intervención quirúrgica tiene más peligros potenciales para la madre y el bebé. Los médicos tienen el deber profesional de no hacer daño a sus pacientes, lo que incluye la obligación moral de velar por emplear los recursos de salud adecuadamente. Los médicos no están obligados a realizar un procedimiento para el cual no existe un beneficio médico cierto. En la actualidad no hay pruebas concluyentes sobre los riesgos y beneficios de la cesárea por razones no médicas en comparación con el parto vaginal a término⁽³¹⁾.

La evidencia disponible sugiere, como se ha descrito anteriormente, que el parto vaginal es más seguro en el corto y largo plazo para la madre y el niño. Los médicos tienen el deber de informar y asesorar a las mujeres sobre estos temas

Pueden existir cuatro posiciones posibles al considerar una solicitud para una cesárea electiva en un embarazo sin otras complicaciones. La primera es que el médico le recomiende a la mujer la cesárea electiva durante el parto vaginal con la evidencia disponible para apoyar esta posición, es decir, una cesárea por indicación médica. O puede darse el caso que el médico recomiende el parto vaginal con la evidencia disponible para apoyar esta posición, es decir, que el médico se rehúsa a realizar una cesárea por indicaciones no médicas. Una tercera posición es que el médico considere que el parto vaginal y la cesárea electiva son equivalentes, con evidencia para apoyar esta posición, lo cual permite la elección

de la mujer. Y una última posición sería que el médico considere incierta la evidencia disponible pues no apoya ningún tipo de parto en particular, por lo que se puede permitir la elección por la mujer⁽³⁾.

En conclusión, el parto por cesárea a solicitud de la madre en comparación con el parto vaginal planificado es un tema multifacético y complejo; los datos publicados son mínimos; en su mayoría se basan en comparaciones indirectas y se desconocen sus implicaciones para las mujeres en edad fértil, los profesionales de la salud y la sociedad.

La mayoría de los estudios de resultados indirectos no ajustan adecuadamente los factores de confusión y, por lo tanto, deben ser interpretados con cautela.

A falta de datos de ensayos, es urgente realizar la revisión sistemática de los estudios observacionales y sintetizar los datos cualitativos para evaluar mejor los efectos a corto y largo plazo de la cesárea y el parto vaginal.

En ausencia de indicaciones maternas o fetales para parto por cesárea, un plan para parto vaginal es seguro y apropiado y debe ser recomendado.

Después de explorar las razones detrás de la solicitud de la paciente y discutir los riesgos y beneficios, si la gestante decide solicitar una cesárea -una decisión subjetiva y muy personal-, se recomienda lo siguiente: en ausencia de otras indicaciones para el parto temprano, no se debe realizar un parto por cesárea a pedido materno antes de las 39 semanas de edad gestacional. Y, dada la alta tasa de repetición de partos por cesárea, se debe informar a las pacientes que los riesgos de placenta previa, espectro de placenta acreta e hysterectomía grávida aumentan con cada parto por cesárea subsiguiente. Para los médicos, practicar una cesárea por razones no médicas es una decisión profesional, cuya ética se está debatiendo sin pruebas suficientes sobre los riesgos y los beneficios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología. Comité de Bioética. El Principio de Autonomía en la elección de la vía del nacimiento. Boletín FLASOG. Oct-Nov-Dic 2022. https://flasog.org/wp-content/uploads/2023/01/BOLETIN_FLASOG_NOV-DIC_22-3_compressed.pdf



2. Wolman WL, Chalmers B, Hofmeyr GJ, Nikoden VC. Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: a randomised controlled study. *Am J Obstet Gynecol.* 1993;168:1388-93. DOI: 10.1016/s0002-9378(11)90770-4
3. Penna L, Arulkumaran S. Cesarean section for non-medical reasons. *Int J Gynaecol Obstet.* 2003 Sep;82(3):399-409. DOI: 10.1016/s0020-7292(03)00217-0
4. Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GML. Cesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012, Issue 3. Art. No.: CD004660. doi: 10.1002/14651858.CD004660.pub3
5. Faundes A. La evolución histórica de la tasa de la cesárea: de una excepción en la antigüedad a un exceso en la actualidad. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2021;67(1). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2302>
6. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1993 May;72(4):280-5. DOI: 10.3109/00016349309068038
7. Goer H. The case against elective cesarean section. *J Perinat Neonat Nursing.* 2001 Dec;15(3):23-38; quiz 89. DOI: 10.1097/00005237-200112000-00004
8. Paterson-Brown S. Should doctors perform an elective caesarean section on request? Yes, as long as the woman is fully informed. *BMJ.* 1998 Aug 15;317(7156):462-3. doi: 10.1136/bmj.317.7156.462
9. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Risher P. Listening to mothers: report of the first national US survey of women's childbearing experiences. New York: Maternity Center Association /Harris Interactive Inc. October 2002. https://www.nationalpartnership.org/our-work/resources/health-care/maternity/listening-to-mothers-i_2002.pdf
10. Gamble J, Creedy KD. Women's request for cesarean section: a critique of the literature. *Birth.* 2000;27:256-63. DOI: 10.1046/j.1523-536x.2000.00256.x
11. Kingdon C, Baker L, Lavender T. A review of nulliparous women's views of cesarean birth: the missing component in the debate about a term cephalic trial. *Birth Issues in perinatal care.* September 2006;33(3):229-37. <http://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00108.x>
12. Klein MC. Quick fix culture: the cesarean section on demand debate. *Birth.* October 2004;31(3):161-4. DOI: 10.1111/j.0730-7659.2004.00300
13. Hofmeyr GJ, Hannah ME, Lawrie T. Planned caesarean section for term breech delivery. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews.* *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Jul 21;2015(7): CD000166. DOI: 10.1002/14651858.CD000166.pub2
14. Dodd JM, Crowther CA. Elective delivery of women with a twin pregnancy from 37 weeks' gestation. In: *Cochrane Database Syst Rev.* 2, 2002. DOI: 10.1002/14651858.CD003582
15. Hall MH, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet.* August 28, 1999;354:776. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)76016-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)76016-5)
16. Kelleher CJ, Cardozo L. Cesarean section: a safe operation? *J Obstet Gynaecol.* 1994;14:86-90. Published online: 02 Jul 2009. <https://doi.org/10.3109/01443619409030018>
17. Chippington Derrick D, Lowdon G, Barlow F. *Caesarean birth: your questions answered.* London: National Childbirth Trust, 2004.
18. Savage W, Francome C. The practice of caesarean birth in the UK. *Obstet Gynaecol.* 2007 Nov;27(8):781-6. DOI: 10.1080/01443610701667379
19. Hemminki E, Merilainen J. Long-term effects of cesarean sections: ectopic pregnancies and placental problems. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;174:569-74. DOI: 10.1016/s0002-9378(96)70608-7
20. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynaecol.* 2005;192:1458-61. DOI: 10.1016/j.ajog.2004.12.074
21. Bewley S, Cockburn J. The unfacts of request caesarean section. *BJOG.* 2002;109:597-605. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2002.07106.x
22. Clement S. Psychological aspects of caesarean section. *Baillieres Best Prac Res. Clin Obstet Gynaecol.* 2001;15(1):109-26. DOI: 10.1053/beog.2000.0152
23. Minkoff H, Chervenak FA. Elective primary cesarean delivery. *NEJM.* 2003;348(10):946-50. DOI: 10.1056/NEJMsb022734
24. Treffers PE, Pel M. The rising trend for caesarean birth. *BMJ.* 1993;307:1017-8. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.307.6911.1017>
25. Wagner M. Choosing caesarean section. *Lancet.* 2000;356:1677-80. DOI: 10.1016/S0140-6736(00)03169-X
26. Smith JF, Hernandez C, Wax JR. Fetal laceration injury at cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 1997;90(3):344-6. DOI: 10.1016/s0029-7844(97)00284-6
27. Madar JJ, Richmond S, Hey E. Hyaline membrane disease after elective delivery at term. *Acta Paed.* 1999;88:1244-84. DOI: 10.1080/080352599750030365
28. Bick D; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health; National Institute for Clinical Excellence. *Caesarean Section, Clinical Guideline.* National Collaborating Centre for Women's and Children's Health: commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. Practice Guideline. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2004;1(3):198-9. DOI: 10.1111/j.1524-475X.2004.04060.x
29. Bost BW. Cesarean delivery on demand: what will it cost? *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188(6):1418-23. DOI: 10.1067/mob.2003.455
30. Habiba M, Kaminski M, Da Frè M, Marsal K, Bleker O, Libroero J, et al. Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *BJOG.* 2006 Jun;113(6):647-56. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2006.00933.x
31. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. *Declaración de FIGO sobre la cesárea (2007).* <https://www.figo.org/es/declaracion-de-figo-sobre-la-cesarea2007#:~:text=FIGO%20considera%20que%20la%20intervenci%C3%B3n,beb%C3%A9s%20y%20mejorar%20los%20resultados>