

Indicación más frecuente de cesárea mediante la aplicación de la clasificación de Robson en el Hospital San José de Querétaro en el periodo de marzo 2021 a mayo 2022

Most frequent indication for cesarean section by applying the Robson classification at the San José de Querétaro Hospital in the period from March 2021 to May 2022

Andrés Baca Hernández¹, Mario Borbolla Ramos²

Resumen

Introducción: Desde 1985, la comunidad sanitaria internacional ha considerado que la tasa ideal de cesáreas se sitúa entre el 10% y el 15%. Desde entonces, las cesáreas se han vuelto cada vez más comunes tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. Cuando está médicamente justificado, una cesárea puede prevenir eficazmente la mortalidad y morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no hay evidencia que demuestre los beneficios de la cesárea para mujeres o bebés que no requieren el procedimiento. Al igual que con cualquier cirugía, las cesáreas están asociadas con riesgos a corto y largo plazo que pueden extenderse muchos años más allá del parto actual y

afectar la salud de la mujer, su hijo y embarazos futuros. La OMS concluye que las cesáreas son eficaces para salvar la vida de la madre y el lactante, pero solo cuando se requieren por razones médicamente indicadas. A nivel poblacional, las tasas de cesáreas superiores al 10% no están asociadas con reducciones en las tasas de mortalidad materna y neonatal. Las cesáreas pueden causar complicaciones importantes y, a veces, permanentes, discapacidad o muerte, especialmente en entornos que carecen de las instalaciones y/o la capacidad para realizar correctamente una cirugía segura y tratar las complicaciones quirúrgicas. Lo ideal es que las cesáreas sólo se realicen cuando sean médicamente necesarias. Por todo lo antedicho creemos fundamental analizar las causas de la indicación de cesárea para disminuir la misma.

Objetivo: identificar las diferentes indicaciones de la operación cesárea en el hospital San José de Querétaro – México- desde el 01/03/ 2021 al 31/05/2022

1. Médico Interno de Pregrado del Hospital San José de Querétaro. Becario de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Secretaría de Salud, México
2. Médico Adscrito del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital San José de Querétaro

Autor corresponsal:
andres.bacah@gmail.com

Recibido: 10/08/2022 Aceptado: 01/12/2022

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo, que abarcó el análisis de los expedientes de pacientes sometidas a cesárea en el hospital San Jose de Querétaro en el periodo de Marzo 2021 a Mayo 2022. Se realizó un análisis de los resultados de cada expediente para determinar la indicación más frecuente de cesárea.

Resultados: Los grupos de mujeres evaluadas con tasas más elevadas de operación cesárea, fueron aquellas que cuentan con antecedente obstétrico de cesárea anterior, las multíparas, y especialmente las sometidas a inducción del parto o cesárea electiva. Estos grupos podrían ser susceptibles de intervención para reducir la utilización de cesárea en cada uno de ellos, con un importante impacto sobre la proporción global de cesáreas a nivel institucional, siendo posible con dicha intervención lograr los ideales, propuestos por la Organización Mundial de la Salud, de una tasa del 15%. **Conclusión:** La clasificación Robson es un modelo aplicable en las instituciones tanto privadas como públicas que permite identificar los grupos de mujeres que más contribuyen a la utilización de cesárea como vía de resolución del embarazo. En dicho estudio se logra una tasa ideal de 7% recomendada por la OMS

Palabras clave: Cesárea, Robson, Embarazo

Abstract

Introduction: Since 1985, the international health community has considered that the ideal cesarean rate is between 10% and 15%. Since then, cesarean sections have become increasingly common in both developed and developing countries. When medically justified, a cesarean section can effectively prevent maternal and perinatal mortality and morbidity. However, there is no evidence to show the benefits of cesarean section for women or babies who do not

require the procedure. As with any surgery, cesarean sections are associated with short- and long-term risks that can extend many years beyond the current delivery and affect the health of the woman, her child, and future pregnancies. The WHO concludes that cesarean sections are effective in saving the life of the mother and the infant, but only when required for indicated medical reasons. At the population level, cesarean section rates greater than 10% are not associated with reductions in maternal and neonatal mortality rates. Cesarean sections can cause significant and sometimes permanent complications, disability, or death, especially in settings that lack the facilities and/or capacity to successfully perform safe surgery and manage surgical complications. Ideally, cesarean sections should only be performed when medically necessary. Due to all of the above, we believe it is essential to analyze the causes of the indication for cesarean section in order to reduce it. **Objective:** Identify the different indications of the cesarean section at the San José de Querétaro hospital - Mexico- from 03/01/2021 to 05/31/2022. **Material and Methods:** An observational, analytical, cross-sectional and retrospective study was carried out that included the analysis of the records of patients undergoing cesarean section at the San Jose de Queretaro hospital in the period from March 2021 to May 2022. analysis of the results of each file to determine the most frequent indication for cesarean section. **Results:** The groups of women evaluated with the highest rates of cesarean section were those with a previous obstetrical history of cesarean section, multiparous women, and especially those undergoing induction of labor or elective cesarean section. These groups could be susceptible to intervention to reduce the use of cesarean section in each of them, with a significant impact on the global proportion of cesarean sections at the institutional level, being

possible with said intervention to achieve the ideals proposed by the World Health Organization, at a rate of 15%. **Conclusion:** The Robson classification is an applicable model in both private and public institutions that allows identifying the groups of women that most contribute to the use of cesarean section as a means of pregnancy resolution. In this study, an ideal rate of 7% recommended by the WHO is achieved..

Key words: Cesarean section, Robson, Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La cesárea es el procedimiento quirúrgico hospitalario más común en América, donde las tasas a menudo superan las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS): 10-15% de los partos. La OMS remarca que México tiene una tasa de cesárea de 37,8%. Según la OMS, se realizan 850,000 cesáreas en Latinoamérica sin justificación.¹ La situación actual de la cesárea en México y sus factores asociados, muestra un incremento exponencial de esta práctica durante las últimas décadas, llegando a niveles alarmantes que superan por mucho los estándares internacionales propuestos por la OMS, trayendo consigo un aumento significativo en la morbilidad y mortalidad tanto materna como neonatal.^{1,2}

Los beneficios de la cesárea incluyen: 1) evitar el trabajo de parto prolongado; 2) evitar el dolor de parto; 3) reducción del miedo al parto prolongado y lesiones fetales; y 4) una forma de entrega a la madre del recién nacido más rápida y conveniente.³ La cesárea se asocia con menos lesiones perineales y quirúrgicas, sangrado, incontinencia urinaria y fecal, encefalopatía hipóxico-isquémica neonatal, asfixia neonatal y lesión del plexo braquial en comparación con el parto vagi-

nal.⁴ Hay cuatro factores que se deben de tomar en cuenta antes de realizar una cesárea, en comparación con el parto vaginal, los cuales son: 1) aumenta la hemorragia materna, 2) aumenta los problemas respiratorios del neonato, 3) aumenta las complicaciones mayores en embarazos subsecuentes y 4) provoca una mayor estancia hospitalaria para la madre.⁵

Si la principal motivación de una paciente para elegir una cesárea es el miedo al dolor durante el parto, los obstetras-ginecólogos y otros proveedores de atención obstétrica deben discutir y ofrecer a la paciente analgesia para el trabajo de parto, así como educación prenatal y apoyo emocional durante el trabajo de parto.⁶ En ausencia de indicaciones maternas o fetales para el parto por cesárea, un plan para el parto vaginal es seguro y apropiado y debe recomendarse.⁶ Después de explorar las razones detrás de la solicitud de la paciente y discutir los riesgos y beneficios, si una paciente decide continuar con el parto por cesárea por solicitud de la madre, se recomienda lo siguiente: en ausencia de otras indicaciones para el parto temprano, el parto por cesárea a pedido de la madre no debe realizarse antes de una edad gestacional de 39 semanas.^{6,7}

En el sector privado (en México), las tasas de cesáreas superan el 90% y reflejan la atención brindada a las pacientes con mayor poder adquisitivo, más informadas y con mayor índice de educación.^{8,9} Las mujeres que optan por la cesárea en hospitales privados lo hacen por su propia autonomía y no bajo la influencia del médico tratante.^{10,11,12}

Con base en los estudios de la OMS en América Latina, la proporción de cesáreas es siempre superior en los hospitales privados, seguido de las instituciones de seguridad social y finalmente los hospitales públicos para

la población no derechohabiente.⁵ Las mayores tasas de cesárea en las instituciones privadas y en las instituciones de seguridad social se deben principalmente al aumento del parto por cesárea electiva.^{1,2,5} En los hospitales de tercer nivel existe una relación de 2.3 cesáreas por cada parto.⁵ El volumen de obstetras y el nivel de atención están altamente correlacionados, e indican cual es el nivel de la atención prestada por el hospital.⁵

Indicaciones	
Absolutas	Relativas
Cesárea Iterativa	Desproporción cefalopélvica
Presentación pélvica	Enfermedad hipertensiva del embarazo
Sufrimiento fetal	RPM
RCIU	Embarazo postérmino
DPPNI	Embarazo múltiple
Placenta Previa	Distocia dinámica
Placenta de inserción baja	Isoinmunización materno fetal
Incisión uterina corporal previa	Diabetes mellitus
Presentación de cara	Antecedente de decíduomiometritis
Prolapso de cordón	Antecedente de metroplasia
Hidrocefalia	Miomatosis uterina
Gemelos unidos	Antecedente de miomectomía
Infección de transmisión vertical (VIH)	Compromiso de histerorrafia
Embarazo pretérmino <1500 gramos	Oligohidramnios
Condilomas vulvares grandes	Cirugía vaginal previa
	Primigesta añosa
	Cesárea electiva

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas maternas, fetales o mixtas y ser clasificadas en indicaciones absolutas y relativas, las cuales se mencionan en la siguiente tabla^{7,8,13-18}

El parto por cesárea médicamente necesario juega un papel esencial en la protección de la vida de las mujeres embarazadas y los recién nacidos de alto riesgo¹⁹ En comparación con las que se someten a un parto vaginal, las mujeres que fueron sometidas a operación cesárea son más propensas a infecciones y la obstrucción del intestino delgado, y tienen un mayor riesgo de morbilidad materna aguda grave, posparto depre-

sión y muerte posparto^{20,21} Además, los bebés nacidos por cesárea pueden estar sujetos a una modulación fisiológica sutil debido a intervenciones hormonales, fisiológicas, bacterianas y médicas; son más susceptibles a las enfermedades del sistema inmunológico y respiratorio; e incluso pueden mantener un impacto duradero en su crecimiento y desarrollo^{22,23} El riesgo de morbilidad respiratoria, incluida la taquipnea transitoria del recién nacido, el síndrome de dificultad respiratoria y la hipertensión pulmonar persistente, es mayor para el parto por cesárea electiva en comparación con el parto vaginal cuando el parto es antes de las 39-40 semanas de gestación.^{24,25} Existe mayor tasa de complicaciones relacionadas con la prematuridad (incluidos los síntomas respiratorios, otros problemas de adaptación neonatal como la hipotermia y la hipoglucemia, y los ingresos a la unidad de cuidados intensivos neonatales) para los bebés nacidos por cesárea antes de las 39 semanas.²⁵ Múltiples cesáreas se asocian con un mayor riesgo de placenta previa, adherencias de la pared abdominal, lesiones vesicales, intestinales y ureterales, dehiscencia uterina y rotura uterina.²⁶⁻²⁹ La histerectomía post cesárea es una de las principales complicaciones temidas de las cesáreas múltiples.^{29,30} Las complicaciones postoperatorias de las cesáreas múltiples incluyen; infecciones de heridas, trombosis venosa profunda, infección del tracto urinario y transfusiones de sangre. No se han demostrado diferencias entre la función sexual después del parto vaginal y después del parto por cesárea electiva, ya sea a los 6 meses o de 12 a 18 meses después del parto³¹

Por todo lo antedicho creemos fundamental analizar las causas de la indicación de cesárea para disminuir la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

se realizó un estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo que abarcó el análisis de los expedientes de pacientes sometidas a cesárea en el hospital San José de Querétaro en el periodo que abarca desde el 01/03/2021 al 31/05/2022

Se revisaron un total de 114 historias clínicas de pacientes que fueron ingresadas en el Hospital para operación cesárea. De las 114 historias recabadas, 14 fueron excluidas del estudio. 10 se excluyeron por causas de expediente (falta del mismo o ausencia de número de este) y 4 por falta de datos en las variables quedando un N de 100 . De estas historias fueron recopiladas las variables que detallamos a continuación.

Las variables evaluadas fueron: edad, gestaciones, semanas de gestación, cesáreas previas, embarazo múltiple, comorbilidades, complicaciones durante el embarazo, indicación de cesárea, número de consultas prenatales y Robson. Se realizó un análisis de los resultados de cada expediente para determinar la indicación más frecuente de cesárea.

Se analizaron los datos obtenidos mediante análisis simple.

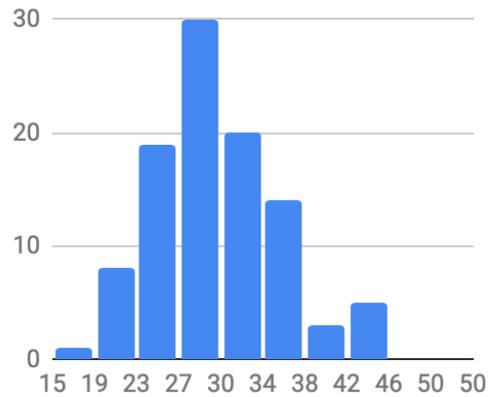
RESULTADOS

Con un N de 100 pacientes, se analizaron las variables de edad materna, gestaciones previas, semanas de gestación, cesáreas previas, embarazo múltiple, comorbilidades, complicaciones durante el embarazo, indicación de cesárea, número de consultas prenatales y clasificación de Robson.

Edad

la edad mínima al momento de la cesárea

fue de 18 años, la edad máxima de 45 años, con una media de 30 años. El grupo de edad con mayor proporción de pacientes (30 pacientes) fue de 27- 30 años.



Gráfica 1. Rango etario

Gestaciones

El máximo de gestaciones previas fue de 6, con una media de 2. El 38% de las embarazadas cursaba su primera gestación. El 30% con su segunda gestación y el 23% con su tercera gestación.

Semanas de gestación

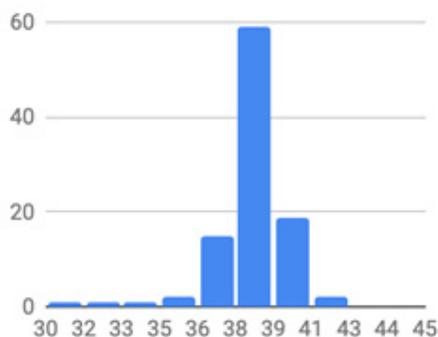
La media en las semanas de gestación fue de 38.3 semanas, con una mínima de 30.3 y una máxima de 41.3. El 21% finalizó su embarazo a las 39 semanas, 18% a las 38, 9% a las 40, 6% a las 37 y 5% a las 38.5. El 59% del total finalizó su embarazo entre la semana 38-39. 19% finalizó entre la semana 39-41 y un 15% entre la semana 36 a 38.

Presentación

En el 92% de los embarazos, el producto se encontraba en presentación cefálica, 6% pélvico y 2% oblicua.

Gráfica 2.

Semanas de gestación al momento de la cesárea.



Cesárea previa

El 33% presentaba 1 cesárea previa y 11% 2 o más cesáreas previas sumando así un total de 44 % de pacientes que presentaban al menos una cesárea previa. El 56% de las embarazadas no contaban con cesárea previa.

Embarazo múltiple

Únicamente el 2% de las embarazadas presentó embarazo múltiple siendo estos monorrial biamniótico. El 98% del resto fueron embarazos únicos

Comorbilidades

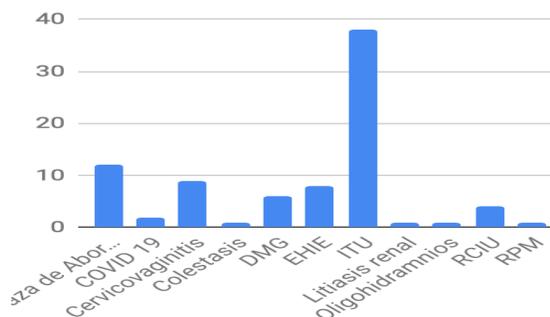
El 4% de las embarazadas presentaba hipotiroidismo, 2% asma, 1% Artritis Reumatoide (AR) y 1% Hipertiroidismo. El 90% de las embarazadas no presentaban comorbilidad

Complicaciones en el embarazo

38% de las embarazadas presentó ITU, 12% amenaza de aborto, 9% cervicovaginitis, 8% EHIE y 6% DG. Únicamente un 17% no presentó alguna complicación durante el embarazo

Gráfica 3 .

Complicaciones presentes en el embarazo que no fueron estrictamente causa de la cesárea

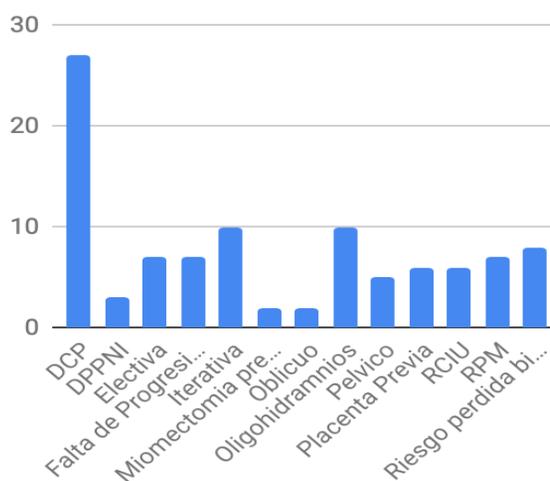


Indicación de cesárea

El 27% de las indicaciones de cesárea fue por desproporción céfalo pélvica 10% iterativa, 10% oligohidramnios, 8% por riesgo de pérdida de bienestar fetal, 7% fue por cesárea electiva, 7% RPM (rotura prematura de membranas) , 7% trabajo de parto detenido.

Gráfica 4.

Indicación de cesárea



Consultas prenatales

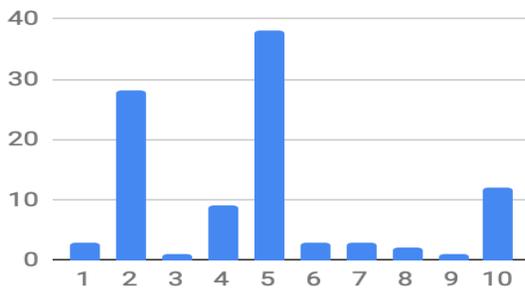
El mínimo de consultas prenatales fueron 2 y el máximo de 37 consultas, con una media de 9. El 62% de las pacientes se encontraba

en rango de 5-10 consultas, 28% de 10-15, 8% de 15 a 20 consultas y únicamente 1% de 0-5 consultas.

Clasificación de ROBSON según la indicación de cesárea en esta población
38% de las pacientes tuvieron Robson 5, 28% Robson 2, 12% Robson 10, 9% Robson 4.

Gráfica 5.

Clasificación de Robson en esta muestra



DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio son similares a investigaciones publicadas en la literatura internacional y nacional; donde se reporta, en su mayoría que los grupos 2 y 5 aportan aproximadamente la mitad de la proporción de cesáreas realizadas en instituciones de diferentes niveles de atención.³²⁻³⁶

Por otro lado, uno de los estudios de mayor impacto en los que se utilizó este sistema de clasificación, realizado en Canadá, encontró que el grupo 5 representó el 11% del total de cesáreas, con una proporción específica del 89%, seguido por el grupo 2 con una contribución del 13,1% al total de cesáreas y una proporción específica de 44,6%, resultados similares al presente estudio.³⁷

El grupo 10 corresponde a los nacimientos prematuros, es heterogéneo, ya que se

incluyen los trabajos de parto espontáneos, inducidos, o las cesáreas realizadas antes del término, sin que se tenga clara la indicación de realizar el procedimiento³⁵

Con base en los resultados obtenidos, se propone que, para una implementación efectiva del modelo en las instituciones, es conveniente clasificar de manera prospectiva, los nacimientos en cada uno de los grupos descritos y estandarizar la denominación de las indicaciones para inducción del trabajo de parto, la descripción de la indicación obstétrica o perinatal de la cesárea con especial énfasis en los protocolos de inducción y conducción del trabajo de parto, especialmente en parto vaginal después de cesárea, la definición de inducción fallida, el uso indiscriminado de los métodos de vigilancia del bienestar fetal, así como el registro de los mismos, y los criterios y las indicaciones para realizar cesárea electiva anteparto. Esta información permitirá adecuar las estrategias e identificar intervenciones que tengan impacto en materia de salud pública, para racionalizar el uso de la cesárea y alcanzar metas cercanas al 15% según el ideal establecido por la Organización Mundial de la Salud, con el único fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad perinatal asociada a dicha intervención quirúrgica.

Se demuestra en dicho estudio que se logra un porcentaje elevado de pacientes que cumplen con el mínimo recomendado de 5 consultas prenatales y con las 8 establecidas por la norma oficial, como también se reporta un elevado porcentaje de embarazos finalizados a término. Sin embargo por la alta tasa de complicaciones durante el embarazo es fundamental que se refuerce el seguimiento y vigilancia para poder lograr una detección oportuna y brindar tratamiento adecuado y así con ello evitar complicaciones a

la madre y complicaciones hacia el producto.

De igual manera se cumple la hipótesis de dicho estudio la cual planteaba que la indicación más frecuente para realizar cesárea en las pacientes en el Hospital San José de Querétaro será la distocia de partes óseas o DCP, y que la mayor frecuencia la tendría el grupo 5 de Robson, la cual se cumplió

CONCLUSIONES

La clasificación Robson es un modelo aplicable en las instituciones tanto privadas como públicas que permite identificar los grupos de mujeres que más contribuyen a la utilización de cesárea como vía de resolución del embarazo

Los grupos de mujeres evaluadas en el Hospital San José de Querétaro que tuvieron tasas más elevadas de operación cesárea, fueron aquellas que cuentan con antecedente obstétrico de cesárea anterior, las multíparas, y especialmente las sometidas a inducción del parto o cesárea electiva. Estos grupos podrían ser susceptibles de intervención para reducir la utilización de cesárea en cada uno de ellos, con un importante impacto sobre la proporción global de cesáreas a nivel institucional. Con dicha intervención podríamos lograr los ideales, propuestos por la Organización Mundial de la Salud logrando una tasa ideal de 7% recomendada por la OMS

Es necesario que los mismos actores de la atención materno-neonatal, conozcan la situación de sus conductas obstétricas, en relación con las altas tasas de cesárea, y que sean motivo de reflexión y análisis profesional.

Referencias bibliográficas

1. Bernal-García C, Nahín-Escobedo CC. Cesárea: situación actual y factores asociados en México. Salud Quintana Roo. 2018;11(40):28-33
2. Muños Hernández José Alberto, Freyermuth Enciso María Graciela, Ochoa Torres María del Pilar. Factores asociados al incremento de cesáreas en México, 2011-2014. PSM
3. Loke AY, Davies L, Li S-F. Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: the Health Belief Model. BMC Health Serv Res [Internet]. 2015;15(1):274.
4. National Guideline Alliance (UK). London: [National Institute for Health and Care Excellence \(NICE\): 2021 Mar. The benefits and risks of planned caesarean birth. Caesarean birth. Evidence review A](#)
5. [Ruiz-Sánchez J, Espino SS, Vallejos-Parés A, et al. Cesárea: Tendencias y resultados. Perinatol Reprod Hum. 2014;28\(1\):33-40.](#)
6. [ACOG committee opinion no. 761 summary: Cesarean delivery on maternal request: Cesarean delivery on maternal request. Obstet Gynecol. 2019;133\(1\):226-7.](#)
7. Mylonas I, Friese K. Indications for and risks of elective cesarean section. Dtsch Arztebl Int [Internet]. 2015;112(29-30):489-95.
8. Puentes-Rosas Esteban, Gómez-Dantés Octavio, Garrido-Latorre Francisco. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. Salud pública Méx . 2004 Feb; 46(1): 16-22.
9. La epidemia de cesáreas en México [Internet]. Insp.mx. . Available from: https://insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISP_Epidemia_Cesareas.pdf
10. Urquiza y Conde Fernando, Martínez-Villafaña Enrique, Quesnel García-Benítez Carlos Alfredo. Influencia de factores no médicos para el nacimiento por cesárea en un hospital privado. Ginecol. obstet. Méx. [revista en Internet]. 2020; 88(10): 667-674.
11. Muula AS. Ethical and practical consideration of women choosing cesarean section deliveries without "medical indication" in developing countries. Croat Med J. 2007;48(1):94-102.
12. Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM. Provision and uptake of routine antenatal services: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2019;6:CD012392. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012392.pub2>
13. [ACOG committee opinion no. 761 summary: Cesarean delivery on maternal request: Cesarean delivery on maternal request. Obstet Gynecol. 2019;133\(1\):226-7.](#)

14. [Morton R, Burton AF, Kumar P, Hyett JA, Phipps H, McGeechan K, et al. Cesarean delivery: Trend in indications over three decades within a major city hospital network. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020;99\(7\):909-16.](#)
15. [Calvo Pérez A, Cabeza Vengoechea PJ, Campillo Artero C, Agüera Ortiz J. Idoneidad de las indicaciones de cesárea. Una aplicación en la gestión de la práctica clínica. Prog obstet ginecol \(Internet\). 2007;50\(10\):584-92.](#)
16. [Begum T, Rahman A, Nababan H, Hoque DME, Khan AF, Ali T, et al. Indications and determinants of caesarean section delivery: Evidence from a population-based study in Matlab, Bangladesh. PLoS One. 2017;12\(11\):e0188074.](#)
17. [Saraya YS, Alashkar AH, Ali MA, Rajab AM, Saquib N. Indications and rate of first cesarean delivery in central region's maternity and children hospital. Saudi Med J. 2019;40\(12\):1251-5.](#)
18. [Mylonas I, Friese K. Indications for and risks of elective cesarean section. Dtsch Arztebl Int. 2015;112\(29-30\):489-95.](#)
19. Deng R, Tang X, Liu J, Gao Y, Zhong X. Cesarean delivery on maternal request and its influencing factors in Chongqing, China. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21(1):384.
20. [Keeton K, Zikmund-Fisher BJ, Ubel PA, Fenner DE, Fagerlin A. The accuracy of predicting parity as a prerequisite for cesarean delivery on maternal request. Obstet Gynecol. 2008;112\(2 Pt 1\):285-9.](#)
21. Deneux-Tharaux C, Carmona E, Bouvier-Colle M-H, Bréart G. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. Obstet Gynecol [Internet]. 2006;108(3 Pt 1):541-8.
22. Sadat Z, Taebi M, Saberi F, Kalarhousi MA. The relationship between mode of delivery and postpartum physical and mental health related quality of life. Iran J Nurs Midwifery Res. 2013;18(6):499-504.
23. Hansen AK, Wisborg K, Ulbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. BMJ [Internet]. 2008;336(7635):85-7.
24. Ramachandrapa A, Jain L. Elective cesarean section: its impact on neonatal respiratory outcome. Clin Perinatol [Internet]. 2008;35(2):373-93
25. Karnati S, Kollikonda S, Abu-Shaweesh J. Late preterm infants - Changing trends and continuing challenges. Int J Pediatr Adolesc Med [Internet]. 2020;7(1):36-44.
26. Alcocer Urueta J, Bonilla Mares M, Gorbea Chávez V, Velázquez Valassi B. Factores de riesgo asociados a lesiones vesicales en cesárea. Actas Urol Esp [Internet]. 2009;33(7).
27. Biler A, Ekin A, Ozcan A, Inan AH, Vural T, Toz E. Is it safe to have multiple repeat cesarean sections? A high volume tertiary care center experience. Pak J Med Sci Q [Internet]. 2017;33(5).
28. Alamo L, Vial Y, Denys A, Andreisek G, Meuwly J-Y, Schmidt S. MRI findings of complications related to previous uterine scars. Eur J Radiol Open [Internet]. 2018;5:6-15.
29. Puma J, Díaz J, Caparó C. Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general de Lima, Perú. Rev Medica Hered [Internet]. 2015;26(1):17.
30. Aujang ER. Complications of cesarean operation. In: Caesarean Section. InTech; 2018.
31. Hillan EM. Postoperative morbidity following Caesarean delivery. J Adv Nurs [Internet]. 1995;22(6):1035-42.
32. Lecuyer A-I, Baron S, Diguisto C, Laurent E, Turpin D, Potin J, et al. Césarienne en Centre-Val de Loire — Pratiques et Indications — Classification de Robson. Rev Epidemiol Sante Publique. 2020;68(4):253-9.
33. Hehir MP, Ananth CV, Siddiq Z, Flood K, Friedman AM, D'Alton ME. Cesarean delivery in the United States 2005 through 2014: a population-based analysis using the Robson 10-Group Classification System. Am J Obstet Gynecol. 2018;219(1):105.e1-105.e11.
34. Vargas S, Rego S, Clode N. Cesarean section rate analysis in a tertiary hospital in Portugal according to Robson ten group classification system. Rev Bras Ginecol Obstet. 2020;42(6):310-5.
35. Zúniga-Briceño AI. Clasificación de cesáreas según el modelo de Robson, unidad obstétrica, Hospital General San Felipe, Honduras, abril-junio de 2017. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2019;70(1):19-26.
36. Le Ray C, Girault A, Merrer J, Bonnet C, Blondel B. Impact of national guidelines on the cesarean delivery rate in France: A 2010-2016 comparison using the Robson classification. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2020;252:359-65.
37. Kelly S, et al. Examining caesarean section rates in Canada using the Robson classification system. J Obstet Gynaecol Can. 2013 Mar; 35(3): 206-14. doi: 10.1016/S17012163(15)30992-0.

Slinda®

DROSPIRENONA 4 mg
LIBRE DE ESTRÓGENO

Innovación en anticoncepción



24 + 4

DOP
ÚNICA DROSPIRENONE
ONLY PILL



APROBADO POR

FDA U.S. FOOD & DRUG
ADMINISTRATION

EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH

-  Sólida eficacia anticonceptiva equivalente a los AOC.
-  Seguridad comprobada.
-  Único anticonceptivo aprobado en adolescentes.
-  Excelente control de ciclo. Sangrados predecibles.
-  Beneficios más allá de la anticoncepción.



Slinda.uy



ANTICONCEPTIVOS
Urufarma



Líder mundial
en anticoncepción

Anticoncepción *para cada mujer*



POR MAYOR INFORMACIÓN DIRIGIRSE AL DEPARTAMENTO MÉDICO DE BAYER (0800 2104) O AL PROSPECTO DEL PRODUCTO.

Endometriosis

Para romper con el ciclo del DOLOR

Dienomax[®]

Dienogest

Eficaz en el tratamiento de la Endometriosis

- Reduce lesiones frecuentes de la Endometriosis
- Reduce el dolor eficazmente
- Alivia los síntomas desde el primer ciclo
- Seguridad en uso a largo plazo
- Cómoda posología

Accesible

