

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura



**FRECUENCIA DE CESÁREAS SEGÚN EL MODELO DE CLASIFICACIÓN DE
ROBSON, EN EL HOSPITAL I EDMUNDO ESCOMEL, AREQUIPA; 2017**

Tesis presentada por la Bachiller:
Rodríguez Alayza, Rocío Fatima

para optar el título profesional de:
Licenciada en Obstetricia

Asesora:
Dra. Cardenas Nuñez, Yenhny

Arequipa – Perú

2018

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, 16 de Abril
de Marzo del 2018

INFORME DE DICTAMEN DEL BORRADOR DE TESIS DE PREGRADO

A: Mg. Ricardina Flores Flores
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura

DE: Dr. Alfredo Rodríguez Zinanyuca
Dr. Dante Vega Ortiz
Obst. Rowides Arencio Heredia
Dictaminadores del Borrador de Tesis

TITULO DEL BORRADOR:

“Frecuencia de cesáreas según el modelo de clasificación
de Robson, en el Hospital I Edmundo Escamez,
Arequipa, 2017”

PRESENTADO POR:

Rocío Rodríguez Alayza

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado BORRADOR DE TESIS, se da el DICTAMEN FAVORABLE.

Atentamente.

Dr. Alfredo Rodríguez Zinanyuca
MEDICO GINECO-OBSTETRA
C.M.P. 25146 - R.N.E. 11739

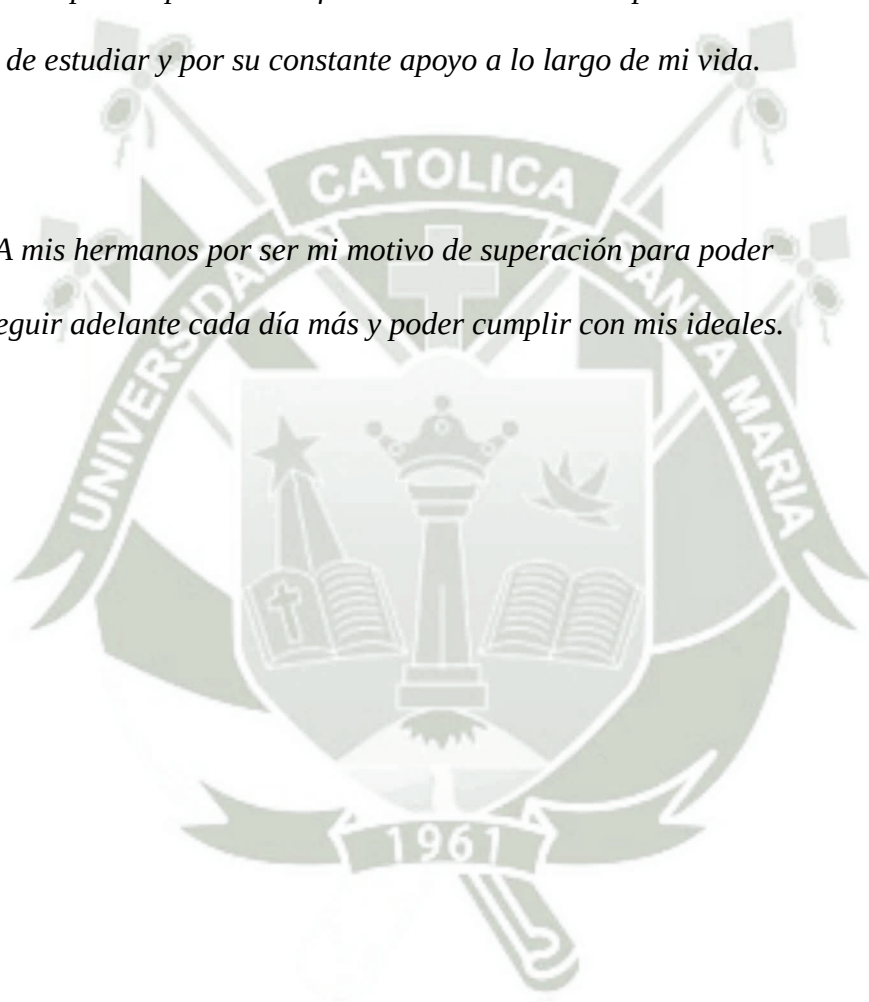
Dr. Dante Vega Ortiz
GINECO-OBSTETRA
C.M.P. 25146 - R.N.E. 11739

DEDICATORIA

A Dios por permitirme tener una familia maravillosa.

*A mis padres por su sacrificio de concederme la oportunidad
de estudiar y por su constante apoyo a lo largo de mi vida.*

*A mis hermanos por ser mi motivo de superación para poder
seguir adelante cada día más y poder cumplir con mis ideales.*



EPIGRAFE

“ El futuro tiene muchos nombres. Para los débiles es lo inalcanzable. Para los temerosos, lo desconocido. Para los valientes es la oportunidad.”

Hugo, Victor



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El uso de los indicadores obstétricos y perinatales en los servicios de salud con el objetivo de monitorear la calidad de atención, la seguridad de los pacientes, la demanda de los servicios y los resultados en salud nos permiten evaluar en general la salud materna. Se considera al porcentaje de partos por cesárea como uno de los indicadores, que la Dirección General del desempeño a través de su dirección de evaluación de servicio de salud (DGDE) pone a disposición de los prestadores de servicios de salud. A lo largo de los últimos años las estadísticas indican un aumento progresivo de este porcentaje. La clasificación de Robson ayudará a identificar al grupo de gestantes que está más expuesta a una cesárea y por ende se podrá crear estrategias para disminuir su incidencia.

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de cesáreas según el modelo de clasificación de Robson, en el Hospital I Edmundo Escomel, Arequipa; 2017.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo del año 2017, haciendo uso de la ficha de recolección de datos. Los criterios de inclusión fueron las historias clínicas de las pacientes gestantes que tuvieron parto eutócico y distócico en el Hospital I Edmundo Escomel; 2017. Los criterios de exclusión fueron las historias clínicas de las pacientes con menos de 36 semanas de gestación, pacientes con gestaciones múltiples. Se extrajo información de las historias clínicas y del libro de registro de partos.

RESULTADOS: Del total de nacimientos (1744 partos) ocurridos en el año 2017, 481 fueron parto por cesárea que corresponde al 27.58%. De las características sociodemográficas las más frecuentes fueron el grupo etario comprendido entre 19 a 35 años, el grado de instrucción superior universitario como superior no universitario, el estado civil conviviente y en cuanto a la ocupación trabaja. Las causas de indicación de cesárea más frecuentes fueron cesareada anterior y desproporción feto-pélvica. Los grupos de Robson con mayor frecuencia fueron el grupo 5 (múltiparas con al menos una cicatriz uterina previa, embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación) y el grupo 2 (nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto). Del grupo 5 la causa de indicación más frecuente fue cesareada anterior, del grupo 2 la causa de indicación más frecuente fue desproporción feto-pélvica.

PALABRAS CLAVES: Cesárea, Clasificación de cesáreas, Grupos de Robson.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The use of obstetric and perinatal indicators in health services with the objective of monitoring the quality of care, patient safety, demand for services and health outcomes allow us to evaluate maternal health in general. The percentage of cesarean deliveries is considered as one of the indicators, which the General Directorate of performance through its health service evaluation directorate (DGDE) makes available to health service providers. Over the last few years, statistics indicate a progressive increase in this percentage. Robson's classification will help identify the group of pregnant women who are most exposed to a cesarean section and therefore strategies can be created to reduce its incidence.

OBJECTIVE: To determine the frequency of Cesarean sections according to the Robson classification model, at the I Edmundo Escomel Hospital, Arequipa; 2017

MATERIAL AND METHOD: An observational, retrospective, cross-sectional and descriptive study was conducted in 2017, using the data collection form. The inclusion criteria were the medical records of the pregnant patients who had eutocic and dystocic delivery in the Hospital I Edmundo Escomel; 2017. The exclusion criteria were the medical records of patients with less than 36 weeks of gestation, patients with multiple gestations. Information was extracted from the medical records and the birth record book.

RESULTS: Of the total births (1,744 deliveries) occurred in 2017, 481 were deliveries by caesarean section corresponding to 27.58%. Of the sociodemographic characteristics, the most frequent were the age group between 19 and 35 years old, the degree of higher university education as a non-university superior, the civil state of cohabitation and, in terms of occupation, work. The most frequent causes of caesarean section were anterior cesarean and fetal-pelvic disproportion. The groups of Robson with greater frequency were group 5 (multiparous with at least one previous uterine scar, single pregnancy in cephalic presentation, 37 weeks or more of gestation) and group 2 (nulliparous with single pregnancy in cephalic presentation, 37 weeks or more than gestation, induced labor or cesarean delivery before the start of labor). Of the group 5 the cause of more frequent indication was cesareada previous, of the group 2 the cause of more frequent indication was disproportion fetus-pelvic.

KEYWORDS: Cesarean section, Classification of cesarean sections, Robson groups.

INTRODUCCIÓN

Uno de los indicadores de la salud materna que considera la Dirección General de evaluación del desempeño (DGDE) es el porcentaje de partos por cesáreas. Desde hace más de 30 años, según la OMS este porcentaje debía oscilar entre el 10% y 15% del total de nacimientos; sin embargo, se ha ido incrementando de 25,3% a 31,6% entre los años 2012 y 2016, según las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). ^{1,2}

Debido a las posibles consecuencias negativas materno-infantiles a corto como a largo plazo y a la inexistencia de una clasificación estándar para monitorear y comparar el porcentaje de partos por cesáreas, en el año 2011 un grupo de expertos realizó un estudio para identificar sistemas de clasificación de cesárea. Este estudio realizado en Medline, EMBASE y en LILACS dio como resultado 27 clasificaciones, agrupados en 4 tipos según: la indicación, grado de urgencia, características de la mujer y otros sistemas; resaltando las clasificaciones de Anderson, Althabe, Van Dillen y el modelo de 10 grupos de Robson; este último obtuvo la mejor calificación general y el mejor desempeño en los casos hipotéticos. ³

Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2014 realizó estudios para determinar porcentaje ideal de partos por cesáreas en un país o en una población determinada; así mismo, hizo un análisis mundial. Se concluyó: que el parto por cesárea solo debe realizarse por indicación médica y que un porcentaje superior al 10% no está asociada con una disminución de la mortalidad materno-neonatal. Así mismo, recalcó que las cesáreas pueden provocar complicaciones significativas, cuando no son realizadas de forma segura. ⁴

Como en el Perú, el porcentaje de partos por cesárea alcanza cifras muy altas, como es en el caso de la ciudad de Arequipa que presenta 41.7%; el modelo de Clasificación de los 10 grupos de Robson, se configura como un instrumento estándar con parámetros claros, donde es posible incluir cada caso clínico en no más de una de las categorías propuestas por la clasificación; por ende, nos permite la identificación de aquellos grupos que contribuyen al incremento del porcentaje de cesárea y facilita el reconocimiento de aquellos susceptibles de intervención, siendo útil en la salud materna para monitorear y comparar mejor las tasas de cesárea. ^{2,4}

El presente estudio tiene como finalidad utilizar la clasificación del modelo de Robson, para clasificar a la población obstétrica sometida a una cesárea, logrando así realizar un estudio de la frecuencia de estas intervenciones según el modelo de Robson.

INDICE

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	9
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
2. OBJETIVOS	12
3. MARCO TEÓRICO	13
4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	23
5. HIPÓTESIS	28
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	29
1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	29
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	30
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	31
4. ESTRATEGIA PARA MEJORAR LOS RESULTADOS	32
CAPITULO III RESULTADOS	33
1. DISCUSIÓN	44
2. CONCLUSIONES	48
3. RECOMENDACIONES	49
4. BIBLIOGRAFÍA	50
5. ANEXOS	53

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado

Frecuencia de cesáreas según el modelo de clasificación de Robson, en el Hospital I Edmundo Escomel, Arequipa; 2017.

1.2. Descripción del Problema

A. Área del conocimiento

Área general: Ciencias de la Salud

Área específica: Gineco-Obstetricia

Especialidad: Salud materna

Línea: Cesárea Segmentaria

B. Análisis y operación de variables

VARIABLE	INDICADORES	SUB-INDICADORES
Características sociodemográficas	• Edad	• 10-18 años • 19-35 años • 36 a más
	• Nivel de instrucción	• Analfabeta • Primaria • Secundaria • Superior universitario • Superior no universitario
	• Estado civil	• Soltera • Casada • Conviviente
	• Ocupación	• Trabaja • No trabaja

Paridad	• Nulípara • Multípara sin cicatriz previa • Multípara con cicatriz previa	• # de Partos
Categoría de la Gestación	• Único • Múltiple	• Numérico
Presentación y Situación Fetal	• Cefálica • Podálica • Transversa • Oblicua	• Cabeza fetal • Pelvis fetal
Edad Gestacional	• < 37 semanas • ≥ 37 semanas	• Semanas
Comienzo del trabajo de parto	• Espontáneo • Inducido	• Tocometría
Cicatriz uterina previa	• Si • No	• -

C. Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la frecuencia de cesáreas, en el Hospital I Edmundo Escomel, Arequipa; 2017?
2. ¿Cuáles son las causas de indicación de cesárea más frecuentes, en el Hospital I Edmundo Escomel, Arequipa; 2017?
3. ¿Cuál es la frecuencia de cesáreas según el modelo de clasificación de Robson, en el Hospital I Edmundo Escomel, Arequipa; 2017?
4. ¿Cuál es la frecuencia de las causas de indicación de cesárea en los grupos de Robson más frecuentes, en el Hospital I Edmundo Escomel, Arequipa; 2017?

D. Tipo de investigación

Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal, documental, descriptivo.

1.3. Justificación

Relevancia social

Está demostrado que la población gestante en general no está exenta de culminar el embarazo en una cesárea; así como también que, un parto por vía vaginal, que es el natural, siempre es lo mejor y seguro, siempre y cuando no haya ninguna complicación que lo impida.

Pero, cuando las circunstancias lo requieren y hay una indicación clara, la cesárea es un recurso valioso para salvaguardar la salud de la mujer y la del niño; sin embargo, muchas mujeres dan a luz por cesárea sin una verdadera razón médica, poniendo al binomio madre y niño, en riesgo de problemas de salud a corto y a largo plazo; por tal motivo es importante que las gestantes sean informadas verídicamente sobre los riesgos y los beneficios de esta intervención, solo así podríamos disminuir las cesáreas innecesarias.

Relevancia científica

El presente estudio de investigación nos permitirá conocer la clasificación de Robson, basada en las características de toda mujer admitida para parto por cesárea, cada una será parte de solo un grupo, que será fácilmente identificable. Este modelo de Robson satisface las necesidades a nivel internacional, nacional y local; pues el uso de una clasificación de cesáreas estándar facilitaría la comparación de los porcentajes de cesáreas entre los diferentes establecimientos de salud; por tal motivo, ayudará a crear estrategias en cada grupo, para disminuir la incidencia de cesáreas, y se lograría un mayor impacto en la salud materno fetal, en este caso a nivel del Hospital I Edmundo Escomel.

Interés personal

La inquietud inicial cae en cuenta, de que el manejo de trabajo parto y atención de parto son responsabilidad del o de la obstetra, quien bajo normatividad y experiencia logra identificar factores que condicionan la indicación de una cesárea, respondiendo a un trabajo en equipo con el especialista Gineco obstetra.

Factibilidad

El desarrollo de la tesis es factible, pues la información para recolectar datos de la población objetivo es accesible, como lo es también el tiempo de estudio; pues su ejecución es a corto plazo, el cual es el adecuado, basándome en investigaciones anteriores que usaron la misma metodología de recolección de datos.

La fuente principal de esta tesis son los registros de las historias clínicas y del libro de registro de partos del Hospital I Edmundo Escomel, cuyo acceso depende de los permisos de la directora del nosocomio mencionado. La tesis no requirió del uso de instrumentos o equipos especializados, ni de colaboración de algún servicio de apoyo al diagnóstico (imágenes Rx o de laboratorio).

Los recursos financieros para este estudio requieren de una inversión que son accesibles, pues los insumos usualmente están al alcance de todo investigador.

2. OBJETIVOS

1. Determinar la frecuencia de cesáreas, en el Hospital I Edmundo Escomel, Arequipa; 2017.
2. Determinar las causas de indicación de cesárea más frecuentes, en el Hospital I Edmundo Escomel, Arequipa; 2017.
3. Determinar la frecuencia de cesáreas según el modelo de clasificación de Robson en el Hospital I Edmundo Escomel, Arequipa; 2017.
4. Determinar la frecuencia de las causas de indicación de cesárea en los grupos de Robson más frecuentes en el Hospital I Edmundo Escomel, Arequipa; 2017.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Parto

Definición

En el parto actúan fenómenos fisiológicos del miometrio y cuello uterino al final del embarazo, donde intervienen fases del parto; preludio, preparación y proceso, muy distinto a fases del trabajo del parto; dilatación, expulsión y alumbramiento; sin embargo, el parto es denominado también a la expulsión de un feto mayor a 500gr, mayor o igual a las 22 semanas y expulsión de anexos ovulares.^{6, 7, 8,9.}

Clasificación

El parto puede clasificarse de distintas formas; según el tiempo de duración de la gestación; el parto pre término, entre las 22 y 36 semanas de gestación; el parto a término, entre las 37 y 41 semanas de gestación y el parto pos término, mayor igual a las 42 semanas de gestación. También el parto se clasifica según el comienzo; en parto espontáneo, cuando no es necesario realizar maniobras quirúrgicas para su expulsión y parto inducido, cuando es necesario inducir contracciones para iniciar el trabajo del parto. Cuando el parto evoluciona sin que no haya desviación fisiológica, se denomina, parto eutócico y se habla de parto distócico, cuando se necesitan maniobras o intervenciones quirúrgicas para su finalización.⁷

3.2. Cesárea

Definición

Es la extracción del feto y anexos ovulares a través de una laparotomía seguida de una histerotomía.^{7, 8.}

Historia

Sobre los orígenes de la cesárea, se habla de tres hipótesis, una se atribuye a la Ley Romana dictada por Numa Pompilio, la "lex caesarea", donde señalaba que su uso solo era cuando la mujer acababa de morir, para salvar la vida del bebé; la otra se atribuye a la Leyenda de Julio César que nació por cesárea y la última se le atribuye a que el término deriva del verbo latino caedere, que significa "cortar, efectuar una fisura".

La primera cesárea post mortem sin éxito se realizó en la Maternidad del Hospital de Santa Ana en Lima en 1861 por el Dr. Camilo Segura. En 1900 en la Maternidad de Bellavista, el Dr. Alberto Bartón practicó una cesárea y se obtuvo un recién nacido vivo pero la madre falleció. Ya en 1910, el Dr. Belisario Sosa, realizó una cesárea, con un éxito materno fetal. Al

transcurrir los años, diferentes doctores realizaron cesáreas en diferentes maternidades de los departamentos del Perú y el Dr. Manuel Castañeda realizó la primera cesárea en Arequipa.^{9, 10}

Incidencia

El incremento de la frecuencia de cesárea en América Latina está en los establecimientos de alta complejidad; como en otros establecimientos de salud, pues se elige la cirugía si hay factores, unos bajo evidencia y otros no. La proscripción de parto vaginal en presentación podálica debido a que no hay habilidades por parte de los profesionales en la maniobras de versión cefálica externa, la falta de una segunda opinión profesional, evitar mala praxis obstétrica, mujeres nulíparas con edades tardías, mujeres con índice de masa corporal incrementado o con enfermedades maternas, los trazos anormales del ritmo cardiaco fetal en el monitoreo.^{7, 8}

Clasificación

Al procedimiento quirúrgico se le subdivide según los antecedentes obstétricos de la paciente: cesárea primera, cuando es por primera vez, cesárea iterativa cuando tiene 2 o más cesáreas y cesárea previa, cuando existe una cesárea anterior. Algunas veces la indicación para realizar la intervención de cesárea puede anticiparse, y se le denomina cesárea electiva, como en otras veces la indicación surge de imprevisto por algún accidente durante el embarazo o en el parto y se le conoce como cesárea urgente. Así mismo, según la técnica quirúrgica puede ser corporal o clásica; como también en el segmento corporal o segmento arciforme. Del mismo modo las indicaciones de cesáreas se clasifican como absolutas, cuando la cesárea es la única opción de finalizar el embarazo, independientemente de las condiciones obstétricas de la mujer; como son los casos de desproporción feto-pélvica, placenta previa oclusiva total, inminencia de rotura uterina, presentación fetal anómala, dos o más cesáreas anteriores y se llama indicaciones relativas donde esta se elige como la mejor alternativa; pero en circunstancias puede efectuarse un parto por vía vaginal; dentro de los cuales se puede mencionar cesárea previa, desprendimiento de la placenta normal inserta, sufrimiento fetal agudo, embarazo múltiple, malformaciones congénitas, infección por Herpes simple, infección por VIH o prolapso de cordón.^{7, 9, 11.}

Indicaciones

Clásicamente pueden ser de origen materno, fetal, ovulares y materno fetal. Dentro de las causas maternas están las de patologías locales como por ejemplo; distocia ósea, distocia dinámicas, distocia de partes blandas, tumores previos, miomectomía previa, traquelectomía

previa, cerclaje permanente, rotura uterina o eminencia de rotura uterina, cesárea anterior, herpes genital activo, infección por VIH, existen también las patologías sistémicas, como son preeclampsia, hipertensión crónica grave, nefropatía crónica, aneurismas, tuberculosis pulmonar grave o también es el caso de una inducción de trabajo de parto fallida. Dentro de las causas fetales; sufrimiento fetal agudo, restricción de crecimiento agudo, enfermedad hemolítica fetal grave, anomalías congénitas, macrosomía fetal, embarazo múltiple, presentación fetal podálica, transversa/oblicua, frente/cara. En el caso de las causas de origen ovular; placenta previa, desprendimiento normal placentario, procidencia de cordón. Por último, en el caso de causa materno fetal; desproporción feto pélvica y parto detenido.^{7, 8, 9, 11.}

Más del 85% de la realización de la cesárea es por cuatro razones: cesáreas previas, distocia, peligro para el producto o presentación anormal.⁷ En los países latinoamericanos, se dio a conocer que las causas más frecuentes de cesárea fueron: cesárea anterior, falta de progresión en el trabajo de parto, alteraciones del estado fetal y la presentación fetal podálica.⁹ Procedimientos previos a la cesárea.⁹

En estudios investigativos realizados en el Perú, ciertas indicaciones son más frecuentes como son cesárea previa, sufrimiento fetal agudo, desproporción céfalo pélvica, macrosomía fetal, feto en presentación podálica, preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, entre otros.^{12, 13, 14, 15.}

Según la Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, recomiendan que para dar inicio a la cesárea debe ser en un lapso de tiempo determinado para reducir los riesgos y aumentar los beneficios para la madre y el feto; así mismo previo a la realización de la cesárea, se debe informar a la paciente sobre el consentimiento informado y del consentimiento informado para ligadura de trompas⁸.

En una cesárea programada, la paciente debe ayunar por lo menos ocho horas antes de la cirugía; del mismo modo, requiere de una evaluación anestésica previa y se debe solicitar un dosaje de hemoglobina. Según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología se debe informar los latidos cardíaco fetal al quirófano antes de iniciar el procedimiento, si el vello púbico involucra numeroso espacio del campo operatorio, el recortarlo disminuye infecciones en comparación de rasurarlo y la colocación de sonda vesical es prevista para evitar una incisión de órganos adyacentes.^{8, 9.}

Para la prevención de infecciones posoperatorias, en cesáreas programadas o no, la administración de antibióticos profiláctico disminuyen los casos de infección en las mujeres sin tener ningún efecto adverso en el recién nacido, por tal razón, el Colegio Americano de

Obstetricia y Ginecología recomienda administrar una dosis única de ampicilina 2gr. o una dosis única de cefazolina 1gr.; en caso de alergia la penicilina o la cefalosporina, una dosis intravenosa de 600gr. o clindamicina combinada con una dosis de aminoglucósido sería la alternativa.^{8,9.}

Para la realización de la cesárea pueden usarse diferentes tipos de anestesia; la anestesia regional, que puede ser raquídea y su efecto es más rápido que la epidural; aunque puede provocar hipotensión materna comprometiendo la oxigenación fetal por ende alteración de los latidos cardio fetal y por otro lado, la anestesia general es más utilizada en situaciones de cesáreas de emergencia, su efecto es rápido pero impide la interacción de la madre con su recién nacido en las primeras horas de vida.^{9,16.}

Técnica

Como en toda intervención quirúrgica, para la cesárea, se necesita tener conocimientos sobre la anatomía materna antes de iniciar la cirugía. La cesárea se puede realizar a nivel del segmento inferior, cesárea segmentaria y a nivel del cuerpo uterino, cesárea corporal; para su realización se siguen los siguientes pasos^{6,8,9}

Laparotomía; es decir abrir la cavidad abdominal y se pueden utilizar dos tipos: la mediana infraumbilical y la transversa suprapúbica más conocida como la incisión de Pfannestiel. La elección de la incisión; se llevará a cabo de acuerdo al buen juicio crítico del cirujano, basado en su habilidad quirúrgica, la indicación de la operación, en las complicaciones, en realizar la mejor profilaxis y sobre todo la estética. Recordar que a la mujer que se le realiza la incisión mediana infraumbilical suele tener más dolor posoperatorio; pero menos riesgo de hernia incisional; en cambio, a la que se le realiza la Pfannestiel tiene menos dolor posoperatorio; pero corre el riesgo de dehiscencia de la aponeurosis y hernia incisional.

Histerotomía; para la incisión del peritoneo visceral se debe reconocer el fondo de saco vesicouterino, se efectúa un ojal de 1 o 2 cm. por encima de la vejiga y se le secciona 12 cm. Una vez abierta la cavidad abdominal se procede a la apertura del segmento inferior del útero; mediante dos prácticas diferentes: la histerotomía transversal denominada también histerotomía de Kerr o Munro Kerr y la histerotomía vertical denominada también técnica de Kronig-Opitz; para su utilización solo dependen de la posición y tamaño del feto, inserción de la placenta, presencia o no de miomas y el grado de desarrollo del segmento inferior.

Extracción fetal; si la presentación fetal es cefálica, mientras se retira la valva suprapúbica, se coloca una mano entre el pubis y la cabeza fetal, para luego ejercer una suave presión con la palma de la mano elevando la cabeza hacia la pared uterina, una vez salida la

cabeza fetal de debe verificar con un dedo pasando en el cuello si existe o no vueltas de cordón umbilical, luego se rota la cabeza para alinear en sentido vertical el diámetro biacromial del feto, después se toman con ambas manos los lados de la cabeza y se aplica un movimiento descendente y ascendente para la extracción de los hombros, con este último movimiento el resto del cuerpo sale con facilidad, procurando la presión sobre el fondo uterino por encima de la pared abdominal. En el caso de que no se logra extraer al feto mediante esta maniobra es posible utilizar fórceps. Si la presentación fetal se encuentre en el conducto vaginal, se debe efectuar dos maniobras: una de ellas es la presión ascendente de la cabeza fetal desde la vagina y la otra es la tracción de las piernas del feto a través del orificio de la histerotomía.

Extracción de anexos ovulares; puede ser de dos tipos: de forma espontánea, que consiste en traccionar suavemente del cordón umbilical al mismo tiempo que se coloca 20 unidades de oxitocina en solución cristaloide por vía intravenosa y la extracción manual, como su mismo nombre lo dice, se realiza desprendiendo manualmente todas las caras de la placenta y anexos.

Cierre del útero; una vez fuera los anexos, se procede a cerrar el útero, con una sutura continua y entreligada, de modo que penetre hasta el miometrio y se debe manejar con suavidad los tejidos, permitiendo así la hemostasia y aminorar la aparición de adherencias.

Cierre de la pared abdominal; se retira todas las torundas utilizadas, se aspira la sangre y líquido amniótico de las cavidades cerciorándose de algún instrumento menor, para finalmente cerrar las capas del abdomen. La pared abdominal se cierra por planos; el peritoneo parietal puede ser evitado si tener efectos a largos plazo; sin embargo, si hay distensión intestinal se sugiere hacerlo para proteger el intestino, con puntos continuos. Si es que hubiera diástasis de rectos, se deben aproximar con puntos en ocho o puntos en U con catgut crómico 0 o 1. Si se identifican sitios sangrantes, se pinzan y se ligan con una hoja electro quirúrgico. Posteriormente se procede al cierre del tejido celular subcutáneo, si este tiene un grosor mayor a 2 cm., con puntos X para evitar seromas y hematoma. Luego se sutura la aponeurosis, con sutura reabsorbible y puntos separados. Y finalmente el cierre de la piel es con sutura continua con material no absorbible.

Complicaciones

Como en cualquier tipo de intervención quirúrgica existen complicaciones; dentro de las complicaciones maternas a corto plazo son: endometritis; infección de la herida operatoria, hemorragias; debido a atonía uterina, lesión de vasos uterinos o acretismo placentario y las lesiones de otros órganos como vejiga, tracto urinario o intestino. También puede ocurrir de 6

cada 10.000 embarazos con trombosis venosa profunda y la enfermedad tromboembolia pulmonar. Dentro de las complicaciones maternas a largo plazo, en mujeres con más de una cesárea, se podría presentar un embarazo ectópico, desprendimiento de la placenta, placenta previa; además de acretismo placentario, así mismo la rotura uterina es una complicación rara, pero más frecuente, lo que conlleva a que el bebé fallezca o incremente la incidencia de parto pre término.^{9, 11, 17}

En algunos casos, los bebés son extraídos antes del momento indicado y pueden presentar problemas respiratorios como alimenticios, propios de un bebé prematuro; algunas veces, pueden ser lesionados por el bisturí durante la cirugía. Según estudios indican que los valores de Apgar son más bajos, y es posible que requieran asistencia respiratoria. Además, que es mucho más difícil para las madres formar vínculo con el bebé y son menos propensas a amamantar y por lo tanto recurren a las fórmulas sin conocer las consecuencias adversas para su salud.^{5, 17, 18}

En el caso de que si la anterior cesárea fue por una indicación que es poco probable que vuelva a ocurrir, es posible realizar una prueba de trabajo de parto y lograr un parto vaginal; pero existen contraindicaciones que no se debe realizar la prueba de trabajo de parto y la cesárea se muestra como la mejor opción, como la mujer con edad tardía, feto macrosómico, índice de masa corporal alto, si sufre de pre eclampsia, o si hay un periodo intergenésico corto.^{8, 18.}

Procedimientos post cesárea

Finalizado el procedimiento se debe incluir indicaciones como la medición de signos vitales, vigilancia de la hemorragia transvaginal como de la herida operatoria, vigilancia de la diuresis, administración de líquidos por vía oral después de 8 horas, dieta blanda una vez iniciado el peristaltismo intestinal, deambulación paulatina a partir de las 12 horas postoperatorio; retiro de puntos a los 7 días; del mismo modo, orientar y dar consejería en salud sexual y reproductiva como después de un parto vaginal.¹¹

3.3. Modelos de clasificaciones de cesáreas³

Determinar la tasa mínima de cesárea más adecuada a nivel de población, es un desafío; debido a la falta de un sistema de clasificación internacionalmente aceptado. En el 2011, la OMS realizó una revisión sistemática; es decir realizó un estudio donde 38 expertos internacionales, respondieron a un cuestionario que calificaría a las cesáreas en 18 características y también, buscaron cualquier estudio que describiera un modelo de clasificación de cesáreas.

De todas las citas, se encontraron 27 clasificaciones de cesárea y estas se agruparon en 4 tipos: según la indicación; según el grado de urgencia; según las características de la mujer y según otros sistemas. Solo dos investigadores, compararon y analizaron sobre sus características, fortalezas y debilidades de cada modelo de clasificación de cesárea, con ayuda de una creación de 12 escenarios de casos clínicos.

Cada clasificación fue evaluada de 0 a 14 puntos y cuanto mayor sea el puntaje sería la mejor clasificación. Las respuestas fueron comparadas y discutidas hasta que se llegó a un consenso:

Se obtuvieron 12 clasificaciones basadas en indicaciones, cuatro de ellas solo eran modelos teóricos; los ocho restantes, eran modelos prácticos. La mayoría de estas clasificaciones requerían de una información registrada y disponible; pero tenían categorías no mutuamente excluyentes y con baja reproducibilidad; sin embargo, las más destacables fueron Althabe y Anderson, esta última fue fácil de comprender e implementar, tuvo una buena reproducibilidad y fue inclusiva; además, que proporcionó reglas de cómo clasificar a una mujer con más de una indicación; mientras que la clasificación de Althabe no lo propuso.

Todas las clasificaciones según el grado de urgencia responden a cuándo se debe realizar la cesárea, lo que conllevaría mejores resultados maternos y perinatales; sin embargo, las definiciones de las categorías propuestas no fueron claras, lo que complicaría la reproducibilidad, comparabilidad e interpretación; sin embargo, la clasificación de Van Dillen obtuvo la mejor calificación.

Dentro de las clasificaciones basadas en la mujer, tres tenían categorías mutuamente excluyentes, dos tenían categorías totalmente inclusivas, y dos fueron muy fáciles de implementar. La clasificación que obtuvo la máxima calificación fue la de Robson, así mismo la clasificación de Denk y la de Cleary.

Según otros tipos de sistema, respondían preguntas: en dónde; por quién y cómo se realiza la cesárea, información útil; pero, no tenían definiciones claras y solo se encontraron seis de modelo teórico y los otros cinco, de modelo práctico. Estas clasificaciones presentaron de 3 a 21 categorías y 39 subcategorías; pero ninguna era mutuamente excluyente y dos eran totalmente inclusivas.

Finalmente, al analizar los resultados, cada una de las clasificaciones ofrece ventajas como desventajas; pero solo dos obtuvieron los mejores puntajes: Robson y Denk.

En 2014, la OMS realizó una segunda revisión sistemática, sobre la experiencia de los usuarios de haber utilizado el modelo de clasificación de Robson, con la propósito de evaluar las ventajas y desventajas de su adopción, implementación e interpretación y un panel de expertos

hicieron varias recomendaciones: de que los establecimientos de salud deben usar la estructura original del modelo de clasificación de Robson, con las mujeres admitidas para dar a luz, los usuarios pueden subdividir los diez grupos y analizar otras variables de acuerdo a las necesidades del investigador y que los resultados deben ponerse a disposición del público.

3.4. Modelo de Robson⁴

El Dr. Michael Robson en el año 2001 publica en un artículo sobre esta clasificación, sin embargo, en años anteriores él utilizó esta misma, aunque no le dió identidad al modelo de clasificación.

Debido al incremento de las cesáreas en todos los establecimientos que prestan servicio de atención de parto y a la existencia de la clasificación tradicional del porcentaje de cesárea a partir de las indicaciones de las mismas no es recomendable debido a la dificultad de hacerlo sin sesgos de registro.

Es por eso que el modelo de clasificación de Robson desde el año 2001 ha sido utilizado a nivel local, regional e internacionalmente por una sola institución, por varias instituciones, con la idea de identificar grupos con mayor o menor probabilidad de terminar en cesárea, puesto que la OMS considera como la más adecuada clasificación para identificar qué clase de mujeres termina en parto por cesárea.

La clasificación de Robson (**Cuadro 1**), presenta categorías claras, mutuamente excluyentes, a la vez inclusivas y estas categorías ofrecen flexibilidad para adaptarse a diferentes casos clínicos. Este sistema se basa en cuatro conceptos obstétricos, que estratifica a las mujeres según sus características gineco-obstétricas, según la historia obstétrica previa, según el progreso del trabajo de parto, según la categoría del embarazo y según la edad gestacional.

Desglosando estos cuatro conceptos, las mujeres se agruparan de acuerdo a los antecedentes obstétricos previos que puede ser nulípara, si la paciente no tiene parto previo y puede ser multípara si tiene más de un parto previo. De acuerdo al progreso de trabajo de parto puede ser inducido con medicación o espontaneo. Según la categoría del embarazo que puede ser único, que es la presencia de un feto en la cavidad uterina y múltiple cuando hay más de uno. De acuerdo con la presentación o situación fetal al momento del parto puede ser cefálico o de nalgas, oblicuo o transversal. De acuerdo a la edad gestacional al momento del parto de término puede ser mayor o igual de 37 semanas y si es menor de 37 semanas. Además si tiene antecedente de cirugía uterina, con o sin cicatriz uterina.

En el año 2014 se realizó una revisión sistemática de la clasificación de Robson, donde propusieron realizar sub-clasificaciones de los grupos o nuevas clasificaciones, inclusión de otras variables y características maternas dentro de cada grupo y además de la necesidad de preparación del personal de salud para una adecuada obtención de datos para la clasificación de pacientes.

El uso de esta clasificación es para caracterizar la población atendida e identificar los grupos que más aportan o incrementan al porcentaje de la cesárea; sin embargo, en algunos estudios, utilizan la clasificación para realizar comparaciones entre instituciones, identificar diferencias entre ellas y buscar las posibles causas de la variabilidad en el porcentaje de cesáreas. Así mismo, algunos estudios evalúan diferencias dentro de los grupos y exploran variables adicionales a los vistos en la clasificación como explicación a las cifras de cesárea.

Actualmente; en países de América Latina están trabajando para reducir las tasas de mortalidad materna y neonatal y mejorar la calidad de los servicios de la Salud Reproductiva y un referente es utilizar la clasificación de Robson para reorientar evaluaciones e intervenciones. En el país no se ha unificado la utilización de un sistema de clasificación de cesáreas, sin embargo algunas instituciones de salud del Perú han realizado estudios, en los que se encontró que el uso de este modelo de Robson para la clasificar a las cesáreas, es fácil y útil para identificar las mujeres, los procedimientos y las prácticas posiblemente susceptibles y prioritarias de intervenir con el fin de tener un porcentaje de nacimientos por cesárea adaptada a las condiciones propias de cada institución y de las mujeres atendidas en ella.



CUADRO 1: CLASIFICACIÓN DIEZ CATEGORÍAS

GRUPO	CLASIFICACION
1	• Nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontaneo.
2	• Nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.
3	• Multíparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontaneo.
4	• Multíparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o con parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.
5	• Multíparas con al menos una cicatriz uterina previa, embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación.
6	• Nulípara con embarazo único en presentación podálica
7	• Multíparas con embarazo único en presentación podálica, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.
8	• Mujeres con embarazos múltiples, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.
9	• Mujeres con embarazo único en situación transversa u oblicua, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.
10	• Mujeres con embarazo único en presentación cefálica, menos de 37 semanas de gestación, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.

Fuente: Dr. Robson, Michael

4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Antecedente Internacional ²⁰

TÍTULO: Aplicación del modelo de Robson para caracterizar la realización de cesáreas en una institución de tercer nivel de atención en Medellín, Colombia.

AUTORES: John Jairo Zuleta-Tobón, Fredy Quintero-Rincón, Ana María Quiceno-Ceballos

FUENTE: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 64(2):90-99; 2013.

RESUMEN: Objetivo: El exceso de cesáreas aumenta el riesgo de morbilidad materna y perinatal. Para disminuir la tasa de cesáreas y fijar una meta es necesario caracterizar adecuadamente las condiciones de la población atendida. Este artículo evalúa el desempeño del modelo de Robson como herramienta para identificar los grupos prioritarios por intervenir y para estimar una meta racional de cesáreas. Materiales y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal realizado en una institución general de alta complejidad que atiende pacientes del aseguramiento subsidiado por el Estado. Se aplicó el modelo de Robson de clasificación de las cesáreas para calcular el tamaño relativo, la proporción específica y la contribución de cada grupo a la proporción general de cesáreas. Se comparan los resultados de la caracterización local con los resultados de otras instituciones que han aplicado la clasificación para hacer la estimación de la meta racional de cesáreas. Se contó con la aprobación del Comité de Investigación institucional. Resultados: 43,1% de los 1319 partos fueron por cesárea. La aplicación del modelo permitió identificar que el exceso de cesáreas en la institución se da en mujeres nulíparas y multíparas sin antecedente de cesárea, con embarazo a término y con feto en cefálica (grupos 1 a 4 de Robson). Las proporciones de cesárea dentro de estos grupos fueron: 35,6; 55,4; 15,0 y 49,5%, las cuales son superiores a las reportadas por otros hospitales de tercer nivel. Se estimó una tasa racional de cesárea en la institución de 27,6%. Conclusiones: la aplicación del modelo de Robson es fácil y útil para identificar las mujeres, los procedimientos y las prácticas posiblemente susceptibles y prioritarias de intervenir con el fin de tener una proporción racional de cesárea adaptada a las condiciones propias de la institución y de las mujeres atendidas en ella.

Antecedente Internacional ²¹

TITULO: Uso de la clasificación de Robson en un Hospital Comarcal de España para reducir la tasa de cesáreas.

AUTORES: Aguilar R., Manrique G., Aisa L., Delgado L., González V., Aceituno L.

FUENTE: Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 81(2):99-104. 2016.

RESUMEN: Objetivo: Analizar las cesáreas en el Hospital La Inmaculada, mediante la clasificación de Robson para comparar con otros hospitales, tanto nacional como internacionalmente y establecer las intervenciones posibles para reducir la tasa de cesáreas. Métodos: Se realiza una auditoría retrospectiva de cesáreas en función de la clasificación de diez grupos establecida por Robson desde el 1 enero de 2006 al 31 de diciembre de 2013. Resultados: Se han analizado 9337 partos y 1507 cesáreas con un 16,14%. En la contribución al porcentaje de cesáreas en primer lugar con 25,2% corresponde a nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo. En segundo lugar, las multíparas con al menos una cesárea previa, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo con 19,4%. En este grupo se ha realizado un 42,2% de cesáreas. En tercer lugar, nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontánea con 17,4%. Conclusiones: El aumento de cesáreas en las últimas décadas hace necesario la realización de auditorías mediante un sistema de clasificación, como Robson, para establecer los grupos en los que es posible disminuir el número de cesáreas.

Antecedente Nacional ²²

TITULO: Tasa de cesáreas por modelo de clasificación de Robson en el Instituto Nacional Materno Perinatal, periodo enero - diciembre 2015.

AUTORES: Celina Julia Castañeda Guillén.

FUENTE: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.

RESUMEN: Objetivo: Determinar la tasa de cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo enero – diciembre 2015. Métodos: Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo enero – diciembre del 2015. Se incluyeron a todas las gestantes ingresadas para atención del parto que culminaron en cesárea. La información fue recolectada de la base de datos estadísticos de los egresos y registro de cesáreas de Sala de Operaciones del Instituto durante el periodo de estudio. El análisis estadístico y la presentación de las tablas de gráficos se realizaron utilizando los programas Excel 2010 y Microsoft Office. Resultados: La muestra censal estuvo integrada por 8970 mujeres quienes culminaron la gestación por cesárea en el periodo enero – diciembre 2015 de un total de 20243 partos, representando una tasa de cesárea de 44.3%. La aplicación del modelo de Robson permitió identificar que los grupos que más contribuyeron a la tasa de cesáreas fueron el grupo 1 con el 29.2%, el grupo 5 con el 21.3% y el grupo 3 con el 14.6%. Conclusiones: La tasa de cesárea encontrada en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo enero – diciembre 2015 supera largamente lo recomendado por la OMS. Con la aplicación del modelo de Robson se evidencia que los grupos que mayor contribuyen al aumento de la tasa de cesárea son los grupos 1, 5 y 3. El uso de este modelo de clasificación de cesáreas es factible, reproducible y permite implementar estrategias dirigidas a optimizar las tasas de cesáreas.

Antecedente Nacional ²³

TITULO: Análisis comparativo de las cesáreas en el Hospital Apoyo Iquitos, en dos periodos de estudio usando la clasificación de Robson.

AUTORES: Antonio Junior Aspajo Paredes.

FUENTE: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2017.

RESUMEN: Objetivo: Identificar los grupos específicos de gestantes en los que varían las tasas de cesáreas durante dos periodos comparativos en el Hospital Apoyo Iquitos, usando la clasificación de Robson. Materiales y métodos: La presente investigación presenta un diseño observacional descriptivo. Nuestra población de estudio estuvo conformada por todas aquellas gestantes cuyos partos culminaron por vía vaginal o por cesárea en el Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” durante dos periodos de tiempo: 2013 y 2016. Los datos se obtuvieron del registro electrónico de egresos, de la base de datos del SIP 2000 y de las historias clínicas. La información fue analizada usando la hoja de cálculo de Excel. Resultados: Las principales características socio-demográficas fueron: edad promedio 25,3 años, estado civil conviviente (66,08%), grado de instrucción secundaria (54,88%). Las principales características gineco-obstétricas de la población total de gestantes fueron: múltipara (55%), embarazo con feto único (83,86%), presentación cefálica (82,19%), edad gestacional mayor o igual a 37 semanas (75,56%), sin cicatriz uterina previa (75,99%). La prevalencia de cesáreas del total fue de 28,85%. Al comparar los periodos 2013 y 2016, ha habido un aumento en la proporción de partos mediante cesárea del 27,79% al 30,06% que resultó estadísticamente significativa ($p = 0,0013$). El grupo 3 fue más grande, 36,56% de la población. El grupo 6 presentó la mayor proporción de cesáreas (82,05%) de la población. Los grupos que más contribuyeron al total de cesáreas fueron el grupo 5 (20,69%), el grupo 1 (17,55%) y el grupo 3 (12,86%). El grupo 2 presentó un aumento estadísticamente significativo en su respectiva proporción de cesáreas ($p = 0,0045$). Hubo una disminución estadísticamente significativa en la proporción de cesáreas del grupo 1 ($p = 0,0362$) y del grupo 3 ($p < 0,0001$). Conclusiones: La tasa de cesárea del Hospital, supera lo normado por la OMS. Durante el periodo de estudio, utilizando el Modelo de Clasificación de Robson, hemos verificado que los grupos que más contribuyeron a la tasa de cesáreas fueron los grupos 5, 1 y 3. Los resultados de las tasas de cesárea por modelo de clasificación de Robson, muestran lo sencillo, adaptable y factible de la aplicación del modelo.

Antecedente Local ²⁴

TITULO: Frecuencia e indicación de cesárea en las pacientes atendidas en el Hospital III Goyeneche de la ciudad de Arequipa, en el período de enero a diciembre del 2014.

AUTORES: Alberto Luis Béjar Miranda

FUENTE: Universidad Católica de Santa María; 2014.

RESUMEN: **Objetivo:** Determinar la frecuencia e indicaciones principales de cesárea en pacientes atendidas en el Hospital III Goyeneche de la ciudad de Arequipa, en el periodo de enero a diciembre del 2014. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo; se utilizó una ficha de recolección de datos, en una muestra de 307 historias clínicas de gestantes cesareadas. Se realizó análisis univariado y bivariado de variables epidemiológicas. El procesamiento y análisis de la información fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010). **Resultados:** La frecuencia de cesáreas practicadas en el Hospital III Goyeneche en el 2014 fue 40.44%; la indicaciones más frecuentes fueron el alteración del bienestar fetal (21,17%), distocia de presentación (15.31%), cesareada anterior (14.33%), Pelvis Estrecha (11.73%), Macrosomía Fetal (8.14%), dilatación estacionaria (8.14%), pre-eclampsia (6,19%) y otras indicaciones (14,98%). La edad promedio fue 27,39 años, la mayoría de pacientes se encontró entre los 15 - 25 años (47.88%), el lugar de procedencia fue principalmente de zonas Urbanas en 66,12%. El grado de instrucción secundaria completa (60,6%). La cesárea fue electiva en 48.53%; y de urgencia en el 51.47%. **Conclusiones:** La frecuencia de operación cesárea es alta en el Hospital III Goyeneche. La indicación más frecuente de cesárea fue la alteración del bienestar fetal; siendo más frecuente en jóvenes que en adolescentes. La cesárea de urgencia sobrepasa el 50%, se debe determinar posibles causas en estudios posteriores. El peso promedio de los recién nacidos fue de 3172.64g. El Apgar de los recién nacidos por cesárea de Urgencia fue de 6.56 al primer minuto y de 7.96 a los 5 minutos en promedio, mientras que de los nacidos por cesárea electiva fue de 8.65 al minuto y de 9.16 a los 5 minutos.

5. HIPÓTESIS

Dado que existe población de gestantes con factores determinantes en la elección de la vía de parto en el Hospital I Edmundo Escomel.

Es probable que la clasificación de los 10 grupos de Robson, nos permita identificar al grupo de gestantes más expuesta a ser sometida a una cesárea y crear estrategias para disminuir la incidencia en este grupo.



CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica: Observacional.

1.2. Instrumento: Ficha de recolección de datos.

VARIABLE	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Características sociodemográficas	• Edad	Observacional	Ficha de recolección de datos (Anexo 1)
	• Nivel de instrucción		
	• Estado civil		
	• Ocupación		
Paridad	• Nulípara • Multípara sin cicatriz previa • Multípara con cicatriz previa		
Categoría de la Gestación	• Único • Múltiple		
Presentación y Situación Fetal	• Cefálica • Podálica • Transversa • Oblicua		
Edad Gestacional	• < 37 semanas • ≥ 37 semanas		
Comienzo del Trabajo de parto	• Espontáneo • Inducido		
Cicatriz uterina previa	• Si • No		

1.3. Materiales de verificación: Historias clínicas y el libro de registro de partos.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

Precisión del Lugar:

Ámbito General: Departamento Arequipa, Provincia Arequipa, Distrito Paucarpata.

Ámbito Específico: Hospital I Edmundo Escomel, Arequipa. Av. Cayro S/N.

Caracterización del Lugar:

Ámbito Institucional: Hospital I Edmundo Escomel - EsSALUD, Arequipa.

Delimitación del lugar: **(Anexo 2)**

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

Cronología: Año 2017.

Visión temporal: Retrospectivo.

Corte temporal: Transversal.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

Universo

Universo Cuantitativo

- Historias clínicas de las pacientes que tuvieron su parto eutócico y distócico en el año 2017 fueron 1744, de las cuales 481 culminaron en cesárea.

Universo Cualitativo:

Criterios de Inclusión

- Historias clínicas de pacientes gestantes ingresadas para atención de parto eutócico y distócico.

Criterios de Exclusión

- Historias clínicas de pacientes con menos de 37 semanas de gestación.
- Historias clínicas de pacientes con gestaciones múltiples
- Pacientes que presentaron información incompleta o ilegible.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. RECURSOS

Recursos humanos:

- Investigadora: Rocío Fatima Rodríguez Alayza
- Asesora: Dra. Yenhny Cárdenas Núñez

Recursos económicos:

- Propios del investigador

Recursos físicos:

- Materiales (de escritorio, impresos, fotográficos)
- Servicios (movilidad, fotocopias, anillados, equipamiento de cómputo y oficina).

3.2. PROCESO

Para la ejecución de la presente tesis, se realizaron coordinaciones: con el jefe de la oficina de capacitación, investigación y docencia de EsSALUD (**Anexo 3**) y con la dirección del Hospital I Edmundo Escomel - EsSALUD (**Anexo 4**). Una vez recibidas las cartas de aceptación de aprobación de proyecto de investigación del jefe de unidad de capacitación, investigación y docencia (**Anexo 5**), del presidente del comité institucional de ética e investigación (**Anexo 6**) y de la presidenta de investigación académica (**Anexo 7**) y con la corrección de las observaciones encontradas, se procedió a la revisión de fuentes documentadas: historias clínicas, libro de registro de partos; llevando a cabo la recolección de datos mediante una ficha de recolección (**Anexo 1**), guardando confidencialidad y respeto a la identificación de las pacientes.

Dicha recolección de datos se basó en los criterios de inclusión y exclusión, teniendo en cuenta los datos demográficos de las pacientes y las variables de la clasificación de Robson. En vista del requerimiento indispensable de un universo cuantitativo, se utilizó la base de datos del Hospital I Edmundo Escomel, obteniendo la siguiente información: 481 mujeres intervenidas por cesárea en el Hospital I Edmundo Escomel en el año 2017.

Posteriormente; los datos recolectados fueron procesados en el programa Microsoft Excel, y finalmente se realizó un análisis estadístico SPSS 22 versión 21.

4. ESTRATEGIA PARA MEJORAR LOS RESULTADOS

- Clasificación: Los datos serán ordenados en una matriz de registro y control.
- Codificación: Sera mediante letras.
- Recuentos: Se utilizará manual y computarizado.
- Tabulación: Se utilizará tabla doble.
- Traficación: Se utilizará gráficos de barras.

4.1. PLAN DE ANÁLISIS

- **Por el número de variables:** Es de tipo multivariado.
- **Por naturaleza:** Es de tipo cualitativo y cuantitativo.
- **Tratamiento estadístico:** Se utilizará la estadística descriptiva: número de porcentajes.



CAPITULO III RESULTADOS



FRECUENCIA DE CESÁREAS SEGÚN EL MODELO DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON, EN EL HOSPITAL I EDMUNDO ESCOMEL, AREQUIPA, 2017.

Tabla 1: *Características sociodemográficas de las pacientes atendidas por cesárea, en el Hospital I Edmundo Escomel; Arequipa, 2017.*

Características sociodemográficas		N	%
Edad	10-18	7	1.45
	19-35	389	80.87
	36 a más	85	17.67
	Total	481	100.0
Nivel de instrucción	Primaria	10	2.07
	Secundaria	105	21.8
	Superior universitario	184	38.25
	Superior no universitario	182	37.83
	Total	481	100.0
Estado Civil	Soltera	56	11.64
	Casada	156	32.43
	Conviviente	269	55.92
	Total	481	100.0
Ocupación	Trabaja	324	67.35
	No trabaja	157	32.6
	Total	481	100.0

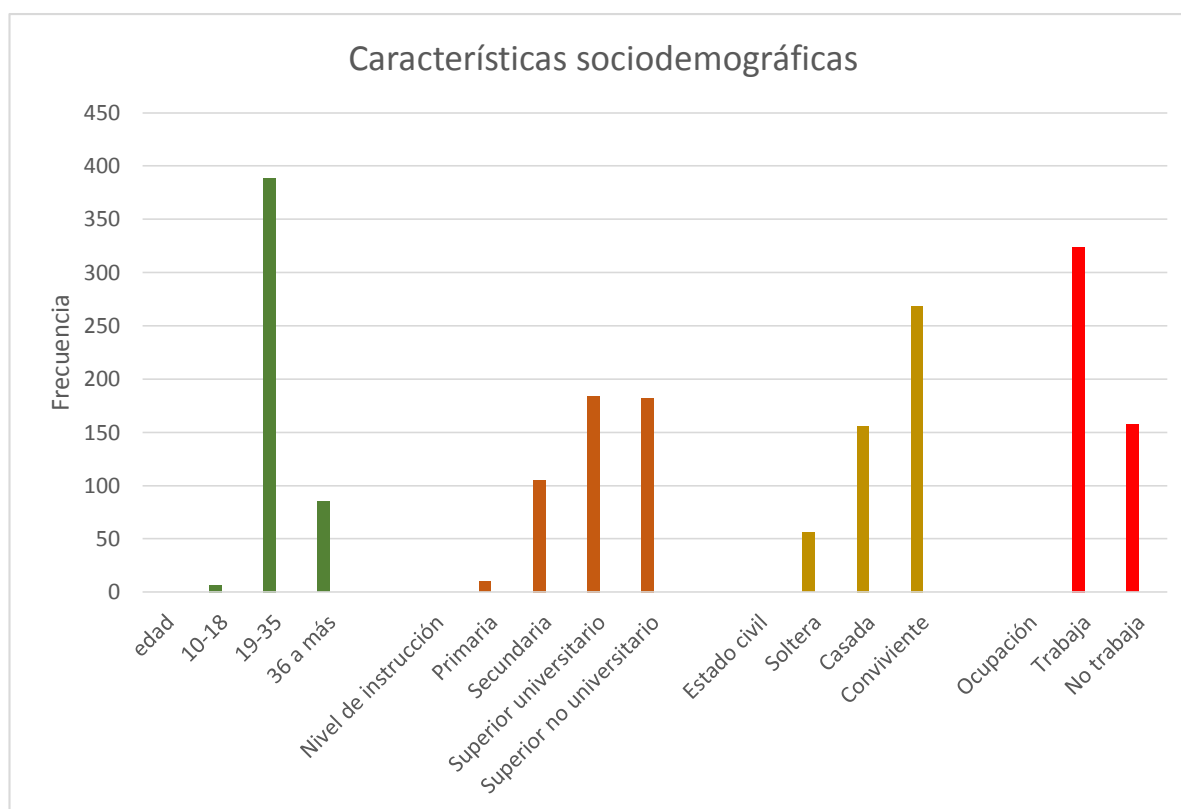
Fuente: Matriz de Datos

Elaboración: Personal

En la tabla N°1 se muestra que las características sociodemográficas más frecuentes fueron el grupo etario de 19 a 35 años, el estado civil conviviente, el grado de instrucción superior universitario como no universitario y en cuanto a ocupación trabaja.

FRECUENCIA DE CESÁREAS SEGÚN EL MODELO DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON, EN EL HOSPITAL I EDMUNDO ESCOMEL, AREQUIPA, 2017.

Figura 1: *Características sociodemográficas de las pacientes atendidas por cesárea, en el Hospital I Edmundo Escomel; Arequipa, 2017.*



Fuente: Matriz de Datos

Elaboración: Personal

FRECUENCIA DE CESÁREAS SEGÚN EL MODELO DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON, EN EL HOSPITAL I EDMUNDO ESCOMEL, AREQUIPA, 2017.

Tabla 2: Tipos de partos, en el Hospital I Edmundo Escomel; Arequipa, 2017.

Tipos de parto	Frecuencia	Porcentaje
	N	%
Parto vaginal	1263	72.42
Parto por cesárea	481	27.58
Total	1744	100.0

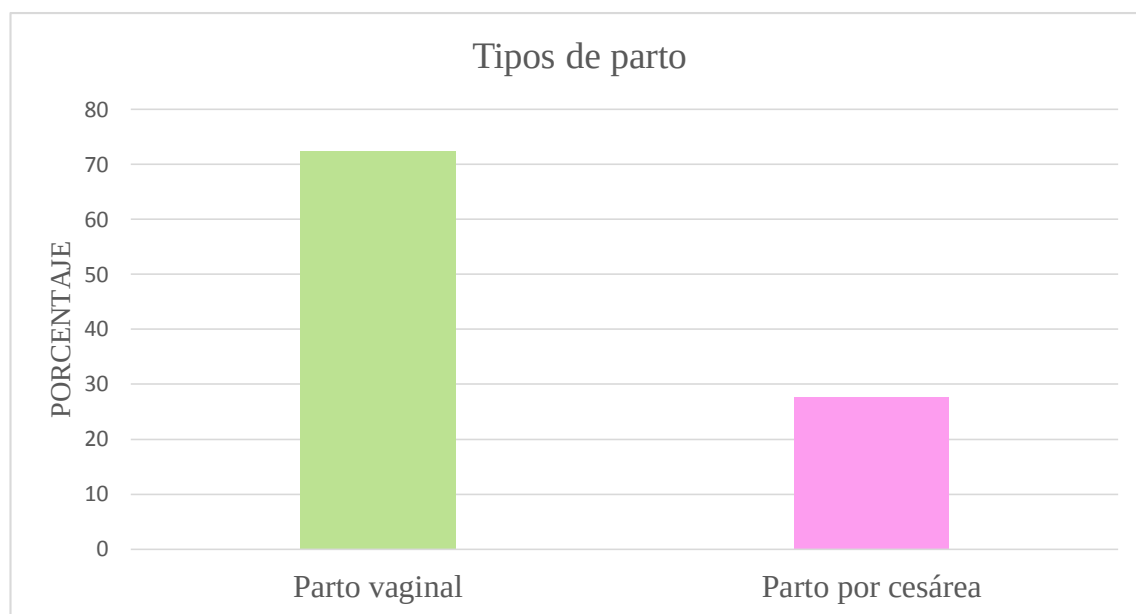
Fuente: Matriz de Datos

Elaboración: Personal

En la tabla N°2 se muestra que en el año 2017 hubo 1744 partos de esos 481 terminaron en cesárea lo que equivale 27.58% del total de nacimientos.

**FRECUENCIA DE CESÁREAS SEGÚN EL MODELO DE CLASIFICACIÓN DE
ROBSON, EN EL HOSPITAL I EDMUNDO ESCOMEL, AREQUIPA, 2017.**

Figura 2: *Tipos de parto, en el Hospital I Edmundo Escomel; Arequipa, 2017.*



Fuente: Matriz de Datos

Elaboración: Personal

FRECUENCIA DE CESÁREAS SEGÚN EL MODELO DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON, EN EL HOSPITAL I EDMUNDO ESCOMEL, AREQUIPA, 2017.

Tabla 3: *Causas de indicación de cesárea, en el Hospital I Edmundo Escomel; Arequipa, 2017.*

Causas de indicación de cesárea	n	%
Cesareada anterior	120	24.95
Desproporción feto-pélvica	116	24.12
Alteración del bienestar fetal	61	12.68
Distocia de variedad de presentación	57	11.85
Trabajo de parto disfuncional	52	10.81
Inducción fallida	21	4.37
Oligoamnios	12	2.49
Ruptura prematura de membrana	7	1.46
Distocia funicular	7	1.46
Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta	1	0.21
Otros	27	5.61
Total	481	100.00

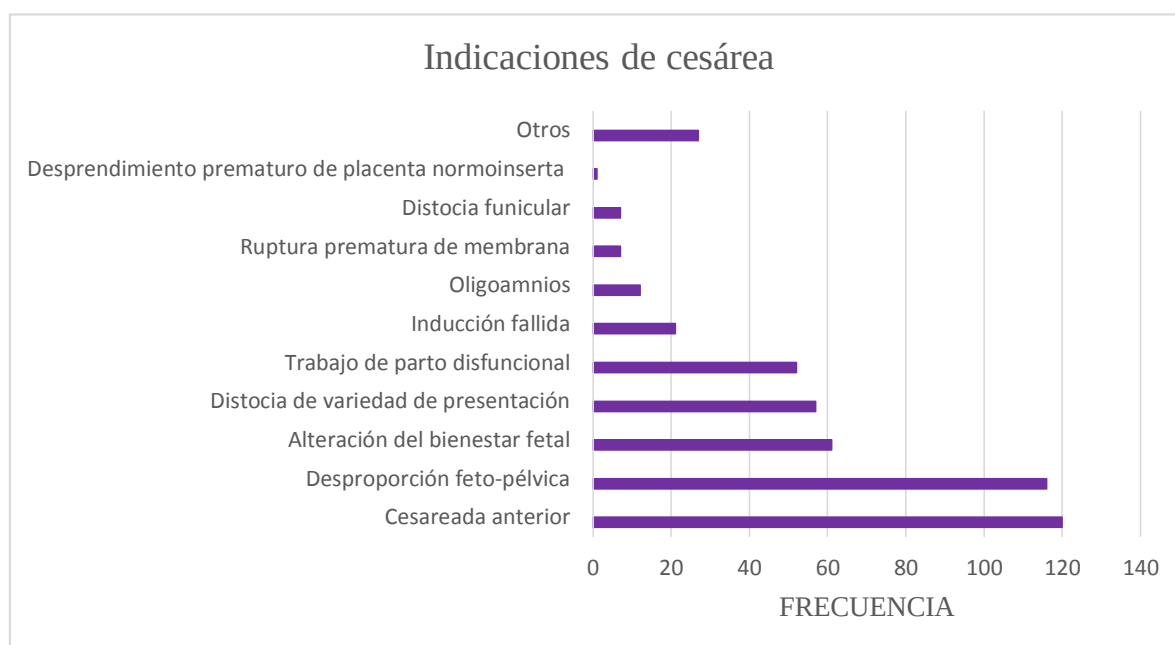
Fuente: Matriz de Datos

Elaboración: Personal

En la tabla N°3 se muestra que las causas de indicación de cesárea más frecuente fueron cesareada anterior y desproporción feto-pélvica.

FRECUENCIA DE CESÁREAS SEGÚN EL MODELO DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON, EN EL HOSPITAL I EDMUNDO ESCOMEL, AREQUIPA, 2017.

Figura 3: *Causas de indicación de cesárea, en el Hospital I Edmundo Escomel; Arequipa, 2017.*



Fuente: Matriz de Datos

Elaboración: Personal

FRECUENCIA DE CESÁREAS SEGÚN EL MODELO DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON, EN EL HOSPITAL I EDMUNDO ESCOMEL, AREQUIPA, 2017.

Tabla 4: *Frecuencia de cesáreas según el modelo de clasificación de Robson, en el Hospital I Edmundo Escomel; Arequipa, 2017.*

Clasificación de Robson	N	%
Grupo 1	69	14.30%
Grupo 2	141	29.30%
Grupo 3	28	5.80%
Grupo 4	48	10.00%
Grupo 5	146	30.40%
Grupo 6	22	4.60%
Grupo 7	18	3.70%
Grupo 8	0	0.00%
Grupo 9	9	1.90%
Grupo 10	0	0.00%
Total	481	100.00%

Fuente: Matriz de Datos

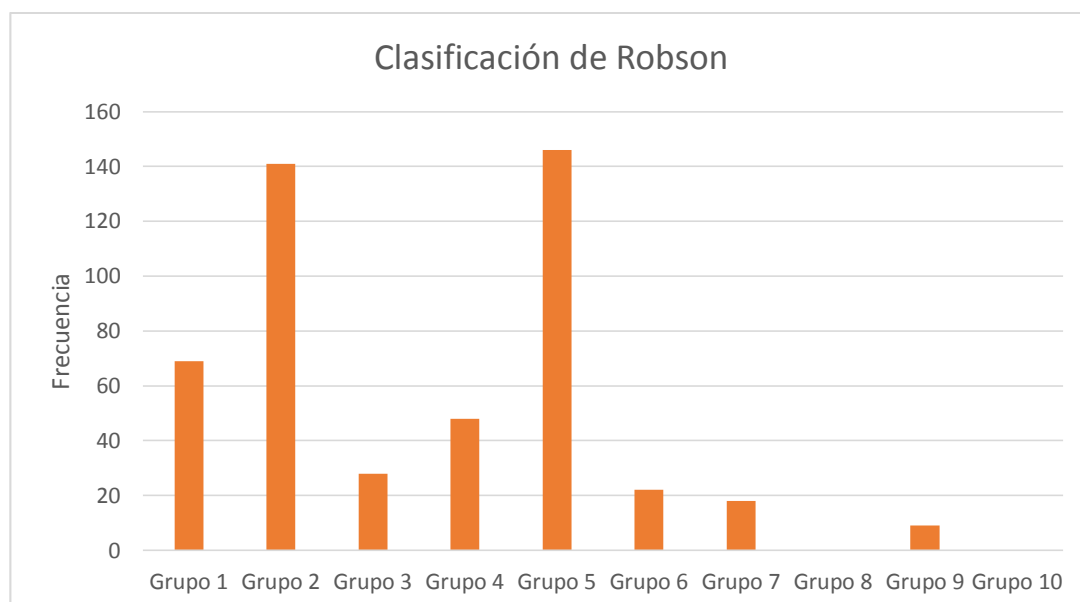
Elaboración: Personal

En la tabla N°4 se muestra que los grupos de Robson más frecuentes fueron el grupo 5 y el grupo 2.

Para los grupos 8 y 10 no hubo casos debido a que en el Hospital I Edmundo Escomel no se atiende pacientes con gestaciones múltiples y pacientes con gestaciones menores a 37 semanas.

FRECUENCIA DE CESÁREAS SEGÚN EL MODELO DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON, EN EL HOSPITAL I EDMUNDO ESCOMEL, AREQUIPA, 2017.

Figura 4: *Frecuencia de cesáreas según el modelo de clasificación de Robson, en el Hospital I Edmundo Escobel; Arequipa, 2017.*



Fuente: Matriz de Datos

Elaboración: Personal

FRECUENCIA DE CESÁREAS SEGÚN EL MODELO DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON, EN EL HOSPITAL I EDMUNDO ESCOMEL, AREQUIPA, 2017.

Tabla 5: *Causas de indicación de cesáreas en cada grupo de Robson, en el Hospital I Edmundo Escomel; Arequipa, 2017.*

Causas de indicación de cesárea	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4		Grupo 5		Grupo 6		Grupo 7		Grupo 9	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cesareada anterior	0	0.00	1	0.71	0	0.00	3	6.25	113	77.40	0	0.00	1	5.56	2	22.22
Desproporción feto-pélvica	14	20.29	45	31.91	14	50.00	21	43.75	18	12.33	2	9.09	1	5.56	1	11.11
Alteración del bienestar fetal	20	28.99	24	17.02	4	14.29	9	18.75	4	2.74	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Distocia de variedad de presentación	2	2.90	12	8.51	0	0.00	1	2.08	0	0.00	20	90.91	16	88.89	6	66.67
Trabajo de parto disfuncional	23	33.33	16	11.35	4	14.29	4	8.33	5	3.42	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Inducción fallida	2	2.90	15	10.64	1	3.57	3	6.25	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Oligoamnios	1	1.45	8	5.67	1	3.57	2	4.17	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Ruptura prematura de membrana	2	2.90	2	1.42	1	3.57	0	0.00	2	1.37	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Distocia funicular	1	1.45	2	1.42	2	7.14	1	2.08	1	0.68	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Desprendimiento prematuro de placenta	0	0.00	1	0.71	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Otros	4	5.80	15	10.64	1	3.57	4	8.33	3	2.05	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	69	100.00	141	100.00	28	100.00	48	100.00	146	100.00	22	100.00	18	100.00	9	100.00

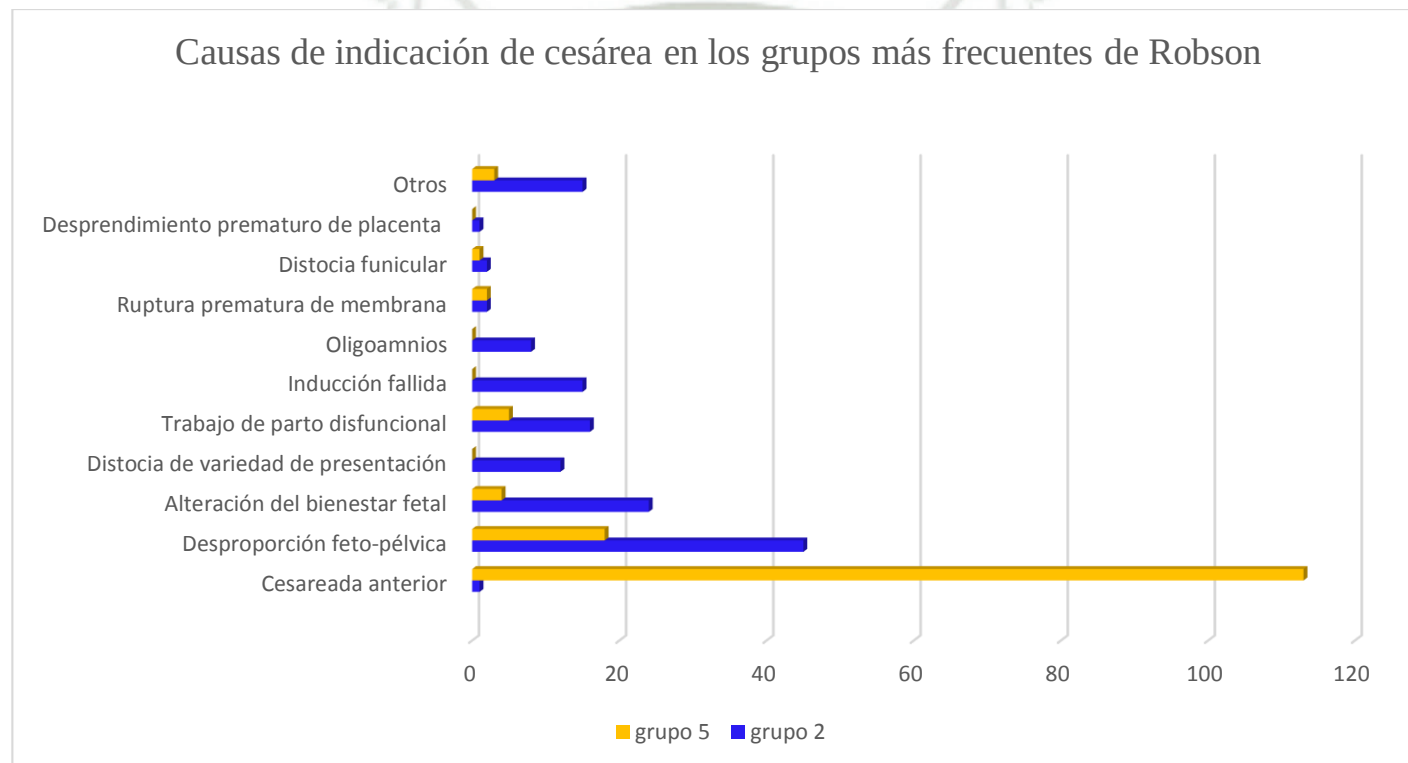
Fuente: Matriz de Datos

Elaboración: Personal

En la tabla N°5 se muestra que del grupo 5 la causa más frecuente fue cesareada anterior y del grupo 2 la causa más frecuente fue desproporción feto-pélvica.

FRECUENCIA DE CESÁREAS SEGÚN EL MODELO DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON, EN EL HOSPITAL I EDMUNDO ESCOMEL, AREQUIPA, 2017.

Figura 5: *Causas de indicación de cesáreas en los grupos más frecuentes de Robson, en el Hospital I Edmundo Escomel; Arequipa, 2017.*



Fuente: Matriz de Datos

Elaboración: Personal

1. DISCUSIÓN

Al revisar antecedentes investigativos para el presente estudio en el Hospital I Edmundo Escomel, se observó que no se han realizado investigaciones sobre el uso de la clasificación del modelo de Robson en la ciudad de Arequipa; por lo tanto, no existe un conocimiento sobre la utilización de esta clasificación como una guía para saber cuál es la población obstétrica que está más expuesta a cesárea.

Estudios epidemiológicos como este, gozan de gran importancia a nivel de la Salud Sexual y Reproductiva, puesto que la OMS propone usar este sistema para comparar los porcentajes de partos por cesárea entre los distintos establecimientos hospitalarios. Además este estudio, permitió conocer las características sociodemográficas de las pacientes atendidas por cesárea, la frecuencia de cesáreas, la frecuencia de las cesáreas según el modelo de clasificación de Robson, la frecuencia de las causas de indicación de cesárea más frecuentes y la frecuencia de las causas de indicación de cesárea en grupos de Robson más frecuentes en el Hospital I Edmundo Escomel durante el año 2017.

La obtención de los resultados estadísticos mediante el uso de una ficha de recolección de datos, se basaron en la base datos del Hospital I Edmundo Escomel, así como los datos obtenidos de las historias clínicas y del libro de registro de partos. Por ende, existe un mínimo sesgo pues los datos de las pacientes ya estaban registrados sin poder ser modificados.

Previo realización del estudio epidemiológico, nació la necesidad de determinar el número de cesáreas realizadas en el año 2017, para luego clasificarlas mediante el modelo de Robson; lo que condujo a la determinación de una frecuencia de 27.58% de cesáreas, porcentaje que corresponde a las 481 cesáreas, similar a la establecida por Aspajo (2017) 28.85%; pero inferior a la establecida por Zuleta J, Quintero F y Quinceno A (2013) 43.1%, por Castañeda C (2015) 44.3%, por Aguilar y Cols. (2016) 44.3% y Bejar A (2014) 40.44%.

Este 27,58% nos indica que si bien es cierto no es el porcentaje ideal que la OMS recomienda, es evidente que este porcentaje continua incrementándose anualmente, lo cual pone en juego el impacto de la cesárea en el bienestar físico, psicológico y social de la mujer y así mismo significa un incremento en los costos lo cual conlleva a disminuir recursos para otros servicios de salud. Podríamos interpretar este aumento debido a una mayor cobertura de atención profesional del parto, así como la utilización de mejores métodos y pautas para el diagnóstico oportuno de distocias antes y durante el trabajo de parto.

El rango de edad comprendido entre 19 a 35 años, representa el 80.87% del total de muestra; dato que coincide con Zuleta J, Quintero F y Quinceno A (2013), con Aguilar y Cols. (2016), con Castañeda C (2015), con Aspajo (2017) y con Bejar A (2014).

Este porcentaje encontrado sugiere que las pacientes de nuestro estudio están en un rango de edades que favorece tanto a la madre como al recién nacido; entendiéndose así que el factor edad no contribuyó como indicador de cesáreas; no obstante, porcentajes mínimos como son: 1.45% - mujeres de 10 a 18 años y un 17.67% - mujeres mayores de 36 años; en cuyos casos la indicación de cesárea fue la edad materna; lo cual significa que el Hospital I Edmundo Escomel tiene población de gestantes adolescentes y gestantes tardías.

El grado de instrucción “superior universitario” representa 38.25%, seguido por el “superior no universitario” con el 37.83%; datos que difieren a lo establecido por Castañeda C (2015) secundaria 71.6%, por Aspajo (2017) secundaria 54.88% y por Bejar A (2014) 60.6%.

En tal sentido las gestantes atendidas en el Hospital I Edmundo Escomel estuvieron en la capacidad de comprender las ventajas y riesgos que conlleva la ejecución de una cesárea para cada caso independiente; entendiéndose así, que la decisión por finalizar el embarazo en una cesárea fue en forma conjunta médico-paciente.

El estado civil “conviviente”, representa 55.92% del total de muestra; dato inferior a lo establecido por Castañeda C (2015) 68.2% y a lo establecido por Aspajo (2017) 66.08%.

Este hecho responde a una realidad que se vive en nuestro país; la convivencia en un porcentaje considerable, constituye una institución familiar importante ya que muchas parejas optan por tal, pues es considerada como una unión estable y legal entre una mujer y un hombre con igualdad de deberes y derechos como ocurre en un matrimonio civil o religioso.

Con respecto a la ocupación: trabaja representada por un 67.35%; dato que difiere con lo establecido por Castañeda C (2015) “no trabaja” con un 74.2%, responde a las características económicas de la población asegurada a EsSALUD en donde se describe que un porcentaje de población tiene la categoría de empleado y otro porcentaje como trabajador independiente. Las gestantes atendidas en el Hospital I Edmundo Escomel, pasan a formar parte de este tipo de población.

Realizando un análisis sobre las causas más frecuentes de indicación de cesárea fue: cesareada anterior con 24.9%, considerando que la práctica del parto vaginal post-cesárea es muy limitada debido a que las gestantes atendidas no dan cumplimiento a la existencia de un periodo intergenésico mayor de 2 años, resultado del ausente o inadecuado uso de los servicios de

planificación familiar. Sin embargo, se observó que existen indicaciones definidas, claras y poco discutibles, catalogadas como absolutas que obligan a la ejecución de una nueva cesárea. La desproporción feto-pélvica 24.12%, eventualidad considerada como causa absoluta para la indicación de cesárea, pues constituyen la única opción para culminar el embarazo.

Estos datos estadísticos difieren a lo establecido por Béjar A (2014) alteración del bienestar fetal con un 21.17% y a lo establecido por Zuleta J, Quintero F y Quinceno A (2013) cuello desfavorable con un 55,4% y enfermedad materna con un 49,5%.

Al realizar la clasificación de las cesáreas realizadas en el Hospital I Edmundo Escomel dentro del modelo de Robson donde se considera diez grupos, se observó que los grupos que se presentaron con mayor frecuencia corresponde al grupo 5 con un 30.4%, seguido por el grupo 2 con un 29.3% .

Datos similares son considerados por:

- Aguilar y Cols. (2016) al grupo 2 con 25.2% y al grupo 5 con 19,4%.
- Zuleta J, Quintero F y Quinceno A (2013) al grupo 2 con 55,4% y al grupo 4 con 49,5%
- Castañeda C (2015) al grupo 1 con 29,2% y 5 con 21,3%
- Aspajo (2017) al 5 con 20,69% y 1 con 17,55%

Además encontramos la ausencia de casos en los grupos 8 y 10 de la clasificación de Robson; debido a que el Hospital I Edmundo Escomel – EsSALUD no tiene capacidad resolutoria para atender pacientes con gestaciones múltiples y gestaciones menores de 37 semanas, las mismas que son referidas a Hospitales de mayor nivel y complejidad como es el caso del Hospital III Yanahuara y del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo.

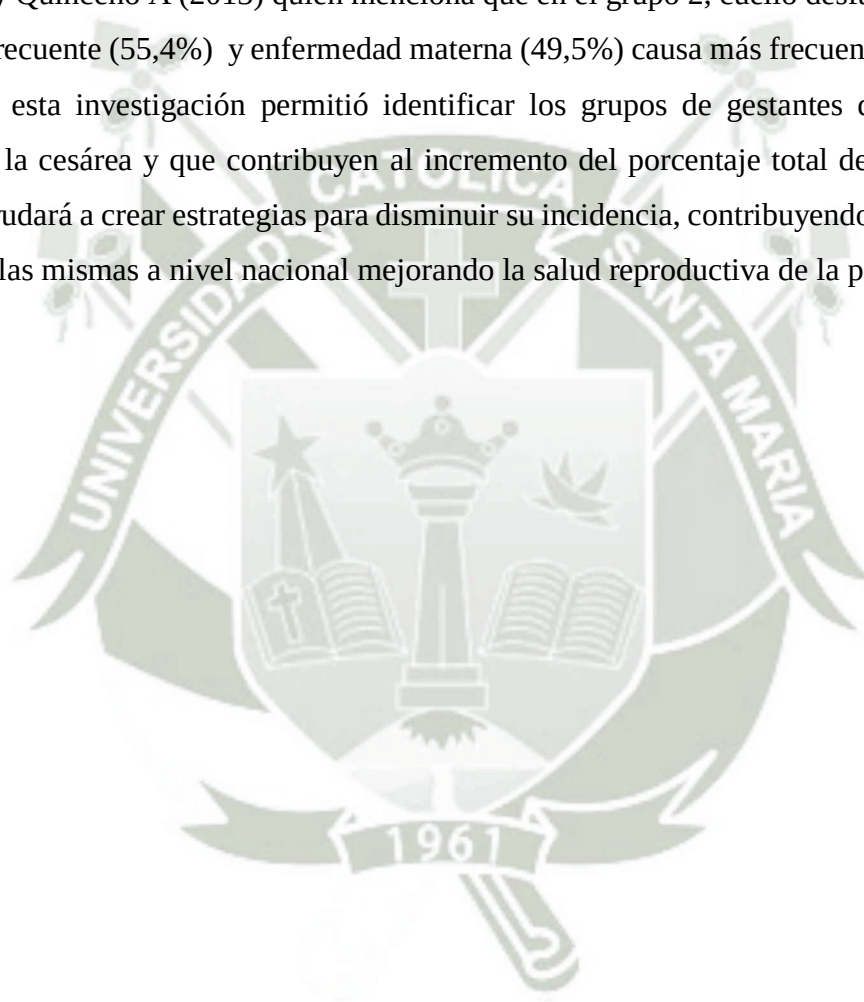
Luego de clasificar las historias clínicas de las pacientes cesareadas según el modelo de Robson se realiza un análisis encontrando que el mayor grupo de pacientes están ubicadas en el grupo 5 en una totalidad de 146; teniendo como diagnóstico preoperatorio más frecuente cesareada anterior en un 77.40%.

Es evidente que todavía un buen porcentaje considera a la cesárea previa como indicación de cesárea de repetición con un algún factor de riesgo supuesto; dando lugar a que la vida obstétrica de estas pacientes sea de riesgo. Es de suponer que estas pacientes tuvieron la opción de un parto vaginal siempre y cuando cumplieran condiciones para ello, pero se pudo observar que la gran mayoría se trataba de pacientes cuyo periodo intergenésico era muy corto, en otros casos se desconocía la causa que motivó una primera cesárea pues su atención se realizó en otro establecimiento o simplemente era desconocido por la paciente.

En el grupo 2 ubicamos a una totalidad de 141 pacientes en cuyo caso la desproporción feto-pélvica es considerada la causa más frecuente con un 31.91%.

Si bien es cierto este diagnóstico es uno de los mayores porcentajes, durante la revisión de las fuentes documentadas utilizadas para la recolección de datos se pudo apreciar que el diagnóstico de desproporción feto-pélvica, pues está nada o poco justificado por las tallas y pesos de los recién nacidos reportados. Este porcentaje incrementaría a la totalidad de los casos cuyos diagnósticos son verídicos.

Estos datos encontrados en el presente estudio difieren con los datos establecidos por Zuleta J, Quintero F y Quinceno A (2013) quien menciona que en el grupo 2, cuello desfavorable fue la causa más frecuente (55,4%) y enfermedad materna (49,5%) causa más frecuente del grupo 4. Finalmente, esta investigación permitió identificar los grupos de gestantes que están más expuestas a la cesárea y que contribuyen al incremento del porcentaje total de cesáreas; por ende, nos ayudará a crear estrategias para disminuir su incidencia, contribuyendo de esta forma a disminuir las mismas a nivel nacional mejorando la salud reproductiva de la población.



2. CONCLUSIONES

Primera

La frecuencia de cesáreas en el Hospital I Edmundo Escomel en el año 2017 fue de 27.58% del total de partos.

Segunda

Las causas de indicación de cesáreas más frecuentes fueron: cesareada anterior y desproporción feto-pélvica.

Tercera

Los grupos de Robson que más contribuyen al porcentaje de cesáreas son el grupo 5 (múltiparas con al menos una cicatriz uterina previa, embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación), seguido del grupo 2 (nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto).

Cuarta

En el grupo 5 de Robson la causa más frecuente fue cesareada anterior y del grupo 2 de Robson la causa más frecuente fue desproporción feto-pélvica.



3. RECOMENDACIONES

Primera

Se recomienda compartir los hallazgos encontrados de la situación real del Hospital I Edmundo Escomel en cuanto a la frecuencia de cesárea según el modelo de clasificación de Robson.

Segunda

Se propone realizar estudios posteriores utilizando la clasificación de Robson en todos los establecimientos de salud para uniformizar estrategias que permitan identificar la población de riesgo de cesárea y así disminuirlas.

Tercera

Concientizar al personal involucrado en la atención de la gestante a fin de evitar la práctica habitual de cesáreas sin indicación médica que lo justifique.

Cuarta

Se recomienda que las gestantes sean informadas verídicamente tanto de los riesgos como de los beneficios de una cesárea, con el fin de anular las cesáreas innecesarias.

Quinta

Se sugiere optimizar la cobertura de atención de la Salud Sexual y Reproductiva de la mujer en lo que respecta al control prenatal, atención de parto y los servicios de planificación familiar, haciendo que sea oportuna y de calidad.



4. BIBLIOGRAFÍA

1. **DIRECCION GENERAL DE EVALUAZION DEL DESEMPEÑO, DGED.** Indicadores obstétricos y perinatales [Publicación en línea]. [fecha de acceso 16 de abril del 2018]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/indsss.pdf>
2. **INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA, INEI.** Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-Salud Materna. [Publicación en línea]. 2016 [fecha de acceso 15 de septiembre del 2017]. [Cap.8]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
3. **TORLONI MR., BETRAN AP., SOUZA JP., WIDMER M., ALLEN T., GULMEZOGLU M., MERIALDI M.** Clasificaciones para la cesárea: Una Revisión Sistemática. 2011 [fecha de acceso 05 de enero del 2018]. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0014566>
4. **OMS.** Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Human Reproduction Programme Rewiews. 2015. [fecha de acceso 30 de octubre del 2017] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf
5. **AMERICAN ACADEMIC OF PEDIATRICS.** Parto por cesárea. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/prenatal/delivery-beyond/Paginas/delivery-by-cesarean-section.aspx>
6. **CUNNIGHAM F., LEVENO K., BLOOM S., HAUTH J., ROUSE D., SPONG C.** WILLIAMS OBSTETRICIA, 23^{va} edición, México: Mc Graw Hill Interamericana, 2011.
7. **SCHWARCZ R., FESCINA R., DUVERGES C.** OBSTETRICIA, 7^{ta} edición, Buenos Aires: El Ateneo, 2016: 784 págs.
8. **CUNNIGHAM F., LEVENO K., BLOOM S., SPONG C., DASHE J., HOFFMAN B., et al.** WILLIAMS OBSTETRICIA, 24^{va} edición, México: Mc Graw Hill Interamericana, 2015.
9. **PEREZ A., DONOSO E.** OBSTETRICIA, 4^{ta} edición, Santiago de Chile: Mediterráneo, 2012.
10. **SALAVERRY O., DELGADO G.** Editor. Historia de la Medicina Peruana en el siglo XX. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. 2000

11. **SECRETARÍA DE SALUD SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA.** Lineamiento Técnico, Cesárea segura. [Publicación en línea] 2002. [fecha de acceso 16 de enero del 2018]. Disponible en: <file:///D:/TESIS/LIBROS/lineamiento%20tecnico.pdf>
12. **LUQUE AS.** Indicaciones y tasa de cesáreas en el Hospital ESSALUD III Puno en el año 2016. [tesis doctoral] Puno: Universidad Nacional Del Altiplano; 2017. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3851/Luque_Coyla_Alexander_Salvino.pdf?sequence=1
13. **DÁVILA, H.** Prevalencia y principales indicaciones de cesárea en el “Hospital Vitarte” de Ate, durante el periodo enero-diciembre 2014. [tesis doctoral] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. Disponible en: http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/URPU_581c85a643e0c4aeeb7832b8d2fad7e5
14. **BUSTAMANTE JM, VERA O, LIMO J, PATAZCA J.** Frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2010–2011. Revista Medica. 2014; 7(1)
15. **CARPIO WV.** Operación cesárea: Incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo durante el periodo enero – diciembre 2012. [tesis doctoral] Tarapoto: Universidad de San Martín de Porres; 2015. Disponible en: http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USMP_56f5f63851418d60fc6aaab331a8bfb1
16. **HOFFMAN B., SCHORGE J., SCHAFFER J., HALVORSON L., BRADSHAW K., CUNNIGHAM F. WILLIAMS GINECOLOGIA** 2da edición México: Mc Graw Hill Interamericana, 2014.
17. **CIMS: Coalición para mejorar los servicios de maternidad.** Los riesgos del nacimiento por cesárea para la madre y el bebé. [Publicación en línea]. 2016 [fecha de acceso 16 de enero del 2018]. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/cesarea/3.-%20Los%20Riesgos%20del%20Nacimiento%20Por%20Ces%C3%A1rea%20Para%20La%20Madre%20y%20El%20Bebe_CIMS.pdf
18. **VASQUEZ C.** Estas son algunas razones para evitar el parto por cesárea (siempre que sea posible) El Diario. Viernes 7 de abril del 2017: p.1

19. **COLEGIO AMERICANO DE OBSTETRAS Y GINECOLOGOS.** Parto vaginal después de un parto por cesárea. The American College of Obstetricians and Gynecologists Reviews 2010. [fecha de acceso 11 de enero del 2018]. Disponible en: <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Parto-vaginal-despues-de-un-parto-por-cesarea>
20. **ZULETA J., QUINTERO F., QUICENO 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. 2013; 64(2): 90-99.
21. **AGUILAR R., MANRIQUE G., AISA L., DELGADO L., GONZÁLEZ V., ACEITUNO L.** Uso de la clasificación de Robson en un Hospital Comarcal de España para reducir la tasa de cesáreas. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2016; 81(2): 99-104.
22. **CASTAÑEDA CJ.** Tasa de cesáreas por modelo de clasificación de Robson en el Instituto Nacional Materno Perinatal, periodo enero - diciembre 2015. [Tesis para optar el Grado de Médico Cirujano] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
23. **ASPAJO AJ.** Análisis comparativo de las cesáreas en el Hospital Apoyo Iquitos, en dos periodos de estudio usando la clasificación de Robson. [Tesis para optar el Grado de Médico Cirujano] Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2017.
24. **BEJAR A.** Frecuencia e indicación de cesárea en las pacientes atendidas en el Hospital III Goyeneche de la ciudad de Arequipa, en el período de enero a diciembre del 2014. [Tesis para optar el Grado de Médico Cirujano] Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2014.



5. ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº

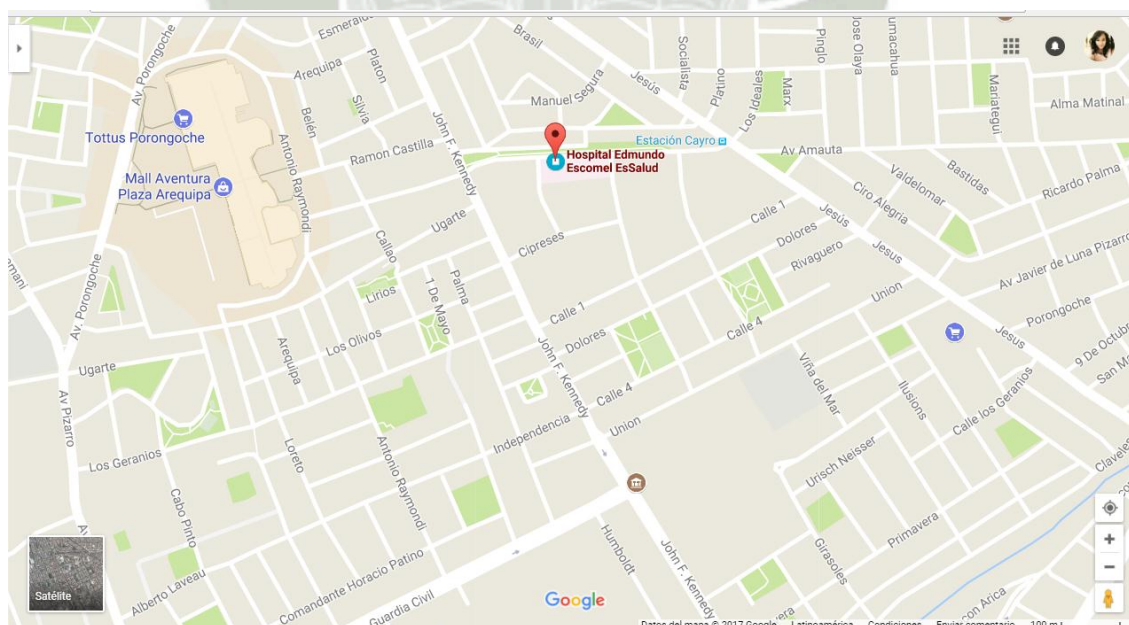
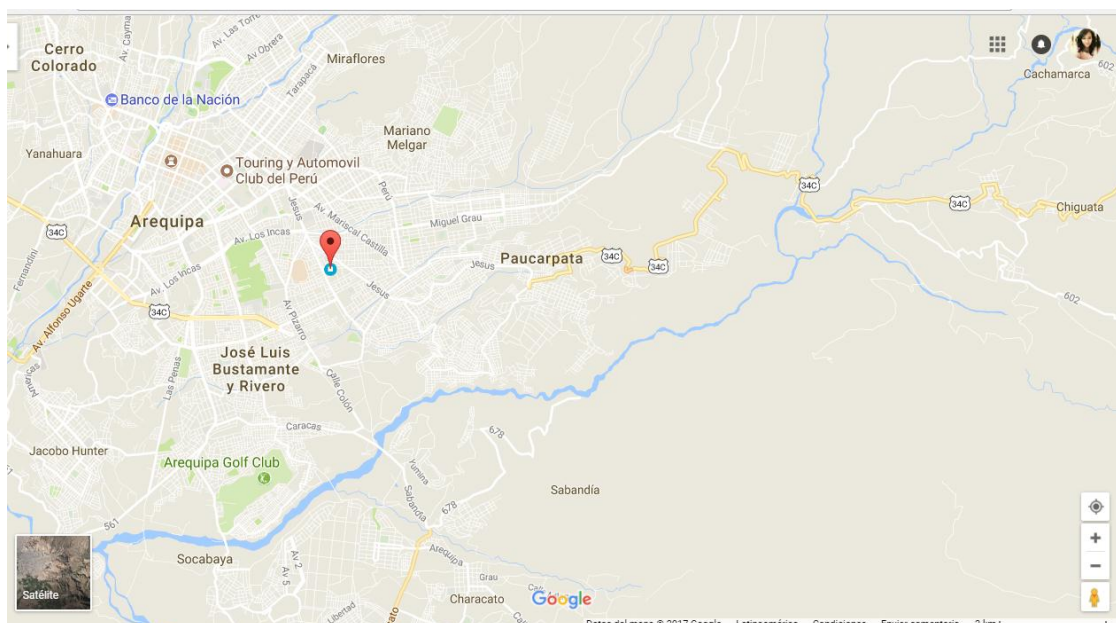
“FRECUENCIA DE CESÁREAS SEGÚN EL MODELO DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON, EN EL HOSPITAL I EDMUNDO ESCOMEL, AREQUIPA; 2017”

INVESTIGADORA: ROCÍO FATIMA RODRÍGUEZ ALAYZA

EDAD:	NIVEL DE INSTRUCCIÓN:
• 10-18 • 19- 35 • 36 a más	• Analfabeta • Primaria • Secundaria • Superior Universitario • Superior no Universitario
ESTADO CIVIL:	OCUPACIÓN
• Soltera • Casada • Conviviente	• Trabaja • No trabaja
PARIDAD	COMIENZO DEL TRABAJO DE PARTO:
• Nulípara • Multípara con cesárea previa • Multípara sin cesárea previa	• Espontáneo • Inducido • Antes del trabajo de parto
EDAD GESTACIONAL	PRESENTACIÓN/SITUACIÓN FETAL:
• ≤ 36 semanas • ≥ 37 semanas	• Cefálica • Podálica • Transversa • Oblicua
CANTIDAD DE FETOS:	CICATRIZ UTERINA PREVIA:
• Único • Múltiple	• Sí • No
CAUSA DE LA INDICACIÓN DE CESAREA ACTUAL:	
• Materna • Fetal • Materno fetal • Ovulares	•

ANEXO 2

MAPA DEL HOSPITAL I EDMUNDO ESCOMEL



ANEXO 3

SOLICITUD AL JEFE DE LA OFICINA DE CAPACITACIÓN, INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA - ESSALUD

RED ASISTENCIAL AREQUIPA – ESSALUD

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL JEFE DE SERVICIO PARA REALIZAR UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

ANEXO 6

Arequipa, 8 Febrero de 2018

Señor
DR. Dr. Lamberto Flores - Directora del Hospital I. Edmundo Escamei.
Jefe del Servicio de Hospital I. Edmundo Escamei Red Asistencial
Arequipa - EsSalud
Presente.-

ASUNTO : SOLICITA V° B°, PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted y manifestarle que siendo uno de los requisitos del Manual de Procedimientos del Comité Institucional de Ética en Investigación de la GRAAR, contar con la aceptación de la Jefatura, donde se ejecutará el estudio por tal motivo, solicitamos su visto bueno, para la realización del Proyecto "Incidencia y clasificación de caídas según el modelo de Robson en el Hospital I. Edmundo Escamei, Arequipa, Enero - Diciembre, 2017", el que es un estudio documental descriptivo.

El autor se compromete a presentar sus resultados en el servicio o departamento donde realizó el estudio de investigación.

Este proyecto deberá contar además, con las evaluaciones del Comité de Investigación Académica y el Comité Institucional de Ética en Investigación y la autorización correspondiente por la Jefatura de Capacitación Investigación y Docencia.

El cumplimiento de los requisitos, no garantiza la aceptación de la solicitud. (El interesado recogerá la presente).

Agradeciendo su gentil atención, quedamos de usted.

Atentamente,

Firma
Rocio Fatima Rodriguez Mayza
Nombres y apellidos del investigador
DNI: 72725613
Cel.: 999063555

Firma

Nombres y apellidos del investigador
DNI: _____
Cel.: _____

El Jefe del Opto. o Jefe del Servicio de Medicina Quirúrgica del Hospital I. Edmundo Escamei de la Red Asistencial Arequipa, Dr. Victor Anaya Ordoñez doy la Aceptación, para la realización del proyecto en mención.

(Firma y sello del Jefe del Servicio)

JEFE MEDICO QUIRURGICO
HOSPITAL I EDMUNDO ESCAMEI
R. Anaya

ANEXO 4

SOLICITUD A LA DIRECTORA DEL HOSPITAL I EDMUNDO ESCOMEL

Solicito: Campo Clínico para la aplicación del proyecto de tesis
“Frecuencia de cesáreas según el modelo de
clasificación de Robson, en el Hospital I Edmundo
Escomel, Arequipa; 2017”.

Dra. Liz Zambrano Florez

Directora del Hospital Hospital I Edmundo Escomel, Arequipa.

PRESENTE.

Estimada directora:

En calidad de alumna de la Facultad de Obstetricia y Puericultura, de la Universidad Católica de Santa María me presento ante Ud: Rocío Rodríguez Alayza, para manifestarle que deseando realizar mi proyecto de investigación “Frecuencia de cesáreas según el modelo de clasificación de Robson, en el Hospital I Edmundo Escomel, Arequipa; 2017”.

Solicito a su despacho autorización para el desarrollo del mismo.

Agradeciendo de antemano la atención prestada a la presente, me despido de usted.

Atte. Rocío Rodríguez Alayza.

Rocío Rodríguez Alayza.

Arequipa, 23 de noviembre del 2017

ANEXO 5

CARTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DEL JEFE DE UNIDAD DE CAPACITACIÓN, INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA – ESSALUD



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

CARTA N° 0131-OCID-GRAAR-ESSALUD-2018

NIT: 1313-2018-2819

Arequipa, 06 abril 2018

Señorita
ROCÍO FATIMA RODRÍGUEZ ALAYZA
Bachiller de la Facultad de Obstetricia y Puericultura
Universidad Católica de Santa María - Arequipa
Presente.-

ASUNTO: APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Es grato dirigirme a usted, saludándolo cordialmente y en atención al asunto comunicarle que el Comité de Investigación Académica y el Comité de Ética en Investigación Científica del HNCASE, de la Red Asistencial Arequipa, han evaluado y aprobado el Proyecto de Investigación:

"TASA DE CESÁREAS POR GRUPOS SEGÚN EL MODELO DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON, EN EL HOSPITAL I EDMUNDO ESCOMEL, AREQUIPA, 2017"

Por lo expuesto, se autoriza el inicio del estudio.

El autor se compromete a respetar la confidencialidad de la información, a presentar sus resultados en el servicio o departamento donde realizó el estudio de investigación; asimismo, deberá dejar una copia de la tesis aprobada para la biblioteca del HNCASE.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,



Dr. Edilberto Yari Vica Rojas
Jefe de la Unidad de Capacitación, Investigación y Docencia
GERENCIA RED ASISTENCIAL AREQUIPA
EsSalud

YVR/mvm

c.c. archivo

www.essalud.gob.pe

Esq. Peral y Ayacucho s/n
Arequipa, Perú
T. (054) 380350 / 380370

ANEXO 6

CARTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN – ESSALUD



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

CARTA Nº 049 - CIEI-OCID-GRAAR-ESSALUD-2018

NIT: 1313-2018-2819

Arequipa, 06 abril 2018

Señorita
ROCÍO FATIMA RODRÍGUEZ ALAYZA
Bachiller de la Facultad de Obstetricia y Puericultura
Universidad Católica de Santa María - Arequipa
Presente.-

ASUNTO: APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Es grato dirigirme a usted, saludándolo cordialmente y en atención al asunto comunicarle que el Comité de Ética en Investigación de la Red Asistencial Arequipa, ha evaluado el siguiente Proyecto de Investigación:

"TASA DE CESÁREAS POR GRUPOS SEGÚN EL MODELO DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON, EN EL HOSPITAL I EDMUNDO ESCOMEL, AREQUIPA, 2017"

Cualquier cambio en el proyecto debe ser comunicado al CIEI antes de ser aplicado. El proyecto mencionado, califica para evaluación expedita, por cumplir los requisitos según el Manual de Procedimientos del CIEI.

Por lo expuesto, se aprueba.

Atentamente,



Dr. N. Ramiro Rosado Santander
Presidente del Comité Institucional
de Ética en Investigación
Red Asistencial Arequipa
EsSalud

NRRS/mvm

c.c. archivo

www.essalud.gob.pe

Esq. Peral y Ayacucho s/n
Arequipa, Perú
T. (054) 380350 / 380370

ANEXO 7

CARTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE LA PRESIDENTA DE INVESTIGACIÓN ACADÉMICA – ESSALUD



"Decenio de la igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de Fortalecimiento de la Atención en EsSalud"

CARTA N° 016-CIA-OCID-GRAAR-ESSALUD-2018

NIT: 1313-2018-2819

Arequipa, 06 abril 2018

Lic.
ROXANA SOFIA ALAYZA GUILLEN
Servicio de Obstetricia
Hospital I Edmundo Escomel -Red Asistencial Arequipa – EsSalud
Presente.-

ASUNTO: APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Es grato dirigirme a usted, con un cordial saludo y en atención al asunto, manifestarle que el Proyecto de Investigación denominado:

"TASA DE CESÁREAS POR GRUPOS SEGÚN EL MODELO DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON, EN EL HOSPITAL I EDMUNDO ESCOMEL, AREQUIPA, 2017"

Presentado por la señorita, **Rocío Fatima Rodríguez Alayza**, Bachiller de la Facultad de Obstetricia y Puericultura, Universidad Católica de Santa María, Arequipa, es aprobado por el Comité de Investigación Académica de la Red Asistencial Arequipa para su ejecución.

El autor podrá recabar la certificación, únicamente al momento de presentación de un ejemplar del trabajo final, luego de ser sustentado y aprobado, el mismo que será incluido como material de consulta en la Biblioteca de EsSalud.

El informe final del trabajo, deberá guardar estricta reserva (anonimato) respecto al sujeto de estudio y datos personales de identificación directa o indirecta.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,



Dra. María Teresa Pérez Aragón
Presidente de Investigación Académica
RED ASISTENCIAL AREQUIPA

MTMA/mvm
c.c. archivo
www.essalud.gob.pe

Esq. Peral y Ayacucho s/n
Arequipa, Perú
T. (054) 380350 / 380370