

## ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

# Evaluación de Grupos de Robson para disminuir la tasa de cesáreas en Hospital Luis Tisné Brousse. Agosto a diciembre 2016

Carolina Guzmán S<sup>1</sup>, Carlos Millán V<sup>1</sup>, Angélica Díaz R<sup>2</sup>.

## RESUMEN

*La tasa de cesárea de un país es un indicador de calidad en la atención perinatal. La Organización Mundial de la Salud, recomienda 15%. En Chile, se ha observado un alza en los últimos años, lo cual ha sido motivo de permanente debate. El presente estudio observacional retrospectivo clasifica las cesáreas del Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse desde el mes de agosto a diciembre del año 2016, en 10 grupos clínicos con el objeto de pesquisar aquellos en donde intervenciones clínicas sean relevantes para disminuir la tasa de cesárea.*

*Se utilizó la clasificación de Robson para dividir a los grupos y se estableció las principales causas a nivel público y privado. Las pacientes con cicatriz de cesárea constituyeron el grupo de mayor contribución; sin embargo, las nulíparas con gestación de término única en presentación cefálica y trabajo de parto espontáneo, también poseen un gran porcentaje. La evaluación de las indicaciones en este último grupo deja abierta la posibilidad de disminuir la tasa de cesárea con intervenciones clínicas específicas.*

**Palabras clave:** Operación cesárea, clasificación de Robson, resultado perinatal.

## SUMMARY

*The caesarean section rate of a country is one indicator that evaluates the quality of perinatal care. The World Health Organization recommends 15%. In Chile, there has been an increase in recent years, which has been the subject of ongoing concern. The present retrospective observational study classifies cesarean section of Luis Tisné Brousse Hospital from July to December 2016 in 10 clinical groups in order to identify the specific groups in whom clinical intervention which can positively impact in caesarean section rate reduction.*

*Robson classification was used to divide the groups and the main causes of caesarean at public and private level was established. Patients with caesarean scar group represent the greatest contribution to the caesarean section rate; however, the nulliparous with single term pregnancy in cephalic presentation and spontaneous labor, represents the mayor increase in the caesarean section rate. Analysis of caesarean section indications in the former group opens the possibility of lowering caesarean section rates with specific clinical interventions.*

**Key words:** Caesarean section, Robson Classification, perinatal outcomes.

<sup>1</sup> Médico Becado Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Campus Oriente Universidad de Chile, Hospital Dr. Luis Tisné Brousse.

<sup>2</sup> Ginecóloga Obstetra. Jefa Unidad Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Santiago Oriente, Dr. Luis Tisné Brousse. Universidad de Chile.

Recibido el 2 de abril, 2018. Aceptado el 6 de agosto, 2018.

Correspondencia: Carolina Guzmán Soto, +56952075550. E mail: ccguzmans@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre 10% y 15%<sup>1,2</sup>. Chile ostenta uno de los índices más altos de operación cesárea, con una incidencia global de 40,2%, alcanzando en el sistema privado 76% y en el público 40,9%, según DEIS-MINSAL 2014<sup>3</sup>. De éstas, 53,3% corresponden a cesáreas de urgencia y 46,5% a electivas. Las principales indicaciones de cesárea son distocias del trabajo de parto, cesáreas previas, presentación podálica y registro no tranquilizador o positivo

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, aumentando los riesgos maternos fetales y los costos en salud pública.

Existen graves complicaciones maternas secundarias a la cesárea, incluida la muerte. La morbilidad materna asociada a ésta, sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal<sup>4</sup>. Además, su incremento, se asocia con aumento de uso de antibióticos en el puerperio, mayor morbilidad fetal y materna, prematuridad y mayores ingresos a UCI neonatal<sup>5</sup>. En la operación cesárea, se agregan otros riesgos potenciales como lesión vesical (1 mujer cada 1.000), lesión de uréter (3 mujeres cada 10.000), lesiones fetales (1-2 recién nacidos cada 100). Por otro lado, en futuros embarazos existe mayor riesgo de rotura uterina (2 a 7 mujeres cada 1.000), mortinato (1 a 4 mujeres por cada 1.000), placenta previa y acretismo placentario (4 a 8 mujeres cada 1.000)<sup>6</sup>.

La principal dificultad para lograr una disminución significativa de la intervención, es el gran número de múltiparas con cesárea anterior. Al aumentar el número después de la primera, los riesgos de morbilidad y mortalidad se elevan significativamente. Por ende, éste es un foco de mujeres a intervenir, especialmente en la indicación de la primera cesárea, con un diseño adecuado de normas clínicas y un sistema de auditorías a nivel institucional.

Entre los sistemas existentes empleados para categorizar las cesáreas, en los últimos años, en muchos países se ha utilizado la clasificación de Robson<sup>8,9</sup>. Fue descrita por el Dr. Michael Robson en 2001. Estratifica las mujeres según sus características obstétricas en 10 grupos y, en consecuencia, permite comparar las tasas de cesárea en cada grupo con menor número de factores de confusión<sup>10</sup>.

En 2011 la OMS realizó una revisión sistemática y concluyó que la clasificación de Robson es la más adecuada para atender las necesidades locales e interna-

cionales actuales. Recomendó utilizarla como base para desarrollar un sistema de clasificación de cesáreas aplicable a nivel internacional<sup>9</sup>.

El objetivo principal de este trabajo es utilizar la clasificación de Robson, para determinar cuál es el grupo objetivo en el que debemos crear estrategias para disminuir la tasa de cesárea del Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse.

Como objetivos secundarios se plantea calcular los valores de las tasas de cesáreas general y según clasificación de Robson institucionales y del servicio pensionado, determinar las principales causas de cesárea según paridad y determinar la concordancia entre el diagnóstico prenatal de macrosomía fetal como causa de cesárea y el peso de nacimiento.

## PERSONAS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo observacional, desde agosto a diciembre de 2016 en el Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. Se seleccionaron todas las cesáreas institucionales y de pensionado que contaran con protocolo operatorio en ficha. El total de cesáreas en estos meses fue de 887, se accedió a la revisión de 402 pacientes.

Posterior a la selección de pacientes provenientes del libro de pabellón obstétrico, se realizó la revisión de fichas clínicas. Se obtuvieron los siguientes datos: 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 término), presentación fetal (cefálica, podálica o transversa), cantidad de fetos (único o múltiple) y causa de la cesárea registrada en el protocolo operatorio.

Se asignó a cada paciente sometida a cesárea uno de los 10 grupos de clasificación de Robson (Tabla 1).

La información se manejó en planilla de cálculos Excel®, y para el análisis estadístico se usó el programa Sigma Stat®. Se compararon las tasas de cesárea por grupo de Robson con prueba Chi-cuadrado,  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

En el periodo de estudio, se realizaron 887 cesáreas, que corresponden al 38,6% de total de partos registrados en el servicio. Dentro del total de partos institucionales, 31,7% corresponde a cesárea y en pensionado 67,3%. En la Tabla 2 se describen las características de las pacientes incluidas en la revisión. Treinta y nueve coma seis por ciento de las pacientes poseen una o más cesáreas anteriores.

**Tabla 1.**

Grupo 1	Nulíparas, único vértice, >37 semanas, trabajo de parto espontáneo
Grupo 2	Nulíparas, único vértice, >37 semanas, inducido o cesárea antes de trabajo de parto
Grupo 3	Múltiparas, único vértice, >37 semanas, trabajo de parto espontáneo, sin cicatriz de cesárea anterior
Grupo 4	Múltiparas, único vértice, >37 semanas, inducido o cesárea antes de trabajo de parto, sin cicatriz de cesárea anterior
Grupo 5	Múltipara, cesárea(s) previa(s), único vértice, >37 semanas
Grupo 6	Nulíparas, único, podálica
Grupo 7	Múltiparas, único, podálica, incluida cicatriz de cesárea anterior
Grupo 8	Embarazos múltiples, incluida cicatriz de cesárea anterior
Grupo 9	Único, presentaciones distócicas (oblicua o transversa), incluida cicatriz de cesárea anterior
Grupo 10	Únicos, presentación vértice, <37 semanas, incluida cicatriz de cesárea anterior

**Tabla 2. Caracterización de población en estudio**

Características		Promedio
Edad (años)	30,6 ±6,6	
Embarazos:	Único	390 (97%)
	Múltiple	12 (3%)
Paridad:	Nulíparas	165 (41%)
	Múltiparas	237 (59%)
Edad gestacional (semanas):	<28	4 (1%)
	28-32	8 (2%)
	33-36	44 (10,9%)
	>37	346 (86,1%)
Presentación:	Cefálica	364 (90,5%)
	Podálica o transversa	38 (9,5%)
Cesárea anterior:	0	243 (60,4%)
	1	98 (24,4%)
	>1	61 (15,2%)
Inducción previa:	No	362 (90%)
	Si	40 (10%)
Modalidad:	Institucional	298 (74,1%)
	Pensionado	104 (25,9%)
Modalidad:	Electiva	194 (48,3%)
	Urgencia	208 (51,7%)

La distribución por grupos clínicos de Robson y su respectiva contribución al porcentaje de cesáreas se resumen en la Tabla 3.

Los grupos que más contribuyen a la tasa de cesárea global son 5, 2,1 y 10, siendo responsables del 76,1% del total de cesáreas.

El grupo 1 corresponde a las pacientes primigestas con gestación única de presentación de vértice que iniciaron trabajo de parto espontáneo con edad gestacional mayor o igual a 37 semanas. Las principales causas de cesárea para el grupo 1 se resumen en la Tabla 4, siendo las más importantes, la distocia de posición o dilatación estacionaria, estado fetal no tranquilizador y malas condiciones obstétricas.

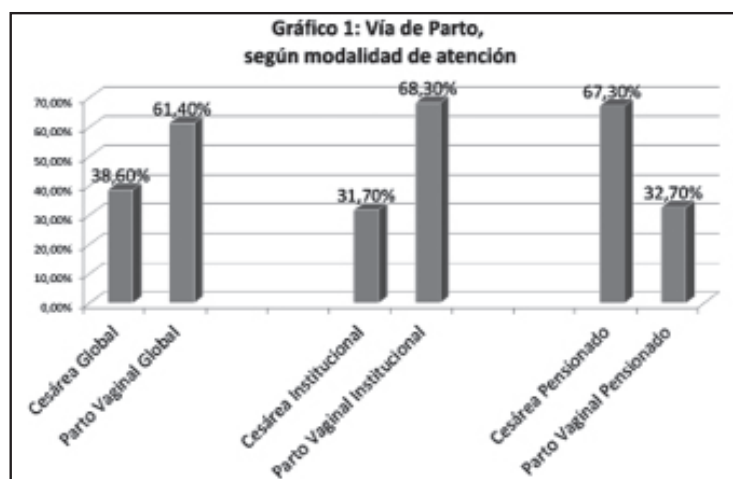
El grupo 2 incluye a pacientes nulíparas, con embarazo  $\geq 37$  semanas, presentación de vértice y trabajo de parto inducido o cesárea antes de trabajo de parto, llegando a un porcentaje de 18,9%.

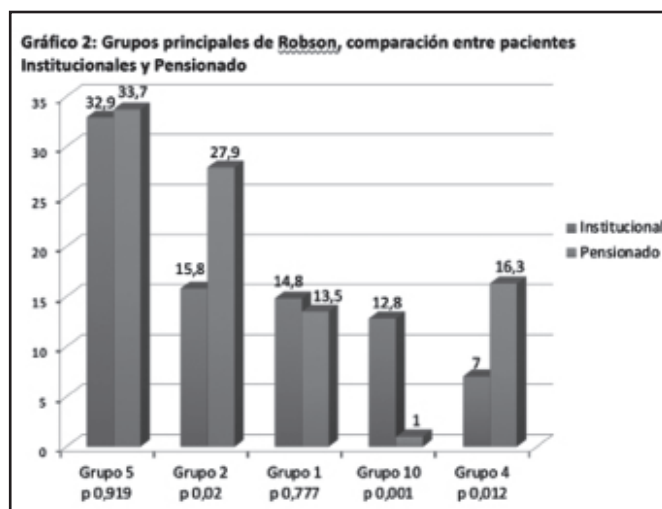
**Tabla 3. Porcentaje de cesárea global, institucional o pensionado, electivo o urgencia**

Tipo y modalidad cesárea	Porcentaje
<b>Tipo de parto</b>	
Cesárea	38,6% (887)
Parto vaginal	61,4% (1410)
<b>Modalidad</b>	
Institucional	31,7%
Electiva	32,6%
Urgencia	67,4%
<b>Pensionado</b>	
Electiva	67,3%
Urgencia	92,0%
Urgencia	8,0%

**Tabla 4. Contribución al porcentaje de cesáreas según la clasificación de Robson: global, institucional y pensionado**

Grupo Robson	Número (porcentaje del global de cesáreas)	Institucional	Pensionado	p-value (<0,05) distribución X <sup>2</sup>
Grupo 1	58 (14,4%)	14,8%	13,5%	0,77758
Grupo 2	76 (18,9%)	15,8%	27,9%	0,02837
Grupo 3	23 (5,7%)	6,4%	3,8%	0,36365
Grupo 4	38 (9,5%)	7,0%	16,3%	0,01278
Grupo 5	133 (33,1%)	32,9%	33,7%	0,91917
Grupo 6	15 (3,7%)	4,0%	2,9%	0,60925
Grupo 7	9 (2,2%)	2,7%	1,0%	0,31533
Grupo 8	10 (2,5%)	3,4%	0%	-
Grupo 9	1 (0,2%)	0,3%	0%	-
Grupo 10	39 (9,7%)	12,8%	1,0%	0,00110





**Tabla 5. Causa de cesárea según paridad**

Indicación de cesárea global	Número	Porcentaje
<b>Nulíparas</b>	165	100%
Desproporción céfalo-pélvica	11	6,7%
Macrosomía	15	9,1%
Malformaciones	3	1,8%
Síndrome hipertensivo del embarazo	11	6,7%
Restricción del crecimiento intrauterino	4	2,4%
Distocia de posición o dilatación estacionaria	41	24,8%
Estado fetal no tranquilizador	28	17,0%
Causa uterina (miomectomía, tumor previo)	4	2,4%
Distocia de presentación	18	10,9%
Emergencia obstétrica (DPPNI, procidencia de cordón)	0	0,0%
Malas condiciones obstétricas	26	15,8%
Causa materna	4	2,4%
<b>Múltiparas</b>	237	100%
Desproporción céfalo pélvica	7	3,0%
Macrosomía	27	11,4%
Malformaciones	2	0,8%
Síndrome hipertensivo del embarazo	11	4,6%
Restricción del crecimiento intrauterino	6	2,5%
2 o más cesáreas anteriores	55	23,2%
Distocia de posición o dilatación estacionaria	19	8,0%
Estado fetal no tranquilizador	21	8,9%
Causa uterina (miomectomía, tumor previo)	6	2,5%
Distocia de presentación	13	5,5%
Emergencia obstétrica (DPPNI, procidencia de cordón)	3	1,3%
Malas condiciones obstétricas	28	11,8%
Causa materna	5	2,1%
Paridad cumplida	10	4,2%
1 cesárea anterior	24	10,1%

DPPNI: Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

En el grupo 5 que incluye pacientes con antecedentes de cesárea, gestación única en presentación de vértice y edad gestacional mayor o igual a 37 semanas, se observa 33,1%, cifra esperable por el aumento de pacientes con cesárea anterior (23,2%).

Finalmente, el grupo 10 incluye pacientes con embarazo único de presentación de vértice con menores de 37 semanas, alcanzando 9,7%, las principales causas en estas pacientes son síndromes hipertensivos del embarazo severos (16,7%), cesárea anterior (10,6%) y estado fetal no tranquilizador (10,6%).

Cabe destacar, la diferencia que existe entre las cesáreas institucionales y pensionado, ya que en pensionado los grupos que predominan son el 5 (33,7%), 2 (27,9%), 4 (16,3%) y 1 (13,5%). Se alcanza una diferencia con significancia estadística ( $p < 0,05$ ) en los grupos 2, 4 y 10.

En cuanto a la indicación de macrosomía como causa de cesárea, entendiendo macrosomía como una estimación de peso fetal mayor a 4,0 Kg, según el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia<sup>11</sup>, la concordancia entre la indicación y el peso fetal de nacimiento es de 64,3%. Si analizamos la recomendación actual de nuestro país<sup>12</sup>, que es indicar una cesárea solo si estimamos un peso fetal mayor a 4,5 Kg en pacientes no diabéticas, la concordancia es de 7,1%.

Finalmente, las principales causas de cesárea en pacientes del pensionado son malas condiciones obstétricas y macrosomía fetal (Tabla 6).

## DISCUSIÓN

En la Encuesta Global 2004-2005 de la OMS sobre la salud materna y perinatal, seleccionó una muestra de

ocho países de América Latina. Su objetivo fue explorar la relación entre la tasa de partos por cesárea y los resultados maternos y perinatales. Se observó que el aumento de la tasa de parto por cesárea, se asoció con aumento de uso de antibióticos en el puerperio, mayor morbilidad fetal y materna, prematuridad y mayores ingresos a UCI neonatal<sup>5</sup>.

Existen experiencias locales en el país que han demostrado disminución de sus tasas de cesárea a través de auditorías y revisión de casos como el Hospital Padre Hurtado, Hospital Clínico La Florida y Clínica Santa María, cuyas tasas alcanzan entre 26% y 29,8%, según datos estadísticos de base de datos locales.

Según la norma para monitoreo y vigilancia de la indicación de cesárea del MINSAL<sup>12</sup>, el año 2015, del total de cesáreas, el 53,5% corresponden a cesáreas de urgencia y 46,5% a electivas, cifra que difiere levemente a la descrita en el sistema institucional de nuestro hospital (67,4% urgencia y 32,6% electivas). Las principales indicaciones de cesárea son distocias del trabajo de parto, cesáreas previas, presentación podálica y registro no tranquilizador o positivo. Similares a las descritas en nuestro trabajo, a diferencia de "malas condiciones obstétricas", que representa 15,8% de las causas en nulíparas y 11,8% en multíparas.

Entre las causas del aumento de la cesárea, está la mala interpretación de la monitorización electrónica de la frecuencia cardiaca fetal intraparto, aumento de las intervenciones en edades gestacionales menores, aumento de embarazos en mujeres de más de 40 años y el número creciente de mujeres que tienen una cesárea previa y embarazo gemelar. Según nuestro estudio, las cesáreas en edades gestacionales menores (<37 semanas), representan 13,9% del total, el promedio de edad en las mujeres fue de 30 años, 39,6% tenía una o más cicatrices

**Tabla 6. Causas de cesáreas en sistema pensionado**

Indicación de cesárea	Número (N=104)	Porcentaje
Malas condiciones obstétricas	44	42,3%
1 cesárea anterior	8	7,7%
2 o más cesáreas anteriores	6	5,8%
Desproporción céfalo pélvica	5	4,8%
Dilatación estacionaria	3	2,9%
Emergencia obstétrica	2	1,9%
Estado fetal no tranquilizador	7	6,7%
Macrosomía fetal	12	11,5%
Paridad cumplida	9	8,7%
Distocia de presentación	4	3,8%
Restricción del crecimiento intrauterino	1	1,0%
Distocia de posición	2	1,9%
Espasticidad muscular	1	1,0%

de cesáreas anteriores y el embarazo gemelar correspondió al 2,5% del total de cesáreas.

Según un estudio realizado en nuestro país el año 2004<sup>13</sup>, el perfil de pacientes es bastante similar al nuestro en cuanto a edad, paridad, tipo de embarazo (único o múltiple) y edad gestacional. Existe una clara discrepancia al comparar estudios con más de 10 años de diferencia en cuanto al porcentaje de pacientes con cesárea anterior (10,7% vs 39,6%), lo que es concordante con el aumento de la tasa global de cesáreas (30% vs 38,6%), sin mayores diferencias en la proporción de electivas y de urgencia. Lo que conlleva a que el grupo 5 de Robson sea el que concentra el mayor porcentaje del total de cesáreas, al igual como se reporta en distintos estudios<sup>13-15</sup>.

Los grupos que mayor contribución generaron a la tasa de cesáreas en nuestro trabajo fueron los grupos 5, 2, 1 y 10, que dan cuenta de 76,1% de total de cesáreas entre agosto y diciembre de 2016, similar a lo reportado en la literatura<sup>13-15</sup>.

La tasa de cesárea en los grupos 6 y 7 que incluyen pacientes nulíparas y multíparas con fetos únicos en presentación podálica, reflejan la adopción de la recomendación que emerge a partir de la revisión sistemática para vía de parto en podálica que incluye al estudio multicéntrico randomizado de Hannah<sup>16</sup>.

Un grupo que genera controversia son las pacientes cuyo trabajo de parto es inducido, dado la liberalidad de su uso en la práctica obstétrica, éstas corresponden a los grupos 2 y 4 de Robson. Según nuestro trabajo, de las pacientes que terminaron en cesárea 10% tenía inducción previa, cifras similares a la literatura<sup>13</sup>.

En este estudio, el grupo 1 (pacientes primíparas con gestación única de presentación de vértice con trabajo

de parto espontáneo y edad gestacional mayor o igual a 37 semanas) fue uno de los de mayor contribución a la tasa de cesárea. Situación que se ve clarificada gracias a la utilización de la clasificación de Robson, representando un aporte de la evaluación por grupos clínicos. El análisis causal de indicación de cesárea en este grupo apunta a un incremento significativo en el diagnóstico de distocia de trabajo de parto, estado fetal no tranquilizador y malas condiciones obstétricas, lo cual difiere con la literatura<sup>13</sup>.

Estos hallazgos obligan a la revisión de las condiciones y tiempos empleados en el trabajo de parto, además de la necesidad de protocolizar la interpretación de la monitorización fetal intraparto.

## CONCLUSIÓN

Como conclusión, la clasificación de Robson nos permite identificar los grupos de mayor impacto en la tasa de cesárea global, siendo posible implementar acciones y estrategias específicas destinadas a reducirla. Es pertinente la creación de protocolos con indicaciones de cesárea en pensionado, debido a que los grupos 2 y 4 son pacientes que no han sido sometidas a trabajo de parto, por lo que deben tener alguna indicación absoluta de cesárea, situación que no se vio reflejada en nuestro estudio. Por otro lado, la indicación de cesárea por macrosomía fetal, idealmente debe ser evaluada por una prueba de trabajo de parto, para cumplir con la norma actual de nuestro país. El incremento actual en la tasa de cesárea, requiere de la evaluación permanente por cada centro, para velar por una atención materno fetal con el menor riesgo posible.

## REFERENCIAS

- YE J, BETRAN AP, VELA MG, SOUZA JP, ZHANG J. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. *Birth* 2014; 41(3): 237-43.
- What is the right number of caesarean sections? *Lancet* 1997; 349: 815-6.
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. OMS. 2015. Disponible en [www.who.int/reproductivehealth](http://www.who.int/reproductivehealth).
- HAGER RME, DALTVIT AK, HOFFOS D, ET AL. Complications of cesarean deliveries: Rates and risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 428-34.
- VILLAR J, VALLADARES E, WOJDYLA D, ET AL. Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006; 367(9525): 1819-29.
- PATRICIO GAYÁN B, JORGE VARAS C, ANA MARÍA DEMETRIO R, JOSÉ LATTUS O. Protocolo de indicación operación cesárea. *Rev Obstet Ginecol-Hosp Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse* 2009; 4(2): 113-8.
- VOGEL JP, BETRÁN AP, VINDEVOGHEL N, SOUZA JP, TORLONI MR, ZHANG J ET AL. on behalf of the 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 Global Health* 2015; 3(5): e260-70.
- YE J, ZHANG J, MIKOLAJCZYK R, TORLONI MR, GÜLMEZOGLU AM, BETRÁN AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG* 2015 Aug 24.
- TORLONI MR, BETRAN AP, SOUZA JP, WIDMER M, ALLEN T, GULMEZOGLU M, ET AL. Classifications for cesarean section: a systematic review. *PLoS ONE* 2011; 6(1): e14566.

10. ROBSON MS. Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review* 2001; 12(1): 23-39.
11. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS' COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS-OBSTETRICS. Practice Bulletin No. 173: Fetal Macrosomía. *Obstet Gynecol* 2016; 128(5): e195-e209.
12. Norma para el monitoreo y vigilancia de la indicación de la cesárea. MINSAL 2017.
13. VERA. Utilidad de la evaluación de 10 grupos clínicos obstétricos para la reducción de la tasa de Cesárea en un hospital docente. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004.
14. ROBSON MS, SCUDAMORE IW, WALSH SM. Using the medical audit cycle to reduce cesarean section rates. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 199-205.
15. ROBSON MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2001; 15(1): 179-94.
16. HANNAH ME, HANNAH WJ, HEWSON SA, HODNETT ED, SAIGAL S, WILLAN AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet* 2000; 356: 1375- 83.