



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA  
HOSPITAL GENERAL DE TULANCINGO

### **TRABAJO TERMINAL**

COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS MATERNO-NEONATALES EN PARTOS  
CON Y SIN USO DEL ÁREA PREPARTO EN EL HOSPITAL GENERAL DE  
TULANCINGO DURANTE 2020 VS 2024

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**QUE PRESENTA LA MÉDICO CIRUJANO**  
M.C. VALERIA CAROLINA AGUIRRE CASTILLEJOS

M. C. ESP. VÍCTOR HUGO ROMERO MEJÍA  
**DIRECTOR DEL TRABAJO TERMINAL**

M. C. ANA HILDA FIGUEROA GUTIÉRREZ  
**CODIRECTORA DEL TRABAJO TERMINAL**

PACHUCA DE SOTO, HIDALGO, OCTUBRE 2025

DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO INTERNO DE LA COORDINACION DE POSGRADO DEL AREA ACADEMICA DE MEDICINA, AUTORIZA LA IMPRESIÓN DEL TRABAJO TERMINAL TITULADO:

**“COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS MATERNO-NEONATALES EN PARTOS CON Y SIN USO DEL ÁREA PREPARTO EN EL HOSPITAL GENERAL DE TULANCINGO DURANTE 2020 VS 2024”**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA QUE SUSTENTA LA MEDICO CIRUJANO:

M.C. VALERIA CAROLINA AGUIRRE CASTILLEJOS

PACHUCA DE SOTO HIDALGO, OCTUBRE DE 2025

**POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**

**M.C. JOSÉ ANTONIO HERNÁNDEZ VERA**  
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**M.C. ESP. ALFONSO REYES GARNICA**  
JEFE DEL ÁREA ACADEMICA DE MEDICINA

**DR. EN C. OSVALDO ERIK SÁNCHEZ HERNÁNDEZ**  
COORDINADOR DE POSGRADO

**M. C. ANA HILDA FIGUEROA GUTIÉRREZ**  
CODIRECTOR DEL TRABAJO TERMINAL

**POR EL HOSPITAL GENERAL DE TULANCINGO**

**M.C. JAIR DE JESÚS HERNÁNDEZ VILLEGAS**  
DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL DE TULANCINGO

**M.C. ESP. JOSE LUIS ALBERTO RIVAS SOLÍS**  
TITULAR DE LA UNIDAD DE ENSEÑAZA E INVESTIGACIÓN

**M.C. ESP. NORMA ALCÁNTARA MARTÍNEZ**  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**M. C. ESP. VICTOR HUGO ROMERO MEJIA**  
MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
DIRECTOR DEL TRABAJO TERMINAL



**Asunto: Autorización de impresión**

**VALERIA CAROLINA AGUIRRE CASTILLEJOS  
PRESENTE**

Por medio del presente, hago de su conocimiento que el proyecto de investigación titulado:

**“Comparación de los resultados materno-neonatales en partos con y sin uso del área preparto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024 ”.**


registrado en el Hospital General de Tulancingo y correspondiente al proyecto terminal del programa de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, ha sido revisado por cada uno de los involucrados y aprobado para su impresión.


Sin otro particular, reciba un cordial saludo

ATENTAMENTE

  
M.C. JAIR DE JESUS HERNÁNDEZ VILLEGAS  
DIRECTOR DEL HOSPITAL

  
M.C. ESP. NORMA ALCANTARA MARTINEZ  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD  
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

  
M.C. ESP. VÍCTOR HUGO ROMERO MEJÍA  
DIRECTOR DEL TRABAJO TERMINAL

  
DRA. EN C. ANA HILDA FIGUEROA GUTIERREZ  
CODIRECTOR METODOLÓGICO

Elaboró  
M.C. ESP JOSE LUIS ALBERTO RIVAS SOLIS



# ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS.....	A
ÍNDICE DE FIGURAS .....	B
ABREVIATURAS.....	C
RESUMEN.....	1
ABSTRACT .....	2
I.- MARCO TEÓRICO.....	4
II.- ANTECEDENTES .....	7
III.- JUSTIFICACIÓN .....	12
IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	14
IV.1.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	15
IV.2.- HIPÓTESIS .....	16
IV.3.- OBJETIVOS.....	17
OBJETIVO GENERAL.....	17
Objetivos específicos.....	17
V.- METODOLOGÍA .....	18
V.1.- DISEÑO DE ESTUDIO.....	18
V.2.- SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	18
V.2.1.- Criterios de inclusión.....	18
V.2.2.- Criterios de exclusión.....	18
V.2.3.- Criterios de eliminación.....	19
V.3.- DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA Y MUESTREO.....	19
V.3.1.- Tamaño de la muestra .....	19
V.3.2.- Muestreo .....	19
V.4.- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.....	19
V.5.- INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	23
VI.- ASPECTOS ÉTICOS .....	24
VII.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN .....	25
VIII.- RESULTADOS.....	26
IX.- DISCUSIÓN .....	36
X.- CONCLUSIÓN .....	39
XI.- RECOMENDACIONES .....	40

X.- BIBLIOGRAFÍA ..... 41

XII.- ANEXOS ..... 44

XII.1.- ANEXO 1 ..... 44

## Índice de tablas

Tabla 1 Distribución de la edad materna en los partos con y sin uso del área preparto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024 .....	26
Tabla 2 Distribución del estado civil materno en los partos con y sin uso del área preparto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024 .....	26
Tabla 3 Distribución de la ocupación materna en los partos con y sin uso del área preparto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024 .....	27
Tabla 4 Distribución de las características antropométricas maternas en los partos con y sin uso del área preparto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024	28
Tabla 5 Comparación de la vía de resolución del parto en las pacientes con y sin uso del área preparto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024.....	30
Tabla 6 Causas de la cesárea en las pacientes con y sin uso del área preparto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024.....	31
Tabla 7 Complicaciones maternas después del parto en las pacientes con y sin uso del área preparto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024.....	35

## Índice de figuras

Figura 1 Distribución de la paridad en las pacientes con y sin uso del área parto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024.....	28
Figura 2 Distribución de las semanas de gestación en pacientes con y sin uso del área parto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024 .....	29
Figura 3 Comparación de la puntuación Apgar de los recién nacidos con y sin uso del área parto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024.....	32
Figura 4 Dilatación cervical de las pacientes con y sin uso del área parto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024.....	32
Figura 5 Porcentaje de dilatación cervical de las pacientes con y sin uso del área parto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024 .....	33
Figura 6 Duración promedio del trabajo de parto de las pacientes con y sin uso del área parto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024.....	34

## **Abreviaturas**

ASPO      Sociedad Americana de Psicoprofilaxis en Obstetricia

LPR      Labor-Parto-Recuperación

OMS      Organización Mundial de la Salud

## Resumen

**Antecedentes:** El uso excesivo de la cesárea constituye un problema de salud pública en México, donde su tasa alcanza el 48.7 %, superando lo recomendado por la OMS. En el Hospital General de Tulancingo, factores como el ingreso hospitalario prematuro y la distancia de las comunidades contribuyen a intervenciones innecesarias. Dado que el entorno de atención influye en la evolución del parto y que espacios como las salas labor-parto-recuperación han mostrado beneficios materno-neonatales, resulta necesario evaluar el impacto del área de parto en estos desenlaces mediante un estudio comparativo que aporte evidencia para optimizar la atención obstétrica.

**Objetivo:** Comparar los resultados materno-neonatales en partos con y sin uso del área parto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024.

**Materiales y métodos:** Estudio transversal, observacional, retrospectivo y comparativo. Se realizó un análisis descriptivo para caracterizar a la población y un análisis bivariado para evaluar la relación entre el uso del área de parto y los desenlaces materno-neonatales. Las variables categóricas se analizaron mediante las pruebas de  $X^2$  o exacta de Fisher, y las variables continuas con la prueba t de Student.

**Resultados:** Se analizaron 350 expedientes clínicos, correspondientes a 175 partos atendidos en 2020 y 175 en 2024. Las características sociodemográficas y antropométricas fueron similares entre ambos grupos, con una edad promedio cercana a los 24 años y un índice de masa corporal en rango de sobrepeso. Se observó una dilatación cervical significativamente mayor al ingreso y una reducción en la duración promedio del trabajo de parto en 2024, año en que se implementó el área de parto. Asimismo, la proporción de partos vaginales aumentó y la tasa de cesáreas disminuyó de manera significativa, sin diferencias en los resultados neonatales ni en la frecuencia de complicaciones maternas. Estos hallazgos sugieren que el uso del área de parto se asoció con un manejo más eficiente y menos intervencionista del proceso de parto.

**Conclusión:** La implementación del área parto en el Hospital General de Tulancingo mejoró la atención intraparto al aumentar la dilatación al ingreso, reducir la duración del trabajo de parto y disminuir la tasa de cesáreas, sin afectar los resultados maternos ni neonatales, consolidándose como una estrategia eficaz y segura para optimizar la atención obstétrica.

**Palabras clave:** Cesárea, sala parto, trabajo de parto, resultados perinatales, atención obstétrica.

## **ABSTRACT**

**Background:** The overuse of cesarean sections is a public health problem in Mexico, where the rate reaches 48.7%, exceeding the WHO recommendation. At the Tulancingo General Hospital, factors such as premature hospital admission and distance from communities contribute to unnecessary interventions. Given that the care environment influences the outcome of labor and that spaces such as labor-delivery-recovery rooms have shown maternal-neonatal benefits, it is necessary to evaluate the impact of the antenatal area on these outcomes through a comparative study that provides evidence to optimize obstetric care.

**Objective:** To compare maternal and neonatal outcomes in births with and without the use of the antenatal area at the Tulancingo General Hospital during 2020 vs. 2024.

**Materials and methods:** A cross-sectional, observational, retrospective, and comparative study. A descriptive analysis was performed to characterize the population, and a bivariate analysis was performed to evaluate the relationship between the use of the labor and delivery area and maternal and neonatal outcomes. Categorical variables were analyzed using the  $\chi$  test or Fisher's exact test, and continuous variables using the Student t test.

**Results:** 350 clinical records were analyzed, corresponding to 175 births attended in 2020 and 175 in 2024. Sociodemographic and anthropometric characteristics were similar between both groups, with an average age close to 24 years and a body mass index in the overweight range. Significantly greater cervical dilation upon admission and a reduction in the average duration of labor will be observed in 2024, the year in which the labor and delivery area was implemented. Likewise, the proportion of vaginal births increased and the cesarean section rate decreased significantly, with no differences in neonatal outcomes or the frequency of maternal complications. These findings suggest that the use of the labor and delivery area is associated with more efficient and less interventionist management of the labor process.

**Conclusion:** The implementation of the labor and delivery area at the Tulancingo General Hospital improved intrapartum care by increasing dilation on admission, reducing the duration of labor, and decreasing the cesarean section rate, without affecting maternal or neonatal outcomes, thus establishing itself as an effective and safe strategy for optimizing obstetric care.

**Keywords:** Cesarean section, labor and delivery room, labor, perinatal outcomes, obstetric care.

## I.- Marco teórico

Desde la década de los ochenta, profesionales de la salud han sostenido que la tasa ideal de cesáreas debe situarse entre el 10 % y el 15 %, un criterio sustentado por estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuales, a través de análisis ecológicos globales, identificaron que tasas superiores a ese umbral no se asocian con reducciones adicionales en la mortalidad materna y neonatal (1,2). Pese a estas recomendaciones, la cesárea se ha convertido en una de las intervenciones quirúrgicas más comunes tanto en México como en el mundo. En el caso mexicano, diversos factores estructurales y organizativos, como la limitada infraestructura para una atención obstétrica personalizada y con acompañamiento continuo, han sido señalados como determinantes del incremento sostenido en las tasas de cesárea (3,4).

Históricamente, el parto era atendido por mujeres que compartían conocimientos empíricos sobre el cuerpo femenino. Sin embargo, la posibilidad constante de complicaciones llevó al desarrollo de tradiciones y mitologías para dar sentido a los desenlaces adversos. Con la consolidación de la medicina institucionalizada, particularmente a partir del siglo XVII, los colegios médicos, integrados exclusivamente por hombres, medicalizaron la atención del parto. Esta transición trajo consigo un abordaje del nacimiento desde una óptica patológica, introduciendo posiciones forzadas como la litotomía e instrumentos quirúrgicos, en función de la comodidad del médico más que de la mujer (5).

La cesárea, como procedimiento quirúrgico, tiene antecedentes milenarios. Se han encontrado registros históricos que remontan su práctica incluso a culturas antiguas como la griega y la romana, vinculada inicialmente a mitologías y luego a normas religiosas y legales. Por ejemplo, la "Lex Regia de Numa Pompilio" en el imperio romano obligaba a extraer al feto antes del entierro de una mujer embarazada, instaurando la cesárea post mortem como práctica habitual. Durante siglos, la cirugía solo se realizaba en mujeres fallecidas, dada la falta de anestesia y antisepsia, lo que hacía inviable su aplicación en mujeres vivas. No fue sino hasta la segunda mitad del siglo XIX, con la

introducción de la anestesia y las técnicas antisépticas, que la cesárea en mujeres vivas comenzó a practicarse de manera más segura y extendida (6).

Durante el siglo XX surgieron corrientes críticas al exceso de intervenciones en el parto. En la década de 1930, el obstetra británico Grantly Dick-Read introdujo el concepto de "parto natural" como respuesta a la medicalización excesiva. De forma paralela, en la Unión Soviética, se impulsaron métodos de preparación psicoprofiláctica inspirados en los trabajos del fisiólogo Iván Pavlov. Posteriormente, el médico francés Fernand Lamaze perfeccionó dichas técnicas, incorporando la respiración y la relajación como mecanismos para reducir el dolor y la ansiedad durante el trabajo de parto. La popularización del método se consolidó con la publicación de "Gracias, Dr. Lamaze" de Marjorie Karmel, lo que llevó a la creación de la Sociedad Americana de Psicoprofilaxis en Obstetricia (ASPO) (7).

En las últimas décadas, ha surgido un enfoque renovado hacia la atención del parto que privilegia entornos habilitantes para el trabajo de parto de bajo riesgo. Estos espacios, diseñados para respetar la fisiología del nacimiento, han demostrado ser costo-efectivos en la reducción de la morbilidad materna y perinatal, así como en la disminución de cesáreas innecesarias (8). Una revisión sistemática publicada por *The Lancet* identificó que las mujeres no solo valoran las intervenciones clínicas apropiadas, sino también el acceso oportuno a información, apoyo emocional, acompañamiento y respeto a su dignidad. Se concluyó que la atención respetuosa basada en la evidencia y adaptada a las necesidades culturales y personales mejora tanto la experiencia como los resultados clínicos del parto (9).

Este cambio de paradigma hacia una atención centrada en la mujer reconoce que las deficiencias en los servicios públicos de salud obstétrica afectan negativamente tanto la experiencia como los desenlaces perinatales. Intervenciones como el acompañamiento durante el trabajo de parto y la profilaxis obstétrica han demostrado ser eficaces para mejorar los resultados materno-neonatales, y han sido recomendadas de manera explícita por la OMS. No obstante, su implementación aún es limitada en hospitales públicos debido a restricciones presupuestales y estructurales (10). El fortalecimiento de

políticas públicas que promuevan la adherencia a directrices clínicas basadas en evidencia es fundamental para mejorar la calidad del parto. Dichas directrices, además de incrementar la satisfacción de las usuarias, reducen el uso innecesario de procedimientos invasivos, mejoran los desenlaces perinatales y permiten una gestión más eficiente de los recursos hospitalarios (11).

La atención al trabajo de parto y parto representa un punto crítico dentro de los servicios de salud materno-perinatal. Desde hace más de dos décadas, la OMS ha hecho énfasis en reconocer el parto como un proceso fisiológico que, salvo complicaciones, no debe ser medicalizado en exceso. Sin embargo, el enfoque de riesgo adoptado en muchos sistemas de salud condujo a que intervenciones indicadas solo en ciertos contextos se apliquen rutinariamente, con consecuencias negativas en la calidad de la atención, la eficiencia del sistema y la seguridad del binomio madre-hijo (12).

Como respuesta a esta problemática, en México se instauraron oficialmente en 2022 las salas Labor-Parto-Recuperación (LPR). Estas unidades permiten una atención continua e integral desde el inicio del trabajo de parto hasta el posparto inmediato, favoreciendo un entorno que respete la fisiología del nacimiento y los derechos de la mujer. La configuración de estos espacios está diseñada para brindar intimidad, seguridad, acompañamiento y atención profesional continua, lo que repercute positivamente en los resultados materno-fetales y en la disminución de intervenciones innecesarias. En nuestro hospital, posterior a la consulta en el triage obstétrico donde se realiza una historia clínica detallada, evaluación de estudios y de signos vitales, estado de la paciente, diagnósticos y descarte de comorbilidades, al concluir que la paciente cuenta con embarazo de bajo riesgo, se informa de la existencia de dicha sala, se explica su función y se ofrece la estancia .

## II.- Antecedentes

La calidad de la atención intraparto es un pilar fundamental para la salud materna y neonatal a nivel poblacional. Cada año ocurren aproximadamente 140 millones de nacimientos en el mundo, en su mayoría sin complicaciones esperadas; sin embargo, el momento del parto representa un periodo crítico en el cual la morbilidad y mortalidad pueden aumentar drásticamente si surgen imprevistos. En las últimas décadas se ha observado una mayor medicalización del proceso de parto, caracterizada por el uso creciente de intervenciones para iniciar, acelerar, monitorear o terminar el trabajo de parto, con el objetivo de mejorar los resultados clínicos. Si bien muchas de estas intervenciones han salvado vidas, su aplicación indiscriminada sin indicaciones claras puede socavar la capacidad innata de la mujer para dar a luz y afectar negativamente su experiencia de parto. En respuesta a este equilibrio delicado, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han enfatizado la importancia de una atención obstétrica centrada en la mujer (14).

Las nuevas directrices fomentan un enfoque holístico que combine la seguridad clínica con una experiencia positiva del parto, promoviendo la dignidad, el acompañamiento y el apoyo emocional continuo durante todo el proceso. En este sentido, se busca que cada mujer dé a luz a su hijo en un entorno seguro tanto desde el punto de vista clínico como psicológico, con personal competente y respetuoso, minimizando intervenciones innecesarias y potenciando su protagonismo en la toma de decisiones para lograr una experiencia de parto positiva y humanizada. Este contexto plantea la necesidad de optimizar los modelos de atención intrahospitalaria durante el trabajo de parto, equilibrando adecuadamente la intervención médica con el respeto al proceso fisiológico natural (15).

Dentro de la atención obstétrica, la fase inicial del trabajo de parto (fase latente) merece especial atención por su impacto potencial en los resultados finales. Durante esta etapa temprana, las contracciones uterinas pueden ser irregulares y la dilatación cervical progresar lentamente, por lo que tradicionalmente no se requiere una vigilancia médica

constante y muchas mujeres son aconsejadas a permanecer en casa hasta que el trabajo de parto esté establecido. No obstante, diversos estudios han señalado que el manejo de la fase latente sin apoyo profesional suficiente constituye un gran desafío para las gestantes, pudiendo generar ansiedad, inseguridad e incertidumbre (16).

Las mujeres a menudo refieren sentirse abrumadas por el dolor y la incertidumbre acerca de la progresión de su labor de parto en esta fase, y buscan activamente seguridad y orientación por parte del personal de salud. Una revisión de alcance reciente sintetizó la evidencia sobre las necesidades de las mujeres durante el parto y encontró que las principales razones para buscar ayuda profesional temprana son obtener tranquilidad, información y guía sobre cómo sobrellevar las contracciones iniciales, así como la preferencia por un modelo de cuidado continuo. En efecto, muchas embarazadas expresan el deseo de ser admitidas en el hospital o tener contacto cercano con personal obstétrico desde el inicio de las contracciones, ya sea para sentirse acompañadas o para contar con intervenciones clínicas si llegaran a necesitarlas. Paradójicamente, el énfasis en evitar intervenciones innecesarias en esta etapa puede traducirse en una falta de apoyo que afecte negativamente la vivencia del nacimiento. La literatura describe que manejar el inicio del trabajo de parto sin respaldo profesional suficiente puede agravar la ansiedad y conllevar una experiencia de parto menos satisfactoria, incluso si clínicamente todo transcurre con normalidad (17).

El área parto –también denominada unidad de evaluación o sala de labor latente– es un espacio dentro del servicio obstétrico destinado a la observación y preparación de la embarazada en las horas previas al parto activo. Su implementación busca diferenciar claramente la atención de la fase latente de la fase activa, con la intención de demorar la admisión definitiva a sala de partos hasta que la labor esté establecida, evitando intervenciones innecesarias en fases tempranas y optimizando el uso de recursos hospitalarios (18).

A este respecto, una revisión sistemática Cochrane evaluó programas de valoración temprana del parto cuyo objetivo era postergar la internación hasta la fase activa, comparados con la atención habitual sin dicha estrategia. Los resultados, si bien basados

en un único ensayo clínico aleatorizado, mostraron que las mujeres atendidas en una unidad de parto recibieron significativamente menos oxitocina para acelerar el parto y menos analgesia durante el trabajo de parto, en comparación con aquellas admitidas de inmediato a la sala de partos. Además, las pacientes manejadas con valoración en parto reportaron una mayor sensación de control sobre su experiencia de parto, lo que sugiere un beneficio en términos de satisfacción materna. No se observaron diferencias significativas en la tasa de cesáreas ni en otros desenlaces maternos o neonatales entre ambos grupos, lo cual indica que demorar la admisión activa no comprometió la seguridad materno-fetal en ese estudio (19).

Investigaciones observacionales posteriores han reforzado la asociación entre la admisión hospitalaria precoz en fase latente y un aumento en las intervenciones obstétricas. Un estudio correlacional realizado en Italia por Rota et al. comparó los desenlaces según el estado cervical al ingreso, evidenciando diferencias notables entre las mujeres internadas en fase de dilatación latente versus las admitidas ya en fase activa. Los resultados mostraron que las embarazadas ingresadas durante la fase latente presentaron con mayor frecuencia intervenciones intraparto, incluyendo mayor uso de oxitocina para acelerar el trabajo de parto y de analgesia epidural, en comparación con aquellas admitidas con dilatación activa. Esta mayor tasa de intervenciones se tradujo en una probabilidad incrementada de terminar en cesárea: la cascada de procedimientos predispondría a una progresión más lenta o a diagnósticos de falta de progreso, elevando el riesgo de parto quirúrgico. En contraste, cuando la admisión se realizó en fase activa, se observó una mayor tasa de partos vaginales espontáneos y menores índices de intervencionismo. Los autores concluyen enfáticamente que ofrecer soporte durante la fase latente puede tranquilizar a las parturientas y permitir diferir la internación activa hasta el momento apropiado, evitando así la "cascada de intervenciones" innecesarias que incrementan el riesgo de cesárea (20).

Adicionalmente, estudios en distintos contextos han analizado los resultados materno-neonatales vinculados al momento de la admisión en el hospital. En un hospital terciario de Australia, Miller et al. investigaron retrospectivamente a más de 1200 mujeres y

compararon aquellas internadas en fase temprana frente a las admitidas en fase activa avanzada. Tras ajustar por factores de confusión, encontraron que la internación en fase latente se asociaba a un aumento significativo en múltiples intervenciones y peores resultados clínicos. Específicamente, las mujeres ingresadas tempranamente presentaron una odds aproximadamente tres veces mayor de requerir augmentación con oxitocina y también significativamente mayor probabilidad de recibir analgesia epidural y de terminar en parto por cesárea en comparación con las que ingresaron con dilatación activa avanzada. Asimismo, el estudio documentó que la exposición a una internación prematura repercutió en el recién nacido: los bebés de madres admitidas durante el inicio del trabajo de parto tuvieron mayores tasas de requerir reanimación al nacer y mayor riesgo de ingreso a la unidad neonatal de cuidados especiales. También se observó una estadía hospitalaria materna más prolongada en el grupo de admisión temprana, reflejando el impacto en la utilización de recursos de salud (21).

Si bien demorar la admisión al trabajo de parto activo parece ventajoso en términos de reducción de intervenciones, esta estrategia no está exenta de controversias y desafíos. Diversos autores han señalado la experiencia de la mujer como un factor crítico a considerar al diseñar políticas de admisión obstétrica. Por un lado, un programa estructurado de atención temprana puede aumentar la satisfacción materna al brindar herramientas para manejar el dolor inicial y disminuir la ansiedad. Incluso se ha descrito que las participantes de programas que retrasan la internación suelen sentirse más preparadas y tranquilas, y a la postre utilizan menos analgesia epidural durante el parto activo. Sin embargo, por otro lado, existe el riesgo de que la mujer perciba falta de apoyo o sentirse "abandonada" si se le niega la admisión cuando ella la solicita (22).

Estudios cualitativos han documentado que ser enviada de vuelta a casa durante el trabajo de parto puede resultar aterrador y frustrante para algunas gestantes y sus familias. El temor a lo desconocido, el manejo del dolor en el hogar y la incertidumbre sobre el momento adecuado de retornar al hospital pueden generar angustia significativa en la mujer en labor incipiente, contrarrestando potencialmente los beneficios de evitar intervenciones. Además, desde el punto de vista de la seguridad, postergar demasiado

la admisión conlleva el riesgo infrecuente pero real de un parto no planificado fuera del entorno hospitalario, ya sea en el trayecto de regreso al hospital o en domicilio, con las consiguientes implicaciones asistenciales (8).

### **III.- Justificación**

El Hospital General de Tulancingo representa la segunda unidad hospitalaria con mayor número de nacimientos en el estado de Hidalgo, solo por debajo del Hospital General de Pachuca, capital del estado y sede del principal hospital de segundo nivel. Esta alta concentración de atención obstétrica lo convierte en un centro estratégico para implementar acciones dirigidas a mejorar la calidad de la atención materno-perinatal y abordar una problemática global: el incremento sostenido en la tasa de cesáreas.

A nivel mundial, la cesárea ha dejado de ser una práctica reservada para situaciones médicamente justificadas, convirtiéndose en muchos contextos en una intervención de rutina. En 2017, México ocupó el segundo lugar a nivel global en tasas de cesáreas, con un 48.7 %, cifra muy por encima de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. La literatura científica ha demostrado que, cuando está clínicamente indicada, la cesárea puede ser una herramienta eficaz para reducir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, su uso injustificado no solo incrementa los riesgos quirúrgicos, obstétricos y neonatales, sino que también transgrede el derecho a una salud reproductiva segura y basada en la evidencia.

El uso excesivo e inadecuado de esta intervención implica una carga significativa para los sistemas de salud. Los costos no se limitan a los insumos quirúrgicos y tecnológicos utilizados, sino que se extienden a las complicaciones asociadas a corto, mediano y largo plazo, tanto para la madre como para el recién nacido. Además, representa una amenaza directa para la sostenibilidad financiera y operativa de las instituciones públicas, especialmente en regiones con recursos limitados.

La cesárea innecesaria constituye un fenómeno multifactorial, influido por elementos socioculturales, económicos, demográficos y organizativos. En el caso del Hospital General de Tulancingo, el perfil de las usuarias incluye mujeres provenientes de comunidades indígenas, zonas de difícil acceso y con escasos recursos económicos. En este contexto, se ha identificado un patrón frecuente de ingreso hospitalario precoz en

mujeres sin criterios clínicos de admisión, lo cual obedece en gran medida a la lejanía de sus lugares de origen, la falta de transporte oportuno y el temor a no alcanzar a llegar a tiempo. Estas condiciones, sumadas a la ausencia de acompañamiento durante el trabajo de parto, el uso innecesario de maniobras de conducción del trabajo de parto y la inducción sin indicación médica clara, han favorecido un aumento en la tasa de cesáreas por distocias evitables.

El proceso de parto está profundamente condicionado por el ambiente en que se desarrolla. El entorno puede actuar como facilitador o inhibidor de las condiciones fisiológicas del trabajo de parto y el nacimiento. Elementos como la intimidad, la seguridad, el acompañamiento continuo y una atención respetuosa se reconocen actualmente como factores fundamentales que influyen positivamente en los desenlaces maternos y perinatales.

Cabe destacar que en el año 2020 no existía aún en el hospital la implementación de la Ley General de Parto Respetado y Nacimiento Humanizado (LPRyEN), la cual entró en vigor posteriormente y comenzó a aplicarse en esta unidad médica en el año 2024. La incorporación de este marco normativo ha comenzado a transformar los modelos de atención obstétrica, promoviendo prácticas más humanizadas, participativas y centradas en la fisiología del parto.

Frente a este panorama, resulta indispensable analizar de forma sistemática los factores de riesgo asociados al incremento de cesáreas en esta unidad médica, así como las condiciones organizativas y ambientales que pueden favorecer una atención obstétrica más fisiológica, segura y centrada en la mujer. Comprender la magnitud de esta problemática permitirá proponer e implementar estrategias preventivas y terapéuticas efectivas, alineadas con las recomendaciones internacionales y con las necesidades específicas de la población atendida, contribuyendo así a mejorar los resultados clínicos y reducir el índice de cesáreas innecesarias en el Hospital General de Tulancingo.

## **IV.- Planteamiento del problema**

En las últimas décadas, el incremento sostenido en la tasa de cesáreas se ha consolidado como una problemática de salud pública a nivel mundial. Aunque este procedimiento quirúrgico puede salvar vidas cuando está médicamente indicado, su uso injustificado expone a las mujeres y a los recién nacidos a riesgos innecesarios, además de implicar un alto costo para los sistemas de salud. En 2017, México alcanzó una tasa de cesáreas del 48.7 %, ubicándose como el segundo país con mayor incidencia global, duplicando con creces el umbral máximo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, que oscila entre el 10 % y el 15 %.

El Hospital General de Tulancingo, como segundo centro de referencia en nacimientos del estado de Hidalgo y unidad de segundo nivel de atención, no está exento de esta tendencia. Las condiciones sociogeográficas de la región influyen considerablemente en los patrones de atención obstétrica. Muchas pacientes provienen de comunidades rurales, con bajos recursos económicos, escaso acceso a transporte y limitada cobertura en servicios de salud. Esta realidad provoca, con frecuencia, ingresos hospitalarios prematuros sin criterios clínicos justificados, lo que conlleva una mayor probabilidad de intervenciones médicas innecesarias como la inducción del parto o el uso de oxitocina, factores que predisponen al diagnóstico de distocia funcional y, en consecuencia, a la resolución por cesárea.

Diversos estudios han documentado que el entorno físico, emocional y organizacional en que se desarrolla el trabajo de parto influye directamente en su evolución. La falta de acompañamiento, la escasa privacidad, el ambiente institucionalizado y la ausencia de estrategias de contención emocional, son condiciones que interfieren con el curso fisiológico del parto. En contraste, se ha demostrado que modelos de atención basados en el respeto, la continuidad del cuidado, el apoyo emocional y la promoción del parto humanizado, contribuyen a mejores desenlaces materno-perinatales y a una disminución significativa de cesáreas innecesarias.

En este contexto, la implementación de entornos habilitantes, como las salas labor-parto-recuperación (LPR), representa una estrategia costo-efectiva para atender partos de bajo riesgo y favorecer una experiencia positiva de nacimiento. Sin embargo, en el Hospital General de Tulancingo aún se desconoce el impacto real que tiene el uso o no uso del área de parto en la vía de resolución y los desenlaces materno-neonatales. Tampoco se ha cuantificado la frecuencia de cesáreas asociadas a ingresos hospitalarios prematuros, ni se han documentado de forma sistemática los factores institucionales, clínicos o socioculturales que contribuyen a este fenómeno.

Ante la ausencia de datos locales que orienten estrategias de mejora, resulta necesario realizar un estudio comparativo que permita identificar si el uso del área de parto tiene un efecto positivo en la reducción de cesáreas innecesarias y en la mejora de los resultados materno-perinatales. Este análisis no solo aportará evidencia útil para la toma de decisiones clínicas y administrativas, sino que también permitirá adaptar las políticas de atención obstétrica a las necesidades y condiciones reales de la población atendida en esta unidad médica.

#### **IV.1.- Pregunta de investigación**

¿Existen diferencias en los resultados materno-neonatales en partos con y sin uso del área parto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024?

## **IV.2.- Hipótesis**

**Hipótesis de investigación:** Existen diferencias en los resultados materno-neonatales entre los partos atendidos con y sin uso del área preparto en el Hospital General de Tulancingo durante el periodo de 2020 vs 2024.

**Hipótesis nula:** No existen diferencias en los resultados materno-neonatales entre los partos atendidos con y sin uso del área preparto en el Hospital General de Tulancingo durante el periodo de 2020 vs 2024.

### **IV.3.- Objetivos**

#### **Objetivo general**

Comparar los resultados materno-neonatales en partos con y sin uso del área de parto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024.

#### **Objetivos específicos**

1. Caracterizar a la población de estudio de acuerdo con sus variables sociodemográficas y clínicas, mediante la revisión de expedientes clínicos en el Hospital General de Tulancingo durante el periodo de 2020 vs 2024.
2. Evaluar la frecuencia de cesáreas en los partos atendidos con y sin uso del área de parto, mediante la revisión de expedientes clínicos en el Hospital General de Tulancingo durante el periodo de 2020 vs 2024.
3. Comparar los desenlaces neonatales inmediatos, mediante la puntuación de Apgar al minuto y a los cinco minutos, entre los recién nacidos provenientes de partos con y sin uso del área de parto, mediante la revisión de expedientes clínicos en el Hospital General de Tulancingo durante el periodo de 2020 vs 2024.
4. Identificar la frecuencia de complicaciones maternas como la hemorragia postparto y distocias, en partos con y sin uso del área de parto, mediante la revisión de expedientes clínicos en el Hospital General de Tulancingo durante el periodo de 2020 vs 2024.

## **V.- Metodología**

### **V.1.- Diseño de estudio**

Estudio transversal, observacional, retrospectivo y comparativo.

### **V.2.- Selección de la población de estudio**

#### **V.2.1.- Criterios de inclusión**

1. Expedientes de pacientes atendidas en 2020 ó 2024 en el hospital General de Tulancingo que tuvieron resolución del embarazo vía parto vaginal o cesárea.
2. Expedientes de pacientes mayores de edad.
3. Expedientes de pacientes que cursaron con trabajo de parto.
4. Expedientes de pacientes con embarazo único y edad gestacional  $\geq 37$  semanas al momento del ingreso.
5. Expedientes de pacientes con partos atendidos por vía vaginal o por cesárea durante el periodo mencionado.

#### **V.2.2.- Criterios de exclusión**

1. Expedientes de pacientes con información incompleta o ilegible que impida el análisis de las variables de interés.
2. Expedientes de pacientes con embarazo múltiple o con diagnóstico de malformaciones congénitas fetales mayores.
3. Expedientes de pacientes con comorbilidades.
4. Expedientes de pacientes con indicación absoluta de cesárea electiva desde el inicio (por ejemplo, placenta previa o cesárea iterativa sin intento de parto).
5. Expedientes de pacientes con indicación de ingreso por embarazo de termino tardío o ruptura de membranas.

### **V.2.3.- Criterios de eliminación**

1. Expedientes de pacientes con historia clínica incompleta.
2. Expedientes de pacientes derivadas a otro centro hospitalario para su atención.

### **V.3.- Determinación del tamaño de la muestra y muestreo**

#### **V.3.1.- Tamaño de la muestra**

Debido a que fue un estudio retrospectivo, se llevó a cabo un censo mediante la revisión de todos los expedientes clínicos que cumplieron con los criterios de inclusión para el año 2024; posteriormente, se seleccionó un número equitativo de expedientes correspondiente al año 2020.

#### **V.3.2.- Muestreo**

No se realizó un muestreo para las pacientes atendidas en el año 2024, ya que se trabajó con un censo que incluyó la totalidad de los expedientes clínicos que cumplieron con los criterios de inclusión. En cambio, para las pacientes atendidas en el año 2020 se aplicó un muestreo aleatorio simple. Para ello, se numeraron de forma consecutiva todos los expedientes elegibles y, posteriormente, se utilizó el programa Microsoft Excel para generar una lista de números aleatorios. La cantidad de expedientes seleccionados fue equivalente al total de casos registrados en 2024, con el objetivo de equilibrar ambos grupos en tamaño y permitir una comparación adecuada.

### **V.4.- Definición operacional de variables**

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Fuente</b>
-----------------	------------------------------	-------------------------------	---------------------------	---------------

Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta la actualidad.	Edad cumplida al momento de la cirugía.	Cuantitativa, discreta y absoluta Años	Expediente clínico
Peso	Masa corporal total del paciente medida en kilogramos.	Valor en kilogramos anotado en el expediente clínico.	Cuantitativa, continua Kg	Expediente clínico
Talla	Medida de la estatura corporal desde el talón hasta la parte superior de la cabeza.	Talla en centímetros registrada en el expediente clínico.	Cuantitativa, continua m	Expediente clínico
IMC	Relación entre el peso y la talla de una persona, utilizada para estimar el estado nutricional.	IMC calculado con base en el peso y la talla, registrado en el expediente.	Cuantitativa, continua Kg/m <sup>2</sup>	Expediente clínico
Estado civil	Situación civil legal de la paciente al momento de la intervención (parto o cesárea).	Estado civil registrado en el expediente.	Cualitativa, nominal politómica 1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Divorciada 5. Viuda	Expediente clínico
Ocupación	Actividad laboral o situación ocupacional de la paciente.	Ocupación registrada en el expediente clínico al ingreso.	Cualitativa, nominal politómica 1. Estudiante 2. Desempleada 3. Empleada 4. Labores del hogar	Expediente clínico
Paridad	Número de partos previos que ha tenido la paciente.	Número de partos previos registrados.	Cuantitativa, discreta Número de partos	Expediente clínico

Semanas de gestación	Tiempo transcurrido desde la última menstruación hasta el momento del nacimiento.	Semanas completas de gestación registradas al momento del parto.	Cuantitativa, discreta Semanas	Expediente clínico
Vía de resolución	Modo en que se resolvió el nacimiento.	Tipo de parto registrado (vaginal o cesárea).	Cualitativa, nominal 1. Vaginal 2. Cesárea *Causas de la cesárea: 1. Riesgo de pérdida del bienestar fetal 2. Periodo expulsivo prolongado 3. Falta de progresión de trabajo de parto 4. Otro	Expediente clínico
Uso del área parto	Ingreso y permanencia de la paciente en el área de parto antes de la resolución del parto.	Registro en el expediente clínico del uso o no del área de parto.	Cualitativa, nominal 1. Sí 2. No	Expediente clínico
Puntuación Apgar	Valoración rápida del estado físico del recién nacido en el primer minuto de vida.	Puntaje Apgar registrado al minuto y a los cinco minutos de vida.	Cuantitativa, discreta 0 a 10	Expediente clínico
Complicaciones maternas durante o después del parto	Alteraciones clínicas graves que afectan la salud de la madre durante o después del embarazo.	Presencia documentada de complicaciones maternas.	Cualitativa, nominal politómica 1. Hemorragia obstétrica 2. Distocia	Expediente clínico

			3. Enfermedad hipertensiva del embarazo 4. Otra	
Dilatación al ingreso	Grado de apertura cervical medido al momento del ingreso.	Centímetros de dilatación registrados en el expediente clínico al ingreso.	Cuantitativa, continua cm	Expediente clínico
Duración del trabajo de parto	Tiempo total desde el inicio del trabajo de parto hasta la resolución del mismo.	Horas registradas en el expediente desde inicio del trabajo de parto hasta el parto.	Cuantitativa, continua Horas	Expediente clínico

## V.5.-Instrumento de recolección de datos

### Comparación de los resultados materno-neonatales en partos con y sin uso del área parto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024

Fecha: \_\_\_\_\_

2. Cesárea: \_\_\_\_\_

Número de expediente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Talla: \_\_\_\_\_ m

IMC: \_\_\_\_\_ Kg/m<sup>2</sup>

Estado Civil:

1. Soltera: \_\_\_\_\_

2. Casada: \_\_\_\_\_

3. Unión libre: \_\_\_\_\_

4. Divorciada: \_\_\_\_\_

5. Viuda: \_\_\_\_\_

Ocupación:

1. Estudiante: \_\_\_\_\_

2. Desempleada: \_\_\_\_\_

3. Empleada: \_\_\_\_\_

4. Labores del hogar: \_\_\_\_\_

Paridad: \_\_\_\_\_

Semanas de gestación: \_\_\_\_\_

Vía de resolución:

1. Vaginal: \_\_\_\_\_

\* Causas de la cesárea:

1. Riesgo de pérdida del bienestar fetal: \_\_\_\_\_

2. Periodo expulsivo prolongado: \_\_\_\_\_

3. Falta de progresión de trabajo de parto: \_\_\_\_\_

4. Otro: \_\_\_\_\_

Uso del área parto:

1. Sí: \_\_\_\_\_

2. No: \_\_\_\_\_

Puntuación APGAR minuto 1: \_\_\_\_\_

Puntuación APGAR minuto 5: \_\_\_\_\_

Complicaciones maternas:

1. Hemorragia obstétrica: \_\_\_\_\_

2. Distocia: \_\_\_\_\_

3. Enfermedad hipertensiva del embarazo: \_\_\_\_\_

4. Otra: \_\_\_\_\_

Dilatación: \_\_\_\_\_

Duración del trabajo de parto: \_\_\_\_\_

## **VI.- Aspectos éticos**

La presente investigación se desarrolló en estricto apego a los principios éticos fundamentales aplicables a estudios con seres humanos, conforme a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014), específicamente en sus artículos 13, 14 y 16.

De acuerdo con el artículo 13, se garantizó en todo momento el respeto a la dignidad, los derechos y el bienestar de las pacientes cuyos expedientes clínicos fueron analizados. En cumplimiento del artículo 14, el estudio se ajustó a los principios científicos y éticos que lo justificaron, realizándose únicamente porque la información requerida no podía obtenerse por otro medio idóneo que no implicara la revisión de expedientes clínicos ya existentes. El beneficio social y científico derivado del estudio fue mayor que cualquier riesgo previsible para las personas involucradas, dado que no se intervino sobre su atención médica ni se comprometió su integridad.

El protocolo fue sometido a revisión y dictamen por parte del Comité de Ética en Investigación y del Comité de Investigación del Hospital General de Tulancingo. Asimismo, conforme al artículo 16, se garantizó la confidencialidad de los datos personales y clínicos contenidos en los expedientes. La información fue manejada exclusivamente con fines de investigación y codificada para evitar cualquier posibilidad de identificación directa de las pacientes, accediendo solo a los datos estrictamente necesarios para el cumplimiento de los objetivos del estudio.

Este estudio no contravino ninguna disposición del Reglamento en Materia de Investigación para la Salud vigente, y su diseño se enmarcó dentro de las investigaciones con riesgo mínimo, al no implicar contacto directo con los sujetos ni modificación alguna de su tratamiento clínico.

## **VII.- Análisis estadístico de la información**

Los datos fueron recolectados mediante la revisión de expedientes clínicos y registrados en una base de datos diseñada en Microsoft Excel. Posteriormente, se analizaron utilizando el software estadístico GraphPad Prism versión 9.0. Las variables cuantitativas se describieron utilizando medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar y rango intercuartílico), según la distribución de los datos. Las variables cualitativas se presentaron mediante frecuencias absolutas y relativas, conforme a un análisis univariado.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis bivariado para explorar la relación entre el uso del área de parto y los diferentes desenlaces materno-neonatales. Para las variables categóricas se utilizó la prueba de ji cuadrada; en aquellos casos donde las frecuencias esperadas fueron menores a 5, se aplicó la prueba exacta de Fisher. Para las variables cuantitativas se empleó la prueba t de Student, según lo determinado por la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. En todos los análisis se consideró un valor de  $p < 0.05$  como estadísticamente significativo y, cuando correspondió, se reportaron los intervalos de confianza al 95 % para estimar la precisión de los resultados.

## VIII.- Resultados

Se analizaron 350 expedientes clínicos de pacientes atendidas en el Hospital General de Tulancingo durante los años 2020 y 2024. En 2020, ninguno de los partos fue atendido en el área de preparto (0 %), mientras que en 2024 la totalidad de los casos (n = 175; 100 %) se resolvió con el uso de dicha área. La edad promedio en 2024 fue de  $24.28 \pm 4.81$  años, con un rango de 18 a 41 años; mientras que en 2020 la media fue de  $24.37 \pm 4.94$  años, con un rango de 18 a 39 años, (Tabla 1).

*Tabla 1 Distribución de la edad materna en los partos con y sin uso del área preparto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024*

	Año	Frecuencia	Valor medio	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Edad	2024	175	24.28	4.81	18	41
	2020	175	24.37	4.94	18	39

Fuente: Expedientes

En cuanto al estado civil, la mayoría de las pacientes se encontraban en unión libre durante ambos periodos analizados. En el año 2020, el 43.71% de las mujeres reportó vivir en unión libre, 3.71% estaban casadas, 2.29% solteras y 0.29% viudas. De manera similar, en 2024 predominó la unión libre con 42%, seguida por las casadas con 5.43% y las solteras con 2.57%; no se registraron pacientes viudas en este año, (Tabla 2).

*Tabla 2 Distribución del estado civil materno en los partos con y sin uso del área preparto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024*

		Estado civil									
		Soltera		Casada		Unión libre		Viuda		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Año	2020	8	2.29%	13	3.71%	153	43.71%	1	0.29%	175	50%
	2024	9	2.57%	19	5.43%	147	42%	0	0%	175	50%

Estado civil										
	Soltera		Casada		Unión libre		Viuda		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	17	4.86%	32	9.14%	300	85.71%	1	0.29%	350	100%

Fuente: Expedientes

En relación con la ocupación, se observó que la mayoría de las pacientes en ambos años se dedicaban a labores del hogar. En 2020, el 47.71% de las mujeres correspondió a este grupo, mientras que en 2024 representaron el 45.14%. El porcentaje de mujeres empleadas fue ligeramente mayor en 2024 (3.43%) respecto a 2020 (2.29%). Asimismo, solo en 2024 se registraron cinco pacientes estudiantes (1.43%), sin casos reportados en 2020, (Tabla 3).

Tabla 3 Distribución de la ocupación materna en los partos con y sin uso del área parto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024

		Año					
		2020		2024		Total	
		n	%	n	%	n	%
Ocupación	Estudiante	0	0%	5	1.43%	5	1.43%
	Empleada	8	2.29%	12	3.43%	20	5.71%
	Labores del hogar	167	47.71%	158	45.14%	325	92.86%
Total		175	50%	175	50%	350	100%

Fuente: Expedientes

Con respecto a las características antropométricas, se observó que el peso promedio de las pacientes en 2024 fue de  $69.15 \pm 11.03$  kg, con valores mínimos y máximos de 45 y 111.4 kg, respectivamente. En el año 2020, el peso medio fue de  $67.54 \pm 11.06$  kg, con un rango comprendido entre 41.3 y 106 kg. La talla promedio de las pacientes atendidas en 2024 fue de  $1.56 \pm 0.06$  m, con un rango de 1.44 a 1.69 m. En 2020, la talla media fue

de  $1.55 \pm 0.10$  m, con valores mínimos de 1.40 m y máximos de 2.56 m. Mientras que el IMC mostró valores promedio similares en ambos años. Específicamente, en 2024, el IMC medio fue de  $28.4 \pm 4.1$  kg/m<sup>2</sup>, con un rango de 19.22 a 40.69 kg/m<sup>2</sup>, mientras que en 2020 fue de  $28.1 \pm 4.47$  kg/m<sup>2</sup>, con valores entre 9.84 y 44.14 kg/m<sup>2</sup>, (Tabla 4).

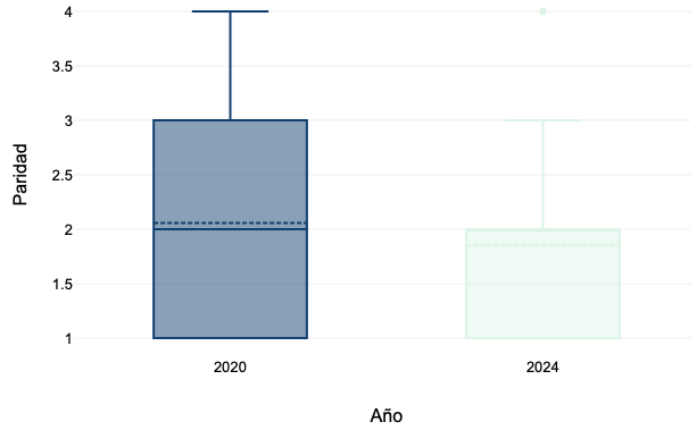
Tabla 4 Distribución de las características antropométricas maternas en los partos con y sin uso del área preparto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024

	Año	Frecuencia	%	Valor medio	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Peso	2024	175	50%	69.15	11.03	45	111.4
	2020	175	50%	67.54	11.06	41.3	106
Talla	2024	175	50%	1.56	0.06	1.44	1.69
	2020	175	50%	1.55	0.1	1.4	2.56
IMC	2024	175	50%	28.4	4.1	19.22	40.69
	2020	175	50%	28.1	4.47	9.84	44.14

Fuente: Expedientes

La paridad promedio de las pacientes en 2024 fue de  $1.85 \pm 0.94$ , con un error estándar de 0.07, mientras que en 2020 fue de  $2.06 \pm 0.97$ , con el mismo error estándar. Al aplicar la prueba t de Student para muestras independientes, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ( $t = -2.01$ ;  $gl = 348$ ;  $p = 0.045$ ). El intervalo de confianza del 95 % para la diferencia de medias osciló entre -0.41 y 0.00, (Figura 1).

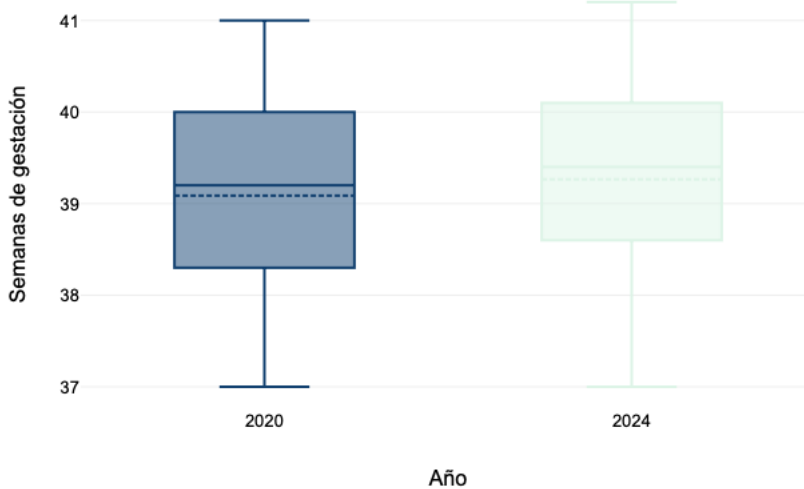
Figura 1 Distribución de la paridad en las pacientes con y sin uso del área preparto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024



Fuente: Expedientes

Por otra parte, el promedio de semanas de gestación al momento del parto fue de  $39.27 \pm 0.95$  semanas en 2024, con un error estándar de 0.07, mientras que en 2020 fue de  $39.09 \pm 1.00$  semanas, con un error estándar de 0.08. Al aplicar la prueba t de Student para muestras independientes, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos periodos ( $t = 1.70$ ;  $gl = 348$ ;  $p = 0.089$ ). El intervalo de confianza del 95 % para la diferencia de medias osciló entre -0.03 y 0.38, (Figura 2).

Figura 2 Distribución de las semanas de gestación en pacientes con y sin uso del área preparto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024



Fuente: Expedientes

En la comparación entre los años 2020 y 2024 se observó una diferencia significativa en la vía de resolución del parto. Particularmente, en 2020 el 77.7% de los nacimientos se resolvieron por vía vaginal (n = 136) y el 22.3% mediante cesárea (n = 39). En contraste, durante 2024 la proporción de partos vaginales aumentó a 90.9% (n = 159), mientras que las cesáreas representaron el 9.1% (n = 16). El análisis mediante la prueba de  $\chi^2$  mostró valores estadísticamente significativos entre el año y la vía de resolución ( $\chi^2 = 11.41$ ; gl = 1; p = 0.001), (Tabla 5).

Tabla 5 Comparación de la vía de resolución del parto en las pacientes con y sin uso del área preparto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024

		Año					
		2020		2024		Total	
		n	%	n	%	n	%
Vía de resolución	Vaginal	136	38.86%	159	45.43%	295	84.29%
	Cesárea	39	11.14%	16	4.57%	55	15.71%
Total		175	50%	175	50%	350	100%

Fuente: Expedientes

En cuanto a las causas que motivaron la resolución del parto por cesárea, en el año 2020 la indicación más frecuente fue el riesgo de pérdida del bienestar fetal, registrado en 12 casos, seguido por la falta de progresión del trabajo de parto en 15 casos, el periodo expulsivo prolongado en 4 casos, la combinación de riesgo de pérdida del bienestar fetal y falta de progresión en 1 caso, y otras causas en 8 casos. Durante 2024, la principal indicación también correspondió al riesgo de pérdida del bienestar fetal en 9 casos, seguida de la falta de progresión del trabajo de parto en 4 casos, el periodo expulsivo prolongado en 2 casos y otras causas en un solo caso. No se reportaron combinaciones de causas en este año. El análisis mediante la prueba exacta de Fisher no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los años evaluados (Prueba exacta de Fisher = 4.44; gl = 4; p = 0.35), (Tabla 6).

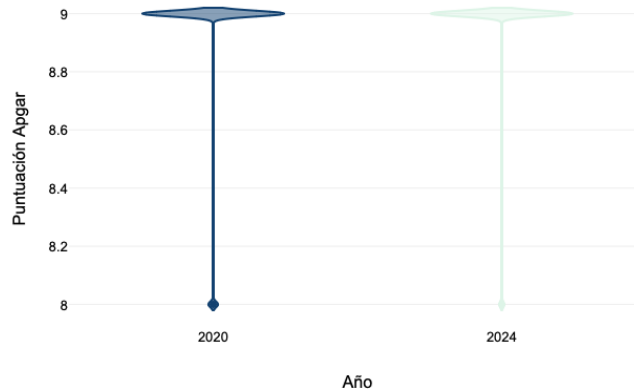
Tabla 6 Causas de la cesárea en las pacientes con y sin uso del área preparto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024

		Año					
		2020		2024		Total	
		n	%	n	%	n	%
Causas de la cesárea	Riesgo de pérdida del bienestar fetal	12	21.43%	9	16.07%	21	37.5%
	Periodo expulsivo prolongado	4	7.14%	2	3.57%	6	10.71%
	Falta de progresión de trabajo de parto	15	26.79%	4	7.14%	19	33.93%
	Otro	8	14.29%	1	1.79%	9	16.07%
	Riesgo de pérdida del bienestar fetal y falta de progresión de trabajo de parto	1	1.79%	0	0%	1	1.79%
Total		40	71.43%	16	28.57%	56	100%

Fuente: Expedientes

Por otra parte, la puntuación Apgar promedio de los recién nacidos en 2024 fue de  $8.97 \pm 0.18$ , con un error estándar de 0.01, mientras que en 2020 fue de  $8.94 \pm 0.24$ , con un error estándar de 0.02. Al aplicar la prueba t de Student para muestras independientes, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos años ( $t = 1.24$ ;  $gl = 348$ ;  $p = 0.215$ ). El intervalo de confianza del 95 % para la diferencia de medias se ubicó entre -0.02 y 0.07, (Figura 3).

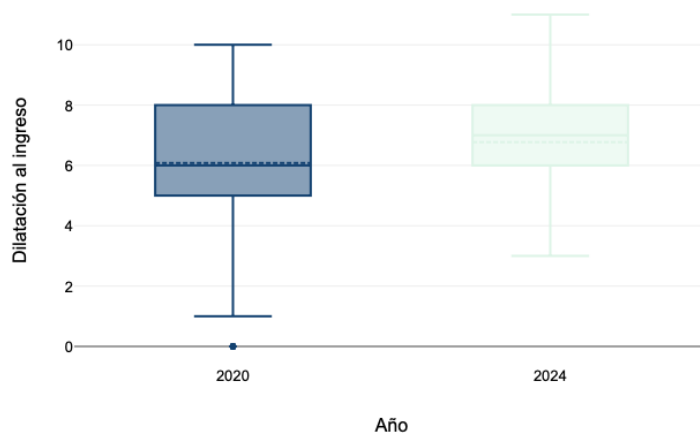
Figura 3 Comparación de la puntuación Apgar de los recién nacidos con y sin uso del área preparto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024



Fuente: Expedientes

La dilatación cervical promedio al momento del ingreso fue de  $6.77 \pm 1.68$  cm en 2024, con un error estándar de 0.13, mientras que en 2020 fue de  $6.08 \pm 2.39$  cm, con un error estándar de 0.18. El análisis mediante la prueba t de Student para muestras independientes mostró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos periodos ( $t = 3.13$ ;  $gl = 348$ ;  $p = 0.002$ ). El intervalo de confianza del 95 % para la diferencia de medias se situó entre 0.26 y 1.13, (Figura 4).

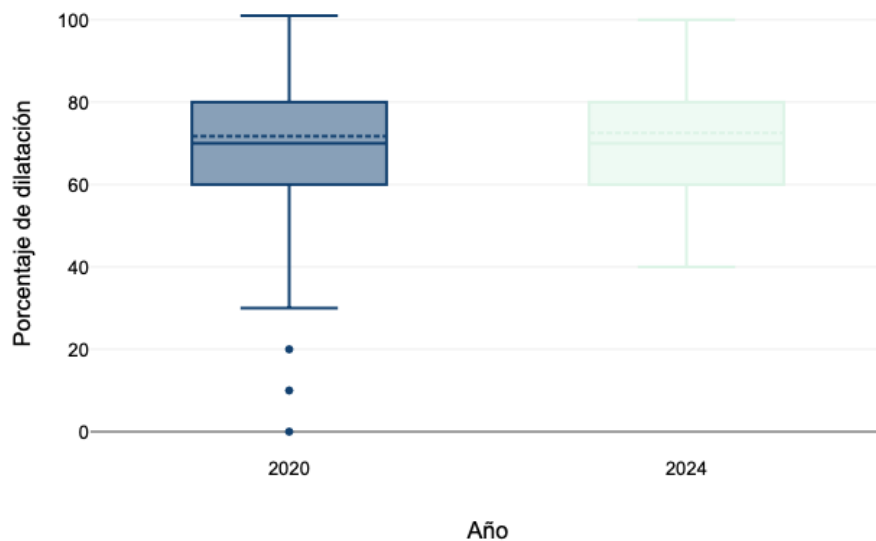
Figura 4 Dilatación cervical de las pacientes con y sin uso del área preparto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024



Fuente: Expedientes

El porcentaje de dilatación al ingreso fue de  $72.53 \pm 15.15$  % en las pacientes atendidas durante 2024, con un error estándar de 1.15. En 2020, el promedio fue de  $71.74 \pm 17.53$  %, con un error estándar de 1.35. La comparación entre ambos periodos mediante la prueba t de Student no mostró diferencias estadísticamente significativas ( $t = 0.45$ ;  $gl = 340$ ;  $p = 0.655$ ). El intervalo de confianza del 95 % para la diferencia de medias se ubicó entre -2.69 y 4.27, (Figura 5).

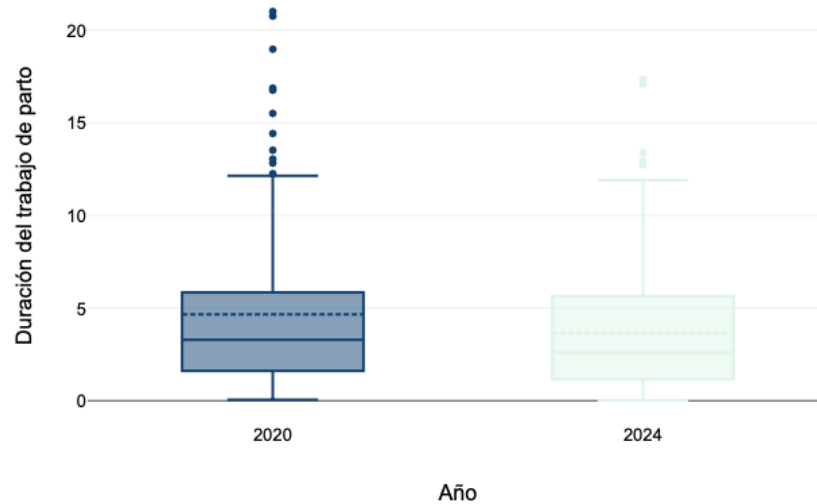
Figura 5 Porcentaje de dilatación cervical de las pacientes con y sin uso del área parto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024



Fuente: Expedientes

La duración promedio del trabajo de parto fue de  $3.65 \pm 3.35$  horas en 2024, con un error estándar de 0.25, mientras que en 2020 fue de  $4.66 \pm 4.32$  horas, con un error estándar de 0.33. Al aplicar la prueba t de Student para muestras independientes, se identificó una diferencia estadísticamente significativa entre ambos periodos ( $t = -2.43$ ;  $gl = 348$ ;  $p = 0.016$ ). El intervalo de confianza del 95 % para la diferencia de medias se ubicó entre -1.82 y -0.19, (Figura 6).

Figura 6 Duración promedio del trabajo de parto de las pacientes con y sin uso del área preparto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024.



Fuente: Expedientes

Finalmente, en relación con las complicaciones maternas presentadas en el periodo posparto, en el año 2020 se registraron cuatro casos, de los cuales tres correspondieron a hemorragia obstétrica y uno a enfermedad hipertensiva del embarazo. Durante 2024 se reportaron siete casos, distribuidos en cuatro de hemorragia obstétrica, dos de enfermedad hipertensiva y uno clasificado en otra causa. El análisis mediante la prueba de exacta de Fisher no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los dos periodos evaluados (Prueba exacta de Fisher = 0.71; gl = 2; p = 0.701), (Tabla 7).

Tabla 7 Complicaciones maternas después del parto en las pacientes con y sin uso del área preparto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024

		Año					
		2020		2024		Total	
		n	%	n	%	n	%
Complicaciones maternas después del parto	Hemorragia obstétrica	3	27.27%	4	36.36%	7	63.64%
	Enfermedad hipertensiva del embarazo	1	9.09%	2	18.18%	3	27.27%
	Otra	0	0%	1	9.09%	1	9.09%
Total		4	36.36%	7	63.64%	11	100%

Fuente: Expedientes

## IX.- Discusión

El presente estudio, comparó los resultados materno-neonatales en partos con y sin uso del área preparto en el Hospital General de Tulancingo durante los años 2020 y 2024, se observó que la implementación de dicha área se asoció con cambios favorables en el proceso del trabajo de parto, particularmente en la vía de resolución y la duración promedio del parto, sin afectar de manera negativa la evolución materno-fetal.

El análisis de los datos sociodemográficos mostró poblaciones comparables entre ambos periodos en cuanto a edad, estado civil, ocupación y características antropométricas, lo cual permite atribuir las diferencias observadas principalmente a modificaciones en la atención obstétrica más que a variaciones en la composición poblacional. La edad materna promedio se mantuvo alrededor de los 24 años en ambos grupos, rango típico de mujeres en edad reproductiva joven. De manera similar, el índice de masa corporal promedio correspondió al rango de sobrepeso según la Organización Mundial de la Salud, lo que coincide con reportes nacionales que documentan una elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres embarazadas mexicanas (14,15).

Un resultado importante fue la disminución significativa en la paridad media de 2024 respecto a 2020 ( $p = 0.045$ ), lo cual podría reflejar tanto cambios demográficos como una mayor proporción de primigestas atendidas en el periodo más reciente. Asimismo, la dilatación cervical al ingreso fue significativamente mayor en 2024 ( $p = 0.002$ ), lo que sugiere que las pacientes ingresaron en una fase más avanzada del trabajo de parto, posiblemente como resultado de la valoración y observación inicial en el área de preparto. Este hallazgo es consistente con la evidencia que señala que el ingreso hospitalario durante la fase activa reduce la necesidad de intervenciones médicas innecesarias y mejora la eficiencia del manejo intraparto (19,20,21).

En consonancia con ello, la duración promedio del trabajo de parto fue significativamente menor en 2024 (3.65 horas) en comparación con 2020 (4.66 horas;  $p = 0.016$ ). La literatura ha documentado que la vigilancia continua y el acompañamiento durante la fase

latente contribuyen a una progresión más fisiológica y eficiente del trabajo de parto, al tiempo que disminuye la ansiedad y favorece la cooperación materna (16,17,18). En este estudio, la menor duración observada podría asociarse con una mejor preparación física y emocional de las gestantes, así como con un momento de ingreso más oportuno al área de expulsión.

El análisis de la vía de resolución reveló una reducción significativa en la tasa de cesáreas tras la implementación del área preparto, pasando de 22.3 % en 2020 a 9.1 % en 2024 ( $p = 0.001$ ). Este resultado tiene relevancia clínica al considerar que las cesáreas innecesarias representan un problema global de sobreintervención obstétrica. Diversos estudios han demostrado que la admisión hospitalaria temprana en la fase latente incrementa la probabilidad de intervención médica, incluyendo el uso de oxitocina, analgesia epidural y la cesárea, generando la denominada “cascada de intervenciones” (20,21). La reducción observada en el presente trabajo coincide con los hallazgos de Rota et al. y Miller et al., quienes describen que la admisión en fase activa y el acompañamiento previo en preparto se asocian con una mayor proporción de partos vaginales espontáneos y una menor incidencia de complicaciones (20,21).

A diferencia de la vía de resolución, otras variables como las semanas de gestación, el porcentaje de dilatación al ingreso y la puntuación Apgar no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los años comparados. La edad gestacional promedio cercana a 39 semanas en ambos periodos indica una atención obstétrica adecuada, con predominio de partos a término. Asimismo, la puntuación Apgar promedio superior a 8.9 en ambos grupos refleja una buena adaptación neonatal inmediata, sin evidencias de compromiso fetal. Estos resultados concuerdan con revisiones previas que reportan que la implementación de unidades de preparto no altera los desenlaces neonatales adversos, manteniendo niveles de seguridad equivalentes a los del manejo tradicional (19,21).

En cuanto a las complicaciones maternas posparto, no se encontraron diferencias significativas entre los dos periodos ( $p = 0.701$ ). La hemorragia obstétrica se mantuvo

como la principal causa en ambos años, seguida de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Esta constancia sugiere que la creación del área de parto no incrementó el riesgo de complicaciones inmediatas, sino que posiblemente contribuyó a un mejor monitoreo y manejo preventivo.

Finalmente, en la evidencia internacional ha enfatizado la importancia de ofrecer a las mujeres acompañamiento profesional durante la fase inicial del trabajo de parto, pues el apoyo físico y emocional reduce la ansiedad, mejora la percepción del dolor y aumenta la satisfacción general con la experiencia de parto (16,17,22). En este sentido, los resultados del presente estudio refuerzan el valor del área de parto como una estrategia para brindar atención continua, promover la seguridad clínica y favorecer una experiencia positiva del nacimiento. Al proporcionar un espacio de observación y orientación temprana, el modelo de atención implementado en 2024 parece haber optimizado los tiempos de ingreso, reducido las cesáreas y acortado la duración del trabajo de parto, sin comprometer los desenlaces maternos ni neonatales.

Aunque los resultados obtenidos en este estudio sugieren una asociación favorable entre el uso del área de parto y la disminución de intervenciones obstétricas, es importante reconocer que los hallazgos corresponden a una muestra y contexto específicos. Por ello, se requiere la realización de estudios adicionales con un mayor tamaño de muestra, periodos de observación más amplios y la inclusión de variables clínicas, institucionales y psicosociales que permitan validar y generalizar estos resultados. Investigaciones futuras podrían incorporar análisis multicéntricos o diseños prospectivos que fortalezcan la evidencia y confirmen el impacto del área de parto sobre los desenlaces maternos y neonatales

## **X.- Conclusión**

La implementación del área preparto en el Hospital General de Tulancingo se asoció con una mejora en la calidad del proceso de atención intraparto, evidenciada por una mayor dilatación cervical al ingreso, una reducción significativa en la duración del trabajo de parto y una menor tasa de cesáreas, sin afectar de manera negativa los resultados neonatales ni incrementar las complicaciones maternas posparto. Los resultados de este estudio sugieren que la valoración y el acompañamiento durante la fase latente del trabajo de parto favorecen una evolución más fisiológica, optimizan los tiempos de atención y contribuyen a disminuir el intervencionismo obstétrico. Asimismo, confirman que el uso del área de preparto constituye una estrategia eficaz para promover un modelo de atención más seguro, humanizado y centrado en la mujer. Se recomienda continuar fortaleciendo este modelo de atención, asegurando la capacitación continua del personal médico y de enfermería, así como la evaluación periódica de los indicadores maternos y neonatales, con el fin de consolidar prácticas basadas en evidencia que garanticen la seguridad y la satisfacción de las pacientes durante el proceso de parto.

## **XI.- Recomendaciones**

Se recomienda ampliar el tamaño de muestra y el periodo de estudio con el propósito de incrementar la potencia estadística y la representatividad de los resultados, permitiendo además observar con mayor precisión las tendencias temporales relacionadas con el uso del área de parto. Asimismo, sería conveniente incorporar un mayor número de variables clínicas y contextuales, incluyendo el tiempo de estancia hospitalaria, el tipo de acompañamiento, la utilización de analgesia y el nivel de satisfacción materna, a fin de obtener una visión más integral del impacto de este modelo de atención sobre los desenlaces obstétricos y neonatales. Finalmente, se sugiere complementar futuros estudios con un componente cualitativo que explore la percepción y experiencia de las mujeres atendidas en el área de parto, lo que permitiría valorar la dimensión humanizada del proceso y fortalecer las estrategias de mejora continua en la atención intraparto.

## X.- Bibliografía

1. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. Vol. 12, *Reproductive Health*. 2015.
2. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni M, Gülmezoglu A, Betran A. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG*. 2016 Apr 24;123(5):745–53.
3. Muños Hernández JA, Freyermuth Enciso MG, Ochoa Torres MDP. Factores asociados al incremento de cesáreas en México, 2011-2014. *Poblac Salud Mesoam*. 2020 Jan 1;
4. Carreño B, Castillo V, Aichele D, Marshall M, Caceres D, Vesperinas G, et al. Tasa de cesáreas según la clasificación de Robson: Análisis comparativo entre dos hospitales universitarios. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2018;83(4):415–25.
5. Almaguer JA, García HJ, Vargas V. Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y Salud en Cifras*. 2012;10(2/3).
6. Faundes A. La evolución histórica de la tasa de la cesárea: de una excepción en la antigüedad a un exceso en la actualidad. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2021 Mar 9;67(1).
7. Arencibia Jorge R. Operación Cesárea: Recuento Histórico [Internet]. Vol. 4. 2002. Available from: [www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp](http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp)
8. Pastor L, Garcia-Jimenez R, Valero I, Borrero C, Castro L, Garcia-Mejido JA, et al. Aplicación de la clasificación de Robson como método útil para estandarizar el manejo del parto. Un ejercicio que reduce la tasa de cesáreas. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2024;51(2).
9. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. Vol. 388, *The Lancet*. 2016.

10. Lamadrid-Figueroa H, Suárez-López L, González-Hernández D. La epidemia de cesáreas en México. Instituto de Salud Pública. 2021;
11. Padrón MP, Nápoles ICD, Li M. Consideraciones sobre el índice de cesárea primitiva Consideracions on primitive cesarean rate. Revista cubana de Ginecología y Obstetricia. 2014;40(1).
12. Organización Mundial de la salud, Human reproduction Program. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Oms, Hrp. 2015;
13. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Lineamiento técnico para la implementación y operación de salas de labor-parto-recuperación en las redes de servicios. Entornos habilitantes para una experiencia positiva durante la atención integral de la salud materna y perinatal 2022.
14. Warren CE, Njue R, Ndwiga C, Abuya T, Kabo JW, SuellenMilleraAndreLalonde, et al. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. BMC Pregnancy Childbirth. 2018;
15. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. Vol. 13, PLoS ONE. 2018.
16. Stone NI, Downe S. Women's experience of early labour in a free-standing birth centre: Midwifing embodied labour. Women and Birth. 2023;36(6).
17. Carlsson IM. Being in a safe and thus secure place, the core of early labour: A secondary analysis in a Swedish context. Int J Qual Stud Health Well-being. 2016;11.
18. Bayes S, Fenwick J, Hauck Y. A Qualitative Analysis of Women's Short Accounts of Labour and Birth in a Western Australian Public Tertiary Hospital. J Midwifery Womens Health. 2008;53(1).
19. Lauzon L, Hodnett E. Caregivers' use of strict criteria for diagnosing active labour in term pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2).
20. Rota A, Antolini L, Colciago E, Nespoli A, Borrelli SE, Fumagalli S. Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. Women and Birth. 2018;31(4).

21. Miller YD, Armanasco AA, McCosker L, Thompson R. Variations in outcomes for women admitted to hospital in early versus active labour: An observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1).
22. Eri TS, Blystad A, Gjengedal E, Blaaka G. “Stay home for as long as possible”: Midwives’ priorities and strategies in communicating with first-time mothers in early labour. *Midwifery*. 2011;27(6).

## **XII.- Anexos**

### **XII.1.- Anexo 1**



#### **CARTA DE DISPENSA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Comité de Ética en Investigación

Hospital General de Tulancingo

#### **P R E S E N T E**

Por medio de la presente, me dirijo a ustedes con el fin de solicitar la dispensa del consentimiento informado para el proyecto titulado: “Comparación de los resultados materno-neonatales en partos con y sin uso del área parto en el Hospital General de Tulancingo durante 2020 vs 2024”.

Este estudio se desarrollará mediante una revisión retrospectiva de expedientes clínicos, sin intervención directa sobre las pacientes ni modificación alguna en su atención médica. Conforme al Artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la investigación se clasifica como sin riesgo, ya que no involucra procedimientos diagnósticos, terapéuticos ni de seguimiento adicionales a los ya establecidos en la práctica clínica habitual.

La información recolectada será manejada bajo estrictas normas de confidencialidad, anonimato y resguardo, en apego a lo estipulado por la Ley General de Protección de

Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. En ningún momento se utilizarán datos que permitan la identificación individual de las pacientes, y los resultados serán presentados únicamente con fines científicos y académicos, de forma agregada y sin referencias personales.

Por lo anterior, y considerando que la obtención del consentimiento informado individual no es factible ni necesaria en este contexto, solicito atentamente a este Comité que autorice la dispensa del consentimiento informado, con el compromiso de cumplir cabalmente los principios éticos y normativos vigentes en materia de investigación en seres humanos.

Sin otro particular, agradezco su atención y quedo a disposición para cualquier información adicional que consideren pertinente.

**A T E N T A M E N T E**

Dra. Valeria Carolina Aguirre Castillejos  
Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia  
Hospital General de Tulancingo