



Tasa de cesáreas en dos hospitales privados con normativas diferentes: abierto y cerrado

Leonardo Paleari,* Luz Gibbons,** Sandra Chacón,*** Verónica Ramil,**** José M Belizán**

RESUMEN

Antecedentes: durante los últimos años, las crecientes tasas de cesárea son motivo de preocupación en la comunidad médica de muchos países, sobre todo en Latinoamérica

Objetivo: determinar, mediante la clasificación de Robson, si la tasa de cesárea es diferente en un hospital cerrado que en uno abierto.

Material y método: estudio analítico, observacional y prospectivo de cohorte al que se incluyeron todas las pacientes que concurren al sector de Obstetricia entre el 1 de junio de 2009 y el 25 de enero de 2010 para recibir atención del parto en dos hospitales de la ciudad de Buenos Aires. Al hospital abierto concurren médicos de diferente formación profesional, con diferentes criterios y decisiones de práctica clínica, mientras que el hospital cerrado tiene una lista acotada de médicos con una formación profesional similar y en donde las conductas médicas se toman con base en las normativas del servicio y guías de práctica clínica.

Resultados: durante el periodo de estudio se incluyeron 762 pacientes del hospital abierto y 768 del hospital cerrado, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. La tasa global de cesárea en el hospital abierto fue de 53.5% y en el cerrado de 48.7%, el RR = 1.09 (IC 0.99-1.21), esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0.058$). El inicio del trabajo de parto espontáneo en el hospital abierto fue significativamente mayor que en el cerrado (74.9% vs 41.8%) RR = 2.66 (IC 1.98-3.57). El trabajo de parto inducido fue significativamente menor en el hospital abierto con respecto al cerrado (9.7% vs 28.3%) el RR = 0.34 (IC 0.27-0.44). La cesárea electiva fue significativamente menor en el hospital abierto (15.3% vs 29.9%), RR= 0.51 (IC 0.42-0.62).

Conclusión: este estudio demuestra que en dos hospitales privados con diferentes sistemas de atención la tasa de cesáreas es similar. Sin embargo, en el hospital abierto es mayor la tendencia a operar a las pacientes con inicio de trabajo espontáneo y en el cerrado son más las inducciones de trabajo de parto y cesárea electiva.

Palabras clave: cesárea, clasificación de Robson.

ABSTRACT

Background: In recent years, rising rates of caesarean section are of concern in the medical community in many countries, especially in Latin America

Objective: Determine if there is a difference in the rate of Caesarean sections in a restricted-access hospital (HC) and an open-access hospital (HA) using the Robson classification to explain potential differences.

Material and method: A prospective cohort study was conducted. This involved all patients that attended the obstetrics sector in the two hospitals in Buenos Aires where they gave birth between 1 June 2009 and 25^h January 2010. The open-access hospital is open to doctors with varying professional training and differing clinical practice. The restricted-access hospital, on the other hand, can only be attended by specified doctors with certain professional training; their medical) conduct is based on service standards and clinical practice.

Results: Over the study period 762 patients who fulfilled the study criteria were included from the open-access hospital and 768 from the restricted-access hospital. The global rate of caesarean sections in the HA was 53.5%, and 48.7% in the HC, RR 1.09 (CI 0.99-1.21) a difference that was not statistically significant ($p=0.058$). The onset of spontaneous labour in the HA was significantly more than in the HC (74.9% vs. 41.8%) RR 2.66 (CI 1.98-3.57). The induced labour was significantly lower in HA (9.7% vs. 28.3%); RR 0.34 (CI 0.27-0.44). Elective caesarean sections were significantly lower in the HA (15.3% vs. 29.9%) RR 0.51 (CI 0.42-0.62).

Conclusion: This study reveals a similar rate of caesarean sections in two private hospitals with different systems of care. However, it observed that the HA has a greater tendency to operate on patients at the onset of spontaneous labour and the HC has a greater number of induced labour and elective caesarean section.

Key words: Caesarean section, Robson classification

RÉSUMÉ

Antécédents: Au cours de ces dernières années, la hausse des taux de césarienne sont source de préoccupation dans la communauté médicale dans de nombreux pays, en particulier en Amérique latine

Objetivo: Afin de déterminer, grâce à la classification Robson, si le taux de césarienne est différente dans un hôpital fermé dans un processus ouvert.

Matériel et méthodes: analyse, d'observation, prospective de cohorte qui inclus tous les patients qui fréquentent le secteur obstétrique entre le 1er Juin 2009 et Janvier 25, 2010 à recevoir la prestation des soins dans deux hôpitaux dans la ville de Buenos Aires. Ouvrez les médecins de l'hôpital de suivre une formation différente, les critères de décision différents et la pratique clinique, alors que l'hôpital fermé a une liste limitée de médecins avec une formation similaire où les comportements médicaux sont pris sur la base des normes de service et les lignes directrices de pratique clinique.

Résultats: Au cours de la période d'étude 762 patients ont été inclus dans l'hôpital et ouvert 768 hôpital fermé, qui a rencontré les critères d'inclusion et d'exclusion. Le taux de césarienne à l'hôpital ouvert était de 53,5% et 48,7% fermée, RR = 1,09 (IC 0.99 à 1.21), cette différence n'était pas statistiquement significative ($p = 0,058$). Le début du travail spontané à l'air libre l'hôpital était significativement plus élevée que dans le fermé (74,9% vs 41,8%) RR = 2,66 (IC 1.98-3.57). Le travail induit était significativement plus faible dans l'hôpital ouvert à l'égard de fermeture (9,7% vs 28,3%) RR = 0,34 (IC 0,27 à 0,44). La césarienne était significativement plus faible dans l'hôpital ouvert (15,3% vs 29,9%), RR = 0,51 (IC 0,42 à 0,62).

Conclusion: Cette étude montre que, dans deux hôpitaux privés avec les systèmes de soins différents, le taux de césarienne est similaire. Cependant, l'hôpital est ouvert plus la tendance à opérer des patients présentant un début spontané du travail et la fermeture sont les inductions de travail et une césarienne élective.

Mots-clés: césarienne Robson de classification.

RESUMO

Antecedentes: nos últimos anos, as crescentes taxas de cesariana são motivo de preocupação na comunidade médica em muitos países, especialmente na América Latina

Objetivo: determinar, através da classificação de Robson, se a taxa de cesariana é diferente de um hospital fechado em uma questão aberta.

Material e métodos: analítico, coorte observacional, prospectivo, que incluiu todos os pacientes atendidos no setor de Obstetrícia entre 01 de junho de 2009 e 25 de janeiro de 2010 para receber assistência ao parto em dois hospitais na cidade de Buenos Aires. Abra os médicos do hospital frequentar cursos de formação diferente, diferentes critérios de decisão e na prática clínica, enquanto o hospital fechado tem uma lista limitada de médicos com formação semelhante, onde condutas médicas são tomadas com base nos padrões de serviço e diretrizes de prática clínica.

Resultados: durante o período do estudo 762 pacientes foram incluídos no hospital aberto e 768 do hospital fechado, que preencheram os critérios de inclusão e exclusão. A taxa de cesariana no hospital aberto foi de 53,5% e 48,7% fechado, RR = 1,09 (IC 0,99-1,21), essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,058$). O início do trabalho de parto espontâneo no aberto hospitalar foi significativamente maior do que no fechado (74,9% vs 41,8%) RR = 2,66 (IC 1.98-3.57). O trabalho de parto induzido foi significativamente menor no hospital aberto em relação ao fechado (9,7% vs 28,3%) RR = 0,34 (CI 0,27-0,44). Cesariana eletiva foi significativamente menor no hospital aberto (15,3% vs 29,9%), RR = 0,51 (IC 0,42-0,62).

Conclusão: este estudo mostra que, em dois hospitais privados, com diferentes sistemas de cuidados, a taxa de cesariana é semelhante. No entanto, o hospital está aberto maior a tendência para operar em pacientes com início espontâneo do trabalho e da fechados são as induções do trabalho de parto e cesariana eletiva.

Palavras-chave: cesariana classificação Robson.

* Candidato a Magister en el Programa de Efectividad Clínica.

** Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.

*** Licenciada en Enfermería, exencargada de turno del servicio de Obstetrícia, Sanatorio Mater Dei.

**** Residente de cuarto año de Tocoginecología, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno, Instituto Universitario CEMIC. Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: Dr. Leonardo Paleari. Correo electrónico: lpaleari@jhotmail.com

Recibido: 10 de enero 2012. Aceptado: 8 de marzo 2012.

Este artículo debe citarse como: Paleari L, Gibbons L, Chacón S, Ramil V, Belizán JM. Tasa de cesáreas en dos hospitales privados con normativas diferentes: abierto y cerrado. Ginecol Obstet Mex 2012;80(4):263-269.

Durante los últimos años, las crecientes tasas de cesárea son motivo de preocupación en la comunidad médica de muchos países, sobre todo en Latinoamérica.^{1,2,3}

En América Latina y el Caribe el promedio de tasas de cesáreas se calculó en 29.2%, la tasa más alta de cualquier región del mundo.^{1,2,3} En Sudamérica, un estudio ecológico demostró que en 12 países, que juntos representan 81% de los partos de la región, el porcentaje de cesáreas fue superior a 15%; Chile es el país con la tasa más alta de cesárea (40%), seguido por Brasil (32%).¹ En el mismo estudio, la tasa de cesárea reportada para Argentina fue de 25.4%.

En el mundo, la tasa de cesáreas es más alta en las mujeres que reciben atención en hospitales privados en relación con los hospitales públicos.^{1,2} Las cesáreas aumentan los riesgos materno-infantiles y los gastos en salud en comparación con los partos vaginales.^{4,5,6}

Se realizaron investigaciones preliminares para explicar la variabilidad en las tasas de cesáreas en todo el mundo. En otras oportunidades los investigadores han intentado describir estas tasas usando una variedad de métodos de clasificación, cada uno de estos con sus propias deficiencias. El sistema de clasificación Robson es un método de categorización simple, con una gran variedad de aplicaciones clínicas.^{7,9,10}

El objetivo de este estudio es determinar, mediante la clasificación de Robson, si la tasa de cesárea es diferente en dos hospitales de alta complejidad: uno abierto y el otro cerrado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico, observacional y prospectivo de cohorte al que se incluyeron todas las pacientes que concurren, entre el 1 de junio de 2009 y el 25 de enero de 2010 al sector de Obstetricia para atención del parto a dos hospitales de la ciudad de Buenos Aires: uno abierto y el otro cerrado. Al hospital abierto acuden médicos de diferente formación profesional, con distintos criterios y decisiones de práctica clínica. El hospital cerrado tiene una lista acotada de médicos con formación profesional similar en donde las conductas médicas se toman con base en las normativas del servicio y guías de práctica clínica.

Las poblaciones comparten características similares en relación con el control prenatal: tener médico de cabecera o de seguimiento durante el control prenatal, estrato socioeconómico con posibilidad de acceder a un tipo de asistencia médica privada u obra social. Se excluyeron las pacientes con menos de 22 semanas de embarazo o fetos con peso menor a 500 g. El diseño del trabajo se autorizó en ambos hospitales por el comité de ética e investigación.

Se utilizó la clasificación de Robson para determinar si la diferencia en la tasa de cesárea se debe a una composición diferente de la población o a un uso distinto de la cesárea entre grupos homogéneos de pacientes.^{7,9,10}

La clasificación de Robson organiza a las mujeres embarazadas en diez grupos de acuerdo con los siguientes cuatro parámetros:

1. *Antecedentes obstétricos previos*: partos y cesáreas anteriores.
2. *Categoría del embarazo*: embarazo múltiple y embarazo único con presentación cefálica, pélvica o transversa.
3. *Curso del trabajo de parto*: inicio de trabajo de parto espontáneo, inducido o cesárea electiva.
4. Edad gestacional: en el momento del trabajo de parto.

Los grupos de la clasificación de Robson son los siguientes:⁷

1. Mujer nulípara con embarazo único de presentación cefálica, mayor o igual a 37 semanas con inicio de trabajo de parto espontáneo.
2. Mujer nulípara con embarazo único, presentación cefálica, mayor o igual a 37 semanas que termina con inducción del trabajo de parto o cesárea.
3. Mujer multípara sin cesárea anterior, con embarazo único en presentación cefálica, mayor o igual a 37 semanas con inicio de trabajo de parto espontáneo.
4. Mujer multípara, sin cesárea anterior, con embarazo único en presentación cefálica, mayor o igual a 37 semanas que termina con inducción del trabajo de parto o cesárea.
5. Todas las mujeres multíparas, con por lo menos una cesárea anterior con embarazo único en presentación cefálica, mayor o igual a 37 semanas.
6. Todas las mujeres nulíparas con embarazo único en presentación pélvica.
7. Todas las mujeres multíparas con embarazo único en presentación pélvica, incluidas las mujeres con cesárea anterior.
8. Todas las mujeres con embarazos múltiples, incluidas las mujeres con cesárea anterior.
9. Todas las mujeres con presentación transversa y oblicua incluidas las mujeres con cesárea anterior.
10. Todas las mujeres con embarazo único, con presentación cefálica menor o igual a 37 semanas, incluidas las que tenían cesárea previa.

En ambos hospitales se estratificó a las pacientes según la clasificación de Robson para controlar los distractores

o modificadores de efecto. Luego se realizó una clasificación interna asociando las categorías 1+3, 2+4 y el resto, formando tres grupos de acuerdo con la probabilidad de riesgo de tener cesárea debido a los antecedentes obstétricos, curso del embarazo y edad gestacional (Cuadro 3).

Por lo tanto, se definieron tres grupos de pacientes:

- Grupo 1: menor riesgo de tener CSA: todas las pacientes cefálicas de término con trabajo de parto espontáneo.
- Grupo 2: mayor riesgo de tener CSA: todas las pacientes cefálicas de término inducidas o cesárea electiva.
- Grupo 3: mayor riesgo de tener CSA: el resto de las pacientes.

Análisis estadístico

El tamaño de la muestra se calculó teniendo en cuenta el grupo de mayor interés, como el Grupo 1 de Robson, que son mujeres de bajo riesgo de cesárea y que representan, aproximadamente, 30% de las mujeres en datos obtenidos por investigaciones anteriores. Se presumió que la tasa de cesárea en el Grupo 1 del hospital cerrado sería de 15% y en el hospital abierto de 25%. Para detectar esta diferencia se requerirían 250 mujeres en cada hospital. Asumiendo que 30% de las mujeres están en este grupo, se requieren 770 mujeres en cada hospital. Esto asume un 10% de pérdida, con un poder de 80% y un alfa de 5%.

Algunos datos previos indican que se esperaría una tasa de cesáreas de 40% en el centro cerrado y de 60% en el abierto. Para identificar esta diferencia es necesario reclutar 140 mujeres en cada hospital. Esto asume un 10% de pérdida, con un poder de 95% y un alfa de 5%.

De acuerdo con estudios previos realizados en poblaciones similares es de esperar que los grupos principales de Robson 1+3 comprendan 55% de las mujeres y los grupos 2+4, 25% de las mujeres.^{7,9,10} Estos dos últimos tienen una tasa de cesárea de 50 y 35%, respectivamente.

Los datos se analizaron con un programa estadístico Statat SE10 (Stata Corp, Texas, USA). Se utilizó la prueba de la χ^2 para analizar diferencias entre las proporciones y se calculó el riesgo relativo (RR) con su correspondiente intervalo de confianza del 95% (IC).

RESULTADOS

En el periodo de estudio se incluyeron 762 pacientes del hospital abierto y 768 del cerrado, que se incorporaron de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. Las características de la población en cuanto a edad y antecedentes obstétricos: partos previos, cesáreas previas, embarazos múltiples, presentación y edad gestacional al parto fueron similares en ambos hospitales. (Cuadro 1)

La tasa global de cesáreas en el hospital abierto fue de 53.5% y en el hospital cerrado de 48.7%, diferencia no estadísticamente significativa ($p=0.058$), el riesgo relativo fue igual a 1.09 (IC 0.99-1.21). La edad gestacional al momento del parto en el hospital abierto fue de 38.8 semanas y en el hospital cerrado de 38.6 semanas. El inicio del trabajo de parto espontáneo en el hospital abierto fue significativamente mayor (74.9%) que en el hospital cerrado (41.8%), con un riesgo relativo de 2.66 (IC 1.98-3.57). El trabajo de parto inducido fue significativamente menor en el hospital abierto (9.7%) con respecto al hospital cerrado (28.3%), con riesgo relativo de 0.34 (IC 0.27-0.44). La cesárea electiva fue significativamente menor en el hospital abierto (15.3%) con respecto al hospital cerrado (29.9%), el riesgo relativo fue de 0.51 (IC 0.42-0.62) (Cuadro 2).

En el análisis de subgrupos se observó que en el grupo 1 de menor riesgo de cesáreas el tamaño relativo de pacientes en el hospital abierto tiene mayor proporción en comparación con el hospital cerrado (66.6 vs 38.9%) con riesgo relativo de 1.79 (IC 1.63-1.96). La tasa de cesárea en este grupo de mujeres fue significativamente mayor en el hospital abierto que en el cerrado (39.2 vs 14.7%); por lo tanto, el riesgo relativo de tener cesárea es de 2.66 (IC 1.98-3.57). La contribución de este grupo a la tasa de cesárea fue de 26% en el hospital abierto y de 5.7% en el hospital cerrado. En el grupo 2 de mayor riesgo de cesáreas se observó una proporción menor de pacientes en el hospital abierto con respecto al hospital cerrado (21.1 vs 48%). Sin embargo, la tasa de cesáreas fue significativamente mayor en el hospital abierto (88.2%) que en el cerrado (69.3%) con riesgo relativo de 1.27 (IC 1.16-1.36). La contribución del grupo a la menor tasa de cesáreas para el hospital abierto fue de 18.6% con respecto al hospital cerrado (33.6%). (Cuadro 3)

En el grupo 3 no se observaron diferencias significativas entre ambos hospitales. (Cuadro 3)

Cuadro 1. Características de la población de los hospitales

		Hospital abierto (n=762)		Hospital cerrado (n=768)	
		n	(%)	n	(%)
Edad	< o igual a 20 años	8	(1.0%)	13	(17%)
	entre 20 y 35 años	506	(66.4%)	490	(63.6%)
	> de 35 años	248	(32.5%)	265	(34.5%)
Partos previos	0	558	(73.2%)	527	(68.6%)
	1	145	(19.0%)	179	(23.3%)
	2	44	(5.8%)	47	(6.1%)
	>3	15	(1.0%)	15	(1.9%)
Cesáreas previas	0	582	(76.4%)	598	(77.9%)
	1	145	(19.0%)	117	(15.2%)
	2	28	(3.7%)	43	(5.6%)
	>3	7	(0.9%)	10	(1.3%)
Embarazo múltiple	i	22	(2.9%)	19	(2.5%)
Presentación	Cefálica	734	(96.3%)	742	(96.6%)
	Pélvica	23	(3.0%)	24	(3.1%)
	Transversa	5	(0.7%)	2	(0.2%)
Edad gestacional al parto (semanas)		38.8	(DS 1.5)	38.6	(DS 1.99)

Cuadro 2. Terminación del embarazo en un hospital abierto y en uno cerrado

		Hospital abierto (n=762)		Hospital cerrado (n=768)		X ² valor de p
		n	(%)	n	(%)	
Trabajo de parto	Espontáneo	571	(74.9%)	321	(41.8%)	0.000
	Inducido	74	(9.7%)	217	(28.3%)	
	Cesárea electiva	117	(15.3%)	230	(29.9%)	
Cesáreas		408	(53.5%)	374	(48.7%)	0.058

Hubo mayor frecuencia de nacidos deprimidos (Apgar <7) al primero y quinto minutos y mayor frecuencia de admisión a cuidados intensivos neonatales en el hospital cerrado en comparación con el abierto ($P < 0.05$). (Cuadro 4)

DISCUSIÓN

Este estudio prospectivo, de cohorte, demuestra una alta tasa similar de cesáreas en dos hospitales de la ciudad de Buenos Aires, con diferentes sistemas de atención. Cuando se analizan los resultados de acuerdo con una clasificación de Robson modificada, se observa que en el grupo 1, de menor riesgo de tener cesárea, el hospital

abierto tuvo casi dos veces más pacientes que el hospital cerrado, con inicio espontáneo del trabajo de parto; sin embargo, tiene casi tres veces más riesgo de tener cesárea que el hospital cerrado. En el grupo 2, de mayor riesgo de tener cesárea, el hospital cerrado tiene casi dos veces más riesgo de inducir el parto por cesárea electiva con respecto al hospital abierto. En este grupo la proporción de pacientes en el hospital abierto fue de la mitad con respecto al hospital cerrado; sin embargo, la tasa de cesáreas fue significativamente mayor en el hospital abierto con respecto al cerrado. Esta diferencia en la distribución explica las similares tasas globales de ambos hospitales porque los partos que no se iniciaron espontáneamente implicaron mayor tasa de cesáreas. La tendencia a mayor inducción

Cuadro 3. Clasificación de las cesáreas en un hospital abierto y uno cerrado según los grupos de Robson⁽⁷⁾

G r u p o s	Grupos de Robson	Total de la tasa de cesáreas (%)						X ² Valor de P
		Tamaño relativo de cada grupo		Tasa de cesáreas en cada grupo		Contribución de cada grupo a la tasa de cesáreas		
		Hospital abierto	Hospital cerrado	Hospital abierto	Hospital cerrado	Hospital abierto	Hospital cerrado	
		%(n/N)	%(n/N)	%(n/N)	%(n/N)	%(n/N)	%(n/N)	
	1. Nulípara, presentación cefálica, >37sem, trabajo de parto espontáneo	66.3 (505/762)	38.9 (299/768)	39.2 (198/505)	14.7 (44/299)	26.00 (198/762)	5.7 (44/768)	0.000
	3. Multípara (sin cesárea anterior) presentación cefálica, >37sem, trabajo de parto espontáneo							0.000
	2. Nulípara, presentación cefálica, >37sem, trabajo de parto inducido o cesárea electiva	21.1 (161/768)	48.4 (372/768)	88.2 (142/161)	69.3 (258/372)	18.6 (142/762)	33.6 (258/768)	0.597
	4. Multípara (sin cesárea anterior) presentación cefálica, >37sem, trabajo de parto inducido o cesárea electiva							
	5. Cesárea anterior, presentación cefálica, >37semanas							
	6. Nulíparas en pélvica							
	7. Multíparas en pélvica (incluida la cesárea anterior)							
	8. Todos los embarazos múltiples (incluida la cesárea anterior)	12.6 (96/762)	48.4 (97/768)	70.8 (68/96)	74.2 (72/97)	8.9 (68/762)	9.3 (72/768)	
	9. Todas las presentaciones anormales (incluida la cesárea previa)							
	10. Todas las presentaciones cefálicas >37 sem (Incluida la cesárea previa)							

Cuadro 4: Indicadores de morbilidad perinatal

	Hospital abierto (n=762)		Hospital cerrado (n=768)	
	n	(%)	n	(%)
Apgar 1 al minuto 0-3 4-6 7-9				
Apgar a los 5 minutos 0-3 4-6 7-9				
Ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal	2	(0.3%)	16	(2.1%)
	13	(1.7%)	17	(2.2%)
	747	(98.0%)	735	(96.7%)
	0	(0.0%)	11	(1.4%)
	2	(0.3%)	3	(0.3%)
	760	(99.7%)	754	(98.1%)
	49	(6.4)	71	(9.2)

o cesárea electiva en el hospital cerrado no se explica por las diferencias en la composición de la población ni por las variables contempladas en este estudio. La evaluación del estado al nacer muestra mayor índice de deprimidos e ingresos a cuidados intensivos en el hospital cerrado.

Una fortaleza de este estudio es haber utilizado la clasificación de Robson para categorizar a las pacientes de acuerdo con sus antecedentes y condición obstétrica. Una debilidad de este trabajo es haber agrupado a las pacientes en tres grupos porque el tercer grupo englobaba una serie con diversas características. No obstante, no hubo diferencias en la proporción de la composición, ni en la tasa de cesáreas en este grupo entre ambos hospitales. Otra debilidad es la falta de información de la distribución de padecimientos obstétricos entre ambos hospitales. La distribución diferente en las afecciones podría explicar la conducta diferente en el inicio del parto entre ambos hospitales e influir en los resultados. Otra limitante fue desconocer las causas de los internamientos a terapia intensiva neonatal que impidieron hacer mayores discriminaciones de las diferencias observadas entre ambos hospitales.

Los resultados de este estudio muestran una alta tasa de cesáreas en dos hospitales privados de la ciudad de Buenos Aires. El hospital abierto mostró mayor tasa de cesáreas en el grupo de menor riesgo de tenerlas: pacientes de término e inicio espontáneo del parto. De imitar las conductas seguidas en el hospital cerrado acerca de realizar cesáreas por grupo podría lograrse una reducción de la tasa de cesáreas en el hospital abierto. En el hospital cerrado sería importante revisar las indicaciones de inducción del trabajo de parto o cesárea electiva.

Es necesario que los actores de la atención obstétrica conozcan la situación de sus conductas obstétricas en relación con la tasa de cesárea. Cifras altas como las mostradas en este estudio deben ser motivo de reflexión y análisis. Diversos estudios han mostrado que las altas

tasas de cesáreas se asocian con complicaciones maternas y neonatales en el presente y futuro embarazo.^{4,6} Asimismo, una reciente revisión de la bibliografía muestra que 15.6% (95% IC 12.5-18.9) de las mujeres prefieren el parto vaginal.⁸ El uso racional de la cesárea significará menores complicaciones e, incluso, mayor satisfacción de las usuarias.

REFERENCIAS

1. Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, et al. Rates of Caesarean Section: Analysis of Global, Regional and National Estimates. *Pediatric and Perinatal Epidemiology* 2007;21:98-113.
2. Belizán JM, Althabe FT, Barros FC, Alexander S. Rates and Implications of Caesarean Sections in Latin America: Ecological Study. *BMJ* 1999;319:1397-1400.
3. Belizán JM, Althabe F, Cafferata ML. Health consequences of the increasing caesarean section rates. *Epidemiology* 2007;18:485-486.
4. Betrán AP, Gulmezoglu AM, Robson M, et al. WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America: classifying caesarean sections. *Reprod Health* 2009;6:18.
5. Althabe F, Sosa C, Belizán JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E. Caesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth* 2006;33:270-277.
6. Belizán JM, Cafferata ML, Althabe F, Buekens P. Risks of patient choice caesarean. *Birth* 2006;33(2):167-169.
7. Robson MS. Classification of Caesarean Sections. *Fetal and Maternal Medicine Review* 2007;12:23-39.
8. Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, et al. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG* 2011;118:391-399.
9. Robson MS, Scudamore IW, Walsh SM. Using the medical audit cycle to reduce caesarean section rates. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(1 Pt 1):199-205.
10. Brennan DJ, Robson MS, Murphy M, O'Herlihy C. Comparative analysis of international caesarean delivery rates using 10 group classification identifies significant variation in spontaneous labor. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201(3): 308.