

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS DE PREGRADO

**ANÁLISIS DE LAS CESÁREAS USANDO LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN EL
HOSPITAL II LUIS NEGREIROS VEGA EN EL PERÍODO ENERO A JUNIO DEL 2019**

AUTOR:

Huaman Guzman, Yonatan Antoni

ASESOR:

Dr. Peña Ayudante, William Rogelio

HUACHO – PERU

2021

**ANÁLISIS DE LAS CESÁREAS USANDO LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN EL
HOSPITAL II LUIS NEGREIROS VEGA EN EL PERÍODO ENERO A JUNIO DEL 2019**

Huaman Guzman, Yonatan Antoni

Tesis de Pregrado

Asesor: Dr. Peña Ayudante, William Rogelio

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

2021

ASESOR

Dr. Peña Ayudante, William Rogelio

JURADO EVALUADOR

PRESIDENTE

M.C. Estrada Choque Efraín Ademar

SECRETARIO

M.C. Macedo Rojas Benjamin Alonso Vannevar

VOCAL

M.C. Flores Pérez Edwin Mosiah

Dedicatoria

La presente tesis está dedicada a mis padres Willy y Augusta por su apoyo incondicional en cada paso desde el primer día que inicie esta noble carrera.

A mis hermanos Olga, Norma, María, Telesforo, Edgar, Oscar y Jhan por su paciencia y gratitud para el logro de mis metas.

A mi querida familia conformada por Yoselin y mi pequeña Kristin por su calor y amor incondicional en cada uno de los amaneceres y anocheceres que permanecieron a mi lado.

Y a los amigos que formé en cada etapa de la carrera por las risas, experiencias y momentos inolvidables.

Yonatan Antoni, Huaman Guzman

Agradecimiento

A la totalidad de los miembros que conforman mi familia por su comprensión, compañía y total apoyo.

Agradecer al Dr. Gutiérrez y el Dr. Rodríguez por ser amigos y guías en el año del internado médico, realizado en el Hospital II Luis Negreiros Vega.

A mi asesor Dr. Peña Ayudante William por la disponibilidad, consejos, ánimos y su gran vocación para la enseñanza y apoyo.

Al Hospital II Luis Negreiros Vega por concederme el permiso y permitir desarrollar la tesis en dichas instalaciones.

Yonatan Antoni, Huaman Guzman

Índice

Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Introducción	viii
1. Capítulo I. Planteamiento del Problema	1
1.1. Descripción de la realidad problemática	1
1.2. Formulación del problema.....	2
1.2.1. Problema general.....	2
1.2.2. Problemas específicos.	2
1.3. Objetivos de la investigación.....	3
1.3.1. Objetivo general.	3
1.3.2. Objetivos específicos.....	3
1.4. Justificación de la investigación	3
1.5. Delimitación del estudio.....	4
1.6. Viabilidad del estudio.....	5
2. Capítulo II. Marco Teórico	7
2.1. Antecedentes de la investigación.....	7
2.1.1. Investigaciones internacionales.....	7
2.1.2. Nacionales.	11
2.2. Bases teóricas	13
2.2.1. Definición de parto.....	13
2.2.2. Definición de cesárea	14
2.2.3. Historia de la cesárea.....	14
2.2.4. Indicaciones de cesárea	15
2.2.5. Sistema de clasificación para cesáreas	17

2.2.6.	Clasificación de Robson.....	18
2.3.	Definiciones conceptuales	24
2.4.	Formulación de la hipótesis.....	26
3.	Capítulo III. Metodología	27
3.1.	Diseño metodológico.....	27
3.1.1.	Tipo de investigación.	27
3.1.2.	Nivel de investigación.....	27
3.1.3.	Diseño.....	27
3.1.4.	Enfoque	27
3.2.	Población y muestra.....	28
3.2.1.	Población.....	28
3.2.2.	Muestra.....	28
3.3.	Operacionalización de variables e indicadores.....	30
3.4.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	31
3.4.1.	Técnicas a emplear.	31
3.4.2.	Descripción de los instrumentos.	31
3.5.	Técnicas para el procesamiento de la información.....	31
3.6.	Consideraciones éticas.....	31
4.	Capítulo IV. Resultados	32
4.1.	Presentación de resultados.....	32
5.	Capítulo V. Discusión, conclusiones y recomendaciones	37
5.1.	Discusión	37
5.2.	Conclusiones.....	38
5.3.	Recomendaciones	39
6.	Capítulo V. Fuentes de Información.....	40

7.	ANEXOS	46
	Anexo 1 Matriz de consistencia	47
	Anexo 2 Instrumento para la recolección de datos	48
	Anexo 3 Solicitud para aprobación de proyecto de investigación	¡Error!
	Marcador no definido.	
	Anexo 4 Carta de aceptación para ejecución de proyecto de investigación	¡Error!
	Marcador no definido.	
	Anexo 5 Informe de asesoría estadística	¡Error! Marcador no definido.
	Anexo 6 Base de datos	¡Error! Marcador no definido.

Índice de Tablas

Tabla 1.....	16
Tabla 2.....	17
Tabla 3.....	19
Tabla 4.....	21
Tabla 5.....	23
Tabla 6.....	30
Tabla 7.....	32
Tabla 8.....	33
Tabla 9.....	34
Tabla 10.....	36

Índice de Figuras

Figura 1	22
Figura 2	32
Figura 3	35
Figura 4	36

RESUMEN

Objetivo: determinar las características de la tasa de cesárea usando la clasificación de Robson en el Hospital II Luis Negreiros Vega en el periodo enero a junio del 2019. **Material y métodos:** el estudio realizado fue descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. La población fue de 2364 partos, con una muestra de 332 historias clínicas, analizados en Microsoft Excel 2016. **Resultados:** la tasa general de cesárea fue 38%. La tasa de cesárea por grupos de Robson estuvieron conformados por el grupo 1 con 19.8%, grupo 2 con 40%, grupo 3 con 11.0%, grupo 4 con 20.0%, grupo 5 con 85.7%, grupo 6 con 100%, grupo 7 con 100%, grupo 8 con 100%, grupo 9 con 100% y el grupo 10 con 47.6%. La contribución de cada grupo de Robson a la tasa general de cesárea estuvo conformada por el grupo 1 con 15.1%, grupo 2 con 6.3%, grupo 3 con 8.7%, grupo 4 con 1.6%, grupo 5 con 42.9%, grupo 6 con 6.3%, grupo 7 con 7.1%, grupo 8 con 1.6%, grupo 9 con 2.4% y el grupo 10 con 7.9%. **Conclusiones:** la tasa general de cesárea durante el periodo enero junio del 2019 fue de 38%; los grupos de Robson con las mayores tasas de cesárea son el grupo 6, grupo 7, grupo 8 y grupo 9; los grupos de Robson que más contribuyen a la tasa general de cesárea son el grupo 5, grupo 1 y grupo 3.

Palabras clave: tasa de cesárea, clasificación de Robson.

ABSTRACT

Objective: to determine the characteristics of the cesarean section rate using the Robson classification at Hospital II Luis Negreiros Vega in the period January to June 2019.

Material and methods: the study was descriptive, retrospective, cross-sectional. The population was 2364 deliveries, with a sample of 332 medical records, analyzed in Microsoft Excel 2016.

Results: the general cesarean section rate was 38%. The Cesarean section rate by Robson groups consisted of group 1 with 19.8%, group 2 with 40%, group 3 with 11.0%, group 4 with 20.0%, group 5 with 85.7%, group 6 with 100%, group 7 with 100%, group 8 with 100%, group 9 with 100% and group 10 with 47.6%. The contribution of each Robson group to the general cesarean section rate was made up of group 1 with 15.1%, group 2 with 6.3%, group 3 with 8.7%, group 4 with 1.6%, group 5 with 42.9%, group 6 with 6.3%, group 7 with 7.1%, group 8 with 1.6%, group 9 with 2.4% and group 10 with 7.9%. **Conclusions:** the general cesarean section rate during the January-June 2019 period was 38%; the Robson groups with the highest rates of cesarean section are group 6, group 7, group 8 and group 9; The Robson groups that contribute the most to the overall cesarean section rate are group 5, group 1, and group 3.

Key words: caesarean section rate, Robson classification.

INTRODUCCIÓN

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que consiste en el abordaje hasta el feto, mediante laparotomía e histerotomía, por el cual ocurre el nacimiento (Cunningham, Leveno, & Bloom, 2015). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), ha expresado a nivel mundial y por más de tres décadas, un ejercicio justificado de la misma con indicaciones adecuadas realizadas por los profesionales de la salud y además que su tasa debe estar comprendida entre el 10% y el 15%, debido a que cifras mayores está relacionada a repercusiones adversas en la salud feto-materna.

Así pues, ante esta situación se planteó el uso de la clasificación de Robson, por ser un sistema capaz de clasificar a las mujeres ingresadas para el parto en uno de los 10 grupos que lo conforman, por medio del empleo de variables obstétricas básicas. Para su uso internacional, la OMS realizó 2 revisiones sistemáticas, la primera realizada el año 2011 incluyó a todas las clasificaciones de cesárea que existían, concluyendo que la clasificación de Robson era un modelo completo y superior entre las demás que podría satisfacer las necesidades mundiales y locales (Torloni, Souza, Widmer, Gulmezoglu, & Merialdi, 2011). Consecuente a ello en el 2014, se realiza una segunda revisión sistemática con el objeto de recoger la experiencia de su uso en diversos países. A fines de ese mismo año, después de analizar la evidencia existente mediante un grupo de expertos, se aconseja utilizar la Clasificación de Robson internacionalmente en los establecimientos de salud (OMS, 2015).

A pesar de ser un sistema sencillo de aplicar y de ser recomendada para su uso por la OMS, hasta ahora en el Perú no hay algún establecimiento de salud que utilice de forma sistemática la clasificación de Robson. Por lo cual, en este estudio se conocerá la tasa de cesárea usando la clasificación de Robson en el Hospital II Luis Negreiros Vega.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

En el mundo entero, anualmente se realizan millones de cesáreas en los establecimientos de salud, observándose en los últimos 30 años un incremento de su tasa, sin conocerse por completo las razones que impulsan esa tendencia, provocando preocupación en el ámbito de la salud pública (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018). Por ello, la OMS (2015) siempre ha sido insistente en el ejercicio justificado para realizar la cesárea por el médico tratante, debiendo mantener una tasa ideal global (desde el año 1985) que varíe entre el 10% y el 15%. A pesar de aquellas recomendaciones, en los últimos años la cesárea se ha convertido en un procedimiento cada vez más de rutina, transformándose en la actualidad en un fenómeno global, ganando rápidamente el estado de epidemia con variaciones notorias en las tasas de un país a otro (Josipovi , Stojkanovi y Brkovi , 2015).

Los registros de tasas de cesárea en el mundo, muestran cifras que han doblado la tasa global del año 2000, estimándose actualmente una tasa del 21%. Los datos de América Latina y el Caribe registran las tasas más altas del mundo con 44,3%, siendo República Dominicana el país que posee la mayor tasa (con más del 58,1%), seguida de Brasil (55,5%), acompañados de países sudamericanos que también lideran este ranking como Venezuela (52,4%), Chile (46%), Colombia (45,9%), Paraguay (45,9%), Ecuador (45,5%), México (40,7%) y Cuba (40,4%) (Heraldo, 2018).

En lo que respecta al Perú, nuestro país cuantifica cifras elevadas de tasa de cesáreas desde hace varios años. Como semejanza a los demás países de América Latina, cuenta hasta el primer semestre del año 2019 una tasa de 33,7% a comparación a lo hallado en el 2015 que fue de 31,6% y en el 2011 con 22,9% (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2019).

Por lo que nuestras cifras son superiores a lo recomendado por la OMS, se incrementan anualmente, no cuenta con un sistema estandarizado implementado capaz de evaluarlas y compararlas.

Entonces dada la coyuntura de tasas elevadas, existe sistemas de clasificación que se utilizan para lograr mejoras en la atención, por medio del análisis de datos ordinarios que se convierten en información valiosa. Por lo que la clasificación de Robson cumple con lo dicho, siendo aconsejado para su uso global con el fin de: comparar, evaluar y así empezar un seguimiento a lo largo del tiempo de las tasas de cesárea en los establecimientos de salud (OPS, 2018).

Por lo expuesto anteriormente, obtener la tasa de cesárea en el Hospital II Luis Negreiros Vega usando la clasificación de Robson, es de suma importancia debido al conocimiento aportado en el hallazgo de los grupos, y así en un futuro la institución pueda implementar medidas para evitar las repercusiones en relación a morbilidad materna y fetal, por lo que nos motiva a realizar la presente investigación.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general.

¿Cuál es la tasa de cesárea usando la clasificación de Robson en el Hospital II Luis Negreiros Vega en el periodo enero a junio del 2019?

1.2.2. Problemas específicos.

1. ¿Cuál es la tasa general de cesárea en el Hospital II Luis Negreiros Vega en el periodo enero a junio del 2019?

2. ¿Cuáles son los grupos de Robson con las mayores tasas de cesárea en el Hospital II Luis Negreiros Vega en el periodo enero a junio del 2019?
3. ¿Cuáles son los grupos de Robson que más contribuyen a la tasa general de cesárea en el Hospital II Luis Negreiros Vega en el periodo enero a junio del 2019?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general.

Determinar la tasa de cesárea usando la clasificación de Robson en el Hospital II Luis Negreiros Vega en el periodo enero a junio del 2019.

1.3.2. Objetivos específicos.

1. Determinar la tasa general de cesárea en el Hospital II Luis Negreiros Vega en el periodo enero a junio del 2019.
2. Identificar los grupos de Robson con las mayores tasas de cesárea en el Hospital II Luis Negreiros Vega en el periodo enero a junio del 2019.
3. Identificar los grupos de Robson que más contribuyen a la tasa general de cesárea en el Hospital II Luis Negreiros Vega en el periodo enero a junio del 2019.

1.4. Justificación de la investigación

Conveniencia

En el presente estudio se buscó determinar la importancia de analizar las cesáreas desde el punto de vista de sus tasas usando la clasificación de Robson, que fue necesaria para obtener un panorama de la población gestante que acude al Hospital II Negreiros Vega. Además de ser parte de la realidad actual nacional, mundial y específicamente en América Latina por ser el lugar donde se muestra elevadas tasas-promedios de partos por cesárea.

Relevancia social

El impacto de la cesárea en la mujer ocasiona dependencia funcional, aumento de estancia hospitalaria, aumento de costo hospitalario y exposición a complicaciones postquirúrgicas. Provocando preocupación en la familia y el deber de asumir roles de cuidados puerperales postquirúrgicos.

Implicancias prácticas

Este estudio tuvo como fin brindar información sobre las tasas de cesáreas en el Hospital II Luis Negreiros Vega, debido al impacto económico y aumento de la morbilidad feto-materno que ocasiona, para así poder aportar el contexto para la implementación de estrategias por el nosocomio para disminuirla a largo plazo.

Valor teórico

Se analizó las tasas de cesáreas según la clasificación de Robson en el Hospital II Luis Negreiros Vega, quedando como antecedente y base para futuras investigaciones con dicha clasificación.

Justificación metodológica

Los objetivos alcanzados por medio de la información recolectada con el instrumento elaborado, podremos proyectar para los próximos años en las cesáreas, las características que podrían tener.

1.5. Delimitación del estudio**Delimitación espacial**

La presente tesis se realizó en el Servicio de Ginecobstetricia del Hospital II Luis Negreiros Vega, ubicado en el departamento de Lima, Región Callao.

Delimitación temporal

La recolección de datos y análisis de estos, se realizó a lo registrado en el periodo enero a junio del año 2019.

Delimitación de la muestra

La muestra pertenece al total de mujeres que culminaron su parto por cualquier vía en el servicio ginecoobstetricia en el Hospital II Luis Negreiros Vega.

Delimitación del contenido

La presente tesis está comprendida en el área de Ciencias Médicas y de Salud, en la sub área de Medicina Clínica, disciplina de Obstetricia y Ginecología.

1.6. Viabilidad del estudio**Viabilidad temática**

El tema de estudio contó con la información revisada de libros, artículos y tesis el cual fue buscado por medios electrónicos en contexto internacional y nacional.

Viabilidad técnica

La fuente de datos fue obtenida de la información proporcionada de historias clínicas físicas, historias clínicas electrónicas, libro de partos y reporte quirúrgico. Además, no alteró las actividades diarias asistenciales del personal de salud presente en el servicio.

Viabilidad económica

La presente tesis será autofinanciada para su elaboración y no generó ningún tipo de gasto por parte de EsSalud para su ejecución.

Viabilidad administrativa

Contó con la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren - EsSalud, la cual a su vez fue supervisado

por la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión (UNJSC).

Viabilidad social

La presente tesis fue de beneficio para la sociedad y comunidad médica porque se formaron las bases para la estandarización de la clasificación de Robson en nuestro medio.

Viabilidad operativa

La presente tesis ayudó como panorama en la ubicación de las gestantes en cada uno de los grupos de Robson y también de referente para futuras investigaciones que se podrán realizar a través de ello.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Investigaciones internacionales.

Einarsdóttir et al. (2019) realizaron un estudio titulado: “The Robson 10-group classification in Iceland: Obstetric interventions and outcomes”, cuyo objetivo fue categorizar anualmente desde 1997 hasta 2015 aquellos nacimientos que ocurrieron tanto por vía vaginal como cesárea, usando el sistema de clasificación de Robson, mediante un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Entre los resultados se obtuvo una tasa general de cesárea en la población que fue del 16,4%, los grupos de Robson con mayor frecuencia del total de partos fueron el grupo 1 con 28.7% (nulíparas a término espontáneo) y 3 con 38.0% (multíparas a término espontáneo), y los que menos contribuyeron fueron los grupos 2b (0.4%) y 4b (0.7%) (cesáreas antes del trabajo de parto). Así mismo se obtuvo al grupo 5, el más contribuyente a la tasa general de cesárea (31,2%), seguido de los grupos 1 (17,1%) y 2a (11,0%) y el que menos contribuye a la tasa general de cesárea estuvo conformada por el grupo 9 (1.9%). El estudio concluyó que: *“La tasa general de cesárea fue de 16,4% con grupos de Robson mas contribuyentes está el grupo 5 junto con el grupo 1. El grupo que menos aporta es el grupo 9. Estos resultados enfatizan la importancia de implementar el sistema de clasificación Robson de 10 grupos para la comparación de las cesáreas entre países y destacar las diferencias entre un país con baja tasa de cesáreas como Islandia con países con altas tasas de cesárea”*.

Many y Tovar (2018) realizaron una investigación en México titulada: “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”, cuyo objetivo fue determinar la incidencia de cesárea en los diferentes grupos según la clasificación de Robson en los años 2014-2016. Fue un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, observacional; la población y muestra fue de 706 mujeres que tuvieron parto por cualquier vía en ese periodo. Como resultado obtuvieron que la tasa general de cesárea fue de 65.29%, siendo el que más aportó el grupo 5 a la proporción de cesáreas (21.24%) y el grupo 8 el que menos contribuyó (0.56%). Como conclusión se obtuvo que: *“El antecedente de parto por cesárea previa (42.49%) fue el factor influyente para la indicación de cesáreas, sugiriendo incidir en la indicación de la primera cesárea y así disminuir cicatrices uterinas”*.

Tura et al. (2018) realizaron la investigación titulada: “Analysis of caesarean sections using Robson 10-group classification system in a university hospital in eastern Ethiopia: a cross-sectional study”, cuyo objetivo fue analizar la tasa de cesárea empleando la clasificación de Robson en un Hospital Universitario en Etiopía, con un universo conformado por un número de 4758 partos en el periodo de estudio, del cual la población fue de 1224 quienes conformaron las cesáreas y a la vez una muestra de 980 mujeres que se sometieron a cesárea desde enero del 2016 a abril del 2017, mediante un estudio de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo. Como resultados se obtuvo que las mujeres que más hicieron la contribución a la tasa global de cesáreas fueron las

multíparas con gestación única a término, el feto en cefálico y en trabajo de parto espontáneo sin antecedentes de cesárea (grupo 3) con un 21.4% de todas las cesáreas. Luego fueron aquellas mujeres con feto único presentación cefálica a término y antecedente de cesárea previa (grupo 5) con un 21.1%. También aquellas mujeres nulíparas cefálicas con feto único a término y en trabajo de parto espontáneo (grupo 1) con 19,3%. Por último, aquellas mujeres con feto en presentación de nalgas, transversales u oblicuas (grupos 6, 7 y 9 combinados) contribuyeron con un 13,8% y aquellas con presentación cefálica feto único prematuros (grupo 10) contribuyeron con el 6.2% de todas las cesáreas. Concluyendo que: *“La tasa general de cesáreas fue de 25.7% siendo los grupos predominantes los conformados por el grupo 3, grupo 5 y grupo 1 a la tasa general de cesárea con 21.4%, 21.1% y 19.3%, respectivamente; las 3 indicaciones principales de cesárea fueron el sufrimiento fetal, desproporción cefalopélvica y cesárea anterior”*.

Lafitte et al. (2018) realizaron un estudio titulado: “Rate of caesarean sections according to the Robson classification: Analysis in a French perinatal network”, cuyo objetivo fue determinar la tasa de cesárea según la clasificación de Robson y las tasas principales de los grupos. La metodología utilizada fue por medio de un estudio descriptivo, multicéntrico en una red perinatal francesa conformada por 13 establecimientos en el año 2014. Se obtuvo como resultado una tasa de cesáreas del 19%, además se encontró a los grupos con mayor preponderancia a la tasa de cesárea en: el grupo 1 (14.3%), el grupo 2 (16.7%) y el grupo 5 (32.1%). Concluyendo que: *“Este*

estudio aconseja que debe realizarse auditorías en estos grupos que contribuyen más a la tasa de cesáreas y que se deben desarrollar protocolos locales”.

Yamamoto et al. (2018) realizaron una investigación titulada: “Tasas de cesárea en un hospital público chileno y el uso de un nuevo criterio de priorización: el índice de relevancia (IR)”, cuyo objetivo fue clasificar los datos utilizando el sistema de Robson y la evolución de la tasa de cesárea en un hospital público durante un período de 9 años, mediante un estudio analítico, retrospectivo, contando con una población y muestra de 53 571 partos, que abarcó a todos los partos que culminaron tanto por vía vaginal como cesárea desde el 2005 hasta abril del 2014. Se obtuvo como resultado una tasa global de cesáreas que aumentó de 24 a 27% ($P < 0.05$), con un mayor aumento en los grupos 1 (nulíparas, único, término cefálico, inicio de trabajo de parto espontáneo), 3 (multíparas, único, sin cesárea anterior, a término, cefálico, inicio de trabajo de parto espontáneo) y 4 (multíparas, único, sin antecedente de cesárea previa, a término, cefálico, inducido o sin trabajo de parto). A pesar de no haber un aumento en el Grupo 5 (mujeres con antecedente de uno o más cesáreas previas), este grupo tuvo el IR más alto (20.3), que definió la prioridad para la intervención sobre otros. Concluyendo que: *“La tasa general de cesáreas (27%) fue menor a la reportada en otros hospitales de Chile y América Latina y que el grupo 5 necesita atención debido a que es el que más contribuye a la tasa de cesáreas (67%)”.*

2.1.2. Nacionales.

Chávez (2019) realizó una investigación titulada: “Clasificación de las cesáreas según el modelo de Robson en el Hospital Regional de Huacho – 2018”, tuvo como objetivo clasificar a las cesareadas según el modelo de Robson en los diferentes grupos en dicho Hospital, mediante un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal cuya población en estudio abarcó 1158 gestantes y la muestra fue 287 cesáreas. Como resultado se obtuvo una tasa de cesárea fue 37,9% siendo el grupo 5 el que más contribuyó con 39,5%, luego el grupo 2 con 16% y el grupo con menos contribución fue el grupo 9 con 1,7%. Concluyendo que: *“La tasa general de cesárea fue de 37,9% y además el grupo que más contribuyó a la tasa general de cesárea fue el grupo 5 y el grupo que menos contribuyó fue el grupo 9”*.

Rodríguez, K. (2019) realizó una investigación titulada: “Tasa de incidencia de cesárea según clasificación de Robson en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, Lima, enero – diciembre 2018”, cuyo objetivo fue determinar la tasa de incidencia de cesáreas según la clasificación de Robson en dicho hospital durante el periodo 2018, mediante un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal cuya población fue de 2965 gestantes, con una muestra de 1113 cesáreas. Como resultado se obtuvo una tasa de cesárea de 37,54% siendo de ello, el grupo 1 que cuenta con mayor contribución con 29,7%. Concluyendo que: *“La tasa general de cesárea fue de 37,54% con grupos 1, 2 y 5 que más aportaron a la tasa de cesárea”*

Rodríguez, R. (2018) una investigación titulada: “Frecuencia de Cesáreas Según el Modelo de Clasificación de Robson, en el Hospital I Edmundo Escomel, Arequipa; 2017”. Cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de cesáreas según el modelo de clasificación de Robson y las frecuencias de las causas de indicación de cesárea en el Hospital I Edmundo Escomel de Arequipa en el periodo 2017, mediante un estudio de tipo descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo cuya población de 1744 que incluye aquellos partos que sucedieron tanto por vía vaginal o cesárea y una muestra de conformada por las 481 cesareadas. Como resultado se obtuvo una tasa de cesárea general de 27.58%, grupos más frecuentes utilizando la clasificación de Robson fueron el grupo 2 con una tasa 29,4% y el grupo 5 con una tasa de 30,4% y las indicaciones más comunes para cesárea fueron desproporción fetal- pélvica y cesareada anterior. Concluyendo que: *“La tasa general de cesárea fue de 27,58% con grupos 2 y 5 que más aportaron a la tasa de cesárea y las indicaciones de cesárea más frecuentes fueron la desproporción fetal-pélvica y el antecedente de cesárea anterior”*

Cusipaucar (2018) realizó una investigación titulada: “Tasa de cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco del Cusco, 2016 – 2017”. Cuyo objetivo fue determinar la tasa de cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en dicho Hospital, mediante un estudio observacional, transversal y retrospectivo cuya población estuvo conformada por 6319 partos, con una muestra de 2776 cesáreas. Como resultado de estudio se obtuvo una tasa general de cesárea en 43.9%, siendo el grupo 3 el que más representó a la tasa de cesárea con 37.7%, luego el grupo 1 con 24.28% y el grupo 5 con 17% frente a grupos que menos aportaron

como el grupo 2 con 0.7%, el grupo 4 con 1.6% y el grupo 6 con 1.8%. Concluyendo que: *“Los grupos que más contribuyeron a la tasa general de cesárea fueron el grupo 1, 3 y 5 y los grupos que menos aportaron fueron los grupos 2, 4 y 6”*.

Aspajo (2017) realizó una investigación titulada: “Análisis comparativo de las cesáreas en el Hospital Apoyo Iquitos en dos periodos de estudio usando la clasificación de Robson”. Cuyo objetivo fue identificar la tasa de cesáreas usando la clasificación de Robson durante dos periodos en el Hospital de Apoyo Iquitos e identificar aquellos grupos específicos de gestantes en los que varían las tasas de cesárea, mediante un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, con una población y muestra de 7167 mujeres que tuvieron parto tanto por vía vaginal como cesárea en los periodos del 2013 y el 2016. Como resultados se obtuvo una tasa general de cesárea en 28.85%, siendo el grupo 3 con más representación, y el grupo 5 el que más aportó a la tasa general de cesárea con 20.69% seguido del grupo 1 con 17.55% y del grupo 3 con 12.86%. Concluyendo que: *“La tasa de cesárea sobrepasa lo propuesto por la OMS y que los grupos que más contribuyeron a la tasa general de cesárea fueron los grupos 5, 1 y 3”*.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Definición de parto.

La palabra “parto” proviene del latín partus, la cual se define como una cascada de sucesos fisiológicos que lleva a la expulsión del recién nacido y sus anexos: membranas, líquido amniótico y placenta por el canal genital femenino; adicionalmente podemos mencionar del parto eutócico (del griego eu: bueno y tokos: parto), cuando ésta culmina de modo natural por la vagina con el nacimiento vivo y viable del nuevo ser, sin secuelas

ni traumas; y distócico cuando el parto no es normal siendo de progreso difícil y lento (Ahued, Fernández, & Bailón, 2003).

2.2.2. Definición de cesárea

Es un procedimiento quirúrgico que consiste en la incisión abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía) por donde el nuevo ser tiene lugar, excluyendo aquellos casos donde la extracción se realice si el embarazo se desarrolla por la cavidad abdominal o sea posterior a un evento como la rotura de útero (Cunningham et al., 2015).

2.2.3. Historia de la cesárea

Existen tres hipótesis que nos mencionan sobre cómo se originó la cesárea, la primera manifiesta su indicación para salvar la vida del feto que se mantenía intraútero en una madre que acabase de morir, mediante la Ley Romana dictada por Numa Pompilio, la "lex caesarea". La siguiente se atribuye a la Leyenda de Julio César que mencionaba que su nacimiento fue por cesárea y por ende la palabra derivó de ello (por mucho tiempo se le atribuyó como el origen). Finalmente se atribuye al término, derivar etimológicamente del verbo latino "caedere", que significa "cortar, efectuar una fisura" (Rodríguez R. , 2018).

Con el paso del tiempo las técnicas de anestesia fueron desarrollándose y la cesárea se practicó con más frecuencia, pero a pesar de ello existían altas tasas de mortalidad materna por sepsis y peritonitis como principales causas de muerte. Los cirujanos de aquella época no realizaban la histerorrafia debido a que consideraban al material de sutura como potencial contaminante y preferían el cierre por segunda intención como suficiente. Pero todo cambió a partir del año 1769, cuando Lebas defendió la histerorrafia después de descubrir en sus necropsias que las mujeres

cesareadas sin histerorrafia morían por hemorragia severa, a ello sumado al uso de la incisión transversal del segmento inferior propuesta por Kehrer y Sanger, el método de cierre en dos capas usada por Mariom Sims, además de la incisión suprapúbica transversal propuesta por Pfannenstiel (popularizada por Kerr) y la introducción de la penicilina en el año 1940, terminaron por aportar seguridad y efectividad en el acto de la cesárea moderna (Chávez, 2019).

En el ámbito nacional la primera cesárea realizada fue post mortem en una paciente fallecida durante el parto en el año 1861 por el Dr. Camilo Segura y en el año 1910 el Dr. Belisario Sosa realiza una cesárea con éxito materno fetal (Rodríguez R. , 2018).

2.2.4. Indicaciones de cesárea

Las indicaciones están agrupadas de diversas maneras, de modo que según quien sea el supuesto beneficiario de la intervención a realizar, estas pueden ser si sus causas primarias son: Maternas, fetales y ovulares. A su vez, se consideran como criterio de absolutas o relativas (Instituto Nacional Materno Perinatal [INMP], 2018):

a) *Indicaciones absolutas:* en aquellas gestaciones-parto que no puede culminarse por vía vaginal por tener o estar asociado a morbilidades y/o comorbilidades propias; ya que su presencia está asociada con altísimas probabilidades de muerte materna o fetal en caso de ocurrir un parto por esta vía (Gonzales, 2016).

Tabla 1
Indicaciones absolutas de cesárea.

Indicaciones absolutas
Cesárea iterativa (2 veces ó más).
Cesárea anterior sin condiciones de parto vaginal.
Incisión uterina corporal anterior.
Prueba de trabajo de parto fallida.
Presentación podálica.
Placenta previa centro total o parcial.
Desprendimiento prematuro de placenta (DPP)
Acretismo placentario diagnosticado por ECO Doppler antes del parto.
Preclampsia severa, Eclampsia, Síndrome HELLP, sin posibilidad de parto inminente
Hígado graso agudo del embarazo.
Situación fetal transversa.
Presentación de cara en variedad mento posterior con embarazo a término.
Presentación de frente en embarazo a término.
Seropositividad a VIH o enfermedad SIDA
Infección activa, primaria o recurrente, por virus herpes simple genital (VHS).
Malformaciones congénitas: Hidrocefalia, meningocele, fetos siameses, gastroquisis, onfalocele grande, Síndrome de Dandy-Walker.
Prolapso o procúbito del cordón umbilical.
Gemelar con doble presentación podálica o primer feto en podálica o transversa.
Tumores previos que obstruyan el canal genital.
Cáncer de cuello uterino, infiltrante grado II-III.
Cirugía vaginal previa (colpoperineo plastia).
Sufrimiento fetal sin condiciones para parto vaginal inmediato.
Macrosomía fetal con peso estimado superior a 4500 gramos, en nulípara o multípara sin antecedentes de partos con feto de peso de 4500 g o más.
Toda enfermedad clínica asociada o antecedente, que por su condición funcional impida el parto vaginal, avalado por dictamen de una junta médica.
Embarazo por fertilización in vitro (FIV), u otro procedimiento de fertilización asistida.

Adaptado de: Gerencia Central de Prestaciones de Salud – EsSalud (GCPS-EsSalud, 2018)

b) Indicaciones relativas: para su indicación en alguna gestante, deber tener el aval de una junta médica o una segunda opinión (entre 2 médicos gineco obstetras) (GCPS, 2018).

Tabla 2
Indicaciones relativas de cesárea.

Indicaciones relativas
Desproporción céfalo pélvica - pelvis límite, después de una Prueba de Trabajo de Parto no satisfactoria.
Inserción baja placentaria y placenta previa marginal.
Embarazo gemelar con primer o ambos fetos en cefálica.
Distocias dinámicas.
Distocias de variedad de presentación, cara en mento sacra o frente en parto pre término.
Distocias por variedad de presentación, asinclitismo, transversa o posterior persistente, después de una Prueba de Trabajo de Parto.
Situación oblicua sin trabajo de parto en multípara.
Rotura prematura de membranas mayor de 24 horas.
Oligoamnios con pruebas de bienestar fetal adecuadas. Peso fetal estimado entre 3800 y 4500 gramos.
Circulares del cordón umbilical, en trabajo de parto con alteración del estado de bienestar fetal.
Trastornos mentales, psicosis, depresión, retardo mental.
Preclampsia Leve.
Colestasis intrahepática del embarazo.
Peso fetal estimado menor de 1500 gramos.

Adaptado de: GCPS (2018)

2.2.5. Sistema de clasificación para cesáreas

A lo largo del tiempo se han propuesto diversos modelos de clasificaciones provenientes de distintos autores, las cuales cuentan con su propio propósito, sus propias categorías y evalúan resultados de manera diferente. Entonces debía de usarse un modelo de clasificación capaz de identificar los grupos de cesárea que culminan el parto por vía

cesárea, y con ello lograr el monitoreo y comparación de las tasas de cesárea, tanto en el mismo establecimiento a través del tiempo o en diversos establecimientos de diferentes regiones.

El camino para el logro de una clasificación para cesáreas, capaz de satisfacer las necesidades tanto locales como internacionales, tiene como antecedente estudios realizados por la OMS, donde en el año 2011 por medio de una revisión sistemática, identifica 27 sistemas basadas en “quién” (basada en la mujer), “por qué” (basada en la indicación), “cuándo” (basada en el grado de urgencia), así como también “dónde”, “cómo” y “por parte de quién” las cesáreas eran realizadas. Esta revisión concluye que las clasificaciones basadas en las mujeres en general, y la clasificación de 10 grupos (clasificación de Robson) estaban mejor posicionadas y era aplicable a “todas las mujeres” que dan a luz y no solo para las mujeres cesareadas, además de ser una clasificación perinatal completa. En octubre del 2014, se organizó un grupo de expertos por parte de la OMS, quienes proponen usar la clasificación de Robson en todas las mujeres ingresadas para parto a nivel de todos los establecimientos de salud (OPS, 2018).

2.2.6. Clasificación de Robson

Es un sistema cuyo objetivo es clasificar en un establecimiento de salud, a toda mujer gestante ingresada para el parto por cualquier vía en los 10 diferentes grupos que son mutuamente excluyentes y totalmente inclusivos (cada mujer es clasificada en uno solo de los 10 grupos). Las variables usadas son pocas, como son datos obstétricos que pueden ser empleadas en cada mujer gestante para parto y permite que ninguna pueda quedar fuera de esta clasificación (OPS, 2018). Este sistema está basado en cuatro conceptos básicos obstétricos que son la historia obstétrica previa como la edad

gestacional, la categoría del embarazo e inicio del trabajo de parto. Desglosando estos conceptos se obtiene las siguientes variables (Rodríguez R. , 2018).

Tabla 3
Variables obstétricas empleadas en la clasificación de Robson

Variables obstétricas	
Cantidad de fetos	<ul style="list-style-type: none"> • Único • Múltiple
Edad gestacional	<ul style="list-style-type: none"> • Pretérmino (menor de 37 semanas) • A término (37 semanas o mayor)
Cesárea previa	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Comienzo del trabajo de parto	<ul style="list-style-type: none"> • Espontáneo • Inducido • No trabajo de parto (cesárea programada previo al trabajo de parto)
Paridad	<ul style="list-style-type: none"> • Nulípara • Multípara
Presentación y situación fetal	<ul style="list-style-type: none"> • Cefálica • Podálica • Transversa u oblicuo

Adaptado de: OMS (2018)

La paridad es la cantidad de partos que ha tenido una mujer, definiendo al periodo de aborto como aquellos embarazos que culminaron antes de las 22 semanas o el peso del producto fue menor de 500 gramos; nulípara como aquella que no logró completar el embarazo más allá del periodo de aborto y que pudo haber tenido – o no – uno o más abortos previos; primípara como aquella que tuvo un embarazo más allá del periodo de aborto y multípara cuando ha llegado a tener 2 o más embarazos más allá del periodo del aborto (Cabero, Rodriguez, & Cabrillo, 2007). Para Robson (2001), considera nulípara aquella que no tuvo parto previo y multípara como aquella que tuvo como mínimo un parto previo (incluyendo de este modo a las primíparas a este grupo).

El antecedente de cesárea previa indica el número de cesáreas antes de ingresar al parto independientemente de las causas (OPS, 2018).

El inicio del trabajo de parto, es el periodo que abarca desde el inicio de contracciones uterinas de características regulares con la capacidad de producir cambios cervicales hasta la expulsión de la placenta (Walls, Hockberger, & Gausche, 2018). El trabajo de parto de inicio espontáneo, es aquella donde no se realiza ninguna intervención para el inicio del trabajo de parto a comparación con la inducción, donde es necesaria la intervención por medio de métodos farmacológicos (oxitocina, prostaglandina y fármacos donantes de óxido nítrico) y no farmacológicos (orientados al aumento de prostaglandinas en la gestante con maniobras manuales como el despegamiento de membranas o métodos variados como la amniotomía en la cual se rompen las membranas, el uso de balones cervicales el cual consiste en introducir el balón en el espacio intracervical), (SEGO, 2015). Robson (2001) une al inicio de trabajo parto inducido y la cesárea electiva antes del inicio de trabajo de parto dentro del mismo grupo; en cambio el trabajo de parto de tipo espontáneo dentro de otro.

El número de fetos hace mención a la cantidad de fetos intraútero al ingresar para el parto, independientemente de la edad gestacional (OPS, 2018).

La presentación fetal es la parte del feto que está en contacto con el estrecho superior de la pelvis, encontrando la presentación pélvica y cefálica (Cunningham et al., 2015). Para Robson (2001) la presentación fetal incluye tanto a la presentación cefálica, pélvica y a la situación transversa u oblicua.

Dentro de la edad gestacional para Chávez (2019) “Incluye al embarazo pretérmino el cual es definido como aquella gestación que termina antes de las 37

semanas, ya sea calculado por fecha de última regla, ecografía obstétrica u otros. El embarazo a término y prolongado es considerado para la clasificación de Robson dentro de embarazo a término, es decir, aquellos con edad gestacional mayor o igual a 37 semanas”.

Por consiguiente, según las características obstétricas que se puede obtener, podemos ubicar a cada mujer en uno de los 10 grupos de la clasificación de Robson.

Tabla 4
Grupo de mujeres gestantes según clasificación de Robson

GRUPO	DEFINICIÓN
1	Nulíparas con feto único en cefálico, en trabajo de parto espontáneo con edad gestacional mayor o igual a 37 semanas.
2	Nulíparas con feto único en cefálico, con inducción del trabajo de parto, o cesárea antes del inicio del trabajo de parto, con edad gestacional mayor o igual a 37 semanas,
3	Multíparas sin antecedente de cesárea con un feto único en cefálico, en trabajo de parto espontáneo, con edad gestacional mayor o igual de 37 semanas.
4	Multíparas sin antecedente de cesárea con un feto único en cefálico, a quien se les realizó inducción del trabajo de parto, o cesárea antes del inicio del trabajo de parto, con edad gestacional mayor o igual de 37 semanas.
5	Multíparas, con antecedente de cesárea previa, con feto único en cefálico mayor o igual a 37 semanas.
6	Nulíparas con feto único en presentación pélvica.
7	Multíparas con feto único en presentación pélvica, con o sin cicatriz uterina previa
8	Mujeres con embarazo múltiple, con o sin antecedente de cesárea previa.
9	Mujeres con feto único, en situación transversa u oblicua, con o sin antecedente de cesárea previa.
10	Mujeres con feto único en cefálico de 36 semanas o menos, con o sin antecedente de cesárea previa.

Adaptado de: Robson, M. S. (2001).

Maneras de ordenar a las mujeres gestantes en los grupos de Robson:

En primer lugar, tener en cuenta que no es necesario manejar un equipo especialista en el dominio de la información para llegar a clasificar a las mujeres en los diferentes grupos de Robson; al contrario, se puede usar múltiples alternativas sencillas partiendo de examinar manualmente historias clínicas o el libro de partos para buscar las variables básicas. Entonces una vez obtenido dichas variables se iniciará la clasificación según las tecnologías que se tienen a la mano.

Clasificación manual: se realiza directamente cuando no se cuenta con equipo electrónico y software. El personal de salud podrá utilizar un diagrama de flujo con datos (figura 1) de cada historia clínica o del libro de registro de partos (OPS, 2018).

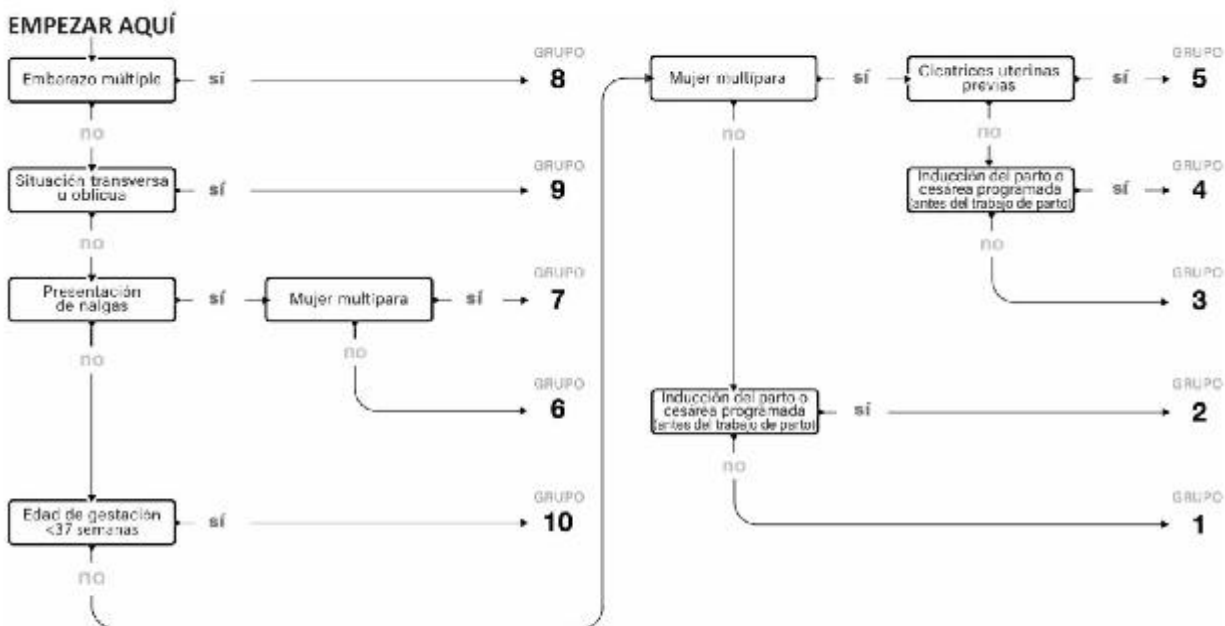


Figura 1. Diagrama de flujo para la clasificación de Robson. Adaptado de Nassar LF, Sancho HD

Clasificación digital usando una hoja de cálculo: es la mejor forma de obtención y ordenamiento de las variables básicas, ya que permite reducir el error humano al momento de decidir a qué grupo pertenece cada mujer.

Tabla 5
Resumen de las especificaciones de las variables en cada grupo de Robson

Grupo	Número de fetos	Paridad	Edad gestacional	Cesárea previa	Presentación o situación fetal	Inicio trabajo de parto
1	1	0	37	No	Cefálica	Espontáneo
2	1	0	37	No	Cefálica	Inducido o cesárea programada
3	1	1	37	No	Cefálica	Espontáneo
4	1	1	37	No	Cefálica	Inducido o cesárea programada
5	1	1	37	Sí	Cefálica	Cualquier valor
6	1	0	Cualquier valor	No	Podálica	Cualquier valor
7	1	1	Cualquier valor	Cualquier valor	Podálica	Cualquier valor
8	2	Cualquier valor	Cualquier valor	Cualquier valor	Cualquier valor	Cualquier valor
9	1	Cualquier valor	Cualquier valor	Cualquier valor	Transversa u oblicuo	Cualquier valor
10	1	Cualquier valor	< 37	Cualquier valor	Cefálica	Cualquier valor

Adaptado de: OMS (2018)

2.3. Definiciones conceptuales

2.3.1. Clasificación de Robson

Basado en seis variables obstétricas básicas que permite clasificar a toda mujer gestante ingresada para el parto en cualquiera de los 10 grupos que lo conforman (OPS, 2018).

2.3.2. Tasa general de cesárea

Es la división de mujeres cesareadas con el total de partos realizados en un establecimiento de salud (Palacios, 2016).

2.3.3. Tasa de cesárea por grupo de Robson

Es la división del número de cesáreas efectuadas dentro del grupo de Robson con la cantidad total de partos perteneciente al mismo grupo multiplicado por 100 (Jadoon et al., 2019).

2.3.4. Contribución relativa de los grupos de Robson

Es la división del número de cesáreas efectuadas dentro del grupo de Robson con el total de partos por cesárea multiplicado por 100 (Jadoon et al., 2019).

2.3.5. Cantidad de fetos

Es el número de fetos intraútero en las gestantes que ingresan para el parto, incluidas aquellas con diagnóstico de muerte fetal (óbito) después de las 22 semanas o de un peso mayor o igual a 500 g. Puede ser único o múltiple (Cunningham, et al., 2015).

2.3.6. Presentación fetal

Porción del cuerpo fetal que se presenta al conducto del parto o en su máxima proximidad, puede ser cefálica (cuando la cabeza es la parte que se presenta) o pélvica (Cunningham, et al., 2015).

2.3.7. Situación fetal.

Puede ser transverso u oblicuo, y se determina cuando el eje longitudinal del feto es perpendicular u oblicuo al eje longitudinal de la madre (OPS, 2018).

2.3.8. Paridad

Mujer que ha dado a luz por cualquier vía (cesárea o vaginal) uno o más productos (vivos o muertos) que pesen más de 500g o que poseen más de 22 semanas de gestación (OPS, 2018).

2.3.9. Nulípara

Mujer que no ha tenido ningún parto previo ya sea por vía vaginal o cesárea (OPS, 2018).

2.3.10. Multípara

Mujer que ha tenido uno o más partos previos ya sea por vía vaginal o cesárea (OPS, 2018).

2.3.11. Cesárea previa

Aquella paciente que se le ha realizado cesárea en gestaciones anteriores (OPS, 2018).

2.3.12. Inicio del trabajo de parto

Caracterizado por presencia de contracciones uterinas variables en cuanto a intensidad y duración, acompañado de cambios a nivel cervical (OPS, 2018).

2.3.13. Trabajo de parto inducido

Cuando el trabajo de parto se induce ya sea con misoprostol, oxitocina, amniotomía u otro (OPS, 2018).

2.3.14. Trabajo de parto espontáneo

Cuando el trabajo de parto se desarrolla de forma espontánea sin necesidad de usar ningún tipo de inductor (OPS, 2018).

2.3.15. Edad gestacional

Periodo comprendido entre la concepción y el nacimiento. Se dice parto a término cuando el nacimiento se da a 37 semanas, y es pretérmino cuando ésta es menor de las 37 semanas de gestación (OPS, 2018).

2.4. Formulación de la hipótesis

Debido a que la investigación es descriptiva no es necesario plantear hipótesis.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Diseño metodológico

3.1.1. Tipo de investigación.

Básico ya que tiene como finalidad obtener y recopilar la información para la construcción de conocimiento como base que se va agregando a la información previa existente (Hernández, Fernandez, & Baptista, 2014).

3.1.2. Nivel de investigación.

Descriptivo porque solo describe (finalidad cognoscitiva) o determina parámetros en la población de estudio y no pone a prueba ninguna hipótesis. Es decir, recoge o mide información de manera conjunta o independiente sobre las variables o conceptos en estudio (Hernández et al., 2014).

3.1.3. Diseño.

No experimental, porque se realizó sin la manipulación de variables a estudiar.

Observacional porque los fenómenos se observaron con posterior análisis, en su ambiente natural sin intervención externa. Retrospectivo, de acuerdo a la información que fue obtenida del pasado. Transversal porque los datos fueron recopilados en un periodo de tiempo específico, debido a que los individuos no son seguidos a lo largo de la investigación.

3.1.4. Enfoque

Cuantitativo dado que, según la clasificación de los enfoques usados en investigación, se empleó la recolección de datos y la medición numérica (Hernández et al., 2014).

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

Nuestra población de estudio fue de 2364 mujeres cuyos partos culminaron por vía vaginal y cesárea en el Hospital II Luis Negreiros Vega - EsSalud, desde el 1 de enero a 30 de junio del 2019.

3.2.2. Muestra

Fue de 332 mujeres elegidas aleatoriamente cuyos partos culminaron por vía vaginal y cesárea, calculado con la fórmula para proporciones con tamaño poblacional conocida con un nivel de confianza de 95%, tolerancia de error de 5% y una proporción esperada del 50%:

$$= \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{e^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

Donde:

N: Tamaño de la población = 2364

Z: Nivel de confianza 95% = 1.96

p: probabilidad de ocurrencia = 0.5

q: probabilidad de fracaso o de no ocurrencia = 0.5

e: error de muestreo = 0.05

$$= \frac{2364 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times (2364 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$= 332$$

3.2.2.1. Criterios de inclusión:

- Mujeres con embarazos/fetos con un peso mayor a 500g o con una edad de gestación mayor de 22 semanas.

3.2.2.2. Criterios de exclusión

- Mujeres con información insuficiente para ser clasificadas de acuerdo a categorías del modelo de Robson.

3.3. Operacionalización de variables e indicadores

Tabla 6

Operacionalización de variables e indicadores

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
Cantidad de fetos	Fetos en las gestantes que ingresan para el parto. Incluidos los óbitos fetales mayores de 22 semanas o de un peso mayor o igual de 500 g	Cualitativo	Nominal	1: Único 2: Múltiple
Presentación y situación del feto	Polo fetal que se presenta a través del canal del parto y relación del eje longitudinal del feto al eje longitudinal de la madre	Cualitativo	Nominal	1: Cefálico 2: Pélvico 3: Transverso u oblicuo
Paridad	Registro del número de partos ocurridos por cualquier vía.	Cualitativo	Nominal	1: Nulíparas 2: Multíparas
Cesárea previa	Cantidad de cesáreas ocurridas con anterioridad.	Cualitativo	Nominal	1: Si 2: No
Comienzo del trabajo de parto	Manera del inicio del trabajo de parto, aislado de lo que se hubiera planificado en un inicio.	Cualitativo	Nominal	1: Espontáneo 2: Inducido/ cesárea antes del comienzo del trabajo de parto
Edad gestacional	Número de semanas de gestación del último parto ya sea por fecha de última regla o ecografía del I trimestre.	Cualitativo	Nominal	1: A término 2: Pretérmino
Tipo de parto	Manera en el cual se culmina la gestación	Cualitativo	Nominal	1: Vaginal 2: Cesárea

Nota. Autoría propia

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Técnicas a emplear.

La técnica a emplear fue la observación y recolección de datos del libro de registros de partos, informe operatorio y de las historias clínicas físicas-digitales de las mujeres que tuvieron parto vaginal o cesárea en el Hospital II Luis Negreiros Vega - EsSalud, sin el requerimiento de algún Consentimiento Informado otorgado por los integrantes de la muestra.

3.4.2. Descripción de los instrumentos.

Se utilizó una ficha de recolección de datos revisada de acuerdo a los objetivos de la investigación, en la cual se consignó información sobre: paridad, edad gestacional, presentación fetal, categoría numérica del embarazo, inicio del trabajo de parto, cicatriz uterina previa.

3.5. Técnicas para el procesamiento de la información

Los datos obtenidos de la ficha de recolección de datos fueron recolectados y procesados en Microsoft Office Excel 2016, donde se obtuvieron tablas y gráficos estadísticos para la interpretación de los resultados representados en porcentajes.

3.6. Consideraciones éticas

La recolección tuvo presente la no exposición de información personal que pueda reconocer a los integrantes de la muestra en estudio, amparado en el marco de la “Ley de protección de datos personales N°29733”.

Adicionalmente, se presentó y sustentó el proyecto de investigación ante el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren – EsSalud, quien evaluará y aprobará para su ejecución.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados

En el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital II Luis Negreiros Vega, el número de partos tanto vaginales y cesáreas de la muestra llegaron a ser 332, con una cantidad incluida de cesáreas de 125. La tasa general de cesárea durante el periodo 2019 fue de 38%.

Tabla 7
Tasa general de cesárea

Tipo de parto	Frecuencia	(%)
Vaginal	307	62%
Cesárea	125	38%
Total	332	100%

Nota: autoría propia

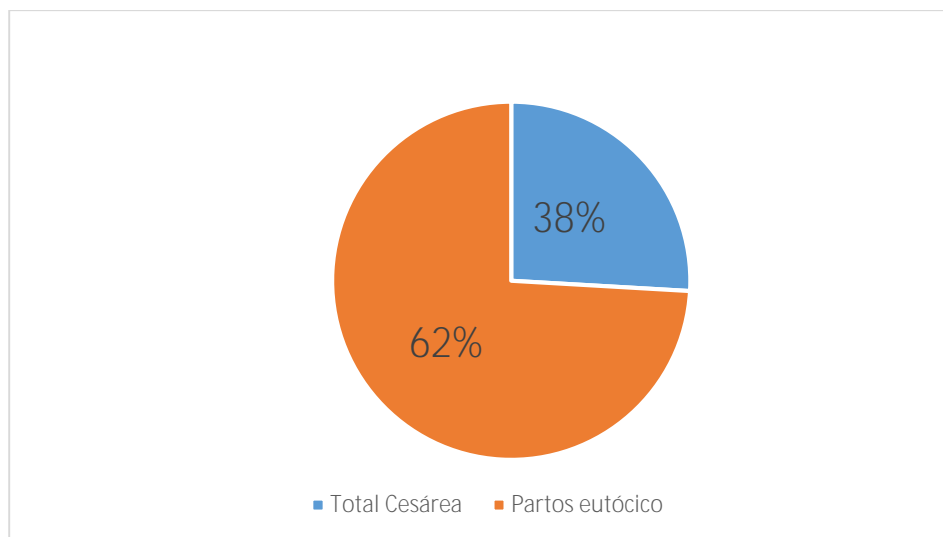


Figura 2. Tasa general de cesáreas

Con respecto a las variables obstétricas de la muestra, se observa que el 99% (n=330) presentaron feto único. El 94% (n=312) tuvieron gestación con feto en presentación cefálica. La paridad, conformadas por las nulíparas representaron el 40% (n=135) y en cuanto las múltiparas el 60% (n=197). Aquellas con el antecedente de cesárea previa representaron el 23% (n=75). Lo mismo para el 71% (n=236) quienes iniciaron trabajo de parto espontaneo frente al 29% (n=96) en aquellas con inducción o cesárea antes del inicio del trabajo de parto. Por último, el 93% (n=309) de las pacientes presentaron edad gestacional mayor a 37 semanas.

Tabla 8
Distribución de las variables obstétricas

Variable	Característica	Frecuencia	(%)
Cantidad de fetos	Único	330	99%
	Múltiple	2	1%
Presentación y situación del feto	Cefálico	312	94%
	Pélvico	17	5%
	Transverso u oblicuo	3	1%
Paridad	Nulípara	135	40%
	Múltipara	197	60%
Cesárea previa	Si	75	23%
	No	257	77%
Edad gestacional	A término	309	93%
	Pretérmino	23	7%
Comienzo del trabajo de parto	Espontáneo	236	71%
	Inducción/ cesárea antes del inicio del trabajo de parto	96	29%

Nota: autoría propia

De las 332 mujeres ingresadas para el parto, se elaboró la clasificación de Robson a partir de las variables obstétricas, ubicándolas en los distintos grupos (1 al 10).

En relación a la tasa de cesárea de cada grupo de Robson, se muestran los grupos con mayor valor porcentual que corresponde a los grupos 6, 7, 8, 9 con tasas del 100% en cada uno, seguido con un 85.7% al Grupo 5, luego 47.6% al Grupo 10, el 40.0% en el grupo 2, un 20.0% al grupo 4, el 19.8% al grupo 1, y por ultimo 10% al grupo 3.

Tabla 9
Distribución de la tasa cesárea por grupo de Robson

Grupo de Robson	Frecuencia parto por cesárea	Frecuencia parto vaginal	Tamaño del Grupo	(%) Tasa de cesárea por Grupo
Grupo 1	19	77	96	19.8%
Grupo 2	8	12	20	40.0%
Grupo 3	11	89	100	11.0%
Grupo 4	2	8	10	20.0%
Grupo 5	54	9	63	85.7%
Grupo 6	8	0	8	100.0%
Grupo 7	9	0	9	100.0%
Grupo 8	2	0	2	100.0%
Grupo 9	3	0	3	100.0%
Grupo 10	10	11	21	47.6%
Total	126	206	332	38.0%

Nota: autoría propia

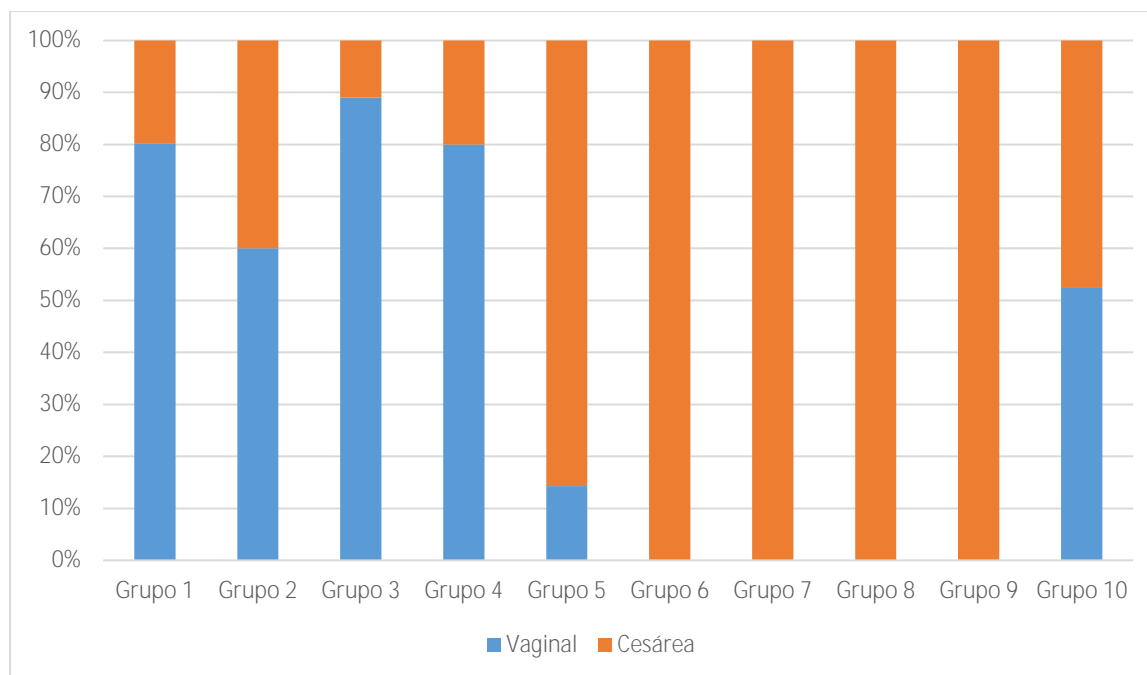


Figura 3. Tasa de cesárea por grupos de Robson

En relación a la contribución de cada grupo de Robson a la tasa general de cesárea, se muestran a los mayores contribuyentes que son el grupo 5 (42.9%), el grupo 1 (15.1%) y el grupo 3 (8.7%); seguido del grupo 10 (7.9%), el grupo 7 (7.1%), el grupo 2 (6.3%), el grupo 6 (6.3%), el grupo 9 (2.4%), el grupo 4 (1.6%) y el grupo 8 (1.6%).

Tabla 10

Distribución de la contribución de cada grupo de Robson a la tasa general de cesárea

Grupo de Robson	Frecuencia parto por cesárea	Frecuencia parto vaginal	Tamaño del Grupo	(%) Contribución a la tasa general de cesárea
Grupo 1	19	77	96	15.1%
Grupo 2	8	12	20	6.3%
Grupo 3	11	89	100	8.7%
Grupo 4	2	8	10	1.6%
Grupo 5	54	9	63	42.9%
Grupo 6	8	0	8	6.3%
Grupo 7	9	0	9	7.1%
Grupo 8	2	0	2	1.6%
Grupo 9	3	0	3	2.4%
Grupo 10	10	11	21	7.9%
Total	126	206	332	100%

Nota: autoría propia

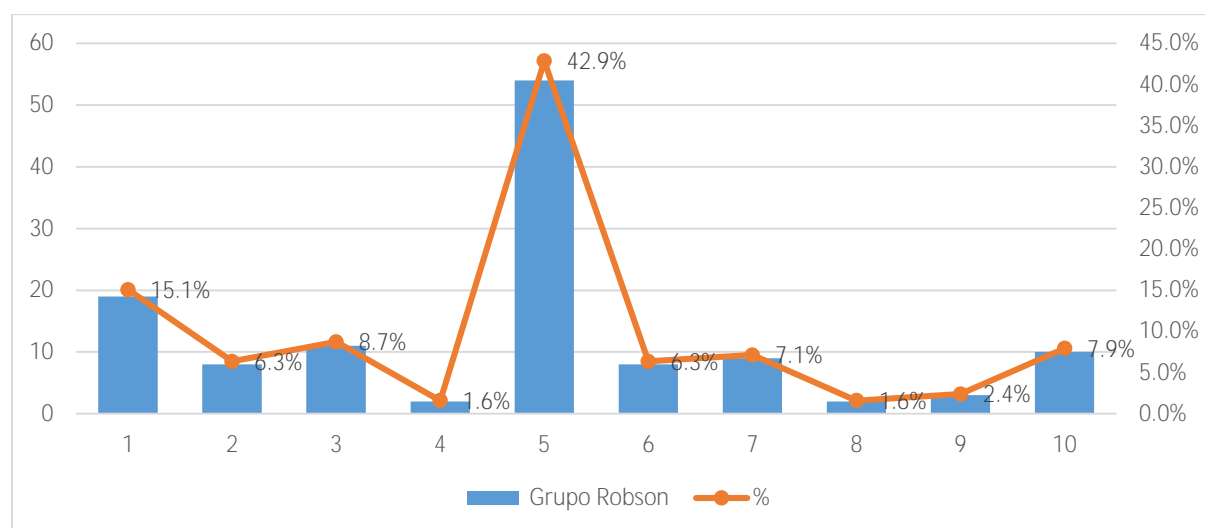


Figura 4. Contribución de cada grupo de Robson a la tasa general de cesárea

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

En esta investigación realizado en el Hospital II Luis Negreiros Vega, en mujeres que tuvieron parto por cualquier vía (vaginal o cesárea), en el periodo de enero a junio del 2019, se encontró una alta tasa general de cesárea de 38%. Este resultado es similar a la tasa general de cesárea encontrado en el Hospital Regional de Huacho por Chávez (2019), donde dicha tasa fue del 37,8% y en el hallado por Rodríguez, K. (2019) en el Hospital I Jorge Voto Bernales – EsSalud, quien encontró una tasa general de 37.54%. Así también, este resultado es mucho mayor a lo recomendado por la OMS (2015) quien indica que debería oscilar entre el 10-15% y cifra también mayor a la tasa calculada del Perú en el primer semestre del 2019, la cual fue de 33,7% (INEI, 2019).

Al determinar en el presente estudio los grupos de Robson con las mayores tasas de cesárea, se pueden encontrar que estuvieron conformados por el grupo 6 (mujeres nulíparas con embarazo único con feto en presentación de nalgas), grupo 7 (mujeres multíparas con embarazo único con feto en presentación de nalgas), grupo 8 (mujeres con embarazo múltiple) y grupo 9 (mujeres con embarazo único con feto en situación transversa u oblicuo) con tasa del 100% cada uno. Esto quiere decir que las mujeres con dicho antecedente obstétrico, terminarán su embarazo por cesárea, cuyas indicación según GCPS (2018) están consideradas como absolutas, significando que el parto debería ser culminado por esta vía, por el riesgo elevado de mortalidad si se diera por vía vaginal. Por ende, se está culminando la gestación por cesárea en todas las mujeres con dicho antecedente en el Hospital en estudio, siguiendo la recomendación de la guía de práctica clínica de EsSalud, por lo que es esperable encontrar tasas notorias del 100% en dichos grupos de Robson.

Los grupos de Robson en estudio que más contribuyeron a la tasa general de cesárea, estuvieron conformadas por el grupo 5 (mujeres multíparas con embarazo único con cesárea previa) con 42.9%, el grupo 1 (mujeres nulíparas con embarazo único en trabajo de parto espontáneo) con 15.1% y el grupo 3 (mujeres multíparas sin cesárea previa con embarazo único en trabajo de parto espontáneo) con 8.7%. Resultado similar al estudio realizado en Islandia por Einarsdóttir et al. (2019) quien encontró al grupo 5 y grupo 2 como los mayores contribuyentes; así mismo otro estudio realizado por Tura et al. (2018) en Etiopía, donde los grupos que más contribuyeron a la tasa general de cesárea fueron el grupo 3, el grupo 5 y el grupo 1; entre otros estudios realizados por Many y Tovar (2018), Lafitte et al. (2018), Yamamoto et al. (2018) encontraron al grupo 5 como el mayor contribuyente con 42,49%, 32,1% y 67% respectivamente. A nivel nacional, se encontró los grupos que más aportan a la tasa de cesárea, como lo son el grupo 5 con 39.7% y el grupo 2 con 16%, realizada en el Hospital Regional de Huacho por Chávez (2019); similar al estudio realizado en el Hospital I Edmundo Escobel de Arequipa por Rodríguez R. (2018) con los grupo 5 con 30,4% y grupo 2 con 29,4% como los mayores contribuyentes a la tasa de cesárea; de la misma manera se concluyó al grupo 5 con 20,69%, grupo 1 con 17.55% y el grupo 3 con 12,86% como los grupos que más aportan a la tasa general de cesárea en el Hospital de Apoyo Iquitos en los periodos 2013 y 2016 (Aspajo, 2017).

5.2. Conclusiones

La tasa general de cesárea en el Hospital II Luis Negreiros Vega en el periodo enero a junio del 2019 es de 38%, superando a la tasa de cesárea recomendada por la OMS y siendo mayor a la tasa de nacional de cesárea la cual fue de 33,7%.

Los grupos de Robson con las mayores tasas de cesárea están conformados por el grupo 6 (100%), grupo 7 (100%), grupo 8 (100%) y grupo 9 (100%).

Los grupos de Robson que más contribuyeron a la tasa general de cesárea, están conformadas por el grupo 5 (42,9%), grupo 1 (15.1%) y el grupo 3 (8,7%).

5.3. Recomendaciones

Aplicar la clasificación de Robson en todas las gestantes que ingresan en el servicio de ginecobstetricia tanto en el mismo hospital como en otros establecimientos de salud, con el fin de reconocer el tipo de población que acude al servicio y plantear estrategias para aminorar la tasa de cesárea.

Evaluación rigurosa en el grupo 5 que es el grupo que contribuye más en la tasa de cesárea, para determinar la vía de culminación del parto posterior a una cesárea, con el objetivo de reducir dicha tasa.

Difundir los hallazgos encontrados, dando a conocer la situación real sobre la tasa de cesárea y servir como base para trabajos de investigación futuras.

CAPÍTULO V. FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuentes bibliográficas

- Ahued, R., Fernández, C., & Bailón, R. (2003). *Ginecología y obstetricia aplicadas* (Segunda ed.). México, México: Manual Moderno.
- Apaza, I. (2019). *Indicaciones de cesareas injustificadas y su relación con complicaciones materno perinatales en el Hospital EsSalud III Puno, año 2018*. (Tesis de pregrado), UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO, Puno. Obtenido de http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9773/Apaza_Loayza_Ingrid_Mabel.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Aspajo, A. (2017). *Análisis comparativo de las cesáreas en el Hospital Apoyo Iquitos en dos periodos de estudio usando la clasificación de Robson*. Tesis pregrado, Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Iquitos. Obtenido de http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4772/Antonio_Tesis_Titulo_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Betrán, A. P., Vindevoghel, N., Souza, J. P., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R. (2014). A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: What Works, Doesn't Work and How to Improve It. *PLoS ONE*. doi:10.1371/journal.pone.0097769
- Cabero, L., Rodriguez, S., & Cabrillo, E. (2007). *Obstetricia y medicina materno- fetal* (Primera ed.). Madrid, España: Médica Panamericana. Obtenido de <https://books.google.com.pe/books?id=AGh8rK1MmOsC&pg=PA323&lpg=PA323&dq=Legaz,+Barrionuevo+y+Cabero,+2007&source=bl&ots=R1gZeWUIrs&sig=ACfU3U3IetAs7Q6tL8ZZgfXh44P9SoeUBg&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwinlLbomfXqAhXALLkGHRm4C9sQ6AEwBnoECAsQAQ#v=onepage&q=Legaz%2C%2>

- Cadillo, G. (2019). *Características epidemiológicas e indicaciones del parto por cesárea de mayor frecuencia en el Hospital Barranca Cajatambo 2016-2017*. Tesis de pregrado, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Huacho. Obtenido de <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/2461/CADILLO%20CANALE%20S%20GULLE%20YESON.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Chávez, X. (2019). *Clasificación de las cesáreas según el modelo de Robson en el Hospital Regional de Huacho - 2018*. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Huacho. Obtenido de <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/2475/CHAVEZ%20ARANIBAR%20XIMENA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., & Bloom, S. L. (2015). *Williams Obstetricia* (25 ed.). McGraw Hill .
- Cusipaucar, G. (2018). *Tasa de cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco del Cusco, 2016 – 2017*. Tesis pregrado, Universidad Andina del Cusco, Cusco. Obtenido de <http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/1426/1/RESUMEN.pdf>
- Díaz, M. (2018). *Tasa de cesáreas por grupos de Robson en el Hospital III Yanahuara de la Ciudad de Arequipa en el periodo Enero – Diciembre del 2018*. Tesis pregrado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa. Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8159/MDdiflmg.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Einarsdóttir, K. S. (2019). The Robson 10 group classification in Iceland: Obstetric interventions and outcomes. *Birth issues in perinatal care*(270 - 278).

doi:<https://doi.org/10.1111/birt.12415>

Einarsdóttir, K. S., Med, C., DPhil, & FRCOG. (2019). The Robson 10 group classification in Iceland: Obstetric interventions and outcomes. *Birth issues in perinatal care*(270 - 278).

doi:<https://doi.org/10.1111/birt.12415>

Gabbe, Niebyl, Simpson, Landon, Galan, Jauniaux, . . . Grobman. (2019). *Obstetricia: Embarazos normales y de riesgo* (7 ed.). España: Elsevier.

GCPS. (2018). *Documento Técnico "Indicación de Cesárea en EsSalud "*. Guía de práctica clínica, EsSalud, Lima. Obtenido de

https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000004120_pdf.pdf

Gonzales, M. D. (2016). *Indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2014*. Tesis de pregrado, Lima. Obtenido de

https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/522/Gonzales_m.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Heraldo, E. (11 de Octubre de 2018). *América Latina, la región con la mayor tasa de cesáreas del mundo: estudio*. Obtenido de América Latina, la región con la mayor tasa de cesáreas

del mundo: estudio: <https://www.elheraldo.co/salud/america-latina-la-region-con-la-mayor-tasa-de-cesareas-del-mundo-estudio-552718>

Hernández, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta ed.). México: McGraw-Hill.

INEI. (2019). *Informe Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre 2019*. Obtenido de

https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_Primer_Semestre_2019.pdf

INMP. (2018). *Guías de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología*. GPC, Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima. Obtenido de <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>

Jadoon, B., & et al. (2019). *Analysis of the caesarean section rate using the 10-Group Robson classification at Benha University Hospital, Egypt*. Egipto: Elsevier.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.009>

Josipovi , Stojkanovi y Brkovi . (2015). Analysis of Cesarean section delivery at Nova Bila Hospital according to the Robson classification. *Coll Antropol*, 39, 145-150. Obtenido de <https://pdfs.semanticscholar.org/1dbb/03e47acb3c3a003396dc84c92c792172a861.pdf>

Many, A. I. (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. *Cir Cir*, 86(3), 261-269. doi:10.24875/CIRU.M18000044

Medina Huiza, J. L. (2016). *FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015*. Tesis de pregrado, Lima. Obtenido de https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/555/Medina_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- OMS, H. (Abril de 2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1
- OPS. (2018). *La clasificación de Robson: Manual de aplicación*. Manual, Washington, D. C. Obtenido de <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320303esp.pdf>
- Palacios, L. (2016). *Tasa de cesáreas por modelo de clasificación de robson*. (Tesis de pregrado), Universidad Mayor de San Marcos, Lima. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4648/Palacios_al.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Roberge, S. D. (2017). Reporting Caesarean Delivery in Quebec Using the Robson Classification System. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 39(3), 152-156. doi:10.1017/s0965539501000122
- Robson, M. S. (2001). Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*, 12(1), 23-39. doi:10.1017/s0965539501000122
- Rodríguez, K. (2019). *Tasa de incidencia de cesárea según clasificación de Robson en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, Lima, enero – diciembre 2018*. Tesis pregrado, Universidad Peruana Union, Lima. Obtenido de https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1632/Kevin_Tesis_Licenciatura_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rodríguez, R. (2018). *Frecuencia de Cesáreas Según el Modelo de Clasificación de Robson, en el Hospital I Edmundo Escomel, Arequipa; 2017*. Tesis pregrado, Universidad Católica de Santa María, Arequipa. Obtenido de

<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/7710/63.0731.OP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

SEGO. (2015). Inducción del parto. *Progresos de Ginecología y Obstetricia*. 58(1), 54-64.

Torloni, M. R., Souza, J. P., Widmer, M. A., Gulmezoglu, M., & Merialdi, M. (2011).

Classifications for cesarean section: a systematic review. *PLoS ONE*, 11(2).

doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0014566>

Tura, A. K. (2018). Analysis of caesarean sections using Robson 10-group classification system in a university hospital in eastern Ethiopia: a cross sectional study. *BMJ Open*, 8.

doi:10.1136/bmjopen-2017-020520

Walls, R., Hockberger, R., & Gausche, M. (2018). *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice* (Novena ed., Vol. 2). Filadelfia, EE. UU.: Elsevier. Recuperado el 2020

Yamamoto, M. L. (2018). Cesarean rates in a Chilean public hospital and the use of a new prioritization criteria: The relevance index. *J. Obstet. Gynaecol.*, 1-7.

doi:doi:10.1111/jog.13879

ANEXOS

Anexo 1

Matriz de consistencia

**ANÁLISIS DE LAS CESÁREAS USANDO LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN EL HOSPITAL II LUIS
NEGREIROS VEGA EN EL PERÍODO ENERO A JUNIO DEL 2019**

Problemas	Objetivos	Variable		Metodología
		Nombre	Tipo	
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la tasa de cesárea usando la clasificación de Robson en el Hospital II Luis Negreiros Vega en el periodo enero a junio del 2019?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la tasa de cesárea usando la clasificación de Robson en el Hospital II Luis Negreiros Vega en el periodo enero a junio del 2019.</p>	1. Categoría numérica del embarazo	Cualitativo	<p>Tipo de estudio No experimental, observacional, descriptivo, retrospectivo, corte transversal</p> <p>Población Estará conformada por todas aquellas mujeres cuyos partos culminaron por vía vaginal y cesárea en el Hospital II Luis Negreiros Vega en el año 2019</p> <p>Muestra El estudio incluirá a todas las mujeres en el periodo de estudio.</p> <p>Procesamiento de datos Microsoft Excel 2016.</p> <p>Instrumentos Ficha de recolección de datos</p>
<p>Problemas específicos</p> <p>1. ¿Cuál es la tasa general de cesárea en el Hospital II Luis Negreiros Vega en el periodo enero a junio del 2019?</p> <p>2. ¿Cuál es la tasa de cesárea por grupos usando la clasificación de Robson en el Hospital II Luis Negreiros Vega en el periodo enero a junio del 2019?</p> <p>3. ¿Cuáles son las contribuciones relativas de los grupos de Robson a la tasa general de cesárea en el Hospital II Luis Negreiros Vega en el periodo enero a junio del 2019?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>1. ¿Cuál es la tasa general de cesárea en el Hospital II Luis Negreiros Vega en el periodo enero a junio del 2019?</p> <p>2. ¿Cuál es la tasa de cesárea por grupos usando la clasificación de Robson en el Hospital II Luis Negreiros Vega en el periodo enero a junio del 2019?</p> <p>3. ¿Cuáles son las contribuciones relativas de los grupos de Robson a la tasa general de cesárea en el Hospital II Luis Negreiros Vega en el periodo enero a junio del 2019?</p>	2. Presentación fetal	Cualitativo	
		3. Paridad	Cualitativo	
		4. Cesárea previa	Cualitativo	
		5. Inicio del trabajo de parto	Cualitativo	
		6. Edad gestacional	Cualitativo	
		7. Tipo de parto	Cualitativo	

Anexo 2

Instrumento para la recolección de datos

Ficha N°: _____

DNI _____

1. Categoría numérica del embarazo.

Feto único (1)

Feto múltiple (2)

4. Cesárea previa.

Si (1)

No (2)

2. Presentación del feto.

Cefálico (1)

Pélvico (2)

Transverso u oblicuo (3)

5. Inicio del trabajo de parto.

Espontáneo (1)

Inducido o cesárea antes del

inicio del trabajo de parto (2)

3. Paridad.

Nulíparas (1)

Múltiparas (2)

6. Edad gestacional.

A término (a 37semanas) (1)

Pretérmino (< a 37 semanas) (2)

7. Tipo de parto

Vaginal (1)

Cesárea (2)

Basado en: “La clasificación de Robson: Manual de aplicación. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018”.