



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**“Incidencia de la operación cesárea según la clasificación de Robson en el
servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz
Gutiérrez”**

Que para optar por el grado de especialista en

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:

DRA. AIDÉ IRASEMA MANNY ZITLE

Tutor:

DR. JOSE MARÍA TOVAR RODRÍGUEZ

Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez

Ciudad de México, julio de 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

FIRMAS DE AUTORIZACIÓN

**DR. JOSÉ ÁNGEL ALBERTO LOZANO GRACIA
DIRECTOR GENERAL
HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ**

**DR. FRANCISCO BADILLO MARTÍNEZ
SUBDIRECTOR MÉDICO
HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ**

**DR. CARLOS RAYMUNDO RAMÍREZ VELAZQUEZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ**

**DR. RAFAEL RODRÍGUEZ LEDESMA
COORDINADOR DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ**

**DR. MAURICIO RAÚL GUTIÉRREZ CASTAÑEDA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ**

**DR. JOSÉ MARÍA TOVAR RODRÍGUEZ
ASESOR DE TESIS**

**DRA. AIDÉ IRASEMA MANNY ZITTE
MÉDICO RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme llegar a este momento.

A mi madre y mejor amiga, porque jamás pondré pagarte tanto amor ese amor verdadero que se entrega sin esperar nada a cambio, tanta paciencia, tanto apoyo, por los valores inculcados, por enseñarme a ser perseverante, porque tu mano siempre me apoyó en los peores momentos de este difícil pero apasionante camino, siempre con las palabras correctas a pesar de la distancia, por hacer de mí una mejor persona, este logro también es tuyo

A mi padre por ser el mejor consejero, el hombre de mi vida, por enseñarme a luchar por mis sueños y a nunca dejar de creer en mí a pesar de las adversidades, sin duda eres de los pilares más importantes en mi vida.

A mis hermanos Carlos y Ricardo por alegrarme la vida, por esos abrazos tan cálidos, porque en cada logro los pienso, porque quiero ser un buen ejemplo para ustedes y motivarlos a ser mucho mejor cada día, sin duda los amo con el corazón.

A mi abuela Rosa, por su calidez, por su amor, porque jamás perdiste la fe en mí, por enseñarme el valor de la humildad.

A mis maestros, por su paciencia y por compartirme su conocimiento y experiencia, gracias por todo y por tanto.

A mis amigas y hermanas de esta bella etapa, Carmen, Celeste y Vero por su apoyo incondicional, por sus enseñanzas y por todos esos bellos momentos que me obsequiaron y que siempre llevaré en el corazón.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
MARCO TEÓRICO	6-9
ANTECEDENTES	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11-12
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
OBJETIVOS	13
HIPÒTESIS	13
METODOLOGÌA	13-14
CRITERIOS DE INCLUSIÒN	14
CRITERIOS DE ELIMINACIÒN	14
VARIABLES	15
ASPECTOS ÈTICOS	16
RESULTADOS	17-19
DISCUSIÒN	20
CONCLUSIONES	21
BIBLIOGRAFÌA	22-23
ANEXOS	24

INTRODUCCIÓN

Los porcentajes de cesáreas han aumentado de forma sustancial, particularmente en los países desarrollados, durante la última década. Este continuo aumento ha provocado un debate sobre el porcentaje adecuado de cesárea, el derecho a elegir o no un parto por cesárea en ausencia de indicación médica, los riesgos potenciales para la madre y el feto que podría significar implantar una política de reducción del número de cesáreas y la preocupación acerca de la sobremedicalización y el abuso de los recursos. A nivel poblacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró en 1985 que: “No hay justificación para que ninguna región tenga un porcentaje de cesáreas superior al 10-15%”.¹ Sin embargo, la monitorización general de los porcentajes de cesáreas es claramente insuficiente para entender la esencia del problema y sus causas. El análisis de información más profunda, como qué grupos de mujeres o qué poblaciones obstétricas están siendo sometidas a cesárea, arrojará más luz acerca de las intervenciones que podrían reducir los porcentajes de cesáreas cuando y donde sea apropiado.² La ausencia de metodologías estandarizadas internacionalmente aceptadas, ha impedido las comparaciones y monitorización de los porcentajes de cesáreas de una forma significativa a nivel mundial.³ En 2001 hubo una propuesta para la monitorización y auditoría de los niveles de cesáreas orientada hacia la acción, la clasificación de diez grupos propuesta por Robson que resulta aplicable internacionalmente y permite comparaciones en el tiempo de una misma unidad asistencial y entre distintas unidades. Esta clasificación proporciona la base para cambiar las prácticas en grupos de mujeres específicos y prospectivamente identificables, obteniéndose un sistema de clasificación útil y clínicamente relevante para mejorar los resultados. Además, la clasificación de diez grupos es robusta debido a que los grupos son mutuamente excluyentes y totalmente incluyentes, por lo que cada mujer puede ser clasificada en un solo grupo y cada una tiene un grupo en el que ser incluida.⁴ Esto permite superar un problema que aparece frecuentemente cuando se clasifican las cesáreas de acuerdo con la indicación. Esta clasificación está basada en parámetros bien definidos y fáciles de controlar de cada mujer y su embarazo en lugar de la indicación de la cesárea, evitándose así mucha confusión, discrepancias y variabilidad inherente a la indicación de una cesárea. Cuatro pilares forman la base de esta clasificación: a) historia obstétrica previa; b) progreso del parto; c) categoría del embarazo; y d) edad gestacional.⁵

MARCO TEÓRICO

La cesárea surgió alrededor de 1880 para contribuir con la disminución de la morbimortalidad materna y fetal por desproporción cefalopélvica, cuya mortalidad en ese momento excedía el 80%.⁶ A principios de 1900 se implementó en casos de placenta previa o eclampsia y se convirtió en un procedimiento alternativo más seguro que la craneotomía, la sinfisiotomía o la utilización de fórceps altos en trabajos de parto distócicos. A partir de allí se fueron ampliando las indicaciones e incrementando su uso. Al principio de los años 70 la proporción de cesárea en los países desarrollados estaba alrededor de 5% y al final de los 90 ya superaba el 50% en algunas regiones del mundo. Muchos factores contribuyeron a este incremento: mejoras en las técnicas quirúrgicas y anestésicas, reducción de las complicaciones posoperatorias en general, disponibilidad de antibióticos, factores nutricionales y demográficos, percepción de seguridad del procedimiento por parte de las mujeres y del personal de salud, implementación de una práctica médica a la defensiva de los litigios legales, cambios en los sistemas de salud, solicitud de la paciente como un derecho, el aplazamiento de la edad para embarazarse, los incrementos en el índice de masa corporal materna o de la frecuencia de los embarazos múltiples y la disminución del parto vaginal después de una primera cesárea.⁷

Sistemas de clasificación para cesáreas

Las clasificaciones en general se basan en la identificación de diferentes conceptos que pueden tener varios parámetros. Las permutaciones de estos parámetros y su organización sistemática generan grupos o categorías específicas que comparten algunas propiedades, características o cualidades definidas.⁸ Para que los datos y la información que se recolecta en los sistemas de salud sean útiles para mejorar los resultados en salud de las personas es necesario organizarla y ese es el papel de las clasificaciones, organizar información y datos crudos para transformarla en conocimiento utilizable.

Cada sistema de clasificación tiene su objetivo y con base en él se estructura. El objetivo más frecuente de las clasificaciones en medicina es mejorar la calidad de la atención y los resultados. Los sistemas de clasificación son exitosos solo si los datos o la información que se recolecta y analiza cumple con los principios de recolección de la información.⁹

La información debe ser útil, cuidadosamente definida y recolectada, oportuna y disponible. Las categorías generadas dentro de las clasificaciones igualmente deben cumplir unos requisitos: deben ser mutuamente excluyentes y totalmente inclusivos. La clasificación debe ser simple de entender e implementar, ser reproducible y que se pueda hacer de manera prospectiva para generar intervenciones.

Existen varias clasificaciones de cesárea, algunas se basan en la indicación y otras en la urgencia de la cesárea, otras en las condiciones clínicas y obstétricas de las mujeres y otras en criterios variados.¹⁰ Esta revisión del tema encontró 27 clasificaciones y las sometió a un proceso de evaluación que tuvo en cuenta la facilidad de aplicación, la claridad, la reproducibilidad, la posibilidad de implementación, el cumplimiento de tener categorías mutuamente excluyentes y totalmente inclusivas y la posibilidad de aplicarla de

manera prospectiva. Solo una clasificación obtuvo el máximo puntaje posible, la clasificación de los 10 grupos de Robson, la cual pertenece al grupo de clasificaciones con base en las características de las mujeres.¹¹⁻¹² Dentro de las clasificaciones con base en la clasificación de la urgencia la que obtuvo el máximo puntaje (9 de 14 puntos posibles) fue la de van Dillen y dentro de las clasificaciones con base en la indicación de la cesárea, dos tuvieron el máximo puntaje (9/14), la de Althabe y la de Anderson.

Clasificación de Robson

El doctor Michel Robson cita como primera referencia de su clasificación su artículo del año 2001,¹³ sin embargo, se encuentra un estudio previo del autor en el cual utilizó las mismas categorías de su sistema de clasificación para describir la población y presentar los resultados de un proceso de auditoría en el año 1996, aunque en él no le da identidad al modelo de clasificación. A partir de la publicación del año 2001, la clasificación se ha utilizado ampliamente en el mundo, en diferentes sitios, se ha aplicado tanto en el nivel institucional como regional y con diferentes objetivos.¹⁴

La clasificación de Robson se basa en cuatro conceptos obstétricos, la historia obstétrica previa, el progreso del trabajo de parto, la categoría del embarazo y la edad gestacional con lo cual se clasifica a las mujeres en uno de 10 grupos. Las mujeres se agrupan de acuerdo con: la categoría del embarazo será único, que es la presencia de un feto en la cavidad uterina y múltiple cuando hay más de uno y la presentación fetal al momento del parto cefálico o de nalgas, oblicuo o transversal, antecedentes obstétricos previos (nulípara si la paciente no tiene parto previo y múltipara si tiene más de un parto previo. Además si tiene antecedente de cirugía uterina (con o sin cicatriz uterina), el proceso de trabajo de parto (Inducido con medicación o espontáneo) y la edad gestacional al momento del parto de término, si la edad gestacional al momento del parto es mayor o igual de 37 semanas y pretérmino si es menor de 37 semanas.

Debido a la reconocida falta de confiabilidad de la fecha de la última menstruación y el margen de error de las ecografías para estimarla con el progreso de la gestación, si se encuentra un recién nacido con una edad gestacional estimada inferior a 37 semanas con un peso superior al percentil 95 para la semana 36 (3093 gr), se reclasificará en el grupo de recién nacido de 37 semanas o más.¹⁵

La clasificación tradicional de las tasas de cesárea a partir de las indicaciones de las mismas no es recomendable debido a la dificultad de hacerlo de manera prospectiva sin sesgos de registro, y la intención del modelo de clasificación de Robson es identificar grupos con mayor o menor probabilidad de terminar en cesárea para tomar medidas antes de que ocurra el evento.¹⁶

Las características de este sistema de clasificación permite la comparación en el tiempo en una sola unidad y entre diferentes unidades, proporcionando razones para cambiar prácticas en grupos de mujeres específicos de manera prospectiva. Permite identificar cuáles son los grupos que incrementan las tasas de cesárea, reconociendo de antemano que unos son susceptibles de intervención y otros no, y permite reevaluar la indicación y

pertinencia de la cesárea, identificar factores de riesgo modificables en estos grupos de pacientes con lo cual se pueden implementar estrategias de intervención.

Robson reconoce que su clasificación es un paso inicial y que según los resultados se deben implementar adiciones.¹⁷ En la revisión sistemática de la clasificación de Robson del 2014, se consideraron las recomendaciones de los usuarios de esta clasificación quienes propusieron realizar sub-clasificaciones de los grupos o nuevas clasificaciones, inclusión de otras variables y características maternas dentro de cada grupo y además de la necesidad de entrenamiento del personal de salud para una adecuada obtención de datos para la clasificación de pacientes.¹⁸

Usos de la clasificación de Robson

El objetivo para el cual se ha utilizado más frecuentemente la clasificación es caracterizar la población atendida e identificar los grupos que más aportan a la proporción de la cesárea o al incremento de ella. Esto se ha hecho para una sola institución para varias instituciones, para una ciudad, para una región de un país, varias regiones, o incluso para varios países.¹⁸ En algunos estudios, adicional a esta descripción, la utilizan para evaluar tendencias en el tiempo, tanto en el nivel institucional como poblacional. Algunos autores avanzan más allá de la descripción y utilizan la clasificación para realizar comparaciones entre instituciones, identificar diferencias entre ellas y buscar las posibles causas de la variabilidad en la proporción de cesáreas e incluso evalúan el efecto de disminuir esa variabilidad, tanto en una región, como entre diferentes regiones, o en grupos poblacionales.¹⁹ Algunos estudios evalúan diferencias dentro de los grupos y exploran factores adicionales a los contemplados en la clasificación como explicación a las cifras de cesárea o a sus aumentos o correlación con los indicadores de morbilidad.²⁰ También se ha utilizado como herramienta para estandarizar comparaciones entre instituciones y como herramienta para cuantificar el efecto de intervenciones tendientes a disminuir la frecuencia de la cesárea. La clasificación se ha empleado para cumplir objetivos más allá de la cesárea como es el estudio de morbilidad obstétrica grave o para estudiar subgrupos específicos de la clasificación. En México, no existe al menos una experiencia publicada con la clasificación por lo tanto no se ha estimado la proporción de cesárea esperada para una institución acorde al tipo de población atendida, utilizando la clasificación para realizar una estandarización de tasas.

La Clasificación de Diez Grupos ha sido instaurada en diferentes unidades obstétricas en el Reino Unido, Canadá, África, Suecia, Estados Unidos y Chile, entre otros.

En Mayo de 2015 la OMS publicó un análisis secundario de dos encuestas multinacionales de la OMS, donde se analizó datos de 21 países que fueron incluidos tanto en la Encuesta Mundial de Salud Materna y Perinatal de la OMS (WHOGS; 2004-08) y la Encuesta multinacional de la OMS de Salud Materna y Neonatal (WHOMCS; 2010-11) para evaluar las tendencias de la operación cesárea. Se utilizaron los datos de estas encuestas para establecer el porcentaje de cambio anual promedio (AAPC) en las tasas de cesárea por país, encontrando que el uso de los criterios Robson permite comparaciones estandarizadas de los datos entre países y puntos de tiempo e identifica

las subpoblaciones que impulsan los cambios en las tasas de cesárea y recomendando su uso. Las mujeres que han tenido una cesárea anteriormente son un determinante cada vez más importante de las tasas generales de cesárea en los países con un índice de desarrollo humano moderada o bajo. Las estrategias para reducir la frecuencia del procedimiento debe incluir la evitación de la cesárea primaria y la mejor selección de casos para la inducción y cesárea en embarazos pretérmino.

En México, actualmente no se ha unificado la utilización de un sistema de clasificación de cesáreas, sin embargo algunas instituciones de salud utiliza la clasificación de cesárea de urgencia, dependiendo del grado de compromiso materno o fetal y dando parámetros de seguridad según el tiempo entre el diagnóstico e inicio del procedimiento quirúrgico. Se cuentan con estudios, en donde se encontró que la aplicación del modelo de Robson para la clasificación de cesárea, es fácil y útil para identificar las mujeres, los procedimientos y las prácticas posiblemente susceptibles y prioritarias de intervenir con el fin de tener una proporción racional de cesárea adaptada a las condiciones propias de la institución y de las mujeres atendidas en ella.

ANTECEDENTES

La operación cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero después de la semana 27, siendo el procedimiento quirúrgico más realizado en mujeres de todo el mundo. ⁴ Los porcentajes de cesáreas han aumentado de forma sustancial, particularmente en los países desarrollados durante la última década, de acuerdo con datos recientes la incidencia de cesárea oscila aproximadamente en el 25% en Norte América, aproximadamente en el 30% en Centro América, más del 30% en países Europeos y 40% en países Latinoamericanos, México no es ajeno a este incremento; en el año 2009, la Secretaría de Salud informó un total de 2,188,592 nacimientos, de los cuales el 41% ocurrió por cesárea; la población no derechohabiente tuvo un porcentaje del 38%, mientras que la población asegurada lo tuvo del 50% (INPER) ⁷ Sin embargo durante los últimos 30 años, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%, basado en la declaración hecha por un panel de expertos en salud reproductiva en una reunión organizada por la OMS en 1985, se llegó a la conclusión a partir de la revisión de los pocos datos existentes en ese momento, procedentes principalmente de países europeos donde, con esta tasa de cesárea, se obtenían resultados maternos y perinatales adecuados. ¹⁰ Desde entonces y por diversos motivos, las cesáreas son cada vez más frecuentes, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. ⁵ Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral. La proporción de cesáreas en una institución puede ser consecuencia de las condiciones médicas y obstétricas, más que de inadecuadas prácticas institucionales, por tanto, para comparar la proporción de cesáreas entre instituciones y para proponer e implementar medidas de intervención adecuadas en una institución es esencial ajustar por las condiciones maternas o fetales de la población que se atiende en ella. La clasificación de las cesáreas teniendo en cuenta las diferentes condiciones obstétricas es un insumo previo para ese propósito. Una revisión sistemática de la literatura encontró 27 clasificaciones para la cesárea y concluyó que el modelo de Robson alcanzó los puntajes más altos de validez desde el punto de vista teórico, y tuvo un alto desempeño en los escenarios clínicos en que se probó ²². Los autores concluyen que la utilización de esta clasificación facilita la auditoría, permite comparaciones entre diferentes escenarios y ayuda a crear e implementar estrategias efectivas específicamente dirigidas para optimizar las proporciones de cesáreas, cuando es necesario. La clasificación de Robson discrimina la población atendida en diez grupos basados en cuatro conceptos obstétricos y permite: identificar los grupos que más aportan a la cifra global de cesárea, hacer comparaciones en igualdad de condiciones entre instituciones y dentro de la misma institución en el tiempo, y planear intervenciones específicas. ¹² La utilización de este modelo ha sido fácil de implementar, es reproducible y ha contribuido a lograr efectos

positivos de disminución en la proporción de cesáreas sin aumentar la morbilidad perinatal

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando la gestante y familiares acuden a urgencias de los establecimientos de salud, llevan consigo una duda respecto al nacimiento de su hijo ¿parto o cesárea?

Por definición, el parto es un proceso fisiológico que en la mayoría de veces la gestante lo experimenta sin inconvenientes, y si se presentan complicaciones, éstas usualmente se dan de forma rápida e inesperada y deben como es debido ser previstas por el profesional. La cesárea al ser una intervención médica quirúrgica implica un riesgo inherente a la intervención, en este caso pueden ser complicaciones derivadas del acto quirúrgico y/o efectos secundarios del acto anestésico, pero cuando la intervención está indicada estos riesgos se encuentran por debajo de los beneficios de realizar la cesárea, no siendo así cuando la cesárea se realiza sin una indicación clara.

La intervención por cesárea cuando están justificadas, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal, sin embargo la OMS nos informa que una tasa ideal de cesárea no debe exceder el 10 al 15 % y que no está demostrado los beneficios de la cesárea en pacientes donde este procedimiento es innecesario y que conlleva a riesgos inmediatos y posteriores afectando la salud del binomio madre niño y la futura salud reproductiva de la mujer.

Es evidente que la tasa de cesáreas en el mundo se ha incrementado, la OMS indica que Brasil es el país que está en la cima con un 56% de partos bajo esta modalidad, y a estas cifras desmesuradas le siguen Egipto con 51.8%, Turquía 47.5%, Italia 38.1% y varios países de América Latina se encuentran en estos porcentajes de cesáreas.

En México, existe el interés de estudiar y poner al descubierto este problema, que existe y interviene de forma alarmante en la salud de la mujer en estos últimos tiempos, esta práctica casi habitual de la cesárea ha sobrepasado tal medida, que se ha decidido estrechar los controles sobre este tipo de cirugías para hacer disminuir su número. En nuestro país, son pocas las investigaciones sobre las cesáreas inducidas por el profesional de la salud que son innecesarias clínicamente, y con ello no se conoce en sí, el porqué de las decisiones médicas sobre la preferencia de la gestante incluidas el decidir omitir un parto natural elevando sus riesgos y minimizando las de la cesárea, afectando la salud reproductiva de la mujer.

A ello se sumaba el vacío que implicaba no tener un sistema estandarizado que clasifique de forma internacional las tasas de cesáreas, con las tendencias y causas subyacentes y por ende su comprensión, monitoreo y comparación. En el año 2001 se propuso el Modelo de clasificación de Robson, conocida también como clasificación de 10 grupos, y luego de varios estudios que lo avalan, este modelo fue incorporado actualmente por la OMS como una herramienta para controlar y evaluar las tasas de cesárea, debido a su simplicidad y validez de su propósito, lo fácil de su aplicación e interpretación. Y así la información recopilada de forma estandarizada, uniforme y reproducible, sea elemental para los establecimientos de salud con el objetivo de optimar el uso de la intervención por cesárea y evaluar y mejorar la calidad de la atención.

El modelo de Robson presenta una clasificación de 10 grupos. En donde según la indicación de la cesárea, cada una de las gestantes tiene un grupo en el que es ubicada, por lo que puede ser clasificada en un solo grupo, para esto el Modelo se sustenta en cuatro conceptos obstétricos bien definidos que identifica a los grupos que más contribuyen a la cantidad global de cesárea, a la vez que consiente hacer cotejos en

igualdad de contextos entre instituciones en el tiempo y sustentarse intervenciones concretas, estos 4 conceptos obstétricos básicos son: 1) Antecedentes obstétricos previos (partos y cesáreas anteriores); 2) Curso del trabajo de parto (inicio de trabajo de parto espontáneo, inducido o cesárea electiva); 3) Categoría de la gestación (embarazo múltiple y embarazo único con presentación cefálica, podálica o transversa) y 4) Edad gestacional (en el trabajo de parto).

Las razones del porque se decide a realizar una cesárea no se pueden entender en su totalidad, pero cada día se incrementan más el número de cesáreas por diversas causas tales como: edad de la gestante (la mujer posterga cada día más el embarazo por diferentes causas, llegando a ser una gestante primigesta añosa), así mismo las pacientes con cesárea previa pueden requerir nuevamente cesárea si persiste la patología (por ejemplo desproporción cefálico pélvica, preeclampsia, placenta previa, monitoreo fetal con irregularidades, etc.) temor a las demandas por impericia, entre otras. Aunque la literatura menciona, de forma general, que las indicaciones de cesáreas que tienen evidencia científica que las sustente, incluyen la distocia, riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF), cicatriz uterina previa, presentación de nalgas, embarazo múltiple, enfermedad materna y macrosomía fetal. Está claro que la cesárea es una de las intervenciones del ámbito quirúrgico más frecuentes a nivel mundial, y aunque se es consciente que salva vidas, muy a menudo se practica sin que haya una indicación sustentable, suceso que pone a la gestante y su neonato, en riesgo de sufrir algún desenlace fatal en su salud, es por eso que es fundamental recopilar información sobre el uso de la cesárea en los distintos niveles de atención sobre todo en segundo nivel y así evaluar, mejorar y optimizar la calidad de la atención para identificar los grupos que más aportan a la cifra global de cesárea e implementar prácticas en esos grupos de mujeres específicos y prospectivamente identificables, obteniéndose un sistema de clasificación útil y clínicamente relevante para mejorar los resultados.

Es por ello que el objetivo del presente trabajo de investigación es determinar la incidencia de cesáreas utilizando el Modelo de Clasificación de cesáreas de Robson, durante los años 2014 y 2016 en el hospital general Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez

Formulación del problema:

¿Cuáles es la incidencia de cesáreas en el Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez ISSSTE empleando el Modelo de Clasificación de Robson, en los años 2014 y 2016?

OBJETIVOS

El objetivo general de este estudio es determinar la incidencia de la operación cesárea mediante la clasificación de Robson en el servicio de Ginecoobstetrica del hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez en el período de enero de 2014 a enero de 2015.

Los objetivos específicos:

- Identificar los grupos que más aportan a la tasa de cesárea de esta unidad hospitalaria.
- Determinar la indicación materna más frecuente para realización de cesárea.
- Determinar la indicación fetal más frecuente para realización de cesárea.

HIPÓTESIS

La incidencia de la operación cesárea según la clasificación de Robson supera la tasa ideal propuesta por la OMS en nuestra institución.

METODOLOGÍA

- Tipo y diseño de estudio
 - Retrospectivo
 - Transversal
 - Descriptivo
 - Observacional

- **Lugar de la investigación**

El estudio se realizó en el Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez I.S.S.S.T.E. de segundo nivel de atención. Es una institución de mediana y alta complejidad encargada de la atención de gestantes y neonatos de bajo, mediano y alto riesgo, que atiende pacientes derechohabientes

Se incluyeron todas las mujeres que acudieron a resolución obstétrica vía vaginal y abdominal atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez de enero de 2014 a enero de 2016. El Departamento de estadística entregó el listado de pacientes atendidas, y se recolectaron los datos a partir de los expedientes clínicos. Usando la Clasificación de Diez Grupos propuesta por Robson se extrajeron los datos retrospectivamente de las historias clínicas del hospital en el período estudiado. La información necesaria de cada mujer embarazada para esta clasificación y este análisis es: a) embarazo con feto único/múltiple; b) paridad; c) inicio del parto; d) edad gestacional; e) cesárea o cicatriz uterina previa; y f) presentación y situación fetal, también se tuvo en cuenta la edad materna. Se consideró el inicio del trabajo de parto como espontáneo cuando no hubo intervención médica para

desencadenar el inicio de las contracciones uterinas, inducido cuando se dio una intervención farmacológica para hacerlo y sin trabajo de parto cuando se programó la cesárea antes de que ocurriera uno de esos dos eventos; el antecedente de cicatriz uterina incluyó cesárea o miomectomía previa. La edad gestacional se definió por la ecografía más temprana o por la amenorrea anotada al momento del parto. De la historia clínica se tomó el diagnóstico para la indicación de la terminación de la gestación o la realización de la cesárea. La tasa de cesáreas se calculó como la proporción de pacientes que tuvieron parto por cesáreas del total de partos atendidos en el lapso de tiempo.

Las pacientes se clasificaron de acuerdo con los diez grupos clínicos, mutuamente excluyentes, previamente descritos por Robson. Se calculó la relación entre las pacientes pertenecientes a cada grupo de Robson con respecto al total de la población atendida ($[\text{Número de pacientes atendidas pertenecientes a cada grupo} / \text{Número total de pacientes atendidas, tanto vía vaginal como vía cesárea}] \times 100$), lo cual representa el tamaño relativo de cada uno de los grupos.

Se calculó la proporción específica de cesáreas realizadas dentro de cada grupo ($[\text{Número de cesáreas realizadas a mujeres pertenecientes a cada grupo} / \text{Número de nacimientos, vaginales y por cesárea, pertenecientes a ese mismo grupo}] \times 100$).

Para cuantificar la contribución hecha por cada grupo al porcentaje general de partos se dividió el número de cesáreas en el grupo por el total de partos atendidos en el periodo ($[\text{Número de total cesáreas realizadas} / \text{Número total de nacimientos, vaginales y por cesárea}] \times 100$).

Criterios de elegibilidad

- Criterios de inclusión:
 1. Todas las pacientes embarazadas después de la semana 27 de gestación que acuden al servicio de Ginecología y Obstetricia para resolución obstétrica.
- Criterios de exclusión y eliminación:
 2. Pacientes con expediente incompleto
 3. Pacientes que no se encontró expediente en el archivo clínico.

Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Número de años cumplidos al momento de la cesárea		Cuantitativa	Intervalo
Paridad	Número de gestaciones, incluyendo la actual	Nulípara (1ra gestación) Multípara (2 o más gestaciones)	Cuantitativa	Nominal
Edad gestacional	Número de semanas de gestación cumplidos al momento del parto	Mayor o igual a 37 semanas < 37 SDG	Cuantitativa	Nominal
Presentación	Polo fetal que se pone en contacto con el estrecho superior de la pelvis, que la llena por completo y que es capaz de desencadenar trabajo de parto.	Cefálica Podálica	Cualitativa	Nominal
Situación	Relación que guarda el producto con el eje longitudinal de la madre	Transverso Oblicua	Cualitativa	Nominal
Multiplicidad de la gestación	Número de fetos al momento de la cesárea	Embarazo único Embarazo múltiple	Cuantitativa	Nominal
Trabajo de parto	Tipo de inicio de trabajo de parto	Espontáneo Inducido	Cualitativa	Nominal
Antecedente de cesárea	Que cuente con realización previa de cesárea por cualquier motivo	Si No	Cualitativa	Nominal
Tipo de indicación	Razón por la cual la paciente es llevada a cesárea.	Causa materna Causa fetal	Cualitativa	Nominal

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio, una investigación retrospectiva a partir de historias clínicas y registros médicos, preserva la confidencialidad, anonimato y los derechos de las mujeres participantes, considerándose una investigación sin riesgo ya que el sujeto de investigación no sufre algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, esto según el reglamento de la Ley general de Salud en materia de investigación, Título segundo, De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, artículo 17 –I

RESULTADOS

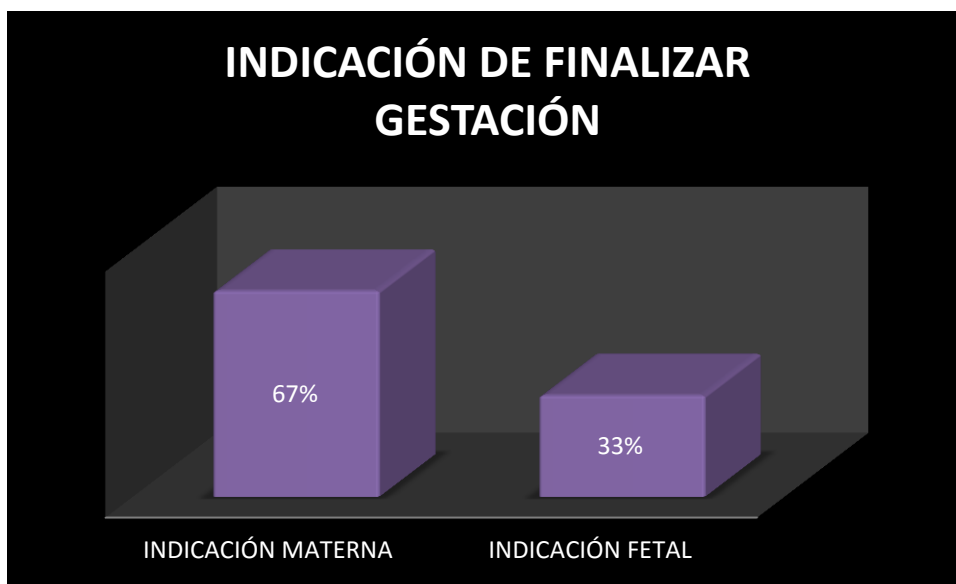
En el periodo de enero de 2014 a enero de 2016 se atendieron 706 partos de los cuales el 65.29% fue por cesárea.

La mediana de la edad de las mujeres fue de 31 años y la de la edad gestacional fue de 38.5 semanas.

El 46.74% eran primíparas y el 53.25% multíparas. En 62,2% de los casos el trabajo de parto se inició espontáneamente, en 19,9% se realizó inducción del trabajo de parto y el 17,9% correspondió a malas condiciones para inducto conducción. El 91.78% de los fetos se encontraban en presentación cefálica al momento de parto. El 42.49% de las pacientes presentaron antecedente de cicatriz uterina previa.

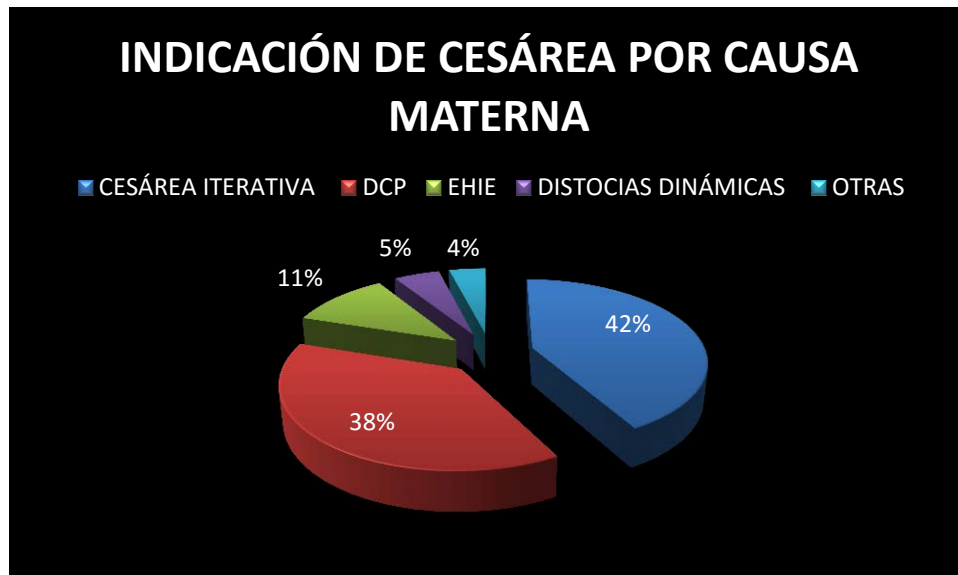
La distribución por grupos clínicos de Robson y sus respectivas tasas de cesáreas se resumen en la tabla 1.

La indicación para interrumpir el embarazo vía abdominal representó el 67% por causa materna y el 33% por causa fetal.



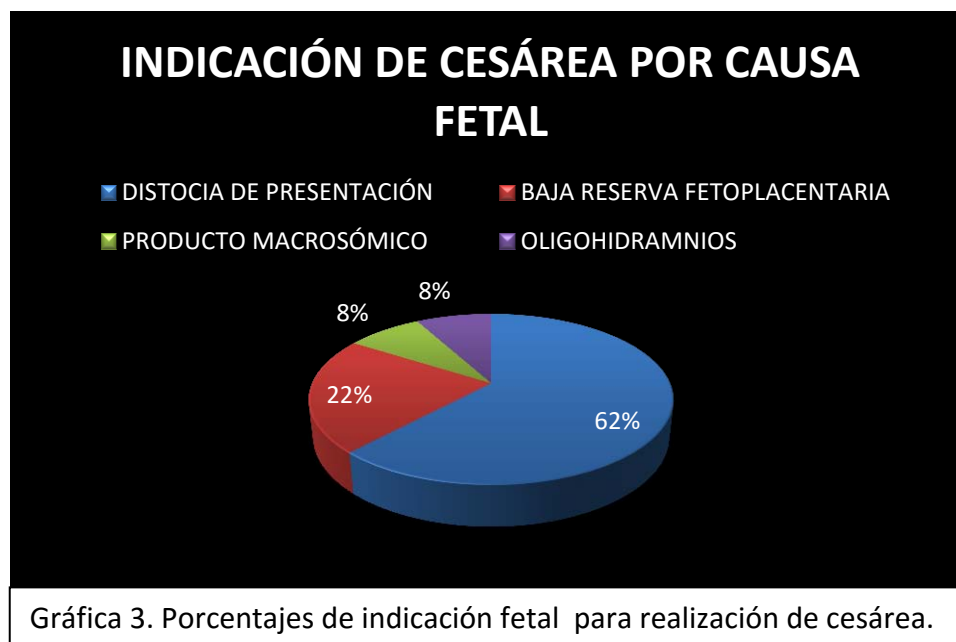
Gráfica 1. Porcentajes de indicación para interrupción del embarazo

La causa materna más frecuente fue cesárea iterativa con el 42% seguida de desproporción cefalopélvica con el 38%.



Gráfica 2. Porcentajes de indicación materna para realización de cesárea.

La causa fetal más frecuente fue distocia de presentación en un 62%.



Gráfica 3. Porcentajes de indicación fetal para realización de cesárea.

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN DE LAS CESÁREAS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON

GRUPOS	TAMAÑO DEL GRUPO	PROPORCIÓN ESPECÍFICA DE CESÁREAS	CONTRIBUCIÓN DE LAS CESÁREAS EN EL GRUPO AL TOTAL DE LA ATENCIÓN (%)
GRUPO 1	130/(18.41%)	68/130 (52.30%)	9.6%
GRUPO 2	128/(18.13%)	98/128 (76.56%)	13.88%
GRUPO 3	145/(20.53%)	29/145 (20%)	4.1%
GRUPO 4	47/(6.65%)	30/47 (63.82%)	4.2%
GRUPO 5	165/(23.37%)	150/165 (90.90%)	21.24%
GRUPO 6	9/(1.27%)	9/9 (100%)	1.2%
GRUPO 7	20/(2.83%)	20/20 (100%)	2.83%
GRUPO 8	4/(0.56%)	4/4 (100%)	0.56%
GRUPO 9	33/(4.6%)	33/33 (100%)	4.6%
GRUPO 10	20/(3.54%)	20/25 (80%)	2.83%
TOTAL	706	461/706	65.29

DISCUSIÓN

En los últimos años se ha observado un incremento en la proporción de cesáreas en la mayoría de países, efectuando aproximadamente 18.5 millones de cesáreas anuales, de las cuales la mitad son consideradas como innecesarias, en México se reportó en 1990 una tasa de 19% incrementándose en el 2009 a una tasa del 45%.

La aplicación del modelo permitió identificar cuáles son los grupos que más están aportando al hecho de que la proporción de cesáreas del hospital supere al porcentaje del 10-15% establecido por la O.M.S. En nuestro hospital se determinó una incidencia del 65.29% trasgrediendo de esta manera lo normado por la colectividad internacional, ocasionando un costo excesivo que lo esperado para la atención de un nacimiento, así mismo se ha demostrado que las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal. Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas.

Los grupos que aportaron mayor número de cesáreas en la institución fueron el 5 (21.24%), el 2 (13.88%) y el 1 (9.6%). Las principales indicaciones de cesárea encontradas fueron cesárea iterativa (42%) seguida de desproporción cefálico pélvica (38%). En el grupo 5 que es el que más aporta a la tasa global de cesárea de esta institución, podría ser modificado si se estableciera un protocolo de atención de parto vaginal después de una cesárea. En cambio las mujeres con feto en podálica (grupos 6 y 7) y embarazo gemelar (grupo 8) generalmente tienen una mayor probabilidad de parto por cesárea, y las que presentan fetos en situación transversa (grupo 9) tienen indicación obstétrica para su realización. La cantidad de mujeres perteneciente a estos grupos es minoritaria dentro de nuestra institución y el aporte a la cifra global de cesáreas es inferior a la de otros grupos con menos riesgo inherente de requerir parto operatorio.

Con base en los hallazgos encontrados se propone al interior de la institución socializar los presentes resultados y para estudios futuros, revisar las indicaciones y protocolos de inducción y conducción del trabajo de parto, uso del partograma y la monitorización del bienestar fetal, las indicaciones para realizar cesárea electiva anteparto y la definición de inducción fallida. En este mismo sentido, se sugiere la adopción e implementación de protocolos de maduración cervical, atención de parto vaginal después de cesárea y con un impacto esperado menor, protocolos de atención de parto en presentación de pelvis. Finalmente, es posible implementar estrategias para la reducción de la tasa de cesáreas como una segunda opinión de expertos antes de realizar el procedimiento. La información concerniente a la edad gestacional y la indicación de las inducciones de trabajo de parto, la determinación del número de cesáreas previas en las mujeres con este antecedente, la descripción de la indicación obstétrica o perinatal de la cesárea en los partos pretérmino y el reporte uniforme del bienestar fetal permitirá adecuar las estrategias e intervenciones para racionalizar el uso de la cesárea como vía del parto.

CONCLUSIONES

La Clasificación Robson es un modelo que permite a cualquier institución de salud identificar los grupos de mujeres que más contribuyen a la tasa de cesáreas en cada institución y permite establecer los grupos de mujeres con características obstétricas comunes sometidas a cesárea que requieren intervención en un protocolo institucional y que permita definir conductas que impacten en la tasa global de cesáreas en la institución.

Los grupos de mujeres con tasas específicas más elevadas de cesárea son las mujeres con cesárea anterior, las mujeres nulíparas y especialmente las sometidas a inducción del parto y las mujeres con embarazos pretérmino. Estos grupos son susceptibles de intervención para reducir la tasa de cesárea en cada uno de ellos e impactar la tasa global de cesárea de la institución.

Se recomienda la socialización de los resultados con los diferentes trabajadores de la institución e implementar estrategias que permitan una reducción de la tasa global de cesárea, aumentando la seguridad de la atención obstétrica y perinatal.


La OMS propone utilizar el sistema de clasificación de Robson como estándar global para evaluar y comparar las tasas de cesárea, y hacer un seguimiento al respecto en los establecimientos sanitarios a lo largo del tiempo y entre ellos. Para facilitar la adopción de la clasificación de Robson por parte de los establecimientos sanitarios, la OMS desarrollará guías de uso, implementación e interpretación, que incluirán la estandarización de términos y definiciones.

BIBLIOGRAFIA

1. Paleari et al. «Tasa de cesáreas en dos hospitales privados con normativas diferentes: abierto y cerrado» *Ginecol Obstet Mex* 2011;2012;80(4):263-269
2. Ruíz et al. «Cesárea: Tendencias y resultados» *Perinatol Reprod Hum* 2014; 28 (1): 33-40
3. Vélez et al. Incidencia, Indicaciones y Complicaciones de la Operación Cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2012; 29(2); 58-64
4. Schnapp ET AL. «Operación Cesárea » *Rev. Med. Clin. Condes* - 2014; 25(6) 987-992]
5. Cabeza et al. «Clasificación de cesáreas por Grupos de Robson en dos periodos comparativos en el Hospital de Manacor» *Prog Obstet Ginecol* 210; 53 (10): 385-390
6. Kazmi et al. « Analysis of cesarean sectio Rate-acording to Robson´s 10-group classification» *Oman Medical Journal* (2012) vol. 27 N° 5 425-417
7. Barcaite et al. « Cesarean section rates in Lithuania using Robson ten group classification system» *Medicina* 51 (2015) 280-285
8. Farine et al « Classification of cesarean sections in Canada: The modified Robson criteria» *J Obstet Gynaecol Can* 2012;34 (10): 976-979
9. Ferreira et al. « Robson ten grop Classification System applied to woman with severa maternal morbidity» *BIRTH* 42:1 March 2015
10. Betrán et al. « A systematic Review of the Robson classification for cesarean section: What works, doesn´t work and how to improve it» *PLOS* 2014;9 (6) 1:10
11. Litorp et al. « Increasing caesarean section rates among low-risk groups: a panel study classifying deliveries according to Robson at a University hospital in Tanzania» *BMC Pregnancy* 2013;13 (107) 1-10
12. Vogel et al. «Ue of the Robson classification to asses caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys» *Lancet Global Health* 2015; 3: 260-217
13. Betrán et al. «WHO statement on caesarean section rates» DOI 2015 pp 1-4
14. Muñoz et al. «Operación cesárea:¿Indicación justificante o preocupación justificada? *Ginecol Obstet Mex* 2011:79 (2):67-7
15. Cyr RM, Myth of the ideall cesarean section rate: commentary and historic perspective. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Apr;194(4):932-6

16. Zhang J, Troendle J, Reddy UM, Laughon SK, Branch DW, Burkman R, et al. Contemporary cesarean delivery practice in United States. *Am J Obstet Gynecol*. Elsevier Inc; 2010 oct; 2013 (4):326. E1-326. E10.
17. Betran AP, Vindenvoghel Nadia, Souza JP Gulmezoglu M , Torloni MR, , et al. A Systematic Review of the Robson Classification for cesárean Section . *PLoS One*. Public Library of Science; 2014 ;9(6):e97769.
18. Van Dillen J, Diesch M, Schutte J, Zwart J, Wolterbeek R, van Roosmalen J. Comparing grades of urgency for classification of cesárean delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. International Federation of Gynecology and Obstetrics; 2009 Oct;107(1):16–8.
19. Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S, et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2004 Jun 12;363(9425):1934–40.
20. Anderson GM, Lomas J. Determinants of the increasing cesárean birth rate. Ontario data 1979 to 1982. *N Engl J Med*. 1984 Oct 4;311(14):887–92.
21. Integrantes del Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog) y la Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen), Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso , 2014. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 65 No. 2 • AbrilJunio 2014 (139-151)
22. Robson MS, Scudamore IW, Walsh SM. Using the medical audit cycle to reduce cesárean section rates. *Am J Obstet Gynecol*. 1996 Jan;174(1 Pt 1):199–205.

Cuadro 1: Clasificación de Robson

<p>Grupo 1</p>  <p>Multiparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.</p>	<p>Grupo 6</p>  <p>Multipara con embarazo único en presentación podálica.</p>
<p>Grupo 2</p>  <p>Multiparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.</p>	<p>Grupo 7</p>  <p>Multiparas con embarazo único en presentación podálica, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.</p>
<p>Grupo 3</p>  <p>Multiparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.</p>	<p>Grupo 8</p>  <p>Mujeres con embarazos múltiples, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.</p>
<p>Grupo 4</p>  <p>Multiparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o con parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.</p>	<p>Grupo 9</p>  <p>Mujeres con embarazo único en situación transversa o oblicua, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.</p>
<p>Grupo 5</p>  <p>Multiparas con, al menos una cicatriz uterina previa, embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación.</p>	<p>Grupo 10</p>  <p>Mujeres con embarazo único en presentación cefálica, menos de 37 semanas de gestación, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.</p>