

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**“COMPORTAMIENTO DE LAS CESÁREAS MEDIANTE LA
APLICACIÓN DEL MODELO DE ROBSON EN EL HOSPITAL
III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD – TACNA, 2014 -
2019”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.

Presentado por:

Bach. FARA CARI QUISPE

Asesor(a):

Med. Paola Arias Huanacune

TACNA – PERÚ

2020

DEDICATORIA

A dios haberme permitido llegar hasta este punto y haberles dado salud a mis padres que me ayudaron a colmar mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi abuela que aunque no está, siempre está a mi lado cuidándome y guiando mi camino.

A mis padres Florencio Cari y Fara Quispe por el constante empeño y la confianza que tuvieron en mí, en lograr el éxito y la realización de este trabajo.

A mi hermana por darme ánimos en la culminación de este trabajo, aunque no entienda sobre medicina siempre me ofreció su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Privada de Tacna por haberme formado como profesional.

A la Facultad de Ciencias de la Salud y a la Escuela Profesional de Medicina Humana y a sus distinguidos docentes, quienes nos enseñaron firmes ante el juramento Hipocrático, no solo sobre medicina sino mucho más.

A la Dra. Paola Arias Huanacune y asesora del presente trabajo, quien brindo parte de su tiempo para el desarrollo del presente estudio.

Agradezco a mis padres inmensamente por el apoyo y el amor incondicional que me dieron en mi formación profesional, que sin ellos no hubiera logrado una de mis metas, de ser una de las primeras universitarias de mi familia.

Agradezco a mi hermana por el cariño y apoyo que siempre me brinda.

Agradezco a mis amigos y compañeros que de alguna manera me dieron su apoyo.

RESUMEN

Objetivos: Determinar el comportamiento de las cesáreas según el modelo de clasificación de Robson en el Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud – Tacna, 2014-2019.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo de corte transversal. Con una población conformada por gestantes que fueron intervenidas mediante cesárea en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud – Tacna en el periodo 2014-2019 cuyos datos fueron recopilados en las fichas de recolección de historias clínicas del sistema informático que luego fueron sometidas a los criterios de clasificación de Robson.

Resultados: De 7245 partos realizados, se revisaron 3124 historias clínicas de gestantes que culminaron su parto en cesárea, siendo la tasa global de cesáreas de 43.1%. Las principales indicaciones de cesárea fueron: cesárea anterior con 20.6%, sufrimiento fetal agudo con 13.5% y desproporción cefalopélvica (DCP) por macrosomía fetal en un 13.4%. Según las características obstétricas: 44.8% fueron primigestas, 31.7% presentaban antecedentes de cesárea anterior, el 98.1% fueron gestaciones únicas, 89.6% tuvieron presentación cefálica, 90.9% eran gestaciones a término y 98.5% de las gestantes iniciaron sus trabajos de parto espontáneamente. Los grupos con mayor predominios fueron el grupo 1 con 34.6%, el grupo 5 con 27.4% seguido del grupo 3 con 16.6% y el grupo de menor contribución fue el grupo 4 con 0.5%.

Conclusión: El comportamiento de la cesárea tuvo un incremento en los últimos años en relación a los partos vaginales, sobrepasando la tasa descrita por la OMS, principalmente en los grupos 1, 5 y 3 según la clasificación de Robson.

Palabras clave: Cesáreas, Clasificación de Robson.

ABSTRACT

Objectives: Determine the behavior of caesarean sections according to Robson's classification model at Hospital III Daniel Alcides Carrion EsSalud - Tacna, 2014-2019.

Materials and methods: Observational, retrospective, descriptive cross-sectional study. With a population made up of pregnant women who underwent a cesarean section at the Gynecology and Obstetrics Service of Hospital III Daniel Alcides Carrion EsSalud - Tacna in the period 2014-2019, whose data was collected in the data collection sheets of the clinical records of the computer system were then subjected to Robson's classification criteria.

Results: Out of 7,245 deliveries, 3,124 medical records of pregnant women who completed their cesarean delivery were reviewed, with the overall rate of cesarean section being 43.1%. The main indications for cesarean section were: previous cesarean section with 20.6%, acute fetal distress with 13.5% and cephalopelvic disproportion (DCP) due to fetal macrosomia in 13.4%. According to obstetric characteristics: 44.8% were first-born, 31.7% had a history of previous cesarean section, 98.1% were single pregnancies, 89.6% had a cephalic presentation, 90.9% were pregnant at term, and 98.5% of pregnant women started their labor spontaneously. The groups with the highest prevalence were group 1 with 34.6%, group 5 with 27.4%, followed by group 3 with 16.6%, and group with the least contribution was group 4 with 0.5%.

Conclusion: The performance of cesarean section had an increase in recent years of studies in relation to vaginal deliveries, exceeding the rate described by the WHO, mainly in groups 1, 5 and 3 according to the Robson classification.

Key words: Caesarean sections, Robson's classification.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I.....	9
1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.3.1 Objetivo General.....	12
1.3.2 Objetivos Específicos.....	12
1.4 JUSTIFICACIÓN	13
1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	14
CAPÍTULO II	15
2 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	15
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	15
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	15
2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES	17
2.1.3 ANTECEDENTES LOCALES	21
2.2 MARCO TEÓRICO	23
2.2.1 CESÁREA	23
2.2.2 MODELO DE CLASIFICACIÓN DE CESÁREA	35
CAPÍTULO III.....	42
3 HIPÓTESIS VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES.....	42
3.1 HIPÓTESIS	42
3.2 VARIABLES	42
3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	43
CAPÍTULO IV.....	44
4 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	44
4.1 DISEÑO.....	44
4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO	44
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.	44

4.4	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44
	CAPÍTULO V	46
5	PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	46
5.1	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS.....	46
5.1	CONSIDERACIONES ÉTICAS	46
	CAPÍTULO VI.....	47
6	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	47
	CAPÍTULO VII.....	54
7	DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	54
	CONCLUSIONES.....	61
	RECOMENDACIONES.....	62
	BIBLIOGRAFÍA	63
	ANEXOS	70

INTRODUCCIÓN

El incremento de la tasa de incidencia de cesáreas como vía de culminación de la gestación es actualmente un problema de salud pública.

Para el año 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una declaración sobre la tasa de cesáreas, señalando que en los últimos 30 años se ha considerado una tasa ideal entre el 10-15%, a pesar de ello es evidente el incremento de cesáreas por diversas razones, tanto en países desarrollados como en vías en desarrollo. (1)

Aunque la cesárea muchas veces resulta un procedimiento vital, algunas otras pueden traer consigo riesgos a corto y largo plazo que incrementan la morbi-mortalidad materna y perinatal. Es por ello que la disminución de cesáreas “innecesarias” es un objetivo prioritario para los sistemas de salud. A razón de este incremento la OMS en el 2015 confirma la clasificación como un sistema de estándares internacionales con características sencillas y clínicamente pertinentes, facilitando así el análisis y comparación de las tasas de cesárea.

Esta clasificación es el modelo de Robson(2), la cual es un sistema que ayuda a implementar estrategias para optimizar la tasa de cesáreas y además categoriza a todas las gestantes en el momento del parto, contribuyendo así a identificar claramente que grupo influye en la tasa global de cesáreas, es aplicable para todos los establecimientos de salud, en donde ninguna gestante debe quedar sin clasificación. El modelo de Robson consta de 4 conceptos de los cuales se dividen en 6 indicadores obstétricos para categorizar a las gestantes en 10, dichas categorías únicas y a la vez excluyentes(2).

El presente estudio pretende determinar el comportamiento de las cesáreas del Hospital de EsSalud Nivel III según el modelo de clasificación de Robson, con la finalidad de identificar y describir los grupos con mayor aporte a la tasa de cesáreas en los últimos 6 años.

CAPÍTULO I

1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

En la mayoría de los países del mundo los partos por vía abdominal son una opción de parto, pues cuando una gestante va al establecimiento de salud lleva consigo la duda si el nacimiento de su hijo será por parto natural o por cesárea.

En el estudio a nivel mundial de epidemiología global del uso y las disparidades en las cesáreas de la revista “The Lancet” del 2018, revela que una de cada 5 gestantes del mundo terminaban en cesárea, estos datos fueron tomados de 169 países que describen que el 21% de todos los nacimientos fueron cesáreas en el año 2015, y que comparándolo con el número de nacimientos del año 2000 que el 12.1%, resulta casi el doble.(3) Debiéndose a la mayor proporción de nacimientos ocurridos a nivel mundial(3).

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), la tasa ideal de cesáreas debe considerarse entre el 10% y el 15%, dato descrito desde 1985; pero al pasar los años las cesáreas son cada vez más frecuentes ya sea en países desarrollados o en vías de desarrollo.(1) Además en el estudio de “The Lancet” del 2018 se describe que las cesáreas también pueden depender del nivel educacional de las gestantes.(3)

En todo el mundo se ha visto un incremento del número de cesáreas, que de por sí, la profesión médica no puede revertir; por lo que se necesita acciones conjuntas para detener las cesáreas innecesarias y permitir que las gestantes tengan la confianza de recibir atención obstétrica más adecuada según las circunstancias, menciones descritas en el documento de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) del 2018.(4)

En el estudio anteriormente citado, también describe que el porcentaje de cesáreas en el 2015 fueron hasta 10 veces más en América latina y el Caribe con un

porcentaje de 44.3% a diferencia del año 2000. Y como un factor describe el nivel cultural de la gestante, por ejemplo en Brasil y en China, la relación fue de 1: 6 veces más frecuentes en instalaciones privadas en comparación con instalaciones públicas.(3)

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el artículo: “Las cesáreas sólo deberían realizarse cuando es médicamente necesaria” del 2015, se muestra que la tasa de cesáreas siguen subiendo, aunque éstas pueden disminuir el riesgo de la mortalidad materno-fetal, las cesáreas a menudo se realizan sin necesidad médica, exponiendo a morbilidades materno-fetales a largo plazo.(5) Con todas las tasas elevadas de cesárea a nivel mundial, la realidad a nivel nacional no tiene mucha discrepancia con respecto a estas, pues estudios recientes comprenden los incrementos del número de cesáreas según región.

De acuerdo con la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia en el artículo publicado las cesáreas ¿Solo un problema de cifras? del 2017, describe las cesáreas como un procedimiento quirúrgico el cual ayuda a disminuir la morbimortalidad materno neonatal y perinatal, en circunstancias en que la vía de parto vaginal no se pueda dar; según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 2016, la prevalencia de cesáreas en el Perú aumentó del 22.9% al 31.6% durante el periodo del 2011 al 2016; pues el aumento presentaría varias explicaciones; de la cual esgrimen 2 posibilidades: la primera es debido a programación de los médicos para un parto corto; y la segunda por dolor materno: petición de la madre que prefiere el parto sin dolor; y un tercer planteamiento muy alejado de las posibilidades, es la necesidad de formación de nuevos médicos residentes.(6) Pues igual sigue siendo interesante la relación de estas posibilidades con el aumento en la tasa de cesáreas.

Nuevos datos del Boletín estadístico de Nacimientos en el Perú publicado en el 2015-2016 (7), revelan que la condición de parto mediante cesárea presenta un porcentaje de 36% del total de nacimientos a nivel nacional, además analiza que 18 departamentos están por encima del porcentaje nacional, siendo Huancavelica con un 78.2%, junto a Huánuco con 78.2%, Pasco con 76.1% y Ayacucho con

75.1%, las regiones que presentan partos por cesárea sin complicaciones; y a nivel Regional, considerándose también por encima del promedio nacional, Tumbes con un 49.8% y Tacna con un 47,2% (7). Información más reciente según el Instituto Nacional Estadística e Informática (INEI), en su artículo estadístico de SALUD MATERNA del 2018, la proporción de nacimientos por cesárea fue de 34.5% en el 2018 a diferencia del año 2009 con un porcentaje de 8.7% y en la región de Tacna confirma un porcentaje dentro de 40 a 46.5% del total de nacimientos(8).

Entonces como se ha descrito la tasa de nacimientos por cesárea está en aumento, el cual está muy relacionado con las complicaciones materno perinatales, si bien las causas del incremento son muy variadas, las posibilidades en su mayoría podrían variar (6). Sumándose a ello el vacío de no contar con un sistema estándar que ordene las tasas de cesáreas.

Hasta que en el 2001, Robson y colaboradores propusieron el modelo de clasificación general que facilita la comprensión de la tasa de cesáreas y permite integrarlo en la práctica clínica, todo con el fin de supervisar las tasas de cesárea en la población y evaluar los cambios(9).

A medida que avanzaba la tasa creciente se vio la necesidad de utilizar el sistema de clasificación internacional de Robson, diseñado para permitir el análisis a corto y a largo plazo de las cesáreas(10). Es así que la OMS en el 2015 propuso confirmar la implementación del sistema de clasificación de Robson para estandarizar según los grupos y comparar las tasas de cesárea (2). Con el fin de analizar todos los datos reales para categorizarlos en grupos y realizar posteriormente un análisis de estos.

Y como razón de estudio, este trabajo se desarrollará con el objetivo de identificar el comportamiento de las cesáreas mediante la aplicación del sistema de clasificación de cesáreas de Robson, en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud Tacna en los años 2014- 2019.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el comportamiento de las cesáreas mediante la aplicación del modelo de Robson en el Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud – Tacna, 2014- 2019?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo General

Determinar el comportamiento de cesáreas según el modelo de clasificación de Robson en el Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud – Tacna, 2014- 2019.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Conocer la tasa de cesáreas realizadas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud – Tacna, 2014-2019.
- Conocer las indicaciones más frecuentes de cesáreas realizadas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud – Tacna, 2014-2019.
- Determinar según la clasificación de Robson el grupo más contribuyente a la tasa de cesáreas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud – Tacna, 2014-2019.
- Identificar según la clasificación de Robson el grupo menos contribuyente a la tasa de cesáreas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud – Tacna, 2014-2019.

1.4 JUSTIFICACIÓN

En el transcurso de los últimos años, la tasa de cesárea ha presentado un incremento progresivo, lo cual representa una situación preocupante para los gobiernos nacionales, regionales y el personal de salud por las probables repercusiones negativas para la salud materna e infantil. Evidentemente ahora no existe un sistema único de clasificación de cesáreas aprobada internacionalmente el cual nos permita enfrentar diferentes realidades, pero la OMS propone el uso de la clasificación de Robson. Este sistema permite conocer los grupos que presentan mayores tasas de cesárea durante los años estudiados, además permite comparar y auditar las tasas de cesárea de situaciones similares.

En presencia de esta realidad, las estadísticas del departamento de Tacna no son diferentes (8) la tasa de partos por cesárea presenta un aumento progresivo llegando a ser 46.5% al 2018, se espera una cifra igual o mayor para el año 2019.

Es por ello que se crea la necesidad de identificar los grupos de gestantes que contribuyen a incrementar la tasa global de cesáreas, mediante el uso de la clasificación de Robson, permitiendo que esta información pueda ser comparada e incluso crear intervenciones dirigidas para optimizar la tasa de cesáreas y mejorar la evaluación de las gestantes antes del parto y lograr reducir gastos innecesarios en la institución.

Dado que no existen trabajos que emplean la clasificación de Robson en EsSalud de nuestra localidad, esta investigación aportará conocimiento sobre cual grupo contribuye más, (11) con la ayuda de esta clasificación se podrá lograr los objetivos planteados anteriormente.

1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- a. **Cesárea:** Se trata de una intervención quirúrgica que consiste en el nacimiento del producto por el abdomen mediante una incisión en el útero. En sus inicios, fue indicada cuando el nacimiento por vía vaginal era inverosímil y con el fin posterior de acoger la vida de la madre aun cuando su mortalidad era cercana al 100%(12).

- b. **Incidencia de Cesárea:** es el número de nacimientos por cesárea, que fueron realizadas en un periodo de tiempo dividido con el número total de partos en ese mismo periodo(13).

- c. **Clasificación de Robson:** es un sistema que clasifica a gestantes ingresadas para el parto, es decir para “todas las mujeres” que alumbran en un ámbito singular y no tan solo para las mujeres a las que se practica una cesárea. Clasificándolas en 10 grupos que son mutuamente excluyentes y totalmente inclusivos(14).

CAPÍTULO II

2 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

STÉPHANIE ROBERGE(15) et al, realizaron una investigación con el objetivo notificar cuál de los grupos de clasificación contribuyen sustancialmente a la tasa de cesárea en la población de la provincia de Quebec entre los años 2008 al 2011, publicado en el 2017, donde se realizó un análisis secundario de la base de datos Quarisma y teniendo en cuenta los criterios de inclusión sobre los partos de más de 24 semana de gestación, en las 32 instituciones de la provincia de Quebec. Se obtuvo una población de 184 952 partos; obteniéndose como resultado que la tasa global fue de 22.9%, las mujeres con cesárea previa y un feto en presentación cefálica correspondientes al grupo 5 fue el 35% de todos los partos por cesárea; las mujeres nulípara con presentación cefálica a término (grupo 1 y 2) representaron el 29.9% ; y por último los terceros en contribuir a la tasa de cesáreas fueron las presentaciones no cefálicas (grupo de Robson 6, 7 y 9) que representan el 19.4% de todas las cesáreas. Concluyendo: que la mayoría de las cesáreas se realizan en mujeres con cesárea previa multíparas, mujeres con presentación cefálica a término, especialmente aquellas sometidas a inducción del trabajo de parto; y presentación fetal no cefálica, además que la clasificación de Robson se puede aplicar fácilmente y así poder mejorar el control de las tasas de cesáreas.

MARTINEZ RODRIGUEZ, DL, y et al(16), realizaron una investigación con el objetivo de evaluar la eficacia y utilidad de la clasificación de Robson para la reducción de la tasa de cesárea en paciente atendidas entre enero y diciembre del 2016 en un Hospital de Segundo Nivel de México, publicado en el 2018, siendo

un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, se aplicó en un grupo de pacientes con nivel socioeconómico medio y bajo; la población constó de 374 gestantes; 91 de ellas terminaron por cesárea (24.3%). Los grupos con mayor frecuencia fueron el grupo 1 con 50.5%, seguido del grupo 2 con el 29.8% y con el 8.7% el grupo 10. Luego de los embarazos que terminaron mediante parto 62.7% correspondía al grupo 5. El 89.8% de las pacientes ingresaron con trabajo de parto espontáneo. Las principales indicaciones de cesárea fueron, en el grupo 1 el trabajo de parto estacionario; en el grupo 2 la cesárea iterativa y en el grupo 10, feto pre-término. Llegando a la conclusión que la aplicación de clasificación de Robson tiene gran utilidad y práctica para conocer qué grupo de gestantes podría ayudar a disminuir la tasa de cesárea.

MANNY –ZITTE, et al(17) realizaron un estudio para conocer la incidencia de cesáreas en el Hospital General Fernando Quiroz del Instituto de Seguridad Social de México en los años 2014-2016, publicado en el 2017, de acuerdo a la clasificación de Robson; tomando en cuenta los 4 pilares de la clasificación de Robson, las gestantes fueron clasificadas por grupos; siendo el estudio observacional retrospectivo, transversal, y de nivel descriptivo y la población contó con 706 mujeres de más de 27 semanas con un porcentaje de cesárea de 65.29% del total de nacimientos, obteniendo con resultado que la media de edad materna fue de 31 ± 4.2 años, la edad gestacional fue de 38.5 semanas y el porcentaje de primigestas fue de 47% (n=332); además también se pudo encontrar la indicación materna más frecuente de cesárea siendo la cesárea iterativa y la indicación fetal fue distocia de presentación. Asimismo, de acuerdo a la clasificación de Robson los grupos con mayor porcentaje fueron: el grupo 5 con 21.24%(n=165), seguido del grupo 2 con 13.88%(n=128) y el grupo 1 con un 9.6%(n=130). Obteniéndose como conclusión que la presencia de cicatriz uterina previa es un factor predominante para la terminación de la gestación en cesárea.

AGUILAR REDONDO, et al (18) realizaron una investigación del uso de la clasificación de Robson en Hospital Comarcal de España entre el 2006 y 2013, publicado en el 2016, para reducir la frecuencia de cesáreas, con el objetivo de comparar los resultados con estudios nacionales e internacionales y establecer posibles reformas para disminuir la tasa de cesáreas; es un estudio retrospectivo, pues tuvo un total de 9337 partos de los cuales 1507 terminaron en cesárea, presentando una tasa de 16.14% dividiéndose según los grupos con mayor frecuencia en el grupo 2 con 25.2%, como segundo el grupo 5 con 19.4%, y tercer grupo el 1 con 17.4%Obteniéndose la conclusión que el acrecentamiento de las cesáreas en las últimas décadas, hacen necesario la complementación de auditorías mediante el sistema de clasificación de Robson, para resolver los grupos con mayor contribución y en lo posible aminorar las cifras porcentuales de las cesáreas.

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

PALACIOS, Lenin (11) realizó un estudio con el objetivo de determinar tasa de cesáreas utilizando el modelo de clasificación de Robson en el Hospital II cañete – EsSalud, 2013-2014, publicado en el 2015, este estudio fue de tipo observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal con datos extraídos del registro estadístico de partos, incluyéndose a todas las gestantes que asistieron al Hospital para culminar su parto por cesárea; después de la base de datos creada se realizó un análisis estadístico dando como Resultado: una muestra de 542 gestantes sometidas a cesárea durante dicho periodo de un total de 1876 partos, la prevalencia de cesáreas global fue de 28.6% (en el 2013 fue de 26.7% y en el 2014 fue de 30.7%), además los grupos que presentaron un mayor porcentaje según el método de Robson fueron: el número 3 con 29.24% (n=157), el número 1 con 23.28%(n=125) y el número 5 con 12.48%(n=67), elevando así la tasa de cesáreas de dicho años. Teniendo la conclusión que si bien se conoce el aumento de cesáreas, la aplicación del modelo de Robson ayuda a centrar la mirada en los

grupos 3,1 y 5 que son los de mayor porcentaje, además que la clasificación se muestra sencillo y adaptable para su aplicación.

CASTAÑEDA GUILLEN, Celina (19) realizó una investigación con el objetivo de obtener de la tasa de cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo 2015, el estudio fue un cuantitativo, observacional, descriptivo y retrospectivo, con una muestra de 8970 que terminaron la gestación por cesárea, presentando una tasa de 44.3%, según modelo Robson los grupos de mayor porcentaje fueron el grupo 1 con el 29.2%, el grupo 5 con el 21.3%, y el grupo 3 con el 14.6%. Finalmente se encontró que la tasa de cesárea sobrepasó la propuesta por la OMS y con la aplicación del modelo de Robson se evidencia que los grupos 1, 5 y 3 contribuyen al aumento de la tasa de cesáreas.

HUAMAN ENCIZO, Bety (20) trabajó en un estudio en donde explica la problemática de la zona, utilizando la clasificación de Robson en el Hospital de Apoyo Pichanaki - Huancavelica en el periodo 2017, la investigación fue de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal, con una muestra de 142 historias clínicas de las gestantes que terminaron en cesárea, datos que fueron recabados en un ficha de registro de datos y analizados respectivamente con el programa Spss; obteniéndose el resultado siguiente: la edad materna promedio fue de 25 años, 55.6% fueron multíparas, 63.4% fueron cesareadas de emergencia, 82% fueron de presentación eutócicos, el 91% fueron a término, 60.6% no tuvieron cesáreas previas, 90% si estuvieron en trabajo de parto espontáneo. Y de acuerdo al modelo de Robson el grupo con mayor frecuencia fue el Grupo 1 y 5 con 28.2% y 25.4% respectivamente, con los resultados analizados llegan a la conclusión que los grupos 1 y 5 tienen relación con la mayor frecuencia de cesáreas en la zona de estudio.

CHAVEZ ARANIBAR, Ximena (21) realizó un estudio con el propósito de clasificar según el modelo Robson a las gestantes sometidas a cesárea en el Hospital Regional de Huacho en el periodo 2018, siendo una investigación

descriptiva, retrospectiva de corte transversal; la población fue de 1158 cesáreas de un total 3053 partos, obteniendo una muestra de 287 pacientes, una vez recolectada la información se realizó un análisis estadístico usando Excel 2016 y SPSS V25 y como resultado se obtuvo, que la tasa de cesáreas fue de 37.9% con la contribución de los grupos 5, 2 y 1 con 39.7%, 16% y 13.9% respectivamente; mostrando una conclusión evidente que el método Robson es sencillo de aplicar, identificando los grupos que contribuyen al aumento de las cesáreas.

AJAHUANA CONDORI, Carol realizó un análisis sobre la tasa de cesáreas aplicando el modelo Robson en el Hospital Regional de Ayacucho de enero a junio 2018, con el objetivo de identificar cual es la mayor y menor población obstétrica. El método de estudio fue observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal con datos recolectado en un registro realizándose un análisis estadístico con Chi cuadrado. Los resultados mostraron que en el periodo de 6 meses se realizaron 1401 atenciones de partos de los cuales 683 terminaron en cesárea, lo que corresponde a 48.75% de la tasa, y los grupos con mayor contribución fueron: el grupo 5 con 22.25%, el 1 con 19.33% y el grupo 3 con 17.42%; Conclusión: la tasa total de cesáreas está por encima de promedio mundial, siendo el de mayor porcentaje el Grupo 5, y los de menor riesgo a ser intervenidos por cesárea son el grupo 1 y 3, además describe que es aquí el cual se debería intervenir y proponer alternativas para la disminución de la tasa.

DIAZ FLORES, Mildred (23) llevó a cabo un estudio con el objetivo de establecer la tasa de partos por cesárea empleando la clasificación de Robson en el Hospital III Yanahuara en el periodo 2018, se obtuvo una muestra considerable de 311 casos, donde se clasificaron mediante los criterios de Robson; obteniendo como resultado: que el 68.17% de las gestantes tenían edad entre 20-34 años, el 40.84% fueron nulíparas, 14.79% eran multíparas sin antecedente de cesárea previa y 44.37% fueron multíparas con antecedente de cesárea, con gestación única representó el 99.68%, según la edad gestación 94.53% fue a término, según la presentación 91% fue cefálico, y en el 38.26% de los casos se realizó cesárea

antes del inicio de trabajo de parto; aplicando el método de Robson los grupos predominantes fueron: con 39.23% el grupo 5, acompañado de 19.61% el grupo 1 y 16.72% el grupo 2, llevando a la conclusión que la constancia de los partos por cesárea siguen en aumento (53%) al igual que los grupos que los contribuyen 5, 1 y 2.

RENGIFO PEÑA, Andy (24) realizó una investigación con el objetivo de conocer las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de las cesáreas de emergencia realizadas en el Hospital II-1 de Rioja en el 2014, publicado en el 2015, este fue un trabajo no experimental, obteniéndose una muestra de 192 cesáreas. Resultados: describe que las cesáreas de emergencia son más frecuentes en mujeres de 20 a 34 años (46%); luego el 33.9% tiene antecedente de cesárea previa, el 31.9% fueron primíparas; el 68.8% fueron a término, el 63.5% de las mujeres se le realizó cesáreas de emergencia porque presentaron alguna morbilidad durante el embarazo, dentro de las cuales se aborda: la anemia (60.4%), infección urinaria (51.6%) e hipertensión inducida en el embarazo (25.0%). Además se describe como las principales indicaciones de cesárea de emergencia el sufrimiento fetal agudo en 24%, desproporción feto-pélvica e hipertensión inducida del embarazo. Concluyendo que se debe evaluar los criterios de sufrimiento fetal agudo, desproporción cefalopélvica e hipertensión inducida del embarazo para una mejor decisión de cesárea de emergencia.

HUAPAYA MENDOZA, Esther (25) realizó un estudio con el objetivo de identificar la incidencia y las principales indicaciones de cesárea a en el servicio de Gineco y Obstetricia del Hospital Rezola de Cañete en el periodo 2017, se presentó como un estudio descriptivo y retrospectivo, recolectando una muestra de 282 historias de gestantes que terminaron en cesárea con una población total de 2421 partos; los resultados fueron una tasa de partos por cesárea de 43.5%, las indicaciones maternas de cesárea más frecuentes fueron la cesárea iterativa con 34.1%, la incompatibilidad céfalo pélvica de 17% y la distocia de dinámica uterina con 15.6%; las indicaciones fetales más frecuentes fueron el sufrimiento

fetal agudo de 21.7% y 8.3% en caso de macrosomía fetal más de 4000 gramos y las indicaciones ovulares más frecuentes fue con 9.1% la ruptura prematura de membrana. Llegando a la conclusión que las altas incidencias de partos abdominales presentan indicaciones de tipo relativa.

2.1.3 ANTECEDENTES LOCALES

SANCHEZ Quispe (13) realizó un estudio con el objetivo de conocer los criterios epidemiológicos, y las principales indicaciones de partos por cesárea realizadas en el Hospital Daniel Alcides Carrión III EsSalud-Tacna, en los periodos 2012 y 2016, mostrándose como un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal se estudiaron 994 pacientes que fueron divididos en un periodo de 2 años. Ejecutándose un resultado: con incidencia de 37% en el 2012 y 46% en el 2016, contribuyendo las indicaciones más predominantes con 16.1% el sufrimiento fetal en el 2012 y 16.0% en el 2016; trabajo de parto disfuncional con 11.8% en el 2012 y 10.2% en el 2016; gestante con cesárea anterior 11.2% en el 2012 y 9.0% en el 2016; DCP por macrosomía fetal con 8.7% en el 2012 y 14.1% en el 2016. Según la edad se obtuvo mayor incidencia entre 20 a 35 años con 73.8% en el 2012 y 71.9% en el 2016; según estudio las madres nulípara presentaron un porcentaje de 44% en el 2012 y 36.3% para el 2016; según las gestaciones a término 91.8% en el 2012 y 89.5% en el 2016; según las cesáreas de emergencia 82.7%(2012) y 94.3%(2016). Obteniendo la conclusión que la tasa de cesáreas se equipara con la tasa promedio mundial, teniendo como indicación y contribuidor máximo el sufrimiento fetal Agudo SFA con apoyo de los criterios epidemiológicos.

TICONA Huanco (26) , realizó una investigación con el objetivo de analizar la cesáreas realizadas según la clasificación de Robson en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. El estudio fue transversal, analítico, dado en dos periodos, del 2000-2009 y 2010-2018 con una población de 64375 partos, los cuales fueron obtenidos del sistema informativo perinatal y se procesaron en el programa SPSS

v26, obteniéndose resultados: como la tasa global de 38.6%, con incremento de 23.9% en 2000 a 55.8% en 2018, con predominio de grupos 1,3 y 5, que son los de mayor contribución absoluta y relativa. Las principales indicaciones de la cesárea fueron: desproporción cefalopélvica (grupo 1 a 4), sufrimiento fetal, cesárea anterior y pre-eclampsia. Los grupos 1 y 3 tuvieron mayor riesgo de muerte neonatal en comparación con los de parto. Concluyendo que la tasa de cesáreas se incrementó en los últimos 19 años, principalmente en los grupos 1, 3 y 5 según la clasificación, además que los grupos 1 y 3 precisaron riesgo de muerte neonatal.

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 CESÁREA

Todas las ciudades que fueron conquistadas por representantes romanos recibiendo el nombre de “cesárea” que permite pensar la relación con estos(13). Una de ellas, en la playa del Mediterráneo, entre Galilea y Samaria, edificada por Herodes y que la nombró Cesárea en honor a agosto: es la Cesárea de Palestina, parquedad de Judea, después de la avería de Jerusalén(27). En la antigua Roma Imperial a los recién nacidos por esa vía se les llamaba cesáreas, sin embargo, el origen de este nombre sigue siendo desconocido, debido a que hay varias versiones. Una de las más conocidas es el nacimiento de Julio Cesar, quien según Plinio el Viejo, vino al mundo y fue nombrado así debido a que se le realizó una incisión a su madre, caesus, que quiere decir cortado(28).

Si intentáramos originar una clase de la parábola de la cesárea nos gustaría referirnos a lo que hizo Cifuentes en la que señala que ésta puede separarse en una noticia anecdótica y mitológica y otra científica(27).

La primera se emparenta con los tiempos lejanos adonde el inicio de la cesárea era poco cabalístico e irreal. De acuerdo con la mitología clásica, tanto el nacimiento de Esculapio como el de Baco fueron por cesárea. En los libros mitológicos de la antigüedad también existe referencias de la práctica de cesáreas cuando describen en sus historias el nacimiento de sus dioses o semidioses a través del abdomen, como el que se refiere a Hermes que sacó a Dionisio por mando de Zeus del baúl de Semele, y Apolo que abre el abdomen de Corinis, muerta por Artemis y saca a Esculapio(27). Un acento de origen latino, caedere o scaedere, que significa incisión, podría ser una de las 4 razones del inicio de esta denominación. Las otras 3 son: la ley regia de Numa Pompilius (siglo viii AC) que impedía enterrar a la gestante muerta sin extraer con antelación al bebé por un corte abdomino uterina (ley de los césares); la historia cuenta que Julio César nació de naciente manera y finalmente los escritos atribuidos a Plinio, el historiador del pasado, aseveraban que él nació por vía ventral. Es horrible exagerar que existieron abogacías relacionadas con este comportamiento. La ley romana citación "Lex

Regia" del año 715 AC establecía que cualquier mujer con embarazo precoz debía ser operada inmediatamente después del fallecimiento, si la criatura estuviera jerarquizada. Antes de 1500, el Islam se oponía a ésta, debido a quídam del memorial el cual señalaba que cualquier bebé saledizo por este método era descendiente del demonio y debía ser sacrificado. El clero cristiano estaba en apoyo de la adquisición, preocupada en la santidad de vidas y almas. Un gran número de autores creen que el origen verdadero del nombre cesárea fue el médico francés Francois Rousset (1530-1603) quien menciona en su libro titulado *Traite Nouveau de L' hysterotomotokie ou enfantement cesarien* (Nuevo tratado de la histerotomía o parto por cesárea), en donde recomienda que la cesárea se podría realizar en un mujer viva(28). Volviendo a la antigua roma, El primer niño nacido por un procedimiento de cesárea sucedió en Sicilia en el año 508 AC según Boley. La revisión de diferentes publicaciones dan cuenta de muchos momentos de la antigüedad en que se practicó la cesárea, sin embargo, en este estudio encontramos la información de que en Roma se les llamó Caesones a los nacidos por cirugía, lo que evidencia que la cesárea ya en la antigüedad se realizaba con frecuencia. En 1768 Segauten introdujo la sinfisiotomía y, en 1769, Lebas, un terapeuta gabacho, fue el anterior en sujetar la histerotomía, por lo que fue muy criticado. Por esa distancia, Orborn recomendaba la craneotomía como método de perforación del engendro sin dañar a la capa. En Inglaterra en 1799, Barlow fue el primer cirujano en repujar la cesárea con supervivencia materna. No hubo otro tema apologético en ese demarcación hasta 1834.(27).

La cesárea en Perú, se orienta a siglos anteriores, como anteriormente ya se describió el origen mundial con Julio Cesar y la Roma antigua, la primera cesárea en el Perú tuvo lugar en la maternidad de Lima a cargo del Dr. Camillo Segura en 1861, con un gestante fallecida durante el trabajo de parto, años después en 1931 nuevamente se practicó el procedimiento a una madre que vivió pocas horas, pero obteniendo un producto vivo; paralelo a estos años en Chiclayo el Dr. Ricardo Palma en 1926 realizó la primera cesárea en la ciudad(29), asimismo en Arequipa y Cuzco, entre los años 1927 y 1931; y la primera cesárea segmentaria en el Perú

fue a cargo del Dr. Víctor Bazul, en el Hospital de la Maternidad de Lima, hasta que en 1939 marcaron un tiempo histórico, cuando en dicho Hospital llega una niña de 5 y medio años con una gestación casi a término, lugar donde le realizaron la cesárea adquiriéndose un producto de 2700 gramos(30).

Es el parto de un bebé en el que se hace una abertura en la zona baja del vientre de la madre. También se denomina parto por cesárea. Un parto por cesárea se realiza cuando no es posible o seguro para la madre dar a luz al bebé a través de la vagina. El procedimiento generalmente se hace mientras la mujer está despierta. El cuerpo está anestesiado desde el tórax hasta los pies, usando anestesia epidural o raquídea. El cirujano hace una incisión a través del abdomen justo por encima del área púbica, se abre el útero (matriz) y el saco amniótico, y se extrae al neonato a través de esta abertura. El equipo médico limpia los líquidos de la nariz y de la boca del bebé. Se corta el cordón umbilical. El Profesional especialista (Gineco obstetra - pediatra) revisará si el recién nacido muestra signos de respiración normal además de otros signos que podrían representar algún tipo de peligro y que todos los signos vitales se encuentren estables. La madre muchas veces se encuentra despierta durante la cesárea, así que puede escuchar y ver a su bebé. La cirugía demora aproximadamente 1 hora (31).

Sin embargo, este procedimiento mencionado así de una manera bastante sencilla también tiene sus implicancias tanto para la madre como para el bebé. A pesar de que la cesárea se vende como un procedimiento seguro, de todas maneras existen riesgos, como toda cirugía habría algunos riesgos como de infecciones uterinas o urinarias, hemorragias, lesiones que pueden afectar futuros embarazos, etc. Por lo que luego de una cesárea se necesita esperar a que la madre recupere la conciencia y se evidencie el pleno uso de sus facultades, sólo de ese modo se podrá afirmar que la cesárea fue exitosa. Según los protocolos y guías sobre cesáreas se pueden dividir en:

a) Cesárea por elección.

Se trata de una intervención quirúrgica planificada de extracción del feto, que contraindica o desaconseja el parto por vía vaginal. Se indica cesárea electiva cuando(31):

- Por la posición fetal es podálica, de nalgas o transversal: se anunciará constantemente una adaptación cefálica después de las 36 semanas.
- Por feto macrosómico: se aconseja ejecutar la cesárea electiva cuando se considera el peso del feto evaluado un equivalente o mayor a 5000 g.
- Por presentación de Placenta previa: en el transcurso de la gestación, la placenta que comúnmente está en la parte baja del útero. Avanza de zona y ya en último trimestre, la placenta estará cerca de la parte superior del útero, de modo tal que el cuello del útero se encuentre libre para la salida del feto en el parto vaginal. Sucede que en algunas circunstancias la placenta no se ha desplazado cubriendo de esa forma parcial o totalmente la salida. Esto se denomina placenta previa.
- Por contaminaciones maternas: mujeres embarazadas que transmiten condilomas acuminados. Generalmente sucede cuando existe infección por VIH, u otras infecciones de transmisión sexual.
- Por cesárea reiterativa: cuando se ha tenido de 2 a más cesáreas siempre existirá el peligro de rompimiento de las membranas uterinas.
- Por el antecedente que previamente las gestantes experimentaron un procedimiento quirúrgico con rompimiento del endometrio (miomectomía)
- Por cesárea anterior por un tipo de cirugía en T también por peligro de rotura uterina
- Por compromiso del feto que contraindica por ejemplo distorsiones fetales, ajustes Doppler, arritmias fetales entre otros.
- Patología terapéutica materna que desaconseja el parto por vía vaginal como por la enfermedad coronaria, ACV.
- Por embarazo múltiple: dependerá de las condiciones de casos singulares, y actuarán como lo indican las convenciones explícitas.

- Por cesárea de peligro: los peligros (endometritis, enfermedades del tracto urinario) deben tenerse en cuenta, la contaminación y cuidados de lesiones, hasta en 8% de los casos de los que se presenta. Las áreas cesáreas electivas deben reservarse a partir de la semana 39, tramo de crecimiento de siete días para disminuir el peligro fetal.

b) Cesárea en curso o por recurso:

Durante el lapso de tiempo dedicado al trabajo de parto se demuestra por diversos problemas, en la mayoría debido a la distocia, disparidad pélvica fetal, u otros problemas el cual existe un peligro ineludible para la madre o el feto. Es importante que las indicaciones consten en la historia clínica de las pacientes, informales acerca de lo que acontece mediante la obtención de la firma en el consentimiento informado lo que debe ser también de conocimiento del anesthesiólogo en el momento en el que se realice la indicación de cesárea, informándosele al anesthesiólogo. Se indicará una cesárea de recurso cuando(32):

- Existe fracaso de inducción: se considera fracaso de inducción cuando, transcurridas las 12 horas de oxitocina, no hay evidencias de dilatación ni dinámica uterina activa, se dice que son condiciones negativas para el parto.
- Existe labor de parto estacionario: se considera parto estacionario cuando, a pesar de contar con dinámica uterina activa y no existe progresión pasadas las tres horas ya que son condiciones obstétricas importantes para el alumbramiento (dilatación).
- Existe desproporción feto-pélvica: esto se diagnostica cuando, a pesar de tener total dilatación, contar con una dinámica y pujos activos, el punto guía de la presentación luego de un determinado tiempo no se ubique en el plano para la salida fetal y el tiempo de analgesia sea insuficiente (Sin analgesia epidural: 1 hora en multíparas y 2 horas en primíparas y con analgesia epidural: 2 horas en multíparas y 3 horas en primíparas)(33)
- Existe indicación de cesárea electiva, que inician trabajo de parto espontáneo: por ejemplo, presentación podálica o cesárea iterativa.

- Igualmente, también son cesáreas de recurso las mal posiciones detectadas durante el trabajo de parto sea frente o bregma.

c) Cesárea urgente:

Es el que se realiza debido a una patología extremadamente intensa de la madre o el bebé, con riesgo esencial materno-fetal o conjetura neurológica fetal, generalmente estas cesáreas ocurren antes del tiempo previsto para nacer. Se activará el código de cesárea urgente para el cual existe un protocolo que se debe seguir(34). Las indicaciones más frecuentes son:

- Sospecha/pérdida de bienestar fetal
- Prolapso de cordón
- Ruptura uterina

Dado que es una operación la tasa de complicaciones por una cesárea es baja, y es que se trata de un procedimiento seguro. Pero existen riesgos tanto en el parto vaginal como en el parto por cesárea. Entre los riesgos por la cesárea tenemos:

- Infección de la vejiga o el útero
- Lesión a las vías urinarias
- Hemorragia promedio más alta

La mayoría de las veces, no se necesita una transfusión, pero el riesgo es mayor. Indicación de cesárea por hemorragia(35).

Además de tener clasificaciones, puede haber factores que estén asociados a la indicación de cesáreas:

a) Factores maternos

La edad materna y la disminución en la cantidad de niños planificados son las condiciones por parte de la madre que inclinarían el curso del nacimiento, Aunque el tiempo de gestación menor a 37 semanas de o mayor a 40 semanas incrementan

la posibilidad de tener que realizar una cesárea. Los nacimientos en el rango de 29 y 36 semanas de edad muestran una posibilidad cerca del 57% de darse por cesárea, contrastada con el 33% en nacimientos con una edad gestacional en el rango de 37 y 42 semanas. Las primerizas son quienes se presentan con mayor frecuencia de cesáreas en contraste con las gestantes que tuvieron un parto vaginal anterior al menos aquellas con dos o más niños(36).

Sin embargo, fuera de las características obstétricas que ellas presenten, existe un alto grado de preferencia de aquellas gestantes con un nivel socioeconómico medio y alto por ser atendida con una cesárea, se ha demostrado que hay una relación de gran significancia con los indicadores socioeconómicos y el número de cesáreas(37).

Entre otros factores de carácter materno está el miedo al dolor, es que algunas mujeres que han tenido un parto vaginal prefieren someterse a una cesárea. De acuerdo a su percepción algunas también muestran preocupación sobre la funcionalidad sexual, a pesar de que existen estudios que no muestran evidencias significativas para una función negativa luego de los 12 a 18 meses después del parto la cesárea(38). Por último, una experiencia positiva respecto a una cesárea anterior inclina a las mujeres por optar también por otra cesárea. Existe también una preocupación en las mujeres de en algún momento sufrir de incontinencia urinaria o fecal y dispareunia son causales maternas asociadas a una cesárea (38) (39).

El pedido de la madre se percibe por los profesionales de la salud como una causal de importancia para la indicación de una cesárea electiva; “sin embargo, es un número reducido de mujeres las que solicitan una cesárea, sin indicaciones clínicas”. Los estudios realizados en Brasil y Chile (países de América del Sur con alto porcentaje de Cesáreas) no se ha podido comprobar que el incremento de las cesáreas se deba a la demanda que hacen las gestantes, sino que en las historias clínicas figura solo las intenciones médicas(38).

Diferentes publicaciones señalan diversos motivos personales y sociales para que las madres pidan se les realice la cesárea. Entre esos motivos podemos indicar: el miedo al parto, el percibir desigualdad y mala atención en el trabajo de parto y

principalmente por preocupaciones acerca del estado de salud del neonato(38) (40). La discusión ética acerca de que la gestante podría decidir por una cesárea sin signo patológico aún no ha llegado a una posición moral definida. Existe un contraste comprobado en las sugerencias sobre la presencia de signos para que se decida por una cesárea entre las diversas relaciones de obstetras: el Colegio Estadounidense de Ginecología y Obstetricia (ACOG) afirma que "ante la ausencia de información significativa en los riesgos y beneficios de la cesárea [...] si el médico cree que la cesárea promueve la salud y el bienestar de la paciente y su feto más que el nacimiento por vía vaginal, está éticamente justificado para realizarla"(38). Contrario, a la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) menciona que "en el presente, no existe evidencia suficiente sin razones médicas de un beneficio neto para realizar una cesárea, por lo que no está éticamente justificada"(38).

Con el fin de abordar la disputa acerca de si es apropiado que la gestante exija se le realice una cesárea aún sin mostrar signos clínicos, los Institutos Nacionales de Salud de EE. UU. organizaron una reunión para estudiar las pruebas que brindan ventajas o desventajas, de la cesárea por petición materna (38). Luego del análisis y discusión descubrieron que a pesar del hecho de que hay pruebas deficientes para evaluar completamente las ventajas y los peligros del área de cesárea a pedido de la gestante, en contraste con la vía vaginal planeada, se tiene que considerar cuatro factores antes de decidirse por la cesárea, que son: hemorragia materna, expansión de problemas respiratorios del bebé, inconvenientes significativos en el embarazo resultantes y prolongación de la estancia hospitalaria. Por lo que se puede recurrir a la prueba de calidad para evaluar la opción de realizar una cesárea a solicitud de la madre lo que debe ser cuidadosamente individualizado y acorde con los principios éticos.

En la actualidad, el parto por cesárea por elección del paciente es cada vez mayor; en los EUA se estima que entre el 14 y 22% de las cesáreas son por petición de la paciente. No obstante, en otros países como Australia se estima que sólo el 3.2% del total de nacimientos son vía cesárea por petición materna. El ACOG admite

esta opción, citando principios éticos de la autonomía y el consentimiento informado, a pesar de la falta de pruebas de seguridad(38).

b) Práctica obstétrica

No obstante, la modalidad actual de la práctica obstétrica con la inclusión de mayores recursos electrónicos en el monitoreo fetal, el parto por cesárea para la presentación pélvica, el uso de anestesia epidural y la reducción del uso de fórceps, por sí mismos, incrementan el número de nacimientos por cesárea.

Muchos obstetras consideran que la cesárea es mucho más segura para el recién nacido y más cómoda para la madre; sin embargo, la evidencia científica no lo ha demostrado. Sólo cerca de una tercera parte de los obstetras evaluados considera que las tasas actuales de cesáreas son elevadas, mientras que otros médicos se muestran renuentes a aceptar la solicitud de la paciente para una cesárea primaria sin una indicación médica clara. El antecedente de una o más cesáreas es la justificación que en más del 70% de los casos refiere el médico para practicar esta operación. El riesgo de tener un parto por cesárea cuando se ha tenido una cesárea previa aumenta 17.7 veces más en comparación con las mujeres que han tenido el antecedente de parto vaginal(41).

Otra práctica común en obstetricia es la inducción del trabajo de parto; se ha descrito que este procedimiento incrementa hasta en un 70% las complicaciones perinatales y favorece la terminación del embarazo por vía abdominal, aumentando entre otros aspectos el costo de la atención. Diversos estudios realizados a nivel mundial han concluido que del 29 al 84.5% de los médicos aceptan o están dispuestos a realizar una cesárea por petición materna. Un porcentaje de los nacimientos por cesárea son explicados por motivos médicos o complicación del embarazo; pero indudablemente esos motivos no aclaran el crecimiento total de la tasa de cesáreas(42).

El entorno psicosocial de consideración obstétrica revela una interacción entre el médico y la gestante en el primer nivel de atención para decidir cuál será la vía de

nacimiento. Esa interacción entre la gestante y el médico, merece un cuidado especial, ya que son factores que generalmente no se consideran cuando se anuncia el curso del embarazo. Es esencial que el profesional garantice un parto exitoso donde paciente y médico comprendan plenamente los peligros, las ventajas, las opciones y los enfoques de la propuesta(43). Los datos completos y precisos permiten a las mujeres elegir lo que es mejor para ellas y sus hijos, en vista de las circunstancias clínicas individuales. En un mundo perfecto, la conversación sobre estos enfoques debe tener lugar durante el período prenatal, siempre que haya muchas posibilidades de plantear preguntas y considerar posibles resultados, al igual que para aconsejar al cónyuge y otros parientes.

c) Factores Sociales

El comportamiento de los seres humanos, el entorno cultural y las creencias se asocian con la preferencia de los nacimientos por cesárea, aunque actualmente se desconoce cómo es que afecta dicha preferencia. La tasa de cesáreas es resultado de un contexto histórico de políticas públicas en salud y legislaciones que emprenden los diferentes países. Los litigios por mala praxis están relacionados con el incremento de las cesáreas. El riesgo percibido por los médicos respecto a las quejas y el litigio está relacionado con el cumplimiento de la solicitud materna por cesárea(44).

Por otra parte, el número de cesáreas efectuadas en un país también responde a factores económicos y al nivel de ingresos de la población de ese país. Existen niveles más altos de cesáreas en los países con altos ingresos, esto quiere decir que sus tasas podrían ser una medida de la utilización injustificada de las cesáreas en la población sana(38).

En Brasil y Chile, la probabilidad de la cesárea es mayor cuando la madre pertenece a un estrato socioeconómico de ingresos medios y altos. En esta relación influyen múltiples factores, pero destacan los incentivos financieros, tanto para los proveedores directos del servicio como para los hospitales. También se debe considerar la preferencia que por razones de estatus o seguridad,

manifiestan las mujeres de las clases medias y altas, optan este tipo de procedimiento. En las pacientes que cuentan con un seguro social se observa un mayor porcentaje de cesáreas(45).

d) Factores Institucionales

En los hospitales privados es más frecuente la realización de cesáreas que en las instituciones públicas. En Chile, se demostró que la privatización de los servicios de salud estuvo asociada con el aumento de la tasa de cesáreas; esto se debió principalmente a que las instituciones privadas perciben mayores ganancias económicas con la realización de cesáreas.

Con base en los estudios de la OMS en América Latina, la proporción de cesáreas es siempre superior en los hospitales privados, seguido de las instituciones de seguridad social. Las mayores tasas de cesárea en las instituciones privadas y en las instituciones de seguridad social se deben principalmente al aumento del parto por cesárea electiva(46).

Varias razones podrían aducirse para explicar esta situación; esto implica una mayor participación de médicos en la atención de la mujer al inicio del embarazo, así como de médicos que dan seguimiento al embarazo y deciden cómo debe terminar. Sin embargo, muchas mujeres acuden a las instalaciones médicas sólo para la atención del nacimiento, en muchas ocasiones como una emergencia, sin que haya habido una evaluación médica prenatal previa.

e) El nivel de atención

En la organización de los establecimientos de salud se reconocen tres niveles (47).

- El nivel I es el más cercano a la población, es decir, que permite resolver las necesidades de consideración esenciales y que pueden resolverse el progreso de la enfermedad, con adecuadas estrategias de recuperación como por ejemplo: los centros de salud, puestos de salud y policlínicos. Aproximadamente el 85% de los problemas predominantes se resuelven. Este

nivel permite suficiente apertura a la población, teniendo la opción de dar una consideración auspiciosa y fuerte.

- Nivel de atención II, aquí se encuentran las clínicas, hospitales y servicios de emergencia donde se brinda atención por especialidades como pediatría, Gineco-obstetricia, procedimiento médico general, psiquiatría entre otros. Se evalúa hasta el 95% de los problemas médicos de la población que se pueden resolver entre el primer y el segundo nivel.
- Nivel de atención III, a este nivel se lleva a cabo para la consideración de problemas poco frecuentes y mucho más complejos, alude a la consideración de patologías complejas que requieren técnicas específicas y de vanguardia. Su grado de inclusión debe ser la totalidad de una nación, o gran parte de ella. En este nivel, alrededor del 5% de los problemas médicos que surgen están resueltos. Por ejemplo, el Hospital del Niño (Lima), el Instituto Nacional de Oftalmología, entre otros.

2.2.2 MODELO DE CLASIFICACIÓN DE CESÁREA

Las clasificaciones en si tratan de identificar los diferentes parámetro y/o criterios, con el fin de generar grupos que compartirán características y propiedades de una tema definido (23). Años anteriores la OMS declaraba injustificada una tasa de cesárea mayor de 15%, ahora se piensa que podrían relacionarse con las consecuencias negativas en la salud materno perinatal, incrementando así las tasas a nivel mundial(9). A razón de este incremento un sistema que clasifique las características y los datos con el objetivo de aislar el problema para luego ser analizado y ejecutar un plan para la disminución de esta.

El Dr. Michael Robson, en el año 2001 ideó un sistema en el que clasifica en diez grupos a todas las gestantes al momento de la presentación del parto, en cual tiene sus bases en 4 criterios obstétricos: categoría del embarazo (si es único o múltiples en la cavidad uterina y si la presentación es cefálico, de nalgas, oblicuo o transversal) , como antecedente obstétrico previo (si es nulípara o multípara; si en caso tiene o no alguna cirugía uterina), el transcurso del parto (si el trabajo de parto es espontáneo o inducido) y la edad gestacional (si es de término de 37 semanas mayor, menor o igual) (48) (19). Además en este mismo año varias instalaciones y establecimientos trataron de incorporarlo como un herramienta de monitoreo de las tasas(9).

En el 2011 la OMS, analiza dicha clasificación como un sistema informático perinatal y propone la utilización de dicho sistema como una herramienta de medición del estándar global para evaluar y comparar las tasas de cesárea, y hacer un seguimiento (49).

Cada ingreso de mujeres por su estado gestacional en algún centro o establecimiento de salud puede ser clasificado en uno de los 10 grupos (ver cuadro en anexo 03). El marco ordena que toda mujer que sea admitida para el trabajo de parto o cesárea, deberá formar parte de un grupo de los diez grupos identificados por la clasificación de Robson; que no tienen relación fundamental y son absolutamente integrables. Esto implica, las características gestacionales al

momento del parto o cesárea, a lo que se denomina factores obstétricos esenciales que todas las mujeres admitidas pueden caracterizarse en uno solo, de los diez grupos y ninguna mujer está fuera del acuerdo (49).

La agrupación de Robson es para "Todas las mujeres" gestantes en un dominio particular y no solamente para quienes se les practica una cesárea.

Así los diez grupos propuestos se basan principalmente en seis indicadores obstétricos básicos (49):

a) Número de partos:

– Nulípara

Cuando no hay antecedente de parto previo, así haya tenido gestaciones previas (ejemplo quien haya tenido abortos previos por ende no llegó al parto).

– Multípara

Se trata de la mujer que al menos tuvo un parto previo, sea cual fuere la vía de nacimiento, el peso del recién nacido, la edad gestacional, o el nacer con alguna malformación o no y la condición de nacimiento vivo o muerto (En la muerte fetal, si la gestación dura 22 semanas o más, o el peso del feto es 500 gramos o más) (50).

b) Cesárea previa:

– *Sí (una o varias)*

Generalmente el profesional observa el número de cicatrices que presenta la madre, pero al momento de registrar el número de cesáreas previas deberá considerarse solo las cicatrices que corresponden a una gestación, más no otras operaciones como miomectomía (51).

– *Ninguna.*

Puede corresponder a una madre primeriza. También puede corresponder a gestantes que en todos los partos anteriores fueron de tipo vaginal.

c) Inicio del trabajo de parto:

– *Espontáneo*

Permitir que el trabajo de parto comience por sí solo puede ser el argumento más poderoso de apoyo a la fisiología normal del parto, dejando que el parto comience por sí solo permitiendo de manera natural que las hormonas regulen el trabajo de parto. Prácticamente, cada definición y declaración de consenso sobre el parto normal comienza con el "inicio espontáneo del parto, en apego a lo que la naturaleza dicta (51).

– *Inducido*

El médico puede determinar que es hora de inducir o comenzar contracciones del parto usando medicamentos u otros métodos si un embarazo ha alcanzado las 42 semanas, o su salud o la de su bebé están en riesgo. Existen diversas razones por las que se puede decidir inducir el parto, por ejemplo: haber pasado el límite de tiempo para nacer, cuando no existen signos de acción uterina, cuando se presenta alguna complicación, a veces afecciones como pre-eclampsia, diabetes, diabetes gestacional, problemas con la placenta o problemas con el líquido amniótico infección hacen que sea riesgoso continuar el embarazo. Cuando hay ruptura de fuente y las contracciones no han comenzado por sí solas dentro de las 24 horas, Cuando las pruebas sugieren que el bebé es lo suficientemente maduro como para nacer por parto vaginal, debe programarse en el lugar donde se planea el alumbramiento, pero no antes de las 39 semanas (51).

– *Sin trabajo de parto (cesárea programada “Previa al trabajo de parto”)*

d) Número de fetos:

– *Embarazo único*

Es importante conocer el número de fetos para poder programar el tipo de parto más conveniente, lo común es que los partos muestren un solo producto(49) .

– *Embarazo múltiple*

En los últimos se ve el incremento de números de fetos. Sea estos mellizos, gemelos, trillizos, actualmente el número de fetos es frecuente en mujeres que siguieron tratamiento contra la infertilidad.

e) Edad Gestacional:

Existe una clasificación específica acerca de la edad gestacional por ejemplo:

Prematuro temprano: nacimientos antes de las 34 semanas completas de gestación

Prematuro tardío: nacimientos a las 34-36 semanas completas de gestación

Término temprano: nacimientos a las 37-38 semanas completas de gestación

Término completo: nacimientos a las 39 - 40 semanas completas de gestación

Término tardío: nacimientos a las 41 semanas completas de gestación

Pasado el tiempo de parto: nacimientos a las 42 o más semanas completas de gestación

Sin embargo, la clasificación de Robson toma en cuenta éstas dos (49):

– *Prematuro (menos de 37 semanas)*

Pre-término se define como bebés nacidos vivos antes de completar las 37 semanas de embarazo. La inducción o el parto por cesárea no deben planificarse antes de las 39 semanas completas a menos que esté médicamente indicado. El parto prematuro ocurre por diversos motivos o causas. La mayor parte de los partos prematuros suceden de manera espontánea, pero en algunos casos se recurre a la inducción temprana del parto o cesárea, ya sea por razones médicas o no médicas. Las causas comunes de parto prematuro incluyen embarazos múltiples, infecciones y afecciones crónicas como diabetes y presión arterial alta;

sin embargo, a menudo no se identifica ninguna causa. También podría haber una influencia genética.

– *A término (37 semanas a más)*

La edad gestacional debe redondearse a la semana completa más cercana, no a la semana siguiente. Por ejemplo, un bebé nacido el quinto día de la semana 36 (35 semanas y 5/7 días) tiene una edad gestacional de 35 semanas, no 36 semanas. La edad gestacional estimada (EGA) se puede usar para determinar la edad gestacional, incluido un rango de números de 37 semanas o más, por ejemplo, 37-38 semanas de gestación. En los casos en que hay dos valores diferentes documentados para la edad gestacional y uno se determina por examen y el otro se determina por la mejor estimación obstétrica (OE) basada en fechas, resume el valor determinado por fechas.

f) Situación y presentación del feto:

Es la característica obstétrica de acuerdo a la presentación o situación del feto al momento del trabajo de parto, característica que determinará si conviene un parto vaginal o la intervención quirúrgica con una cesárea, esas formas serían las siguientes (49):

– *Presentación cefálica*

Manifiesta presentación de la cabeza del feto en el canal de la cadera, en este grupo debe considerarse también las variantes de esta presentación.

Semanas antes de que se cumpla el alumbramiento, el feto generalmente baja más en orientación al útero. En un parto normal el feto se coloca boca abajo, con la mirada puesta a la espalda materna, con el mentón pegado al pecho y la parte posterior de la cabeza lista para entrar en la pelvis. De esa manera, la parte más pequeña posible de la cabeza del bebé se abre paso a través del cuello uterino y hacia el canal de parto.

– *Presentación podálica*

A este grupo se incluye las presentaciones fetales en la que los glúteos del feto, o los pies o uno solo de los pies se encuentran ubicados en el canal de la cadera.

La situación se refiere al eje largo del feto en relación con el eje longitudinal del útero; el eje largo del feto puede ser transversal, oblicuo o paralelo (longitudinal) al eje longitudinal del útero. La presentación se refiere a la parte fetal que se superpone directamente a la entrada pélvica. Lo común es una presentación cefálica, sin embargo, cuando la presentación es podálica suele representar un riesgo en los últimos minutos del parto si el feto no se acomodase adecuadamente para su nacimiento.

– *Situación transversa.*

El eje longitudinal de feto es oblicuo al canal de la madre,

Se trata de una presentación anormal y esto se refiere a la posición que toma el feto mientras su cuerpo se prepara para el parto, y podría ser vértice (cabeza hacia abajo) o nalgas (glúteos hacia abajo).

Clasificándolas en 10 grupos que son mutuamente excluyentes y totalmente inclusivos(14).

1. Mujeres nulíparas con embarazo único, en presentación cefálica, ≥ 37 semanas gestacionales y con trabajo de parto espontáneo
2. Mujeres nulíparas con un embarazo único, de presentación cefálica, ≥ 37 semanas de edad gestacional, con inducción del parto o una cesárea programada (antes del trabajo de parto)
3. Mujeres multíparas sin cesárea previa, con embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo
4. Mujeres multíparas sin cesárea previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación en las que se ha inducido el parto o se les ha realizado una cesárea programada (antes del trabajo de parto)

5. Todas las mujeres multíparas con al menos una cesárea previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación
6. Todas las mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación de nalgas
7. Todas las mujeres multíparas con un embarazo único con presentación de nalgas, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas
8. Todas las mujeres con embarazos múltiples, incluidos las que han tenido una o varias cesáreas previas
9. Todas las mujeres con un embarazo único con una situación transversa u oblicua, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas
10. Todas las mujeres con un embarazo único con presentación cefálica, de < 37 semanas de gestación, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas.

Es así cómo se determinará según característica materna pudiendo conocer el grupo de mayor porcentaje.

CAPÍTULO III

3 HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN

3.1 HIPÓTESIS

Por tratarse de un estudio de nivel descriptivo no se considerará hipótesis de investigación.

3.2 VARIABLES

- Variable demográfica es la edad: años de la paciente.
- El Sistema de clasificación de Robson se puede usar prospectivamente y las categorías en la que se incluyen la totalidad de los casos son al mismo tiempo excluyentes esto significa que cada mujer que acuda al establecimiento de salud debe ser clasificada de inmediato a partir de seis características básicas.
- Las indicaciones médicas de las cesáreas.

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Indicadores	Categorías	Escala
Características obstétricas	Número de partos	Nulípara Multípara	Nominal
	Cesárea previa	Sí No	Nominal
	Inicio del trabajo de parto	Espontáneo Inducido	Nominal
	Número de fetos	Único Múltiple	Nominal
	Edad Gestacional	Prematuro A término	Nominal

	Presentación fetal	Cefálica Podálica Situación Transversa	Nominal
Clasificación de Robson	Indicadores obstétricos	Grupo 1 Grupo 2 Grupo 3 Grupo 4 Grupo 5 Grupo 6 Grupo 7 Grupo 8 Grupo 9 Grupo 10	Nominal
Indicaciones médicas	Diagnósticos Médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Cesárea anterior • Sufrimiento fetal agudo. • DCP por macrosomía fetal. • Oligohidramnios • Distocia de presentación. • Trabajo de parto disfuncional • Enfermedad hipertensiva del embarazo • Hipoxia fetal • Hemorragia de 2da mitad del embarazo. • Ruptura prematura de membrana • Fallo de inducción • Otros 	Nominal

CAPÍTULO IV

4 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO

La investigación es de tipo observacional, porque no se manipularon las variables, de corte transversal debido a que el recojo de los datos fue en un solo momento, retrospectivo debido a que se recolectaron datos de las historias clínicas y descriptivo con el objetivo de recopilar las características obstétricas de cada gestantes para luego categorizarlas según los grupos en el modelo de Robson.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital Daniel Alcides Carrión de EsSalud - Tacna , que cuenta con un nivel de atención III, además es el único hospital en esta Región que corresponde a EsSalud (13), que admite la mayoría de población asegurada y los habitantes que soliciten el servicio, con una cobertura aproximada del 30% de la población (130,000 personas), y además de ser Hospital de Referencia de las Redes Asistenciales de Moquegua, Ilo, Cuajone y Toquepala; Brindando atención de salud de mediana complejidad a través de atención ambulatoria, emergencia, hospitalización y cuidados intensivos (52)(53).

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.

4.3.1 POBLACIÓN

Todas las historias clínicas de parturientas que ingresaron al Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud - Tacna en los años 2014- 2019 y que culminaron su parto por cesáreas, excluyéndose a las gestantes que:

- a) Terminaron en parto vaginal.
- b) Historias clínicas incompletas o poco legibles.
- c) Historias de pacientes con menos de 22 semanas de embarazo o fetos con peso menor a 500gr.

Después de excluir lo anterior se obtuvo la cantidad de 3124 gestantes.

4.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

4.4.1 Técnica

La técnica usada fue la recopilación de datos de la historia clínica sobre un instrumento (ficha) adecuado a las variables necesarias para el estudio en formato.xls.

4.4.2 Instrumentos de Recolección de Datos

- a) Historia Clínica de pacientes atendidas entre el 1° de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2019.

- b) Ficha de recolección

Es el instrumento que se utilizó para la investigación contiene las variables de la correspondientes a la Clasificación de Robson, el cual consta de 6 indicadores obstétricos respaldados por la OMS y las indicaciones médicas de cesárea. Ver cuadro en anexo 03.

CAPÍTULO V

5 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

5.1 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

Para el análisis de la información se elaboró una base de datos en la hoja de cálculo del Software informático, donde se ordenaron los datos y se clasificaron de acuerdo a los criterios del Manual de Robson. La estadística descriptiva fue expresada mediante la presentación de tablas simples y complejas. Dado que existe un informe tabular de la clasificación de Robson, este:

- a) Examina la tasa global de cesárea por grupos

5.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se realizó con la pretensión de analizar desde el punto de vista del método de Robson las características obstétricas y las tasas de cesáreas de todas las mujeres gestantes a través de la clasificación que propone la OMS, es por tal motivo que se solicitó el permiso respectivo a las autoridades que dirigen el Hospital de EsSalud - Tacna y tener acceso a las historias clínicas de cesáreas atendidas. La información que se brindó a través de las historias clínicas solo son de uso para la investigación, y se mantiene el compromiso de manejar los datos con absoluta confidencialidad dado las implicancias que significa la utilización de los datos, por lo que se asegura el manejo de los datos con fines absolutamente académicos y conservar en el anonimato de la población.

CAPÍTULO VI

6 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

TABLA 01

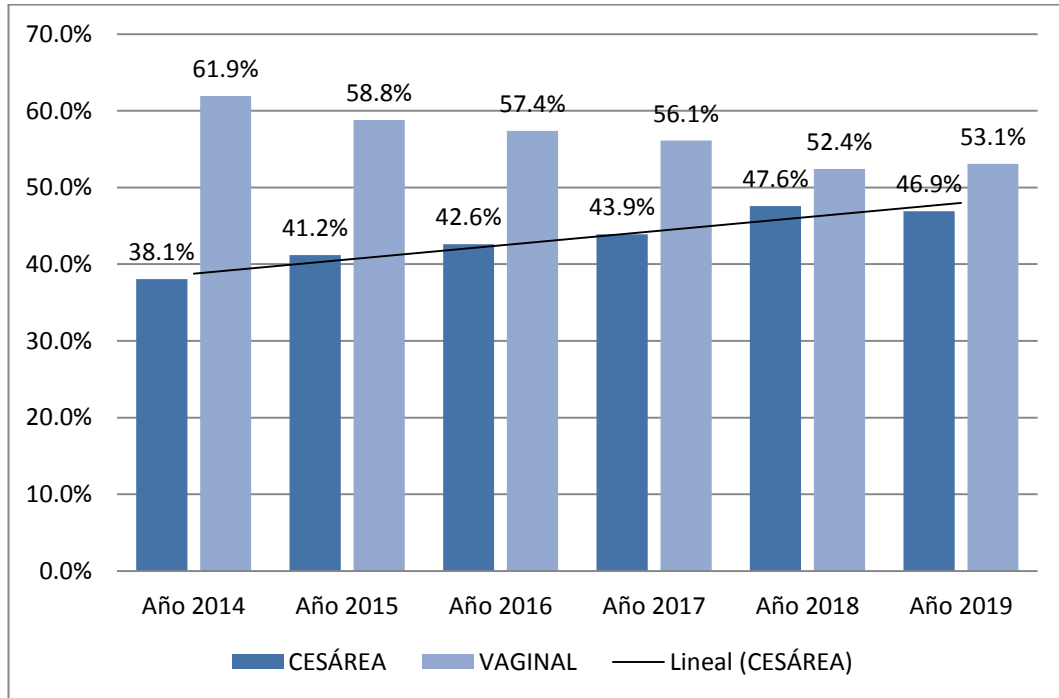
COMPORTAMIENTO DE LAS CESÁREAS SEGÚN LOS AÑOS DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD - TACNA 2014 – 2019.

	Cesárea		Vaginal		Total	
	n	%	n	%	n	%
Año 2014	522	38.1%	849	61.9%	1371	100.0%
Año 2015	555	41.2%	792	58.8%	1347	100.0%
Año 2016	503	42.6%	677	57.4%	1180	100.0%
Año 2017	492	43.9%	629	56.1%	1121	100.0%
Año 2018	541	47.6%	596	52.4%	1137	100.0%
Año 2019	511	46.9%	578	53.1%	1089	100.0%
Total	3124	43.1%	4121	56.9%	7245	100.0%

Fuente: Archivo de historias clínicas.

Interpretación: En la Tabla y Gráfico 1 se observa que la tasa de cesáreas en el Hospital Daniel Alcides Carrión III EsSalud Tacna, la cantidad de partos fue de 7245, de los cuales fueron cesáreas 3124 equivalente a 43.1% y partos vaginales 4121 equivalente a 56.9%.

GRÁFICO 01



Fuente: Archivo de historias clínicas

TABLA 02
COMPORTAMIENTO DE LAS CESÁREAS SEGÚN INDICACIÓN
MÉDICA DE CESÁREA EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES
CARRIÓN ESSALUD – TACNA, 2014 – 2019.

INDICACIÓN MÉDICA	n	%
Cesárea anterior	645	20.6%
Sufrimiento fetal agudo	422	13.5%
DCP por Macrosomía fetal	419	13.4%
Oligohidramnios	336	10.8%
Distocia de presentación	312	10.0%
Trabajo de parto disfuncional	293	9.4%
Enfermedad hipertensiva del embarazo	192	6.1%
Hipoxia fetal	148	4.7%
Ruptura prematura de membrana	67	2.1%
Hemorragia de 2da mitad del embarazo	66	2.1%
Historia de esterilidad - embarazo de alto riesgo	65	2.1%
Primigesta añosa - feto valioso	45	1.4%
Tumor en cuerpo de útero, muerte de 1 feto, mala historia obstétrica, hepatopatía toxica, condilomatosis, y otros	37	1.2%
Fallo de inducción	25	0.8%
Embarazo gemelar	20	0.6%
Restricción de crecimiento intrauterino	12	0.4%
Insuficiencia placentaria	11	0.4%
Corioamnionitis	9	0.3%
Total	3124	100.0%

Fuente: Archivos de historia clínicas.

Interpretación: En la Tabla 02, se observa las indicaciones principales con mayor porcentaje en los años de estudio, estos son: cesárea anterior con 20.6%, sufrimiento fetal agudo con 13.5%, DCP por macrosomía fetal con 13.4%, oligohidramnios con 10.8%.

TABLA 03
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LOS INDICADORES DE
ROBSON EN GESTANTES CESAREADAS EN EL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD – TACNA, 2014 – 2019.

INDICADORES DE EVALUACIÓN DE ROBSON		n	%
Partos	Nulípara	1399	44.8%
	Múltiparas	1725	55.2%
	Total	3124	100.0%
Cesáreas previas	No	2134	68.3%
	Si	990	31.7%
	Total	3124	100.0%
Numero de fetos	Único	3064	98.1%
	Múltiple	60	1.9%
	Total	3124	100.0%
Presentación	Cefálico	2800	89.6%
	Podálico	218	7.0%
	Transverso/oblicuo	106	3.4%
	Total	3124	100.0%
Edad gestacional	< 37 (Prematuro)	284	9.1%
	>= 37 (A término)	2840	90.9%
	Total	3124	100.0%
Trabajo de parto	Espontáneo	3076	98.5%
	Inducido	48	1.5%
	Total	3124	100.0%

Fuente: Archivos de historia clínicas.

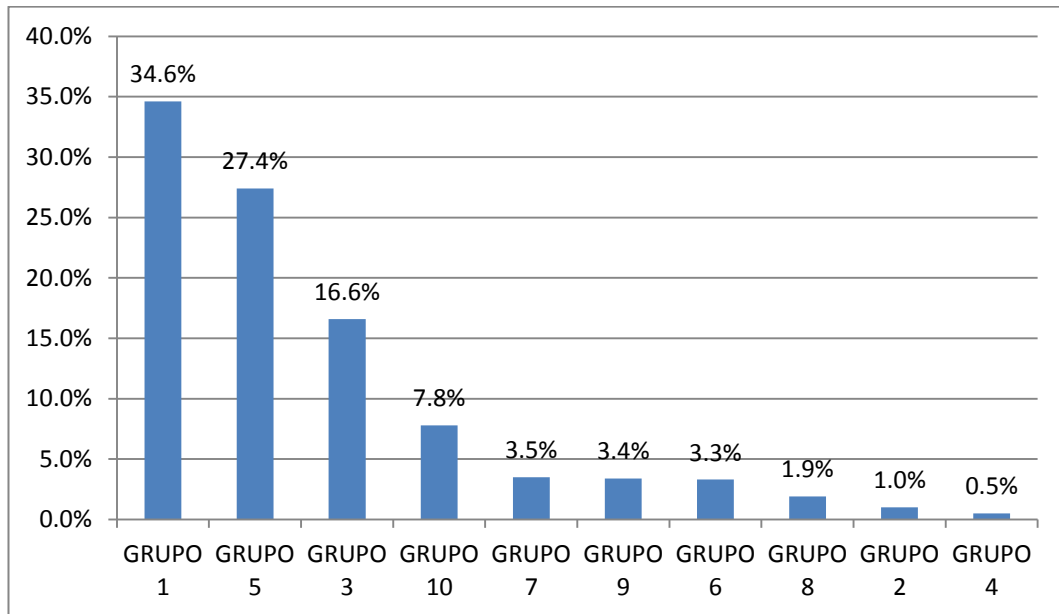
Interpretación: En la Tabla 04 se observa los porcentajes según los indicadores obstétricos durante los años de estudio, según paridad múltipara 55.2%, con cesárea previa 68.3%, feto único 98.1%, en presentación cefálica 89.6%, a término 90.9% y con trabajo de parto espontáneo 98.5%

TABLA 04
COMPORTAMIENTO DE LAS CESÁREAS MEDIANTE LA
APLICACIÓN DEL MODELO DE ROBSON EN EL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD – TACNA, 2014 – 2019.

CLASIFICACIÓN ROBSON		n	%
GRUPO 1	Si	1082	34.6%
	No	2042	65.4%
	Total	3124	100.0%
GRUPO 2	Si	31	1.0%
	No	3093	99.0%
	Total	3124	100.0%
GRUPO 3	Si	518	16.6%
	No	2606	83.4%
	Total	3124	100.0%
GRUPO 4	Si	16	0.5%
	No	3108	99.5%
	Total	3124	100.0%
GRUPO 5	Si	856	27.4%
	No	2268	72.6%
	Total	3124	100.0%
GRUPO 6	Si	104	3.3%
	No	3020	96.7%
	Total	3124	100.0%
GRUPO 7	Si	108	3.5%
	No	3016	96.5%
	Total	3124	100.0%
GRUPO 8	Si	60	1.9%
	No	3064	98.1%
	Total	3124	100.0%
GRUPO 9	Si	106	3.4%
	No	3018	96.6%
	Total	3124	100.0%
GRUPO 10	Si	243	7.8%
	No	2881	92.2%
	Total	3124	100.0%

Fuente: Archivos de historia clínicas.

GRÁFICO 02
COMPORTAMIENTO DE LAS CESÁREAS MEDIANTE LA
APLICACIÓN DEL MODELO DE ROBSON EN EL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD – TACNA, 2014 – 2019.



Fuente: Archivos de historia clínicas

Interpretación: En la Tabla 04 Y Grafico 02, se observa según los grupos con mayores frecuencias que fueron el grupo 1 con 34.6%, grupo 3 con 16.6% y grupo 5 con un 27.4% en los años de estudio.

CAPÍTULO VII

7 DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Dentro los problemas de salud pública en los últimos años, los gobiernos y profesionales de salud han fijado su preocupación frente al incremento de los partos por cesárea en contraste con los partos vaginales y sus posibles consecuencias para la salud materno-infantil (1). Es así que la OMS en el 2015 describe mediante estudios realizados donde pretendía obtener un tasa ideal de partos por cesárea de un determinado país o población dada, con datos actualizados para realizar un análisis situacional, a lo cual la OMS da 5 conclusiones: la primera es que las cesáreas son necesarias y eficaces cuando la vida de la madre o del neonato están en peligro; la segunda es que las tasas de cesáreas superiores al 10% no se asocian a la disminución de mortalidad materno-neonatal; la tercera es debido a que las cesáreas son cirugías quirúrgicas estas puede presentar complicaciones intra y post operatorio, desde discapacidades significativas hasta la muerte, especialmente en lugares con poca capacidad para realizarlas; la cuarta más que una conclusión es una recomendación que se realice las cesáreas a todas la mujeres que lo necesiten en razón de alcanzar con una tasa descrita; y la quinta y última conclusión es que aún no se tiene claro los efectos de las cesáreas frente a la tasa de mortinatalidad, morbilidad materna y perinatal, por lo que se requiere más estudios(54).

Dada la importancia de este problema, esta investigación pretendió investigar el comportamiento de las cesáreas mediante el modelo de Robson en el Hospital de EsSalud.

En lo referente a la tasa de partos por cesárea, nuestro país no es ajeno a la realidad de una tasa elevada, pues según la última Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Endes-2018, menciona un incremento de esta tasa de 28.6% en el 2013 y 34.5% para el 2018. En nuestra región se confirma el incremento de 40 a 46.5% del total de nacimientos, aun con la misma tendencia nacional(8).

En nuestro estudio según se muestra en la Tabla 01 y gráfico 01 la tasa de cesáreas presenta un incremento en los años 2018 y 2019, en relación a los partos por vía vaginal, siendo la tasa de global de 43.1% durante los 6 años de estudio. Este porcentaje está por encima de otras investigaciones realizadas en otros contextos: Stéphanie Roberge de Quebec, 2017, en su análisis secundario obtuvo una tasa global de 22.9% de un total de 184 952 partos, dato que está por debajo de nuestro estudio(15), Aguilar Redondo de España 2016, manifiesta que 1507 gestantes terminaron el parto por cesárea de una población total de 9337 siendo el 16.14% para su trabajo de investigación (18) este porcentaje es mucho menor a nuestro estudio, al igual que Chávez Aranibar en el Hospital Regional de Huacho 2018, que alcanza una tasa de cesáreas de 37.9% de un total de 3053 pacientes(21), mientras que otros estudios como el de Manny Zitle en el Hospital General 2017, a 706 mujeres se les realizó cesárea representando una tasa de 65.29% de la población en total(17), en el estudio de Castañeda Guillén del 2015, refiere una tasa de cesárea de 44.3% de una población de 20243 (19), para Ajahuana Condori en la región de Ayacucho 2018, alcanza una tasa de 48.75% para gestantes que terminaron su parto por cesárea de una población de 1401 partos (22) añadiéndose la investigación presentada por Díaz Flores en el Hospital III de Yanahuara 2018, describió una tasa de parto por cesárea de 53% de una población de 1642 (23), y como un estudio casi cercano al nuestro tenemos a Huapaya Mendoza de cañete 2017, con una tasa de 43.5% de una población 2421 partos para su investigación(25). Dando una vista a las tasas locales, en la investigación realizada por Sánchez Quispe realizada en el periodo 2012, presenta una tasa de 37%, tasa que se encuentra por debajo del resultado de nuestro estudio(13), asimismo la investigación realizada por Ticona Huanco en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna presenta una tasa global de 38.6% de una población de 64375(26). De los porcentajes descritos se observa que tanto en estudios nacionales como internacionales se evidencia el incremento de cesáreas durante los últimos años, al igual que el porcentaje de nuestra investigación que también está por encima del 10-15%, así como que muy pocos estudios se acercan

al porcentaje de mencionado, además se puede concluir que los años de estudio pueden inferir en los porcentajes hallados en cada investigación.

Con respecto a la indicación médica de cesárea en nuestro estudio en la Tabla 02, durante los años 2014 al 2019, se obtuvo un porcentaje de 20.6% como indicación de cesárea anterior, el 13.5% sufrimiento fetal agudo, 13.4% desproporción cefalopélvica (DCP) por macrosomía fetal, 10.8% oligohidramnios y 10% para distocia de presentación. Manny Zitle 2017, encuentra que la primera indicación materna de cesárea fue cesárea iterativa y la indicación fetal es distocia de presentación del total de la población (17). Rengifo Peña 2015, concluye que las indicaciones de cesáreas principalmente son sufrimiento fetal agudo con 24%, desproporción céfalo-pélvica con 21.4%, hipertensión inducida por el embarazo con 13% y cesárea anterior con 12.5%(24). Huapaya Mendoza del 2017, reporta como principal indicación de cesárea la cesárea iterativa con 34.1%, la incompatibilidad céfalo-pélvica con 17%, la distocia por dinámica uterina un 15.6% y dentro de indicaciones fetales sufrimiento fetal agudo representa el 21.7% y Macrosomía fetal con 8.3%(25). Con referencia a trabajos locales tenemos a Sánchez Quispe 2012-2016, encuentra que la indicación de cesárea más predominante es sufrimiento fetal con 16.1% en el 2012 y 16.0% en el 2016, trabajo disfuncional con 11.8% en el 2012 y 10.2% en el 2016, cesárea anterior con 11.2% en el 2012 y 9.0% en el 2016 como último DCP por Macrosomía fetal con 8.7%(2012) y 14.1% (2016) (13). Ticona Huanco, demuestra que en el Hospital Regional de Tacna 2019, las principales indicaciones de cesárea son: desproporción céfalo-pélvica, sufrimiento fetal agudo, cesárea anterior y preeclampsia (26). Estos estudios nacionales e internacionales describen como principal indicación la cesárea iterativa, indicación que tiene cierta relación con nuestro estudio debido a que se encontró con mayor porcentaje la indicación de cesárea anterior, pero en otros estudios discuten que la principal indicación es el sufrimiento fetal agudo, debido a que se presenta como un riesgo de salud para el feto.

Con respecto a los indicadores obstétricos todos descritos en la Tabla 03.

En nuestro estudio muestra que según la paridad el 55.2% (1725) son multíparas y 44.8% (1399) fueron nulíparas. Manny Zitle 2017, manifiesta en su estudio que el 53% fueron multíparas y 47% fueron primigestas de un total 706 mujeres (17), resultado que concuerda con nuestro estudio. Huamán Encizo en el 2017, también muestra un resultado similar, en la cual 55.6% son multíparas y 44.4% fueron nulíparas(20). Asimismo Díaz Flores 2018, identifica en su estudio el porcentaje de multíparas con y sin cesárea previa siendo 44.37% y 14.79% respectivamente(23). De todos los estudios se esgrime que la mayoría de las gestantes que son multíparas terminan su parto por cesárea a diferencia de las nulíparas, independientemente tengan o no el antecedente de cesárea anterior.

Las gestantes con el antecedente de cesáreas previas en nuestro estudio (Tabla 03) representaron el 31.7% de la población total durante los años de estudio resultado similar a la investigación de Huamán Encizo 2018, quien obtuvo el 39.4% para gestantes con antecedente de cesárea previa(20). Al igual que Díaz flores 2018, con 44.37% de las gestantes fueron multíparas con cesárea previa(23) y Renjifo Peña 2015, que obtuvo 33.9% de las gestantes tuvieron al menos una cesárea anterior(24). De todos los estudios se concuerda que menos del 50% las gestantes con cesárea anterior terminaron su gestación por cesárea.

Según gestación única (Tabla 03) representó el 98.1% en nuestro estudio, resultado que concuerda con el estudio de Díaz Flores del 2018, con un 99.68% para gestantes de gestación única(23). Este estudio concuerda con el nuestro en un 99% debido a que las gestaciones únicas terminaron su parto por cesárea.

De acuerdo a la presentación fetal en nuestro estudio (Tabla 03) se encontró que el 89.6% era de presentación cefálica, 7% presentación podálica y transversa u oblicua el 3.4%. Díaz Flores 2018, concluye en su estudio que el 91% fueron de presentación cefálica(23), resultados que concuerdan que la mayoría de las gestantes cesareadas tenían presentación fetal cefálica.

La edad gestacional según Manny Zitle 2017, encuentra que el mayor porcentaje son gestantes a término con edad gestacional media de 38.5 semanas(17), dato que se relaciona con el resultado de nuestro trabajo (Tabla 03) representado por el

90.9% para gestantes a término con edad gestacional media de 38.6 semanas, así como el trabajo de Huamán Encizo 2018, quien concluye que 91% de las gestantes fueron gestaciones a término (20), y Sánchez Quispe quien obtiene el resultado de 91.8% (2012) y 89.5%(2016) fueron gestaciones a término(13). De los estudios anteriormente mencionados concuerdan con el nuestro describiendo que más de 90% de las gestantes cesareadas presentaban una edad gestacional mayor o igual de 37 semanas.

De acuerdo al trabajo de parto (Tabla 03) en nuestro estudio se encontró que el 98.5% inició con trabajo de parto espontáneo resultado que concuerda con el estudio Huamán Encizo 2018, quien concluye en su trabajo que el 90% de gestantes iniciaron su trabajo de parto espontáneamente (20). De acuerdo a los datos descritos anteriormente menciona que más de 90% de las gestantes que habían terminado su parto por cesárea, estaban en trabajo de parto espontáneo.

Dado que los datos en tasa de cesárea son mayores a los establecidos por la OMS, que describen entre 10% a 15% como parámetro ideal, como en la actualidad no existe un único sistema de clasificación estándar, la OMS en su declaración del 2015 propuso un sistema de revisión, concluyendo que la clasificación de Robson es una de las más adecuadas para necesidades locales e internacionales(54).

Es así que en nuestro estudio en la Tabla 04, las gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en los periodos de estudio, se encontraron que los grupos más contribuyentes a la tasa de cesáreas fueron el grupo 1(Nulíparas con embarazo único en presentación cefálico y a término con trabajo de parto espontáneo) con un porcentaje de 34.6%, seguido del grupo 5 (Multíparas, con cicatriz uterina previa y con embarazo único en presentación cefálico a término) con 27.4%, el grupo 3 (Multíparas sin cesárea previa con embarazo único en cefálico a término y con trabajo de parto espontáneo) con 16.6%, Stephanie Roberge en el 2017, concluye en su estudio que la mayoría de las cesáreas se realizan en mujeres correspondiente al grupo 5 con 35%, seguido mujeres nulíparas con presentación cefálica a término en trabajo espontáneo o inducido

correspondiente a los grupos grupo 1 y 2 con 29.9% (15), datos que son inversos a los grupos de nuestro estudio. Martínez Rodríguez 2018, en relación a los grupos de clasificación encontró que los grupos 1 (50.5%), 2 (29.8) y 10 (8.7%) tuvieron más contribución(16). Manny Zitle 2017, identifica que la mayor contribución de cesáreas son los grupos 5 con 21.24%, seguido del grupo 2 con 13.88% y el grupo 1 con 9.6%(17). Aguilar Redondo en el Hospital Comarcal de España 2016, concluyó que los grupos 1 (25.2%) y 5 (19.4%) participaron en el acrecentamiento de las cesáreas(18). A nivel nacional el estudio de Palacios Leni en el Hospital II de Cañete EsSalud 2014, concluye que los grupos 3 (30.7%),1(25.4) y 5(12.5%) contribuyen con la tasa de cesáreas(11). Castañeda Guillen en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2015, concluye que el grupo 1 (29.2%) contribuye con mayor número de cesáreas seguido del grupo 5 con 21.3% y el grupo 3 con 14.6% (19), resultado que concuerda plenamente con nuestro estudio. Huaman Encizo 2017, reportó que el grupo 1 con 28.2% fue el contribuyó con mayor la tasa de cesáreas seguido del grupo 5 con 25.4%(20).Chávez Aranibar (21) y Díaz Flores(23) ambos del 2018, identifican que los grupos con mayor contribución son el grupo 5,2, 1 y 5,1,2 respectivamente. Ambos estudios presentan un resultado poco similar al nuestro. Ahahuana Condori 2018, reporta en su estudio que el grupo 5 aporta más a la tasa de cesáreas mientras que los grupo con menor porcentaje son el 1 y 3(22). En un estudio local, Ticona Huanco, en el Hospital Regional de Tacna 2019, reporta que hubo un incremento en los últimos años, principalmente en los grupo 1, 3 y 5, resultados que ligeramente coinciden con nuestro estudio(26). Como discusión final los estudios mencionados en su mayoría concuerdan con nuestro estudio, describiendo que el grupo 1 en el de mayor contribución a la tasa de cesáreas así como el grupo 5 por su dependencia que las gestantes presentan como antecedente una cesárea previa en otros estudios mencionan que el grupo 3 también contribuye a la tasa de cesárea esto debido a que tienen la característica de ser multíparas con dependencia de tener o no antecedente de cesárea previa.

También se identificó (Tabla 04) cuales grupos de Robson presenta una menor contribución, y según nuestro estudio los grupos menores contribución son el

grupo 4 (múltiparas sin cesárea previa en cefálico a término con trabajo de parto inducido) con 0.5%, el grupo 2 (nulíparas en presentación cefálica a término con trabajo de parto inducido), con 1%, el grupo 8 con 1.9%, el grupo 9 con 3.4%, el grupo 6 con 3.3%, el grupo 7 con 3.5% y el grupo 10 con 7.8%, Según Chávez Aranibar 2016, en su estudio menciona que el grupo de menos contribución fue el grupo 9 con 1.4%, seguido del grupo 8 con 2.1% y el grupo 6 con 2.4% (21). Ajahuana Condori 2018, en su investigación menciona que los grupos menos contribuyentes fueron según tamaño relativo el grupo 4, 6 y 9 con un porcentaje de 1.7%, 1.7% y 1.6% respectivamente, coincidiendo con los grupos de nuestro estudio(22) y en el estudio realizado por Castañeda Instituto Materno Perinatal 2015, revela que los grupos 6, 7 y 9 representaron el 5.1% del total de cesáreas. Con discusión de todos los estudios mencionados concuerdan ligeramente que los grupos que contribuyen menos a la tasa de cesárea son el grupo 4 debido a que tiene la indicación del trabajo de parto inducido ya que la inducción tiene un riesgo de salud materno – fetal, por lo que su frecuencia de disminuida, en discrepancia con el estudio tenemos el grupo 9 aunque también presenta un porcentaje bajo es debido a que la característica de presentación transversa u oblicua tiene una frecuencia menor razón por las que todas las gestantes con esta característica terminarían en cesárea.

CONCLUSIONES

1. La tasa de cesáreas encontradas fue de 43.1 % del total de partos en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna superando lo establecido por la OMS.
2. Las indicaciones médicas más frecuentes de cesáreas durante los años de estudio fueron: cesárea anterior con 20.6%, sufrimiento fetal agudo con 13.5% y desproporción cefalopélvica (DCP) por macrosomía fetal con 13.4%.
3. Según la clasificación de Robson los grupos más contribuye a la tasa de cesáreas fue: el grupo 1 (nulíparas con embarazo único en cefálico a término y trabajo de parto espontáneo) con 34.6%, el grupo 5 (multíparas con cesárea previa, en cefálico y a término) con 27.4% y el grupo 3 (multíparas sin cesárea previa con embarazo único en cefálico con trabajo de parto espontáneo) con 16.6% en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna durante los años de estudio.
4. Los grupos con menor contribución a la tasa de cesáreas según la clasificación de Robson fue el grupo 4 (multíparas sin cesárea previa con embarazo único e inducción de trabajo de parto) con 0.5%, el grupo 2 (nulípara con embarazo único a término e inducción de trabajo de parto) con 1.0% y el grupo 8 (multíparas con o sin cesárea previa con embarazo múltiple) con 1.9% en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna durante los años de estudio.

RECOMENDACIONES

1. En consideración que la tasa de cesárea supera lo establecido por la OMS durante los años de estudio, se sugiere que los Comités de Cesáreas cumplan con verificar el estricto cumplimiento de las normas de las Guías Clínicas de Cesárea que deben existir en todos los Servicios de Obstetricia en concordancia con las Directivas Nacionales existentes para tal fin.
2. En vista que según el Modelo de Robson el grupo 1 es el contribuyente en mayor medida de la tasa global la indicación de la primera cesárea debe ser adecuadamente justificada y auditada.
3. Siendo el grupo 5 (mujeres con antecedente de cesárea previa). Las gestantes con cesárea anterior requieren un manejo y seguimiento adecuado a fin de tener un porcentaje de cesáreas de este grupo de acuerdo a los estándares dados por el Conocimiento Obstétrico actual.
4. En consideración que el modelo de Robson es una clasificación moderna y fácilmente aplicable además de ser recomendada por la OMS, se recomienda su implementación en la clasificación de cesáreas en todos los servicios de Obstetricia a fin de bajar los índices elevados de cesáreas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. OMS | Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. World Health Organization. 2015 [citado 7 de enero de 2020]. Disponible en:
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
2. Organización Mundial de la Salud. OMS | La clasificación de Robson: Manual de aplicación [Internet]. WHO. [citado 23 de enero de 2020]. Disponible en:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/robson-classification/es/
3. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Epidemiología mundial del uso y las disparidades en las cesáreas. *The Lancet* [Internet]. 13 de octubre de 2018 [citado 13 de enero de 2020];392(10155):1341-8. Disponible en:
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31928-7/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31928-7/abstract)
4. Visser GHA, Ayres-de-Campos D, Barnea ER, Bernis L de, Renzo GCD, Vidarte MFE, et al. Documento de posición de la FIGO: cómo detener la epidemia de cesáreas. *Rev Lancet* [Internet]. 13 de octubre de 2018 [citado 13 de enero de 2020];392(10155):1286-7. Disponible en:
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32113-5/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32113-5/abstract)
5. Mitchell C, Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS | La cesárea solo debería realizarse cuando es médicamente necesaria [Internet]. Panamerican American Health Organization / World Health Organization. 2015 [citado 13 de enero de 2020]. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es
6. Bobadilla Ubillús LE, León Jimenez F. En torno a las cesáreas en el Perú: ¿solo un problema de cifras? *Rev Perú Ginecol Obstet* [Internet]. Octubre de 2017 [citado 13 de enero de 2020];63(4):659-60. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400022
7. Sistema de Registro del Certificado de nacido vivo en línea. *Boletín Estadístico de Nacimiento Perú: 2015. 2016* [Internet]. abril de 2016;16. Disponible en:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf

8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. SALUD MATERNA - INEI 2018. INEI -2018 [Internet]. 2018 [citado 13 de enero de 2020];35. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/pdf/cap008.pdf
9. Vila-Candel R, Martín A, Escuriet R, Castro-Sánchez E, Soriano-Vidal FJ. Análisis de las tasas de cesárea mediante el sistema de clasificación de Robson en un Hospital Universitario de España. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. Marzo de 2020 [citado 2 de marzo de 2020];17(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7084406/>
10. Zhang J-W, Branch W, Hoffman M, De Jonge A, Li S-H, Troendle J, et al. ¿En qué grupos de mujeres embarazadas puede reducirse probablemente la tasa de partos por cesárea de forma segura en los EE. UU.? Un estudio transversal multicéntrico. *BMJ Open*. 05 de 2018;8(8):e021670.
11. Palacios L. Tasa de cesáreas por modelo de clasificación de Robson en el Hospital II Cañete - EsSalud, 2013 – 2014. *Cybertesis Unmsm* [Internet]. Publicado de 2015 [citado 28 de enero de 2020]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4648>
12. Cunningham F G, Leveno. *Williams Obstetricia* 24° ed. México. McGraw-Hill Interamericana. [Internet]. 24° Edición. Vol. 1. México: Mc Graw Hill. Education; 2015. 1356 p. Disponible en: <https://www.edicionesjournal.com/Papel/9786071512772/Williams+Obstetricia+24%c2%ba+Ed>
13. Sánchez Quispe M. Criterios Epidemiológicos e Indicaciones de Cesáreas Realizadas en el Hospital Daniel Alcides Carrión III EsSalud-Tacna en el Año 2012 y 2016. *Repos Univ Priv Tacna* 2017 [Internet]. 2017 [citado 7 de enero de 2020];68. Disponible en: <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/UPT/169>
14. Organización Panamericana de la Salud. *La Clasificación de Robson- Manual de Aplicación* .pdf 2015 [Internet]. [citado 27 de enero de 2020]. Disponible en: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320303esp.pdf>
15. Roberge S, Dubé E, Blouin S, Chaillet N. Notificación del parto por cesárea en Quebec mediante el sistema de clasificación de Robson. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC*. 2017;39(3):152-6.
16. Martínez-Rodríguez DL, Serrano-Díaz LC, Bravo-Aguirre DE, Serna-Vela FJ, Robles-Martínez M del C. Utilidad y eficacia de la clasificación de Robson para disminuir la tasa de cesáreas. *Ginecol Obstet México* [Internet]. 26 de noviembre de 2018 [citado 28 de enero de 2020];86(10):627-33. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83450>

17. 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.* 2018;86(3):261-9.
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]*. abril de 2016 [citado 29 de enero de 2020];81(2):99-104. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262016000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=e
19. Castañeda Guillen, Celina. Tasa de cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Instituto Nacional Materno Perinatal, periodo enero - diciembre 2015. Repos Tesis - Univ Nac Mayor San Marcos [Internet]. 2017 [citado 30 de enero de 2020]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6134>
20. Encizo H, Isabel B. Cesárea según la clasificación de Robson en el Hospital de Apoyo PICHANAKI, 2017. Repositorio Institucional - Universidad Nacional de Huancavelica. Repos Inst - Univ Nac Huancavelica [Internet]. 13 de diciembre de 2018 [citado 30 de enero de 2020];58. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2244>
21. Aranibar C, Alessandra X. Clasificación de las cesáreas según el modelo de Robson en el Hospital Regional de Huacho – 2018. Univ Nac José Faustino Sánchez Carrión [Internet]. Publicado de 2019 [citado 22 de enero de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/UNJFSC/2475>
22. Condori A, Yesmina C. Tasa de cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Hospital Regional de Ayacucho enero - junio 2018. Univ Nac Altiplano [Internet]. 19 de marzo de 2019 [citado 31 de enero de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/9723>
23. Flores D, Geraldine M. Tasa de cesáreas por grupos de Robson en el Hospital III Yanahuara de la Ciudad de Arequipa en el periodo Enero – Diciembre del 2018. Univ Nac San Agustín [Internet]. 2019 [citado 22 de enero de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8159>
24. Rengifo Peña, Andy VV Javier. Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de las cesáreas de emergencia realizadas en el Hospital II-1 de Rioja- San Martín, Enero -Diciembre, 2014. 2015 [Internet]. :54. Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/4050>
25. Huapaya M, Esther K. Incidencia e indicaciones del parto por cesárea en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Rezola - Cañete 2017. Univ Priv

Sergio Bernales [Internet]. 31 de julio de 2019 [citado 31 de enero de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.upsb.edu.pe/handle/UPSB/174>

26. Ticona Huanco, Diana, Ticona Rendon, Manuel, Garcia-Montenegro, Victor, Vargas - Zeballos, Jaime. Análisis de la cesárea según la clasificación de Robson en un Hospital público del Perú. Oct 2019 [Internet]. 2019;87(10). Disponible en: <https://ginecologiyobstetricia.org.mx/article/analisis-de-la-cesarea-segun-la-clasificacion-de-robson-en-un-hospital-publico-de-peru/>
27. Sarduy Nápoles MR, Molina Peñate LL, Tapia Llody G, Medina Arencibia C, Chiong Hernández D de la C. La cesárea como la más antigua de las operaciones obstétricas. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]. Junio de 2018 [citado 2 de septiembre de 2020];44(2):1-18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2018000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
28. Martínez-Salazar GJ, Grimaldo-Valenzuela PM, Vázquez-Peña G, Reyes-Segovia C, Torres-Luna G, Escudero-Lourdes GV. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. Revista Medicina Institucional Mexico Seguro Soc. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2015;8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im155r.pdf>
29. Carpio Baron W, Vergara Wekselman E. Operación cesárea: Frecuencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo durante el periodo enero – diciembre 2012. Publicado de 2016;5.
30. Guevara Ríos EG. Obstetricia: Aporte de 70 años de vida institucional de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Soc Peru Obstet Ginecol. Publicado de 2017;18.
31. Servei de medicina Materno fetal HUI 2018. Protocolo de cesárea. Clinic Barcelona. Hospital Universitario ICGON. 2018 [citado 2 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.html>
32. Méndez DN, Núñez DC. Análisis de la cesárea como fuente de costo. Cesárea y alternativas en la distocia de trabajo de parto. MEDISAN [Internet]. 9 de agosto de 2017 [citado 2 de febrero de 2020];21(8). Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1635>
33. Hernández Martínez A, Pascual Pedreño AI, Baño Garnés AB, Melero Jiménez M del R, Molina Alarcón M. Diferencias en el número de cesáreas en los partos que comienzan espontáneamente y en los inducidos. Rev Esp Salud Pública [Internet]. Junio de 2014 [citado 13 de febrero de 2020];88(3):383-93. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272014000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

34. MedlinePlus enciclopedia médica. Cesárea. Fuente: MedlinePlus, Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. [Internet]. 2020 [citado 13 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002911.htm>
35. Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Salud de las Personas. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. [Internet]. Primera edición. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas; 2007. 171 p. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
36. Ministerio de Salud de Chile. Norma General N°0194 para la atención integral del recién nacido en la unidad de Puerperio. 1° edición publicación 2017. Resolución excenta 1452/12.11.2017.. Versión-WEB.pdf [Internet]. [citado 13 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Norma-194-Atenci%c3%b3n-del-Recien-Nacido.Versi%c3%b3n-WEB.pdf>
37. Mamani Morón KA. Factores relacionados a la calidad de atención en el manejo del dolor de la paciente postcesareada del servicio de gineco obstetricia en la clínica Good Hope, 2017 [Internet] [Tesis de maestría]. [Unidad de Postgrado de Salud Pública. Perú]: versidad Peruana Unión. Escuela de Postgrado.; 2017. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1155/Keyla_Tesis_Maestro_2018.pdf?sequence=5
38. Ruiz-Sánchez J, Espino y Sosa, S, Vallejos-Parés A, Durán-Arenas L. Cesárea: Tendencias y resultados. Perinatología y Reproducción humana. Scielo. 2015 de 2014;
39. Junqueira Vasconcellos de Oliveira SM, de Souza Caroci A, de Paula Batista Mendes E, Guimarães de Oliveira S, Penha Silva F, Junqueira Vasconcellos de Oliveira SM, et al. Disfunciones del suelo pélvico en mujeres primíparas después del parto. Rev Scielo [Internet]. 2018 [citado 2 de septiembre de 2020];17(51):26-67. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412018000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
40. Da Rocha P, Franco SC B. El Dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto. Revista Brasileña de Anestesiología. Rev Bras Anesthesiol [Internet]. 2011;61(3):7. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/es_v61n3a14.pdf

41. Vargas Juscamaita AT, Lévano Castro JA. Parto vaginal después de una cesárea: aplicando un puntaje al momento del ingreso en un hospital. Rev Scielo. 2014 de 2013;261.
42. Aragón-Hernández JP, Ávila-Vergara MA, Beltrán-Montoya J, Calderón-Cisneros E, Caldiño-Soto F, Castilla-Zenteno A, et al. Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso. Ginecol Obstet México [Internet]. 2017 [citado 13 de febrero de 2020];85(5):314-24. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0300-90412017000500314&lng=es&nrm=iso&tlng=es
43. Gómez Esteban R. Factores psicosociales en el embarazo, parto y puerperio. Clinica y salud [Internet]. 2015 [citado 13 de febrero de 2020];2(2). Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/1991/vol3/arti3.htm>
44. Bernal-García C, Nahín-Escobedo Campos C. Cesárea: situación actual y factores asociados en México. Salud Quintana Roo [Internet]. 2018;11(40):28-33. Disponible en: <https://salud.qroo.gob.mx/revista/images/revista40/4.%20CES%C3%81REA%20SITUACI%C3%93N%20ACTUAL.pdf>
45. Zuñiga Goyzueta, JJ. Características clínicas de las madres y recién nacidos por cesárea segmentaria en la Clínica Arequipa en los años 2010-2015. Tesis. Universidad San Agustín. Facultad de Medicina 2016 [Internet]. [citado 13 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://bibliotecas.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/1851/MDzugojj.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
46. Sánchez Herrera A. Operación: Cesárea. Cesáreas y su Importancia en la Medicina, apuntes de obstetricia [Internet]. 2018 [citado 13 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.docsity.com/es/cesareas-y-su-importancia-en-la-medicina/4300487/>
47. MINSA, Perú, editor. Norma técnica de salud «Categorías de establecimientos del sector Salud» V.02.
48. Guevara Rodríguez, Andrea del pilar JH Diana. Clasificación de cesáreas por grupos de Robson en los últimos 3 años en el Hospital de Engativa de la Ciudad de Bogotá. Univ Nac Colomb [Internet]. 2015;55. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/50861/1/65634609.2015.pdf>
49. World Health Organization. Robson Classification: Implementation Manual. Traducción OPS 2018. [Internet]. WHO. 2017 [citado 6 de febrero de 2020]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/robson-classification/es/

50. Guía técnica para el correcto llenado del Certificado de defunción / Ministerio de Salud. Dirección General de tecnologías de la Información. Oficina de gestión de la información - Lima: Ministerio de Salud; primera edición set. 2018. 69 p.; ilus. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4459.pdf> [Internet]. [citado 6 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4459.pdf>
51. Vázquez Lara JM, Rodríguez Díaz L, Palomo Gómez R, Romeu Martínez M, Jiménez García MA, Pérez Martín S, et al. Manual básico de Obstetricia y Ginecología. Primera edición. Instituto Nacional de gestión Sanitaria, editor. España; 2012.
52. EsSalud. Más y mejor para ti - EsSalud [Internet]. Portal de EsSalud. 2015 [citado 18 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://portal.essalud.gob.pe/>
53. EsSalud. Estadística Institucional | EsSalud [Internet]. Estadística Institucional. 2015 [citado 9 de julio de 2020]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>
54. Organización Mundial de la Salud_ Declaración de la OMS sobre las cesáreas_Feb 2015_spanish.pdf [Internet]. [citado 9 de julio de 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf

ANEXOS

ANEXO 01

Ficha de Registro de Indicadores obstétricos para la Clasificación de Robson.

Ficha N°: _____

DATOS GENERALES

1. Indicación médica para la cesárea:

- a) Placenta previa
- b) Ruptura uterina
- c) Preeclamsia
- d) Macrosomía fetal
- e) Prematuridad
- f) Malformación fetal
- g) Otro: _____ (especificar)

INDICADORES OBSTÉTRICOS PARA ROBSON

1. Gestaciones: _____ **Partos:** _____

2. CESÁREAS PREVIAS: _____ (N°)

- a) Sí
- b) No

3. NÚMERO DE FETOS: _____ (N°)

- c) Embarazo único
- d) Embarazo múltiple

4. PRESENTACIÓN FETAL

- a) Cefálico
- b) Podálico
- c) Transverso

5. **EDAD GESTACIONAL:** _____ (Semanas, días)

- a) < 37 semanas
- b) 37 a más semanas

6. **TRABAJO DE PARTO**

- a) Espontáneo
- b) Inducido

ANEXO 02: GRUPO DE PACIENTES SEGÚN CLASIFICACIÓN DE ROBSON.

	DEFINICIÓN
1	Mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo.
2	Mujeres nulíparas con embarazo único en cefálico, mayor o igual a 37 semanas, se les realizó inducción del trabajo de parto, o cesárea antes del inicio del trabajo de parto.
3	Mujeres multíparas sin cicatriz uterina previa con un embarazo único en presentación cefálica, ≥ 37 semanas y trabajo de parto espontáneo.
4	Mujeres multíparas sin cicatriz uterina previa con un embarazo único en cefálico, ≥ 37 semanas y se les realizó inducción del trabajo de parto, o cesárea antes del inicio del trabajo de parto.
5	Todas las mujeres multíparas, con al menos una cicatriz uterina previa y con embarazo único en presentación cefálica ≥ 37 semanas.
6	Todas las mujeres nulíparas con embarazo único en presentación de nalgas.
7	Todas las mujeres multíparas con embarazo único en presentación nalga, con o sin cicatriz uterina previa.
8	Todas las mujeres con embarazo múltiple, con o sin cicatriz uterina previa.
9	Todas las mujeres con embarazo único, en presentación transversa u oblicua, con o sin antecedente de cicatriz uterina previa.
10	Todas las mujeres con embarazo único en cefálico menores de 37 semanas, con o sin cicatriz uterina previa.

Fuente: Robson, M. S. Classification of caesarean sections. *Fetal and Materna según la OMS.*(2)

ANEXO 03: INFORME DE TABULACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON

1. partos	2. Cesáreas previas	3. Número de fetos	4. Presentación fetal	5. Edad gestacional	6. Trabajo de parto	Grupo de Robson	
0	No	1	Cefálica	≥ 37	Espontáneo	Grupo 1	
0	No	1	Cefálica	≥ 37	Inducido o cesárea	Grupo 2	
≥ 1	No	1	Cefálica	≥ 37	Espontáneo	Grupo 3	
≥ 1	No	1	Cefálica	≥ 37	Inducido o cesárea	Grupo 4	
≥ 1	Sí	1	Cefálica	≥ 37	Cualquiera	Grupo 5	
0	No	1	Podálica	Cualquiera	Cualquiera	Grupo 6	
≥ 1	Cualquiera	1	Podálica	Cualquiera	Cualquiera	Grupo 7	
Cualquiera	Cualquiera	≥ 2	Cualquiera	Cualquiera	Cualquiera	Grupo 8	
Cualquiera	Cualquiera	1	Trasversa/oblicua	Cualquiera	Cualquiera	Grupo 9	
Cualquiera	Cualquiera	1	Cefálica	< 37	Cualquiera	Grupo 10	

ANEXO 04: Solicitud de permiso para investigación

ESSalud

"Año de la universalización de la salud"

INFORME N° 001-

A : **PAULO CESAR GORDILLO MAYDANA**
Director del Hospital III Daniel Alcides Carrión – EsSalud Tacna

DE : **FARA CARI QUISPE**
Estudiante de la FACSA – EPMH de la UPT.

ASUNTO : **EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS Y TESIS**

Con atención : Oficina de capacitación y docencia y al Comité de Ética del Hospital.

FECHA : 06 de marzo de 2020

Mediante el presente informe, hago de su conocimiento lo siguiente:

Siendo alumno de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna, actualmente egresada, y de acuerdo a las necesidades académicas que se me exigen en mi alma mater, pido su venia para empezar a realizar mi proyecto de tesis titulado:

"COMPORTAMIENTO DE LAS CESAREAS MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL MODELO DE ROBSON EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA. EN LOS AÑOS 2014 AL 2019 CONSECUTIVAMENTE." Estudio que luego de ejecutarse aportara datos sobre los grupos de mujeres que aportan al incremento de tasas de cesárea en el nosocomio.

Es por tanto que hago de su conocimiento, esperando su respuesta positiva, por tratarse de un estudio observacional y descriptivo, lo cual lo hace basarse en datos estadísticos y no en contacto directo con el paciente.

Esperando su comprensión sobre lo detallado, me despido de Ud. no sin antes reiterarle las muestras de mi especial consideración. Atentamente;



Fara Cari Quispe
DNI: 47625630
Egresada de Medicina
Universidad Privada de Tacna.

Fara Cari Quispe