

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**TASA DE CESÁREAS SEGÚN CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A OCTUBRE DEL 2019**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
ASTOCAZA PALOMINO MARIO ALEXIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

ICA – PERÚ

2020

ASESOR:

DOCTOR HARRY LEVEAU BARTRA

AGRADECIMIENTO

A mi madre y padre por su apoyo incondicional en todos estos de estudios universitarios que me supieron entender y aconsejar para poder salir adelante.

DEDICATORIA

A mi hermana menor que me motiva a superarme cada día más, A mis Padres quienes admiro y son mi mayor ejemplo a seguir.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la tasa de cesáreas según la clasificación de Robson en el Hospital Regional de Ica de enero a octubre del 2019.

Material y métodos: Estudio no experimental, Transversal, Retrospectiva y Descriptiva, nivel descriptiva. En una población de 1080 partos que ocurrieron entre enero a octubre del 2019, de donde se obtuvo la muestra aleatoria de 284 partos según la fórmula para proporciones con población conocida. La técnica de recolección de datos fue documental, a través de una ficha de recolección de datos.

Resultados: La tasa de cesárea en el hospital Regional de Ica de enero a octubre es de 45.8%. Los criterios de Robson que tienen mayor tasa de cesárea son el criterio 9, 10, 6 y 2 que son criterios con alta proporción de pacientes que finalizarán su parto como cesárea. Los criterios de Robson que tienen mayor representación para cesáreas son el criterio 5, seguido del criterio 1, y algo más alejados el 2, 3 y 8.

Conclusiones: La tasa de cesáreas en el hospital regional de enero a octubre del 2019 es de 45.8% que supera los parámetros de la OMS (15%)

Palabras clave: Cesáreas, criterios Robson

ABSTRACT

Objective: To determine the rate of caesarean sections according to Robson's classification in the Regional Hospital of Ica from January to October 2019.

Material and methods: Non-experimental, Transversal, Retrospective and Descriptive Study, descriptive level. In a population of 1080 deliveries that occurred between January to October 2019, where the random sample of 284 births was obtained according to the formula for proportions with known population. The data collection technique was documentary, through a data collection sheet.

Results: The cesarean section at the Regional Hospital of Ica from January to October is 45.8%. Robson's criteria that have the highest cesarean section are criteria 9, 10, 6 and 2 that are criteria with a high proportion of patients who will end their delivery as a cesarean section. Robson's criteria that have the highest representation for caesarean sections are criterion 5, followed by criterion 1, and somewhat further away on 2, 3 and 8.

Conclusions: The cesarean section rate in the regional hospital from January to October 2019 is 45.8% that exceeds the WHO parameters (15%)

Keywords: C-sections, Robson criteria

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que un parto vía abdominal solo debe realizarse para mujeres que necesitan una cesárea.

Las gestantes operadas de cesárea, sin tener en cuenta las características epidemiológicas - clínicas, pueden tener hasta 5 veces el riesgo de morbilidades y mortalidades maternas y el riesgo de infección pos-parto comparando con aquellas que han completado su parto vía vaginal.

La tasa de cesáreas ha aumentado en los 30 últimos años. Algunos son atribuidos a motivos médicos, pero otros creen que se debe en parte a factores no médicos. Estos sugieren factores sociales y culturales, desigualdad de acceso a los servicios médicos y estilos de práctica clínica.²

El porcentaje de cesáreas de un nosocomio es un ítem importante que mide la calidad de la atención de la gestante.¹

En el Hospital Regional de Ica se realizan cesáreas como procedimiento alternativo del parto eutócico, observándose que las indicaciones para dicho procedimiento muchas veces no están plenamente justificadas lo que aumenta la tasa de cesáreas en este establecimiento. Es por ello que la investigación se diseña para tener datos exactos sobre las indicaciones de este procedimiento siguiendo los criterios de Robson y poder comprar estos resultados con lo que se presenta en otras regiones del país y del mundo.

La cesárea es un procedimiento quirúrgico no exento de complicaciones, incluso puede presentar complicaciones severas que obligan a extraer el útero quedando la mujer sin posibilidades de tener más descendencia por ello la importancia de conocer las indicaciones que se atribuyen a una cesárea en el según la clasificación de Robson, con lo que se busca contribuir con ampliar el conocimiento sobre este tema.

ÍNDICE	Pag.
CARATULA	i
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
ÍNDICE	vii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE GRÁFICOS	xii
CAPITULO I: EL PROBLEMA	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2.1. GENERAL	3
1.2.2. ESPECÍFICOS	3
1.3. JUSTIFICACIÓN	3
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	4
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6. OBJETIVOS	5
1.6.1. GENERAL	5
1.6.2. ESPECÍFICOS	5
1.7. PROPÓSITO	5
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	6
2.2. BASES TEÓRICA	15
2.3. MARCO CONCEPTUAL	26
2.4. HIPÓTESIS	27
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL	27

2.5. VARIABLES	27
2.6. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS	28
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	29
3.1.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN	29
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	29
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	29
3.3. TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	30
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	31
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	31
3.6 ASPECTOS ETICOS	31
CAPITULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS	
4.1. RESULTADOS	32
4.2. DISCUSIÓN	35
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. CONCLUSIONES	38
5.2. RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	44

LISTA DE TABLAS

	Pag
TABLA N°1: TASA DE CESÁREAS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A OCTUBRE DEL 2019	32
TABLA N°2: GRUPOS DE ROBSON QUE MÁS CONTRIBUYEN CON LA TASA GLOBAL DE CESÁREA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A OCTUBRE DEL 2019	33
TABLA N°3: GRUPO DE ROBSON QUE REPRESENTAN LA MAYOR POBLACIÓN OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A OCTUBRE DEL 2019	34

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág
GRAFICO N°1: TASA DE CESÁREAS – HOSPITAL REGIONAL DE ICA ENERO A OCTUBRE 2019	32
GRAFICO N°2: TASA DE CESÁREAS SEGÚN CRITERIOS DE ROBSON – HOSPITAL REGIONAL DE ICA ENERO A OCTUBRE 2019	33
GRAFICO N°3: REPRESENTACIÓN SEGÚN CRITERIOS DE ROBSON DE LAS CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA ENERO A OCTUBRE DEL 2019	34

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N°1: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	45
ANEXO N°2: MATRIZ DE CONSISTENCIA	46
ANEXO N°3: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	47
ANEXO N°4 BASE DE DATOS	48

CAPITULO I: PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS, casi 830 gestantes a nivel mundial mueren cada día por causas asociadas a la gestación y al parto que se podían prevenir. Además, el 99% de las tasas de fallecimiento materno pertenecen a países pobres, especialmente como resultado de la desigualdad en el acceso a la salud, la cultura y los servicios económicos. Así, la muerte materna no solo es un problema de salud sino también de derechos humanos.

La (OMS) en Fortaleza (Brasil) estableció en: 10-15% el porcentaje máximo de cesáreas.¹

Esta conclusión se basó principalmente en una revisión de un pequeño número de datos disponibles en ese momento, principalmente de países europeos, que proporcionaron resultados maternos y perinatales adecuados. Desde entonces, se cree que lo ideal es entre 10% y 15% el porcentaje de cesáreas aceptables por causas necesarias para su realización. ¹

A partir de ello, las cesáreas han sido frecuentes tanto en países desarrollados como en desarrollo. Actualmente, según los últimos datos de 150 países, el 18,6% de los nacimientos se deben a cesáreas, que van del 6% al 27,2%. Áreas donde el desarrollo no progresa y áreas donde el desarrollo progresa lentamente como en Las Américas y el Caribe tienen la tasa más alta del 40.5%.²

En Colombia según la información de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del año 2015, de lo que era 17% de nacimientos por cesáreas en el año 1995 ahora es 43% en el año 2015 y se observa que las cesáreas se concentran casi la mitad en zonas urbanas (48.1%).³

A nivel latinoamericano, la cesárea aumenta las posibilidades de muerte materna y aumenta la incidencia de infección posparto y tratamiento con antibióticos.³

Además del riesgo inmediato para la madre, también existe un mayor riesgo de parto después de una cesárea, lo que aumenta la probabilidad de parto quirúrgico, y la madre presenta la placenta previa en los embarazos siguientes, lo que aumenta la probabilidad de muerte fetal.²

América Latina es la más alta del mundo con una tasa del 25% al 30%, y la más alta en México, Brasil, República Dominicana, Ecuador y Chile.⁴

En Perú, la tasa de cesáreas aumentó de 22.9% a 31.6% entre 2011 y 2015. La tasa de mortalidad materna peruana en 2015 fue de 68 por cada 100.000 nacidos vivos. Se han realizado progresos para mejorar la salud materna y alcanzar el quinto objetivo del milenio. Esto fue para reducir la mortalidad materna en un 75% (66 por cada 100,000 nacidos vivos), pero aún continúa alta en nuestro país.⁵

En Perú, después de saber que 1 de cada 3 mujeres tuvo una cesárea en 2014, la Comisión de Salud Parlamentaria decidió que una legislación conocida como la Ley de Promoción y Protección de los Derechos de las Mujeres Embarazadas y Nacidas Humanizadas. Iniciativa aprobada, regula la cesárea y permite solo si el experto lo justifica.⁵

Planteado el problema de esta manera es que nos disponemos a realizar esta investigación para conocer la realidad basada en la evidencia del hospital Regional de Ica con el propósito de evaluar los datos con las realidades nacionales e internacionales y proponer mejoras en este campo del desarrollo profesional que tienen alta repercusión en la morbimortalidad materno infantil en este nosocomio.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 GENERAL

¿Cuál es la tasa de cesáreas según la clasificación de Robson en el Hospital Regional de Ica de enero a octubre del 2019?

1.2.2 ESPECIFICOS

¿Cuáles son los grupos de Robson que más contribuyen con la tasa global de cesárea en el Hospital Regional de Ica de enero a octubre del 2019?

¿Cuál es el grupo de Robson que representan la mayor población obstétrica en el Hospital Regional de Ica de enero a octubre del 2019?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La tasa de cesáreas es un ítem que mide morbilidades y muertes asociados con su uso excesivo y eficiencia en el procedimiento, por lo que es uno de los indicadores del desempeño hospitalario.

Es necesario conocer el problema de nuestro hospital en cifras para que su análisis sea realizado de forma clara, ágil y comparable con los estándares que se utilizan internacionalmente. Los resultados finales servirán para proponer medidas de intervención en la institución, enfocando los esfuerzos en los grupos más susceptibles a intervenir y basadas según los ámbitos social, económico y cultural de la población estudiada.

Éstas medidas de intervención podrían ser aplicadas en otros centros de atención. Las pautas propuestas deben acoger la detección temprana de las pacientes a intervenir y la educación tanto de la comunidad como del personal asistencial y médicos para generar conocimiento de la situación.

IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Las cesáreas se asocian con riesgos como infección materna, hemorragia, problemas de anestesia, psicológicos y mayor probabilidad de morbilidades neonatales como insuficiencia respiratoria. Se ha informado que la probabilidad de parto neonatal es 2.9 veces más que el parto vaginal cuando el parto se realiza por cesárea. Conociendo estos riesgos y peligros es que las indicaciones para este procedimiento deben ser estrictamente establecidas de allí la importancia de determinar las principales indicaciones para cesáreas en el Hospital Regional de Ica según los criterios de Robson y mejorar este indicador de salud en beneficio de las madres gestantes.

1.4. DELIMITACIÓN DEL AREA DE ESTUDIO

- Delimitación espacial. La investigación se desarrolló en el Servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ica.
- Delimitación temporal. La investigación se desarrolló en las pacientes sometidas a cesárea entre enero a octubre del 2019
- Delimitación social. El estudio se desarrolló en las gestantes cuyo parto fue por cesárea.
- Delimitación conceptual. El estudio se orientó a determinar las principales indicaciones de parto por cesárea según los criterios de Robson.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realiza en el Hospital Regional de Ica cuyos criterios de indicación para cesárea distan de los criterios en otros hospitales por lo que los resultados no son inferenciales.

1.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. GENERAL

Determinar la tasa de cesáreas según la clasificación de Robson en el Hospital Regional de Ica de enero a octubre del 2019

1.6.2. ESPECÍFICOS

Identificar los grupos de Robson que más contribuyen con la tasa global de cesárea en el Hospital Regional de Ica de enero a octubre del 2019.

Determinar el grupo de Robson que representan la mayor población obstétrica en el Hospital Regional de Ica de enero a octubre del 2019

1.7. PROPÓSITO

Precisar la tasa de partos por cesárea de acuerdo a la clasificación de Robson en el Hospital Regional de Ica de enero a octubre del 2019.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Sánchez Pacheco, N. Caracterización de las cesáreas por modelo Robson en la clínica de maternidad Rafael Calvo de Cartagena. 2017 Colombia. Objetivo general: Caracterizar según el Modelo de Clasificación de Robson a las pacientes sometidas a cesárea durante el año 2016. Diseño Metodológico: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal. La población de estudio la constituyeron todas las historias clínicas de mujeres que asistieron para la atención del parto en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo de Cartagena en el año 2016. Resultados: En total se revisaron 1442 de 7213 historias clínicas, de éstas 725 (50,3%) parieron por cesárea y 717 restante por parto vaginal, conservando la proporción de cesárea del 2016 presentada en la institución. En relación al porcentaje de cesáreas utilizando este método de clasificación de Robson los mayores valores fueron para el grupo 5 (17.75%), el 2 (9.8%) y el 1 (9%). Conclusiones: Se encontró una incidencia de cesáreas del 50,3 % para el año 2016. Las pacientes que más contribuyen al porcentaje general son las multípara con una cesárea anterior, gestación unitario, en posición de cabeza, 37 a más semanas de embarazo.⁶

Manny Zitle, A. Incidencia de cesáreas por la clasificación de Robson en Ginecología y Obstetricia del Hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado. 2016 México. Diseño Metodológico: Incluye a mujeres con gestación mayores de 27 semanas en un estudio

transversal, descriptiva, observacional. Resultados: el embarazo se resolvió en 706 mujeres con cesárea de 65.29%. La edad promedio fue de 31 el período de gestación fue de 38.5 ± 6.7 semanas. 47% eran Primigesta. La indicación materna más frecuente de cirugía se debió a una cesárea repetida, mientras que el feto se debió a presentar distocia. Según la división de Robson 21.24% son del grupo 5 que es el que abarca el mayor porcentaje, 13.88% en el grupo 2 y 9.6% en el grupo 1. Conclusión: la presencia de cicatrices uterinas previas fue un factor decisivo en la mayoría de las cesáreas. Se recomienda influir en la indicación de la 1° cesárea. Reduce así las heridas uterinas.⁷

Morgan-Ortiz, F. Frecuencia de las indicaciones de operación cesárea de acuerdo con la clasificación de Robson en dos hospitales públicos del municipio de Culiacán, Sinaloa. 2016 México. Objetivo del curso: Determinar un criterio que sea altamente proporcional a la tasa de cesáreas, de acuerdo con la clasificación de Robson. Diseño metodológico: se realizó un estudio prospectivo, observacional, transversal y descriptivo entre el 1 de julio de 2016 y el 31 de diciembre de 2016, en el que participaron 823 mujeres con cesárea durante 28 semanas de gestación. Dos hospitales públicos en la provincia de Culiacán. Los pacientes de México se clasificaron según la clasificación de Robson. Resultados: los grupos de Robson 1, 2 y 5 fueron los grupos más contribuyentes para la cesárea (30.1%, 28.6%, 18.6%, respectivamente). Los signos más frecuentes de cesárea fueron descendencia fetal gigante (15,1%), líquido amniótico insuficiente (15,1%) y cesárea repetida (11,7%). No hubo diferencias significativas entre los hospitales participantes para el grupo de la división Robson que contribuyeron con mayor frecuencia a las tasas de cesáreas. CONCLUSIONES: Las mujeres pre cesáreas, mujeres parous normales o inducidas, son las mujeres más propensas a

someterse a una cesárea y están incluidas en los grupos de clasificación Robson 1, 2 y 5.⁸

Talma, M. Caracterización de cesáreas según criterios de Robson en un centro hospitalario del Sur de Chile, años 2015-2016. Chile. Objetivo general: Caracterizar las cesáreas según los tipos de Robson, entre los años 2015-2016, en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Las Higueras de Talcahuano. Diseño metodológico: Estudio descriptivo, transversal, observacional, en 595 partos. Resultados: Se registraron 4.855 partos, de los que se analizaron 595 partos. El Grupo 1 disminuye de 14,1% a 0%, mientras el grupo 2 aumentó de 33,3% a 67,6%. El grupo 3 se ha mantenido en 0%. Tanto el grupo 4 como el 5 (multíparas) aumentaron su porcentaje de cesáreas. El grupo 6 presentó la mayor variación al disminuir desde 83,3% a 0%; por su parte el grupo 7 aumentó desde 66,7% a un 100%. El grupo 9 se mantuvo estable en un 100%. El grupo 10 aumentó de 37,5% a un 41,4%. Conclusiones. Destaca el descenso del grupo 1 (nulíparas), que acorde con la literatura es uno de los grupos que más aporta a las cesáreas siendo susceptible de ser abordado.⁹

Jiménez Hernández, D. Clasificación de cesáreas según criterios de Robson en los 3 últimos años en el hospital de Engativa de la ciudad de Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. 2015 Colombia. Objetivo general: Precisar la frecuencia con que se realiza cesáreas así como la tasa según criterio de Robson en un estudio transversal. Diseño metodológico: Estudio observacional, transversal, se incluyeron un total de 1190 nacimientos Se realizó el análisis descriptivo. Resultados: La tasa general de partos por cesáreas en este nosocomio fue de 36.97% siendo las que mayor contribuyeron en incrementar estas tasas las nulíparas con 38.5% le sigue las que tuvieron cesáreas previas con 36.4% que presenta una tasa de

especificidad del 100% lo que indica que toda gestante con cesárea previa será operada en esta oportunidad. Conclusión: Las tasas específicas de cesáreas en las nulíparas con desarrollo de parto normal fue de 36.6% y para el caso de los niños prematuros esta tasa fue de 43.3%.¹⁰

Aguilar Redondo, R. La clasificación de Robson en un Hospital de España. 2016 Madrid. Objetivo general: Precisar la frecuencia con que se lleva a cabo las cesáreas según criterios de Robson. Diseño metodológico: Estudio no experimental, transversal, descriptivo, retrospectivo, en los partos ocurridos en un Hospital Comarcal de España. Resultados: La edad materna promedio fue de 28.51 años al momento del nacimiento de su hijo. Se observa el 71,2% (6.649) de inicio espontáneo, el 23.3% de inicio evocado (2.172) y el 5.5% de cesárea selectiva (516). Sobre paridad: vaquillas 49.4% (4,616) y parcelas 50.6% (4,721). 789 casos (8,5%) con cesárea. El número de embarazos en un feto (9,193) es 98.5%, y los embarazos múltiples son 144 nacimientos (1.5%). Según los grupos de mayor porcentaje son: grupo 1: feto intracraneal espontáneo durante 37 semanas que inició el parto espontáneamente: (31.2%) y grupo 3: sin cesárea, feto nacido espontáneamente (32.2%) que comenzó a dar a luz naturalmente a la edad de 37 años o más. Conclusión: El grupo con el número mínimo de 0.1% es el grupo 9. Todas las mujeres con un feto lateral o diagonalmente, incluidas las cesáreas previas, las mujeres terminan 100% de cesárea.¹¹

Huang Hsu, I. Comparación de la tasa de cesárea y determinación del grupo poblacional obstétrico prevalente, aplicando el sistema de clasificación de Robson en gestantes ingresadas al obstétrico del hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora, de la ciudad de Quito, del 01 de enero del 2015 al 30 de noviembre del 2016. Ecuador. Diseño metodológico: se realizaron estudios retrospectivos, observacionales,

descriptivos y transversales. En base a la información obtenida, se usó la división de Robson. Esto nos permitió identificar los grupos de población obstétrica que afectarían el aumento global en las tasas de cesárea. Resultados: Tasa general de cesáreas fue equivalente al 42.5%, y los grupos de población obstétrica I (23.3%), IV (23.2%) y III (6.8%) contribuyeron. a Aumentar la tasa de cesáreas hospitalarias en todo el mundo. Conclusión. Los motivos de cesárea en su mayoría corresponden al grupo I y IV de Robson.¹²

Anaya Anichiarico, A. Caracterización de las pacientes con cesárea según tipo de Robson y determinar los factores de riesgo en gestantes atendidas en el hospital Universitario San José de la ciudad 2016 Colombia. Objetivo del curso: Caracterizar a los pacientes sometidos a cesárea de acuerdo con el modelo de Robson y realizar un estudio estadístico de factores relacionados. Diseño metodológico: un estudio descriptivo transversal del 1 de enero de 2016 al 30 de junio de 2016 incluye todos los nacimientos, productos individuales, supervivencia, impuestos y subsidios de hospitales de alto complejo (Cauca-Colombia) durante 24 semanas. Se generaron dos modelos multivariados. Resultados: se analizaron 838 nacimientos y según el modelo Robson, 236 (28.16%) grupos contribuyeron más, según el modelo Robson, y 5 contribuyeron más según las contribuciones de la cesárea en el grupo de atención total (12,17%). El modelo biológico demostró la siguiente importancia: IC 95%; (2.31-5.11); Cesárea ORa 14.72; IC 95% (7.78-27.85), ORa obeso 1.66; IC 95% (1.01-2.74); presentación sin cabeza ORa 9.60; IC 95% (3.14-29.31); riesgo intermedio ORa 2.99 IC 95% (2.01-4.45) y ORa alto 7.13. IC 95% (4.13-12.33). Conclusión: El modelo Robson de acuerdo con esto, los resultados son semejantes al de otras instituciones. Se determinó la importancia en las historias clasificadas como cesárea, obesidad, parto, síntomas no craneales, riesgo moderado y alto.¹³

Autores: Zuleta-Tobón, J; Quintero-Rincón, F; Quiceno-Ceballos, A. Modelo de Robson para clasificar las cesáreas en una institución de III nivel de atención en Medellín. 2015 Colombia. Objetivo del trabajo, Evaluar el desempeño del modelo Robson como una herramienta para identificar grupos prioritarios para intervenir y estimar objetivos razonables para la cesáreas. Diseño metodológico: un estudio descriptivo de corte transversal. Los datos obtenidos se comparan con resultados de otros nosocomios para estimar un objetivo razonable para la cesárea. Resultados: 43.1% de 1319 nacimientos se debieron a cesárea. La aplicación de este modelo ha identificado que se ha producido un exceso interno de cesárea en mujeres sin motivo relevante (Grupo Robson 1 A 4). El porcentaje de cesáreas dentro de estos grupos es el siguiente: 55.4; 15.0 y 49.5% son más altos que los reportados en otros hospitales de III nivel. Se estimó que una proporción razonable de cesáreas institucionales era del 27,6%. Conclusión: La tipología del modelo Robson es útil y eficaz para prioridad que pueden intervenir en la indicación de cesárea.¹⁴

Zúniga Briceño, A. Aplicación de modelo de Robson en sala de labor y partos del Hospital General San Felipe, abril - junio 2017. Managua. Objetivo general: Determinar las características clínicas de la correlación entre el modelo Robson y la indicación clínica de cesárea. Diseño metodológico: un estudio descriptivo de corte transversal del universo de 477 cesáreas selectivas, se obtuvieron muestras de 89 cesáreas realizadas durante el período de estudio utilizando el modelo Robson. Resultados: Según la clasificación del modelo Robson de mujeres embarazadas incluidas en el estudio, la mayoría se clasificaron en los grupos 2 y 5, respectivamente, con 20 (22.5%) cada uno. Sin embargo, según el modelo de Robson, la clasificación de la cesárea indica que el riesgo de cesárea es de 48 (53,9%) y el riesgo de cesárea es de 41 (46,1%). Conclusiones: los grupos

basados en los modelos 1, 2 y 5 de Robson representan tres quintos de la cesárea total y probablemente dos quintos de los grupos de bajo riesgo 1 y Identificar 2. Realizar una cesárea.¹⁵

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Aspajo Paredes, A. Comparación de cesáreas en el hospital apoyo Iquitos según clases de Robson, 2017. Loreto. Objetivo general: determinar la proporción de cesáreas, según tipos de Robson. Diseño metodológico: Estudio no experimental, transversal, prospectiva, descriptiva, se evalúa historias clínicas de cesáreas realizadas en el Hospital de Apoyo de Iquitos. Resultados: Edad promedio 25.3 años, e educación secundaria (54.88%). Fueron multiparas (55%), feto único (83.86%), presentación de cabeza (82.19%) y 37 semanas de gestación 85.6%) y sin cesárea anterior (75.99%). La tasa de cesáreas para todos los tipos fue del 28,85%. Comparando los períodos 2013 y 2016, el porcentaje de partos por cesárea aumentó de 27.79% a 30.06%. El criterio 3 es el mayor, con 36.56%. Los que cumplieron con el criterio 6 tiene la mayor frecuencia de cesáreas (82.05%). El grupo 5 (20.69%) es el criterio que contribuyó mayormente en el incremento de las tasas, el criterio 1 (17.55%) y el criterio 3 (12.86%). En el grupo 2, la proporción de cesáreas aumentó estadísticamente de manera significativa ($p = 0,0045$). Hubo una disminución estadísticamente significativa en la proporción de cesáreas en el grupo 1 y el grupo 3. Conclusión: las tasas de cesáreas hospitalarias exceden las regulaciones de la OMS. Los grupos con mayor contribución para cesárea fueron los grupos 5, 1 y 3.¹⁶

Castañeda Guillén, C. Tasa de cesáreas según modelo de tipología de Robson en el Instituto Nacional Materno Perinatal, periodo enero - diciembre 2015. Lima. Objetivo General: determine la tasa de

cesáreas utilizando el modelo de clasificación Robson del Instituto Nacional Perinatal Materno para el 2015. Diseño metodológico: estudio transversal cuantitativo, observacional, descriptivo, retrospectivo. Resultados: La muestra consistió en 8970 mujeres que completaron un embarazo por cesárea de enero a diciembre de 2015 de 20,243 nacimientos, con una tasa de cesáreas de 44.3%. Según el modelo Robson identificó el 29.2% del grupo 1, el 21.3% del grupo 5 y el 14.6% del grupo 3 que más contribuyeron a la cesárea. Conclusión: Las tasas de cesáreas encontradas de enero a diciembre de 2015 son mucho más altas que las recomendadas por la OMS. Con la aplicación de la tipología Robson, los Grupos 1, 5 y 3 son los que más contribuyen a aumentar la incidencia de cesáreas. Por lo que su uso puede optimizar la tasa de cesáreas.¹⁷

Cusipaucar Uscamaita, G. Tasa de cesáreas según modelo de Robson en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco del Cusco, 2016 – 2017. Cuzco. Objetivo general: Precisar la incidencia de cesáreas según modelo de Robson. Diseño metodológico: Este estudio es analítico, observacional, transversal y retrospectivo. La población consta de 6,319 partos y se realizó en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco en Cusco de 2016 a 2017. Contiene 2,776 casos de cesárea. Resultados: 47.76% de las mujeres embarazadas terminaron con cesárea, siendo 37.7% de la tasa general observada en el grupo 3, y segundo lugar en el grupo 1 con 24.28%. El grupo 5 se ubica al 17%. Las tasas más bajas fueron 0.7% para el Grupo 2, 1.6% para el Grupo 4 y 1.8% para el Grupo 6, la tasa más baja de cesárea general. Conclusión: En la clasificación de Robson, los grupos 1, 3 y 5 fueron los grupos que más contribuyeron a la tasa general de cesárea, y los grupos menos comunes fueron los grupos 2, 4 y 6.¹⁸

Luque Coyla A. Indicaciones y tasa de cesáreas en el hospital Essalud III Puno en el año 2016. Puno. Objetivo general: Precisar las principales indicaciones para las cesáreas y las tasas según los criterios de Robson. Diseño metodológico: El estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal. Resultados: Hubo un total de 940 partos, con una tasa de cesárea de 43.4%. Las principales indicaciones fueron 25,5% de cesáreas y 18% de sufrimiento agudo fetal. Los grupos Robson 1 y 5 contribuyeron más a la tasa de cesáreas. Conclusión: El Hospital EsSalud III Puno mostró una tasa de cesárea más alta que la tasa de cesárea recomendada por la OMS. Usando la clasificación de Robson, se descubrió que la tendencia a operar en los grupos 1 y 5 era más alta que en otros hospitales, y la tasa de cesáreas era más alta en este centro.¹⁹

Palacios Alcántara, L. Tasa de cesáreas según clasificación de Robson en el Hospital II Cañete - Essalud, 2013 – 2014. Lima. Objetivos del trabajo: Determinar las tasas de cesárea utilizando el modelo de cesárea Robson. Diseño metodológico: estudios observacionales, retrospectivos, descriptivos y transversales de libros de nacimiento en hospitales de nivel II durante un período de dos años. Esto incluye a todas las mujeres embarazadas que fueron al hospital y dieron a luz, especialmente todas las mujeres embarazadas con una cesárea. Resultados: La muestra consistió en 542 pacientes que se sometieron a cesáreas entre 2013-2014 con un total de 1,876 partos. La prevalencia de cesárea durante el período de estudio fue del 28,6%, 26,7% en 2013 y del 30,7% en 2014. Robson tipos 3, 1 y 5 fueron los más frecuentes de todos los períodos de estudio. Conclusión: Las tasas de cesáreas hospitalarias excedieron las reguladas por la OMS durante el período de estudio, y este estudio mostró un aumento en las tasas de cesáreas, especialmente los grupos 3 y 1 5. Robson La clasificación de las cesárea con dicho

modelo de clasificación muestran cuán simple, adaptativo y factible es el modelo.²⁰

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

No se encontraron estudios similares

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. CESÁREA

2.2.1.1. CONCEPTO

Nacimiento de un feto por incisión de las paredes abdominal (abierta) y uterina (incisión uterina). Este procedimiento quirúrgico no se describe en documentos médicos premedievales. El término cesárea probablemente proviene del verbo latino caedere.²¹

La cesárea es una intervención médica o quirúrgica que se realiza de forma selectiva o urgente para prevenir y / o tratar complicaciones maternas o fetales.

Este procedimiento incluye la extracción a través de una incisión quirúrgica abdominal al producto (histerotomía abdominal), aunque tenga una mayor proporción de complicaciones del parto normal, así como secuelas de la madre y el recién nacido.²¹

La cesárea tiene un origen incierto y anecdótico que data del año 1500 DC.²¹

Las tasas de mortalidad materna por cesárea del siglo XIX eran del 85% o más, realizando la operación sólo en circunstancias extraordinarias con fines de salvar la vida materna. En las primeras décadas del siglo XX varias innovaciones importantes en el cuidado quirúrgico ocurrieron disminuyendo el riesgo de complicación.

2.2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA

Medir la proporción de operaciones de cesáreas realizadas en un nosocomio es de utilidad a la hora de decidir efectividad en los procedimientos que brinda dicho nosocomio, pues la gestación y el parto son eventos naturales que tienen una tasa de complicaciones del 10 al 15% según la OMS, es de obligación de los profesionales de la salud determinar exactamente quienes están dentro de estos porcentajes a fin de realizarles la cesárea solo a ese porcentaje de pacientes.

La cesárea incrementa enormemente los gastos en salud en este rubro por lo que su buena determinación o indicación contribuirá al ahorro de recursos humanos y materiales en el nosocomio así como disminuir la sobrecarga laboral.

El objetivo de la cesárea es reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal asociadas con el nacimiento. No se han demostrado los beneficios de la operación para mujeres o bebés que no requieren este procedimiento quirúrgico para terminar el parto. Al igual que otras cirugías, se asocia con riesgos que pueden durar muchos años después de la operación, afectando la salud de las mujeres y los recién nacidos, y futuros embarazos.

Se estima que la prevalencia de complicaciones es 20 veces mayor que la del parto vaginal.²²

La cesárea justificada es efectiva para evitar la muerte materno-perinatal. Sin embargo, no hay beneficio si no se requiere este procedimiento. La cesárea puede causar complicaciones y trastornos graves, especialmente en lugares donde las instalaciones y la cirugía son inseguras y donde hay una falta de capacidad para tratar las complicaciones quirúrgicas.

Para las mujeres programadas para cesárea, con 39 semanas de gestación, la intervención quirúrgica aumenta el riesgo de insuficiencia

respiratoria neonatal. La cesárea también aumenta las posibilidades de muerte para los recién nacidos y aumenta la probabilidad de que ocurran ciertas enfermedades.

Según algunos estudios, la cesárea tiene una probabilidad 2,9 veces mayor de muerte para un recién nacido que la cesárea en comparación con el parto vaginal, lo que aumenta las posibilidades de que un recién nacido ingrese a la unidad de cuidados intensivos y tiene un mayor riesgo. Prevalencia de enfermedad respiratoria neonatal y lactantes prematuros.

Según la OMS, la atención temprana, regular e integral del embarazo reduce significativamente tanto el riesgo de complicaciones como la mortalidad materna y perinatal. Además de identificar los factores de riesgo que pueden comprometer la salud binomial de la madre y el niño a lo largo del proceso o después del proceso, brindar atención adecuada al nacer y garantizar una buena salud tanto para la madre como para el niño.²³

Con base en los datos disponibles de una manera internacionalmente aceptada, con el método analítico más apropiado, la OMS concluye:

- 1) La cesárea es efectiva para salvar vidas de madres y recién nacidos solo cuando es necesario por razones médicas.
- 2) A nivel de la población, incluso si la tasa de cesáreas supera el 10%, no afecta la disminución de la mortalidad materna y neonatal.
- 3) La cesárea puede traer graves complicaciones y discapacidad, y en algunos casos permanente o la muerte, especialmente en lugares donde las instalaciones y la cirugía son seguras y donde hay una falta de capacidad para tratar complicaciones quirúrgicas. Idealmente, una cesárea debe realizarse solo cuando sea necesario.
- 4) Se debe hacer todo lo posible para hacer una cesárea para todas las mujeres que lo necesitan, en lugar de tratar de alcanzar un cierto porcentaje.

- 5) Se necesita investigación adicional para comprender los efectos de la cesárea en la salud sobre algunos resultados futuros inmediatos. Pues el impacto en la salud materna y neonatales no están claros.²⁴

2.2.1.3. INDICACIONES DE CESÁREA

Actualmente, las indicaciones destacadas para la cesárea son:

- a) distocia (si no hay progreso en el parto, la inducción falla o no hay progresión en la reducción de los síntomas y el desequilibrio de la cabeza pélvica).
- b) Presentación pélvica.
- c) Sufrimiento del feto.
- d) Historia de cesárea previa u otra operación en el útero

Las razones por las cuales las tasas de cesárea continúan aumentando no se entienden completamente, pero aquí hay algunas explicaciones.

- 1) Habitualmente son nulípara con los que la tasa de cesáreas es mayor.
- 2) Mujeres de edad mayor de 35 años o añosas, tienen un mayor riesgo de concluir el parto en cesárea.
- 3) Existe un uso generalizado de la monitorización electrónica del feto, una técnica asociada con una mayor frecuencia de cesárea.
- 4) Aumento de la tasa de fetos en posición de pelvis cuyo parto es por cesárea.
- 5) La frecuencia de aplicar fórceps aumenta las complicaciones y por ende el de cesáreas
- 6) La tasa de inducción del trabajo de parto continúa aumentando
- 7) La obesidad ha aumentado notoriamente.
- 8) La frecuencia de la cesárea de mujeres con preeclampsia se ha incrementado, mientras que la frecuencia de la inducción del trabajo de parto en estas pacientes se ha reducido.

- 9) La frecuencia de parto vaginal después de una cesárea ha descendido
- 10) La frecuencia de cesáreas electivas aumenta cada vez más
- 11) Las demandas por imprudencia profesional siguen contribuyendo de manera considerable a la tasa actual de cesáreas.²⁴

Varios autores han categorizado las diferentes causas de cesárea. Los indicadores que dirigen el desempeño de una cesárea se clasifican según si su causa principal es materna, fetal u ovular, y pueden considerarse criterios absolutos o relativos ²⁵

a) Absoluto:

Incluye todas las prevalencias y / o comorbilidades asociadas con el embarazo / parto o embarazo.

b) Relativo:

Si se incluye la condición de atención (infraestructura, recursos humanos, apoyo de diagnóstico, etc.) y no está disponible, no se puede garantizar un pronóstico bueno para la salud materna e infantil en el momento del parto.²⁵

Clasificación según causas maternas, fetales u ovulares.

Causas Maternas

- ✓ Cicatriz uterina previa (cesárea anterior)
- ✓ Desproporción céfalo pélvica
- ✓ Distocia de dilatación
- ✓ Trastornos Hipertensivos en el embarazo
- ✓ Virus de Herpes activo
- ✓ Condilomatosis (HPV)
- ✓ VIH

Causas fetales

- ✓ Macrosomía fetal
- ✓ Distocia de presentación

- ✓ Ruptura prematura de membranas
- ✓ Anomalías fetales
- ✓ Hidrocefalia
- ✓ Restricción de crecimiento intrauterino
- ✓ Compromiso de bienestar fetal
- ✓ Procidencia del cordón umbilical
- ✓ Embarazo múltiple

Causa mixta

- ✓ Anomalías de inserción placentaria (placenta previa y placenta baja)
- ✓ En los últimos tiempos la petición por parte de la madre de cesárea se ha considerado una causa para la realización de esta práctica.⁽²⁵⁾

Factores condicionantes de las cesáreas.

Paridad:

Si la paridad es extrema, la probabilidad de cesárea es alto.

La cesárea se puede indicar por distocia dinámica o mecánica, síntomas anormales, embarazo múltiple. Multigestación, incluyendo 4 a 5 niños, ya está en riesgo, y gestación con feto grande está en riesgo debido a complicaciones como distocia fetal, placenta de implantación baja, desprendimiento prematuro placentario, distocia dinámica de ruptura uterina. Por lo tanto, son candidatas que pueden terminar su gestación por cesárea.

Edad de maternidad:

El embarazo en niñas con menos de 15 o más de 35 años está en alto riesgo porque 20 a 29 años es óptimo para el proceso reproductivo. El

primer adolescente representa un grupo de riesgo, y algunas personas tienen una pelvis estrecha debido al desarrollo pélvico deficiente. A más edad de la madre, también lo hace la posibilidad de sufrir una enfermedad. Probablemente determine la cesárea. También aumenta el riesgo de muerte perinatal y materna. ²⁶

2.2.1.4. COMPLICACIONES DE LAS CESÁREAS.

En el sistema de Salud Pública las cesáreas son menos frecuentes al contrario que el sector privado, ya que las acciones e intervenciones del médico están orientadas al cumplimiento de guías y protocolos establecidos, se conoce que en los servicios de salud pública que la independencia de la decisión de la madre esta relegada por la decisión del profesional.

El sangrado vaginal de 500 a 999 cc es del 24.5%, el sangrado posparto es del 2.9%, la anemia leve es del 34.3% y la anemia moderada es del 11.8%. Las complicaciones neonatales incluyeron principalmente 14.7% de líquido amniótico escaso y 9.8% de meconio denso, 7.8% de síndrome de disnea y 5.9% de taquipnea transitoria en el recién nacido.

La cesárea también se usa en situaciones donde no hay signos médicos que constituyan cesárea innecesaria, en cuyo caso el posible daño excede los posibles beneficios. Cada año en el sector privado, hay más de 13,000 cesáreas ilegítimas desde un punto de vista médico, lo que equivale a más de \$ 6.7 millones por año. En Perú, si tiene seguro o seguro de salud, los nacimientos naturales en clínicas privadas oscilan entre S / 5000 y S / 10,000. En el caso de una cesárea, si no hay seguro, el monto puede llegar a S / 20 mil.

Además, hay un número significativo de mujeres que requieren una cesárea. Es un parto porque cree que algo puede suceder en el momento del parto, y es un parto porque hubo un problema con el

parto anterior. Además de esto, el miedo a los efectos legales médicos por parte de los médicos aumenta la proporción de cesáreas, ya que en ciertos casos siempre se le acusa de no realizar una cesárea.

La cesárea sirve como guía para las autoridades estatales y de salud para administrar la obstetricia de emergencia y el uso de recursos.

Además, es un indicador importante de la calidad obstétrica porque puede evaluar el progreso de la salud materno infantil.

Recientemente, se han desarrollado medidas de riesgo maternos como indicador de calidad en salud. Del mismo modo, los hospitales que atienden a pacientes de bajo riesgo pueden parecer que brindan atención de calidad, incluso cuando no lo es pues la calidad tiene variados aspectos de evaluación.²⁸

2.2.2. CLASIFICACIÓN DE ROBSON

Para medir la tasa de cesáreas innecesarias es de gran importancia el análisis individual de cada caso que se opera y elaborar protocolos de cesáreas a fin de verificar si cumple o no con los criterios.

La clasificación tradicional de cesáreas basadas en indicaciones no se recomienda porque es difícil hacerlo prospectivamente sin sesgo de registro.

El sistema de clasificación de Robson permite comparar una sola unidad a lo largo del tiempo entre diferentes unidades, proporcionando una razón para cambiar positivamente la práctica de un grupo particular de mujeres. Identificar qué grupos aumentan las tasas de cesárea, reconocer de antemano que algunos son susceptibles de intervención y otras no lo están, reevaluar las indicaciones y la relevancia de la cesárea, y estos pacientes Identificar factores de riesgo modificables para grupos Puede implementar estrategias de intervención.²⁹ La clasificación de Robson que agrupa a las cesáreas en 10 grupos,

contribuye a evaluar cuáles son los criterios o grupos donde se realiza mayormente cesárea.

La OMS propone utilizar esta clasificación como un estándar global para la estimación a largo plazo, el control y el monitoreo de las tasas de cesáreas en los centros de salud. También permite la implementación de estrategias destinadas a mejorar la calidad de cesáreas según la proporción en que se realizan por grupos.²⁹

La propuesta de clasificación realizada por el Dr. Michael Robson y colaboradores se publicó en 2001, en ésta se catalogan a las mujeres en 10 grupos, los cuales se definieron para ser determinados prospectivamente, que fuesen mutuamente exclusivos, totalmente inclusivos y clínicamente relevantes, lo que permite comparaciones en distintos momentos de una misma o entre distintas instituciones.

Ellos partieron de conceptos obstétricos básicos: Paridad, Inicio del trabajo de parto, Edad gestacional, Presentación fetal y Cantidad de fetos.

Cada uno de los 10 grupos puede y debe subdividirse más cuando sea requerido.

Las indicaciones para las cesáreas deben especificarse dentro de cada grupo de pacientes, ya que la definición y el manejo pueden variar en cada grupo.

La caracterización por grupos permite reconocer los que elevan más la tasa global e identificar en cuáles se pueden centrar las intervenciones. Ésta clasificación se ha utilizado para comparar la tasa de cesáreas en millones de mujeres de todo el mundo.³⁰

2.2.2.1. CONCEPTOS Y PARÁMETROS DEL MODELO DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON

Concepto Obstétrico	Parámetros
Categoría del embarazo	Único feto en cefálica Único feto en podálica Único feto en transversa u oblicua Fetos múltiples
Historia obstétrica previa	Nulíparas Múltiparas sin cesáreas previas Múltiparas con cesáreas previas
Inicio del parto	Partos espontáneos Inducciones de parto Cesáreas electivas antes del parto
Edad gestacional	EG con semanas completas en el momento del parto

Fuente. Datos tomados de Robson (2001)(29)

2.2.2.2. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON

GRUPO ROBSON	CRITERIOS INCLUSIÓN
GRUPO 1	Nulípara gestando feto único en presentación cefálica, 37 a más semanas de gestación, trabajo de parto espontánea.
GRUPO 2	Nulípara gestando feto único en presentación cefálica, 37 a más semanas de gestación, trabajo de parto inducido o cesareada antes del inicio del trabajo de parto.

GRUPO 3	Multípara sin cicatrices uterinas previas, con gestación única en presentación cefálica, 37 a más semanas de gestación, trabajo de parto espontánea.
GRUPO 4	Multípara sin cicatrices uterinas previas, con gestación única en presentación cefálica, 37 a más semanas de gestación, trabajo de parto inducida o cesareada antes del inicio del trabajo de parto.
GRUPO 5	Multípara con por lo menos una cicatriz en el útero, gestación con feto único en presentación cefálica, 37 a más semanas de gestación.
GRUPO 6	Nulíparas con embarazo única en presentación podálica.
GRUPO 7	Multípara con embarazo única en presentación podálica, incluida la mujer con cicatriz uterina previa.
GRUPO 8	Mujer con embarazo múltiple, incluida la mujer con cicatriz uterina previa.
GRUPO 9	Mujer con embarazo única en situación oblicua o transversa, incluida la mujer con cicatriz uterina previa.
GRUPO 10	Mujer con embarazo única en presentación cefálica, menos de 37 semanas de gestación, incluida la mujer con cicatriz uterina previa.

Fuente. Datos tomados de Robson (2001) (29)

2.2.2.3. Usos de la clasificación de Robson

El propósito para el cual se usa la clasificación con mayor frecuencia es clasificar la población proporcionada, y precisar el grupo más contribuyente en aumentar la tasa de cesáreas. Algunos estudios, además de esta explicación, la utilizan para evaluar las tendencias a lo largo del tiempo tanto a nivel organizacional.

Otros usan clasificaciones para hacer comparaciones institucionales, identificar diferencias entre instituciones, buscar causas de la

variabilidad de la cesárea e identificar aún más la variabilidad dentro de la región. Evaluar el efecto de la reducción. Por ejemplo, entre diferentes regiones o dentro de un grupo de población.

Las diferencias en las tasas por criterios de Robson pueden contribuir para socializar entre instituciones con la finalidad de mejorar los índices de cesáreas.

Es de utilidad además para estandarizar criterios de intervención ante gestaciones de alto riesgo. ³⁰

2.3. MARCO CONCEPTUAL

CESÁREA: una intervención quirúrgica en la que se realiza una incisión en el abdomen y el útero para dar a luz al feto.

CESÁREA SELECTIVA: una cesárea programada durante la atención prenatal.

CESÁREA DE EMERGENCIA: Inesperadamente determinada por la presencia de complicaciones repentinas o condiciones médicas, obliga al final del embarazo lo antes posible, pero respeta los requisitos para ingresar a la sala de operaciones.

CESÁREA DURANTE EL PARTO: la cesárea implica una expansión específica en caso de una bolsa rota y un cese de dilatación uterina durante al menos 2 horas una vez que comienza el parto.

CAUSAS DE CESÁREA: indicados si el parto vaginal es imposible o si la entrega del parto significa un grave daño a la salud de la mamá o del bebé. Hay signos claros y absolutos, como la enfermedad de placenta de implantación baja. Pero la mayoría de indicaciones son relativas y deben evaluarse de manera adecuada y cuidadosa en cada caso.

HISTERORRAFIA: Sutura quirúrgica de las laceraciones e incisiones uterinas.

MIOMATOSIS UTERINA: Neo formación de tejido muscular de aspecto tumoral a los cuales se debe su desarrollo.

HIPOXEMIA: Disminución de la concentración de oxígeno en la sangre

HIPOXIA: Falta de aporte de oxígeno a los tejidos.

CRITERIOS DE ROBSON. Cada sistema de clasificación femenino está incluido en una de las 10 categorías mutuamente excluyentes. Las categorías surgen de 5 características obstétricas básicas que se registran regularmente en todos los hospitales de maternidad (paridad, inicio del parto natural, o por inducción o cesárea antes del parto), edad del embarazo; presentaciones fetales (cabeza) o posición o pie y estado transverso, y número de fetos (solos o múltiples).

2.4. HIPÓTESIS

Hipótesis general

Estudio descriptivo que no considera hipótesis

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLES INDEPENDIENTE

Tasa de parto por cesarea

2.5.2. VARIABLES DEPENDIENTE

Tasa de cesáreas según criterios de Robson

Indicación de cesárea según criterios de Robson

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

- Tasa de parto por cesárea. Porcentaje de partos realizados mediante cesárea en un tiempo de determinado.
- Tasa de cesáreas según criterios de Robson. Porcentaje de partos realizados mediante cesárea según criterio en un tiempo de determinado.
- Indicación de cesárea según criterios de Robson. Motivos que generan que el parto debe ser por vía abdominal.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

- Tasa de parto por cesárea. Variable medida a través de la fórmula de tasa.
- Tasa de cesáreas según criterios de Robson. Variable medida a través de la fórmula de tasa.
- Indicación de cesárea según criterios de Robson. Variable medida según indicación de cesárea.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. DISEÑO METODOLOGICO

3.1.1. TIPO

Estudio observacional pues no se intervino en las variables, Transversal debido a que las medidas en las variables es una sola vez, Retrospectiva porque los datos fueron registrados en el pasado y descriptiva por que el estudio tiene una variable.

3.1.2. NIVEL

Descriptivo

Diseño

Cuantitativo.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población son las gestantes que presentaron parto en el Hospital Regional de Ica de enero a octubre que son: 1080 partos por cesáreas.

3.2.2. MUESTRA. Para proporciones con tamaño poblacional conocida

$$n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N-1) + z^2 * P * q}$$

$$N = 1080$$

$$p = 0.5$$

$$q = 1 - 0.5 = 0.5$$

$$Z = 1.96$$

$$d = 5\% = 0.05$$

$$n = \frac{1080 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (1080 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

n=284 partos por cesárea

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Paciente gestante que se atendió en el hospital Regional de Ica entre enero a octubre del 2019
- Paciente con historia clínica con datos completos para el estudio y legibles

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Paciente con historia clínica con datos incompletos para el estudio o ilegibles.

MUESTREO

Para seleccionar la muestra se realizará al azar simple, para ello se tomaron en cuenta la población de 1080 historia clínicas de gestantes que presentaron partos por cesáreas en HRI de enero a octubre del 2019 cada una de ellas marcadas con un ticket, para que posteriormente una tercera persona ajena a la investigación con los ojos vendados logre escoger de todas las historia clínicas agrupadas solo 284 correspondientes al tamaño de la muestra.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICA

La técnica que se utilizó será la documentación pues se realizó una revisión de las historias clínicas de gestantes que tuvieron parto en este nosocomio en sus diferentes modalidades en el periodo indicado.

3.3.2. INSTRUMENTO

El instrumento básico para recolectar datos fue la ficha de datos donde se consigna la información necesaria para el estudio. El instrumento fue utilizado y validado en el Perú por Castañeda Guillén, C. en su trabajo publicado en el 2015 utilizando los criterios de clasificación elaborado y validado por Robson.

3.4.- DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el estudio se empleó estadística descriptiva obteniendo valores absolutos, relativos y porcentajes.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Información que será tratada en el programa Excel de donde se obtendrán las tablas y gráficos correspondientes para una mejor comprensión de los resultados.

3.6 ASPECTOS ETICOS

La investigación no denota riesgos para la salud o integridad de las personas.

Los datos obtenidos serán de carácter anónimo, identificados por un número, y la información obtenida es solo de utilidad para la investigación conservando dichos datos confidencialmente.

CAPITULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

TASA DE CESÁREAS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A OCTUBRE DEL 2019

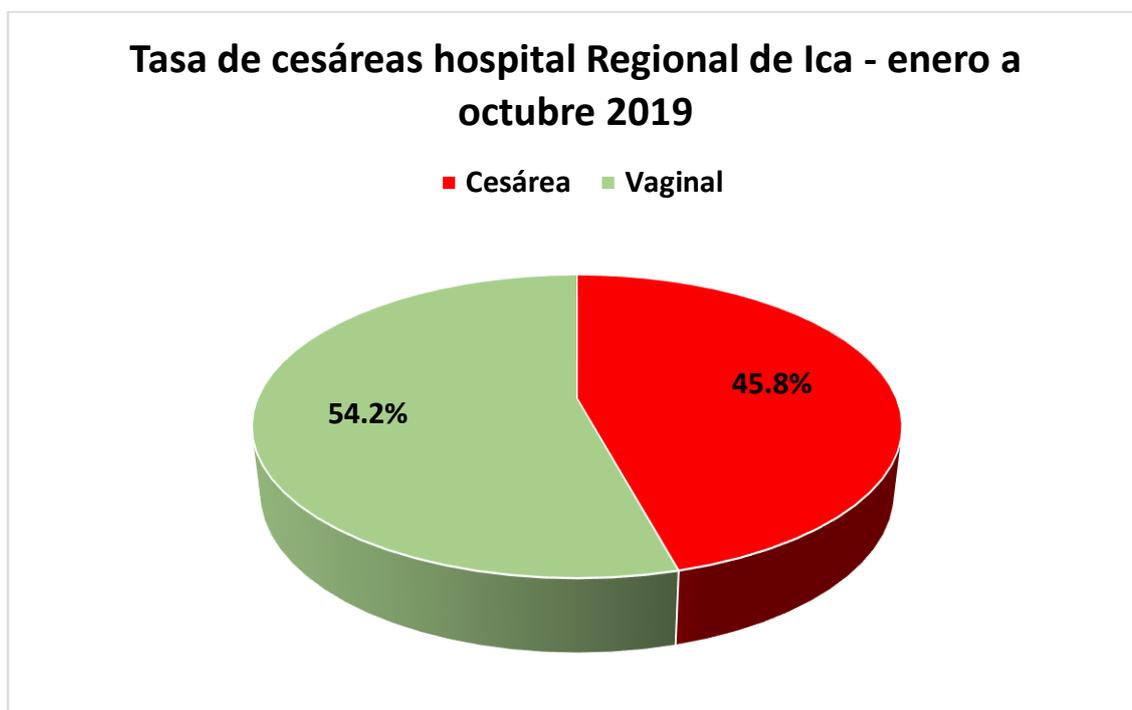
Tabla N° 1

Cesárea	Frecuencia	Porcentaje
SI	130	45.8%
NO	154	54.2%
Total	284	100.0%

Fuente: Elaboración propia

La tasa de cesárea en el Hospital Regional de Ica de enero a octubre es de 45.8%.

Gráfico N° 1



GRUPOS DE ROBSON QUE MÁS CONTRIBUYEN CON LA TASA GLOBAL DE CESÁREA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A OCTUBRE DEL 2019

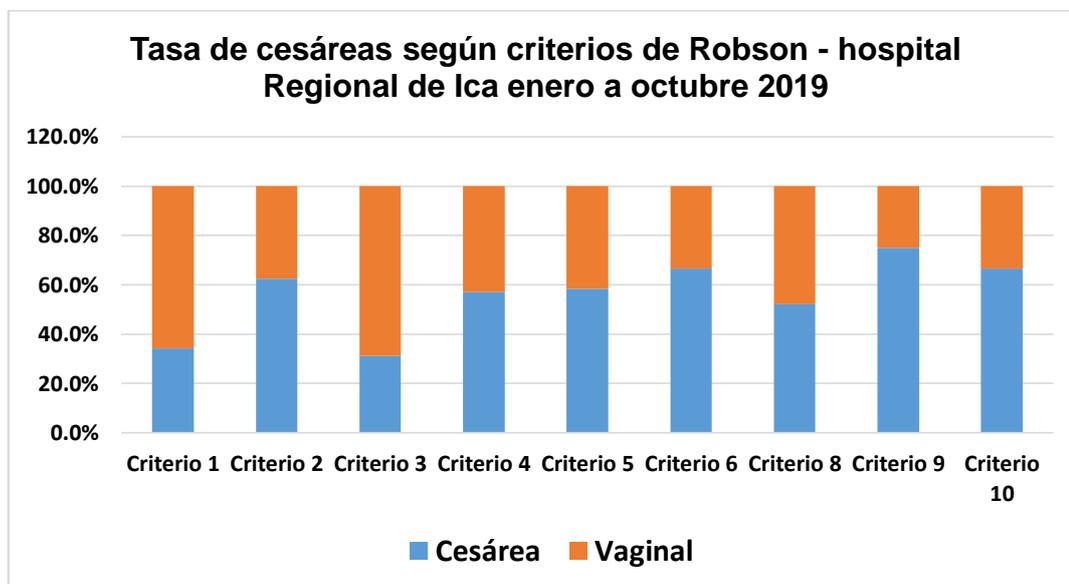
Tabla N° 2

Criterios de Robson	Cesárea		Vaginal		Total	
	F	%	F	%	F	%
Criterio 1	34	34.3%	65	65.7%	99	100%
Criterio 2	15	62.5%	9	37.5%	24	100%
Criterio 3	15	31.3%	33	68.8%	24	100%
Criterio 4	8	57.1%	6	42.9%	14	100%
Criterio 5	35	58.3%	25	41.7%	60	100%
Criterio 6	2	66.7%	1	33.3%	3	100%
Criterio 8	12	52.2%	11	47.8%	23	100%
Criterio 9	3	75.0%	1	25.0%	4	100%
Criterio 10	6	66.7%	3	33.3%	9	100%
Total	130	45.8%	154	54.2%	284	100%

Fuente: Elaboración propia

Los criterios de Robson que tienen mayor tasa de cesárea son el criterio 9, 10, 6 y 2 que son criterios con alta proporción de pacientes que finalizarán su parto como cesárea.

Gráfico N° 2



**GRUPO DE ROBSON QUE REPRESENTAN LA MAYOR POBLACIÓN
OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A
OCTUBRE DEL 2019**

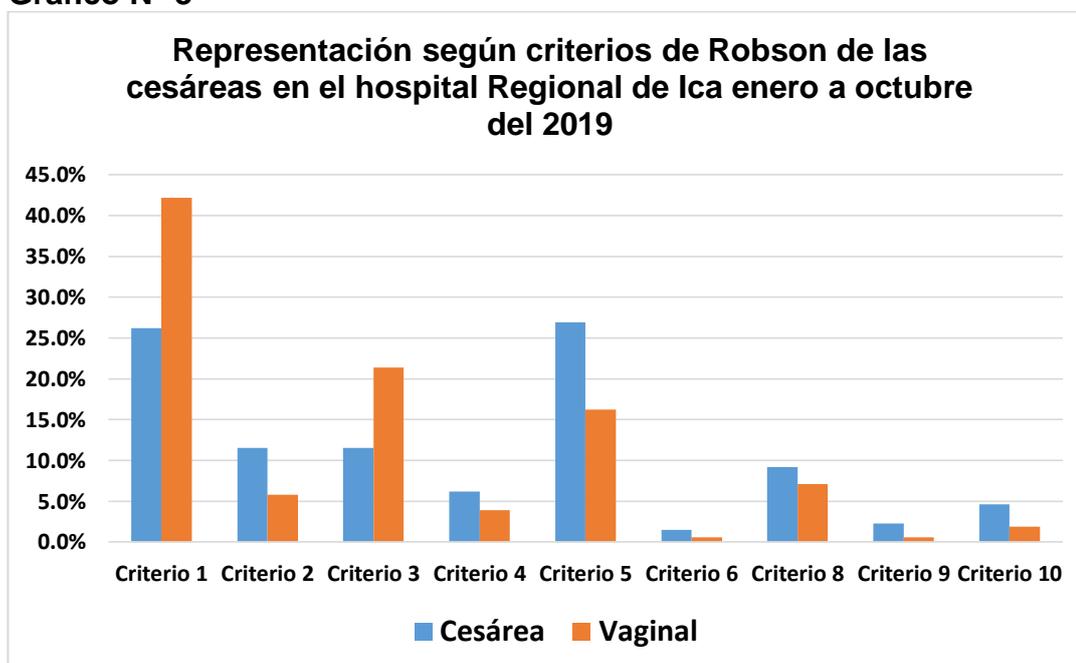
Tabla N° 3

Criterios de Robson	Cesárea		Vaginal		Total	
	F	%	F	%	F	%
Criterio 1	34	26.2%	65	42.2%	99	34.9%
Criterio 2	15	11.5%	9	5.8%	24	8.5%
Criterio 3	15	11.5%	33	21.4%	24	16.9%
Criterio 4	8	6.2%	6	3.9%	14	4.9%
Criterio 5	35	26.9%	25	16.2%	60	21.2%
Criterio 6	2	1.5%	1	0.6%	3	1.1%
Criterio 8	12	9.2%	11	7.1%	23	8.1%
Criterio 9	3	2.3%	1	0.6%	4	1.4%
Criterio 10	6	4.6%	3	1.9%	9	3.2%
Total	130	100%	154	100%	284	100%

Fuente: Elaboración propia

Los criterios de Robson que tienen mayor representación para cesáreas son el criterio 5, seguido del criterio 1, y algo más alejados el 2, 3 y 8.

Gráfico N° 3



4.2. DISCUSIÓN

Según la OMS la tasa de cesáreas no debe exceder de 15%, y en el hospital Regional de Ica por ser un hospital docente es que la tasa de cesáreas supera ampliamente a los parámetros estipulados por la OMS tal como se muestra en la tabla N° 1 donde se determinó una tasa de cesáreas de 45.8%, atribuido en gran parte a la influencia de los aspectos docentes y a evitar conflictos judiciales por decisiones como se pudo detectar en el transcurso del desarrollo de esta investigación, esta tasa de cesáreas se mantuvo estable en todos los meses que duró la investigación de enero a octubre del 2019. Sánchez Pacheco ⁶ en Cartagena Colombia en el 2017 encuentra una tasa de cesáreas de 50.3% porcentaje más alto que el encontrado el estudio. Manny ⁷ en México encuentra una tasa de cesáreas de 65.29%, porcentaje extremadamente alta en relación a los parámetros de la OMS, que se debería a factores externos más que a factores maternos fetales u ovulares como motivo de la cesárea. Sin embargo, Jimenez ¹⁰ en Bogotá Colombia determina una tasa de cesáreas del orden del 36.9% lo que se debería a los diferentes criterios que existen entre nosocomios con respecto a las indicaciones para terminar el parto por cesárea. Bajas tasas las de cesáreas también se encontró en Medellín en el estudio de Zuleta ¹⁴ con 27.6% aunque superior al parámetro de la OMS que es de 15%. Similar resultado encuentra Aspajo ¹⁶ en Loreto 28.85% de cesáreas. En el Cuzco Cusipaiucar ¹⁸ encuentra una tasa de cesáreas de 43.9%. Casi el mismo porcentaje 43.4% de cesáreas encuentra Luque ¹⁹ en Puno.

En la tabla N° 2 se muestra las tasas de cesáreas según criterios de Robson siendo las más altas en el grupo 9 con 75% (Mujer con embarazo única en situación oblicua o transversa, incluida la mujer con cicatriz uterina previa) seguido del grupo 6 con 66.7% (Nulíparas con embarazo única en presentación podálica), 10 con 66.7% (Mujer con embarazo única en presentación cefálica, menos de 37 semanas de gestación, incluida la mujer con cicatriz uterina previa) y 2 con 62.5% (Nulípara gestando feto único en

presentación cefálica, 37 a más semanas de gestación, trabajo de parto inducido o cesareada antes del inicio del trabajo de parto) los criterios 5 (Multípara con por lo menos una cicatriz en el útero, gestación con feto único en presentación cefálica, 37 a más semanas de gestación) y 4 (Multípara sin cicatrices uterinas previas, con gestación única en presentación cefálica, 37 a más semanas de gestación, trabajo de parto inducida o cesareada antes del inicio del trabajo de parto) también pasan el 50%, específicamente 58.3% y 57.1% respectivamente. Siendo los otros criterios con tasas de cesáreas menores. Aguilar ¹¹ en su estudio determina que el 100% de las gestantes con criterio 9 terminaron su parto en cesárea.

Con respecto a los partos que tienen más alta proporción de cesáreas según los criterios de Robson son las del criterio 5 con 26.9% (Multípara con por lo menos una cicatriz en el útero, gestación con feto único en presentación cefálica, 37 a más semanas de gestación) seguido del criterio 1 con 26.2% (Nulípara gestando feto único en presentación cefálica, 37 a más semanas de gestación, trabajo de parto espontánea) y en menor proporción los de los criterios 2 y 3 con 11.5% cada una. Según el estudio de Sánchez Pacheco ⁽⁶⁾ en Cartagena Colombia las cesáreas que más contribuyen al porcentaje general de cesáreas según criterios de Robson son las del criterio 5 seguido de 2 y 1. Igualmente Manny ⁷ también concluye que la que más proporción de cesáreas tiene según los criterios de Robson son los del criterio 5 seguido del 2 y 1. Mientras que las tasas que más contribuyeron en elevar las tasas de cesáreas fueron los que cumplieron con los criterios 1, 2 y 5 Según Morga ⁸ en México. De igual modo Telma ⁹ en su estudio concluye que las del criterio 1 contribuyen más a las tasas de cesáreas en Chile. Huang ¹² en Quito concluye que los criterios más frecuentes para cesáreas fueron en 1 y 4 que dista de los encontrados en el estudio, la que se debería a las diferencias entre los profesionales de la salud y los pacientes en estas regiones que hacen que las indicaciones de cesáreas sean según el criterio 1 y 4. También Anaya ¹³ en Colombia indica que la que más contribuye con

aumentar la tasa de cesárea fueron los que cumplieron con los criterios 5 de Robson. Los criterios 1, 2 y 5 son las que más contribuyeron a elevar las tasas de cesáreas en Managua en un estudio desarrollado por Zúñiga.¹⁵ Coincide también Aspajo ¹⁶ en Iquitos que los criterios de Robson que más contribuyen en el aumento de cesáreas son el 5, 1 y 3. Igualmente Castañeda ¹⁷ en Lima indica a los criterios 1, 5 y 3 como los más contribuyentes para cesáreas. Estos mismos criterios son también motivo de incremento de las cesáreas en Cañete en un estudio realizado por Palacios ²⁰. Del mismo modo y en los mismos criterios encuentra Cusipaucar ¹⁸ en el Cuzco.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- 1) La tasa de cesárea en el hospital Regional de Ica de enero a octubre es de 45.8%.
- 2) Los criterios de Robson que tienen mayor tasa de cesárea son el criterio 9, 10, 6 y 2, que son criterios con alta proporción de pacientes que finalizarán su parto como cesárea.
- 3) Los criterios de Robson que tienen mayor representación para cesáreas son los criterios 5, seguido del criterio 1, y algo más alejados el 2, 3 y 8.

5.2. RECOMENDACIONES

- 1) Se recomienda la prevención como factor básico para evitar una alta incidencia de cesárea y factores de riesgo obstétrico tales como edad, nacimiento, antecedentes personales y familiares, antecedentes obstétricos, apropiados. Manejo prenatal, factores socioeconómicos.
- 2) Verificar adecuadamente y según criterios protocolares el trabajo de parto, evaluando el factor materno, fetal u ovular como contribuyentes de las distocias de la gestación o del trabajo de parto as fin de intervenir oportunamente mejorando la situación o indicando la cesárea según sea el caso.

- 3) Discernir correctamente a las gestantes que requieran interrumpir su parto normal por un parto por cesárea, ello es posible protocolizando procedimientos previa socialización de las principales patologías de la zona que afectan a la gestante.

BIBLIOGRAFÍA

1.- OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Resumen ejecutivo. [Internet]. Suiza; 2015 abr. Disponible en:

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/

2.- OMS 2018. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Disponible en: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1

3.- Ministerio de Salud y Protección Social, PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Tomo II Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva, 2015. Colombia.

4.- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). Atención del parto por cesárea. Guía Práctica Clínica, 1–39.

5.- Congreso de la República del Perú. Ley de la Promoción y Protección del Derecho al Parto Humanizado y de la Salud de la Mujer Gestante. 2015 Apr 22; Disponible en: <http://www.gacetajuridica.com.pe/envioslaley/dictamen.pdf>

6.- Sánchez Pacheco, N. (2017). Caracterización de las cesáreas por modelo Robson en la clínica de maternidad Rafael Calvo de Cartagena Colombia. 2017.

7.- Manny Zitle, A. (2018). 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. México.

8.- Morgan-Ortiz, F. (2016). Frecuencia de las indicaciones de operación cesárea de acuerdo con la clasificación de Robson en dos hospitales públicos del municipio de Culiacán, Sinaloa; México. Rev Med UAS; Vol. 8: No. 1. enero-marzo 2018

- 9.- Talma, M. (2016). Caracterización de cesáreas según criterios de Robson en un centro hospitalario del Sur de Chile, años 2015-2016
- 10.- Jiménez Hernández, D. (2015). Clasificación de cesáreas por grupos de Robson en los últimos 3 años en el hospital de Engativa de la ciudad de Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 67 No. 2 • Abril-junio 2016 • (101-111)
- 11.- Aguilar Redondo, R. (2016). Uso de la clasificación de Robson en un Hospital Comarcal de España para reducir la tasa de cesáreas. Rev Chil Obstet Ginecol 2016; 81(2)
- 12.- Huang Hsu, I. (2016). Análisis comparativo de la tasa de cesárea e identificación del grupo poblacional obstétrico prevalente, mediante la aplicación del sistema de clasificación de Robson en las mujeres gestantes ingresadas al servicio de centro obstétrico del hospital gineco-obstétrico isidro ayora, de la ciudad de quito, durante el período del 01 de enero del 2015 hasta el 30 de noviembre del 2016.
- 13.- Anaya Anichiarico, A. (2016). Caracterización de las pacientes llevadas a cesárea según modelo de Robson y exploración de factores asociados en gestantes atendidas en el hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán-Colombia. 1 de enero de 2016 a 30 de junio de 2016. Rev Chil Obstet Ginecol 2017; 82(5)
- 14.- Zuleta-Tobón, J; Quintero-Rincón, F; Quiceno-Ceballos, A. Aplicación del modelo de Robson para caracterizar la realización de cesáreas en una institución de tercer nivel de atención en Medellín, Colombia. Estudio de corte transversal Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 64, núm. 2, abril-junio, 2013, pp. 90-99 Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología Bogotá, Colombia.
- 15.- Zúniga Briceño, A. (2017). Aplicación de modelo de Robson en sala de labor y partos del Hospital General San Felipe, abril - junio 2017. Managua, Nicaragua, C.A., marzo 2018.

- 16.- Aspajo Paredes, A. (2017). Análisis comparativo de las cesáreas en el hospital apoyo Iquitos en dos periodos de estudio usando la clasificación de Robson.
- 17.- Castañeda Guillén, C. (2015). Tasa de cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Instituto Nacional Materno Perinatal, periodo enero - diciembre 2015.
- 18.- Cusipaucar Uscamaita, G. (2018). Tasa de cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco del Cusco, 2016 – 2017
- 19.- Luque Coyla A. (2016). Indicaciones y tasa de cesáreas en el hospital Essalud III Puno en el año 2016
- 20.- Palacios Alcántara, L. (2016). Tasa de cesáreas por modelo de clasificación de Robson en el Hospital II Cañete - Essalud, 2013 – 2014 Lima.
- 21.- Martínez Salazar G. (2015). Operación Cesárea. Una Visión Histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. Revista Médica del Instituto del Seguro Social, 608 - 615.
- 22.- Yepéz, E., Nieto, B., Hernández, F., Suarez, L., Yuen, V., Gordón, M., & David, A. (2015). Atención del parto por cesárea, guía de práctica clínica. Ministerio De Salud Pública, 1–39. disponible en:
http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Atencion_del_Partido_por_cesarea.pdf.
- 23.- García Simón, R. (2017). Creación de un modelo predictivo de cesárea, resultado perinatal y análisis económico de la inducción de parto. Universidad de Zaragoza
- 24.- Gutiérrez García, L. Cesárea: Grupos de Riesgo y Estrategias de Actuación. Las Palmas de Gran Canaria octubre 2015.

- 25.- Daza, M. (2014). Guía de práctica clínica cesárea. Clínica de la Mujer. Disponible en: <https://www.clinicadelamujer.com.co/files/cesarea.pdf>.
- 26.- INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2014 Nacional y Departamental. Salud Materna. Jesús María, Lima – Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2015 p. 234.
- 27.- Rojas, L., Cruz, B., Bonilla, G., Criollo, A., Nina, W., Jijón, A., ... Martínez, P. (2016). Trastornos hipertensivos del embarazo, Guía de Práctica Clínica. Ministerio De Salud Pública (Vol. Segunda Ed).
- 28.- Rubio, J. et al. Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog) y la Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen).itle. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2014; 65(2).
- 29.- Robson M. Clasificación de las cesáreas segmentarias. Medicina Fetomaterna. Rev. 2001;12(1):23–29
- 30.- Redondo, R. A., Fuentes, G. M., Denaroso, L. M., Martínez, L. D., Acosta, V. G., & Velasco, L. A. (2016). Uso de la clasificación de Robson en un Hospital Comarcal . Scielo.

ANEXOS

Anexo 1. MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NATURA LEZA	DIMENSIONES	ESCALA	INDICADOR	INSTRUMENTO	FUENTE
V. dependiente Tasa de parto por cesárea	Porcentaje de partos realizados mediante cesárea en un tiempo de determinado	Variable medida a través de la fórmula de tasa	Cuantitativa	-Parto por cesárea -Total de partos	Ordinal	Parto por cesárea x100/Total de partos	Ficha de datos	Historia Clínica
V. Independientes Tasa de cesáreas según criterios de Robson	Porcentaje de partos realizados mediante cesárea según criterio en un tiempo de determinado	Variable medida a través de la fórmula de tasa	Cuantitativa	-Parto por cesárea según criterio de Robson -Total de gestantes según criterio de Robson	Ordinal	Parto por cesárea según criterio de Robson x 100/ Total de gestantes según criterio	Ficha de datos	Historia Clínica
Indicación de cesárea según criterios de Robson	Motivos que generan que el parto debe ser por vía abdominal	Variable medida según indicación de cesárea	Cualitativa	-Indicación de cesárea según criterio de Robson -Total de gestantes	Ordinal	Indicación de cesárea según criterio de Robson x 100/ Total de gestantes		

Anexo 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
<p>Problema General ¿Cuál es la tasa de cesáreas según la clasificación de Robson en el Hospital Regional de Ica de enero a octubre del 2019?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles son los grupos de Robson que más contribuyen con la tasa global de cesárea en el Hospital Regional de Ica de enero a octubre del 2019?</p> <p>¿Cuál es el grupo de Robson que representan la mayor población obstétrica en el Hospital Regional de Ica de enero a octubre del 2019?</p>	<p>Objetivo general Determinar la tasa de cesáreas según la clasificación de Robson en el Hospital Regional de Ica de enero a octubre del 2019</p> <p>Objetivos Específicos Identificar los grupos de Robson que más contribuyen con la tasa global de cesárea en el Hospital Regional de Ica de enero a octubre del 2019</p> <p>Determinar el grupo de Robson que representan la mayor población obstétrica en el Hospital Regional de Ica de enero a octubre del 2019</p>	<p>Hipótesis general Ha: La tasa de cesáreas según la clasificación de Robson en el Hospital Regional de Ica de enero a octubre es mayor de 15%</p>	<p>V. dependiente Tasa de parto por cesárea</p> <p>V. independientes Tasa de cesáreas según criterios de Robson</p> <p>Indicación de cesárea según criterios de Robson</p>	<p>Tipo de Investigación No experimental Transversal Retrospectivo Descriptiva</p> <p>Nivel Descriptiva</p> <p>Diseño: Cuantitativo</p> <p>Población 1080 cesáreas de enero a octubre</p> <p>Muestra 284</p> <p>Instrumento Ficha datos</p>

Anexo 3

TASA DE CESÁREA DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN ROBSON (OMS) EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A OCTUBRE DEL 2019

Ficha N° _____

Tipo de parto

(Por vía vaginal) (Por cesárea)

Grupos	Tamaño de grupo	Proporción específica cesáreas	Contribución cesárea en grupo total de atención (%)
1- Mujeres nulíparas con embarazo simple, feto en cefálica, EG mayor o igual a 37 semanas en trabajo de parto espontáneo.			
2-Mujeres nulíparas con embarazo simple, feto en cefálica, EG mayor o igual a 37 semanas a quienes se les realizó inducción del trabajo de parto o se les practicó cesárea antes del trabajo de parto			
3-Mujeres multíparas sin cicatriz uterina previa, con un embarazo simple, feto en cefálica, EG mayor o igual a 37 semanas y trabajo de parto espontáneo.			
4-Mujeres multíparas sin cicatriz uterina previa, con un embarazo simple en cefálica, EG mayor o igual a 37 semanas y se les realizó inducción del trabajo de parto o se les practicó cesárea.			
5-Todas las mujeres multíparas con antecedente de al menos una cicatriz uterina, feto en cefálica, con EG mayor o igual a 37 semanas			
6-Todas las nulíparas con embarazo simple en presentación podálica			

7-Todas las multíparas con embarazo simple, en presentación podálica, con o sin antecedente de cicatriz uterina.			
8-Todas las mujeres con embarazo múltiple, con o sin antecedente de cicatriz uterina.			
9-Todas las mujeres con embarazo simple, en situación transversa u oblicua, con o sin antecedente de cicatriz uterina.			
10-Todas las mujeres con embarazo simple, feto en cefálica, EG de 36 semanas o menos, con o sin antecedente de cicatriz uterina.			
TOTAL			

