

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



Una Institución Adventista

Tesis para optar por el Título profesional de Médico Cirujano

Tasa de incidencia de cesárea según clasificación de Robson en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, Lima, enero – diciembre 2018

Por:

Kevin Rodríguez Salinas

Asesor:

Mc. Edson Mandujano Romero

Co-Asesor:

Mg. Pool Marcos Carbajal

Lima, febrero de 2019

ANEXO 07 DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS

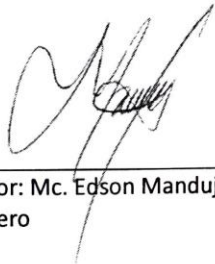
Asesor: *Mc. Edson Mandujano Romero*, Coasesor: *Mg. Pool Marcos*, de la Facultad De Ciencias de la Salud de la EP de Medicina Huamana, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

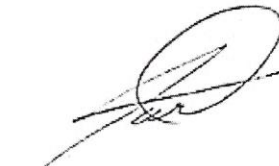
Que el presente informe de investigación titulado: ***“Tasa de incidencia según la clasificación de Robson en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, Lima, enero – diciembre 2018”*** constituye la memoria que presenta el **Bachiller (Kevin Nick Rodríguez Salinas)** para aspirar al título de Profesional de Médico Cirujano ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en *Lima*, al 4 de marzo del año 2019.



Asesor: *Mc. Edson Mandujano Romero*



Coasesor: *Mg. Pool Marcos Carbajal*

Tasa de cesárea según la Clasificación de Robson en el Hospital
Jorge Voto Bernales, EsSalud, Lima, enero – diciembre 2018

TESIS

Presentada para optar el título profesional de Médico Cirujano

JURADO CALIFICADOR



Mg. Manuel Concha Toledo
Presidente



Mg. Ronny Chilon Troncos
Vocal



Mc. Pool Marcos Carbajal
Coasesor



Mg. Angelo Huapaya Flores
secretario



Mc. Edson Mandujano Romero
Asesor

Lima, 04 de marzo del 2019

Dedicatoria

En primer lugar, a mi madre Otilia Salinas, por ser mi ejemplo a seguir con su gran disciplina y dedicación, así también por creer en mis capacidades todo este tiempo. A mi padre Alfredo Rodríguez por su gran apoyo y constantes palabras de ánimo en toda la etapa universitaria.

Kevin Nick Rodríguez Salinas

Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a Dios por darme la vida y una mente brillante capaz de poder realizar esta investigación.

A mis padres, por su apoyo incondicional y el amor que me brindan, por motivarme a luchar día a día por mis metas, y por inculcarme la educación que respeta mis principios.

A mi asesor, el Mc Edson Mandujano Romero y el Mg. Pool Marcos Carbajal, por la disponibilidad de tiempo, la ayuda, asesoría, sugerencias que me brindaron. Para así poder culminar satisfactoriamente esta investigación.

A mi querido hospital dónde realicé mi internado médico, el Hospital Jorge Voto Bernal, por permitirme realizar esta investigación en sus ambientes, y particularmente al servicio de Gineco-Obstetricia por las facilidades que me brindaron para la recolección de mis datos. A todos los que hicieron posible esta investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria.....	IV
Agradecimientos	V
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	VI
Índice de Cuadros	VIII
Índice de ilustraciones.....	IX
Índice de Anexos	X
Resumen	XI
Abstract.....	XII
Introducción	12
Capítulo I	14
1. Planteamiento del Problema.....	14
2. Formulación del problema	18
3. Objetivos de la investigación	18
3.1. Objetivo general.....	18
3.2. Objetivos Específicos	18
4. Justificación del problema	19
4.1. Relevancia Teórica	19
4.2. Relevancia Metodológica.....	20
4.3. Relevancia Social	20
4.4. Relevancia Práctica	20
4.5. Relevancia económica.....	21
5. Presuposición filosófica	21
Capítulo II	24
1. Antecedentes de la investigación	24
2. Marco Histórico.....	35

3. Marco Teórico.....	36
3.1. Salud Materno – Perinatal	36
3.2. Parto Normal.....	38
3.3. Cesárea.....	39
3.4. Clasificación de cesáreas según Robson	42
Capítulo III.....	45
1. Tipo de investigación	45
2. Diseño de investigación.....	45
3. Población de estudio	46
3.1. Muestra de estudio	46
3.1.1. Criterios de inclusión	46
3.1.2. Criterios de exclusión.....	46
4. Variables de Estudio.....	46
5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	49
6. Técnicas para el análisis de datos.....	49
7. Consideraciones éticas.....	50
Capítulo IV	51
1. Resultados	51
2. Discusión.....	56
Capítulo V	61
1. Conclusión.....	61
2. Recomendaciones.....	63
Referencias.....	65
Anexos.....	71

Índice de Cuadros

Cuadro 1. <i>Conceptos y parámetros del modelo de clasificación de Robson</i>	43
Cuadro 2. <i>Descripción del modelo de clasificación de Robson</i>	44
Cuadro 3. <i>Operacionalización de variables</i>	48
Cuadro 4. <i>Total de nacimientos del año 2018</i>	51
Cuadro 5. <i>Grupo etario</i>	51
Cuadro 6. <i>Características clínicas de las pacientes atendidas por parto por cesárea en el 2018</i>	52
Cuadro 7. <i>Distribución de las cesáreas según los grupos de la clasificación de Robson en el hospital Jorge Voto Bernales en el año 2018.</i>	54

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. <i>Tasa de cesáreas en el tiempo (2018)</i>	53
Ilustración 2. <i>Distribución de las cesáreas por grupos de Robson</i>	55

Índice de Anexos

Anexo 1: Ficha de recolección de datos.....	71
Anexo 2. Autorización del Hospital Jorge Voto Bernales.....	72
Anexo 3. Validación de instrumento.....	73

Resumen

Objetivo: Determinar la tasa de incidencia de cesáreas según la clasificación de Robson en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, Lima, en el periodo de enero – diciembre 2018. **Métodos:** Estudio epidemiológico, cuantitativo, descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal. Realizado en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, durante el periodo enero – diciembre del 2018. Se incluyó a todas las gestantes ingresadas para atención de parto y que terminaron vía cesárea. La información fue recolectada del libro de actas de nacimiento de centro obstétrico del hospital en el periodo ya mencionado. El análisis de estadístico y la presentación de las tablas e ilustraciones se realizó mediante los programas Excel 2016 y SPSS ®. **Resultados:** La muestra censal estuvo integrada por 1113 mujeres quienes culminaron su gestación por parto vía cesárea de un total de 2965 partos. Representando una tasa del 37.54%. La aplicación del modelo de Robson pudo evidenciar que los grupos con mayor tasa de cesáreas fueron el grupo 1 con 29.7%, seguido del grupo 2 y 5 con tasas de 18.2% y 14.3% respectivamente. **Conclusiones:** La tasa de cesárea encontrada en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, durante el periodo enero – diciembre 2018 supera ampliamente lo recomendado por la OMS. Con la aplicación de la clasificación de Robson se evidenció que los grupos que más aportaron a la tasa de cesárea fueron los grupos 1, 2 y 5. La clasificación de Robson para las cesáreas es factible, reproducible y permite implementar estrategias óptimas para la reducción de la tasa de cesárea.

Palabras Clave: Clasificación de cesáreas de Robson, Tasa de cesáreas.

Abstract

Objective: To determine the cesarean incidence rate according to the classification of Robson in the Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, Lima, in the period of January - December 2018. **Methods:** Epidemiological, quantitative, descriptive, observational, retrospective and cross-sectional study. Performed at the Jorge Voto Bernales Hospital, EsSalud, during the period January - December 2018. All pregnant women admitted for delivery care and who completed via caesarean section were included. The information was collected from the birth certificate book of the obstetric center of the hospital in the aforementioned period. The statistical analysis and the presentation of the tables and illustrations were made through the Excel 2016 and SPSS ® programs. **Results:** The census sample consisted of 1113 women who completed their gestation by delivery via cesarean section of a total of 2965 deliveries. Representing a rate of 37.54%. The application of the Robson model was able to show that the groups with the highest cesarean rate were group 1 with 29.7%, followed by group 2 and 5 with rates of 18.2% and 14.3% respectively. **Conclusions:** The cesarean rate found in the Jorge Voto Bernales Hospital, EsSalud, during the period January - December 2018 exceeds what is recommended by WHO. With the application of Robson's classification, it was evident that the groups that contributed most to the cesarean rate were groups 1, 2 and 5. Robson's classification for cesareans is feasible, reproducible and allows to implement optimal strategies for the reduction of the cesarean rate.

Keywords: Classification of cesarean sections of Robson, Caesarean section rate.

Introducción

La cesárea es el procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado en todo el mundo.(1) La Organización mundial de la salud (OMS) menciona que las cesáreas son el procedimiento quirúrgico más efectivo para conservar la vida neonatal y materna sólo cuando sean necesarias y tengan justificación médica; pero, muchas veces es indicada sin un criterio médico adecuado, lo que lleva a poner en riesgo a las madres y a sus hijos con complicaciones a corto y largo plazo.(1) (2)

Se ha observado que las mujeres con antecedentes de cesárea previa tienen el doble de riesgo de morbilidad, a su vez el riesgo de infección producto del procedimiento, esto se quintuplica comparándose con las mujeres que tuvieron parto vaginal. (3)

Desde 1985, se ha considerado que la tasa ideal de cesárea en todo el mundo debe variar entre el 10 al 15%, no se justifica una tasa mayor a esta. (2) Sin embargo varios países han superado ampliamente este límite. (4) En Suramérica y el caribe hasta el año 2015 el promedio de tasas de cesáreas se calculó cerca del 40%, la tasa más alta que cualquier región del mundo.(5)

La OMS menciona que, según las características definidas de las poblaciones a las que se les brinda atención obstétrica, es determinante analizar sus tasas de cesárea. Pero actualmente no se ha creado un sistema para clasificar las cesáreas que esté estandarizado y que facilite la realización de comparaciones entre la tasa de cesárea de los establecimientos de salud. Aun así, en varios países se viene

empleando un sistema de clasificación de cesáreas conocido como Clasificación de cesáreas de Robson el cual está dividido en 10 grupos. La OMS aconseja utilizar esta clasificación desde el año 2014 para poder evaluar, comparar y realizar supervisiones en los establecimientos sobre la tasa de cesárea. (2)

Es así como en este estudio determinará la tasa de incidencia de cesáreas en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, Lima, en el periodo de enero – diciembre del 2018 utilizando la Clasificación de cesáreas de Robson, y así definir dónde se ubica el mayor porcentaje de tasa de cesáreas según esta clasificación.

Capítulo I

El Problema

1. Planteamiento del Problema

El aumento de la tasa de cesárea han sido una preocupación de la salud pública durante los últimos 30 años y lo sigue siendo en la actualidad. El aumento ha sido un fenómeno global, sin embargo, el momento y la tasa de la misma deriva de un país a otro. y hay una marcada persistencia de diferencias en las tasas. (6)

En la última década se ha observado un incremento a nivel mundial, y la que se está convirtiendo en un procedimiento de rutina. Aunque sea un procedimiento muy eficaz, pues permite reducir las probabilidades de muerte materna y perinatal, la misma puede traer complicaciones. (3)(7)(2)

Debido a este aumento la OMS desde el año 1985 ha considerado que lo ideal es una tasa de cesárea que varíe entre el 10 - 15%. (2)

La Organización Panamericana de Salud (OPS) estima que la tasa en América latina presenta en promedio del 38,9%, mientras que Estados Unidos alcanza una tasa de 33% según estadísticas del 2014.(8)

En un estudio donde se incluyó a los 172 países miembros de la OMS, durante

el periodo del 2005 al 2012, se estimó la tasa de cesárea. Sudán del sur fue el país que evidenció una menor tasa con un 0,6%, por otro lado, en Brasil se encontró la tasa más alta de cesárea con un 55.6%. Así mismo, otro país que presenta una tasa de cesárea elevada es Estados Unidos con 31.1% reportado en el año 2006, habiéndose incrementado aun en la última década a un 50%. (4)(6)

El líder mundial de nacimientos por esta vía de parto por cesárea es República Dominicana llegando a presentar una tasa de 58,1% de segundo lugar se encuentra Brasil con un 55,5%. Entre otros países que lideran este ranking se encuentran países latinoamericanos como: Venezuela con una tasa de 52,4%, Chile con 46%, Colombia con 45,9%, Paraguay con 45,9%, Ecuador con 45,5%, México con 40,7% y Cuba con 40,4%.(9)

Sin embargo, en América latina también existen países que tienen la tasa de cesárea determinada por la OMS en esta área, tal es el caso de Honduras y Guatemala con una tasa que alcanza a ser entre el 10-15%, y otros que se acercan como Bolivia y Perú con tasas entre el 15-25%. Aunque en realidad, los países con tasas de cesárea aún más baja, donde incluso no suele haber una atención médica adecuada como Etiopía, Níger, Chad, o Burkina Faso, es donde la tasa de cesárea apenas llega a un 2% de los nacimientos. (10) Siendo en las Américas, 4 de cada 10 partos, ocurren por vía cesárea, superando la tasa ideal considerado por la OMS. (7)

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú realizada en el año 2015, muestra que

del 100% de partos a nivel nacional, el 91% fueron atendidos en algún establecimiento de salud. Así mismo, la tasa de cesárea se incrementó siendo el 2011 de 22.9% y en el 2015 de 31.6%. De la misma manera, se evidencia mayor accesibilidad a cesáreas o elección de este procedimiento a mujeres con educación superior con una tasa de 50.2%, o con mejor estatus económico con 55.9%, en contraste con mujeres con poca educación que llega a una tasa de 6.5% o que sea de un estatus económico pobre siendo 10.7%.(11)

En la práctica privada cada año se ejecutan aproximadamente trece mil cesáreas sin indicación materna o fetal, lo cual representa gastos elevados sobrepasando los seis millones de dólares cada año. (3) En la parte médica, Estados Unidos es el país con más altos costos tal es así que un parto vaginal puede llegar a costar unos 30 mil dólares. En el Perú, el costo de un parto vaginal en una institución privada puede variar desde los 5 mil a los 10 mil soles peruano en caso de contar con un seguro de salud. Así mismo, el costo aumentaría a unos 20 mil soles peruanos si se tratara de una cesárea. (12)

A pesar de que las cesáreas se han incrementado sin indicación materna o fetal, la morbilidad y mortalidad materna no han mejorado. Por lo contrario, esta práctica conlleva a aumentar los costos hospitalarios y aumentar los riesgos obstétricos de la mujer como consecuencia de la existencia de una cicatriz uterina y por la creencia errónea que una vez cesárea, siempre será cesárea. (7)

Anualmente se realizan miles de cesáreas en la práctica privada en el Perú sin justificación materno o fetal, debida a esta alta demanda se genera un sobre costo

económico en la atención de salud y lo que conlleva a interferir en la autonomía de la mujer en el momento de elegir la forma de interrumpir el embarazo.(3)

En medicina, los sistemas de clasificación son utilizados para que los datos ordinarios se conviertan en información provechosa y así se logren mejoras en la atención médica. Estos sistemas de clasificación tienen que ser fáciles de implementar, ser entendibles, a su vez ser relevantes clínicamente y prospectivamente identificables para que así los resultados obtenidos logren beneficiar a los pacientes.

La Clasificación de cesáreas de Robson ha sido utilizada en varios países, (13) por lo que la OMS aconseja que debe ser usada como un estándar global y con ella poder comparar y evaluar la tasa de cesárea. Así mismo, empezar un seguimiento a lo largo del tiempo de los establecimientos de salud. (2)

La OMS aconseja que ante la gran proporción de incidencias de cesáreas las cuales muchas veces se realizan sin justificación materno o fetal, afectando sobretodo la salud materna y perinatal, y no es suficiente conocer la tasa de cesáreas para disminuir dicha proporción, se ha visto que es necesario tomar las medidas necesarias del caso y analizar los datos reales en grupos o categorías específicas tomando en cuenta los resultados, los recursos y la experiencia disponible.

Es por tal motivo que el objetivo de esta investigación es determinar la tasa de incidencia de cesárea del Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, utilizando el sistema de clasificación de cesáreas de Robson.

2. Formulación del problema

¿Cuál es la tasa de incidencia de cesáreas según la clasificación de Robson en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, Lima, enero – diciembre del 2018?

3. Objetivos de la investigación

3.1. Objetivo general

Determinar la tasa de incidencia de cesáreas según la clasificación de Robson en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, Lima, en el periodo de enero – diciembre 2018.

3.2. Objetivos Específicos

- Determinar la incidencia de cesáreas en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, Lima, en el periodo de enero – diciembre 2018
- Identificar cuáles son los grupos de Robson que más contribuyen con la tasa global de cesárea en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, Lima, en el periodo de enero – diciembre 2018.
- Identificar el grupo de Robson que representan la mayor población en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, Lima, en el periodo de enero – diciembre 2018.
- Identificar el grupo de Robson que representan la menor población en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, Lima, en el periodo de enero – diciembre 2018.

- Identificar en que mes hubo mayor incidencia de cesárea en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, Lima, en el periodo de enero – diciembre 2018.

4. Justificación del problema

4.1. Relevancia Teórica

Hasta la actualidad, no existe un sistema de clasificación de cesáreas aprobado internacionalmente que permita y ayude realizar comparaciones entre la tasa de cesárea de los centros de salud, es por lo que la OMS propone y sugiere la implementación del sistema de clasificación de cesáreas de Robson.(2) Este sistema de clasificación nos ayuda a saber cuáles son aquellos grupos que representan la mayor tasa de cesárea durante el tiempo evaluado. Además, este sistema cumple con las expectativas y con las necesidades internacionales y locales. Adicionalmente permite auditar y realizar una comparación entre diferentes entornos y sus tasas de cesárea.

Así este estudio logrará aportar al Hospital Jorge Voto Bernales información relevante y la institución podrá analizar con mayor incidencia de cesáreas con el propósito de reducir esta tasa.

Por lo que esta investigación al aportar el conocimiento sobre qué grupo de la clasificación de cesáreas de Robson presenta mayor tasa de incidencia, se podrá decidir de una manera más adecuada reduciendo así la tasa de cesáreas, debido a esto se logrará reducir los gastos en la institución.

4.2. Relevancia Metodológica

Los instrumentos utilizados servirán de aporte al departamento de gineco-obstetricia del Hospital Jorge Voto Bernales y a los profesionales de los hospitales para su próxima aplicación. Asimismo, los datos obtenidos de los cuestionarios servirán como base estadística en la realización de mejoras en el ambiente de trabajo.

4.3. Relevancia Social

Este estudio se realiza debido a que existe un incremento de la tasa de incidencia de cesáreas en los últimos años y esto conlleva a un problema de salud pública, lo cual preocupa a los gobiernos y a los profesionales de la salud por las consecuencias perjudiciales que posiblemente podrían ocasionar en la salud materno perinatal.(1)

Por tal motivo, este estudio aportará conocimiento relevante para la salud pública. De la misma manera las gestantes que se encuentren en el grupo de Robson con mayor tasa de incidencia de cesárea, tendrán el beneficio de poder ser evaluadas correctamente antes de la toma de decisión del culminar la gestación por cesárea.

4.4. Relevancia Práctica

Con este estudio se pretende aportar al Hospital Jorge Voto Bernales información relevante mediante datos y análisis estadísticos sobre la tasa de cesáreas del mismo, y con ello contribuir para la toma de decisiones de los médicos

para un mejor manejo y toma de decisiones adecuadas sobre la necesidad de una cesárea en alguna gestante.

4.5. Relevancia económica

La tasa de incidencia de cesárea es elevada en diversas partes del mundo y en otras instituciones del país y de Lima metropolitana, esto conlleva a un gran gasto económico de las instituciones como EsSalud y del ministerio de Salud. (14)

Ante esta situación se pretende aportar la tasa de incidencia de cesárea de cada grupo de la clasificación de Robson, para así lograr intervenir en los grupos con mayor tasa; como consecuencia a esta intervención y el posterior logro de reducción de la tasa de cesáreas también traerá el beneficio de la reducción de gasto económico en las instituciones de salud.

5. Presuposición filosófica

En la Biblia, específicamente en el libro de Génesis, se narra la historia de la creación del mundo, del primer hombre y la primera mujer. Tal como lo relata la Biblia, los creó a su imagen y semejanza, varón y hembra los creó y los mandó a fructificar y multiplicar la tierra (Gén. 1:27), estableciendo así la formación o institución de la familia terrenal, y para que esto fuera posible, ambos debían unirse y ser una sola carne. (Gén. 2:24)

Como consecuencia del pecado, el dolor del parto de la mujer se multiplicó en gran manera y se le indicó que daría a luz con dolor (Gén. 3:16), sin embargo, el

traer un hijo al mundo seguía siendo una bendición, un don del Señor y algo grato para la madre y la familia.

“Cuando la mujer está para dar a luz, tiene aflicción, porque ha llegado su hora; pero cuando da a luz al niño, ya no se acuerda de la angustia, por la alegría de que un niño haya nacido en el mundo.” (Jn. 16:21)

A través de la historia, se ha visto el avance en cuanto a la atención de los partos. Al comienzo de la humanidad, los partos eran atendidos solamente por los esposos, posteriormente algunas mujeres adquirieron mayor destreza y conocimientos y se convirtieron en “parteras”, brindando asistencia durante este proceso. (Exo. 1:19)

Como bien se sabe, el parto natural o parto eutócico es el que se da sin complicaciones, de manera espontánea, vía vaginal y sin necesidad de intervención médica más que el apoyo para ayudar a la madre a pujar y recibir al bebé. Sin embargo, no todos los embarazos o partos se producen sin complicaciones.

La Biblia narra un episodio triste en el que una madre muere en el momento del parto debido a complicaciones, y seguramente a la falta de atención adecuada o procedimientos avanzados que pudieran salvarle la vida.

“Entonces partieron de Betel; y cuando aún faltaba cierta distancia para llegar a Efrata, Raquel comenzó a dar a luz y tuvo mucha dificultad en su parto. Y aconteció que cuando estaba en lo más duro del parto, la partera le dijo: No temas, porque ahora tienes este otro hijo. Y aconteció que cuando su alma

partía, pues murió, lo llamó Benoni; pero su padre lo llamó Benjamín”. (Gén 35:16-19)

Así como en este caso y en muchos otros que se han conocido a través de la historia, se ha hecho evidente la necesidad e importancia de procedimientos o intervenciones médicas que puedan resolver complicaciones y salvar vidas. Hoy en día, la cesárea es considerada el procedimiento más seguro para solucionar complicaciones del embarazo o del parto vaginal y salvaguardar la vida materna y fetal.

Bajo ciertos parámetros bien estudiados y establecidos, y bajo criterio médico, realizar una cesárea a una gestante en riesgo viene a ser un acto de responsabilidad y beneficencia, y mientras esté en las manos de los médicos hacer el bien al prójimo, ya sea por responsabilidad profesional o moral, ésta debe hacerse según sus posibilidades y fuerzas tal como lo manda el Señor en Eclesiastés 9: 10: “Todo lo que te viniere a la mano para hacer, hazlo según tus fuerzas; porque en el Seol, adonde vas, no hay obra, ni trabajo, ni ciencia, ni sabiduría”

Capítulo II

Marco teórico

1. Antecedentes de la investigación

Lafitte, A., et al (2018) hicieron un estudio en Francia titulado: “Tasa de cesáreas según la clasificación de Robson: Análisis en una red perinatal francesa - Interés y limitaciones de los datos médico-administrativos franceses”, para determinar la tasa de cesárea en una red perinatal francesa según la clasificación de Robson y determinar el beneficio de los datos médico-administrativos para recopilar este indicador. Asimismo, reconocer la tasa de cesárea en los grupos principales que contribuyen a las variaciones locales. La metodología fue un estudio multicéntrico descriptivo en 13 unidades de maternidad de una red perinatal francesa. Como resultado se obtuvo que La tasa de cesáreas fue del 19% en 2014 (2924 de 15413 partos). Los grupos que contribuyeron de manera más importante a la tasa de cesárea fueron: el grupo 1 con 14.3%, el grupo 2 con 16.7% y el grupo 5 con 32.1%. Este estudio aconseja que debe realizarse auditorías en estos grupos que contribuyen más a la tasa de cesáreas y que se deben desarrollar protocolos locales.(14)

Fatusic, J., Hudic, I., Fatusic, Z., Zildzic-Moralic, A. & Zivkovic, M. (2016)

hicieron un estudio en Bosnia titulado “Cesarean Section Rate Analysis in University Hospital Tuzla – According to Robson’s Classification” cuyo objetivo fue investigar la tasa de cesárea en el Hospital Universitario de Tuzla, Bosnia y Herzegovina. Este estudio se realizó en el lapso del año 2015. Fue un estudio de corte transversal. Todas las puérperas en este período fueron incluidas en este estudio, tomando datos obstétricos relevantes como paridad, modo de partos previos, cesárea previa e indicaciones, edad gestacional. Los resultados arrojaron que durante este período, el total de nacimientos fue de 3,672. De esta cifra, 936 nacimientos fueron partos por cesárea. En el análisis de cesáreas según la clasificación de Robson, se mostró la tasa diferente de cada grupo por separado. El grupo 5 hizo la mayor contribución absoluta de todos los nacimientos con 287 cesáreas de todas las entregas (7,81%). El grupo 1 tuvo la segunda contribución absoluta más alta de todos los nacimientos con 251 (6,83%). El grupo 2 tuvo la tercera contribución absoluta más alta con 152 (4,18%). Así se concluye que clasificar la tasa de cesáreas según proporciona una manera fácil de recopilar información que permite obtener una buena visión de ciertos grupos de nacimiento. También nos ayuda a detectar las causas del aumento en la tasa de cada grupo. Es importante que los esfuerzos para menorar la tasa de cesáreas se centren en los grupos 1 y 2, y en aumentar la tasa de parto vaginal ante una cesárea previa. (6)

Roberge, S., Dubé, E., Blouin, S. & Chaillet, N. (2017) también realizaron un estudio en Canadá titulado “Reporting Caesarean Delivery in Quebec Using the Robson Classification System” con el objetivo de buscar información sobre la tasa de cesáreas en los grupos del sistema de clasificación de Robson en la población de

Quebec. También se hizo un análisis secundario de la base de datos QUARISMA, que incluye todas las gestantes después de las 24 semanas de gestación de 32 maternidades en la provincia de Quebec entre 2008 y 2011 (n = 184,952 partos). El análisis permitió identificar una tasa general de cesárea que fue del 22,9%. De todos los partos por cesárea, el grupo 5 representó el 35%. El grupo 1 y 2 fueron el 30%. De estas, las mujeres que tuvieron un trabajo espontáneo (Grupo1) representaron el 12% de todas las cesáreas, mientras que las mujeres que tuvieron un desencadenante de trabajo (Grupo 2) representaron el 16% de todos los casos. Los fetos en la presentación no cefálica representaron el 19% de todas las cesáreas. Las cesáreas restantes que resultaron de otras indicaciones fueron el 16%. Se llegó a la conclusión que el mayor porcentaje de cesáreas se realizan para el grupo 5 (mujeres multíparas que ya se han sometido a esta operación), grupo 2 (mujeres nulíparas con un término de presentación cefálica cuyo trabajo debe activarse); y grupo9 (mujeres con presentación fetal no cefálica). (15)

Jayot, A. & Nizard, J. (2016) realizaron una investigación en Francia titulada: "Evolution of cesarean categories in a modified Robson classification in a single center from 2002 to 2012 due to high rate of maternal pathology" con el objetivo de estudiar la evolución en las categorías de cesárea en un solo centro desde 2002 hasta 2012. La metodología fue un estudio retrospectivo sobre todos los nacimientos vivos de 2002, 2007 y 2012, utilizando una clasificación de Robson modificada que explica la maduración cervical en los grupos de inducción, los embarazos posteriores y el número de cicatrices uterinas. Se registró la tasa cesárea de 23.2% en el 2002, el 2007 con 24.9% y 30.4% en el 2012. En los

resultados se encontró que el grupo 1 (mujeres nulíparas en trabajo de parto espontáneo) disminuyeron de 36.3% a 27.4% de la población total, pero aumentó la tasa de cesárea en este grupo siendo anteriormente un 14.1% y elevándose a un 19.5% ($P < 0.05$). El grupo 2 (Mujeres nulíparas sin trabajo de parto) aumentaron del 6,7% al 14,2%, pero con tasas de cesárea estables. En el mismo período, la patología materna aumentó de 11% a 33%. El útero con cicatrices siguió siendo la principal fuente de cesáreas, llegando casi el 30% de todas las cesáreas en 2012. En conclusión, la tasa de cesárea aumentaron a lo largo del período estudiado.(16)

Kankoon, N., Lumbiganon, P., Kietpeerakool, C., Sangkomkamhang, U., Betrán, A. & Robson M. (2018) realizaron una investigación en Tailandia titulada: "Caesarean rates and severe maternal and neonatal outcomes according to the Robson 10-Group Classification System in Khon Kaen Province, Thailand" cuyo objetivo fue determinar la tasa de cesárea en cada grupo del Sistema de clasificación de 10 grupos de Robson y sus resultados en la parte materna y neonatal. Fue un estudio de corte transversal donde se revisaron los datos de todas las mujeres embarazadas que dieron a luz en 24 hospitales gubernamentales en la provincia de Khon Kaen, Tailandia, en el año 2014. Se registraron los resultados del parto y los resultados perinatales de los cuales se obtuvo que, de 18 043 partos, 5666 (31,4%) fueron por cesárea. Las mujeres en el grupo 5 representaron la mayoría de las cesáreas (26.0%). Los grupos 1 y 2 (mujeres nulíparas) representaron el 41,6% de los procedimientos; siendo la tasa en estos dos grupos del 19,4% y del 71,2% respectivamente. En comparación con el grupo 1, las mujeres de los grupos 2, 4, 6, 7 y 10 tuvieron un riesgo significativamente mayor de resultados maternos graves,

y las de los grupos 6, 7, 8, 9 y 10 tuvieron un mayor riesgo de resultados neonatales graves. Se concluyó que la tasa de cesáreas en el contexto del estudio fue alta, y tres de cada cuatro procedimientos se realizaron para mujeres en los grupos 5, 1 y 2. Las intervenciones deben centrarse en estos grupos para reducir las tasas generales de cesárea.(17)

Aguilar, R., Manrique, G., Aisa, L., Delgado, L., Gonzáles, V. & Aceituno, L. (2016) hizo un trabajo de investigación España titulado: “Uso de la clasificación de Robson en un Hospital Comarcal de España para reducir la tasa de cesáreas” cuyo objetivo fue analizar la tasa de cesáreas en el Hospital La Inmaculada, mediante la clasificación de Robson para así poder realizar comparaciones con otras instituciones de salud nacionales como internacionales y poder instaurar las posibles intervenciones sobre la tasa de cesáreas y así poder disminuirla. Se realizó de manera retrospectiva una auditoría de las cesáreas según la clasificación de Robson desde enero de 2006 a diciembre del 2013. Se logró examinar un total de 9337 nacimientos dónde el total de cesáreas fue 1507 lo que corresponde a una tasa del 16,14%. Los resultados demostraron que en la colaboración a una mayor tasa de cesáreas corresponde al grupo 2 con el 25.2%. Así también con un 19,4% el grupo 5 aporta a esta tasa. A pesar de que se dio la posibilidad de parto vaginal en este grupo ya que sólo un 42,2% se realizó cesárea. En tercer lugar, el grupo 1 aportó con 17,4%. En conclusión, debido a que en los últimos hay un incremento marcado de cesáreas, esto hace imprescindible las auditorías mediante un sistema de clasificación recomendada por la OMS, como Robson, para poder disminuir el número de cesáreas en los grupos donde se encuentre mayor tasa.(18)

Cabeza, P., et al. (2010) realizaron un trabajo de investigación en España con el título “Clasificación de cesáreas por Grupos de Robson en dos periodos comparativos en el Hospital de Manacor” cuyo objetivo fue el de determinar, durante dos periodos comparativos, en qué grupos de gestantes se haya los mayores cambios en la tasa de cesárea. El análisis fue de tipo retrospectivo utilizando las historias clínicas de los nacimientos del Hospital de Manacor entre 2000 y 2005 y se los agrupó según los 10 grupos de la Clasificación de Robson. Los resultados arrojaron que hubo un aumento en la tasa de cesáreas, la cual se incrementó de 14% hasta un 18,6% con un aumento notable entre los grupos 1 y 2, quienes vienen a ser los más contribuyentes al porcentaje de cesáreas del hospital.(19)

Hehir, M., Ananth, C., Siddig, Z., flood, K., Friedman, A. & D’Alton, M. (2018) hicieron un estudio en Estados Unidos titulado “Cesarean delivery in the United States 2005 through 2014: a population-based analysis using the Robson 10-Group Classification System” cuyo objetivo fue aplicar el Sistema de clasificación de 10 grupos de Robson a una cohorte nacional en los Estados Unidos durante un período de 10 años. Este análisis basado en la población aplicó el Sistema de clasificación de 10 grupos de Robson a todos los nacimientos en los Estados Unidos desde 2005 hasta 2014, registrado en el formato de certificado de nacimiento revisado de 2003. Durante el período de 10 años del estudio, fueron incluidos un total de 27 044 217 nacimientos. Los resultados arrojaron que la tasa general de cesárea fue del 31,6%. Los nacimientos del grupo 3 fueron los más comunes, mientras que los nacimientos del grupo 5 (aquellos con una cesárea previa) representaron la mayoría de los partos por cesárea que aumentaron del 27% de todas las cesáreas en 2005 hasta

2006 a 34% en 2013 hasta 2014. Los embarazos en presentación podálica (grupo 8) tuvieron tasas de cesárea > 90%. Del total de partos por cesárea, Las mujeres primíparas y multíparas que tuvieron una cesárea anterior al parto (grupo 5) representaron más de un 25%. El estudio concluye que las mujeres con un parto por cesárea anterior representan una proporción creciente de los partos por cesárea (Grupo 5). El uso de los criterios de Robson permite realizar comparaciones estandarizadas de los datos e identifica escenarios clínicos que impulsan cambios en la tasa de cesárea. Las instituciones y organizaciones de salud pueden utilizar esta clasificación de 10 grupos para así poder evaluar la calidad y los procesos asociados con la cesárea. (20)

Manny -Zitle, A. & Tovar-Rodríguez, J. (2018) hicieron una investigación en México titulado: "Incidencia de la operación cesárea según clasificación de Robson en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado" cuyo objetivo fue aplicar la clasificación de Robson para precisar qué grupo de gestantes contribuyen más al total de cesáreas. El estudio incluyó a todas las gestantes con más de 27 semanas de gestación, en el periodo del 2014 al 2016. Se logró encontrar que la tasa de cesárea fue 65.29%. Dónde las primigestas representaron el 47%. La indicación materna más frecuente fue la cesárea iterativa, y en cuanto a la indicación fetal fue la distocia de presentación. El mayor número de pacientes dentro de la clasificación de Robson, fue el grupo 5 con un 21.24%, seguido con 13.88% del grupo 2 y por último el grupo 1 con un 9.6%. Se concluyó que la cesárea previa fue el factor determinante una mayor tasa de cesáreas.(21)

Morgan, F. et al (2017) hicieron un estudio en México titulado “Frecuencia de las indicaciones de operación cesárea de acuerdo con la clasificación de Robson” con el objetivo de determinar cuáles son los grupos de la clasificación de Robson que más contribuye a la tasa de cesárea. Durante los meses de julio a diciembre del 2016. Se realizó el estudio con 823 mujeres con más de 28 semanas de embarazo a quienes se les realizó la intervención quirúrgica (cesárea) en dos hospitales de Culiacán, Sinaloa. Se logró clasificar a cada paciente en algún grupo de los 10 de la clasificación de Robson. Hallándose que de la clasificación de Robson el grupo 1 es el que más contribuyó a la tasa de cesáreas con un 30.1%, el grupo 2 con un 28.6% y el grupo 5 con un 18.6%. Se concluyó que mujeres nulíparas ya sea con trabajo de parto espontaneo o inducido y las mujeres con cesárea anterior son las que tienen mayor posibilidad de ser sometida a esta operación. (1)

Zuleta, J., Quintero, F. & Quiceno, A. (2013) realizaron una investigación en Colombia titulado “Aplicación del modelo de Robson para caracterizar la realización de cesáreas en una institución de tercer nivel de atención en Medellín, Colombia. Estudio de corte transversal”. Este estudio que fue de tipo descriptivo con corte transversal, tuvo como objetivo principal determinar qué tan práctico resulta utilizar el modelo de Robson como instrumento para determinar qué grupos son prioritarios a intervenir y con ello llegar a una tasa de cesáreas razonable. Se utilizó el modelo de clasificación de Robson para estimar el tamaño relativo, la proporción de cada grupo específico y el aporte de cada uno de ellos a la proporción total de cesáreas. En los resultados se halló una tasa de 43,1% que equivale a 1319 partos por cesárea. El empleo de este modelo logró que se pueda reconocer que la excesiva

cantidad de cesáreas que se venían realizando en la institución provenían de los grupos 1 y 4 de la clasificación de Robson. Así mismo, se pudo identificar el porcentaje de cesáreas en los siguientes grupos: 35,6% (Grupo1); 55,4% (Grupo 2); 15,0% (Grupo 3) y 49,5% (Grupo 5). Este estudio concluye que utilizar el modelo de Robson es sencillo y útil para clasificar a las gestantes, ya que se logra obtener un porcentaje razonable de cesáreas de acuerdo a la institución y sus condiciones específicas. (22)

Jiménez, D., Guevara, A., Zuleta, J. & Rubio, J. (2016) hicieron un estudio en Colombia titulada “Tasa de cesáreas por grupos de Robson en una institución de mediana complejidad de la ciudad de Bogotá, 2012-2014” el motivo de este trabajo fue determinar las proporciones específicas de cesárea según la clasificación de Robson en una institución hospitalaria. Este estudio comprendió a todas mujeres atendidas en un hospital público de atención general entre 2012 y 2014. Se encontró un total de 6.558 nacimientos del cual se seleccionaron a 1190, como resultado se obtuvo una tasa de cesárea del 37%. De los grupos de clasificación de Robson el que más contribuyó a la tasa fue el grupo 1 con el 38,5 %, El grupo 5 con una tasa similar con un 36,4%, en el cual tuvo 100% de proporción específica. Así también el grupo 1 obtuvo una proporción específica de cesárea de 36,6 % y la del grupo 10 fue del 43,3 %. Se concluyó las proporciones específicas más elevadas pertenecen a las mujeres de los grupos 1, 2, 5 y 10. (23)

Castañeda, C. (2017) hizo un estudio en Lima, Perú titulado “Tasa de cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Instituto Nacional Materno Perinatal, periodo enero - diciembre 2015 “con el objetivo de determinar la tasa de

cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson. Se incluyó a todas las pacientes ingresadas para atención del parto que culminaron en cesárea. Se halló un total de 20 243 partos, del cual 8970 culminaron en parto por cesárea, siendo la tasa de cesárea un 44.3%. Se logró evidenciar que los grupos de clasificación de Robson que más aportaron a la tasa fue en primer lugar el grupo 1 con el 29.2%, con el 21.3% el grupo 5 y con el 14.6% el grupo 3. Se concluyó que la tasa recomendada del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) ha superado ampliamente la tasa ideal recomendada por la OMS. Así también aplicando el modelo de Robson se recalca que los grupos que tuvieron mayor contribución a la tasa de cesáreas fueron los grupos 1, 5 y 3. Concluyendo que este modelo de clasificación de cesáreas es realmente realizable, reproducible y ayuda a la implementación de estrategias dirigidas para poder reducir la tasas de cesárea. (3)

Rodríguez, R. (2018) realizó, en Perú, una investigación titulada “Frecuencia de Cesáreas Según el Modelo de Clasificación de Robson, en el Hospital I Edmundo Escomel, Arequipa; 2017”. Fue un estudio de tipo descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo realizado durante el año 2017. Se utilizaron los expedientes clínicos de gestantes que fueron atendidas de parto vaginal o cesárea en la institución en el año ya mencionado. Se tomó la información necesaria del libro de actas de partos y de las historias clínicas de cada paciente. Los resultados arrojaron que la tasa de cesárea era de 27.58% que corresponde a 481 partos por cada cesárea realizada, dónde el total de partos ocurridos en el año en estudio, fue de 1744. El grupo etario más frecuente fueron las gestantes con edad de 19 a 35 años. Los grupos, según la clasificación de Robson, más frecuentes fueron el 2 y 5.

Es decir, que las indicaciones más comunes para cesárea fueron: desproporción fetal- pélvica y cesareada anterior. (24)

Palacios, L. (2016) realizó un trabajo en Cañete - Lima, Perú de investigación titulado: “Tasa de cesáreas por modelo de clasificación de Robson en el Hospital II Cañete - EsSalud, 2013 – 2014” con el objetivo de determinar la tasa de cesáreas utilizando el Modelo de Clasificación de cesáreas de Robson, La metodología fue un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y de corte transversal, Los datos estadísticos se recopilaron del registro del libro de partos del periodo mencionado. Se incluyó a todas las gestantes que fueron atendidas en el Hospital y que acabaron en parto, principalmente los que culminaron en parto por cesárea. El total de nacimientos fue 1876 partos, dónde se determinó la tasa de cesárea con un 28.6% siendo 542 partos por cesárea en números absolutos. Obteniéndose por año que en el 2013 la tasa fue de 26,7% y en el 2014 fue de 30,7%. Según la clasificación de Robson los grupos que más aportaron a la tasa de cesáreas fueron los grupos 3, 1 y 5. Llegando a la conclusión que la tasa de cesárea de este hospital ha superado largamente la tasa idea de cesáreas impuesto por la OMS. Y que esta clasificación es adaptable, factible y sencillo de aplicar.(25)

Carpio, W. (2015) hizo una investigación en Chiclayo, Perú titulado: “Operación cesárea: incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo durante el periodo enero – diciembre 2012” con el objetivo de determinar la incidencia de la operación cesárea y las indicaciones. El tipo de estudio fue descriptivo, cuantitativo, analítico y transversal. La muestra estuvo conformada por 154 casos de cesárea en dicho hospital. En los resultados se encontró que la tasa

de cesárea fue de 27.70%, entre las principales indicaciones: Con 23,4% fue la cesárea previa; con 22,7% fue la presentación Podálica; con 21,4% fue la desproporción cefalo-pelvica. Con estos datos se concluyó que la tasa de cesárea es superior a lo recomendado por la OMS, constituyendo las indicaciones absolutas en un 50.6% y las relativas en un 49.4%. (26)

2. Marco Histórico

En la época romana (Siglo VIII AC) existía una ley que prohibía inhumar a la mujer muerta que estaba embarazada sin antes extraer previamente al niño que llevaba en el vientre con una incisión abdomino-uterina, así también se menciona que por este medio nacieron bebés vivos, tal es el caso del emperador Julio Cesar. El primer registro sobre un niño nacido por vía cesárea fue en Sicilia, 508 AC. (27)

La historia registrable y con sustento científico comienza en 1500, dónde el verdadero creador de la cesárea fue un médico francés llamado Francois Rousset (1530-1603) quien menciona una section césarienne en su monografía que fue publicada en 1581 sobre dicha intervención titulada “Nuevo tratado de la hysterotomía o parto por cesárea”, donde por primera vez se recomienda este procedimiento en una mujer viva. (28)

Así también en el Perú el Dr. Bazul Fonseca en su investigación doctoral menciona que la primera cesárea, la cual se llevó a cabo en el año 1861 en el INMP de Lima, se trató de una gestante que durante la labor de parto falleció, por lo que se le realizó una cesárea post mortem. El Dr. Alberto Bartón, el 31 de mayo de 1900,

realizó una cesárea con un recién nacido vivo, en el INMP de Lima. Lamentablemente a las pocas horas la madre llegó a fallecer. En el año 1937 se realizó la primera cesárea segmentaria a cargo del Dr. Bazul en el INMP. (29)

Cabe recalcar que, en el Perú, en el año 1939 en el INMP de Lima, se realizó una cesárea una niña de 5 años, 7 meses y 21 días de edad, siendo la madre más joven sometida a esta intervención quirúrgica. (30)

3. Marco Teórico

3.1. Salud Materno – Perinatal

A inicios de los años de 1980, comenzó la importancia sobre la salud materno – perinatal en los países con menor desarrollo como lo es el Perú, debido a que la mortalidad materna era elevada. Así la Conferencia de Nairobi que se realizó en el año 1987 produjo la primera movilización mundial a favor de una maternidad segura. Dónde se planteó cuatro objetivos estratégicos: 1) Dar atención universal a los niños y adolescentes y poner a disposición servicios de planificación familiar. 2) Ofrecer atención prenatal de calidad, identificando factores de riesgo. 3) Asegurar la atención de los partos y del recién nacido por personal calificado. Y por último, 4) Fortalecer los servicios de atención obstétrica básica.(31)

La OMS informa que en todo el mundo en promedio cada día fallecen 830 mujeres debido a motivos que se pudieron prevenir y que están vinculadas con el proceso del parto y del embarazo. Un 99% de la mortalidad materna es debido a que en los servicios de salud de los países subdesarrollados hace falta equidad en la disposición, en las características socioculturales y económicas. Por tal motivo

esto viene a ser un problema de los derechos humanos y no solamente de salud pública. Tal es el caso que entre 1990 y 2015, la razón de mortalidad materna (RMM) mundial solamente se redujo en un 2.3% al año. (32)

Según la Dirección de epidemiología del Ministerio de Salud (MINSA), entre los años 2010 y 2014, el Perú ha logrado disminuir en un 10% la mortalidad materna. Esta reducción es debido a que se ha mejorada la atención materna y del neonato. Así mismo, estas mejoras son debido a la universalización del Seguro Integral de Salud (SIS) para toda mujer gestante y neonatos. (11)

Entre los años 2011 y 2015 hubo un incremento en los registros de las atenciones prenatales de un 95.4% a un 97.0%. Así también, Se alcanzó un 90.7% de partos atendidos en un centro de salud en el 2015, habiendo una mejora ya que en el 2011 fue 84.3%, notándose la diferencia entre la cobertura de partos institucionales entre el área rural con un 73.2% y con una mejora en área urbana con un 96.7%. (11)

La meta de los objetivos de desarrollo sostenible es reducir RMM a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre el año 2016 y 2030. La mortalidad materna fue de 68/100 000 nacidos vivos en el año 2015, por lo que es considerado que el Perú ha tenido progresos hacia la mejora de la salud materna y el logro de los objetivos de desarrollo, el cual era reducir la mortalidad materna en un 75% (66 por 100 000 nacidos vivos); Lo mortalidad materna sigue siendo alta a pesar de las cifras obtenidas.(33)

3.2. Parto Normal

El vocablo parto tiene su origen en el latín “partus” que se define como el conjunto de procesos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo sus anexos. (34)

Se considera como parto normal a la labor de parto ausente de factores de riesgo durante el periodo de gestación, que inicie de forma natural entre la 37 – 42 semanas y posterior a una evolución fisiológica de la dilatación, el parto concluye con el nacimiento de un neonato normal. El alumbramiento y el puerperio también deben progresar de manera natural.(35)

El parto por vía natural presenta beneficios en comparación con el parto por vía cesárea, por ejemplo, el tiempo de hospitalización es menor comparado a las pacientes sometidas a cesárea, menor complicaciones posteriores, (36) así también es beneficioso para el bebé porque logra una adaptación extra uterina adecuada, entre otros beneficios. (37)

Al hablar sobre los derechos reproductivos de la mujer, se suele enfatizar en las mujeres con menor recurso económico debido a que el acceso a los servicios de salud es más difícil; asimismo se infiere de manera errónea que las mujeres con mayor recurso económico están mejores informadas u obtienen información apropiada y que el sector privado de los servicios de salud cuentan con un funcionamiento adecuado. En las dos situaciones se puede evidenciar la carencia de información y gran limitación para decidir sobre sí misma. (38)

Por tal motivo en Argentina se creó la Ley de Parto Humanizado (ley N° 25.929,

reglamentada el 1 de octubre del 2015), la cual respalda varios derechos de las mujeres desde un trato individual, digno y respetuoso, hasta el derecho de ser informadas sobre los diversos procedimientos que se pudieran realizar durante la asistencia del parto; y sobre todo que se priorice el parto natural sobre la cesárea. (39)

El 09 de octubre del 2017, en Perú, se promulgó un proyecto de Ley por la necesidad de humanizar el parto, dando a entender que la asistencia del parto debe realizarse con la mayor naturalidad posible, logrando así el respeto que merece el derecho de la mujer y su familia. Asimismo, se incentiva a que toda práctica invasiva se realice sólo de ser estrictamente necesaria respetando el tiempo natural de evolución de parto. De igual manera, se debe disminuir el uso de fármacos, los cuales deben utilizarse sólo en caso de ser necesarios y se debe brindar la información necesaria a la madre de manera oportuna. (40)

3.3. Cesárea

Definición

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que permite extraer un feto mediante laparotomía e histerotomía.(41) Etimológicamente, proviene del latín “*secare*” que significa cortar. (28) Fue incorporada a la labor obstétrica diaria para solucionar problemas maternos-perinatales que podrían llevar a la defunción de alguno de ellos o de ambos.

En las últimas décadas la tasa de cesárea ha incrementado tanto en países desarrollados como en los subdesarrollados, y logran sobrepasar la recomendación de la OMS sobre la tasa ideal de cesáreas que es del 10%.

Complicaciones

La cesárea ha tenido una gran evolución en cuanto a técnicas operatorias, a pesar de esto la tasa de morbilidad materna relacionada a la cesárea, comparada con la del parto eutócico, es el triple a esta. (42) Si el parto se realiza por cesárea, también existe la probabilidad 2.9 veces mayor de muerte neonatal. (3) Las cesáreas que son electivas hechas aún bajo circunstancias adecuadas pueden llegar a tener complicaciones mayores o menores a corto, mediano y/o largo plazo. (7)

La probabilidad de muerte fetal en un siguiente embarazo se ve aumentada por la cesárea, debido a los riesgos a largo plazo del procedimiento anterior, así también la madre corre el riesgo de que pueda presentar placenta previa, una mayor probabilidad de infecciones, entre otros. También fueron reportadas que existe dificultad en la lactancia materna, la estadía hospitalaria se prolonga y así se incrementa el costo de la atención para el sistema de salud. (3)(43)(7)(2)

Según la OMS, la disminución de la tasa de muerte materna y perinatal, a nivel de población, no están relacionadas con la tasa de cesáreas mayor al 10%. (42)

Durante el año 2015, el INMP realizó un estudio con las pacientes con antecedente de cesárea previa, que culminaron su parto actual por cesárea durante ese año y logró encontrar que dentro de las principales complicaciones maternas

estaban: la hemorragia post parto con 2.9%, anemia leve 34.3% y anemia moderada con 11.8%. Hubo un reporte de caso sobre rotura uterina mientras que no se encontró ninguna muerte materna. Entre las complicaciones neonatales que se presentaron fueron principalmente el síndrome de dificultad respiratoria con 7.8%, taquipnea transitoria del recién nacido con 5.9% y líquido amniótico meconial fluido con un porcentaje de 14.7%. dónde se logró un caso de muerte neonatal. (44)

Así también la OMS informa que en todo el mundo en promedio cada día fallecen 830 mujeres debido a motivos que se pudieron prevenir y que están vinculadas con el proceso del parto y del embarazo. Un 99% de la mortalidad materna es debido a que en los servicios de salud de los países subdesarrollados hace falta equidad en la disposición, en las características socioculturales y económicas. Por tal motivo esto viene a ser un problema de los derechos humanos y no solamente de salud pública. Tal es el caso que entre 1990 y 2015, la razón de mortalidad materna (RMM) mundial solamente se redujo en un 2.3% al año. (32)

Según la Dirección de epidemiología del Ministerio de Salud (MINSA), entre los años 2010 y 2014, el Perú ha logrado disminuir en un 10% la mortalidad materna. Esta reducción es debido a que se ha mejorada la atención materna y del neonato. Así mismo, estas mejoras son debido a la universalización del Seguro Integral de Salud (SIS) para toda mujer gestante y neonatos. (11)

Entre los años 2011 y 2015 hubo un incremento en los registros de las atenciones prenatales de un 95.4% a un 97.0%. Así también, Se alcanzó un 90.7% de partos atendidos en un centro de salud en el 2015, habiendo una mejora ya que

en el 2011 fue 84.3%, notándose la diferencia entre la cobertura de partos institucionales entre el área rural con un 73.2% y con una mejora en área urbana con un 96.7%. (11)

La meta de los objetivos de desarrollo sostenible es reducir RMM a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre el año 2016 y 2030. La mortalidad materna fue de 68/100 000 nacidos vivos en el año 2015, por lo que es considerado que el Perú ha tenido progresos hacia la mejora de la salud materna y el logro de los objetivos de desarrollo, el cual era reducir la mortalidad materna en un 75% (66 por 100 000 nacidos vivos); Lo mortalidad materna sigue siendo alta a pesar de las cifras obtenidas.(33)

3.4. Clasificación de cesáreas según Robson

En el año 2001, el Dr. Robson propuso un sistema de clasificación de las cesáreas el cual las clasifica en 10 grupos. Comprende cuatro conceptos obstétricos bien definidos: categoría de la gestación, antecedentes obstétricos previos, el curso del trabajo de parto y la edad gestacional (Cuadro1), de los cuales los parámetros utilizados tenemos: embarazo transverso u oblicuo, embarazo único podálico, embarazo único cefálico, nulípara, multípara sin cicatriz uterina, multípara con cicatriz uterina, embarazo múltiple, trabajo de parto espontáneo, trabajo de parto inducido, cesárea anterior electiva o de emergencia y edad gestacional en semanas completas al momento del parto. Así pues, con un menor número de factores de confusión este sistema permite realizar comparaciones con las tasas de cesáreas. (45) A partir de este año se empezó a utilizar esta clasificación ampliamente en el mundo con el cuál se han realizado varias investigaciones.

Cuadro 1. *Conceptos y parámetros del modelo de clasificación de Robson*

Concepto Obstétrico	Parámetros
Categoría del embarazo	Feto único en cefálica Feto único en podálico Feto único en oblicuo o transversa Embarazo Múltiple
Historia obstétrica previa	Nulípara Multípara sin cesárea previa Multípara con cesárea previa
Inicio de parto	Parto espontáneo Inducción del parto Cesárea electiva antes del parto
Edad gestacional	Edad gestacional en semanas completas en el momento del parto

FUENTE. ROBSON, 2001.

La clasificación de Robson permite realizar comparaciones en el tiempo de un mismo centro de salud asistencial y a la vez entre distintas entidades de salud. Así también, ya que sus categorías son totalmente incluyentes y mutuamente excluyentes, cada mujer logra ser ubicada en un solo grupo (45) (Cuadro 2). Así también este modelo de clasificación ayuda a identificar los grupos con mayor o menor probabilidad de que su parto termine vía cesárea, logrando también cuales grupos son los más susceptibles.(46)

La OMS recomienda utilizar la clasificación de Robson debido a que es la más apropiada para atender las necesidades internacionales y locales actuales, y con ella poder comparar, estimar y hacer un seguimiento de la tasa de cesárea en las instituciones de salud. (2) e identificar que grupo de la clasificación de Robson es la que más aporta a la mayor tasa de cesárea. (47)

Cuadro 2. Descripción del modelo de clasificación de Robson

Grupos	Mujeres Incluidas
1	Nulíparas con embarazo simple en presentación cefálica, de 37 semanas o más de edad gestacional, quienes han iniciado el trabajo de parto de forma espontánea.
2	Nulíparas con embarazo simple en presentación cefálica, de 37 semanas o más de edad gestacional, quienes han sido sometidas a inducción del trabajo de parto o se les practicó la cesárea antes del inicio del trabajo de parto.
3	Múltiparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo simple en presentación cefálica, de 37 semanas o más de edad gestacional, quienes han iniciado el trabajo de parto de forma espontánea.
4	Múltiparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo simple en presentación cefálica, de 37 semanas o más de edad gestacional quienes han sido sometidas a inducción del trabajo de parto o se les practicó la cesárea antes del inicio del trabajo de parto.
5	Múltiparas con antecedente de al menos una cicatriz uterina, con embarazo simple en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo.
6	Nulíparas con embarazo simple en presentación podálica.
7	Múltiparas con embarazo simple en presentación podálica, con o sin antecedente de cicatriz uterina.
8	Todas las mujeres con embarazo múltiple, con o sin antecedente de cicatriz uterina.
9	Todas las mujeres con embarazo simple en situación transversa u oblicua, con o sin antecedente de cicatriz uterina.
10	Todas las mujeres con embarazo simple en presentación cefálica de 36 semanas o menos de edad gestacional, con o sin antecedente de cicatriz uterina.

FUENTE. ROBSON, 2001.

Capitulo III

Materiales y método

1. Tipo de investigación

Es una investigación cuantitativa ya que se recolectó datos numéricos, se analizó las variables cuantitativas y se obtuvo resultados objetivos que mostraron la realidad.(48) y de tipo epidemiológico porque describió la distribución de los eventos de salud en una población así también se descubrió la caracterización de los eventos que influyen en estas condiciones.(49)

2. Diseño de investigación

Esta investigación es de tipo descriptivo ya que busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, describe tendencias de un grupo o población; de tipo retrospectivo porque analiza los hechos ocurridos en el pasado; de diseño observacional ya que sólo habrá una observación directa y registro de los fenómenos sin intervenir; y de corte transversal porque recolecta datos en un solo momento en un tiempo único.(48)(50)

3. Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por todas las pacientes gestantes cuyos partos finalizaron vía cesárea en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, Lima, durante el periodo enero - diciembre del año 2018. Siendo este hospital uno de referencia de EsSalud en el área materno – perinatal a nivel de Lima Este.

3.1. Muestra de estudio

Se realizó un muestreo censal por lo tanto la muestra fue igual al de la población de estudio lo que lleva a ser un total de 1113 gestantes.

3.1.1. Criterios de inclusión

- Pacientes gestantes ingresadas para atención de parto y que terminaron vía cesárea en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, Lima, enero – diciembre del 2018.

3.1.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con información incompleta en la base de datos estadísticos.

4. Variables de Estudio

- Antecedentes obstétricos: nulípara o multípara
- Categoría de la gestación: simple o múltiple
- Presentación: cefálica, podálica, transversa u oblicua
- Edad gestacional: <37 ó ≥37 semanas

- Trabajo de parto: espontáneo o cesárea electiva antes del trabajo de parto
- Cicatriz uterina previa

Cuadro 3. Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Valores finales	Fuente de verificación
Antecedentes Obstétricos	Número de partos previos <ul style="list-style-type: none"> - Nulíparas: Ningún parto previo - Multipara: Al menos 1 parto previo 	Cualitativas	Nominal	1: Nulípara 2: Multipara	En concordancia con los registros médicos
Categoría de la gestación	Número de fetos al momento de la cesárea	Cualitativa	Nominal	1: Simple 2: Múltiple	En concordancia con los registros médicos
Presentación	Polo fetal en contacto con el estrecho superior de la pelvis	Cualitativa	Nominal	1: Cefálica 2: Podálica 3: Transversa	En concordancia con los registros médicos
Edad Gestacional	Número de semanas de gestación cumplidas al momento del parto	Cuantitativa	Razón	1: <37 2: ≥37	En concordancia con los registros médicos
Trabajo de parto	Tipo de inicio del trabajo de parto	Cualitativa	Nominal	1: Espontáneo 2: Cesárea electiva antes del inicio de trabajo de parto	En concordancia con los registros médicos
Cicatriz uterina previa	Antecedente de cesárea anterior	Cualitativa	Nominal	1: Sí 2: No	En concordancia con los registros médicos

5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se extrajeron los datos del libro de acta de nacimientos de Centro obstétrico del Hospital Jorge Voto Bernales; para ello se empleó una ficha de cotejo de recolección de datos codificada, diseñada por el investigador y posteriormente validada por expertos; esta cuenta con una parte llamada: Antecedentes Obstétricos, la cual se subdivide en: antecedentes obstétricos, categoría de gestación, Presentación fetal, Edad gestacional, Trabajo de parto y cicatriz previa. Se diseñó para cumplir con los objetivos propuestos incluyendo todas las variables de la clasificación de Robson.

6. Técnicas para el análisis de datos

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Microsoft Excel del 2016 y el programa SPSS®, agrupando así a cada paciente el grupo de cesáreas de Robson al que pertenecía.

Se determinó la tasa de incidencia de cesáreas utilizando la fórmula de incidencia, se dividió el total de cesáreas entre el total de nacimientos del año 2018.

$$\frac{\text{Número de total de cesáreas realizadas}}{\text{Número total de nacimientos}} \times 100$$

De la misma manera se utilizó la misma fórmula para cada grupo de la clasificación de Robson para así hallar la tasa de incidencia de cada grupo en el mismo período de estudio.

$$\frac{\text{Número de cesáreas realizadas a gestante perteneciente a cada grupo}}{\text{Número total de cesáreas realizadas}} \times 100$$

7. Consideraciones éticas

Siendo un estudio retrospectivo observacional no experimental porque no se intervino en el paciente, ni se utilizó algún procedimiento invasivo, sino en el cual se extrajo información del libro de actas de nacimiento de centro obstétrico, no requirió del consentimiento informado del paciente. En este estudio se guardó la confidencialidad debida, y el anonimato de las pacientes que pertenecieron a la muestra.

Para la realización de este estudio se solicitó la aprobación del Hospital Jorge Voto Bernales; siendo aprobada por el director del hospital, como de Unidad de capacitación e Investigación y la Dirección.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

Luego del muestreo censal en el periodo de enero – diciembre del 2018 hubo un total de 3518 nacimientos, de los cuales el 31.64% fueron partos por cesárea, lo que resulta un total de 1113 cesáreas. (Cuadro 6)

Cuadro 4. *Total de nacimientos del año 2018*

	Frecuencia	%
Total Partos Normal	2405	68.36
Total Cesáreas	1113	31.64
Total Nacimientos	3518	100

FUENTE. DATOS OBTENIDOS POR EL INVESTIGADO

Cuadro 5. *Grupo etario*

	Frecuencia	Porcentaje
Promedio \pm DE	29.5 \pm 5.7	
15 - 24 años	226	20.3
25 - 34 años	645	58
35 - 45 años	194	17.4
> 45 años	48	4.3
Total	1113	100

FUENTE. DATOS DEL INVESTIGADOR

En el cuadro 5 se puede observar como estuvo distribuida la población según su edad materna, siendo la población entre las edades de 25-34 años que tuvo mayor porcentaje (58%).

Cuadro 6. Características clínicas de las pacientes atendidas por parto por cesárea en el 2018.

Variable	Característica	n	%
Antecedente Obstétrico	Nulípara	612	54.99
	Múltipara	501	45.01
Categoría de Gestación	Simple	1113	100.00
	Múltiple	0	0.00
Presentación	Cefálica	952	85.53
	Podálica	121	10.87
	Transversa u Oblicua	40	3.59
Edad Gestacional	< 37 semanas	29	2.61
	≥ 37 semanas	1084	97.39
Trabajo de paro	Espontáneo	521	46.81
	Cesárea Electiva	592	53.19
Cicatriz Previa	Sí	170	15.27
	No	943	84.73

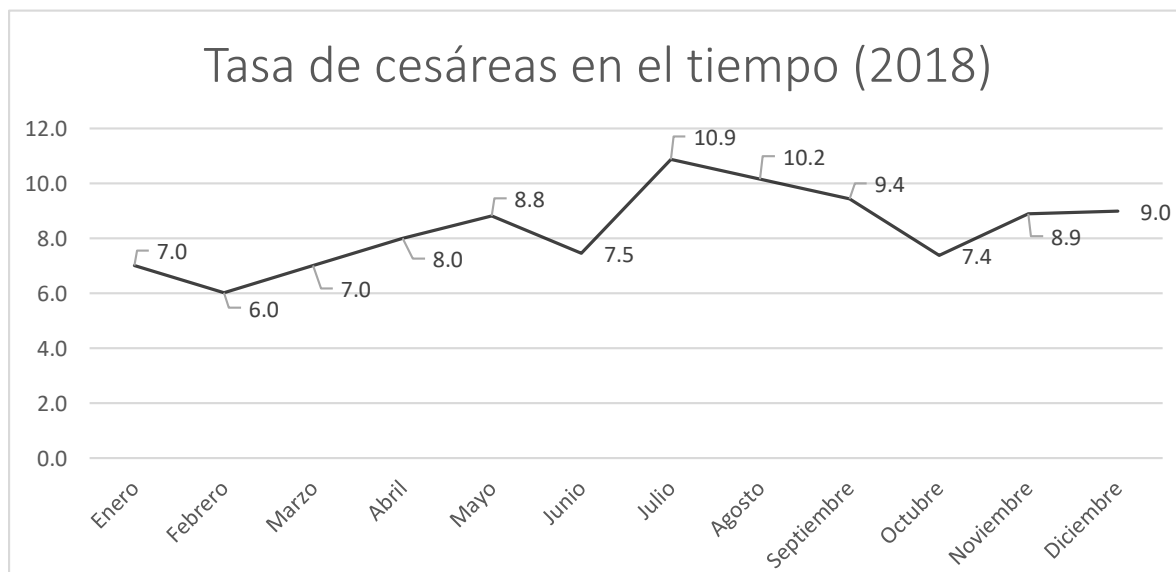
FUENTE. DATOS DEL INVESTIGADOR

En el cuadro 6 se aprecia que las cesáreas fueron más frecuentes en paciente nulíparas siendo un 54.99% (n=612), mientras que el grupo de la múltiparas comprendió el 45.01% (n=511). No se evidenció gestaciones múltiples ya que el 100% fueron gestaciones con feto único. Así también se encontró que la presentación más frecuente fue la cefálica llegando a comprender un 85.53% (n=952) del total, mientras que la presentación podálica y transversa u oblicua obtuvieron tasas más bajas siendo estas del 10.87% (n=121) y 3.59% (n=40)

respectivamente. De la misma manera se evidenció que existe una mayor tasa de incidencia en gestantes a término (≥ 37 semanas) con un 97.39% (n=1084). Igualmente, se encontró que existe una mayor tasa de incidencia de cesáreas en las pacientes que no tuvieron una cesárea previa llegando a ser el 84.73% (n=943), mientras que las que si tenían cicatriz de cesárea previa fue sólo el 15.27% (n=170). Dónde no hubo mucha diferencia fue en el tipo de trabajo de parto, ya que las cesáreas electivas obtuvieron el 53.19% (n=592) así también las que tuvieron un trabajo de parto espontáneo fue de 46.81% (n=521).

En la ilustración 1 se muestra la tasa de incidencia de cesáreas en todo el año 2018. Se puede observar que el mes donde hubo más cesáreas fue julio con una tasa de 10.9% (n=121), seguido de agosto con una tasa del 10.2% (n=113),

Ilustración 1. Tasa de cesáreas en el tiempo (2018)



FUENTE. DATOS DEL INVESTIGADOR

sucesivamente el mes de septiembre con un 9.4% (n=105), mientras que el mes con menos tasa de cesáreas fue febrero con 6% (n=67).

Cuadro 7. *Distribución de las cesáreas según los grupos de la clasificación de Robson en el hospital Jorge Voto Bernales en el año 2018.*

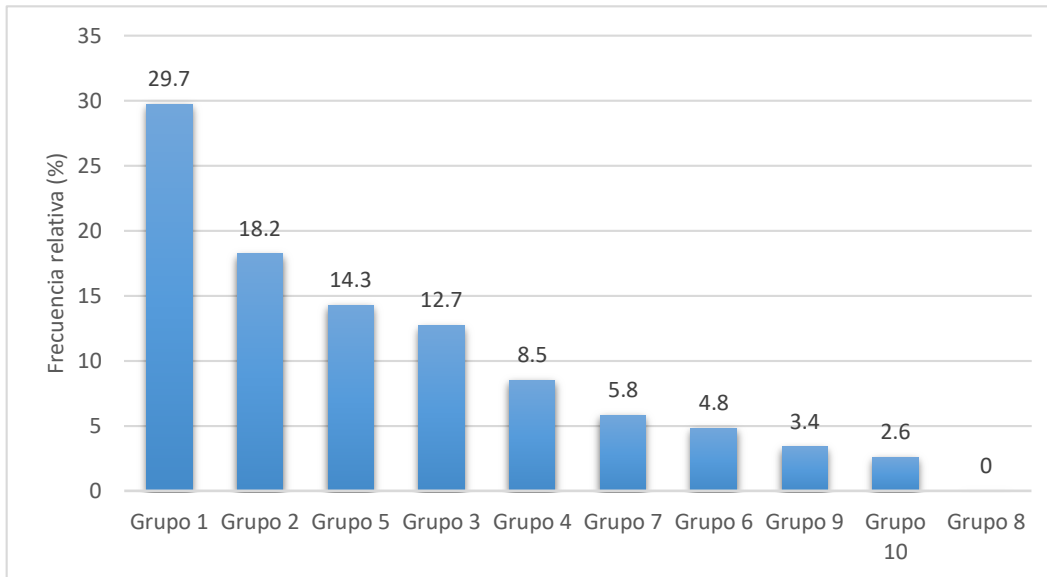
Grupos de Robson	n	% del total de cesáreas	% del total de nacimientos
Grupo 1	331	29.7	11.16
Grupo 2	203	18.2	6.85
Grupo 3	141	12.7	4.76
Grupo 4	95	8.5	3.2
Grupo 5	159	14.3	5.36
Grupo 6	53	4.8	1.79
Grupo 7	64	5.8	2.16
Grupo 8	0	0	0
Grupo 9	38	3.4	1.28
Grupo 10	29	2.6	0.98
Total	1113	100	37.54

FUENTE. DATOS DEL INVESTIGADOR

En el cuadro 7 y la ilustración 2 se encontró que la tasa de incidencia de cesárea más alta fue de 29.7% (n=331) que pertenece al grupo 1 (gestantes nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo) siendo también el 11.16% del total de nacimientos, sucesivamente el grupo 2 (Gestantes nulíparas 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) con 18.2% (n=203) llegando a ser el 6.85% del total de nacimientos, y finalmente el grupo 5 (gestantes multíparas con, al menos una cicatriz uterina previa, embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación) con 14.3% (n=159) y 5.36% del total de nacimientos, así se completa los tres grupos con más tasa de incidencia

de cesárea. Mientras tanto, los grupos con menor tasa de fue el grupo 8 y 10 con una tasa del 0% (n=0) y 2.6% (n=29) respectivamente.

Ilustración 2. *Distribución de las cesáreas por grupos de Robson.*



FUENTE. DATOS DEL INVESTIGADOR

2. Discusión

En este estudio se encontró que en el Hospital Jorge Voto Bernaldes, en el año 2017, la tasa de incidencia de cesárea fue del 27.2%, llegando a aumentar al 31.64% el año 2018. Esta última tasa demuestra valores similares a la tasa de América Latina la cual es del 38.9%,(8) sin embargo, son valores elevados comparados con la tasa de cesáreas de Perú que es del 31.6%. La tendencia mundial marcó un incremento de tasa de cesáreas parecido a esta realidad, ya que en el año 2011 se tenía una tasa del 22,9%, incrementándose al 31,6% en el año 2015.(11) estas tasas evidencian porcentajes muy superiores a lo que dicta la OMS, quienes recomiendan una tasa del 10-15%, determinando así que no existe justificación para que una región tenga tasas más elevadas. (2)

El aumento de tasa de cesáreas en el paso de los años no es sólo de la última década, sino también del siglo pasado. La tasa de cesárea en el año 1962 en el Hospital San Bartolomé era del 3.8%, 30 años después aumento a una tasa de cesáreas de 17%. De la misma manera en el Hospital Guillermo Almenara el cual en el año 1981 tenía una tasa de 8.5% y que, al pasar 11 años, en 1992 llegó a tener una tasa de cesáreas superando ampliamente lo recomendado por la OMS, con una tasa del 30.01%.(51)

Si bien es cierto que no existe un sistema de clasificación de cesáreas estandarizado mundialmente, la OMS recomienda el uso del sistema de clasificación de cesáreas de Robson(2), ya que clasifica a todas las pacientes sin excepción en alguno de sus grupos y así permite que se pueda realizar comparaciones de la tasa de cesáreas entre instituciones. Siguiendo esta

recomendación este estudio logró obtener estos datos del HJVB del año 2018, permitiendo obtener en que grupo de esta clasificación existe mayor tasa de cesárea.

Este estudio encontró que los grupos con mayor tasa de cesárea según la clasificación de Robson, son el grupo 1 (Gestantes nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo) que aporta más a la tasa de cesáreas siendo el 29.7% del total de cesáreas, el grupo 2 (Gestantes nulíparas 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) con un aporte del 18.2% a la tasa de cesáreas, y por último el grupo 5 (gestantes multíparas con, al menos una cicatriz uterina previa, embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación) con un aporte del 14.3% a la tasa de cesáreas. Llegando estos tres grupos a cubrir el 62.2% de la totalidad de las cesáreas.

En diversos estudios realizados a nivel internacional, de la misma manera que este estudio, se clasificó a las gestantes que culminaron en parto por vía cesárea según la clasificación de cesáreas de Robson, se evidenciaron resultados similares en cuanto a los tres primeros grupos, pero en distinto orden según la tasa de cesáreas. Un estudio en Francia del año 2018 obtuvo entre sus resultados que los grupos de la clasificación de Robson con mayor tasa fueron el grupo 5 (32.1%), seguido del grupo 2 con (16.7%) y por último el grupo 1(14.3%). (14) Así también se realizaron más estudios en Francia, Bosnia y Herzegovina, Canadá Tailandia,

España y Colombia obteniendo resultados similares al estudio ya mencionado.
(6)(15)(16)(17)(9)(19)(23)

En México también se realizó un estudio de las mismas características a este, encontrándose resultados muy similares, evidenciaron que el grupo 1 con una tasa de cesáreas de 30.1% es el que más aporta a la tasa de incidencia de cesáreas, seguido del grupo 2 con 28.6% y por último el grupo 5 con 18.6%, siendo resultados muy similares a los que se encontró en este estudio.(1)

Estudios en Perú han encontrado resultados parcialmente similares, un estudio realizado en INMP de lima en el año 2015, se evidenció que los grupos de la clasificación de cesáreas de Robson que más aportaban a la tasa de cesárea fue en primer lugar el grupo 5 con 21.3%, seguido del grupo 1 con 29.2% y finalmente el grupo 3 con el 14,6%.(3) de la misma forma un estudio realizado en un hospital de Cañete encontró que los grupos que tenían más tasa de incidencia fueron los grupos 3 (29.24%),1 (23.28%) y 5 (12.48%). (25)

El grupo 1 y 3 (Nulíparas y multíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo) de la clasificación de Robson son los grupos que están siempre presente cuando se realiza este tipo de estudios. Siendo los grupos que más aportan a la tasa mundial de cesáreas. Se ha reportado la mayor causa de cesárea del grupo 1 es la desproporción céfalo – pélvica. (23) Esta condición es debido a muchos factores, entre ellos está la talla baja de la mujer, el tamaño del feto, el estado nutricional de

la madre. (52) Por tal motivo, el realizar un adecuado diagnóstico de este fenómeno ayudará a reducir la tasa de cesárea en este grupo.

El grupo 2 (Nulíparas 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) es también de los grupos que más aporta a la tasa mundial de cesáreas. Una de las etiologías en este grupo es debido a la falla en la inducción del trabajo de parto; varios estudios concluyen que las gestantes sometidas a una inducción del trabajo de parto tienen el doble de riesgo de culminar su parto por vía cesárea. Esto también se debe a que existe una relación entre la cesárea y un test de Bishop desfavorable. (53) Realizando un adecuado manejo de la inducción para el trabajo de parto se lograría reducir la probabilidad de culminar el embarazo por vía cesárea.

El grupo 5 (Multíparas con, al menos una cicatriz uterina previa, embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación) de igual manera es de los grupos que más aporta en la tasa mundial de cesáreas. En algunos estudios se encontró que todas las pacientes pertenecientes a este grupo culminaron su gestación mediante cesárea, alcanzando una tasa de cesáreas en este grupo del 100%(23). Así también en otros estudios se menciona que este grupo puede dar un parto normal siempre y cuando tenga las condiciones adecuadas: periodo intergenésico > 18 meses, embarazo único, adecuado peso del feto, presentación fetal en cefálico, incisión transversa baja en la cesárea anterior y que curse sin complicaciones obstétricas. (54) Cumpliendo estas condiciones, se lograría que

este grupo de gestantes logren tener la probabilidad de parto por vía vaginal, logrando así reducir la tasa de incidencia de cesárea en este grupo.

Debido a que la elevada tasa de cesárea es un problema de salud pública (6), por los problemas ya mencionados y también por los hallazgos de este estudio. La clasificación de cesáreas de Robson ayuda a clasificar a las gestantes en alguno de sus grupos, para posteriormente el ministerio de salud y los hospitales logren intervenir en los grupos que dónde se halló mayor tasa de cesárea, logrando así una reducción de la tasa global de cesáreas y como consecuencia un menor gasto económico para las instituciones de salud y el estado.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusión

La tasa de incidencia de cesárea del Hospital Jorge Voto Bernales en el año 2018 que se evidenció en este estudio fue del 31.64%, superando en 4.44% la tasa de cesárea del año 2017 (27.2%). Habiendo superado ampliamente lo recomendado por la OMS.

Es la primera vez que se realiza este estudio en este Hospital, en el cual se utilizó la clasificación de cesáreas de Robson que está recomendada por la OMS.

Utilizando esta clasificación se encontró que los grupos que aportan más a la tasa de cesáreas son; primeramente, el grupo 1 con una tasa del 29.7%, seguido del grupo 2 y 5 con tasas de 18.2% y 14.3% respectivamente. Llegando estos tres grupos a ser el 62.2% del total de cesáreas.

Los grupos que menos aportaron a la tasa de cesáreas fueron los grupos 10, 9 y 6, con tasas de cesáreas de 2.6%, 3.4% y 4.8 % respectivamente. Llegando a ser solamente el 10.8% de la totalidad de cesáreas. El grupo 8 presenta una tasa de cesáreas del 0%, debido a que al nivel del hospital (Nivel II-1), ya que en este hospital no se practican cesáreas a gestaciones múltiples.

De los grupos de los cuales son susceptibles para poder intervenir y así lograr reducir la tasa de cesáreas se encuentran, los grupos 5, 3 y 2. De los cuales en este estudio cuentan con una tasa de cesárea muy elevada.

En cambio, los grupos de los cuales se tiene que intervenir por medio de cesárea necesariamente son los grupos 6,7 y 9, que en este estudio representan muy bajas tasas de cesáreas.

De la misma manera se llega a la conclusión que el mes dónde se halló una mayor tasa de cesárea fue el mes de Julio (10.9%).

Con este estudio queda demostrado que la clasificación de cesáreas de Robson permite clasificar a todas las gestantes en algún grupo sin excepción alguna. Así mismo permite identificar en qué grupo se concentra la mayor tasa de cesárea, siendo en este estudio los grupos 1, 2 y 5, e implementar estrategias para poder reducirlas. y no superar ampliamente la tasa recomendada por la OMS (10-15%) como sucedió en el periodo del año 2018 (37.54%).

2. Recomendaciones

Debido a las altas tasas de cesáreas encontradas en este estudio en el año 2018 en el Hospital Jorge Voto Bernales, se sugiere en primer lugar, implementar el uso de las guías y/o protocolos de atención en Gineco-Obstetrica que tienen eficacia demostrada.

Debido a que las tasas más elevadas fueron en los grupos 1 y 2 de la clasificación de cesáreas de Robson, se recomienda realizar una evaluación adecuada y en caso sea posible tener una segunda opinión de otro experto, para definir cómo último recurso una cesárea en gestantes nulíparas. Así también, desarrollar estudios para determinar las causas de cesárea en estos grupos.

Con respecto al grupo 5 que representa el tercer grupo con mayor tasa de cesárea, se debería incentivar a los médicos gineco-obstetras realizar una evaluación rigurosa para la posibilidad de un parto vaginal posterior de una cesárea, siempre y cuando se presente las condiciones adecuadas, así como lo menciona la guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología del INMP de Lima.

Quedó demostrado que la clasificación de cesáreas de Robson es simple de implementar y utilizar, e incluye a toda gestante en algún grupo sin tener excepciones; por lo que se aconseja que se de uso a esta clasificación, ya que permitirá realizar comparaciones en el tiempo en el Hospital Jorge Voto Bernales a partir de esta investigación, así también se podrá hacer comparaciones con otros

establecimientos hospitalarios. Todo este con el objetivo de poder crear estrategias para reducir la tasa de incidencia de cesáreas.

Sobre los resultados encontrados, se recomienda difundir estos hallazgos en todo el Hospital Jorge Voto Bernales. Dando a conocer la situación real del Hospital Jorge Voto Bernales sobre la tasa de cesáreas, y así implementar estrategias para poder reducirla. Así también este estudio servirá de base para investigaciones futuras.

Referencias

1. Ortiz M, Morgan-Ortiz F, Luna-Hernández KL, Peraza-Garay FJ, Morgan-Ruiz F, Martí-Nez-Román JH, et al. Frecuencia de las indicaciones de operación cesárea de acuerdo con la clasificación de Robson. Rev Med UAS [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 13];8(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v8.n1.003>
2. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. Ginebra 27, Suiza; 2015 [cited 2018 Dec 9]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=B1486FC88BD846C21CFF221814675B73?sequence=1
3. Celina Julia Castañeda Guillén. Tasa de cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Instituto Nacional Materno Perinatal, periodo enero - diciembre 2015 [Internet]. UNMSM; 2015 [cited 2018 Dec 9]. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6134/Castaneda_gc.pdf?sequence=1
4. Ruiz-Sánchez J, Espino Sosa S, Vallejos-Parés A, Durán-Arenas LI. Cesárea: Tendencias y resultados [Internet]. 2014 [cited 2018 Dec 10]. Available from: <http://www.medigraphic.com/inper>
5. El Heraldo. América Latina, la región con la mayor tasa de cesáreas del mundo: estudio | El Heraldo [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 19]. Available from: <https://www.elheraldo.co/salud/america-latina-la-region-con-la-mayor-tasa-de-cesareas-del-mundo-estudio-552718>
6. Fatusic J, Hudic I, Fatusic Z, Zildzic-Moralic A, Zivkovic M. Cesarean Section Rate Analysis in University Hospital Tuzla - According to Robson's Classification. Med Arch (Sarajevo, Bosnia Herzegovina) [Internet]. 2016 Jun [cited 2018 Dec 10];70(3):213–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27594749>
7. Dra. Magda Esther Castrillo. CESAREAS: ¿UNA EPIDEMIA JUSTIFICADA O IGNORADA?; Un abordaje cuali-cuantitativo [Internet]. [León -Nicaragua]: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA; 2013 [cited 2018 Dec 10]. Available from: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/6178/1/224248.pdf>
8. OPS/OMS La cesárea solo debería realizarse cuando es médicamente necesaria [Internet]. OPS/OMS. 2015 [cited 2018 Dec 10]. Available from: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=940:la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=340
9. Aguilar Redondo R, Manrique Fuentes G, Aisa Denaroso LM, Delgado Martínez L, González Acosta V, Aceituno Velasco L. Uso de la clasificación de Robson en un

Hospital Comarcal de España para reducir la tasa de cesáreas. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 10];81(2):99–104. Available from: <https://www.elheraldo.co/salud/america-latina-la-region-con-la-mayor-tasa-de-cesareas-del-mundo-estudio-552718>

10. BBC MUNDO. El mapa de los países donde se practican más y menos cesáreas en el mundo - El Mostrador [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 11]. p. 1–5. Available from: <http://www.elmostrador.cl/noticias/vida-en-linea/2015/07/13/el-mapa-de-los-paises-donde-se-practican-mas-y-menos-cesareas-en-el-mundo/>
11. ENDES. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015. Encuesta Demográfica y Salud Fam. 2015; Available from: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/02estadistica/encuestas_INEI/
12. RPP. El precio de dar a luz en diferentes partes del mundo [Internet]. [cited 2018 Dec 10]. Available from: <https://vital.rpp.pe/salud/el-precio-de-dar-a-luz-en-diferentes-partes-del-mundo-noticia-781894>
13. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2001 Feb [cited 2018 Dec 19];15(1):179–94. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1521693400901561>
14. Lafitte A-S, Dolley P, Le Coutour X, Benoist G, Prime L, Thibon P, et al. Rate of caesarean sections according to the Robson classification: Analysis in a French perinatal network – Interest and limitations of the French medico-administrative data (PMSI). J Gynecol Obstet Hum Reprod [Internet]. 2018 Feb [cited 2018 Dec 10];47(2):39–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29208502>
15. Roberge S, Dubé E, Blouin S, Chaillet N. Reporting Caesarean Delivery in Quebec Using the Robson Classification System. J Obstet Gynaecol Canada [Internet]. 2017 Mar [cited 2018 Dec 10];39(3):152–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28343556>
16. 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 [Internet]. 2016 Jun [cited 2018 Dec 10];42(6):648–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27062530>
17. Kankoon N, Lumbiganon P, Kietpeerakool C, Sangkomkarnhang U, Betrán AP, Robson M. Cesarean rates and severe maternal and neonatal outcomes according to the Robson 10-Group Classification System in Khon Kaen Province, Thailand. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2018 Feb [cited 2018 Dec 10];140(2):191–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29094345>
18. Aguilar Redondo R, Manrique Fuentes G, Aisa Denaroso LM, Delgado Martínez L, González Acosta V, Aceituno Velasco L. Uso de la clasificación de Robson en un Hospital Comarcal de España para reducir la tasa de cesáreas. Rev Chil Obstet

Ginecol [Internet]. 2016 Apr [cited 2018 Dec 10];81(2):99–104. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=en

19. Cabeza Vengoechea PJ, Calvo Pérez A, Betrán AP, Mas Morey M del M, Febles Borges MM, Alcácer PX, et al. Clasificación de cesáreas por Grupos de Robson en dos periodos comparativos en el Hospital de Manacor. *Progresos Obstet y Ginecol* [Internet]. 2010 Oct 1 [cited 2018 Dec 13];53(10):385–90. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030450131000316X>
20. Hehir MP, Ananth C V., 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* [Internet]. 2018 Jul [cited 2018 Dec 10];219(1):105.e1-105.e11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29655965>
21. Manny-Zitle AI, Tovar-Rodríguez JM. Incidencia de la operación cesárea según la clasificación de Robson en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado. *Cir Cir* [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2018 Dec 10];86(3):261–9. Available from: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83011>
22. John Jairo; Quintero-Rincón, Fredy; Quiceno-Ceballos AM. APLICACIÓN DEL MODELO DE ROBSON PARA CARACTERIZAR LA REALIZACIÓN DE CESÁREAS EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN MEDELLÍN, COLOMBIA. ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2013 [cited 2018 Dec 13];64(2). Available from: <https://www.redalyc.org/html/1952/195228414002/>
23. Jiménez Hernández DL, Guevara Rodríguez ADP, Zuleta Tobón JJ, Rubio Romero JA. Tasa de cesáreas por grupos de Robson en una institución de mediana complejidad de la ciudad de Bogotá, 2012-2014. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2016 Jun 30 [cited 2018 Dec 13];67(2):101. Available from: <http://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/381>
24. Rodríguez Alayza RF. Frecuencia de Cesáreas Según el Modelo de Clasificación de Robson, en el Hospital I Edmundo Escomel, Arequipa; 2017. Repos la Univ Católica St María - UCSM [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 13]; Available from: <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/216514>
25. Palacios Alcantara LA, Palacios Alcantara LA. Tasa de cesáreas por modelo de clasificación de robson en el Hospital II Cañete - Essalud, 2013 – 2014. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 10]; Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4648>
26. WALTER VIDAURO CARPIO BARON. INCIDENCIA E INDICACIONES EN EL HOSPITAL

NAYLAMP DE ESSALUD-CHICLAYO DURANTE EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2012 [Internet]. USMP; 2012 [cited 2018 Dec 9]. Available from: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1183/3/Carpio_wv.pdf

27. Lugones Botell M. La Cesárea en la Historia [Internet]. 2001 [cited 2019 Feb 7]. Available from: <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2012/06/cesarea-en-la-historia2.pdf>
28. Jesús Martínez-Salazar G, Mario Grimaldo-Valenzuela P, Gabriela Vázquez-Peña G, Reyes-Segovia C, Torres-Luna G, Virginia Escudero-Lourdes G. Práctica clínico-quirúrgica Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia [Internet]. Vol. 53, Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015 [cited 2019 Jan 11]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im155r.pdf>
29. Yanque R. APUNTES HISTORICOS DE LA CESAREA EN EL PERU [Internet]. Lima; 1991 [cited 2019 Jan 11]. Available from: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/ginecol&obstet/v38n12/a10.pdf>
30. Lugones Botell M, Dra Mirtha Prieto Valdés I, Dra Marieta Ramírez Bermúdez I Policlínico Universitario II, Julio de, Habana L. La madre más joven de la historia [Internet]. Vol. 40, Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. 2014 [cited 2019 Jan 11]. Available from: <http://scielo.sld.cu>
31. Equipo Técnico del grupo Impulsor. Iniciativa Ciudadana Inversión en la Infancia. Salud Materno Neonatal [Internet]. Perú; 2013 [cited 2019 Feb 7]. p. 13. Available from: https://inversionenlainfancia.net/application/views/materiales/UPLOAD/ARCHIVOS_ENCUESTRO/encuentro_documento_file/27_RESUMENSNNMMarzo2013.pdf
32. OMS. Mortalidad materna [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 17]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
33. WHO.UNICEF.UNFPA.Worl Bank Group. United Nations Population, Division. Trends in maternal mortality:1990 to 2015 [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 17]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141_eng.pdf?sequence=1
34. ALBA BRENDA DANIEL GUERRERO, MARICRUZ DAÑINO MORALES, DIANA CAROLINA REYES MÉNDEZ A, XIMENA VARGAS RODRÍGUEZ, IVONNE ELIZABETH ZENTENO CASTILLO LMM. ATENCIÓN DE PARTO [Internet]. [cited 2019 Jan 11]. Available from: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/icm/images/cecam/02.p.gineandro/ATENCION-DE-PARTO.pdf>
35. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal.

- Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal [Internet]. España; 2010 [cited 2019 Jan 11]. Available from:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf
36. Farías Jofré M, Oyarzún Ebensperger E. Artículo de Revisión Cesárea electiva versus parto vaginal Ficha del Artículo. [cited 2019 Feb 6]; Available from:
www.medwave.cl
 37. Business Images M. What Every Pregnant Woman Needs to Know About Cesarean Birth [Internet]. 2016 [cited 2019 Feb 6]. Available from:
<http://www.nationalpartnership.org/our-work/resources/health-care/maternity/what-every-pregnant-woman-needs-to-know-about-cesarean-section.pdf>
 38. Alejandro Arrieta AO. ¿Quiénes ganan y quiénes pierden con los partos por cesárea? Incentivos médicos y derechos reproductivos [Internet]. 2007 [cited 2018 Dec 17]. Available from: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D293.pdf
 39. Parto respetado: cuáles son los derechos de la madre y del bebé - LA NACION [Internet]. La Nacion. [cited 2018 Dec 16]. Available from:
<https://www.lanacion.com.ar/2134819-parto-respetado-cuales-son-los-derechos-de-la-madre-y-del-bebe>
 40. CONGRESO DE LA REPUBLICA. LEY DE PROMOCION Y PROTECCION DEL DERECHO DE PARTO HUMANIZADO Y A LA SALUD DE LA MUJER GESTANTE DEL INFANTE POR NACER Y EL RECIÉN NACIDO [Internet]. 2017. Available from:
http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL0198620171009.pdf
 41. Ministerio de Salud Pública. Atención del parto por cesárea: Guía Práctica Clínica. [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 11]. Available from: www.salud.gob.ec
 42. Manrique-abril F, Amaya GMH, Matilde B, Gomez B, Cuevas OM, Arismendy VM, et al. CESÁREA HOY , RIESGO VS PROTECCIÓN MATERNO FETAL . Rev SALUD, Hist Y Sanid. 2017;
 43. Cárdenas R. Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado. 2002 [cited 2018 Dec 10];138(4). Available from:
https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/2002-138-4-357-366.pdf
 44. Morales Máximo DK, Morales Máximo DK. Complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2015. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 10]; Available from:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4868>
 45. Robson M. Classification of caesarean sections. Fetal Matern Med Rev [Internet].

2001 Feb 17 [cited 2018 Dec 19];12(01):23–39. Available from:
http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0965539501000122

46. Integrantes del Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, (Fecolsog) y la Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen). Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog) y la Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen). *Rev Colomb Obs Ginecol* [Internet]. 2014 [cited 2019 Feb 6];65:139–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.61>
47. Liliana D, Hernández J, Del A, Guevara Rodríguez P. CLASIFICACION DE CESÁREAS POR GRUPOS DE ROBSON EN LOS ULTIMOS 3 AÑOS EN EL HOSPITAL DE ENGATIVA DE LA CIUDAD DE BOGOTA [Internet]. Bogotá, Colombia; 2015 [cited 2019 Feb 6]. Available from: <http://bdigital.unal.edu.co/50861/1/65634609.2015.pdf>
48. Hernández Sampieri, Roberto. Fernandez CBP. Metodología de la investigación. Quinta. México DC; 2010.
49. Hernández-Avila M, Garrido-Latorre F, López-Moreno S. Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2000 Apr [cited 2019 Feb 20];42(2):144–54. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342000000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
50. Müggenburg Rodríguez MC, Pérez Cabrera I. Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. *Rev Enfermería Univ ENEO-UNAM* [Internet]. 2007;4(1):35–8. Available from: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44049259/30300-64765-1-PB.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1487723156&Signature=OB08sSjdXYw9SNd4VEfhH02%2Bn10%3D&response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DLos_maestros_escriben.pdf
51. Tavera Orozco L. Cesarea en el Peru: presente y futuro. *Ginecol Obstet (Lima)* [Internet]. 1993 [cited 2019 Feb 13];39(15). Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_39n15/cesarea_peru.htm
52. Pacora P, Ingar W, Buzzio Y, Reyes M, Oliveros M. DESPROPORCIÓN FETOPÉLVICA EN UN HOSPITAL LIMA: PREVALENCIA, CONSECUENCIAS, PREDICCIÓN Y PREVENCIÓN. *Rev Per Ginecol Obs* [Internet]. 2007 [cited 2019 Feb 13];53:193–8. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol53_n3/pdf/a10v53n3.pdf
53. García G, Esther L. Cesárea: Grupos de Riesgo y Estrategias de Actuación [Internet]. Universidad de las Palmas de gran Canaria; 2015 [cited 2019 Feb 13]. Available from: https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/17344/2/0724405_00000_0000.pdf

54. Quesnel García-Benítez C, De Jesús López-Rioja M, Monzalbo-Núñez DE. Parto después de cesárea ¿una opción segura? Ginecol Obs Mex [Internet]. 2015 [cited 2019 Feb 13];83:69–87. Available from: www.femecog.org.mx

Anexos

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Tasa de incidencia de cesáreas según la clasificación de Robson en el Hospital Jorge Voto Bernalles en el periodo Enero – Diciembre del año 2018.

Edad de la paciente: _____

Fecha de cesárea: ____/____/2018

1. Antecedentes Obstétricos

- a. Antecedentes Obstétricos
 - i. Nulípara (1)
 - ii. Multípara (2)
- b. Categoría de gestación
 - i. Simple (1)
 - ii. Múltiple (2)
- c. Presentación fetal
 - i. Cefálico (1)
 - ii. Podálico (2)
 - iii. Transverso u Oblicuo (3)
- d. Edad Gestacional
 - i. <37 semanas (1)
 - ii. ≥ 37 semanas (2)
- e. Trabajo de parto
 - i. Espontáneo (1)
 - ii. Cesárea Electiva (2)
- f. Cicatriz Previa
 - i. Si (1)
 - ii. No (2)

ANEXO 2. AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL JORGE VOTO BERNALES



Carta N° 003 - CAPACITACION-HJVBC-GRPA-EsSalud-2019

Santa Anita, 11 de febrero 2019

Doctor:
LUIS G. ALVARADO POLO
Director del Hospital II-I Jorge Voto Bernales
Red Prestacional Almenara

Presente.-

Asunto: EJECUCION DE PROYECTO DE TESIS

Referencia: CARTA S/N Interno Kevin Rodríguez Salinas

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y en atención al documento de la referencia, se **Autoriza** realizar su proyecto de tesis "TASA DE INCIDENCIA DE CESARIA SEGÚN CLASIFICACION DE ROBSON" en nuestro Hospital por ser estudio observacional (no contacto directo con el paciente), no requiere autorización o consulta de instancias superiores. Para conocimiento y trámites correspondientes

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,



Dr. PETER GAMEZ CABANILLAS
Unidad de Capacitación, Docencia e Investigación
HOSPITAL II-I JORGE VOTO BERNALES-GRDA


NIT: 0594-2019-330
PGC/lyce
C.C. Kevin Rodríguez Salinas

ANEXO 3. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN ESCUELA DE POSGRADO

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO:

TÍTULO TESIS: Tasa de incidencia de cesárea según la clasificación de Robson en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, enero - diciembre 2018.

AUTOR: Kevin Nick Rodríguez Salinas

Instrucciones: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera Ud. que el instrumento cumple los objetivos propuestos?
0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 X 90 ___ 100
2. ¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?
0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 ___ 90 X 100
3. ¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?
0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 ___ 90 X 100
4. ¿Considera Ud. que si se aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?
0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 ___ 90 X 100
5. ¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?
0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 ___ 90 X 100

6. ¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?
Indicaciones Abults y Palatos de cesaria

7. ¿Qué preguntas se podrían eliminar?
Peso Rem Novios

8. Recomendaciones

Fecha: 10/02/2019

Validado por: [Signature]
Dr. Eric Lopez

Gracias!!!



UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
ESCUELA DE POSGRADO

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO:

TÍTULO TESIS: Tasa de incidencia de cesárea según la clasificación de Robson en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, enero - diciembre 2018.

AUTOR: Kevin Nick Rodríguez Salinas

Instrucciones: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera Ud. que el instrumento cumple los objetivos propuestos?
0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 X 90 ___ 100
2. ¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?
0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 ___ 90 X 100
3. ¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?
0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 ___ 90 X 100
4. ¿Considera Ud. que si se aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?
0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 ___ 90 X 100
5. ¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?
0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 ___ 90 X 100

6. ¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

Indicaciones de cesarea (cesarea materno o fetal?)

7. ¿Qué preguntas se podrían eliminar?

peso Recien nacido

8. Recomendaciones

Fecha: 18-2-19.

Validado por:

[Firma]

Gracias!!!



UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
ESCUELA DE POSGRADO

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO:

TÍTULO TESIS: Tasa de incidencia de cesárea según la clasificación de Robson en el Hospital Jorge Voto Bernalles, EsSalud, enero - diciembre 2018.

AUTOR: Kevin Nick Rodríguez Salinas

Instrucciones: Sirvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera Ud. que el instrumento cumple los objetivos propuestos?
0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 ___ 90 100
2. ¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?
0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 ___ 90 100
3. ¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?
0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 ___ 90 100
4. ¿Considera Ud. que si se aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?
0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 ___ 90 100
5. ¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?
0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 ___ 90 100

6. ¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

7. ¿Qué preguntas se podrían eliminar?

8. Recomendaciones

Fecha: 22/02/2019

Validado por:
Dr. Salomón Tranculino

Gracias!!!

CONSTANCIA DE REVISION LINGÜÍSTICA

Yo **Gladys Marlin Sosa Espinosa**, identificada con el número de **DNI 06956993**, Licenciada en Educación y Literatura, Maestría en Docencia Universitaria-Lingüística, Directora de Colegio Nacional José Carlos Mariátegui -UGEL 04, realicé la revisión de la parte Lingüística de la tesis "**Tasa de incidencia según la clasificación de Robson en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, Lima, enero – diciembre 2018**" del bachiller **Kevin Nick Rodríguez Salinas**, identificada con el **DNI 75723288**



Lic. Gladys M. Sosa Espinosa
LINGÜÍSTICA
Cod. Modular 100556993

CONSTANCIA DE REVISIÓN ESTADÍSTICA DE TESIS

Yo **Janett Virginia Chávez Sosa**, identificada con el número de **DNI 46629577**, Licenciada en enfermería, Magister en gerencia de Salud y Especialista en estadística aplicada, realicé la revisión de la parte estadística de la tesis "**Tasa de incidencia de cesárea según la clasificación de Robson en el Hospital Jorge Voto Benales, EsSalud, enero – diciembre 2018**", del Bachiller **Kevin Nick Rodríguez Salinas**, identificado con el **DNI 75723288**.




Lic. **Janett V. Chávez Sosa**
C.E.P. 086296
Docente de la UPiU
BIOESTADÍSTICA

Janett Virginia Chávez Sosa

46629577