

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
DIVISION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



TITULO DEL PROTOCOLO DE TESIS

**PREVALENCIA DE LAS CESÁREAS DE ACUERDO A LA ESCALA DE ROBSON, EN
EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO DURANTE LOS AÑOS 2012-2016, UNA
ESTRATEGIA PARA DISMINUIR LA TASA DE CESAREAS**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. RUFINA REYES MORALES

ASESOR DE TESIS

DR. JUAN JIMENEZ HUERTA

CIUDAD DE MEXICO, JULIO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

HOJA DE AUTORIZACIÓN

Dr. José Manuel Conde Mercado
Jefe de Enseñanza Hospital Juárez de México

Dr. Juan Jiménez Huerta
Profesor titular del curso universitario de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia y
Asesor de tesis
Hospital Juárez de México

Dr. José María Tovar Rodríguez
Co-asesor de tesis en metodología

Número de Registro: HJM 0212/16R

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme lograr este reto en mi vida, y estar siempre a mi lado y por quererme mucho. A mi madre por su apoyo incondicional en todo, y por acompañarme en este largo camino dándome ánimos de continuar cada día. A mis hermanos ya que gracias a su apoyo fue posible este proyecto. A Beto, mi novio y amigo, por permanecer conmigo cada instante, y darme fuerzas en los momentos mas difíciles.

Agradezco a mis maestros por su infinita paciencia y enseñanzas, por compartir sus experiencias conmigo.

A mis compañeros y amigos, que forman parte de esta bella etapa de mi vida.

INDICE

1. TITULO DEL PROYECTO.....	5
2. RESUMEN.....	5
3. MARCO TEORICO.....	5
4. JUSTIFICACION.....	7
5. PREGUNTA D EINVESTIGACION	7
6. OBJETIVOS	8
a) GENERAL	8
b) PRINCIPAL	8
c) SECUNDARIOS	8
7. METODOLOGIA	8
a) DISEÑO DE LA INVESTIGACION	9
b) DEFINICION DE LA POBLACION	9
c) DEFINICION DE VARIABLES	9
8. TECNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION.....	10
9. RECURSOS	10
10. ASPECTOS ETICOS.....	11
11. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD.....	11
12. RESULTADOS.....	11
13. ANALISIS	21
14. CONCLUSIONES.....	22
15. SUGERENCIAS	22
16. BIBLIOGRAFIA.....	23

1. TITULO DEL PROYECTO

PREVALENCIA DE LAS CESÁREAS DE ACUERDO A LA ESCALA DE ROBSON, EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO DURANTE LOS AÑOS 2012-2016, UNA ESTRATEGIA PARA DISMINUIR LA TASA DE CESAREAS

2. RESUMEN

La tasa de cesáreas va en incremento progresivamente a pesar de las medidas establecidas para evitarlo, la Organización Mundial de la Salud recomienda de acuerdo a análisis en muchos países una tasa de cesáreas de 10 a 15%, ya que no se ha demostrado que tasas superiores a esta disminuyan la morbilidad materno-fetal. Y sin embargo trae consigo mayores riesgos a la salud materno-fetal a corto y largo plazo.

La clasificación de Robson permite establecer grupos de pacientes con características específicas, que nos permiten identificar el grupo de mujeres en las que existe mayor prevalencia de cesáreas y con estos resultados se podrán tomar medidas para disminuir la tasa de cesáreas sobre los grupos más afectados.

La OMS recomienda aplicar esta clasificación en las instituciones y en todos los países para lograr establecer un panorama real de la tasa de cesáreas.

3. MARCO TEORICO

El parto por cesárea es la cirugía mayor más común realizada en México y en el resto del mundo. En el mundo se realizan aproximadamente 18.5 millones de cesáreas de las cuales la mitad son innecesarias. La tasa de cesáreas en el Hospital Juárez de México ha ido en incremento, en los últimos años, así tenemos que en el año 2001 se registró una tasa de cesáreas del 31.7% y en el 2014 de 50.7% por lo que es necesario implementar una estrategia para disminuir la tasa de cesáreas.

Desde 1985, los profesionales de la salud en todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesáreas debe mantenerse entre el 10% y el 15% (1). Estas cifras han sido muy criticadas y debatidas, sin embargo, la operación cesárea continúa teniendo un aumento preocupante en todo el mundo. La operación cesárea debe prevenir la mortalidad y la morbilidad materno-perinatal. Hasta el momento no se ha demostrado que muestre beneficios en mujeres en las que no se requiere (1,2). Aún no se ha determinado la causa de este incremento en las tasas de cesáreas, pero forma parte de un complejo multifactorial que implica los sistemas de salud, proveedores de cuidado de la salud, las mujeres, las sociedades e incluso la moda. Actualmente las intervenciones para reducir el número de cesáreas no han tenido eficacia (2). El enfoque más efectivo para reducir la morbilidad general está encaminado a disminuir la primer cesárea (5).

Secundario a esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en octubre de 2014, recomienda una tasa de cesáreas de 10-15 por ciento, esto se basó en las tasas de parto por cesárea en los países que tenían las tasas de mortalidad materna y neonatal más bajas en el mundo (3). Concluye que las tasas superiores al 10- 15% no se asociaron con reducciones en las tasas de mortalidad materna y neonatal (2).

Se han hecho estudios comparando el método del nacimiento y la mortalidad perinatal encontrando que para los países con las tasas de cesárea por debajo del 15 por ciento, tuvieron asociación negativa con la mortalidad materna. Sin embargo, para los países con las tasas de cesárea más altas (por encima de 15 %), se correlacionaron con mayor mortalidad materna (3).

Al igual que con cualquier cirugía, la operación cesárea está asociada a riesgos a corto y largo plazo, principalmente cuando se realizan en condiciones inadecuadas tanto en infraestructura y con personal no capacitado. Por otra parte, la realización inadecuada e inoportuna de una cesárea puede dar como resultado asfixia perinatal, muerte fetal, rotura uterina o fístulas obstétricas. Por lo tanto, las cesáreas deben realizarse cuando realmente sean necesarias por indicaciones médicas y proporcionársela a todas las mujeres que lo necesiten (2).

Las indicaciones para la primer cesárea pueden incluir la mala presentación, gestación múltiple, trastornos hipertensivos, macrosomía, solicitud materna, detención de la primera etapa o la segunda etapa de trabajo de parto, falla en la inducción del parto, y alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal. Las recomendaciones y acciones del obstetra en respuesta a situaciones específicas tendrán un gran impacto en la decisión para la operación cesárea (5).

Existen factores no modificables para la realización de una cesárea tales como una mala presentación fetal, FCF desalentadora antes o durante el trabajo de parto, macrosomía, y malformaciones. Factores obstétricos potencialmente modificables como son inducción fallida, detención del trabajo de parto, gestaciones múltiples, la preeclampsia, distocia de hombros, miomectomía previa, antecedente de desgarro de tercer grado o cuarto grado, placentación marginal y de inserción baja. Los factores maternos modificables para evitar una primer cesárea incluyen la obesidad, infección, las enfermedades cardiovasculares, pelvis inadecuadas, y la solicitud de la paciente sin indicaciones maternas, obstétricas o fetales. La preocupación por los riesgos de un parto vaginal y menos preocupación por los riesgos de una cesárea puede conducir a la decisión de realizar una cesárea (5).

Los médicos deben informar detalladamente a los pacientes y concientizarlos de las posibles complicaciones derivadas de cirugías repetidas después de la primer cesárea. El ingreso de las pacientes antes de tiempo, o sin indicación médica, favorece estancias prolongadas en el área de labor, lo que puede causar fatiga de la paciente o la decisión del médico de realizar una cesárea, la carga de trabajo de muchos trabajadores de salud también afectan a la toma de decisiones. La corriente climática médico-legal ha hecho que la espera de un parto vaginal sea menos atractiva para muchos médicos en trabajos de parto que están progresando bien. Las expectativas de las pacientes, el clima médico-

legal, y los patrones de la práctica relacionada con manejo durante el parto debe ser dirigida a reducir la tasa de la primer cesárea. La educación en relación con el curso normal del trabajo de parto y las implicaciones de la primer cesárea pueden permitir a las mujeres y sus médicos evitar prácticas que aumentan cesáreas no necesarias (5).

Se ha observado que el odds ratio para la mortalidad neonatal de cesárea primaria indicada sin riesgo era 2.02 (1,60 a 2,55) en comparación con el parto vaginal. Por lo tanto, cesárea debe utilizarse con precaución (3).

La clasificación de las cesáreas siempre ha sido problemática debido a la falta de definiciones uniformes y ha dado lugar a una mala reproducibilidad y comparaciones insatisfactorias. En el año 2001, el Dr. Michael Robson propuso un sistema de 10 grupos que clasifica a todas las mujeres admitidas a la sala de parto de acuerdo con cinco características obstétricas (2): Paridad (nulípara, multípara con y sin cesárea previa); comienzo del trabajo de parto (espontáneo, inducido o cesárea antes del comienzo del trabajo de parto); edad gestacional (parto prematuro o a término); presentación fetal (cefálica o podálica, transversa) y cantidad de fetos (único o múltiple) (1).

Esta clasificación permite la estratificación de las tasas de cesárea en grupos más uniformes de mujeres, y también la evaluación de las tasas de cesárea en relación con otros procesos y resultados perinatales (2).

4. JUSTIFICACION.

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 a cualquier embarazo futuro. El parto por cesárea electiva sin indicación médica también puede contribuir a un cierto aumento en el riesgo la muerte de la madre. Se sabe que un parto por cesárea electiva representa un 2,84 veces mayor probabilidad de muerte materna que un nacimiento vaginal. Por lo tanto es necesario hacer un diagnostico situacional de la tasa de cesáreas en el hospital e identificar los grupos vulnerables para poder plantear una estrategia para disminuir la tasa de cesáreas.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el grupo, según la clasificación de Robson en el cual se presenta el mayor número de cesáreas?

6. OBJETIVOS

A. General.

Clasificar a las cesáreas realizadas en el hospital Juárez de México de acuerdo al sistema de clasificación de Robson.

B. Principal.

Determinar la prevalencia de cesáreas realizadas en el Hospital Juárez de México de acuerdo al sistema de clasificación de Robson durante el periodo que abarca del 1 de enero 2012 al 31 de diciembre 2016.

C. Secundarios.

Identificar el grupo de mujeres en quienes se realizan el mayor número de cesáreas.

Determinar la tasa de cesáreas en el Hospital Juárez de México.

Determinar la principal indicación de la operación cesárea en el Hospital Juárez de México.

Establecer una estrategia para disminuir la tasa de cesáreas.

7. METODOLOGIA

Se realizó un estudio retrospectivo a cinco de todos los nacimientos por vía vaginal o cesárea, de 20 semanas de gestación en adelante, ocurridos en el Hospital Juárez de México en el periodo del 1 enero 2012 al 31 de diciembre 2016, agrupando a todas las pacientes dentro de los 10 grupos de la clasificación de Robson. Se capturaron las variables de edad, gestas, paras, cesáreas, abortos, presentación y situación fetal, semanas de gestación, presencia o no de trabajo de parto, numero de fetos, antecedentes de cirugías uterinas previas, indicación de las cesáreas. La tasa de cesáreas fue calculada en cada grupo, la información fue tomada de los expedientes en los cuales se practicó cesárea a las pacientes.

Grupos Mujeres incluidas

- | | |
|---|--|
| 1 | Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontánea |
| 2 | Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han sido sometidas a inducción o a cesárea antes del inicio del parto |
| 3 | Múltiparas sin cesárea previa, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontánea |
| 4 | Múltiparas sin cesárea previa, con un feto en presentación cefálica, de 37 |

	semanas o más de embarazo, que han sido sometidas a inducción o a cesárea antes del inicio del parto
5	Múltiparas con al menos una cesárea previa, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo
6	Nulíparas con un feto único en presentación podálica
7	Múltiparas con un feto único en presentación podálica, incluyendo aquéllas con cesárea previa
8	Todas las mujeres con embarazo múltiple, incluyendo aquéllas con cesárea previa
9	Todas las mujeres con feto único en posición transversa u oblicua, incluyendo aquéllas con cesárea previa
10	Todas las mujeres con un feto único en presentación cefálica de menos de 37 semanas de embarazo, incluyendo aquéllas con cesárea previa

A. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo.

B. DEFINICION DE LA POBLACION

Todas las mujeres embarazadas de 20 semanas de gestación o mas que ingresaron al hospital Juárez de México y que tuvieron resolución del embarazo vía abdominal o vaginal durante el periodo del 1 de enero 2011 al 1 enero 2016.

C. DEFINICION DE VARIABLES

Operación cesárea: Es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina.

Tasa de cesáreas: Se define como el número de partos por cesárea sobre el total de nacimientos vivos.

Clasificación de Robson: sistema de 10 grupos que clasifica a todas las mujeres admitidas a la sala de parto de acuerdo con cinco características obstétricas: Paridad (nulípara, múltipara con y sin cesárea previa); comienzo del trabajo de parto (espontáneo, inducido o cesárea antes del comienzo del trabajo de parto); edad gestacional (parto prematuro o a término); presentación fetal (cefálica o podálica, transversa) y cantidad de fetos (único o múltiple).

Clasificación de Robson

<p>Grupo 1</p>  <p>Nullíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.</p>	<p>Grupo 6</p>  <p>Nullípara con embarazo único en presentación podálica.</p>
<p>Grupo 2</p>  <p>Nullíparas 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 u 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>

8. TECNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Se usaron los expedientes del archivo clínico de todas las pacientes que tuvieron parto o cesárea durante el periodo establecido y se recolectaron los datos en tablas del programa Excel las cuales se encuentran en el apartado de anexos.

9. RECURSOS

Se solicitó apoyo por parte del servicio de archivo clínico y del servicio de obstetricia del Hospital Juárez de México.

10. ASPECTOS ETICOS

Es un estudio retrospectivo y observacional, el cual no requiere consentimiento informado por parte de las pacientes, ya que no se realizó ninguna intervención experimental.

11. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

No implica ningún riesgo por las características del estudio.

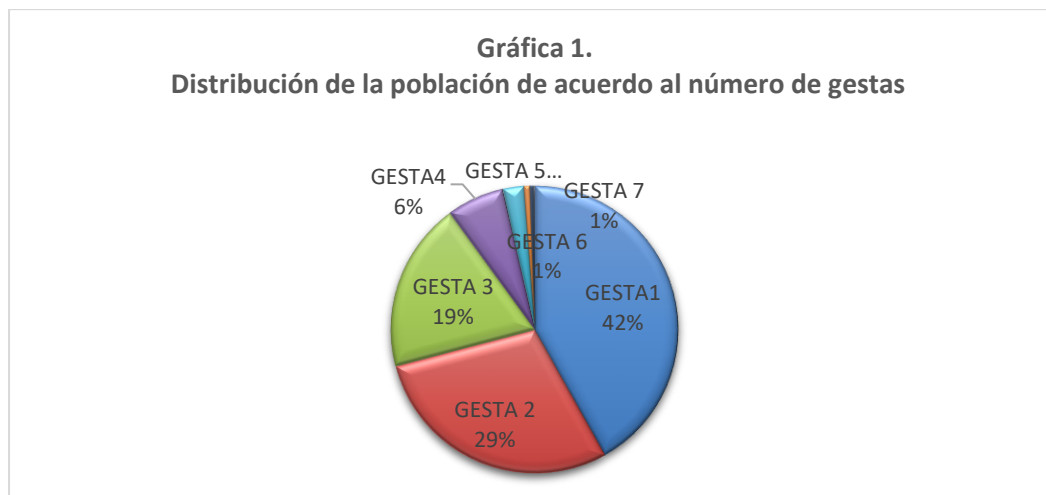
12. RESULTADOS

Durante el periodo estudiado en el Hospital Juárez de México, se atendieron un total de 9802 partos, de donde se hace un cálculo de muestra anual de 378 nacimientos con los siguientes resultados. El promedio de edad de las pacientes fue 24.7 años, y el promedio de la edad gestacional fue 38.4 sdg. Las características seleccionadas de las pacientes y sus embarazos se muestran en la tabla 1.

TABLA 1. Características clínicas de la población atendida en el Hospital Juárez de México en el periodo 2012-2016	
Características	Valor
Edad (media)	24.6 años
Paridad (primigestas)	41.9 %
Numero de fetos, feto único	98.7 %
Edad gestacional (media)	38.4 sdg
< 28 semanas	0.9 %
28-37 semanas	14.4 %
Mayor de 37 semanas	85.3 %
Cesárea previa	23.4 %
Presentación, cefálica	97.2 %

Las características de la población a lo largo del periodo estudiado no han mostrado cambios respecto a la edad, paridad, edad gestacional y proporción de feto único y múltiple.

El 41.9% de las pacientes fueron primigestas, 58.1 % multigestas como se observa en la Gráfica 1.

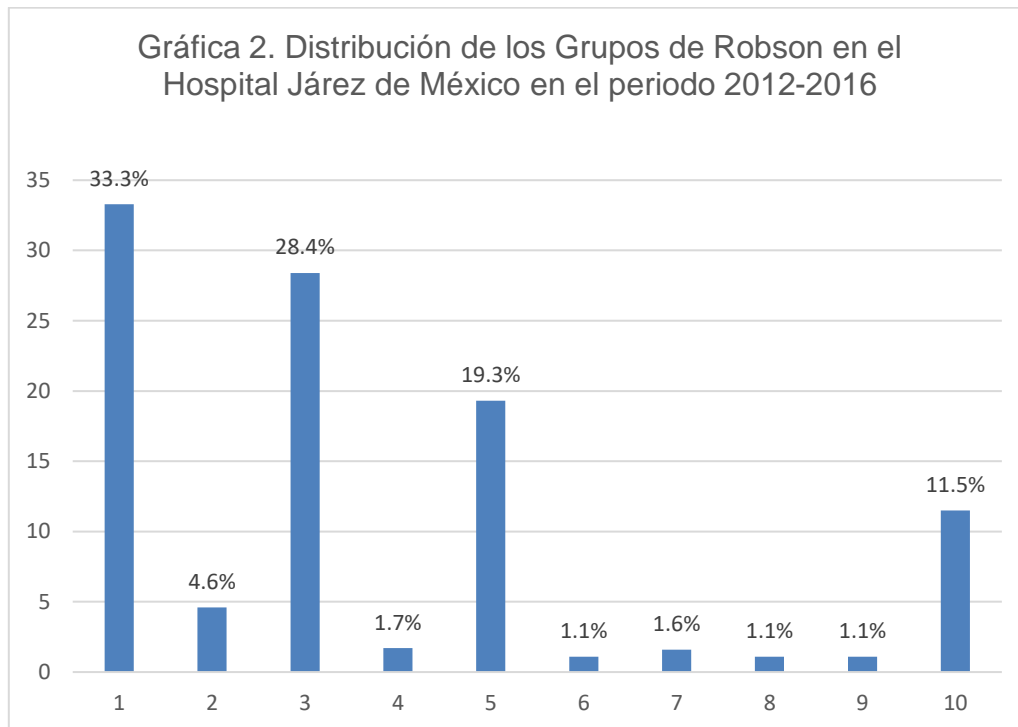


En la tabla 2 se muestran la distribución de la población por los grupos de Robson, la distribución de partos sobre cesáreas, el porcentaje de cesáreas y la contribución de cada grupo a la tasa de cesáreas.

TABLA 2.
Distribución Y tasa de cesáreas por Grupos de Robson en el Hospital Juárez de México en el periodo 2012-2016

GRUPO	TAMAÑO DEL GRUPO	%	RELACION PARTO/ CESAREA	PROPORCION ESPECIFICA DE CESAREAS	CONTRIBUCION DE LAS CESAREAS EN EL GRUPO TOTAL
GRUPO 1	630	33,3	413/217	217/630 (34,2%)	217/903 (24%)
GRUPO 2	88	4,6	10/78	78/88 (88,6%)	78/903 (8,6%)
GRUPO 3	470	24,8	407/63	63/470 (13,1%)	63/903 (6,9%)
GRUPO 4	32	1,7	7/25	25/32 (78,1%)	25/903 (2,7%)
GRUPO 5	365	19,3	77/288	288/365 (79%)	288/903 (31,8%)
GRUPO 6	21	1,1	0/21	21/21 (100%)	21/903 (2,3%)
GRUPO 7	30	1,6	0/30	30/30 (100%)	30/903 (3,3%)
GRUPO 8	20	1,1	1/19	19/20 (95%)	19/903 (2,1%)
GRUPO 9	20	1,1	0/20	20/20 (100%)	22/903 (2,2%)
GRUPO 10	217	11,5	75/142	142/217 (65,4%)	142/903(15,7%)
TOTAL	1893	100	903/989	903/1893 (47,7%)	903/903(100%)

Los grupos 1,3 y 5 son los más numerosos, representando el 78% de la población.



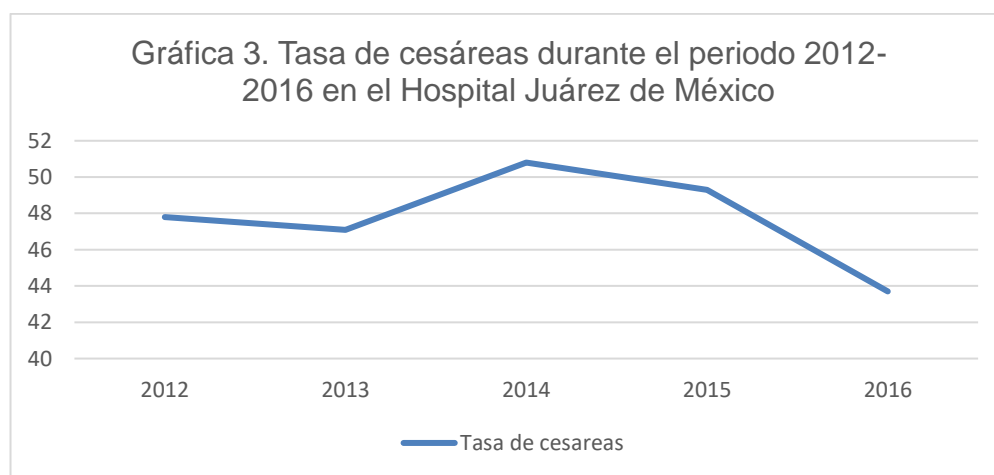
El grupo de Robson más numeroso fue el de primigestas, con embarazo de término, producto en presentación cefálica y trabajo de parto espontáneo (grupo 1), representando el 33% de la población atendida. Seguido del grupo 3, mujeres multigestas con embarazo de término, producto en presentación cefálica y trabajo de parto espontáneo.

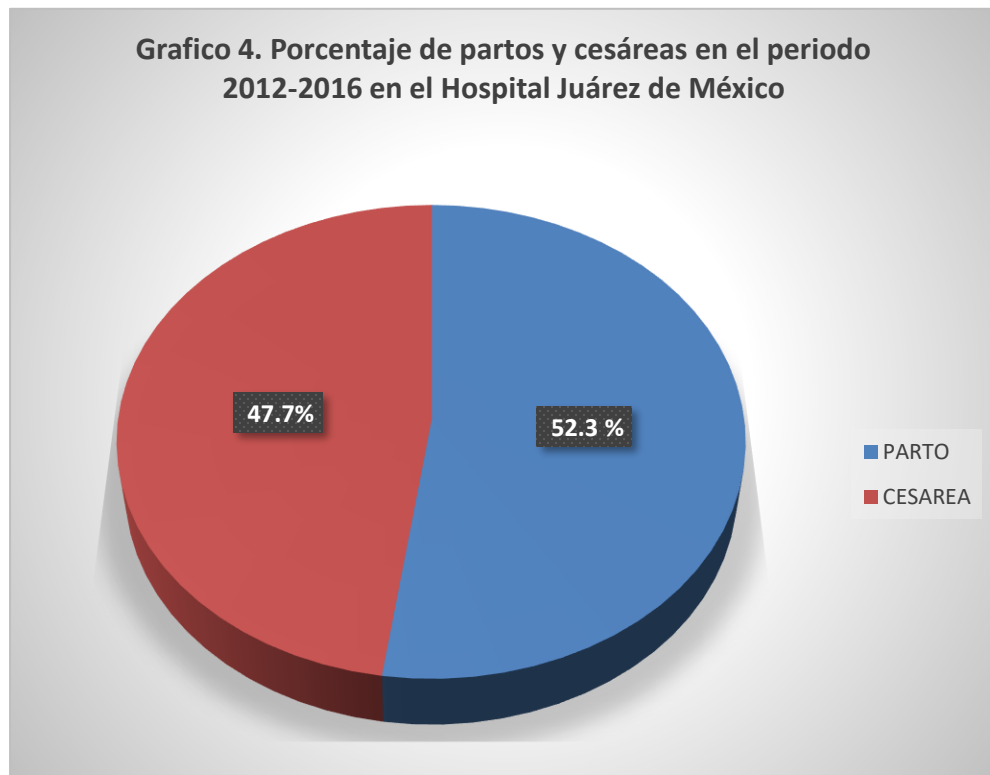
Las mujeres con cesáreas previas con embarazo a término, con feto único representa el tercer grupo más numeroso en nuestra población obstétrica, y es el grupo que más aporta al porcentaje de cesáreas.

EL 11.5 % de las pacientes cursaron con embarazo pretérmino, de las cuales al 65.4% se les practicó cesárea.

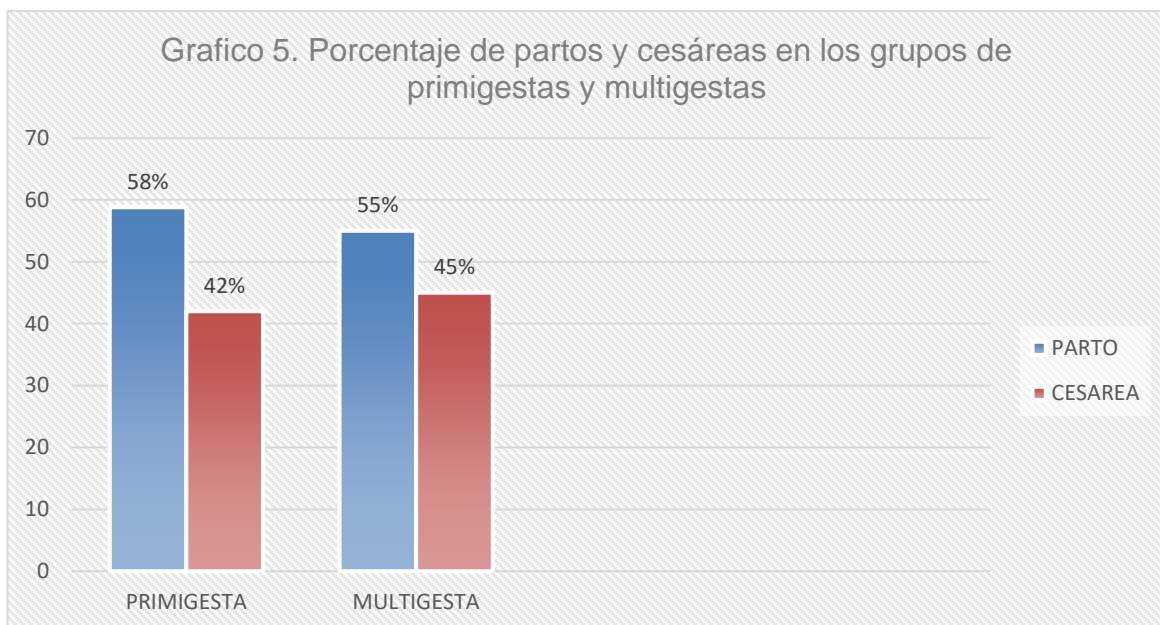
El número de nacimientos y la tasa de cesáreas en el periodo estudiado se muestra en la tabla 3. La tasa promedio de cesáreas en los 5 años fue del 47.7%.

Tabla 3. Tasa de cesáreas durante el periodo 2012-2016 en el Hospital Juárez de México		
Año	Numero nacimientos	Tasa de cesáreas (%)
2012	2010	47,8
2013	1982	47,1
2014	1841	50,8
2015	1864	49,3
2016	2105	43,7
Total	9802	47,7





Los grupos que más aportaron a la tasa de cesáreas son de las multigestas aportando un 60.5% a la tasa de cesáreas.

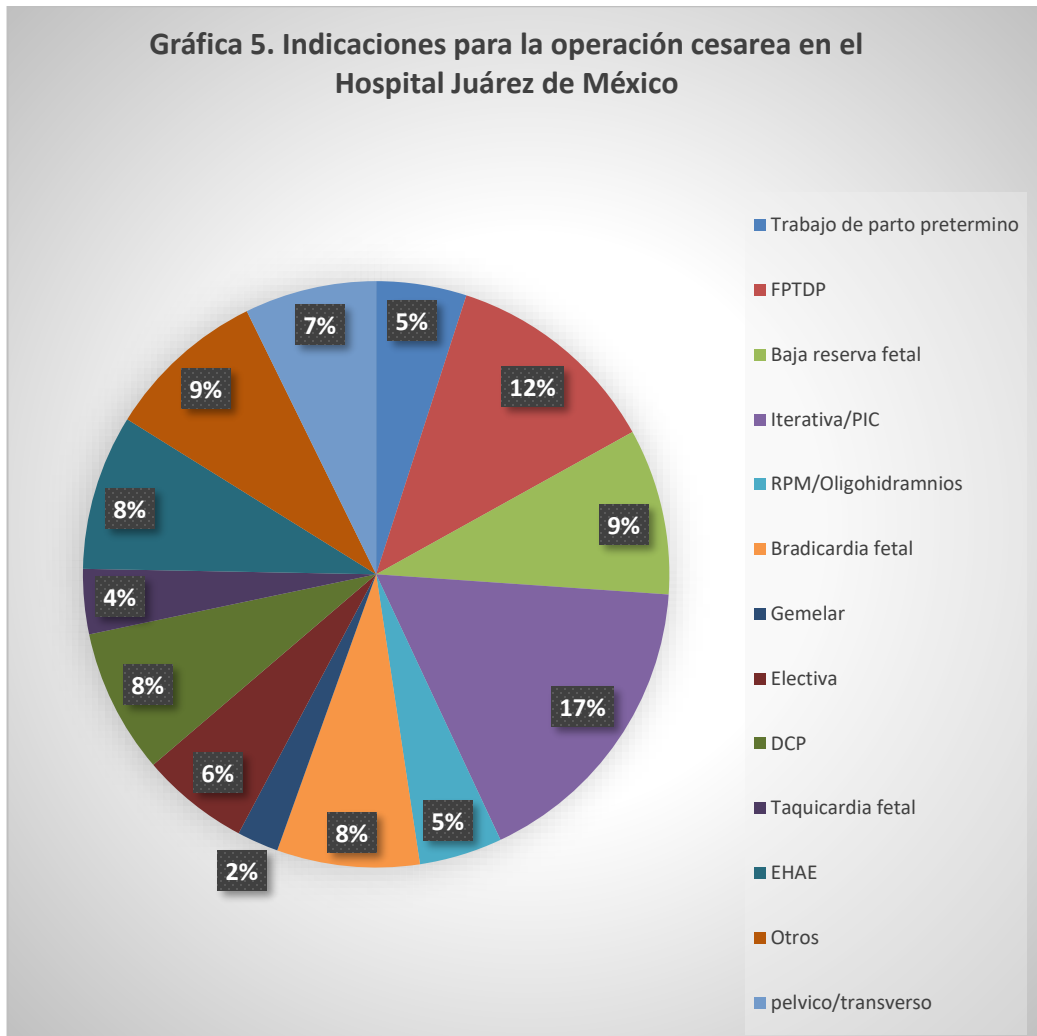


De manera individual el grupo que más aportó a la tasa de cesáreas fue el grupo de mujeres multíparas con antecedente de cicatriz uterina previa (grupo 5) con un 31.8%, seguido del grupo de mujeres primigestas con embarazo de 37 semanas o más con trabajo de parto espontáneo (grupo 1) con un 23.9%, y en tercer lugar las mujeres con embarazo menor de 37 semanas (grupo 10) con un 15.7%.

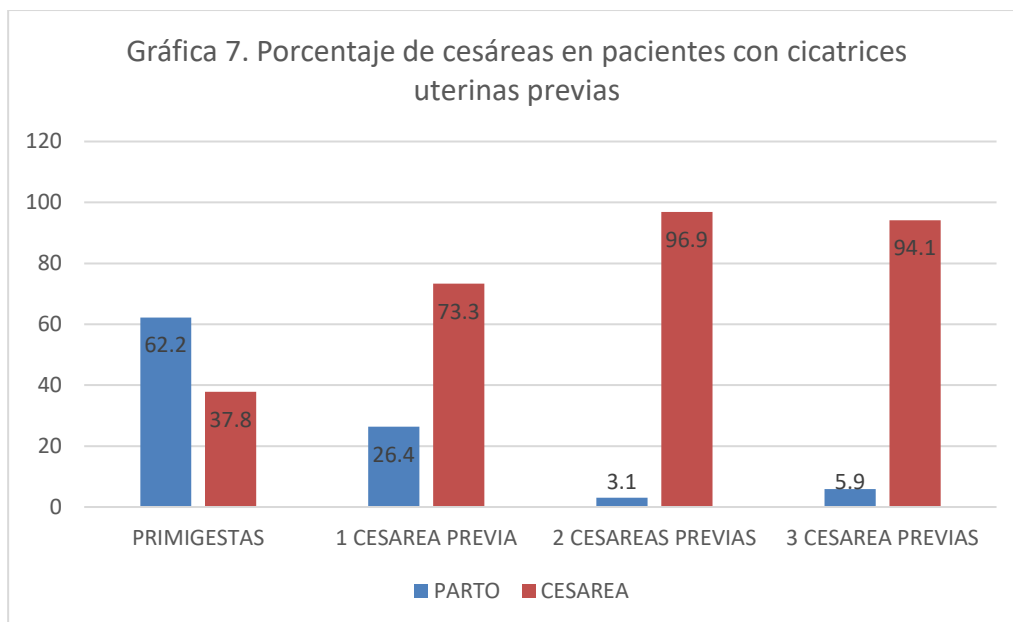
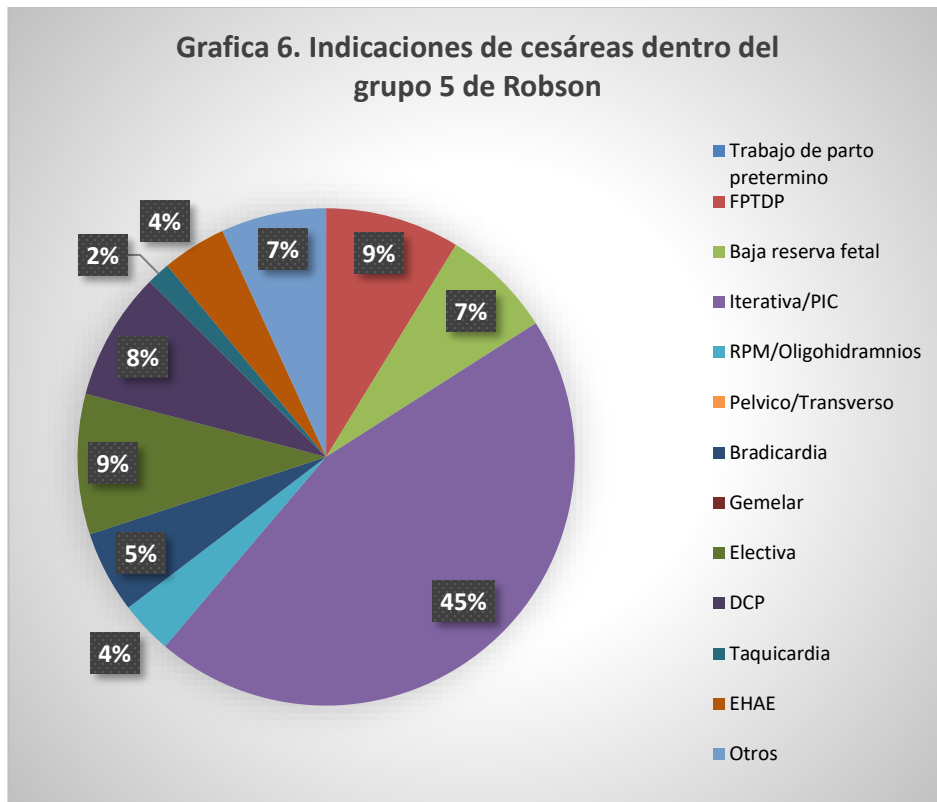
La indicación más frecuente de cesárea fue cesárea iterativa. Seguido de falta de progresión de trabajo de parto. En la tabla 4, se muestran las principales indicaciones de cesáreas en nuestro hospital.

Tabla 4. Indicaciones para la operación cesárea en el Hospital Juárez de México en el periodo 2012-2016

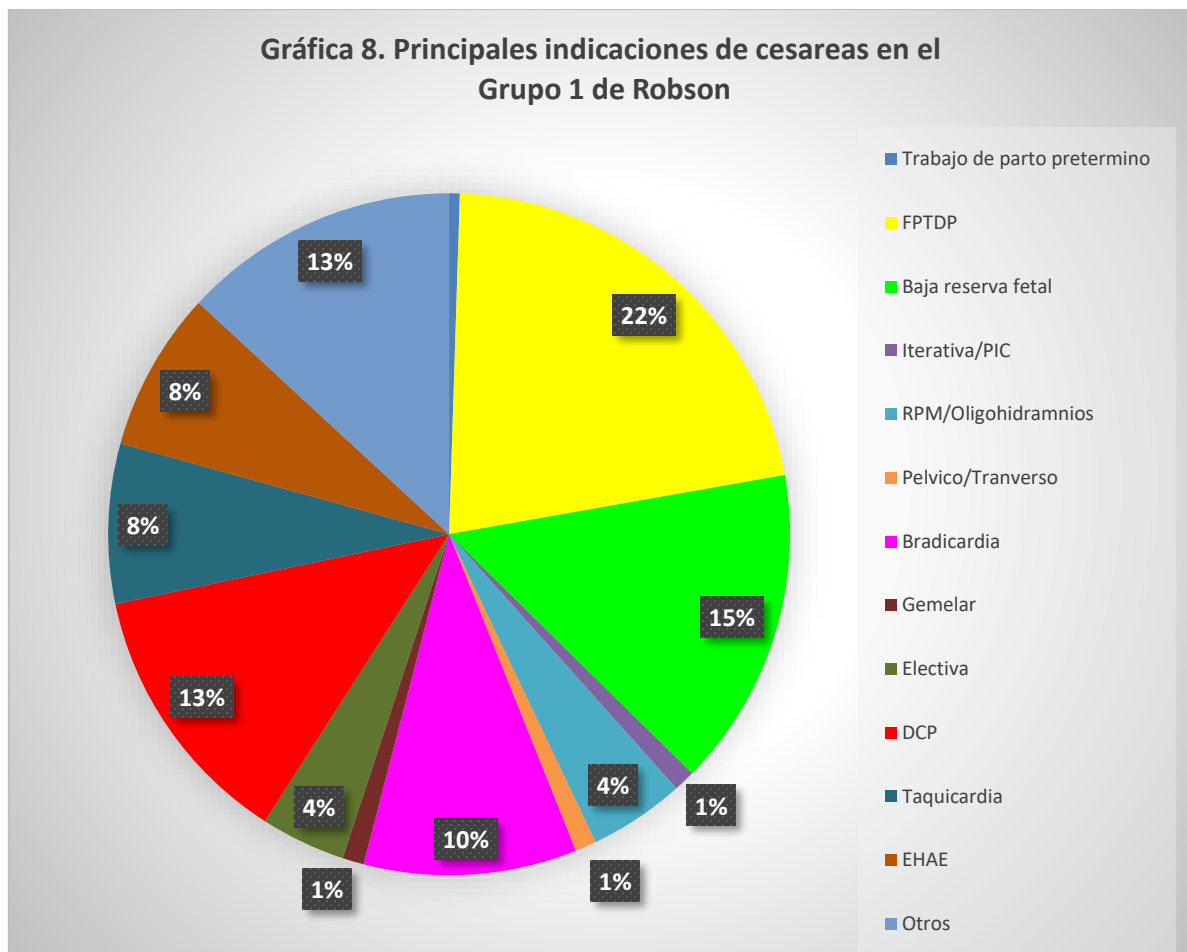
Indicación médica	N	%
Trabajo de parto pretérmino	45	4,9
Falta de progresión de trabajo de parto	107	11,8
Baja reserva fetal	83	9,1
Iterativa/ periodo intergenésico corto	152	16,8
Ruptura prematura de membranas/ oligohidramnios	41	4,5
Pélvico / transverso	66	7,3
Bradycardia fetal	71	7,8
Embarazo múltiple	20	2,2
Cesárea electiva	55	6,0
Desproporción cefalopélvica	72	8,0
Taquicardia fetal	33	3,6
Estados hipertensivos asociados al embarazo	77	8,5
Otros	81	9,0
Total	903	100



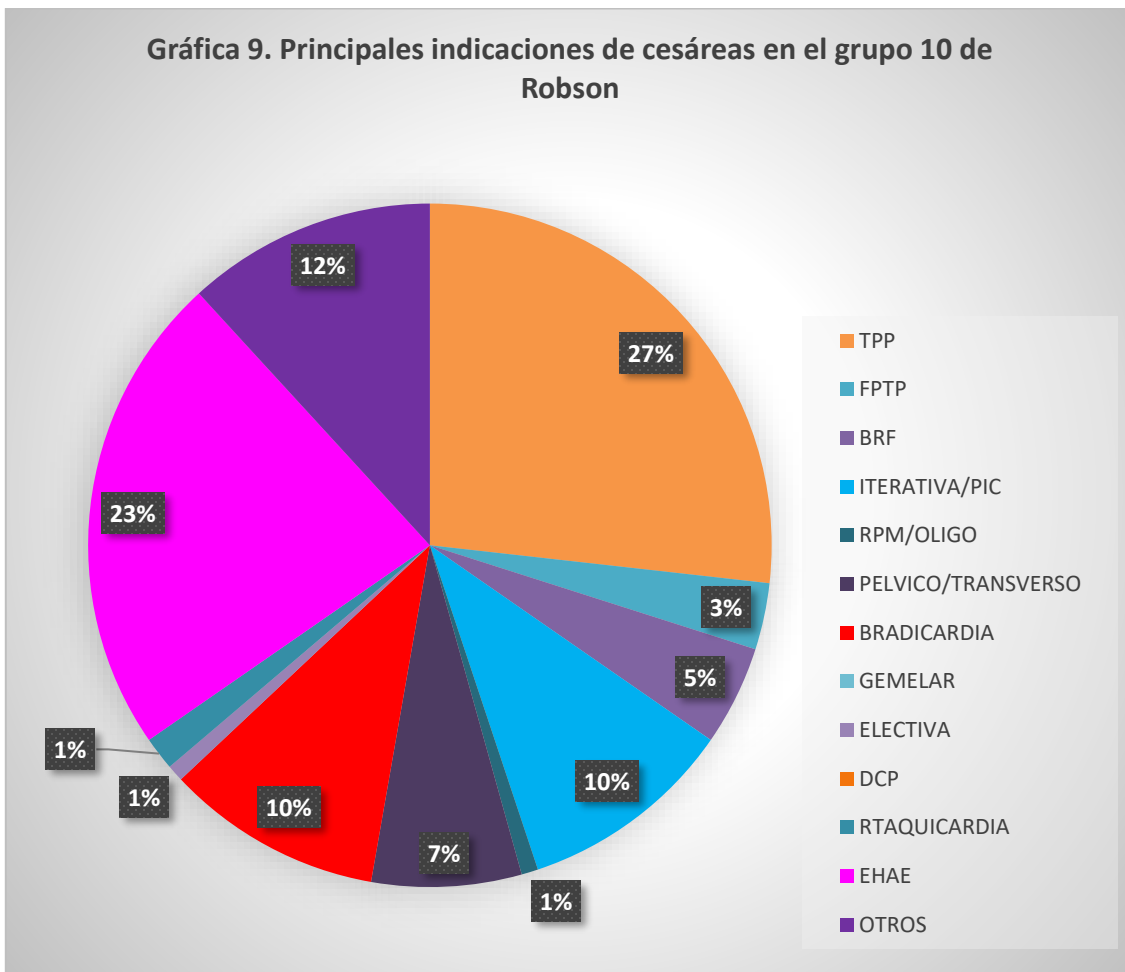
El grupo que más aportó a la tasa de cesáreas fue el **grupo 5**, aquellas mujeres con cicatriz uterina previa. Dentro de este grupo la indicación más frecuente fue cesárea iterativa (45%) como se observa en la Gráfica 7, la segunda indicación más frecuente fue cesárea electiva y falta de progresión de trabajo de parto. En la gráfica 7 se muestra la resolución del embarazo en pacientes de acuerdo al número de cesáreas previas.



El **segundo grupo** que más aportó a la tasa de cesáreas es el grupo 1, en el cual la indicación más frecuente de cesárea fue falta de progresión de trabajo de parto, seguido de baja reserva fetal y desproporción cefalopélvica. En la Gráfica 8 se muestran las indicaciones de cesárea en este grupo.



El tercer grupo que más aportó a la tasa de cesáreas fue el grupo 10. Mujeres con embarazos menores de 37 semanas, con producto único en presentación cefálica. Dentro de este grupo la principal indicación de cesárea fue trabajo de parto pretérmino, seguido de estados hipertensivos del embarazo y otras patologías.



13. ANÁLISIS

En el presente estudio se analizó la tasa de cesáreas en un periodo de cinco años, donde se observa una disminución significativa, alcanzando la tasa más alta en el año 2014 de 50% con una disminución progresiva en años posteriores, alcanzando en el último año una tasa de 43.7% superior a la recomendada por la OMS del 15%.

Dentro de la clasificación de Robson el grupo más frecuente fue el grupo 1, sin embargo el grupo que más aportó a la tasa de cesáreas fue el grupo 5, multigestas con embarazo de 37 semanas y con cicatriz uterina previa, donde la indicación más frecuente fue antecedente de 2 cesáreas previas.

Dentro de este grupo podemos observar que casi el 100% de las pacientes con 2 cesáreas previas o más se les realiza cesárea, ya que se trata de una indicación absoluta para su realización, pero es importante mencionar el grupo de mujeres que solo presentan una cesárea previa a las que al 67% se les realizó cesárea, asumiendo que el tener el antecedente de una cesárea previa la predispone a tener una nueva cesárea en más del 70%. Por lo que se evidencia la importancia de prevenir la primer cesárea.

El grupo que ocupa el 2do lugar en aporte a la tasa de cesáreas es el grupo de primigestas con embarazo de termino, trabajo de parto espontaneo, presentación cefálica, y que además es el grupo de Robson más frecuente en nuestra población, donde se observó un porcentaje de cesáreas de 34 %, siendo la principal indicación la falta de progresión de trabajo de parto. Valiendo la pena analizar y revisar estrictamente las definiciones y el protocolo sobre la progresión del trabajo de parto.

Otro grupo importante el de pacientes con embarazos menores de 37 semanas (grupo 10) a las que al 65% se les realiza cesárea, siendo la indicación principal el trabajo de parto pretérmino.

Los grupos 6,7,8 y 9, son pacientes con embarazo con presentación pélvica, embarazos múltiples y situación transversa, cuentan con un porcentaje de cesáreas de 100%. Cabe mencionar que este porcentaje tan elevado es debido a que dentro de los protocolos de nuestra institución la vía de resolución del embarazo es abdominal y no se ponen en práctica maniobras de versión externa o parto instrumentado.

14. CONCLUSIONES

Se concluye que en nuestra población atendida en el Hospital Juárez de México el grupo que más aporta a la tasa de cesáreas es el grupo 5, mujeres con cicatrices uterinas previas, similar a lo publicado en la literatura internacional, difiriendo en la literatura, el segundo grupo que más aporta a la tasa de cesáreas es el grupo 1, que también es el más frecuente en nuestra población. La problemática de una tasa de cesáreas por arriba de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud continua siendo un reto para la mayoría de las instituciones de salud, sin embargo esta tasa de cesáreas es dependiente directamente de las características de la población atendida y del tipo de institución, ya que el hecho de ser institución escuela influye ampliamente en la tasa elevada de cesáreas, así mismo, por tratarse de un hospital de segundo nivel de referencia, un gran porcentaje de pacientes atendidas tienen patologías agregadas graves que favorecen la resolución del embarazo por cesárea.

Deben analizarse detalladamente de los protocolos de atención, individualizando a cada paciente de acuerdo a sus características y necesidades, ajustándonos a las recomendaciones normativas. Se concluye también al igual que en otros estudios reportados, que uno de **los puntos clave para reducir la tasa de cesáreas es evitando la primer cesárea en las pacientes**, siempre y cuando no se vea afectado el bienestar materno-fetal.

Se propone realizar un estudio un más detallado para reducir la tasa de cesáreas, analizando de manera individual la tasa de cesáreas realizada por cada miembro del personal encargado del área de ginecoobstetricia, y así mismo un análisis detallado de las principales indicaciones de la primer cesárea.

15 SUGERENCIAS

Es importante capacitar al personal a cargo del servicio de Obstetricia en todos los turnos médicos adscritos y médicos residentes, sobre monitorización del bienestar fetal e interpretación del mismo para unificar el manejo de las pacientes.

Establecer protocolos de manejo de los principales diagnósticos que favorecen la elevada tasa de cesáreas.

17. BIBLIOGRAFIA

1. Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM; WHO Working Group on Caesarean Section. WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG*. 2016 Apr;123(5)
2. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea
3. Ye J, Betrán AP, Guerrero Vela M, Souza JP, Zhang J. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. *Birth*. 2014 Sep.
4. Joanne C. Armstrong, Katy B. Kozhimannil, Patricia McDermott, George R. Saade, Sindhu K. Srinivas, Society for Maternal-Fetal Medicine Health Policy Committee. Comparing variation in hospital rates of cesarean delivery among low-risk women using 3 different measures. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, Volume 214, Issue 2, February 2016, Pages 153-163*
5. Spong CY, Berghella V, Wenstrom KD, Mercer BM, Saade GR. Preventing the first cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists workshop. *Obstet Gynecol* 2012;120:1181-93.
6. American College of Obstetrics and Gynecology; Society for Maternal-Fetal Medicine. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Obstetric care consensus no. 1. Obstet Gynecol* 2014;123:693-711
7. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) National Quality Measures Clearinghouse. Primary cesarean delivery rate, uncomplicated (IQI 33). HHS:005884. Accessed May 15, 2015.
8. Tapia V, Betran AP, Gonzales GF. Caesarean Section in Peru: Analysis of Trends Using the Robson Classification System. *PLoS One*. 2016 Feb 3.
9. Jayot A, Nizard J. Evolution of cesarean categories in a modified Robson classification in a single center from 2002 to 2012 due to high rate of maternal pathology. *J Obstet Gynaecol Res*. 2016 Jun.
10. Robson M, Murphy M, Byrne F. Quality assurance: The 10-Group Classification System (Robson classification), induction of labor, and cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015 Oct.
11. Lamy C, Alexander S. [The World Health Organisation proposes adopting the Robson Classification as an internationally applicable cesarean section classification system]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2015 Sep.
12. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, Merialdi M. Classifications for cesarean section: a systematic review. *PLoS One*. 2011 Jan 20.
13. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, Tunçalp Ö, Mori R, Morisaki N, Ortiz-Panozo E, Hernandez B, Pérez-Cuevas R, Qureshi Z, Gülmezoglu AM, Temmerman M; WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Health*. 2015 May.

