

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA**

(Creada por Ley N°. 25265)

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

**TESIS**

---

**CESÁREA SEGÚN LA CLASIFICACION DE ROBSON  
EN EL HOSPITAL DE APOYO PICHANAKI, 2017**

---

**PARA OPTAR EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO  
OBSTÉTRICO**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD MATERNO  
PERINATAL**

**PRESENTADO POR:  
Obsta. HUAMAN ENCIZO BETY ISABEL**

**HUANCAMELICA – PERÚ**

**2018**

# ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 13 días del mes de diciembre a las 09:00 horas del año 2018 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Obstetra:

HUAMAN ENCIZO BETY ISABEL

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Dr. LEONARDO LEYVA YATACO  
Secretario : DRa. LINA YUBANA CAROENAS PINEDA  
Vocal : DRA. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

CESAREA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN EL HOSPITAL DE APOYO PICHANAKI, 2017.

Presentado por el (la) Obstetra:

HUAMAN ENCIZO, BETY ISABEL

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° ..... concluyendo a las 10:00 horas.

Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 13 de diciembre 2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PRESIDENTE  
Dr. LEONARDO LEYVA YATACO  
ROGEMAR SUAREZ

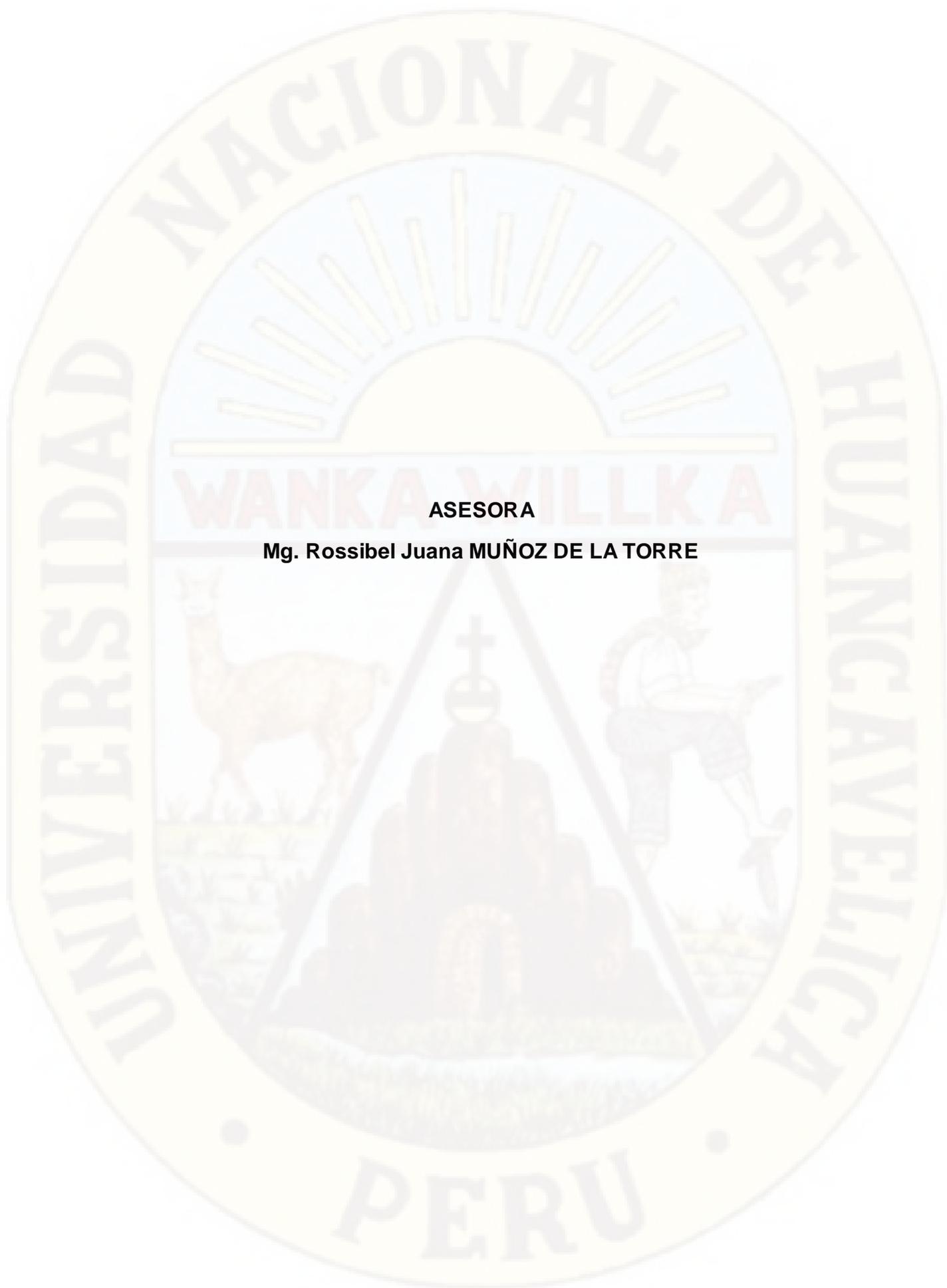
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
VOCAL  
Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman  
DOCENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
SECRETARIA DOCENTE NOMBRADA  
Dra. LINA Y. CAROENAS PINEDA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DECANATO  
VºBº COORDINACIÓN  
ROGEMAR SUAREZ  
DECANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SECRETARIA DOCENTE  
GABRIELA ORDOÑEZ CCO.

Obsta. Gabriela Ordoñez Cco.  
COP/27047  
SECRETARIA DOC.



**ASESORA**

**Mg. Rossibel Juana MUÑOZ DE LA TORRE**

## **DEDICATORIA**

### **A Dios:**

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

### **A mi madre Paola:**

Por haberme apoyado en todo momento, por sus sabios consejos y su ejemplo de trabajo y honradez

### **A mi querido Esposo Carlos:**

por su apoyo incondicional y paciencia , que con su amor y respaldo me ayudaron a alcanzar mis objetivos .

### **A mi querida Familia en especial a mi Hermana Marisol.**

A mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto que me proponga, en especial gracias a mi querida Hermana Marisol por su apoyo, su amor y su inmensa bondad . Le agradezco, y hago presente mi gran afecto hacia Ella.

## AGRADECIMIENTO

Al Director del Hospital de Apoyo Pichanaki, por brindar las facilidades para la ejecución de la presente tesis.

También agradecer a mis colegas Obstetras que laboran en la Red de salud Pichanaki, por su apoyo incondicional durante el proceso de planteamiento y ejecución de este proyecto de tesis .

## RESUMEN

La cesárea es una intervención quirúrgica reservada para algunos casos excepcionales que permite salvar vidas, hoy en día la cirugía más frecuentemente realizada en las mujeres, que inicialmente surgió como una solución y ahora se vislumbra como un problema. La presente investigación titulada Cesárea según la clasificación de Robson en el Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017 tuvo como objetivo determinar la frecuencia de decáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017 para ello se utilizó la investigación de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo de corte transversal; el método utilizado fue el inductivo cuyo nivel y diseño de investigación fue descriptivo; para ello se trabajó con 142 historias clínicas de las usuarias cesareadas en el periodo de enero a diciembre de 2017, datos que fueron llenados en la ficha de registro de datos para su análisis documentario; estos datos fueron procesados haciendo uso del paquete estadístico Spss versión 22. Los resultados hallados fueron: edad promedio de 25 años, múltiparas en el 55.6%, cesareadas de emergencia en el 63.4%, de presentación eutócica en el 82%, con feto a término en el 91%, sin cesárea previa en el 60.6%, cuyo inicio de trabajo de parto fue espontáneo en el 90%. La cesárea con mayor frecuencia según la clasificación de Robson fue el Grupo 1 y 5 con el 28.2% y 25.4% respectivamente. En conclusión: Según la clasificación de Robson las cesáreas con mayor frecuencia se encuentran en los grupos 1 y 5.

**Palabras clave:** Clasificación de Robson, cesárea, tasa de cesárea.

## ABSTRACT

Cesarean section is a surgical intervention reserved for some exceptional cases that allows saving lives, nowadays the most frequently performed surgery in women, which initially emerged as a solution and now is seen as a problem. The present investigation entitled Caesarean according to the classification of Robson in the Hospital of Support Pichanaki, 2017 had like objective determine the frequency of decáreas applying the model of classification of Robson in the Hospital of Support Pichanaki, 2017 for it the investigation of descriptive type was used , observational, retrospective of cross section; the method used was the inductive one whose level and design of investigation was descriptive; For this purpose, we worked with 142 clinical records of the users who were ceased during the period from January to December 2017, data that was filled out in the data record form for their documentary analysis; These data were processed using the statistical package Spss version 22. The results found were: average age of 25 years, multiparous in 55.6%, emergency cesareans in 63.4%, eutocic presentation in 82%, term fetus in 91%, without previous cesarean section in 60.6%, whose onset of labor was spontaneous in 90%. Cesarean section with the highest frequency according to the Robson classification was Group 1 and 5 with 28.2% and 25.4% respectively. In

□onclusión: According to Robson's classification, caesarean sections are most frequently found in groups 1 and 5.

Key words: Clasification of Robson, cesarean, cesarean section.

## INDICE

Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Resumen	vi
Abstract	vii
Índice	viii
Indice de tablas	x
Introducción	xi
<b>CAPITULO I: PROBLEMA</b>	
1.1. Planteamiento del problema	12
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Objetivos de la investigación	13
1.4. Justificación e importancia	14
1.5. Limitaciones	14
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes de la investigación	15
2.2. Bases teóricas	21
2.3. Hipótesis	27
2.4. Variables de estudio.	27
2.5 Definición de términos	27
2.5. Operacionalización de variables.	28
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1. Tipo de investigación	32
3.2. Nivel de investigación	32
3.3. Métodos de investigación	32
3.4. Diseño de investigación	33

3.5. Población, muestra y muestreo	33
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	33
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	34
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	
4.1. Presentación de resultados	35
Discusión	41
Conclusiones	44
Recomendaciones	45
<b>Referencias bibliográficas</b>	46
<b>Anexos:</b>	48
<b>Anexo A: Matriz de consistencia</b>	49
<b>Anexo B: Instrumento de recolección de datos</b>	50
<b>Anexo C: Tablas complementarias</b>	52
<b>Anexo D: Documentos pertinentes</b>	55
<b>ANEXO E: Imágenes</b>	57

## INDICE DE GRAFICO Y TABLAS

- Grafico 1:** Edad de las usuárias cesareadas en el Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017 36
- Tabla N°1:** Tipos de Cesáreas según Paridad en Usuarias del Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017 37
- Tabla N°2:** Presentación fetal según edad gestacional en cesareadas del Hospital de Apoyo Pichanaki 38
- Tabla N°3:** Inicio del trabajo de parto según cesárea previa en usuarias del Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017 39
- Tabla N°4:** Frecuencia de Cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017. 40
- Tabla N°5:** Distribución de las edades de las usuarias cesareadas en el Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017. 52
- Tabla N°6:** Cesáreas según clasificación detallada del Modelo de Robson en el Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017 54

## INTRODUCCION

La cesárea es una cirugía que permite el nacimiento del bebé a través del abdomen de la madre (1), es la intervención quirúrgica más frecuente en todo el mundo, y su frecuencia sigue aumentando; aunque permite salvar vidas humanas pone en riesgo la vida del binomio madre niño por el riesgo de sufrir problemas de salud a corto y largo plazo (2). La tasa de Cesáreas en el Perú se ha incrementado, es así que el 2016 tiene el 31.6% siendo mayor este porcentaje en mujeres con educación y quintil superior (56%) (3), la misma que refleja un problema de sobreutilización de las mismas.

La OMS realizó una revisión sistemática sobre la experiencia de los usuarios de la clasificación de Robson con la intención de evaluar las ventajas y desventajas de su adopción, implementación e interpretación, e identificar los obstáculos, los catalizadores y las posibles adaptaciones(4). Es así que los establecimientos sanitarios deben optimizar las cesáreas y mejorar la calidad de atención.

El Hospital de Apoyo Pichanaki, no es ajeno a esta problemática pues la práctica hace notar el incremento de frecuencia de cesáreas desplazando las atenciones de partos vaginales. Ante esta situación nos planteamos el objetivo de Determinar la frecuencia de cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017. Estos resultados nos permiten tomar comprender a profundidad el fenómeno de las tasas de cesáreas de forma estandarizada y con una perspectiva que nos permita utilizar la información generada para tomar acciones en nuestro medio.

El presente trabajo está organizado en cuatro capítulos que describo a continuación: CAPITULO I: Problema. CAPITULO II: Marco Teórico. CAPITULO III: Metodología de la investigación. CAPITULO IV: Presentación de resultados, conclusiones, recomendaciones, referencia bibliográfica y anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA**

#### **1.1 Planteamiento del Problema**

El parto quirúrgico o parto por cesárea es una cirugía que permite el nacimiento del bebé a través del abdomen de la madre. La mayoría de este tipo de nacimientos resultan en madres y bebés saludables pero esta cirugía conlleva riesgos y cuya recuperación tarda más que el parto vaginal(1).

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en todo el mundo, y su frecuencia sigue aumentando, sobre todo en países ingresos altos y medianos. Aunque permite salvar vidas humanas, a menudo se practica sin que existan indicaciones clínicas sustentables, lo cual pone a las madres y a los niños en riesgo de sufrir problemas de salud a corto y a largo plazo (2).

Desde 1985, la comunidad sanitaria internacional ha considerado que la tasa “ideal” de cesáreas se encuentra entre el 10% y el 15%. Nuevos estudios revelan que el número de muertes maternas y neonatales disminuye cuando dicha tasa se acerca al 10%, pero no hay pruebas de que las tasas de mortalidad mejoren cuando se supera esa cifra del 10%(2). En América Latina el porcentaje de cesáreas se encuentra alrededor del 38,9% al año 2015 (4); en ese mismo año el Instituto Nacional de Estadística y censos reportó que en Ecuador la tasa de nacimientos por cesáreas es del 50.62% superando la establecida por la OMS (1).

La falta de un sistema estandarizado de clasificación internacionalmente aceptado para vigilar y comparar las tasas de cesáreas de una manera uniforme es uno de los factores que obstaculizó la comprensión de esta tendencia (4). En el 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó una revisión sistemática sobre la experiencia de los usuarios de la clasificación de Robson con la intención de

evaluar las ventajas y desventajas de su adopción, implementación e interpretación, e identificar los obstáculos, los catalizadores y las posibles adaptaciones(4); es así que esta organización (OMS) propone la clasificación de Robson como un sistema de clasificación de cesáreas (2) para una mejor evaluación de los establecimientos sanitarios según optimización de las cesáreas y mejorar la calidad de la atención.

En el Perú, la tasa de cesáreas del 2009 al 2016 se ha incrementado de 21,4% (2009) al 26. 6% (2012) y de este al 31.6% (2016) la tasa fue de siendo mayor estos porcentajes en mujeres con educación y quintil superior (48.4% y 56% respectivamente) en contraste con las mujeres sin educación y ubicadas en el quintil inferior de riqueza (con cesárea de 7.5% y 8.8% respectivamente) (3), la misma que refleja un problema de sobreutilización de las mismas.

Está claro que la cesárea es una de las intervenciones más frecuentes y aunque con esta práctica salven vidas, muy a menudo se practica sin que haya indicación sustentable (2). Por tal motivo el modelo de clasificación de Robson se configura como un instrumento útil para conocer, monitorear, comparar y comprender a profundidad el fenómeno de las tasas de cesáreas de forma estandarizada y con una perspectiva que nos permita utilizar la información generada para tomar acciones en nuestro medio.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuál es la frecuencia de cesáreas según la clasificación de Robson en el Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo General:**

Determinar la frecuencia de cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017

### **1.3.2 Objetivos Específicos:**

- Describir y analizar las características obstétricas de las cesareadas del Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017.
- Identificar las cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017.

### **1.4 Justificación**

La tasa de cesáreas propuestas por la OMS deben oscilar entre 10 y 15%; sin embargo, nuestro país esta práctica ha sobrepasado tal medida, en tanto los gobiernos han decidido estrechar los controles sobre este tipo de cirugías para hacer disminuir su número instaurando el Parto Humanizado desde el año 2012 para regular la práctica de la cesárea; por otro lado, considerando que, la clasificación de Robson es adaptable al ámbito internacional y facilita el análisis de la tasa de cesáreas en un establecimiento de salud tal es así que la investigación permitió identificar a los grupos de gestantes y las condiciones gineco obstétricas que llevan a una cesárea; y nos conduce a proponer planes de intervención futura para disminuir la frecuencia de estas además de contribuir en la identificación del grupo de pacientes que contribuyen a las cesáreas.

### **1.5 Limitaciones**

La limitación en la investigación fueron los horarios inadecuados a la disponibilidad de tiempo del investigador para la recolección de los datos y la falta de organización en el cuidado de las historias clínicas, habías historias clínicas traspapeladas (El hospital está en reconstrucción y se trasladó a otro establecimiento temporalmente).

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1. Antecedentes**

Aguilar R, et al (5). Uso de la clasificación de Robson en un Hospital Comarcal de España para reducir la tasa de cesáreas. El objetivo fue 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 realizó 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.

Bravo A (6) . Criterios Clínicos quirúrgicos para realizar cesárea estudio a realizar en el Hospital Federico Bolaños Moreira periodo 2014-2015, el objetivo se direcciono a analizar el índice de cesáreas, partos, criterios y técnicas quirúrgicas en la realización de dichas cesáreas, tomando como universo los pacientes

atendidos por consulta externa y emergencia Gineco – Obstetrica a través de la observación indirecta, este estudio se enfatizó en ser de carácter cualitativo y transversal por el cual se aplicó instrumentos de evaluación y recopilación de datos, se tuvo acceso a los registros de pacientes donde esa información fue tabulada para determinar una muestra de la población el cual resulto de 264 pacientes a las cuales se les realizo cesarea y así poder dar énfasis al análisis de nuestro problema planteado al cual se dio su interpretación en gráficos estadísticos en las cuales su resultado arrojó un aumento considerable del número de cesáreas comparado con el número de partos, las cuales son realizadas con criterios basados en los publicados por el Ministerio de Salud Pública, por lo que se atribuye este aumento al excesivo número de embarazo en pacientes jóvenes, y aquellas mujeres adultas que presentan complicaciones en su embarazo las cuales no conocen prevenciones y controles para evitar dichas complicaciones. Un plan estratégico fundamentado en dar a conocer a las madres y futuras progenitoras sobre las prevenciones de complicaciones en el embarazo e complicaciones y riesgos de embarazos precoz a los pacientes del área Gineco – Obstetrica del Hospital Dr. Federico Bolaños Moreira del IESS en Milagro.

Jimenez D y Guevara A (7). Clasificación de Cesáreas por grupos de Robson en los últimos tres años en el Hospital de Engativa , Bogota; la clasificación de Robson permite caracterizar las mujeres a las que se realiza cesárea con el fin de implementar estrategias focalizadas con éxito. El objetivo fue determinar las tasas específicas de cesárea según la clasificación de Robson en el Hospital de Engativá, en donde se realizó un estudio transversal incluyendo gestantes atendidas en una institución de segundo nivel de complejidad entre 2012 y 2014. Se realizó el análisis descriptivo en EpiInfo y Stata de la tasa global y específica por cada grupo. Resultados: Se incluyeron un total de 1190 nacimientos. La tasa global de cesárea fue de 36.97 %. El grupo que más contribuye a la tasa de cesáreas son las nulíparas grupo 1 (38,5%) seguidas del grupo con cesárea anterior (36,4%) que tiene una tasa específica del 100%. La tasa específica de cesárea en el grupo de nulíparas con parto espontaneo fue de 36,6% y la partos

prematuros 43,3%. En conclusión los grupos 1 y 3, son susceptibles de intervención para reducir la tasa de cesárea específica e impactar la tasa global de cesárea de la institución.

Luque A (8). Indicaciones y tasa de cesáreas en el Hospital ESSALUD III Puno en el año 2016 con el objetivo Identificar las Indicaciones y Tasa de Cesáreas en el Hospital EsSalud III Puno en el año 2016. Materiales y métodos: El presente estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal de los datos de mujeres que tuvieron sus partos en las instalaciones del Hospital EsSalud III Puno durante el año 2016. Resultados: Hubo un total de 940 partos, con una tasa de cesáreas del 43,4. Las indicaciones principales fueron: la cesárea previa con 25,5% y el sufrimiento fetal agudo con 18%. Los grupos 1 y 5 de Robson tuvieron la mayor contribución al porcentaje de cesáreas. Conclusiones: El Hospital EsSalud III Puno presentó, una tasa de cesáreas mayor a la recomendada por la OMS. Utilizando la clasificación de Robson se pudo determinar que la tendencia a operar a los grupos 1 y 5 fue mayor que en otros hospitales, lo que determinó la alta tasa de cesáreas en esta institución.

Aspajo A (9). Análisis comparativo de las cesáreas en el Hospital de apoyo Iquitos en dos periodos de estudio usando la clasificación de Robson. El objetivo fue 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: el año 2013 y el año 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 de la población total de gestantes 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 de la población 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 el más grande, representando el 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 de la población 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.

Castañeda C (10). Tasa de cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Instituto Nacional Materno Perinatal, periodo enero - diciembre 2015. 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 las presentaciones 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.

Fiestas J(11). Prevalencia de parto por cesárea en el Centro Medico Naval “CMST” en el periodo julio 2014 - julio 2015. Objetivo: Determinar la Prevalencia de parto por cesárea en el Centro Medico Naval “CMST” en el periodo julio 2014 - julio 2015. Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal; en el Centro Medico Naval “CMST” en el periodo de Julio 2014 – Julio 2015. Se incluyeron la totalidad de los nacimientos durante el periodo de estudio. Los datos fueron recolectados del libro de partos, libro de sala de operaciones y base de datos estadísticos del Departamento de Gineco-Obstetricia. Resultados: La prevalencia de partos por cesárea fue de 53.37%. El tipo de cesárea, más frecuente, según el antecedente obstétrico fue la Primaria con un 56.96%. El grupo etario en el que predominaron las cesáreas fue el de 20 a 34 años con el 78.85%. Las Principales indicaciones fueron Cesárea anterior con 41.14%, Falta de progresión de trabajo de parto con 12.02% y Macrosomía Fetal con 8.23%. Conclusiones: El estudio revela una frecuencia elevada de cesáreas que supera ampliamente al 15 % recomendada por la OMS. Una alta frecuencia de Cesáreas realizadas por primera vez y un alto índice de

indicación de cesárea por cesárea anterior, lo cual contribuye a que la tendencia de que las tasas de cesárea sigan aumentando con el paso de los años.

Palacios L (12). Tasa de cesáreas por modelo de clasificación de Robson en el Hospital II Cañete – Essalud, 2013 – 2014. Lima. El estudio tuvo como objetivo: Determinar la tasa de cesáreas utilizando el Modelo de Clasificación de cesáreas de Robson, durante los años 2013 y 2014 en Hospital Nivel II Cañete – ESSALUD; es un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal, en un periodo de 2 años; se incluyeron a todas las mujeres gestantes que acudieron al Hospital y que culminaron en parto, especialmente a todos los ocurridos por cesárea. La muestra estuvo conformada por 542 pacientes que fueron sometidas a cesáreas durante los años 2013 y 2014 de un total de 1876 partos. La prevalencia de cesáreas durante el período de estudio fue de 28,6%; de 26,7% en 2013 y de 30,7% en 2014. En todos los periodos de estudio, los tipos de Robson número 3, 1 y 5 fueron los más frecuentes.

Carpio W(13). Operación cesárea: incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de Essalud-Chiclayo durante el periodo enero – diciembre 2012. . El trabajo de investigación tuvo como objetivo general: Saber cuál es la incidencia de la operación cesárea y las indicaciones más frecuentes para su ejecución. Además, fue una investigación cuantitativa con enfoque descriptivo transversal y analítico en el Hospital Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo. La muestra estuvo conformada por 154 casos de cesárea en dicho hospital. Se empleó una hoja de recolección de datos. Los resultados se analizaron en el programa estadístico SPSS versión 21 encontrándose una incidencia de la operación cesárea de 27.70%, entre las principales indicaciones: Cesárea segmentaria previa con 23,4%; presentación Podálica con 22,7%; Desproporción cefalo-pelvica 21,4%; Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPP) con 8,4%, Macrosomia Fetal Mayor de 4.500 gr 6,5% y cesáreada a término 90,0%. En conclusión la incidencia se encuentra en porcentaje superior al recomendado por la OMS, constituyendo las indicaciones absolutas en un 50.6% y las relativas en

un 49.4%, haciendo presente que estas cifras podrían no corresponder exactamente ya que como se informó hay un buen número de pacientes que fueron transferidos para la operación cesárea a un centro de mayor resolución.

## 2.2. Bases Teóricas:

### 2.2.1 Modelo de Clasificación de Cesáreas de Robson

En el 2001 el Dr. Michael Robson propuso el Sistema de Clasificación de los Diez Grupos, el cual se sustenta en cuatro conceptos obstétricos bien definidos: categoría de la gestación, antecedentes obstétricos previos, el curso del trabajo de parto y la edad gestacional.

Concepto Obstétrico	Parámetros
Categoría del embarazo	Feto único en cefálico Feto único en podálico Feto único en oblicuo o transverso Embarazo múltiple
Historia obstétrica previa	Nulípara Múltipara sin cesárea previa Múltipara con cesárea previa
Inicio del parto	Parto espontáneo Inducción del parto Cesárea electiva antes del parto
Edad gestacional	Tiempo de embarazo en semanas completas en el momento del parto

**Fuente:** Robson 2001.

#### 2.2.1.1 Descripción del Modelo de Clasificación de Robson

Grupos	Mujeres incluidas
1	Nulíparas con embarazo simple en presentación cefálica, de 37 semanas o más de edad gestacional, quienes han iniciado el trabajo de parto de forma espontánea.
2	Nulíparas con embarazo simple en presentación cefálica, de 37 semanas o más de edad gestacional, quienes han sido sometidas a inducción del trabajo de parto o se les practicó la cesárea antes del inicio del trabajo de parto.
3	Múltiparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo simple en presentación cefálica, de 37 semanas o más de edad gestacional, quienes han iniciado el trabajo de parto de forma espontánea.
4	Múltiparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo simple en presentación cefálica, de 37 semanas o más de edad gestacional quienes han sido sometidas a inducción del trabajo de parto o se les practicó la cesárea antes del inicio del trabajo de parto.
5	Múltiparas con antecedente de al menos una cicatriz uterina, con embarazo simple en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo.
6	Nulíparas con embarazo simple en presentación podálica.
7	Múltiparas con embarazo simple en presentación

	podálica, con o sin antecedente de cicatriz uterina.
8	Todas las mujeres con embarazo múltiple, con o sin antecedente de cicatriz uterina.
9	Todas las mujeres con embarazo simple en situación transversa u oblicua, con o sin antecedente de cicatriz uterina.
10	Todas las mujeres con embarazo simple en presentación cefálica de 36 semanas o menos de edad gestacional, con o sin antecedente de cicatriz uterina.

**Fuente:** Robson 2001.

## 2.2.2 Cesárea

Es el procedimiento quirúrgico cuyo objetivo es extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión efectuada en la pared uterina (14). La mayoría de este tipo de nacimientos resulta en madres y bebés saludables pero esta cirugía conlleva riesgos y cuya recuperación tarda más que el parto vaginal. (1)

### 2.2.2.1 Tipos de Cesáreas (14)

- **Según antecedentes obstétricos de la paciente**
  - **Primera,** Es la que se realiza por primera vez.
  - **Iterativa,** Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos más cesáreas.
  - **Previa,** es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior
  
- **Según indicaciones**

- **Urgente:** Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.  
Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica (15).
- **Electiva:** Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto (15).
- **Según técnica quirúrgica (15)**
  - **Corporal o clásica:** La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pretérmino, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo.
  - **Segmento corporal (Tipo Beck):** La incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior.

- **Segmento arciforme o transversal (Kerr):** Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias.

2.2.2.2 **Indicación de cesárea (14):** Estas pueden ser maternas, fetales y mixtas:

- **Maternas:**

- Distocia de partes blandas.- malformaciones congénitas, tumores de cuerpo, cérvix, cirugía previa del segmento, cérvix, vagina y vulva.
- Distocia de partes óseas.- estrechez pélvica, tumores óseos de pelvis y pelvis deformada.
- Distocia de la contracción.- hay presencia de hemorragia (desprendimiento de placenta) y patologías maternas como cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes.
- Cesárea anterior.- haber tenido en el embarazo anterior una cesárea.

- **Fetales:**

- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal.
- Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica.
- Sufrimiento fetal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto como: hidrocefalia, onfalocele, gastroquisis, hidrocefalia, siameses, entre otros.

- **Mixtas:**

- Pre eclampsia: Se presenta cuando una mujer en embarazo desarrolla hipertensión arterial y proteína en la orina después de la semana 20 (finales del segundo trimestre o tercer trimestre) de gestación.
- Eclampsia: Es la presencia de crisis epilépticas (convulsiones) en una mujer embarazada. Estas convulsiones no tienen relación con una afección cerebral preexistente.<sup>20</sup>
- Síndrome de desproporción cefalopélvica: una desproporción entre la cabeza del bebé y la pelvis de la madre. Las auténticas DCP prácticamente no existen y son debidas a malformaciones de la pelvis o a accidentes que han provocado dicha malformación.

#### 2.2.2.3 Complicaciones de la cesárea:

Entre las complicaciones de la cesárea encontramos:

- Dolor postoperatorio que dura semanas o meses que dificulta el cuidado de la madre hacia el recién nacido y otros hijos si los hubiera; lo cual necesita medicación para aliviar el dolor.
- Complicaciones anestésicas especialmente de la epidural que se usa generalmente en las intervenciones esta técnica alivia el dolor del parto, pero existen complicaciones maternas mínimas como son la hipotensión, paro cardio respiratorio, alergia, cefalea, pirexia materna, meningitis, taquicardia, bradicardia, arritmia y fetales como traumatismo bronco aspiración y depresión respiratoria.
- Complicaciones quirúrgicas destacan las lesiones de tracto urinario que son más frecuentes en cesareadas anteriores, lesiones intestinales que se asocian a la existencia de

laparotomía previa, histerectomía, drenaje y las lesiones nerviosas aunque son poco frecuentes.

- Complicaciones infecciosas son las más comunes y la causa principal de la mortalidad materna entre las que destacan la endometritis (su frecuencia oscila entre 15 a un 20% causado por el estreptococo anaerobios y grupo B, E- coli se usa antibióticos para contrarrestar este mal como son la cefoxitina, cefotetan, ampicilina) seguida de las infecciones urinarias y de la herida quirúrgica e incluso sepsis.
- Riesgo de hemorragia lo que produce cambios hemodinámicas que desencadena presencia de síntomas: debilidad, vértigo, síncope y /o signos: hipotensión, taquicardia u oliguria. Estos datos están presentes cuando el paciente ha perdido una cantidad importante de sangre.

### 2.3. Hipótesis

La investigación carece de hipótesis.

### 2.4. Variables de estudio

**Univariable:** Cesárea según Modelo de Robson

### 2.5. Definición de términos

- **Cesárea de Emergencia**, es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal. Dentro de ellas se encuentra la Cesárea Intraparto, cuando la decisión se toma estando la gestante en trabajo de parto.(16) y la Cesárea de Urgencias, cuando la patología de base obliga a la realización inmediata, independientemente si la gestante está o no en trabajo de parto. (16)

- **Cesárea Programada**, cuando se realiza antes que la gestante ingrese en trabajo de parto. Antes que la gestante ingrese en trabajo de parto. Ésta a su vez, puede ser electiva, cuando se elige por una indicación materna, fetal u ovular para realizarse por primera vez o iterativa cuando se programa por existir el antecedente de una cesárea anterior (16).

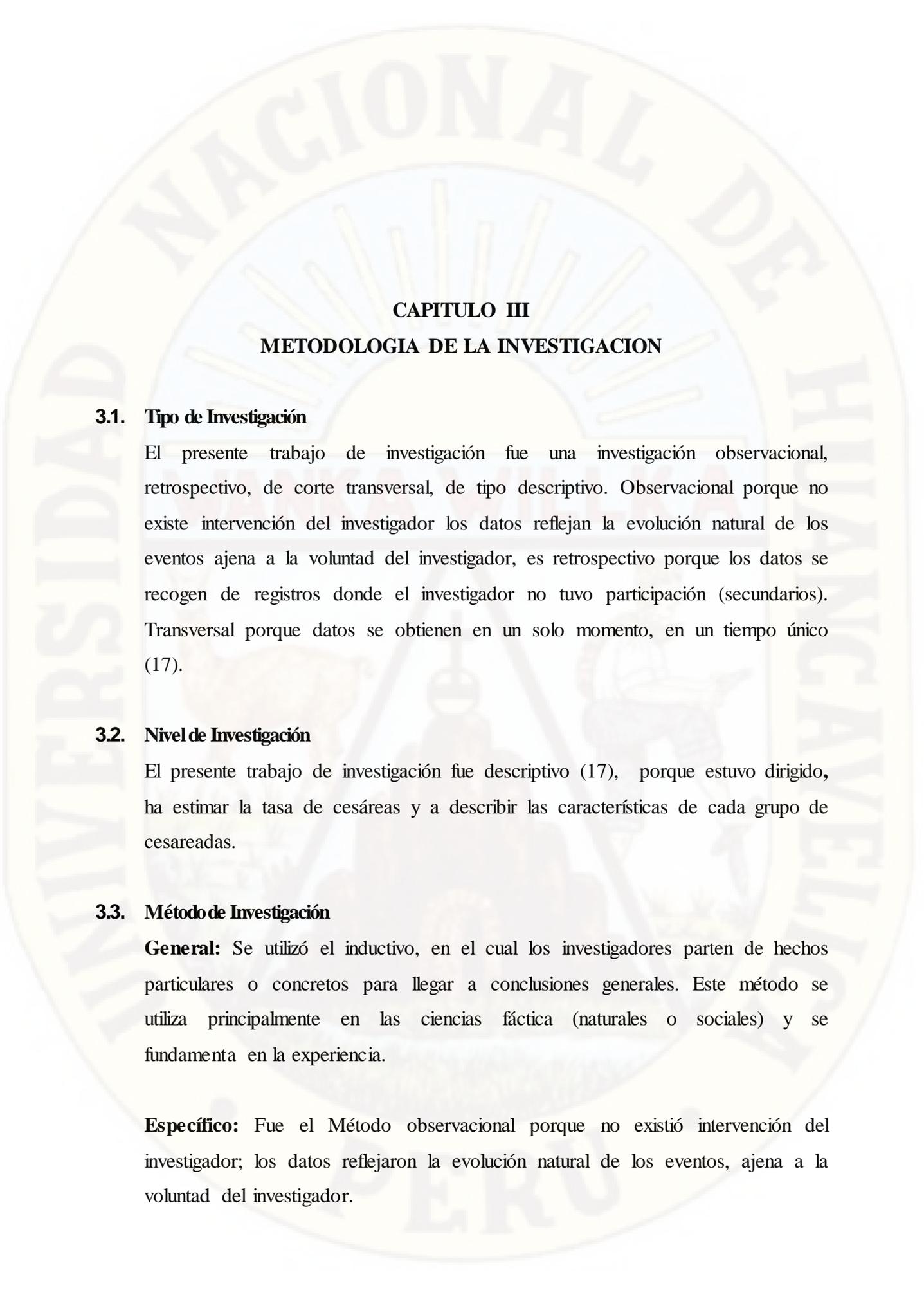
## 2.6. Operacionalización de variable

<b>Sub Variable de caracterización</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicador</b>	<b>Valor de variable</b>
Edad	Tiempo transcurrido desde su nacimiento hasta la fecha del parto	Registro de la edad de la gestante	Edad	Años cumplidos	Numérico
Edad gestacional	Es el tiempo medido entre el primer día de la última menstruación hasta el día de la consulta , se expresa en semanas	Registro de las semanas de embarazo	A término Pretérmino	Menor de 37 ss De 37 a 41 ss	Ordinal
Paridad	Cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o por cesárea) uno o mas productos (vivos o muertos) mayor a 22 semanas	Registro de la cantidad de hijos paridos	Primípara Multípara	Numero de parto ( 1 ) Numero de parto ( 2 - 4 )	Ordinal

Tipo de Cesárea	Momento por la cual la paciente es llevada a Cesárea	Registro del momento en que se indica la cesárea	Emergencia Electiva	Cuando la gestante está en etapa crítica Es cuando se programa para ser realizada antes que inicie el trabajo de parto.	Nominal
Presentación fetal	Polo fetal que se pone en contacto con el estrecho superior de la pelvis.	Registro del presentación fetal hallada en la Historia clínica	Eutócico Distócico	Cefálica ( ) Podálica ( ) Trasversa ( ) Oblicua ( )	Nominal
Trabajo de parto	Proceso mediante el cual las contracciones uterinas conducen al borramiento y dilatación del cuello uterino y al nacimiento	Tipo de inicio de trabajo parto registrado en la historia clínica	Espontáneo Inducido	Espontáneo ( ) Inducido ( )	Nominal

Cicatriz uterina previa	Antecedente de cesárea anterior	Registro de antecedente de cesárea anterior hallada en la historia clínica	Cesareada anterior	Si ( ) No ( )	Nominal
-------------------------	---------------------------------	--	--------------------	------------------	---------

Variable de interés	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Valor de variable
Clasificación de Robson	Categoría a la cual pertenece la gestante según sus características obstétricas, utilizando el sistema de clasificación de Robson.	Registro de las características obstétricas de acuerdo a la clasificación de Robson	Grupo 1 Grupo 2 Grupo 3 Grupo 4 Grupo 5 Grupo 6 Grupo 7 Grupo 8 Grupo 9 Grupo 10	Tabla Robson MS. Classification of caesarean sections. Fetal and Matern Med Rev. 2001; 12:23-19	Ordinal



## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

#### **3.1. Tipo de Investigación**

El presente trabajo de investigación fue una investigación observacional, retrospectivo, de corte transversal, de tipo descriptivo. Observacional porque no existe intervención del investigador los datos reflejan la evolución natural de los eventos ajena a la voluntad del investigador, es retrospectivo porque los datos se recogen de registros donde el investigador no tuvo participación (secundarios). Transversal porque datos se obtienen en un solo momento, en un tiempo único (17).

#### **3.2. Nivel de Investigación**

El presente trabajo de investigación fue descriptivo (17), porque estuvo dirigido, ha estimar la tasa de cesáreas y a describir las características de cada grupo de cesareadas.

#### **3.3. Método de Investigación**

**General:** Se utilizó el inductivo, en el cual los investigadores parten de hechos particulares o concretos para llegar a conclusiones generales. Este método se utiliza principalmente en las ciencias fáctica (naturales o sociales) y se fundamenta en la experiencia.

**Específico:** Fue el Método observacional porque no existió intervención del investigador; los datos reflejaron la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador.

### **3.4 Diseño de Investigación:**

El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple por que se trabajó sobre realidades de hecho y su característica fundamental fue la de representar una interpretación correcta del fenómeno.(17). Se representó así:

M O

Donde:

M: Usuarías cesareadas

O: Clasificación de Robson

### **3.5 Población, Muestra y muestreo**

**3.5.1 Población:** Estuvo constituido por 152 historias clínicas de usuarias atendidas por parto por cesárea en el Hospital de Pichanaki, durante enero a diciembre de 2017.

#### **3.5.2 Muestra**

Estuvo conformada por todas (142) las historias clínicas de usuarias que hayan terminado su parto por cesárea de enero a diciembre de 2017, quienes cumplieron los criterios de selección:

#### **Criterios de Inclusión:**

Gestante que culminó su parto por cesárea

#### **Criterios de Exclusión:**

- Historias clínicas incompletas
- Reportes de cesárea no legibles
- Historias clínicas en juicio
- Historias clínicas extraviadas

### **3.6 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos**

#### **3.6.1 Técnica:**

- **Análisis documentario**, porque se revisó las historias clínicas de las cesareadas del año 2017.

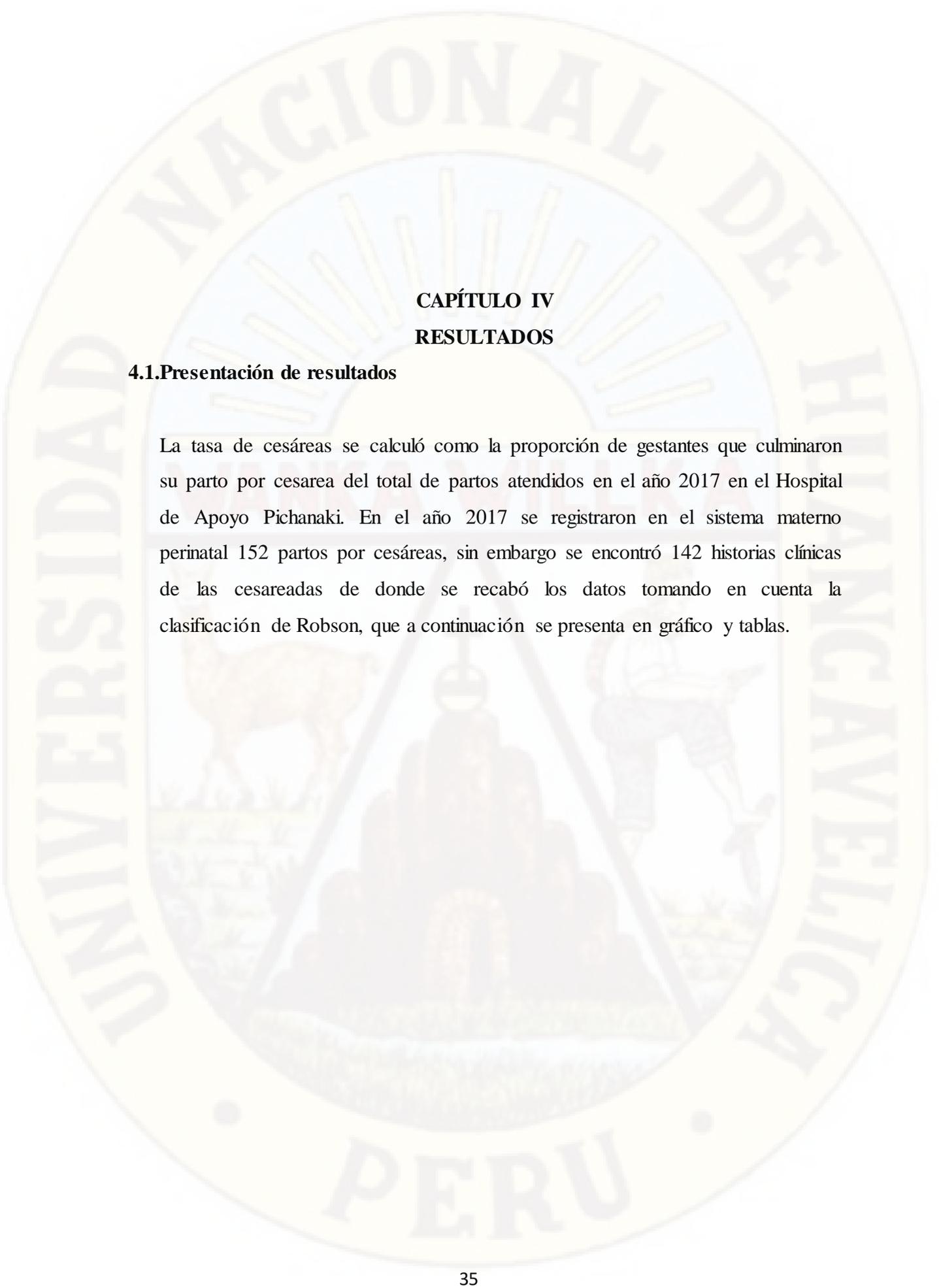
#### **3.6.2 Instrumento:**

- **Ficha de recolección de datos**, sobre la clasificación de Robson en cesárea. Validado y aceptado por la OMS a nivel internacional, la misma que agrupa los criterios para cesárea en 10 grupos.

### **3.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.**

Para la recolección de la información se procedió a:

- Solicitar la autorización al Director del Hospital de Apoyo Pichanaki para acceder al registro de cesáreas de sala de operaciones y las historias clínicas.
- Se completó la ficha de recolección de datos.
- Finalizada la colecta de información, las fichas clínicas se ordenaron, enumeraron y se codificaron a través del paquete estadístico SPSS Versión 22, lo que nos proporcionó los resultados representados en tablas .



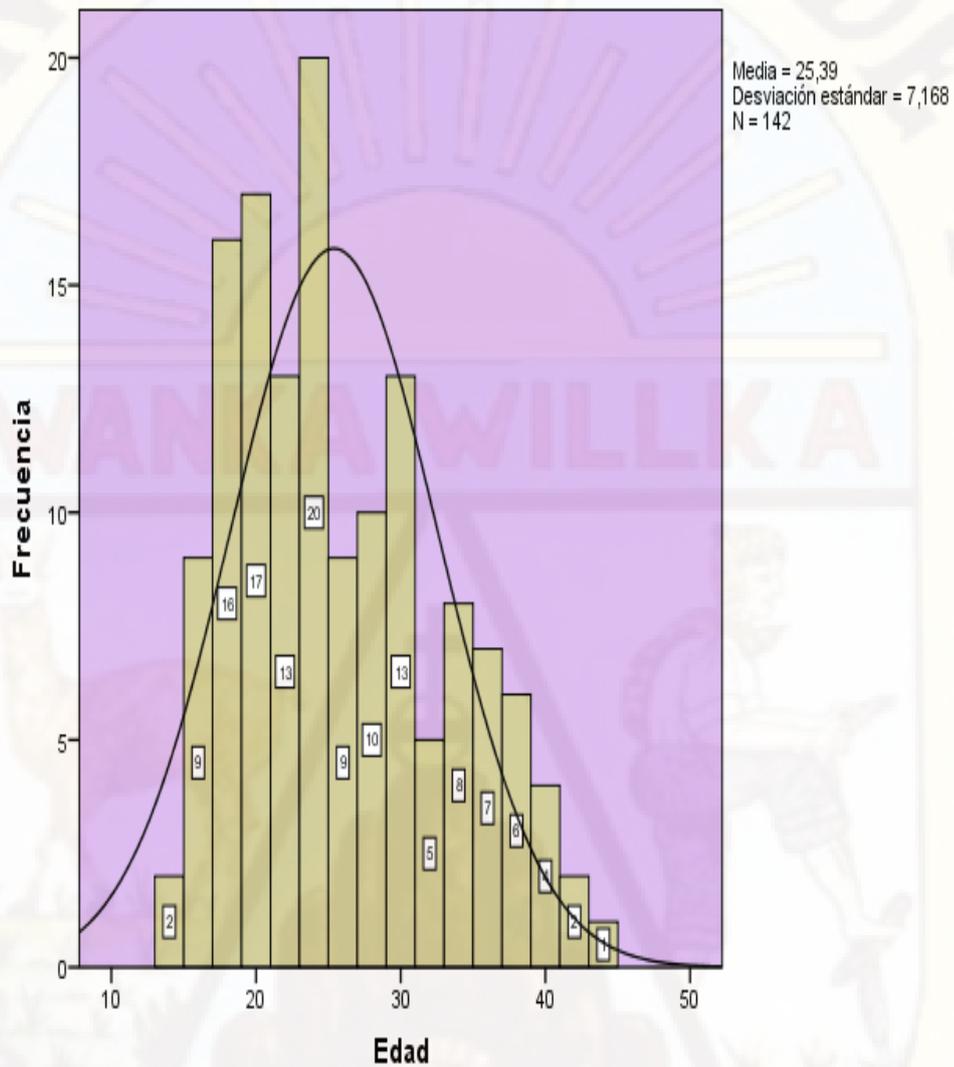
## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **4.1. Presentación de resultados**

La tasa de cesáreas se calculó como la proporción de gestantes que culminaron su parto por cesarea del total de partos atendidos en el año 2017 en el Hospital de Apoyo Pichanaki. En el año 2017 se registraron en el sistema materno perinatal 152 partos por cesáreas, sin embargo se encontró 142 historias clínicas de las cesareadas de donde se recabó los datos tomando en cuenta la clasificación de Robson, que a continuación se presenta en gráfico y tablas.

**Gráfico N° 1: Edad de las usuarias cesareadas en el Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos del Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017

La edad media de las usuarias cesareadas en el Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017 es de 25 años, siendo las edades extremas de 14 a 44 años.

**Tabla N°1: Tipos de Cesáreas según Paridad en Usuarias del Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017.**

Paridad	Tipos de cesárea				Total	
	Emergencia		Electiva		N°	%
	N°	%	N°	%		
Primípara	40	28.2%	23	16.2%	63	44.4%
Múltipara	50	35.2%	29	20.4%	79	55.6%
<b>Total</b>	90	63.4%	52	36.6%	142	100.0%

**Fuente:** Ficha de recolección de datos del Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017

En la tabla N° 1 se observa el tipo de cesárea según paridad, siendo el 63.4%(90) cesárea de emergencia, de ellas el 35.2% (50) corresponde a múltiparas y el 28.2% (40) a primíparas y el 36.6% (52) de cesáreas electivas de ellas el 20.4% (29) corresponde a múltiparas y el 16.2% (23) primíparas. Por otro lado el 55.6% (79) de las cesareadas son múltiparas y el 44.4% (63) primíparas.

**Tabla N°2: Presentación fetal según edad gestacional en cesareadas del Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017**

Edad gestacional	Presentación fetal				Total	
	Eutócico		Distócico		N°	%
	N°	%	N°	%		
Pre término	10	7%	3	2%	13	9%
A término	107	75%	22	16%	129	91%
<b>Total</b>	117	82%	25	18%	142	100%

**Fuente:** Ficha de recolección de datos del Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017

En la tabla N°2 se observa la presentación fetal según la edad gestacional de las cesareadas, siendo el 82% (117) de presentación fetal eutócico, de ellas el 75% (107) son fetos a término y el 7% (10) pretérmino y el 18% (25) de la presentación fetal distócico de ellas el 16% (22) son a término y el 2% (3) pretérmino. Por otro lado el 91% (129) de los fetos fueron a término y el 9% (13) fetos pretérminos.

**Tabla N°3: Inicio del trabajo de parto según cesárea previa en usuarias del Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017.**

Cesárea Previa	Inicio del trabajo de parto				Total	
	Espontáneo		Inducido		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	42	30%	0	0%	42	30%
No	86	60.6%	14	10%	100	70%
<b>Total</b>	128	90%	14	10%	142	100%

**Fuente:** Ficha de recolección de datos del Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017

En la Tabla N°3 se observa el inicio del trabajo de parto según la cesárea previa, siendo el 90% (128) con inicio de trabajo de parto espontáneo de ellos el 60.6% (86) no tuvo cesáreas previas y el 30% (42) con cesárea previa y el 10% (14) con inicio inducido del trabajo de parto que corresponde a las cesareadas sin cesárea previa. Por otro lado el 70% (100) no tuvieron cesáreas previas y sólo el 30% (42) con cesárea previas.

**Tabla N° 4: Frecuencia de Cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017.**

<b>Clasificación</b>	<b>Frecuencia (N°)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Grupo 1	40	28.2
Grupo 2	10	7.1
Grupo 3	23	16.2
Grupo 4	6	4.2
Grupo 5	36	25.4
Grupo 6	9	6.3
Grupo 7	8	5.6
Grupo 8	2	1.4
Grupo 9	5	3.5
Grupo 10	3	2.1
Total	142	100

**Fuente:** Ficha de recolección de datos del Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017

En la Tabla N°4 se observa la distribución de la cesáreas según la clasificación de Robson, siendo el 28.2% (40) en el Grupo 1, seguido del 25.4% (36) del Grupo 5, luego el 16.2% (23) del Grupo 3, el 7.1 % (10) en el grupo 2, el 6.3% (9) en el grupo 6, el 5.6 (8) grupo 7, el 4.2% (6) grupo 4, el 3.5% (5) en el grupo 9, el 2.1% (3) en el grupo 10 y finalmente el 1.4% (2) en el grupo 8.

## DISCUSION

La cesárea es una intervención quirúrgica reservada para algunos casos excepcionales que permite salvar vidas, hoy en día la cirugía más frecuentemente realizada en las mujeres, que inicialmente surgió como una solución y ahora se vislumbra como un problema.

En el presente estudio se observa la tasa de cesáreas en el Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017 del 17.4%; semejante a lo encontrado por Quispe (18) en su investigación Cesárea en siete Hospitales públicos de Lima: análisis de tendencia en el periodo 2001 -2008 en la que halló la tasa de cesáreas mensuales (promedio) de 36.9%. Al respecto la OMS propuso la tasa ideal de cesáreas que deben oscilar entre el 10 y 15%; por lo tanto, los resultados hallados superan lo deseado, estas cifras superiores no han demostrado beneficios para la madre ni el niño, siendo incluso esperable un mayor número de complicaciones a corto y largo plazo. (2).

Respecto a la edad de las usuarias cesareadas se tuvo 25 años en promedio, siendo las de mayor frecuencia los 18 y 24 años, resultados semejantes a Morales (19) en su investigación características de las cesáreas en el Hospital de Vitarte, 2017 donde determinó la edad promedio de 27 años; así mismo se asemeja a Aspajo (9) en el análisis comparativo de las cesáreas en el Hospital de Apoyo Iquitos en dos periodos de estudio usando la clasificación de Robson donde halló la edad promedio de 25.3 años; sin embargo, se oponen a Rojas (20) en su estudio características epidemiológicas y factores asociados a la cesárea en el Centro Materno infantil José C. Mariátegui, 2017 Lima donde determinó las edades entre 30 a 34 años.

Así mismo, en el estudio se identificó que el 63.4%(90) fueron cesáreas de emergencia, similar a lo encontrado por Paredes (21) en su estudio sobre las características de las cesáreas atendidas en el Hospital II-2 de Tarapoto 2014, donde halló el 53.8% con cesáreas por emergencia y Morales (19) quien identificó el 65.5% de cesáreas de emergencia.

Con respecto a la paridad el 55.6% del total de cesareadas fueron multíparas frente a un 44.4% primíparas, resultados similares a Aspajo (9) quien halló el 55% de cesareadas multíparas, así mismo, Rojas (20) quien halló que el 38.52% de las pacientes son segundigestas y el 3.28% son gran mutíparas; resultados que difieren de Paredes (21) quien encontró que el 34% de las cesareadas eran primíparas seguido de un 28.5% multíparas.

Respecto a la presentación fetal de las cesareadas, se identificó que el 82% (117) tuvo presentación fetal eutócico, resultado similar a Aspajo (9) donde halló que el 82.19% tenían fetos con presentación cefálica; sin embargo difieren de Rojas (20) en la que halló el 45.97% como partos distócicos.

Así mismo, el 91% (129) de los fetos fueron a término, resultados que se asemejan a Paredes (21) encontró el 75.56% de las cesareadas tenían embarazos a término.

El estudio reveló que el 70% de las cesareadas no tuvieron cesáreas previas frente a un 30% que si tuvo, resultados semejantes a Morales (19) quien encontró que el 24.9% tuvieron cesárea previa, así mismo Aspajo (9) encontró que el 75.99% no tenía cicatriz uterina previa y Paredes (21) determinó que el 59.6% no tenía antecedente de cesárea; sin embargo, difieren de Rojas (20) quien halló el 48.36% tuvieron cesáreas anteriores.

Con respecto a las cesáreas según la clasificación de Robson se halló el primer lugar con 28.2% en el Grupo 1 correspondiente a nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo. En segundo lugar, con el 25.4% en el Grupo 5, es decir, las multíparas con al menos una cesárea previa, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo. Resultados semejantes a Palacios (12) en su estudio de asa de cesáreas por modelo de clasificación de Robson en el Hospital II Cañete – Essalud, 2013 – 2014. Lima donde encontró los tipos más frecuentes de Robson en los grupos 3,1 y 5; así mismo a Aguilar (5) en su estudio Uso de la clasificación de Robson en un Hospital Comarcal de España para reducir la tasa de cesáreas, periodo enero de 2006 al 31 de diciembre de 2013 donde encontró ocupando el primer lugar al Grupo 1 con el 25.2% seguido del Grupo 5 con un 19.4%; así mismo,

coincide con Castañeda (10) en Tasa de cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Instituto Nacional Materno Perinatal, periodo enero - diciembre 2015, donde identificó 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%, estos resultados también similares a Luque (8), en su estudio Indicaciones y tasa de cesáreas en el Hospital ESSALUD III Puno en el año 2016 donde concluye que los grupos 1 y 5 de Robson tuvieron la mayor contribución al porcentaje de cesáreas, lo que determinó la alta tasa de cesáreas en esta institución; como dice Flores (22) la cesárea es un fenómeno es complejo y puede tener varias explicaciones. describe el concepto de las cesáreas injustificadas. Se esgrimen 2 de las 3 posibilidades que podrían explicar el aumento en la frecuencia: 1) Programación por los especialistas para asegurarse un parto corto y programarse en el trabajo con anterioridad; 2) Pedido directo de la gestante que desea un parto sin dolor.

## CONCLUSIONES

- Las cesareas durante el año 2017 en el Hospital de apoyo Pichanaki tuvieron las siguientes características: edad media de 25 años, multíparas, con feto a término, presentación fetal eutócico, cesáreas de emergencia, inicio de trabajo de parto espontáneo y sin cesáreas previas.
- Las cesáreas con mayor frecuencia según el modelo de clasificación de Robson en el Hospital de Apoyo Pichanaki durante el 2017 fueron el Grupo 1 y 5.

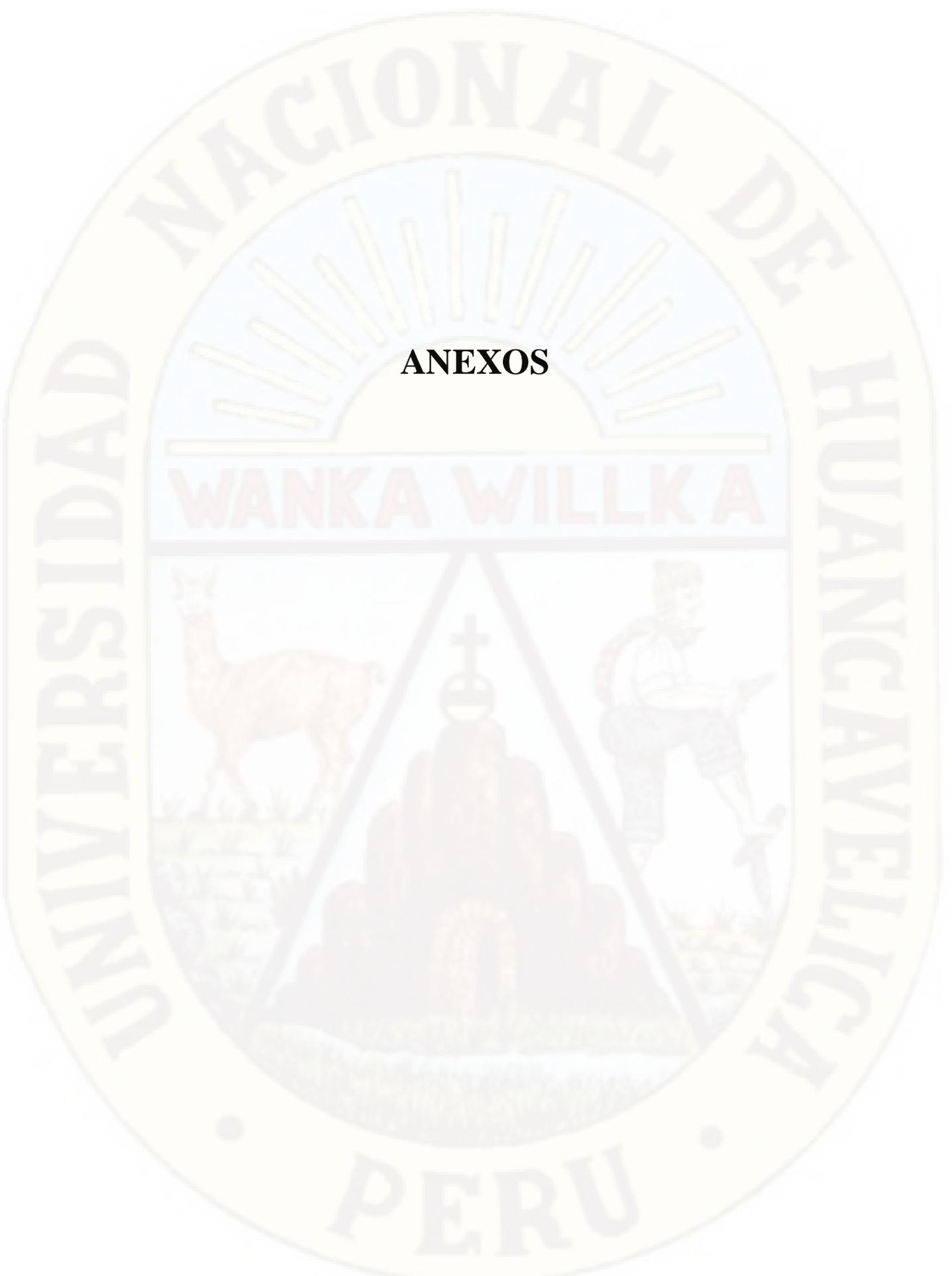
## RECOMENDACIONES

- Al Director del Hospital, coordinar auditorías de las cesáreas para velar por el cumplimiento de los criterios propuestos por la OMS, y contar con diagnósticos realmente sustentables para tal intervención.
- Al Personal Obstetra, sensibilizar a las gestantes para que opten por un parto humanizado y enfatizar consejerías para bloqueos tuváticos bilaterales en multíparas con tres cesáreas.
- Al personal de ginecoobstetricia implementar estrategias para reducir la frecuencia de los Grupos 1 y 5 de la clasificación de Robson.
- A las colegas y estudiantes de obstetricia a seguir investigando en el tema haciendo una comparación con la tasa de partos vaginales y profundizando el nivel de investigación.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Nacimientos por Cesárea. 2012-2015.
2. Organización Mundial de la Salud . Delaración de la OMS sobre tasas de cesárea (Resúmen Ejecutivo). reproductive health. 2015.
3. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2014. salud materna. 2015.
4. Organización Panamericana de la Salud. La cesárea solo deberpia realizarse cuando es medicamente necesario. boletín ginebra, Washington. 2015.
5. Aguilar Redondo R, Manrique Fuentes G, Denaroso A, Mauro L, Delgado Martínez L, González Acosta V, et al. 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.
6. Neira B, Geslenny A. Criterios clínicos quirúrgicos para realizar cesárea. estudio a realizar en el Hospital Federico Bolaños Moreira periodo 2014-2015: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina; 2016.
7. Hernández DLJ, Rodríguez AdPG. Clasificacion de cesáreas por grupos de robson en los ultimos 3 añosen el Hospital de Engativa de la ciudad de Bogota. 2014.
8. Coyla L, Salvio A. Indicaciones y tasa de cesáreas en el Hospital EsSalud III Puno en el año 2016. 2017.
9. Aspajo Paredes AJ. Análisis comparativo de las cesáreas en el Hospital Apoyo Iquitos, en dos periodos de estudio usando la clasificación de Robson. 2017.
10. Castañeda Guillén CJ. Tasa de cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Instituto Nacional Materno Perinatal, periodo enero-diciembre 2015. 2017.
11. Fiestas Walter J. Prevalencia de parto por cesárea en el Centro Medico Naval “CMST” en el periodo julio 2014-julio 2015. 2016.
12. Alcantara LAP, Ancaya LVDC. Tasa de cesáreas por modelo de clasificación de robson en el Hospital II Cañete-Essalud, 2013–2014. 2014.
13. Alcantara LAP, Ancaya LVDC. Tasa de cesáreas por modelo de clasificación de robson en el Hospital II Cañete-Essalud, 2013–2014. 2015.

14. Gary Cunningham MD KLM, Steven Bloom MD, Jhon Hauth MD, Dwight Rouse MD, Catherine Spong MD. *William's Obstetricia*. 2011;23.
15. Dirección General de Salud Reproductiva. *Lineamientos de Cesárea Segura*. Dirección de Salud Reproductiva, México. 2002.
16. Samame MBP. *Causas de Cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque*, 2014. Repositorio unprg. 2014;5-56
17. Supo JA. *Metodología de la Investigación*. Bioestadístico. 2012.
18. Quispe AM, Santivañez-Pimentel Á, Leyton-Valencia I, Pomasunco D. *Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: análisis de tendencia en el periodo 2001-2008*. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2010;27:45-50.
19. Morales Aquino JC. *Características de las cesáreas en el Hospital Vitarte en el año 2015*. Repositorio de la Universidad San Juan Bautista. 2015.
20. Rojas Moron MD. *Características epidemiológicas y factores asociados a la cesárea en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui de Agosto 2016 a Julio 2017*. Repositorio de la universidad Norbert Wiener. 2017.
21. Paredes Arbildo JC. *Características de las cesáreas atendidas en el Hospital II-2 de Tarapoto 2014*. Repositorio de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. 2014.
22. Bobadilla Ubillús LE, León Jimenez F. *En torno a las cesáreas en el Perú: ¿solo un problema de cifras?* *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2017;63:659-60.



**ANEXOS**

ANEXO A

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION
<p>¿Cuál es la frecuencia de cesárea según la clasificación de Robson en el Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017?</p>	<p><b>Objetivo General:</b> Estimar la frecuencia de cesáreas según el modelo de clasificación de Robson en el Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir las características obstétricas de las cesareadas del Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017.</li> <li>• Determinar las cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tipo de Investigación:</b> Observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal.</li> <li>• <b>Nivel de Investigación:</b> Descriptivo</li> <li>• <b>Métodos de Investigación:</b> Inductivo Observacional</li> <li>• <b>Diseño de Investigación:</b> M                    O</li> </ul> <p>Donde: M: usuarias cesareadas O: clasificación de robson</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Población y Muestra:</b> <b>Población:</b> 152 pacientes cesareadas <b>Muestra:</b> Conformado por 142 historias clínicas cesareadas</li> <li>• <b>Técnicas e Instrumentos de recolección de datos</b> <b>Técnicas:</b> Análisis documentario <b>Instrumento:</b> Ficha de recolección de datos</li> <li>• <b>Técnicas de procesamiento de datos</b> A través del SPSS V.22</li> </ul>

**ANEXO B: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELIC  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE POS GRADO**

**FICHA DE REGISTRO**

**INVESTIGACION: CESAREA SEGÚN LA CLASIFICACION DE ROBSON EN  
USUARIAS DEL HOSPITAL DE PICHANAKI, 2017**

**INDICACIONES: SE REGISTRARÁ CON UN ASPA EN CADA ITEM, SEGÚN  
SEA LO REGISTRADO EN LA HISTORIA CLINICA.**

**CODIGO: .....**

**Edad de la gestante: .....**

• **Tipo de cesárea:**

Electiva ( )                      Emergencia ( )

• **Antecedente obstétrico:**

Nulípara ( )                      Multípara ( )

• **Tipo de gestación:**

Unico ( )                      Múltiple ( )

• **Forma de presentación:**

Cefálica ( )                      Podálica ( )                      Trasversa ( )

• **Edad gestacional:**

<37ss ( )                      >=37 ss ( )

• **Trabajo de parto:**

espontáneo ( )                      inducido ( )

• **Cicatriz uterina previa**

si ( )                      No ( )

MARCAR CON UN ASPA (X):

GRUPOS	GESTANTES INCLUIDAS	SI	NO
1	Mujeres nulíparas con embarazo simple, feto en cefálica, EG mayor o igual a 37 semanas en trabajo de parto espontaneo.		

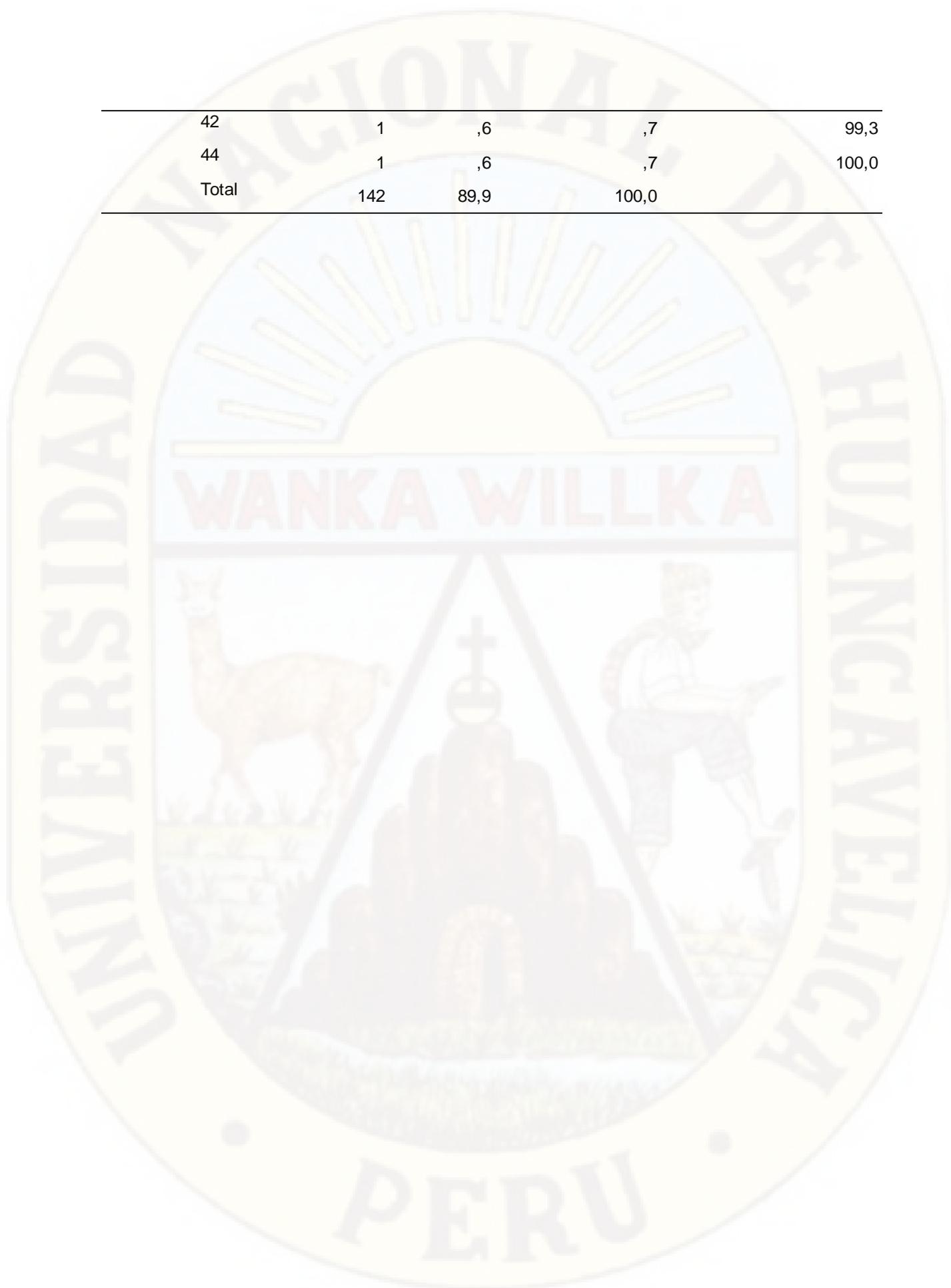
2	Mujeres nulíparas con embarazo simple, feto en cefálica, EG mayor o igual a 37 semanas a quienes se les realizó inducción del trabajo de parto o se les practicó cesárea antes del trabajo de parto.		
3	Mujeres múltiparas sin cicatriz uterina previa, con un embarazo simple, feto en cefálica, EG mayor o igual a 37 semanas y trabajo de parto espontáneo.		
4	Mujeres múltiparas sin cicatriz uterina previa, con un embarazo simple en cefálica, EG mayor o igual a 37 semanas y se les realizó inducción del trabajo de parto o se les practicó la cesárea.		
5	Todas las mujeres múltiparas con antecedente de al menos una cicatriz uterina, feto en cefálica, con EG mayor o igual a 37 semanas.		
6	Todas las nulíparas con embarazo simple en Presentación podálica.		
7	Todas las múltiparas con embarazo simple, en presentación podálica, con o sin antecedente de cicatriz uterina.		
8	Todas las mujeres con embarazo múltiple, con o sin antecedentes de cicatriz uterina.		
9	Todas las mujeres con embarazo simple, en situación transversa u oblicua, con o sin antecedente de cicatriz uterina.		
10	Todas las mujeres con embarazo simple, feto en cefálica, EG de 36 semanas o menos, con o sin antecedente de cicatriz uterina.		

**ANEXO C: TABLAS COMPLEMENTARIAS**

**Tabla N°:5: Distribución de las edades de las usuarias cesareadas en el Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017.**

		Edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	14	2	1,3	1,4	1,4
	15	2	1,3	1,4	2,8
	16	7	4,4	4,9	7,7
	17	6	3,8	4,2	12,0
	18	10	6,3	7,0	19,0
	19	13	8,2	9,2	28,2
	20	4	2,5	2,8	31,0
	21	6	3,8	4,2	35,2
	22	7	4,4	4,9	40,1
	23	9	5,7	6,3	46,5
	24	11	7,0	7,7	54,2
	25	2	1,3	1,4	55,6
	26	7	4,4	4,9	60,6
	27	5	3,2	3,5	64,1
	28	5	3,2	3,5	67,6
	29	7	4,4	4,9	72,5
	30	6	3,8	4,2	76,8
	31	2	1,3	1,4	78,2
	32	3	1,9	2,1	80,3
	33	4	2,5	2,8	83,1
	34	4	2,5	2,8	85,9
	35	3	1,9	2,1	88,0
	36	4	2,5	2,8	90,8
	37	4	2,5	2,8	93,7
	38	2	1,3	1,4	95,1
	39	1	,6	,7	95,8
	40	3	1,9	2,1	97,9
	41	1	,6	,7	98,6

42	1	,6	,7	99,3
44	1	,6	,7	100,0
Total	142	89,9	100,0	



**Tabla N° 6: Cesáreas según clasificación detallada del Modelo de Robson en el Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017.**

<b>Clasificación</b>	<b>Detalles de la clasificación</b>	<b>Frecuencia (N°)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Grupo 1	Nulíparas con embarazo simple en presentación cefálica, de 37 semanas o más de edad gestacional, quienes han iniciado el trabajo de parto de forma espontánea.	40	28.2
Grupo 2	Nulíparas con embarazo simple en presentación cefálica, de 37 semanas o más de edad gestacional, quienes han sido sometidas a inducción del trabajo de parto o se les practicó la cesárea antes del inicio del trabajo de parto.	10	7.1
Grupo 3	Múltiparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo simple en presentación cefálica, de 37 semanas o más de edad gestacional, quienes han iniciado el trabajo de parto de forma espontánea.	23	16.2
Grupo 4	Múltiparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo simple en presentación cefálica, de 37 semanas o más de edad gestacional quienes han sido sometidas a inducción del trabajo de parto o se les practicó la cesárea antes del inicio del trabajo de parto.	6	4.2
Grupo 5	Múltiparas con antecedente de al menos una cicatriz uterina, con embarazo simple en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo.	36	25.4
Grupo 6	Nulíparas con embarazo simple en presentación podálica.	9	6.3
Grupo 7	Múltiparas con embarazo simple en presentación podálica, con o sin antecedente de cicatriz uterina.	8	5.6
Grupo 8	Todas las mujeres con embarazo múltiple, con o sin antecedente de cicatriz uterina.	2	1.4
Grupo 9	Todas las mujeres con embarazo simple en situación transversa u oblicua, con o sin antecedente de cicatriz uterina.	5	3.5
Grupo 10	Todas las mujeres con embarazo simple en presentación cefálica de 36 semanas o menos de edad gestacional, con o sin antecedente de cicatriz uterina.	3	2.1
Total		142	100

## ANEXO D: DOCUMENTOS PERTINENTES



"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"

### CONSTANCIA DE EJECUCION DE PROYECTO DE INVESTIGACION RED DE SALUD PICHANAKI – HOSPITAL PICHANAKI

El que suscribe, Dr. Daniel Huamani Solano, Director de la Red de salud Pichanaki , otorga la presente constancia de ejecución de proyecto de investigación a:

Bety Isabel Huamán Encizo, Obstetra, egresada de la Especialidad de Emergencias Obstétricas y Alto Riesgo de la Universidad Nacional de Huancavelica, identificada con DNI: 20663965.

Quien ha realizado la ejecución de su proyecto, aplicando ficha de recolección datos a las historias clínicas de usuarias cesareadas en los años 2016 – 2017 , durante un periodo de 10 días , desde el 20 al 30 de julio del 2018.

La tesista Bety Isabel Huamán Encizo, realizo su ejecución de Proyecto de investigación a completa satisfacción y mostro en todo momento responsabilidad y discreción en el manejo de las historias clínicas.

Se otorga la presente constancia para fines que la interesada considere conveniente

Pichanaki, noviembre 2018



Gobierno Regional Junín  
Dirección Regional de Salud (Junín)  
Red de Salud Pichanaki  
DANIEL HUAMANI SOLANO  
C.M.T.  
DIRECTOR EJECUTIVO

**CARGO**

SOLICITO: PERMISO PARA REALIZAR  
TRABAJO DE INVESTIGACION PARA  
TESIS.

DR : DANIEL N. HUAMANI SOLANO  
DIRECTOR EJECUTIVO DE LA RED DE SALUD PICHANAQI



YO, BETY ISABEL HUAMAN ENCIZO, identificado con  
DNI. N° 20663965, Obstetra de profesión, trabajadora  
de Puesto de Salud COLONIA HUANCA- Red de salud  
Pichanaqi; con domicilio C.P Colonia Huanca

Ante Ud. Respetosa mente me presento y expongo:

Que: Habiendo culminado la Especialidad de Alto Riesgo y Emergencias  
obstétricas en la Universidad Nacional de Huancavelica, solicito Ud. permiso para realizar  
trabajo de Investigación en su Institución sobre "partos distócicos" para optar el Título de la  
especialidad ya mencionada.

POR LO EXPUESTO

Ruego a usted acceder a mi solicitud

Pichanaqui, 05 de Marzo 2018

  
HUAMAN ENCIZO BETY ISABEL  
DNI. N° 20663965

**ANEXO D: IMÁGENES**

**Imagen N° 1: Reconocimiento del Hospital de Apoyo de Pichanaki, 2017.**



**Imagen N° 2: Reconocimiento del Hospital de Contingencia de Pichanaki, 2018.**



**Imagen N° 3: Reconocimiento del Hospital de Apoyo de Pichanaki, 2017.**



**Imagen N° 4: Reconocimiento del Hospital de Apoyo de Pichanaki, 2017.**

