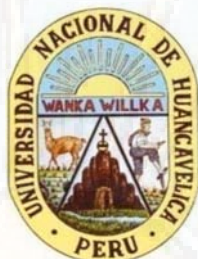


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

**CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN LAS PACIENTES
CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE
PAMPAS, TAYACAJA 2018**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL**

**PRESENTADO POR:
Cerrón Ladera, Zarela**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO**

HUANCABELICA – PERÚ

2019

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 11 días del mes de diciembre a las 10:00 horas del año 2019 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Bachiller:

CERRON LADERA, ZARELA

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana, GUERRA OLIVARES
Secretario : Dra. Jenny, MENDOZA VILCAHUAMAN
Vocal : Dra. Rossibel Juana MUÑOZ DE LA TORRE

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

"CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN LAS PACIENTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PAMPAS, TAYACAJA 2018"

Presentado por el (la) Bachiller:

CERRON LADERA, ZARELA

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 693-2019 concluyendo a las 11:00 horas.

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

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 11 de diciembre 2019.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES
DOCENTE PRINCIPAL
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
DOCENTE
SECRETARIO

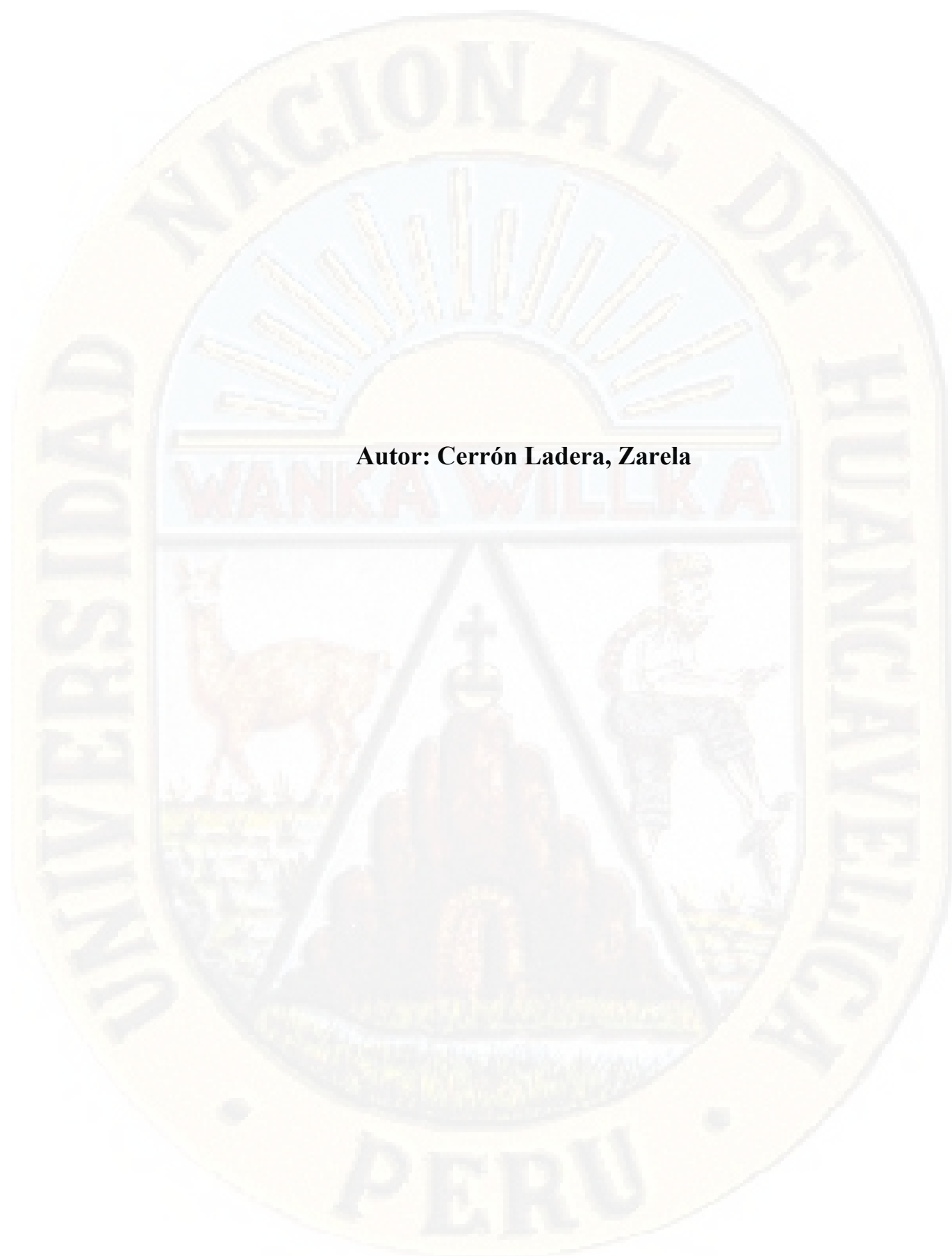
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
Mg. Rossibel Juana MUÑOZ DE LA TORRE
DIRECTORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO
VºBº DECANO GUERRA OLIVARES
DECANA

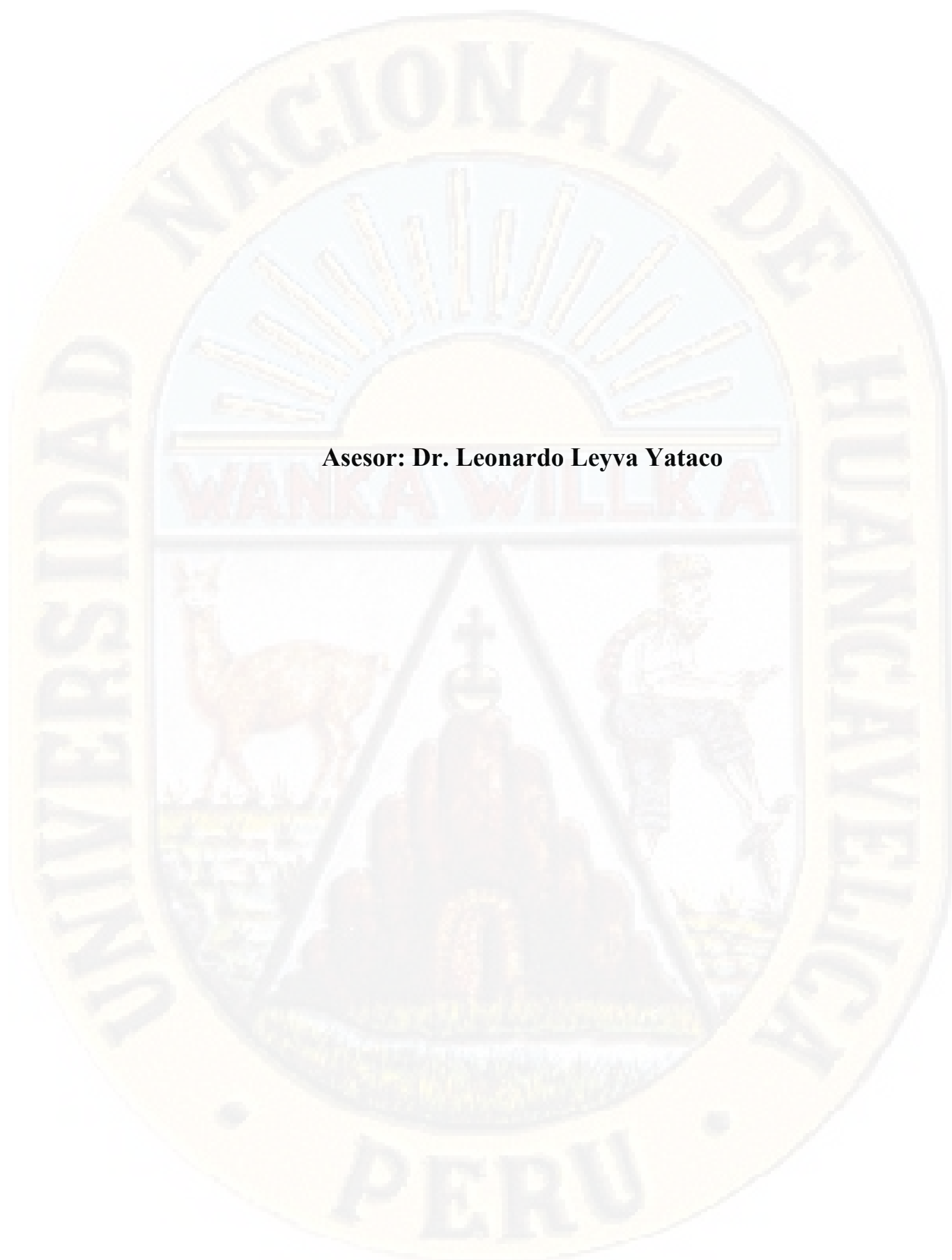
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA DOCENTE
VºBº SECRETARIA DOC. MUÑOZ DE LA TORRE

TESIS

**CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN LAS PACIENTES
CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PAMPAS,
TAYACAJA 2018**



Autor: Cerrón Ladera, Zarela



Asesor: Dr. Leonardo Leyva Yataco

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mis hijos Thiago e Ian quienes son el motor, motivo y orgullo de mi vida; ya que con su llegada cambiaron por completo mi vida, haciéndola más feliz y llena de esperanza y por ellos me esfuerzo cada día para ser mejor persona, profesional y así culminar mis objetivos como es la especialidad.

A dios, que gracias a él tengo todo para ser feliz, además por su iluminación y compañía en momentos duros de mi vida, su protección que me da en cada viaje que realizo para así volver a ver a mi familia.

Agradecimiento

Agradezco a todas las personas que contribuyeron y apoyaron de una manera u otra para la culminación de mi tesis.

A mis adorados padres Juan y Nélida, por su invaluable amor, apoyo incondicional y por ser mi gran fortaleza para no renunciar a mis sueños de superación durante todo este tiempo de estudios, además por enseñarme a ser mejor persona llena de valores.

A mi preciosa familia; a mi esposo Jorge, por el apoyo, preocupación y dedicación a nuestro tesoro; a mi hijo Thiago por su amor y comprensión; ya que no puedo estar en algunos momentos a su lado y que a pesar que es un niño pequeño cada día me demuestra su gran fortaleza y valentía; a mi hijo Ian quien aún no nace; pero colabora en no darme molestias para seguir trabajando y culminar esta etapa de mi vida.

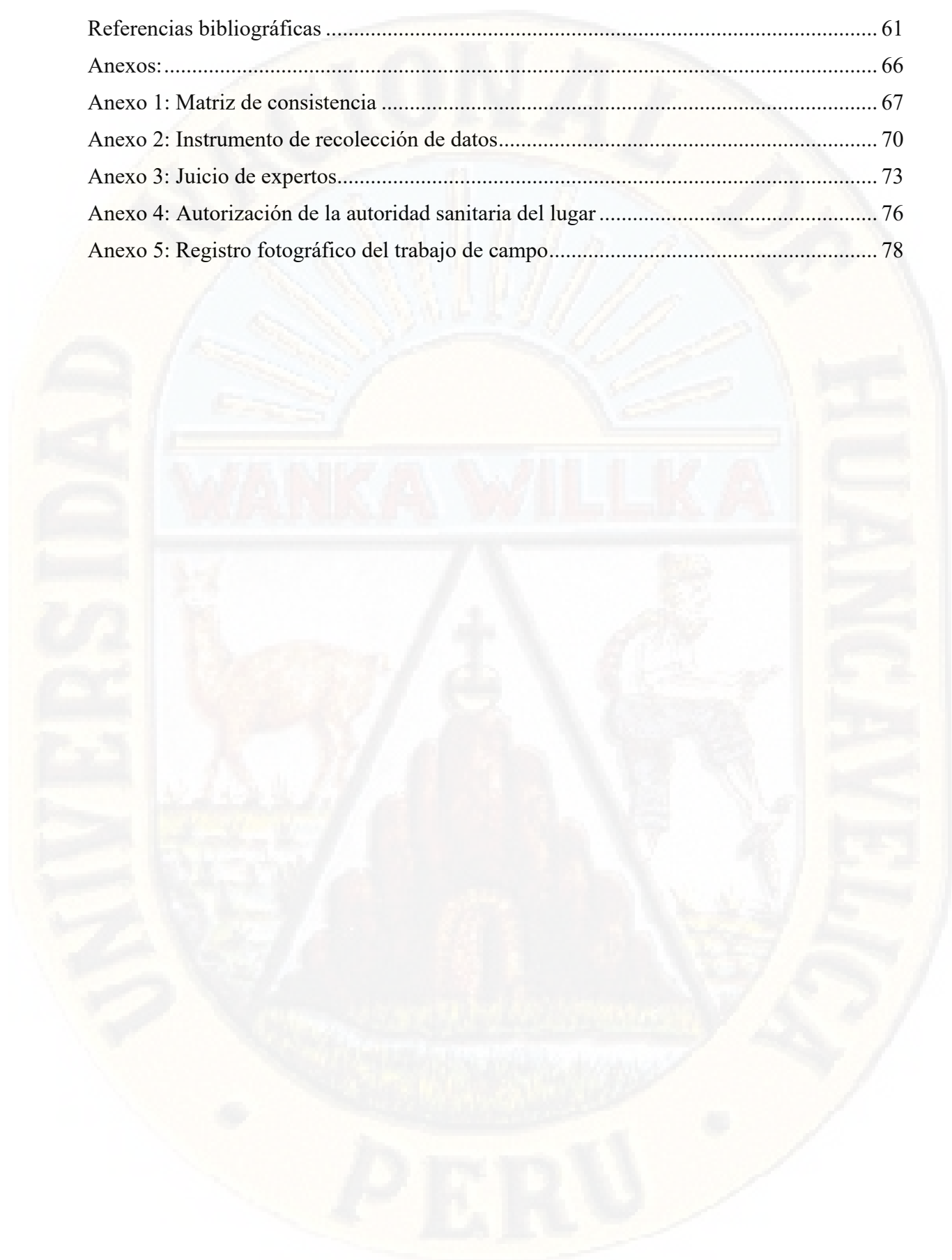
A mi asesor de tesis Dr. Leonardo Leyva Yataco; por su constante guía, seguimiento y por compartir sus conocimientos; los cuales hicieron que se realice un impecable trabajo con el cual pude obtener el título de mi especialidad.

Al Hospital de Pampas, por haberme dado las facilidades para la recolección de datos y permitirme acceder a las historias clínicas.

Índice

Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice	viii
Índice de tablas	x
Resumen	xi
Abstract.....	xii
Introducción.....	xiii
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción del problema	15
1.2. Formulación del problema.....	17
1.3. Objetivos de la investigación.....	17
1.4. Justificación.....	17
1.5. Limitaciones	18
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	20
2.2. Bases teóricas y conceptuales.....	24
2.3. Definición de términos	44
2.4. Variables.....	45
2.5. Operacionalización de variables.....	46
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Ámbito temporal y espacial.....	48
3.2. Tipo de investigación	48
3.3. Nivel de investigación	49
3.4. Métodos de investigación	49
3.5. Diseño de investigación.....	49
3.6. Población, muestra y muestreo.....	50
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	50
3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	51
CAPÍTULO IV	
PRESENTACION DE RESULTADOS	
4.1. Análisis de información.....	52
4.2. Discusión de resultados	57
Conclusiones.....	59
Recomendaciones	60

Referencias bibliográficas	61
Anexos:	66
Anexo 1: Matriz de consistencia	67
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos.....	70
Anexo 3: Juicio de expertos.....	73
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar	76
Anexo 5: Registro fotográfico del trabajo de campo.....	78



Índice de tablas

Tabla 1.	Edad de las pacientes cesareadas atendidas en el Hospital de Pampas, Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018.	52
Tabla 2.	Estado civil y nivel de instrucción de la madre cesareada, atendida en el Hospital de Pampas, Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018.	53
Tabla 3.	Características de las madres cesareadas atendidas en el Hospital de Pampas, Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018.	54
Tabla 4.	Clasificación de las cesáreas según el modelo de Robson en las pacientes atendidas en el Hospital de Pampas, Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018.	55

Resumen

Objetivo. Determinar la proporción de cesáreas según la clasificación de Robson en las pacientes atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018. **Método.** La investigación fue observacional, retrospectiva, transversal de nivel descriptivo. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron todas las pacientes cesareadas en el Hospital de Pampas Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018; que según registros estadísticos fueron un total de 170 pacientes cesareadas. La muestra fue censal. La técnica fue el análisis documental, el instrumento la ficha de recolección de datos. **Resultados.** La edad promedio de las cesareadas fue de 25.9 años, la edad más frecuente fue de 21 años, la edad mínima fue de 14 años y la edad máxima de 45 años. El 70% (119) de las madres cesareadas fueron convivientes, el 16.5% (28) fueron casadas y el 13.5% (23) fueron solteras. El 54.7% de las cesareadas no llegaron a tener secundaria completa. El 41.2% (70) fueron nulíparas, el 58.8% (100) fueron multíparas, el 24.1% (41) tuvieron cesárea previa, el 50.6% (86) tuvieron un inicio de trabajo de parto espontaneo, el 45.9% (78) no tuvieron trabajo de parto y tuvieron cesárea programada previa al trabajo de parto y el 3.5% (6) tuvieron trabajo de parto inducido. El 95.3% (150) de las cesareadas tuvieron un embarazo con feto único, el 87.6% (149) tuvieron un feto con presentación cefálica, el 7.6% (13) tuvieron un feto con presentación podálica y el 4.7% (8) tuvieron un feto en situación transversa u oblicua; el 18.2% (31) tuvieron cesárea electiva. El 21.8% (37) de las cesareadas fueron clasificadas en el grupo 5, el 18.2% (31) fueron clasificadas en el grupo 2, el 16.5% (28) fueron clasificadas en el grupo 1, el 13.5% (23) fueron clasificadas en el grupo 3, el 7.6% (13) fueron clasificadas en el grupo 4, el 5.9% (10) fueron clasificadas en el grupo 7, el 5.3% (9) fueron clasificadas en el grupo 10, el 4.7% (8) fueron clasificadas en el grupo 8, el 4.7% (8) fueron clasificadas en el grupo 9 y el 1.8% (3) fueron clasificadas en el grupo 6. **Conclusiones.** Las cesareadas en su mayoría fueron madres jóvenes, convivientes, sin secundaria completa, multíparas; más de la mitad tuvieron un inicio de trabajo de parto espontaneo, en su gran mayoría tuvieron un embarazo con feto único, en presentación cefálica. Siete de cada diez cesareadas fueron clasificadas en el grupo 5, 2, 1 y 3.

Palabras clave: Cesárea, clasificación de Robson, paciente cesareada, características de la cesareada.

Abstract

Objective. Determine the classification of caesarean sections according to Robson's classification in patients treated at the Pampas Tayacaja Hospital in the Huancavelica region in 2018. **Method.** The research was observational, retrospective, transversal of descriptive level. The method was inductive, simple descriptive design. The population was all caesarean patients at the Pampas Tayacaja Hospital in the Huancavelica region in 2018; which according to statistical records were a total of 170 cesarean patients. The sample was census. The technique was the documentary analysis, the instrument the data collection sheet. **Results.** The average age of the who went cesarean section was 25.9 years, the most frequent age was 21 years, the minimum age was 14 years and the maximum age of 45 years. The 70% (119) of the mothers who went cesarean section were cohabiting, the 16.5% (28) were married and 13.5% (23) were single. The 54.7% of the who went cesarean section did not have complete secondary education. The 41.2% (70) were nulliparous women, 58.8% (100) were multiparous women, 24.1% (41) had prior cesarean delivery, 50.6% (86) had a spontaneous labor, the 45.9% (78) had no labor and had scheduled cesarean section prior to labor and 3.5% (6) had induced labor. The 95.3% (150) of the who went cesarean section had a pregnancy with fetus only, 87.6% (149) had a fetus with cephalic presentation, the 7.6% (13) had a fetus with breech presentation and the 4.7% (8) had a fetus in transverse or oblique situation; 18.2% (31) had an elective cesarean section. The 21.8% (37) of the who went cesarean section were classified in group 5, 18.2% (31) were classified in group 2, 16.5% (28) were classified in group 1, 13.5% (23) were classified in group 3, 7.6% (13) were classified in group 4, 5.9% (10) were classified in group 7, 5.3% (9) were classified in group 10, 4.7% (8) were classified in group 8, 4.7% (8) were classified in group 9 and 1.8% (3) were classified in group 6. **Conclusions.** The caesarean sections were mostly young mothers, cohabiting, without full secondary, multiparous; more than half had a start of spontaneous labor, the vast majority had a single-fetus pregnancy, in a cephalic presentation. Seven out of ten patients with caesarea were classified in group 5, 2, 1 and 3.

Keywords: Cesarean section, Robson classification, cesarean patient, characteristics of the cesarean section.

Introducción

Datos recientes indican que una de cada cinco mujeres se somete a cesárea, y en la mayoría de las regiones del mundo, las tasas de cesárea continúan aumentando (1). La preocupación por el aumento de las tasas de cesárea ha motivado la investigación para identificar intervenciones efectivas que puedan reducir de manera segura las tasas de cesárea en entornos con uso excesivo. A pesar de este esfuerzo, la mayoría de las intervenciones probadas han mostrado un éxito limitado (2, 3).

El parto por cesárea puede ser un procedimiento que salva vidas cuando se realiza según ciertas indicaciones obstétricas y fetales; no se ha demostrado que los resultados maternos ni perinatales hayan mejorado cuando las tasas de parto por cesárea superan el 16% a 19% a nivel de la población, lo que sugiere el uso inapropiado del parto por cesárea en muchos países (4, 5). La incidencia de morbilidad materna severa aguda (SAMM) relacionada con el modo de parto es mayor en la mujer que se somete a una cesárea y las mujeres con una cesárea previa tenían un mayor riesgo de SAMM en su embarazo actual (6, 7).

En 2015, la Organización Mundial de la Salud propuso utilizar el sistema de clasificación de Robson como estándar global para evaluar y comparar las tasas de cesárea, y hacer un seguimiento al respecto en los establecimientos sanitarios a lo largo del tiempo y entre ellos; el sistema clasifica cada mujer en una de diez categorías mutuamente excluyentes que, en conjunto, son totalmente incluyentes; las categorías surgen a partir de cinco características obstétricas básicas que constan regularmente en todas las maternidades (paridad, comienzo del trabajo de parto: espontáneo, inducido o cesárea antes del comienzo del trabajo de parto; edad gestacional; presentación fetal: cefálica o podálica y situación transversa; y cantidad de fetos: único o múltiple (10).

En el Perú en el año 2018; las gestantes procedentes del área rural tuvieron un 15,7% de parto por cesárea y en Huancavelica 11,9% (13).

Por lo anteriormente mencionado y teniendo en cuenta que la región Huancavelica no es ajena a esta situación; así mismo considerando que en la actualidad no existen trabajos de investigación que nos permitan conocer la aplicación del modelo de Robson en la clasificación de las cesáreas, me vi motivada a realizar esta investigación en las gestantes atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, de la región Huancavelica.

Los resultados de esta investigación y su interpretación adecuada permitirán conocer las características de las gestantes cesareadas, así como su clasificación y los grupos de mujeres que contribuyen a explicar en mayor y en menor medida las proporciones de cesáreas; así mismo concientizar al personal de salud acerca de la importancia de esta información, de su interpretación y uso.

El informe de investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capítulo describe el análisis e interpretación de resultados.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

Datos recientes indican que una de cada cinco mujeres se somete a cesárea, y en la mayoría de las regiones del mundo, las tasas de cesárea continúan aumentando (1). La preocupación por el aumento de las tasas de cesárea ha motivado la investigación para identificar intervenciones efectivas que puedan reducir de manera segura las tasas de cesárea en entornos con uso excesivo. A pesar de este esfuerzo, la mayoría de las intervenciones probadas han mostrado un éxito limitado (2, 3).

El parto por cesárea puede ser un procedimiento que salva vidas cuando se realiza según ciertas indicaciones obstétricas y fetales; no se ha demostrado que los resultados maternos ni perinatales hayan mejorado cuando las tasas de parto por cesárea superan el 16% a 19% a nivel de la población, lo que sugiere el uso inapropiado del parto por cesárea en muchos países (4, 5). La incidencia de morbilidad materna severa aguda (SAMM) relacionada con el modo de parto es mayor en la mujer que se somete a una cesárea y las mujeres con una cesárea previa tenían un mayor riesgo de SAMM en su embarazo actual (6, 7).

Los partos por cesárea, específicamente los que se realizan en poblaciones obstétricas de bajo riesgo, podrían provocar SAMM y, sin una indicación médicamente justificable, pueden ser una opción perjudicial en el parto. La clasificación y las auditorías de Robson son herramientas valiosas para abordar indicaciones cuestionables para el parto por cesárea, y pueden usarse para mejorar la adecuación y, por lo tanto, reducir las tasas de parto por cesárea (8, 9). Para mantener el parto lo más seguro posible, el parto por cesárea solo debe realizarse cuando existan beneficios claros para la salud materna y perinatal.

En 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso utilizar el sistema de clasificación de Robson como estándar global para evaluar y comparar las tasas de cesárea, y hacer un seguimiento al respecto en los establecimientos sanitarios a lo largo del tiempo y entre ellos; el sistema clasifica cada mujer en una de diez categorías mutuamente excluyentes que, en conjunto, son totalmente incluyentes; las categorías surgen a partir de cinco características obstétricas básicas que constan regularmente en todas las maternidades (paridad, comienzo del trabajo de parto: espontáneo, inducido o cesárea antes del comienzo del trabajo de parto; edad gestacional; presentación fetal: cefálica o podálica y situación transversa; y cantidad de fetos: único o múltiple (10).

La OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) recomiendan la clasificación Robson como un estándar global para evaluar, monitorear y comparar las tasas de cesáreas dentro de las instalaciones de atención de salud, a lo largo del tiempo y entre las instalaciones (11, 12).

En el Perú en el año 2018; las gestantes procedentes del área rural tuvieron un 15,7% de parto por cesárea y en Huancavelica 11,9% (13).

Por lo anteriormente mencionado y teniendo en cuenta que la región Huancavelica no es ajena a esta situación; así mismo considerando que en la actualidad no existen trabajos de investigación que nos permitan conocer la aplicación del modelo de Robson en la clasificación de las cesáreas, me vi motivada a realizar esta investigación en las gestantes atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, de la región Huancavelica.

Los resultados de esta investigación y su interpretación adecuada permitirán conocer las características de las gestantes cesareadas, así como su clasificación y los grupos de mujeres que contribuyen a explicar en mayor y en menor medida las proporciones de cesáreas; así mismo concientizar al personal de salud acerca de la importancia de esta información, de su interpretación y uso.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la proporción de cesáreas según la clasificación de Robson en las pacientes atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características de las pacientes cesareadas en el Hospital de Pampas Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018?
- ¿Cuáles son los grupos según la clasificación de Robson en las pacientes cesareadas en el Hospital de Pampas Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la proporción de cesáreas según la clasificación de Robson en las pacientes atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características de las pacientes cesareadas en el Hospital de Pampas Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018.
- Identificar los grupos según la clasificación de Robson en las pacientes cesareadas en el Hospital de Pampas Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018.

1.4. Justificación

La Organización Mundial de la Salud considera que el cuidado materno es una prioridad, que debe formar parte de las políticas públicas para mejorar los resultados del embarazo y prevenir la morbilidad materna y perinatal (14).

El parto por cesárea puede ser un procedimiento que salva vidas cuando se realiza según ciertas indicaciones obstétricas y fetales; no se ha demostrado que los resultados maternos ni perinatales hayan mejorado cuando las tasas de parto por

cesárea superan el 16% a 19% a nivel de la población, lo que sugiere el uso inapropiado del parto por cesárea en muchos países (4, 5). La incidencia de morbilidad materna severa aguda (SAMM) relacionada con el modo de parto es mayor en la mujer que se somete a una cesárea y las mujeres con una cesárea previa tenían un mayor riesgo de SAMM en su embarazo actual (6, 7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) recomiendan la clasificación Robson como un estándar global para evaluar, monitorear y comparar las tasas de cesáreas dentro de las instalaciones de atención de salud, a lo largo del tiempo y entre las instalaciones (11, 12).

En el Perú en el año 2018; las gestantes procedentes del área rural tuvieron un 15,7% de parto por cesárea y en Huancavelica 11,9% (13).

La clasificación de Robson para las cesáreas es factible, reproducible y permite implementar estrategias óptimas para la reducción de la tasa de cesárea.

El conocimiento de las características de las gestantes cesareadas permitirá brindar una mejor atención sanitaria acorde al contexto.

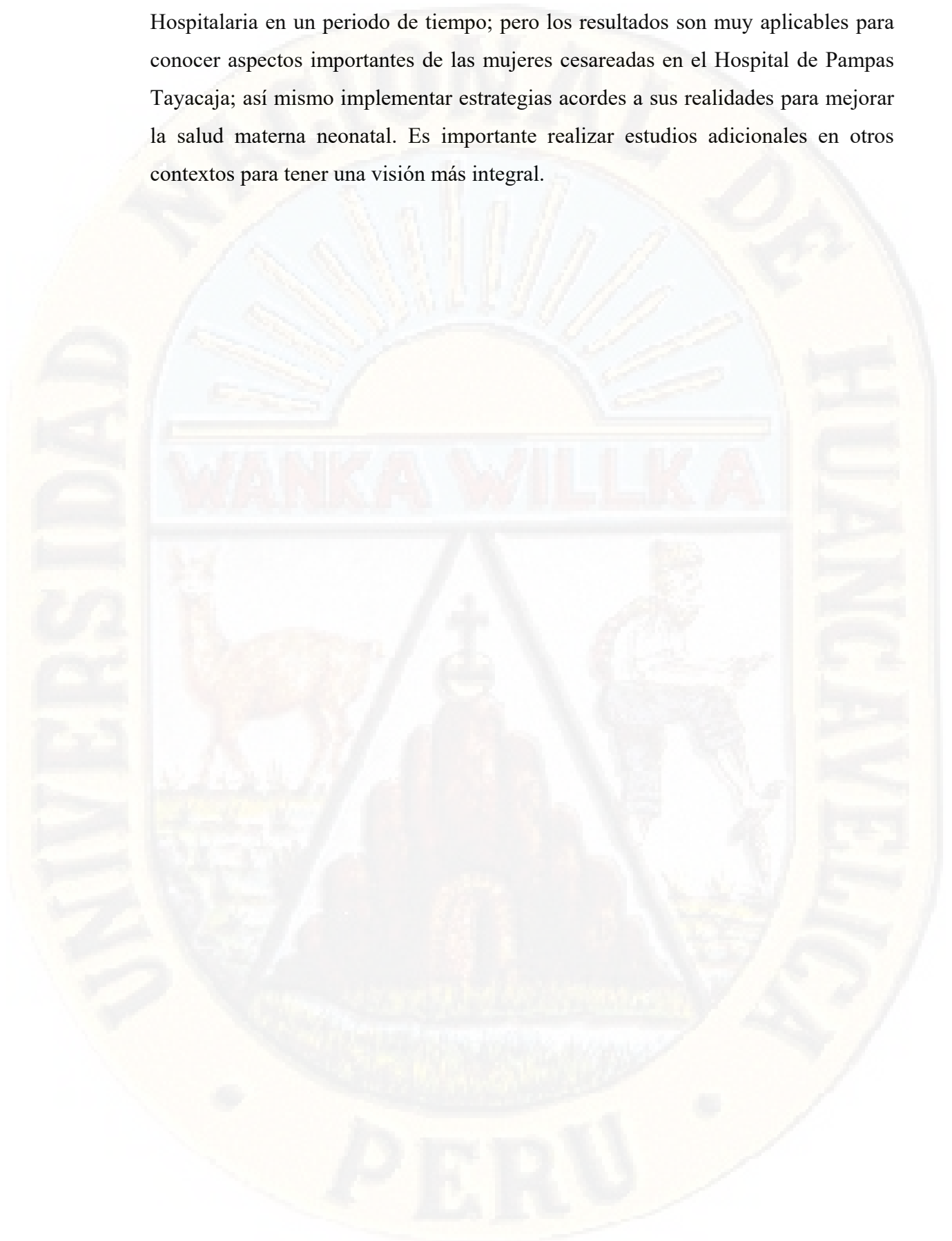
Los resultados de esta investigación sobre las cesáreas según la clasificación de Robson esperamos permita en el Hospital de Pampas Tayacaja, optimizar la cesárea mediante la identificación, análisis y diagnósticos adecuados; para intervenciones sanitarias más concienzudas en la atención del parto y la cesárea en las mujeres atendidas por el Hospital.

Por otra parte, los resultados del estudio servirán para integrar procedimientos que permitan mejorar la sensibilidad y especificidad diagnóstica; así mismo permitirá un manejo integral y pertinente.

1.5. Limitaciones

Los resultados de la investigación y su interpretación son representativos en el contexto y ámbito de estudio; pueden tener limitaciones al extrapolarse a otros contextos o realidades, debido a que la investigación solo abarco una muestra

Hospitalaria en un periodo de tiempo; pero los resultados son muy aplicables para conocer aspectos importantes de las mujeres cesareadas en el Hospital de Pampas Tayacaja; así mismo implementar estrategias acordes a sus realidades para mejorar la salud materna neonatal. Es importante realizar estudios adicionales en otros contextos para tener una visión más integral.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Piedrahita y Gaviria (15); investigaron sobre la aplicación del Método Robson en la caracterización de cesáreas realizadas en un hospital de tercer nivel de Pereira; su objetivo fue determinar si el aumento en la cantidad de cesáreas se asocia con morbilidad materna; el modelo Robson fue utilizado para identificar grupos de mayor aporte a tasas de cesárea, se aplicó en un hospital de tercer nivel para caracterizar grupos de pacientes cesareadas, describir causas obstétricas y desenlaces maternos y fetales; materiales y métodos: Estudio de cohorte histórica descriptiva realizado en un hospital de alta complejidad; de 2053 gestantes, se incluyeron 667 cesareadas (32,4%) de enero-diciembre de 2014, con datos completos en la historia clínica; se excluyeron cuando no existió la información para diligenciar el formato de recolección de datos; se realizó análisis descriptivo utilizando los programas SPSS 20 y Excel 2010; los resultados fueron: Los grupos Robson que más contribuyeron fueron 5 y 10, con proporciones sobre el total de cesáreas de 25,5% y 11,2%, respectivamente; Cesárea previa y compromiso del bienestar fetal fueron las principales causas; en 99 pacientes se presentaron complicaciones relacionadas con cesárea, la infección puerperal fue más frecuente (6.9%); 173 recién nacidos requirieron unidad neonatal, con dificultad respiratoria como principal complicación (44%); en conclusión el análisis descriptivo y el modelo Robson permitieron agrupar las pacientes en grupos 2, 5 y 10, además evidenciaron complicaciones maternas y fetales consistentes con estudios publicados.

Zúñiga (16); estudio la Clasificación de cesáreas según el modelo de Robson, unidad obstétrica, Hospital General San Felipe, Honduras, abril-junio de 2017; su objetivo fue clasificar las cesáreas según el modelo de Robson en la unidad obstétrica de un

hospital de nivel medio de complejidad; Materiales y métodos: estudio descriptivo, transversal, llevado a cabo en unidad obstétrica del Hospital General San Felipe (HGSF), Tegucigalpa, Honduras, entre abril y junio de 2017; se seleccionan 89 de 477 historias clínicas de pacientes sometidas a cesárea electiva o de emergencia en el periodo del estudio mediante selección aleatoria probabilística; se realiza análisis descriptivo de variables sociodemográficas, indicaciones clínicas y obstétricas, y categorías del modelo de Robson; se obtuvo autorización del Comité de Ética institucional; Resultados: de 797 partos 477 fueron por cesárea (59,8 %; IC 95 %: 56,3-63,3 %); Se clasificaron como embarazo “sin riesgo” 48 de las 89 cesáreas estudiada (53,9%) que hacen parte de las categorías 1 a 4; la indicación más frecuente en este grupo fue baja reserva fetal 22/48 (45,8 %) y desproporción céfalo-pélvica 16/48 (33,3 %); En el grupo “de riesgo” (categorías 5-10) en 41/89 (46,1 %) las indicaciones fueron desproporción céfalo-pélvica y presentación pélvica (8/41) (19,5 %) respectivamente; Los principales aportantes de cesárea fueron los grupos 1 (17/89; 19,1 %), 2 (20/89, 22,5 %) y 5 (20/89; 22,5 %) para totalizar 64,1 %; Conclusión: el modelo de Robson es aplicable en nuestro medio y la clasificación aporta información como herramienta de diagnóstico y vigilancia en la realización de cesáreas en una institución de segundo nivel.

Penha et al (17); estudiaron las Características obstétricas de las mujeres embarazadas sometidas a cesárea según la Clasificación de Robson; su objetivo fue describir las características obstétricas de las mujeres embarazadas sometidas a cesárea según la clasificación de Robson en un hospital universitario; método: descriptivo, retrospectivo, con abordaje cuantitativo, con datos secundarios de 294 registros médicos de mujeres embarazadas sometidas a cesárea en el Hospital Universitario de la Universidad Federal de Maranhão, en el período de enero a diciembre de 2015; Resultados: predominio de nulíparas (51,02%) que se sometieron a cesárea antes del comienzo del trabajo de parto (57,15%), con embarazos a término (37,76%) con un solo feto (96,3%) en presentación cefálica de vértice (90,82%); el grupo de la Clasificación de Robson con mayor prevalencia (28,23%) fue el grupo 5 (múltiparas con al menos una cesárea anterior, feto único, cefálico, ≥ 37 semanas); Conclusión: el hospital tiene una alta tasa de cesáreas, un total de 49,3%, incluso

cuando se trata de un estudio realizado en un centro de maternidad de referencia mujeres embarazadas de alto riesgo; la investigación permitió conocer el perfil sociodemográfico y las características obstétricas de las pacientes.

Ticona-Huanco et al (18); realizaron un análisis de la cesárea según la clasificación de Robson en un hospital público de Perú; su objetivo fue analizar cesáreas según la clasificación de Robson en un hospital público peruano; materiales y métodos: Estudio analítico transversal en 64375 partos atendidos en el hospital Hipólito Unanue en Tacna según la clasificación de Robson; Las tasas de cesárea, contribución absoluta y relativa, indicaciones de cesáreas y riesgos perinatales maternos se compararon en dos períodos (2000-2009, 2010-2018); se usó Chi2 con significación estadística cuando $p < 0,05$ y Odds Ratio (OR) con 95% de intervalo de confianza (95% IC) con riesgo significativo cuando $IC > 1$ y $p < 0,05$. Los datos se obtuvieron del Sistema informático perinatal y se procesaron en SPSS versión 25; sus resultados fueron: La tasa general de cesáreas fue del 38,6% con un aumento del 23,9% en 2000 al 55,8% en 2018; un predominio de los grupos 1, 3 y 5 que tuvieron mayor contribución absoluta y relativa; las principales indicaciones fueron desproporción cefalopélvica, sufrimiento fetal, cesárea previa y preeclampsia; hubo un riesgo significativamente mayor de muerte neonatal en los grupos 1 (OR = 2,6; IC 95%: 1,28-5,39; $p < 0,05$) y 3 (OR = 3,1; IC 95%: 1,62-5,79; $p < 0,05$) en comparación con los partos vaginales; se concluyó que la tasa de cesáreas aumentó en los últimos 19 años, principalmente en los grupos 1, 3 y 5 según la clasificación de Robson; Los grupos 1 y 3 presentaron un mayor riesgo de mortalidad neonatal en comparación con los partos vaginales.

Rodríguez (19); estudio la Tasa de incidencia de cesárea según clasificación de Robson en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, Lima, enero – diciembre 2018; su objetivo fue determinar la tasa de incidencia de cesáreas según la clasificación de Robson en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, Lima, en el periodo de enero – diciembre 2018; métodos: Estudio epidemiológico, cuantitativo, descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal; se incluyó a todas las gestantes ingresadas para atención de parto y que terminaron vía cesárea; la información fue recolectada del libro de actas de nacimiento de centro obstétrico del hospital en el

periodo ya mencionado; el análisis de estadístico y la presentación de las tablas e ilustraciones se realizó mediante los programas Excel 2016 y SPSS; resultados: La muestra censal estuvo integrada por 1113 mujeres quienes culminaron su gestación por parto vía cesárea de un total de 2965 partos; representando una tasa del 37,54%; La aplicación del modelo de Robson pudo evidenciar que los grupos con mayor tasa de cesáreas fueron el grupo 1 con 29,7%; seguido del grupo 2 y 5 con tasas de 18,2% y 14,3% respectivamente; en conclusión la tasa de cesárea encontrada en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, durante el periodo enero – diciembre 2018 supera ampliamente lo recomendado por la OMS; con la aplicación de la clasificación de Robson se evidenció que los grupos que más aportaron a la tasa de cesárea fueron los grupos 1, 2 y 5.

Díaz (20); Estudio la Tasa de cesáreas por grupos de Robson en el Hospital III Yanahuara de la Ciudad de Arequipa en el periodo Enero – Diciembre del 2018; su objetivo fue establecer las tasas de cesáreas empleando el modelo de clasificación Robson en el Hospital III Yanahuara en el periodo Enero – Diciembre del 2018; métodos: Se seleccionó una muestra representativa de cesáreas y se sometieron a los criterios de Robson; se muestran resultados mediante estadística descriptiva; resultados: Durante el 2018 se realizaron 1642 cesáreas, de las cuales se obtuvo una muestra aleatoria de 311 casos; el 1,61% eran adolescentes, 68,17% tenían edad reproductiva ideal (20-34 años) y 30,23% eran gestantes tardías, con una edad promedio de $31,32 \pm 5,86$ años; el 40,84% fueron nulíparas, 14,79% eran multíparas sin antecedente de cesárea previa y 44,37% multíparas con antecedente de cesárea; el embarazo fue único en 99,68% y múltiple en 0,32% de casos; la edad gestacional fue pretérmino en 5,47% y a término en 94,53% de mujeres; la presentación al momento de la cesárea fue cefálica en 91%, podálica en 6,75%, transversa en 1,61% y oblicua en 0.64% de casos; en 38,26% de casos se realizó cesárea antes del inicio del trabajo de parto, en 56,27% el trabajo de parto fue espontáneo y en 5,47% de casos fue inducido; aplicando los criterios de Robson, las tasas de cesárea que predominaron fueron del Grupo 5 (39,23%), seguidas del Grupo 1 (19,61%) y del Grupo 2 (16,72%) y las demás categorías mostraron proporciones decrecientes; Conclusiones: La tasa global de cesáreas en el hospital III Yanahuara es de 53% y

las categorías predominantes según criterios de Robson en el mencionado nosocomio durante el 2018 fueron del Grupo 5, 1 y 2.

2.2. Bases teóricas y conceptuales

2.2.1. Tasa de cesárea a nivel de población

Los estudios ecológicos implican comparaciones y análisis de poblaciones en lugar de individuos. A menudo las poblaciones se definen por límites geopolíticos y por lo tanto, es importante diferenciar los estudios de poblaciones geográficas de aquellos llevados a cabo en pacientes en establecimientos sanitarios específicos («estudios en hospitales»). Las tasas de cesárea de los establecimientos sanitarios varían en gran medida según las diferencias en la casuística de las poblaciones obstétricas a las que estos brindan atención, su capacidad y recursos, y los protocolos clínicos. En consecuencia, debido a dichas diferencias, la tasa de cesárea recomendada a nivel de población no se puede extrapolar y utilizarse a nivel hospitalario (21).

En 2014 la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó una revisión sistemática de estudios ecológicos disponibles en la bibliografía científica con el objetivo de identificar, evaluar de forma crítica y sintetizar las conclusiones de estos estudios, en los que se analizaba la asociación entre las tasas de cesárea y los resultados maternos, perinatales y neonatales (4). Al mismo tiempo, la OMS emprendió un estudio ecológico mundial para evaluar la misma asociación sobre la base de los datos más recientes disponibles (22). Un panel de expertos internacionales analizó estos resultados en una consulta convocada por la OMS en Ginebra (Suiza) los días 8 y 9 de octubre de 2014 (21).

A continuación, se exponen las observaciones del panel:

1. A partir de la revisión sistemática de la OMS, a nivel de población, a medida que las tasas de cesárea aumentan hasta un 10%-15% se reduce la mortalidad materna y neonatal (4). Por encima de este nivel, el aumento de las tasas de cesárea deja de estar asociado a una reducción de la

mortalidad. No obstante, esta asociación entre la mayor tasa de cesárea y una menor mortalidad se redujo o incluso desapareció en los estudios que controlaron factores socioeconómicos (23, 24). Dado que estos factores probablemente expliquen gran parte de la asociación entre las tasas de cesárea y la menor mortalidad en esta revisión, la OMS llevó a cabo otro estudio para analizar este aspecto en mayor profundidad (21).

2. En el estudio ecológico mundial de la OMS se halló que una parte considerable de la asociación bruta entre la tasa de cesárea y la mortalidad puede explicarse por factores socioeconómicos (22). Sin embargo, hasta una tasa de cesárea de 10%, la mortalidad materna y neonatal disminuyó conforme se incrementaron las tasas de cesárea; a medida que las tasas de cesárea aumentaron por encima del 10% hasta llegar al 30%, no se observó ningún efecto sobre la mortalidad; este análisis aplicó un enfoque longitudinal con datos a nivel nacional y ajustes en función del desarrollo socioeconómico; este enfoque tal vez resuelva algunas limitaciones de los estudios transversales observadas en la revisión sistemática, pero cabe destacar que las asociaciones ecológicas no implican causalidad (21).
3. Con los datos actuales no es posible evaluar la asociación entre la mortalidad materna y neonatal, y las tasas de cesárea superiores al 30% (21).
4. La calidad de la atención sanitaria, en especial por lo que se refiere a la seguridad, es una consideración importante a la hora de analizar las tasas de cesárea y la mortalidad; el riesgo de infección y de complicaciones por la cirugía son peligros potenciales, en particular en los lugares que carecen de instalaciones o de la capacidad para realizar cirugía de forma segura (21).
5. No fue posible determinar la asociación entre la mortinatalidad o la morbilidad y la tasa de cesárea debido a la falta de datos de nivel nacional (21). Los estudios ecológicos disponibles analizaban solamente

indicadores de mortalidad, tal vez porque son de más fácil acceso que los indicadores de morbilidad materna y neonatal de nivel nacional; del mismo modo, en la investigación tampoco se consideraron los aspectos psicológicos y sociales relacionados con la modalidad del parto; dado que la mortalidad es un resultado poco frecuente, especialmente en países desarrollados, los estudios futuros deben evaluar la asociación entre la tasa de cesárea y la morbilidad materna y perinatal a corto y a largo plazo (por ejemplo, casos de fístula obstétrica y asfixia perinatal) (21). Estos incluyen implicaciones psicológicas respecto de la relación madre-hijo, la salud psicológica de la madre, la capacidad de las mujeres para iniciar la lactancia en forma satisfactoria y los resultados pediátricos (21).

2.2.2. Tasa de cesárea a nivel hospitalario y la necesidad de un sistema de clasificación universal

En los establecimientos sanitarios es fundamental evaluar las tasas de cesárea según las características determinadas de las poblaciones a las que brindan atención (casuística obstétrica); en la actualidad no existe un sistema de clasificación estándar de cesáreas que permita hacer comparaciones de estas tasas entre los distintos establecimientos y entre ciudades, países o regiones de forma útil y orientada a la adopción de medidas; en consecuencia, aún no es posible intercambiar información de manera significativa, focalizada y transparente para evaluar eficientemente los resultados maternos y perinatales (25).

En 2011 la OMS realizó una revisión sistemática de los sistemas utilizados para clasificar las cesáreas y concluyó que la clasificación de Robson es la más adecuada para atender las necesidades locales e internacionales actuales; la OMS recomendó utilizarla como base para desarrollar un sistema de clasificación de cesáreas aplicable a nivel internacional (16).

El sistema clasifica cada mujer en una de diez categorías mutuamente excluyentes que, en conjunto, son totalmente incluyentes; las categorías

surgen a partir de cinco características obstétricas básicas que constan regularmente en todas las maternidades (21):

- o paridad (nulípara, multípara con y sin cesárea previa);
- o comienzo del trabajo de parto (espontáneo, inducido o cesárea antes del comienzo del trabajo de parto);
- o edad gestacional (parto prematuro o a término);
- o presentación fetal (cefálica o podálica) y situación transversa; y
- o cantidad de fetos (único o múltiple).

La clasificación es sencilla, sólida, reproducible, clínicamente adecuada y prospectiva; esto significa que, sobre la base de estas pocas características básicas, es posible clasificar a cada mujer en el momento de su admisión para dar a luz, en uno de los diez grupos; esto permite comparar y analizar las tasas de cesáreas dentro de los grupos y entre ellos (21).

En 2014, la OMS realizó una segunda revisión sistemática de la experiencia que tenían 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 (26).

La OMS convocó a un panel de expertos los días 8 y 9 de octubre de 2014 en Ginebra para revisar la evidencia; a fin de establecer un punto de partida común para comparar los datos maternos y perinatales dentro de los establecimientos a lo largo del tiempo y entre ellos, el panel hizo varias recomendaciones (21):

- 1 Los establecimientos sanitarios deben usar el sistema de clasificación de Robson con las mujeres hospitalizadas para dar a luz (21).
- 2 Siempre que se mantenga la estructura original necesaria para realizar comparaciones estandarizadas, los usuarios del sistema de clasificación pueden subdividir los diez grupos y analizar otras variables deseables (por ejemplo, datos epidemiológicos, costo, resultados o indicaciones de

cesárea) dentro de cada grupo según las necesidades y los intereses locales (21).

- 3 Cuando sea posible, los resultados de la clasificación deben ponerse a disposición del público (21).

La OMS prevé que esta clasificación ayude a los establecimientos sanitarios a:

- o optimizar el uso de las cesáreas mediante la identificación, el análisis y la concentración de intervenciones en grupos específicos particularmente relevantes para cada establecimiento sanitario (21);
- o evaluar la eficacia de las estrategias o las intervenciones dirigidas a optimizar el uso de las cesáreas (21);
- o evaluar la calidad de la atención, las prácticas clínicas y los resultados para cada grupo (21); y
- o evaluar la calidad de los datos reunidos y concienciar al personal acerca de la importancia de los datos y su uso (21).

2.2.3. La clasificación de Robson

El sistema clasifica a todas las mujeres ingresadas para el parto en uno de 10 grupos que son mutuamente excluyentes y totalmente inclusivos; esto significa que, con el empleo de unas pocas variables obstétricas básicas, cada mujer ingresada para el parto en cualquier establecimiento de salud puede clasificarse en uno y solo uno de los 10 grupos y que ninguna mujer queda fuera de la clasificación (10).

La clasificación de Robson es para “todas las mujeres” que dan a luz en un entorno específico y no solo para las mujeres a las que se practica una cesárea (10).

2.2.3.1. Los 10 grupos de la clasificación de Robson



2.2.3.2. Definición de las variables básicas

Los 10 grupos se basan en seis variables obstétricas básicas, que son la única información necesaria para clasificar a cada mujer (10).

En principio, ya que estas variables se recopilan sistemáticamente y se usan en el manejo clínico de las mujeres ingresadas para el parto, deberá poder obtener estos datos de la historia clínica de cada mujer (10).

Variables obstétricas para la clasificación de Robson (10)

Variables Obstétricas	
Número de partos	• Nulípara • Multípara
Cesárea previa	• Sí (una o varias) • No
Inicio del trabajo de parto	• Espontáneo • Inducido • No hay trabajo de parto (cesárea programada [previa al trabajo de parto])
Número de fetos	• Embarazo único • Embarazo múltiple
Edad gestación	• Prematuro (menos de 37 semanas) • A término (37 semanas o más)
Situación y presentación del feto	• Presentación cefálica • Presentación podálica • Situación transversa

2.2.3.3. Definición de las variables básicas utilizadas en la clasificación de Robson

Variable obstétrica	Definición	Observación
Número de partos*	Número de partos previos al ingresar para el parto.	Nacimiento por cualquier vía, vivo o muerto, con un peso ≥ 500 g o ≥ 22 semanas**, con o sin malformaciones. No se tiene en cuenta el número de abortos espontáneos o provocados previos (10).
Nulípara	Ningún parto previo	Esto no equivale necesariamente a primigrávida. Por ejemplo, una mujer en su 4º embarazo con 3 abortos espontáneos previos (G4 P0 A3) será una mujer nulípara y pertenece a este grupo (10).
Múltipara	Como mínimo un parto previo	Nacimiento por cualquier vía, vivo o muerto, con un peso ≥ 500 g o ≥ 22 semanas**, con o sin malformaciones (10).
Cesárea previa*	Número de cesáreas previas al ingresar para el parto (10).	Otros tipos de cicatrices uterinas (por ejemplo, miomectomía) no deben tenerse en cuenta y no se consideran una cesárea previa al clasificar a las mujeres (10).
Ninguna	Todos los partos anteriores fueron vaginales	
Una o varias	Como mínimo un parto previo por cesárea, pero puede haber habido, además, uno o varios partos vaginales (10).	
Inicio del trabajo	Forma en la que se ha iniciado el trabajo de parto en el embarazo actual, independientemente de lo que se hubiera planificado inicialmente (10).	Esto debe basarse en la historia clínica, la exploración física y la decisión del profesional de la salud al ingreso en la sala de parto/parto (10).
Espontáneo	Antes del parto, la mujer se encontraba en trabajo de parto espontáneo (10).	Las mujeres nulíparas o múltiparas con cesárea programada (previa al trabajo de parto) que llegan en trabajo de parto espontáneo forman parte de este grupo. Este grupo también incluye a las mujeres que han entrado en trabajo de parto espontáneamente y a las que se ha administrado oxitocina o se ha practicado una amniotomía para potenciar (acelerar) el trabajo de parto (10).
Inducido	Al ingresar en la sala de parto, la mujer no estaba en trabajo de parto y el parto se ha inducido luego (10).	Cualquier método de inducción es válido incluida la amniotomía, el misoprostol, la oxitocina, la sonda de Foley con globo intracervical, el tallo de laminaria u otro. Las mujeres que entran espontáneamente en trabajo de parto y luego son tratadas con oxitocina o se les practica una amniotomía para corregir distocias o potenciar (acelerar) el trabajo de parto no forman parte de este grupo sino que deben clasificarse como de inicio de parto “espontáneo” (10).
Cesárea programada (previa al trabajo de parto)	La mujer no estaba en trabajo de parto cuando ingresó para el parto, y se tomó la decisión de practicar una cesárea (10).	Los casos de inducción o trabajo de parto espontáneo que finalmente acaban en un parto por cesárea no forman parte de este grupo (10).
Número de fetos	Número de fetos al ingresar para el parto	Incluidas las muertes fetales diagnosticadas después de las 22 semanas o de un peso de 500 g** (10).
Embarazo único	Un solo feto	Los embarazos gemelares con muerte fetal antes de las 22 semanas o de un peso de 500 g deben contabilizarse como embarazos únicos (10).
Embarazo múltiple	Más de un feto	Incluidos los casos de embarazo múltiple en los que se ha producido la muerte de uno o varios fetos después de las 22 semanas o de un peso de 500 g** (10).
Edad Gestacional	Edad de gestación al ingresar para el parto actual	Basada en la mejor estimación (falta menstrual o primera ecografía) o en la exploración neonatal o en las definiciones que se utilicen en su entorno (10).
A término	37 semanas o más	
Prematuro	Menos de 37 semanas	
Situación y presentación del feto	La situación /presentación fetal final antes de que se tome una decisión respecto al parto o antes de que se diagnostique un trabajo de parto (10).	Las mujeres ingresadas con un feto en presentación de nalgas en las que se realiza una versión externa seguida de un parto con presentación cefálica deben considerarse casos de presentación cefálica. Las mujeres con un feto muerto en situación transversa en las que se realiza una versión interna antes del parto deben considerarse casos de presentación de nalgas (10).
Presentación cefálica	La cabeza fetal es la parte del cuerpo que se presenta a través del canal del parto (10).	Las presentaciones cefálicas de vértice, facial o frontal, o las presentaciones cefálicas compuestas (prolapso de mano) deben clasificarse aquí (10).
Presentación de nalgas	Los glúteos fetales o bien uno o ambos pies son las partes del cuerpo que se presentan a través del canal del parto (10).	Todos los tipos de presentaciones de nalgas (simple, completa y podálica).
Situación transversa u oblicua	El eje longitudinal del feto es perpendicular u oblicuo al eje longitudinal de la madre (10).	Presentación de hombro o de brazo del feto o no hay presentación de ninguna parte del cuerpo fetal (10).

*La definición no tiene en cuenta el parto actual. Debe clasificarse a la mujer antes del parto. Por ejemplo, una mujer que ingresa para dar a luz su primer hijo debe clasificarse como “nulípara”, aun en el caso de que los formularios se

rellenen después de que haya dado a luz; no se la debe clasificar como múltipara. De manera análoga, una mujer que ha tenido dos partos vaginales previos y es ingresada para una cesárea programada debe clasificarse como “ninguna cesárea previa”, aunque los formularios se rellenen después del parto de su tercer hijo.

** Esta definición puede variar en diferentes entornos. Quienes utilicen la clasificación deben especificar la definición utilizada para el “nacimiento” (peso al nacer y edad de gestación mínimos) si difiere de la que se propone aquí debe indicarlo mediante una nota a pie de página en el informe tabular. Aunque no se promueve esta opción, si los usuarios deciden excluir de la clasificación los mortinatos y los fetos con malformaciones, esto también debe indicarse en la nota a pie de página.

La clasificación de Robson debe considerarse un punto de partida común para un sistema de clasificación perinatal que puede detallarse aún más; cada uno de los 10 grupos puede subdividirse o puede ser necesario combinar algunos de los grupos; además, dentro de los diferentes grupos pueden agregarse y analizarse otros detalles como las indicaciones para la cesárea o la morbilidad neonatal (10). También pueden analizarse dentro del grupo otros eventos y resultados relacionados con el parto (por ejemplo, uso de oxitocina o variables epidemiológicas como la edad o el índice de masa corporal); por otro lado, hay varias definiciones obstétricas, protocolos o intervenciones clave que no se incluyen en la clasificación pero que deben tenerse en cuenta cuando se interpretan los resultados; estos aspectos pueden ser específicos de cada establecimiento de salud y a veces están unificados en los países (10). Entre ellos se encuentran, por ejemplo, los criterios utilizados para el diagnóstico del trabajo de parto (borramiento y dilatación del cuello de útero), las directrices usadas para el manejo del parto, como la rotura artificial de la bolsa amniótica, la pauta de oxitocina usada para la potenciación (aceleración) y la inducción, el diagnóstico y el tratamiento del cese de las contracciones y la distocia, las técnicas de monitoreo fetal, la analgesia y la atención individualizada en el parto (10).

2.2.3.4. Clasificación de Robson con subdivisiones

Grupo	Población obstétrica
1	Mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo
2	Mujeres nulíparas con un embarazo único, con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación, en las que o bien se ha inducido el parto o bien se ha realizado una cesárea programada (antes del trabajo de parto)
2a	Parto inducido
2b	Cesárea programada (previa al trabajo de parto)
3	Mujeres multíparas sin una cesárea previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo
4	Mujeres multíparas sin una cesárea previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación en las que o bien se ha inducido el parto o bien se ha realizado una cesárea programada (antes del trabajo de parto)
4a	Parto inducido
4b	Cesárea programada (previa al trabajo de parto)
5	Todas las mujeres multíparas con al menos una cesárea previa, con un embarazo único con presentación cefálica, de ≥ 37 semanas de gestación
5.1	Con una cesárea previa
5.2	Con dos o más cesáreas previas
6	Todas las mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación de nalgas
7	Todas las mujeres multíparas con un embarazo único con presentación de nalgas, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas
8	Todas las mujeres con embarazos múltiples, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas
9	Todas las mujeres con un embarazo único con una situación transversa u oblicua, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas
10	Todas las mujeres con un embarazo único con presentación cefálica, de < 37 semanas de gestación, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas.

2.2.4. Atención prenatal

La asistencia perinatal es la atención médica y psicosocial que se presta a la mujer, a su hijo y a su familia, y que comienza antes del embarazo, se extiende durante la gestación y finaliza un año después del nacimiento (27).

Los tres componentes básicos de la atención prenatal son 1) valoración temprana y continua del riesgo; 2) promoción de la salud, y 3) intervenciones y seguimiento médico y psicológico. La valoración del riesgo incluye un interrogatorio completo; exploración física; pruebas de laboratorio, y valoración del crecimiento y bienestar fetal. La promoción de la salud consiste en brindar información sobre la atención propuesta, mejorar el conocimiento general sobre el embarazo y la maternidad (y paternidad), además de promover y apoyar los comportamientos saludables. Las intervenciones incluyen tratamiento de cualquier enfermedad existente; provisión de recursos sociales y financieros, y referencia o consulta con otros médicos especialistas (28).

La atención prenatal comprende todas las acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria que se llevan a cabo antes de la gestación, durante ésta y en el puerperio. Sus principales objetivos son (29):

- Aumentar el nivel de salud de las gestantes y puérperas.
- Identificar los factores de riesgo
- Determinar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Disminuir la morbilidad materna y perinatal.
- Garantizar la atención sanitaria durante la gestación y el puerperio.
- Ofertar el diagnóstico prenatal.
- Detectar y tratar precozmente trastornos originados o agudizados durante la gestación.
- Identificar los embarazos de riesgo para realizar un control más exhaustivo.
- Educación materna.

- Información y apoyo en la lactancia materna.

2.2.4.1. Atención prenatal reenfocada

- En todo establecimiento de salud según nivel de complejidad, se brindará la atención prenatal reenfocada que consiste en: vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal, para lograr una/un recién nacida/o sana/o, sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad (30).
- La primera consulta de atención prenatal deberá tener una duración no menor de 40 minutos y en las consultas de seguimiento debe durar no menos de 25 minutos (30).
- La atención prenatal reenfocada debe ser realizada por el profesional de la salud: médico Gineco-Obstetra o médico cirujano u obstetra, según el nivel de complejidad del establecimiento de salud; en ausencia de estos profesionales podrá ser asistido por la enfermera (30).
- Toda complicación del embarazo detectada en cualquier momento de la atención de la gestante debe ser atendida por médico gineco-obstetra (30).
- Brindar educación a la mujer gestante, su familia y la comunidad sobre cuidados durante la gestación, parto, puerperio (30).
- Brindar educación sobre la identificación de signos de alarma durante la gestación, parto, puerperio (30).
- En toda atención prenatal se debe llenar la Historia Clínica Materno Perinatal (30).
- Brindar la atención prenatal reenfocada según esquema básico de la atención prenatal (30).

- Realizar evaluación nutricional, orientación/consejería y suplementación con ácido fólico, calcio y hierro (30).
- Elaborar el plan de parto para la atención institucional del parto con adecuación intercultural, de corresponder (30).
- Detección y manejo temprano de complicaciones. Realizar dosaje de proteinuria con tira reactiva o ácido sulfosalicílico (30).
- Promover y preparar para la lactancia materna (30).
- Facilitar la presencia de un acompañante durante la atención de preferencia la pareja (30).
- En el primer nivel de atención la primera o segunda atención prenatal debe ser realizada por médico gineco-obstetra o médico cirujano, según el nivel de atención, a fin de realizar el examen físico completo, evaluar los resultados de laboratorio, identificar patologías o complicaciones asociadas, e iniciar manejo en los casos que requiera. En el segundo y tercer nivel de atención es realizada por el médico gineco-obstetra (30).
- Las autoridades sanitarias correspondientes garantizarán la dotación del equipamiento completo para la atención prenatal, según nivel de atención (30).

2.2.5. Parto

El parto es un proceso fisiológico propio de los mamíferos, mediante el cual se expulsa el feto desde el interior de la cavidad uterina hacia el exterior del organismo materno (27). El concepto de parto es de fácil entendimiento, pero en el momento actual aún no se conoce con exactitud el momento puntual en que se inicia, ni tampoco sus causas; sin embargo, sí se sabe que el parto se produce gracias a la aparición de las contracciones uterinas que de forma progresiva van aumentando en intensidad, frecuencia y duración hasta conseguir unas modificaciones en el cuello uterino que permitan el paso del feto desde la cavidad uterina y a través del canal del parto su expulsión al exterior (27). El proceso del parto es un concepto dinámico que viene

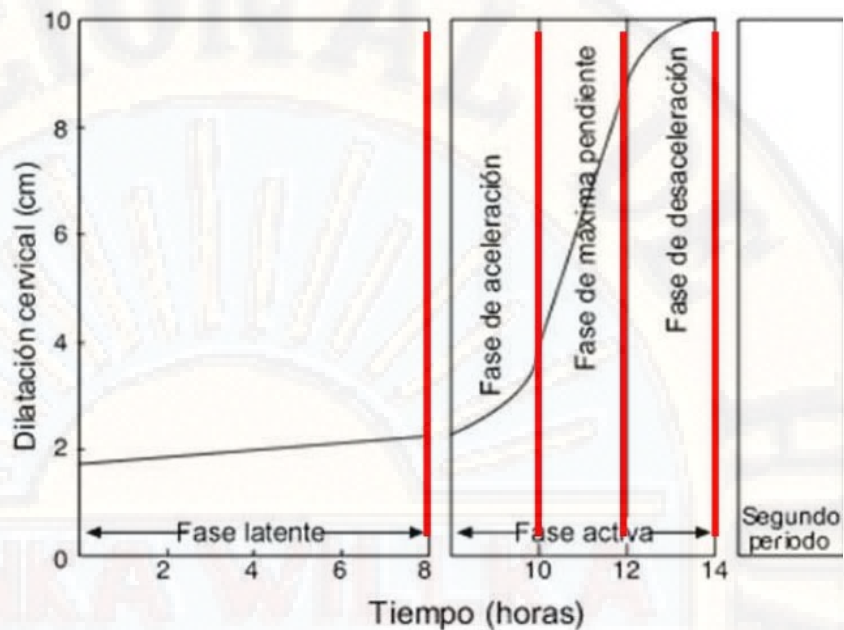
preparándose ya desde el inicio de la gestación, con las modificaciones morfológicas, estructurales y principalmente bioquímicas de la fibra uterina (27). Estos cambios se hacen más evidentes en la segunda mitad del embarazo y principalmente en la última fase del mismo, formándose el denominado segmento inferior a nivel del istmo uterino, para facilitar la acomodación de la presentación y la maduración del cuello uterino, paso previo a la dilatación cervical; es imprescindible que, además de estas modificaciones, se inicien las contracciones uterinas. Sin esta actividad uterina el parto no se produciría; por eso, y desde el punto de vista clínico, se acepta que el parto se inicia cuando existe una actividad uterina rítmica, progresiva y de cierta intensidad, con un mínimo de dos contracciones uterinas perceptibles por la molestia que producen (intensidad superior a 30 mm Hg), cada 10 minutos y con un cuello borrado en más del 50% de su trayecto y con 2 cm de dilatación en la nulípara y 3 cm en la múltipara (27).

2.2.5.1. Trabajo de parto

Corresponde al proceso fisiológico, mediado por las contracciones uterinas, que conduce al parto; comienza con las primeras contracciones uterinas perceptibles y termina con la expulsión de la placenta; respecto del modelo de fisiología de las contracciones uterinas, el Trabajo de Parto corresponde a la fase de estimulación miométrial (31).

2.2.5.2. Fases clínicas del trabajo de parto

Las fases clínicas del trabajo de parto fueron establecidas en el trabajo de Doctor Emanuel A Friedman en el año 1954, quien presentó una representación gráfica de la progresión del trabajo de parto: Partograma; en el partograma se dibuja el progreso de la dilatación y el descenso de la presentación fetal, en función del tiempo; si bien los conceptos clásicos que él describió deben ser conocidos, han cambiado algo en el último tiempo; el trabajo de parto se divide en tres etapas (31):



1. Primera etapa: dilatación. Se compone de dos fases:

- Fase latente: entre el inicio de las primeras contracciones perceptibles, hasta el inicio de la fase activa; en promedio la duración de la fase latente se describió en: 4,8 horas en la nulípara y 6,4 horas en la multípara; se estableció, además, que la duración máxima de la fase latente es de 20 h en nulípara y 14 h en multípara (31).
- Fase activa: se inicia en presencia de un cuello 100% borrado y con 3 cm de dilatación; y termina con la “dilatación completa” (10 cm); Friedman describió que la fase activa se compone de tres etapas: aceleración, máxima pendiente y desaceleración; dando a la curva de partograma un aspecto sigmoideo; la velocidad de progresión, respecto de la dilatación cervical, es dependiente de la paridad, clásicamente se ha establecido que la velocidad de progresión es en promedio: 1.2 cm/h en nulípara y 1.6 cm/h en multípara (31).

Hoy en día sabemos, que en muchas mujeres que finalmente tienen un parto vaginal, la velocidad de progresión es más lenta que lo que Friedman describió; adicionalmente, se ha observado que la dilatación del cuello es más rápida a medida que la dilatación progresa, es decir, no tiene la forma sigmoidea (con desaceleración) final como se pensó (31). En la fase activa, asociado a la dilatación del cuello uterino, se produce el descenso de la presentación fetal a través del canal de parto.

2. Segunda etapa: expulsivo.

Se inicia cuando la dilatación es completa (10cm) y termina con la salida del bebé; dura máximo 2 h en nulípara sin anestesia y 1 h en multípara sin anestesia; se ha demostrado que la anestesia peridural, prolonga la fase de expulsivo en una hora (3 h nulípara – 2 h multípara). Durante esta etapa se completa el descenso de la presentación fetal (31).

3. Tercera etapa: alumbramiento.

Corresponde al período desde la salida del bebé, hasta la salida de la placenta. Puede durar hasta 45 minutos en nulípara y 30 minutos en multípara (31).

2.2.6. Cesárea

El parto por cesárea es el nacimiento de un feto a través de una laparotomía seguida de una histerotomía; hay dos tipos generales de parto por cesárea: el primario es aquel en el que se ha llevado a cabo una histerotomía por primera vez y en el secundario se han practicado una o más incisiones de histerotomía. Más de 85% de los procedimientos quirúrgicos se realiza por cuatro causas: cesáreas previas, distocia, peligro para el producto o presentación fetal anormal (32).

La cesárea se emplea en casos en los que el parto vaginal no es factible o impondría riesgos innecesarios para la madre o el bebé; algunas indicaciones para este procedimiento quirúrgico son claras y directas, en tanto que otras son relativas; en algunos casos, se requiere ejercer un juicio cuidadoso para determinar si sería mejor una cesárea o un parto vaginal; no resulta práctico

listar todas las posibles indicaciones; sin embargo, difícilmente existe cualquier complicación obstétrica que no se haya resuelto con un parto por cesárea (33).

Es esencial que la madre conozca con detalle los riesgos y los beneficios de la cirugía o cesárea, tanto para ella como para el recién nacido; de manera general, se sabe que el parto por cesárea representa mayores riesgos maternos para el embarazo presente y para gestaciones posteriores; tal situación se compara con índices menores de lesión perineal y de trastornos del suelo pélvico a corto plazo; con respecto al recién nacido, la operación cesárea disminuye la incidencia de traumatismo perinatal y muerte fetal, mientras que aumenta la ocurrencia de problemas iniciales de tipo respiratorio (32).

2.2.6.1. Indicaciones de cesárea

La operación cesárea está indicada en aquellas ocasiones en que el parto vaginal no es posible, o de ser posible significa mayor riesgo para el feto o la madre (31).

Las dos causas más frecuentes de operación cesárea son desproporción céfalo/pélvica (prueba de trabajo de parto fracasada) y Estado fetal no tranquilizador (31).

Indicaciones frecuentes de operación cesárea:

- Desproporción céfalo/pélvica (prueba de trabajo de parto fracasada)
- Estado fetal no tranquilizador
- Distocia de presentación: podálica o transversa
- Peso fetal mayor a 4500 g o mayor a 4000 g si la mujer es diabética.
- Antecedente de cesárea previa: en mujeres con una cesárea previa
- Alto riesgo de rotura uterina durante el trabajo de parto: considerar las siguientes
 - Antecedente de dos o más cesáreas.

- Antecedente de cesárea corporal: la histerotomía en la cesárea se hace en el segmento inferior (istmo uterino distendido en el embarazo), el cual se forma después de las 32 semanas; si la cesárea se efectúa en un sitio diferente al segmento inferior, se llama cesárea corporal; también se considerará cesárea corporal aquella que se efectúa antes de las 32 semanas (31).
- Antecedente de miomectomía (extracción de un mioma) en que la incisión efectuada en el útero se extiende hasta la cavidad endometrial, lo que ocurre en caso de miomas intramurales grandes; por el contrario, la miomectomía de un mioma subseroso o de uno submucoso (por vía endoscópica) no se asocia a mayor riesgo de rotura uterina (31).
- Antecedente de endometritis puerperal con compromiso miometrial (endometriometritis) en el puerperio de su cesárea previa (31).
- Otras condiciones maternas fetales u ovulares que hacen imposible o riesgoso el parto vaginal, ejemplo
 - Maternas: preeclampsia severa y baja expectativa de parto vaginal pronto
 - Fetales: malformaciones como hidrocefalia con macrocefalia
 - Ovulares: placenta previa.

Las indicaciones para una operación cesárea pueden ser absolutas o relativas; indicaciones absolutas son aquellas situaciones clínicas que SIEMPRE deben ser resueltas por cesárea. Entre las indicaciones absolutas es posible mencionar (31):

- Placenta previa oclusiva total
- Presentación transversa en el trabajo de parto
- Siameses
- Triple cicatriz cesárea
- Cesárea corporal previa

Indicaciones relativas son aquellas situaciones clínicas en las que bajo algunas circunstancias el parto será resuelto por cesárea; aquí el juicio clínico es la condición determinante (31). Las indicaciones relativas se originan en situaciones maternas (ej. Crisis hipertensiva refractaria a tratamiento), fetales (ej. estado fetal no tranquilizador) u ovulares (oligoamnios).

Algunas indicaciones para practicar una cesárea (33).

Maternas

Cesárea anterior
 Placentación anormal
 Solicitud de la gestante
 Histerectomía clásica previa
 Cicatriz uterina de tipo desconocido
 Dehiscencia de la incisión uterina
 Miomectomía previa de espesor total
 Masa que obstruye el tracto genital
 Cáncer cervicouterino invasor
 Traquelectomía previa
 Cerclaje permanente
 Cirugía reconstructiva pélvica previa
 Deformidad pélvica
 Infección por HSV o VIH
 Cardiopatía o neumopatía
 Aneurismas o malformaciones arteriovenosas cerebrales
 Cuadros patológicos que requieran cirugía intraabdominal simultánea
 Cesárea perimórtem

Materno fetales

Desproporción cefalopélvica
 Fracaso del parto vaginal quirúrgico
 Placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta

Fetales

Estado fetal muy preocupante
 Presentación anormal
 Macrosomía
 Anomalías congénitas
 Anormalidades del estudio Doppler del cordón umbilical
 Trombocitopenia
 En un parto anterior, traumatismo del recién nacido durante el parto

VIH = virus de inmunodeficiencia humana; HSV = virus del herpes simple

2.2.7. Características sociales

Un factor social es una vía de explicación multilateral de la complejidad de una realidad concreta o sistema social, gracias al análisis de las múltiples

conexiones que como parte de ese sistema y de otros se establecen a través suyo, permitiendo obtener una visión parcial de la totalidad de la misma (34).

Los factores sociales en cualquier realidad concreta están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social, como son: las estructuras sociales, las instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado, la religión, la cultura, etcétera, las cuales al mismo tiempo que son constituidas gracias a su mediación por los actores sociales colectivos e individuales a través de la realidad concreta, inciden en la realidad concreta como un todo, en la misma medida que ella influye también en ellos (34).

2.2.7.1. Edad materna

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento; La edad también representa cada una de las etapas del desarrollo físico y los periodos en que se divide la vida humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez (34).

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil; El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir (34).

2.2.7.2. Educación materna

La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbilidad materna perinatal; Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo cual esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres; Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación paterna puede ser tan importante como la materna, ya que un padre mejor

educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos (35).

2.2.7.3. Estado civil

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto; Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas (36).

Estado civil es esencialmente un atributo de la persona, una cualidad que lleva consigo que le permite diferenciarse y distinguirse legalmente de los demás; Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente). Para aspectos de estudio consideraremos (37):

Soltero: Es la persona que no tiene unión legal con otra persona.

Casado: Persona que legalmente está unida a otra persona atribuyéndoseles derechos y obligaciones de la otra (37).

Conviviente: es la persona que legalmente no está unida, pero que desarrolla una vida de convivencia con otra atribuyéndosele algunas obligaciones y responsabilidades (37).

Divorciado: Es la persona que legalmente por trámite judicial culmina el matrimonio, pudiendo desarrollar de forma libre acciones personales y/o familiares (38).

2.3. Definición de términos

Cesárea. La operación cesárea corresponde a la extracción del feto, placenta y membranas a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía).

Indicaciones de cesárea. La operación cesárea está indicada en aquellas ocasiones en que el parto vaginal no es posible, o de ser posible significa mayor riesgo para el feto o la madre.

Clasificación de Robson. Clasifica a todas las mujeres ingresadas para el parto en uno de 10 grupos que son mutuamente excluyentes y totalmente inclusivos; con el empleo de unas pocas variables obstétricas básicas.

Situación fetal. Es la relación existente entre el eje longitudinal del ovoide fetal y el eje longitudinal (sagital) del útero o la madre. La situación fetal puede ser longitudinal, transversa u oblicua.

Presentación Fetal. Es la parte del feto que se presenta al estrecho superior de la pelvis materna. En las situaciones longitudinales la parte fetal presentada es el polo cefálico o podálico; en situación transversa, el segmento fetal que se presenta es el hombro o tronco.

Edad gestacional. Es el tiempo de duración de la gestación; se mide a partir del primer día del último periodo menstrual normal y el momento en que se realiza el cálculo. La edad gestacional se expresa en días o semanas completas.

2.4. Variables

Variable: Cesáreas según la clasificación de Robson en las pacientes atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja de la región Huancavelica.

Dimensión: Características de la madre cesareada

Edad de la madre en años

Estado civil de la madre

Nivel de Instrucción de la madre

Paridad antes del parto actual

Antecedente de Cesárea previa

Inicio del trabajo de parto

Número de fetos

Edad gestacional

Situación y presentación del feto

Tipo de Cesárea

Dimensión: Clasificación de Robson

Grupo de clasificación según el Modelo de Robson

2.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Cesáreas según la clasificación de Robson en las pacientes atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja de la región Huancavelica	Clasificación de todas las mujeres ingresadas para el parto en uno de 10 grupos que son mutuamente excluyentes y totalmente inclusivos; basado en seis variables obstétricas básicas (número de partos, cesárea previa, inicio de trabajo de parto, número de fetos, edad de gestación, presentación y situación)	Análisis documental de las historias clínicas de las gestantes cesareadas y registro en la ficha de recolección de datos	Características de la madre cesareada	Edad de la madre en años.	Edad de la madre cesareada registrada en la historia clínica.	N Numérico
				Estado civil de la madre	Estado civil de la madre cesareada registrada en la historia clínica.	Soltera (1)
						Conviviente (2)
						Casada (3)
						Viuda (4)
						Divorciada (5)
				Nivel de Instrucción de la madre	Nivel de Instrucción de la madre cesareada registrada en la historia clínica.	Sin instrucción (1)
						Inicial (2)
						Primaria incompleta (3)
						Primaria completa (4)
						Secundaria incompleta (5)
						Secundaria completa (6)
						Superior incompleta (7)
						Superior completa (8)
				Paridad antes del parto actual	Paridad antes del parto actual registrada en la historia clínica.	Nulípara (1)
						Múltipara (1 o más hijos) (2)
				Antecedente de cesárea previa	Antecedente de cesárea previa de la madre cesareada registrada en la historia clínica.	Si (una o varias) (1) No (ninguna cesárea previa) (2)
				Tipo de inicio del trabajo de parto	Tipo de inicio del trabajo de parto de la madre cesareada registrada en la historia clínica.	Espontáneo (1) Inducido (2) No hay trabajo de parto (cesárea programada previa al trabajo de parto) (3)
				Número de fetos en el embarazo de la madre cesareada	Número de fetos en el embarazo de la madre cesareada registrada en la historia clínica.	Embarazo único (1) Embarazo múltiple (2)
				Edad gestacional de la madre cesareada	Edad gestacional de la madre cesareada registrada en la historia clínica.	Prematuro (< de 37 semanas) (1) A término (37 semanas o más) (2)
				Situación y presentación del feto	Situación y presentación del feto en la madre cesareada.	Presentación Cefálica (1) Presentación Podálica (2) Situación Transversa u oblicua (3)
				Tipo de cesárea practicada a la madre	Tipo de cesárea practicada a la madre.	Cesárea electiva (1) Cesárea de emergencia (2)

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Cesáreas según la clasificación de Robson en las pacientes atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja de la región Huancavelica	Clasificación de todas las mujeres ingresadas para el parto en uno de 10 grupos que son mutuamente excluyentes y totalmente inclusivos; basado en seis variables obstétricas básicas (número de partos, cesárea previa, inicio de trabajo de parto, número de fetos, edad de gestación, presentación y situación)	Análisis documental de las historias clínicas de las gestantes cesareadas y registro en la ficha de recolección de datos	Clasificación de Robson	Cesárea según clasificación según el Modelo de Robson	Cesárea según clasificación según el Modelo de Robson	Grupo 1. Nulíparas con feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación, que han iniciado el parto de forma espontánea (1)
						Grupo 2. Nulíparas con feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación, que han iniciado el parto de forma inducida o con cesárea electiva antes del inicio del parto (2)
						Grupo 3. Multiparas sin cesárea previa, con feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación, que han iniciado el parto de forma espontánea (3)
						Grupo 4. Multiparas sin cesárea previa, con feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación, que han iniciado el parto de forma inducida o con cesárea electiva antes del inicio del parto (4)
						Grupo 5. Multiparas con al menos una cesárea previa, con feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación (5)
						Grupo 6. Nulíparas con feto único en presentación podálica (6)
						Grupo 7. Multiparas con feto único en presentación podálica, incluyendo aquellas con cesárea previa (7)
						Grupo 8. Todas las mujeres con embarazo múltiple, incluyendo aquellas con cesárea previa (8)
						Grupo 9. Todas las mujeres con feto único en posición transversa u oblicua, incluyendo aquellas con cesárea previa (9)
						Grupo 10. Todas las mujeres con feto único en presentación cefálica de menos de 37 semanas de gestación, incluyendo aquellas con cesárea previa (10)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito temporal y espacial

La investigación sobre la clasificación de Robson en las pacientes cesareadas atendidas en el Hospital de Pampas, Tayacaja 2018; se realizó en el distrito de Pampas, de la Provincia de Tayacaja de la región Huancavelica.

El distrito de Pampas (denominado Pampas, por ser un valle de extensas "pampas") es uno de los 16 distritos que componen la provincia peruana de Tayacaja, en la región Huancavelica. Se encuentra en la zona suroeste de la mencionada provincia. Su capital, es la ciudad de Pampas, se encuentra a 3.276 m.s.n.m. La capital distrital se localiza a 12°23'42" de latitud sur y 74°52'02" de longitud oeste. La extensión territorial del distrito es de 109,07 km² que equivale al 8.87% de la Provincia de Tayacaja. Limita por el norte con los distritos de Huaribamba y Daniel Hernández, en el sur: con los distritos de Acoria, Mariscal Cáceres e Izcuchaca de la provincia de Huancavelica, al este con los distritos de Daniel Hernández y Colcabamba y por el oeste con los distritos de Pazos, Ahuaycha y Acostambo.

3.2. Tipo de investigación

El estudio fue una investigación observacional, retrospectiva, descriptiva, de corte transversal; observacional porque no existió intervención del investigador, retrospectivo porque se recolectó y analizó la información que se produjo con anterioridad, transversal porque todas las mediciones se hicieron en una sola ocasión, por lo que no existió períodos de seguimiento, descriptivo porque sus datos fueron utilizados con finalidades puramente descriptivas; Su propósito fue describir la variable y analizarla en un momento dado (39-41).

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986); Su propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable o variables en forma independiente; la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento; es decir, midió y/o recogió información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren (39, 42-44).

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general.

Se utilizó el método inductivo. Según Pimienta es aquel que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares; se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización y la contrastación; es un método científico que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general (45).

3.4.2. Método Básico

Se utilizó el método descriptivo porque se describió las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación (45).

3.5. Diseño de investigación

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea; El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la de realizar una interpretación correcta del fenómeno (41, 43, 44).

Donde:

M O

M: Pacientes cesareadas en el Hospital de Pampas Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018.

O: Características de las madres cesareadas y clasificación de las cesáreas según el modelo de Robson.

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

Fueron todas las pacientes cesareadas en el Hospital de Pampas Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018; que según registros estadísticos fueron un total de 170 pacientes cesareadas.

Según Hernández una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (41, 43, 46, 47).

3.6.2. Muestra:

El estudio fue censal. La muestra de estudio la constituyeron todas las pacientes cesareadas en el Hospital de Pampas Tayacaja en el año 2018 (41, 43, 46, 47).

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El estudio considero los aspectos éticos afin de no vulnerar los derechos fundamentales de toda persona.

Toda la información recolectada de manera individual fue de absoluta reserva, no se vulnero los derechos humanos.

La técnica utilizada fue el **análisis documental**; Esta técnica permitió la revisión documental de las Historias Clínicas y registros; de las pacientes atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja. La información fue recolectada por los personas capacitadas y estandarizadas para tal fin.

Fuentes Secundarias

- O Historia Clínica, Libros de registros.

El instrumento fue la **ficha de recolección de datos** conteniendo la variable y subvariables a estudiar; la cual fue elaborada en base al tema de estudio, propósito, objetivos, variable entre otros. Los datos recogidos fueron ordenados, codificados e ingresados a una tabla en Excel y luego para el análisis fueron transportados al

software estadístico SPSS, software intuitivo y versátil que posibilita en análisis de datos de investigaciones con enfoque cuantitativo.

3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Primero se realizó un ordenamiento, clasificación y codificación de los datos recolectados en el trabajo de campo. Se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2013; esto se realizó por el fácil uso y familiaridad con el aplicativo ofimático.

Para el análisis estadístico se importó la base de datos del Excel al programa estadístico SPSS versión 18 para Windows, con la finalidad de realizar el análisis estadístico descriptivo como la tabulación, frecuencias, cruce de datos, estadísticas de dos o más variables o subvariables según la naturaleza del estudio. El ingreso de datos lo realizó una persona con experiencia en el manejo de equipos de cómputo hojas de cálculo Excel y software SPSS. Los datos fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central.

CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. Análisis de información

En el presente estudio, se investigó la clasificación de Robson en las pacientes cesareadas atendidas en el Hospital de Pampas, Tayacaja en el año 2018.

Tabla 1. Edad de las pacientes cesareadas atendidas en el Hospital de Pampas, Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018.

Edad de la paciente cesareada	Estadístico
Pacientes cesareadas	170.00
Media	25.92
Mediana	25.00
Moda	21.00
Mínimo	14.00
Máximo	45.00
Percentil 10	17.00
Percentil 25	21.00
Percentil 50	25.00
Percentil 75	30.00
Percentil 90	36.90

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre la clasificación de Robson en las pacientes cesareadas atendidas en el Hospital de Pampas, Tayacaja en el año 2018.

Tabla 1. Del total de pacientes cesareadas atendidas en el Hospital de Pampas, Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018. La edad promedio de las cesareadas fue de 25.9 años, la edad más frecuente fue de 21 años, la edad mínima fue de 14 años y la edad máxima de 45 años. El 90% tuvieron más de 17 años, el 50% tuvieron menos de 25 años, el 10% más de 36.9 años.

Tabla 2. Estado civil y nivel de instrucción de la madre cesareada, atendida en el Hospital de Pampas, Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018.

Estado civil y nivel de instrucción de la madre cesareada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Estado civil de la madre			
Conviviente	119	70.0	70.0
Casada	28	16.5	86.5
Soltera	23	13.5	100.0
Nivel de instrucción de la madre			
Sin Instrucción	4	2.4	2.4
Primaria incompleta	22	12.9	15.3
Primaria completa	23	13.5	28.8
Secundaria incompleta	44	25.9	54.7
Secundaria completa	44	25.9	80.6
Superior incompleta	10	5.9	86.5
Superior completa	23	13.5	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre la clasificación de Robson en las pacientes cesareadas atendidas en el Hospital de Pampas, Tayacaja en el año 2018.

Tabla 2. Del total de pacientes cesareadas atendidas en el Hospital de Pampas, Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018. El 70% (119) de las madres cesareadas fueron convivientes, el 16.5% (28) fueron casadas y el 13.5% (23) fueron solteras.

El 2.4% (4) no tuvieron nivel de instrucción, el 12.9% (22) tuvieron primaria incompleta, el 13.5% (23) tuvieron primaria completa, el 25.9% (44) tuvieron secundaria incompleta, el 25.9% (44) tuvieron secundaria completa, el 5.9% (10) tuvieron superior incompleto y el 13.5% (23) tuvieron superior completa. El 54.7% de las cesareadas no llegaron a tener secundaria completa.

Tabla 3. Características de las madres cesareadas atendidas en el Hospital de Pampas, Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018.

Características de la madre cesareada	Frecuencia	Porcentaje
Paridad antes del parto actual		
Nulípara	70	41.2
Múltipara	100	58.8
Antecedente de Cesárea previa		
Sí (una o varias)	41	24.1
No (ninguna cesárea previa)	129	75.9
Inicio del trabajo de parto		
Espontáneo	86	50.6
No hay trabajo de parto (cesárea programada previa al trabajo de parto)	78	45.9
Inducido	6	3.5
Número de fetos		
Embarazo único	162	95.3
Embarazo múltiple	8	4.7
Edad gestacional		
A término (37 semanas o más)	150	88.2
Prematuro (menos de 37 semanas)	20	11.8
Situación y presentación del feto		
Presentación cefálica	149	87.6
Presentación podálica	13	7.6
Situación transversa u oblicua	8	4.7
Tipo de Cesárea		
Cesárea electiva	31	18.2
Cesárea de emergencia	139	81.8

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre la clasificación de Robson en las pacientes cesareadas atendidas en el Hospital de Pampas, Tayacaja en el año 2018.

Tabla 3. Del total de pacientes cesareadas atendidas en el Hospital de Pampas, Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018. El 41.2% (70) fueron nulíparas, el 24.1% (41) tuvieron cesárea previa, el 50.6% (86) tuvieron un inicio de trabajo de parto espontaneo, el 45.9% (78) no tuvieron trabajo de parto y tuvieron cesárea programada previa al trabajo de parto. El 3.5% (6) tuvieron trabajo de parto inducido.

El 95.3% (150) de las cesareadas tuvieron un embarazo con feto único, el 87.6% (149) tuvieron un feto con presentación cefálica, el 7.6% (13) tuvieron un feto con

presentación podálica y el 4.7% (8) tuvieron un feto en situación transversa u oblicua; el 18.2% (31) tuvieron cesárea electiva y el 81.8% (139) tuvieron cesárea de emergencia.

Tabla 4. Clasificación de las cesáreas según el modelo de Robson en las pacientes atendidas en el Hospital de Pampas, Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018.

Grupo de clasificación según el Modelo de Robson	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Grupo 5. Multíparas con al menos una cesárea previa, con feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación.	37	21.8	21.8
Grupo 2. Nulíparas con feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación, que han iniciado el parto de forma inducida o con cesárea electiva antes del inicio del parto.	31	18.2	40.0
Grupo 1. Nulíparas con feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación, que han iniciado el parto de forma espontánea.	28	16.5	56.5
Grupo 3. Multíparas sin cesárea previa, con feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación, que han iniciado el parto de forma espontánea.	23	13.5	70.0
Grupo 4. Multíparas sin cesárea previa, con feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación, que han iniciado el parto de forma inducida o con cesárea electiva antes del inicio del parto.	13	7.6	77.6
Grupo 7. Multíparas con feto único en presentación podálica, incluyendo aquellas con cesárea previa.	10	5.9	83.5
Grupo 10. Todas las mujeres con feto único en presentación cefálica de menos de 37 semanas de gestación, incluyendo aquellas con cesárea previa.	9	5.3	88.8
Grupo 8. Todas las mujeres con embarazo múltiple, incluyendo aquellas con cesárea previa.	8	4.7	93.5
Grupo 9. Todas las mujeres con feto único en posición transversa u oblicua, incluyendo aquellas con cesárea previa.	8	4.7	98.2
Grupo 6. Nulíparas con feto único en presentación podálica.	3	1.8	100.0
Total	170	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre la clasificación de Robson en las pacientes cesareadas atendidas en el Hospital de Pampas, Tayacaja en el año 2018.

Tabla 4. Del total de pacientes cesareadas atendidas en el Hospital de Pampas, Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018.

El 21.8% (37) de las cesareadas fueron clasificadas en el grupo 5, el 18.2% (31) fueron clasificadas en el grupo 2, el 16.5% (28) fueron clasificadas en el grupo 1, el 13.5% (23) fueron clasificadas en el grupo 3, el 7.6% (13) fueron clasificadas en el grupo 4, el 5.9% (10) fueron clasificadas en el grupo 7, el 5.3% (9) fueron clasificadas en el grupo 10, el 4.7% (8) fueron clasificadas en el grupo 8, el 4.7% (8) fueron clasificadas en el grupo 9 y el 1.8% (3) fueron clasificadas en el grupo 6.

El 70% de las cesareadas fueron clasificadas en el grupo 5,2,1 y 3.

4.2. Discusión de resultados

Del total de pacientes cesareadas atendidas en el Hospital de Pampas, Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018. La edad promedio de las cesareadas fue de 25.9 años, la edad más frecuente fue de 21 años, la edad mínima fue de 14 años y la edad máxima de 45 años, el 50% tuvieron menos de 25 años y el 10% más de 36.9 años. Resultados que difieren de lo hallado por Díaz (20); quien encontró un mayor promedio de edad o cesareadas mas adultas. El grupo estudiado se caracterizó por ser madres relativamente jóvenes.

El 70% (119) de las madres cesareadas fueron convivientes, el 16.5% (28) fueron casadas y el 13.5% (23) fueron solteras. Siete de cada diez madres fueron convivientes, lo que podría deberse a que son parejas jóvenes o recién constituidas o por el contexto socio cultural del lugar de estudio.

El 2.4% (4) no tuvieron nivel de instrucción, el 12.9% (22) tuvieron primaria incompleta, el 13.5% (23) tuvieron primaria completa, el 25.9% (44) tuvieron secundaria incompleta, el 25,9% (44) tuvieron secundaria completa, el 5.9% (10) tuvieron superior incompleta y el 13.5% (23) tuvieron superior completa. El 54.7% de las cesareadas no llegaron a tener secundaria completa. Estos resultados permiten conocer que más de la mitad de las cesareadas no tienen secundaria completa, lo cual indica que aún existe un limitado acceso de las mujeres a la educación; por lo cual las autoridades deben implementar políticas y estrategias que mejoren la educación en la población; un menor nivel de instrucción limita el entendimiento de las acciones sanitarias en pro de la salud materno perinatal.

El 41.2% (70) fueron nulíparas, el 24.1% (41) tuvieron cesárea previa, el 50.6% (86) tuvieron un inicio de trabajo de parto espontaneo, el 45.9% (78) no tuvieron trabajo de parto y tuvieron cesárea programada previa al trabajo de parto. El 3.5% (6) tuvieron trabajo de parto inducido. El 95.3% (150) de las cesareadas tuvieron un embarazo con feto único, el 87.6% (149) tuvieron un feto con presentación cefálica, el 7.6% (13) tuvieron un feto con presentación podálica y el 4.7% (8) tuvieron un feto en situación transversa u oblicua; el 18.2% (31) tuvieron cesárea electiva y el 81.8% (139) tuvieron cesárea de emergencia. En referencia a la paridad, feto único y trabajo de parto espontaneo los resultados concuerdan con lo hallado por Díaz (20);

El 21.8% (37) de las cesareadas fueron clasificadas en el grupo 5, el 18.2% (31) fueron clasificadas en el grupo 2, el 16.5% (28) fueron clasificadas en el grupo 1, el 13.5% (23) fueron clasificadas en el grupo 3, el 7.6% (13) fueron clasificadas en el grupo 4, el 5.9% (10) fueron clasificadas en el grupo 7, el 5.3% (9) fueron clasificadas en el grupo 10, el 4.7% (8) fueron clasificadas en el grupo 8, el 4.7% (8) fueron clasificadas en el grupo 9 y el 1.8% (3) fueron clasificadas en el grupo 6. El 70% de las cesareadas fueron clasificadas en el grupo 5, 2, 1 y 3. Los resultados encontrados muestran una mayor prevalencia en el grupo 5 según la clasificación de Robson; lo cual concuerda con lo hallado por Piedrahita y Gaviria (15), Zúñiga (16), Penha et al (17), Díaz (20), Ticona-Huanco et al (18), Rodríguez (19); quienes encontraron también una mayor proporción en este grupo. Esto indica que en el manejo clínico la mayoría de mujeres multíparas a término, de embarazo único, en presentación cefálica, con antecedente de cesaría previa, son cesareadas; así mismo este resultado indicaría que ha habido antes una alta o elevada proporción de cesáreas.

Los resultados del grupo 2 y 1 suman una proporción del 34.7%. Valor que concuerda con proporciones halladas en la mayoría de los hospitales (10).

Las proporciones encontradas permitirán al Hospital de Pampas Tayacaja centrarse en el grupo 5, 2, 1 y 3; para que pueda disminuir la proporción de cesáreas.

Conclusiones

- Primero. La edad promedio de las cesareadas fue de 25.9 años y mitad tuvieron menos de 25 años siendo así las pacientes cesareadas madres jóvenes.
- Segundo. Siete de cada diez madres fueron convivientes, lo que podría deberse a que son parejas jóvenes o recién constituidas.
- Tercero. El 54.7% de las cesareadas no llegaron a tener secundaria completa.
- Cuarto. Las cesareadas en su mayoría fueron multíparas; con inicio de trabajo de parto espontáneo, en su gran mayoría tuvieron un embarazo con feto único, en presentación cefálica.
- Quinto. Siete de cada diez cesareadas fueron clasificadas según el modelo de Robson en el grupo 5, 2, 1 y 3; siendo estos grupos de mujeres las que más contribuyen a la utilización de cesárea como vía del parto.

Recomendaciones

Al gobierno regional, implementar e impulsar el desarrollo de políticas públicas integrales a favor de la salud materna perinatal, que incorpore el fortalecimiento de las competencias del personal de salud en los hospitales a fin de mejorar la calidad de atención en los servicios de ginecoobstetricia y disminuir las posibles complicaciones o discapacidades por operaciones cesáreas, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura. Así mismo seguir fortaleciendo el acceso a la educación, para una mejor comprensión de la información que brinda el sistema de salud sobre el cuidado y servicios ginecoobstétricos para una adecuada salud materna y perinatal.

Al sector salud implementar un programa de fortalecimiento de competencias profesionales en los hospitales a fin de que las cesáreas se utilicen de manera eficaz solamente cuando sea necesarias por motivos médicos; así mismo implementar la clasificación de Robson para un análisis y comparación de las tasas de cesáreas hospitalarias; ya que en este estudio se demostró la utilidad de esta clasificación para identificar la distribución de las pacientes por grupo y determinar cuáles son las pacientes que más contribuyeron al porcentaje de cesáreas en el Hospital.

Por otra parte, es pertinente realizar investigaciones A mayor profundidad considerando grupos etarios de riesgo e indicación médica de la cesárea.

Referencias bibliográficas

1. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PloS one*. 2016;11(2):e0148343.
2. Khunpradit S, Tavender E, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Wasiak J, Gruen RL. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011(6).
3. Lewis RM, McKoy JN, Andrews JC, Jerome RN, Likis FE, Surawicz TS, et al. List of Ongoing Studies. Future Research Needs for Strategies To Reduce Cesarean Birth in Low-Risk Women: Identification of Future Research Needs From Comparative Effectiveness Review No 80 [Internet]: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012.
4. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reproductive health*. 2015;12(1):57.
5. Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, Azad T, et al. Relationship between cesarean delivery rate and maternal and neonatal mortality. *Jama*. 2015;314(21):2263-70.
6. van Dillen J, Zwart JJ, Schutte J, Bloemenkamp KW, van Roosmalen J. Severe acute maternal morbidity and mode of delivery in the Netherlands. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2010;89(11):1460-5.
7. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *Bmj*. 2007;335(7628):1025.
8. Boatin A, Cullinane F, Torloni M, Betran A. Audit and feedback using the Robson classification to reduce caesarean section rates: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2018;125(1):36-42.
9. Mohammadi S, Källestål C, Essen B. Clinical Audits: A practical strategy for reducing caesarean section rates in a general hospital in Tehran, Iran. *Journal of reproductive medicine*. 2012;57(1-2):43-8.
10. World Health Organization. Robson Classification: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization; 2017. Available from:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259512/9789241513197-eng.pdf;jsessionid=5CBB5DCF48428814EEA5F750B988DB52?sequence=1>.

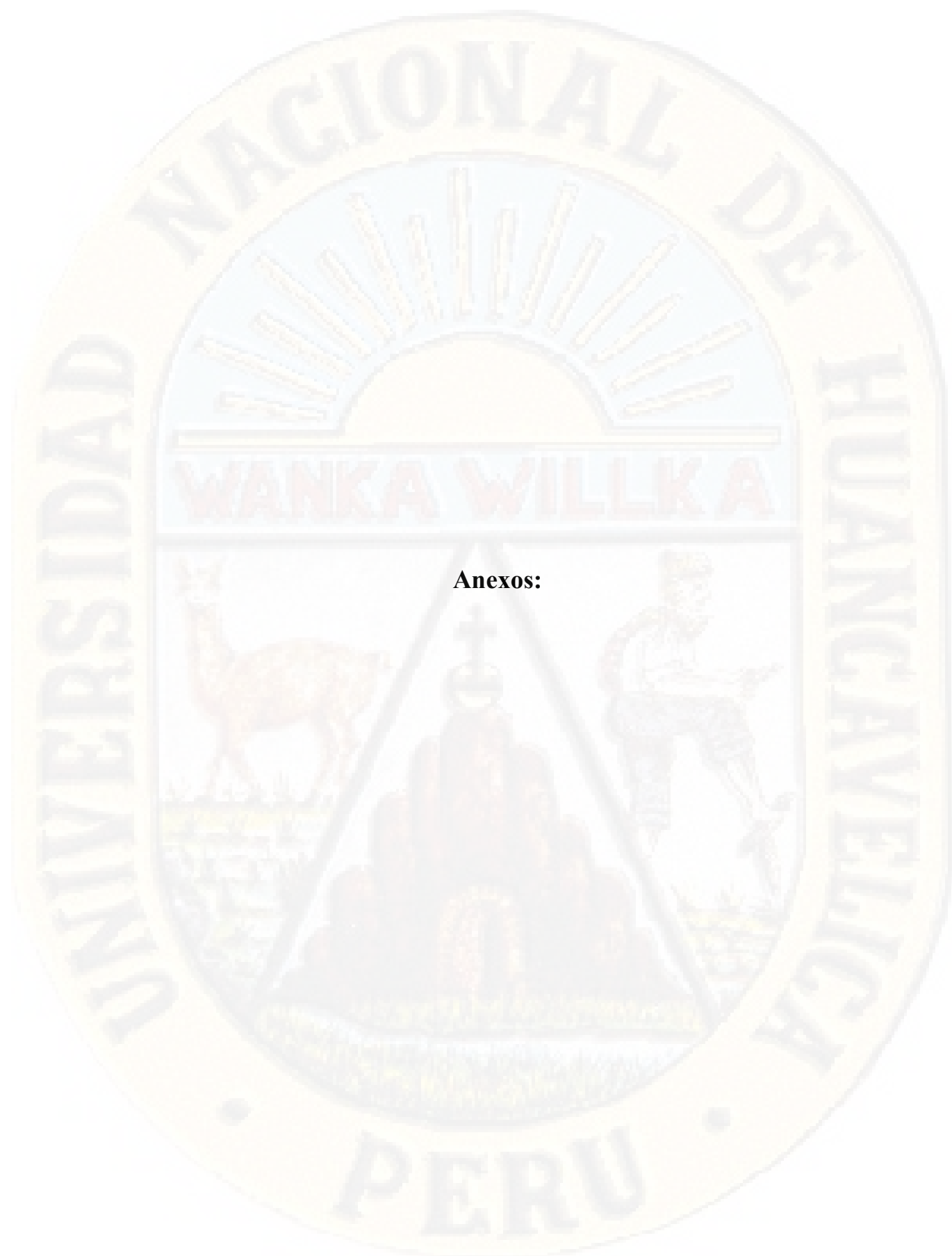
11. World HOHRP. WHO Statement on caesarean section rates. Reproductive health matters. 2015;23(45):149.
12. FIGO WGOI, Care OM. Best practice advice on the 10-Group Classification System for cesarean deliveries. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. 2016;135(2):232.
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre 2019. Lima - Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Agosto; 2019.
14. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018 [cited 2019 enero 03]. Available from: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>.
15. Piedrahita Agudelo M, Gaviria Maya JE. Aplicación del Método Robson en la caracterización de cesáreas realizadas en un hospital de tercer nivel de Pereira. Revista Médica de Risaralda. 2019;25(1).
16. Zúñiga-Briceño AI. Clasificación de cesáreas según el modelo de Robson, unidad obstétrica, Hospital General San Felipe, Honduras, abril-junio de 2017. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2019;70(1).
17. Penha Abreu L, Lira Filho R, Lustosa de Santana R. Características obstétricas das gestantes submetidas à cesariana segundo a Classificação de Robson. Revista Enfermagem UERJ. 2019;27:37858.
18. Ticona-Huanco D, Ticona-Rendón M, Huanco-Apaza D, García-Montenegro V, Vargas-Zeballos J. Análisis de la cesárea según la clasificación de Robson en un hospital público de Perú. Ginecologia y Obstetricia de Mexico. 2019;87(10).
19. Rodríguez Salinas K. Tasa de incidencia de cesárea según clasificación de Robson en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, Lima, enero–diciembre 2018 [Tesis de grado]. Lima: Universidad Peruana Unión, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.
20. Diaz Flores MG. Tasa de cesáreas por grupos de Robson en el Hospital III Yanahuara de la Ciudad de Arequipa en el periodo Enero–Diciembre del 2018. [Tesis de grado]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Facultad de Medicina; 2019.

21. Organización Mundial de la Salud, Human Reproduction Programme. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2015.
22. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni M, Gülmezoglu A, Betran A. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2016;123(5):745-53.
23. Vogel J, Betrán A, Vindevoghel N, Souza J, Torloni M, Zhang J. WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Global Health*. 2015;3(5):e260-70.
24. Althabe F, Sosa C, Belizán JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth*. 2006;33(4):270-7.
25. Robson M, Hartigan L, Murphy M. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*. 2013;27(2):297-308.
26. Betran AP, Vindevoghel N, Souza JP, Gülmezoglu AM, Torloni MR. A systematic review of the Robson classification for caesarean section: what works, doesn't work and how to improve it. *PloS one*. 2014;9(6):e97769.
27. González Merlo J, Laílla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. *Obstetricia*. 6 ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. 752 p.
28. Hacker NF, Gambone J, Hobel CJ. *Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore*. 5 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2011.
29. Pellicer Martínez A, Hidalgo Mora JJ, Perales Marín A, Díaz García C. *Obstetricia y ginecología: guía de actuación*. Madrid: Médica Panamericana; 2014. 759 p.
30. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. NTS N° 105 - MINSA/DGSP.V.01. R.M. N° 827-2013/MINSA, R.M. N° 159-2014/MINSA. Lima - Perú: Ministerio de Salud; 2014.
31. Carvajal J, Ralph C. *Obstetrica y Ginecologia*. 6 ed. Chile: Pontificia Universidad Catolica de Chile, Facultad de Medicina; 2015.
32. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. *Williams Obstetricia*. 24 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores, SA; 2015. 1356 p.

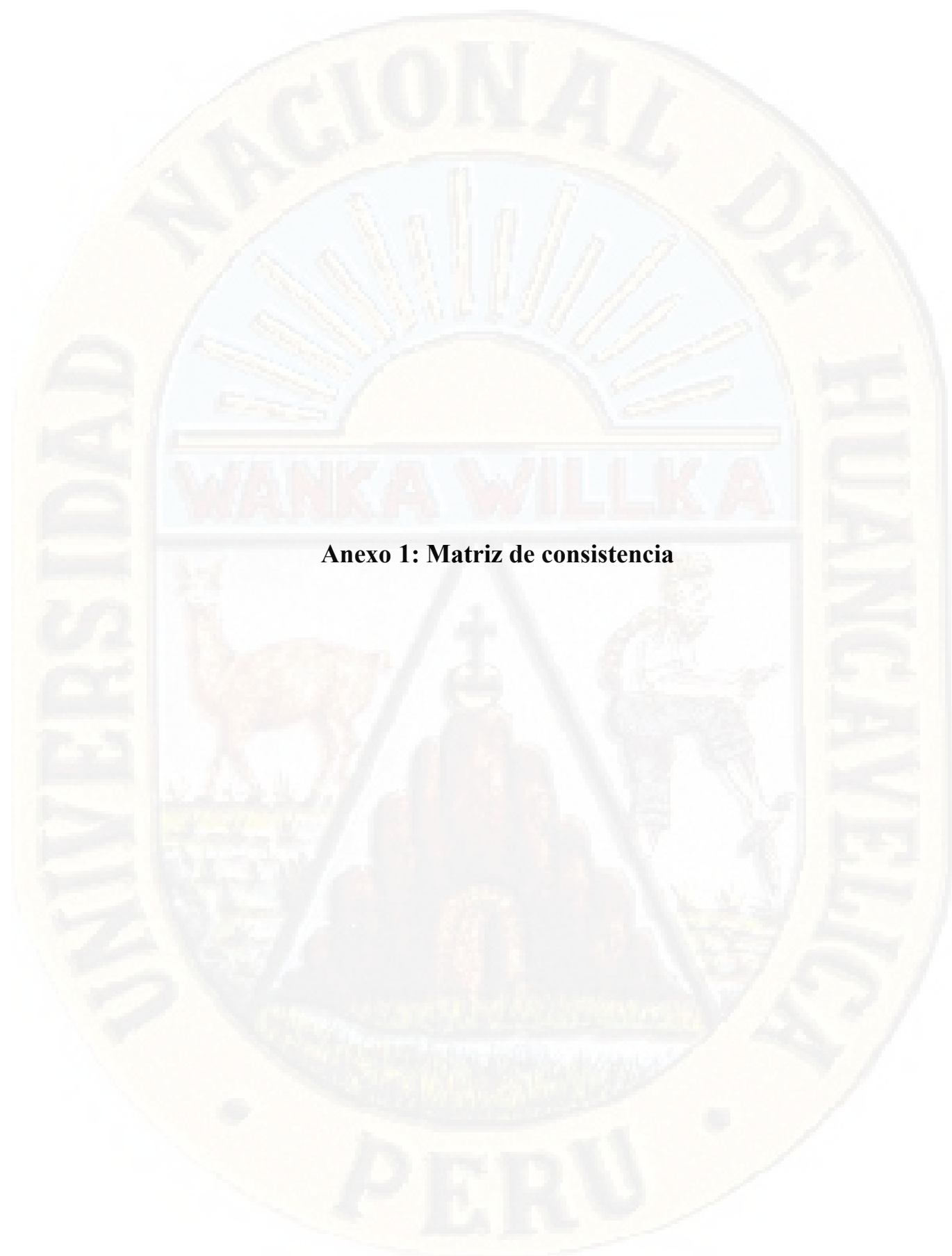
33. DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS. Diagnostico y tratamiento ginecoobstetricos. 11a ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A.; 2014.
34. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago. 2015(128):336-50.
35. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.
36. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2003;82(2):182-8.
37. Inga Castillo G. Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del hospital Militar Central en el año 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Huamana; 2017.
38. Sánchez Vidal KJ. Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado-Hospital Nacional Sergio Bernales, 2004. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San marcos, Facultad de Medicina; 2005.
39. Artiles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. 65-78 p.
40. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
41. Martinez Montañó MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.
42. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.
43. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
44. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.
45. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.

46. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
47. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.





Anexos:



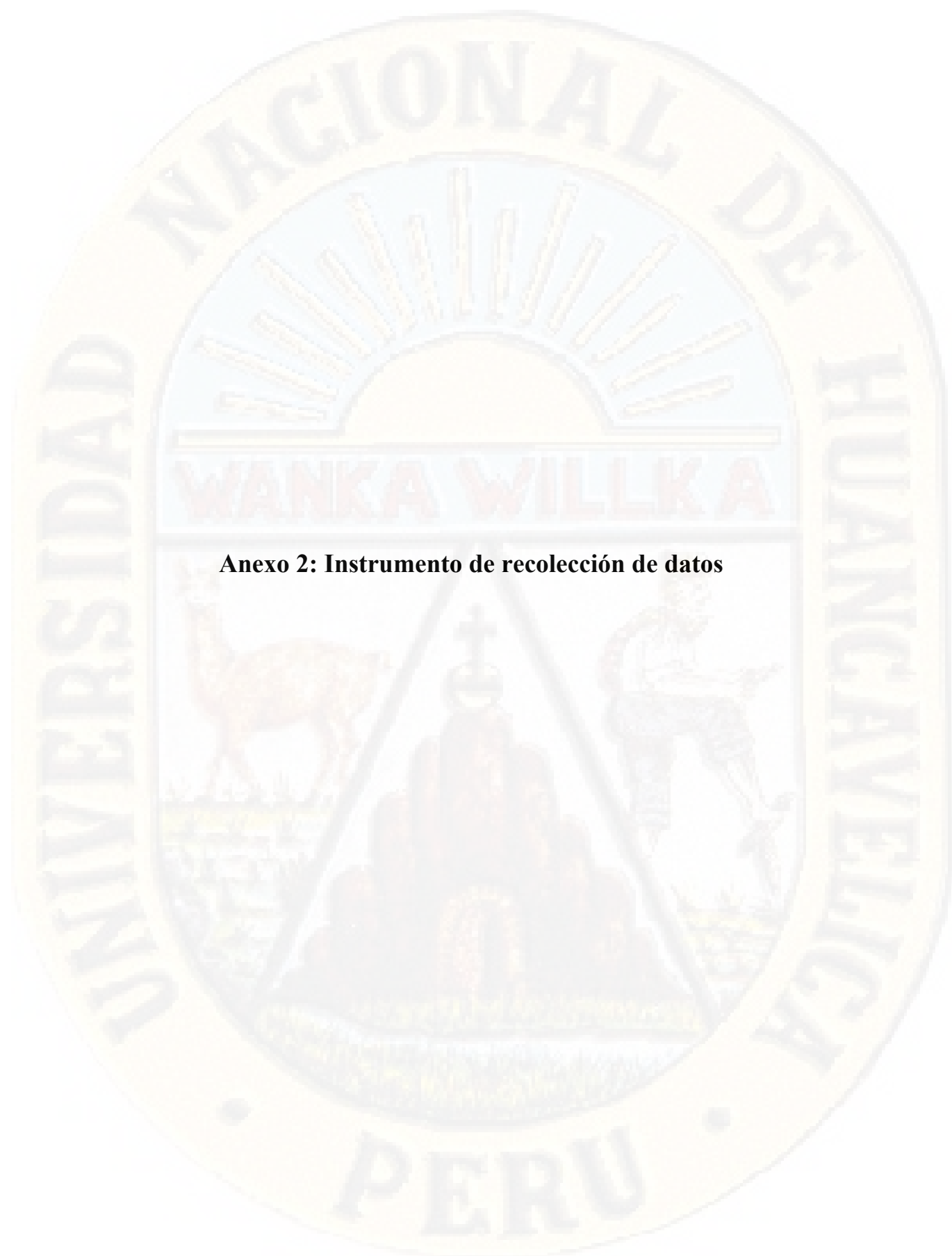
Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

INVESTIGACIÓN: CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN LAS PACIENTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PAMPAS, TAYACAJA 2018.

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
Problema general ¿Cuál es la proporción de cesáreas según la clasificación de Robson en las pacientes atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018? Problemas específicos ¿Cuáles son las características de las pacientes cesareadas en el Hospital de Pampas Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018? ¿Cuáles son los grupos según la clasificación de Robson en las pacientes cesareadas en el Hospital de Pampas Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018?	Objetivo general Determinar la proporción de cesáreas según la clasificación de Robson en las pacientes atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018. Objetivos específicos Identificar las características de las pacientes cesareadas en el Hospital de Pampas Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018. Identificar los grupos según la clasificación de Robson en las pacientes cesareadas en el Hospital de Pampas Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018	El parto por cesárea puede ser un procedimiento que salva vidas cuando se realiza según ciertas indicaciones obstétricas y fetales; no se ha demostrado que los resultados maternos ni perinatales hayan mejorado cuando las tasas de parto por cesárea superan el 16% a 19% a nivel de la población, lo que sugiere el uso inapropiado del parto por cesárea en muchos países (4, 5). La incidencia de morbilidad materna severa aguda (SAMM) relacionada con el modo de parto es mayor en la mujer que se somete a una cesárea y las mujeres con una cesárea previa tenían un mayor riesgo de SAMM en su embarazo actual (6, 7). La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) recomiendan la clasificación Robson como un estándar global para evaluar, monitorear y comparar las tasas de cesáreas dentro de las instalaciones de atención de salud, a lo largo del tiempo y entre las instalaciones (11, 12). En el Perú en el año 2018; las gestantes procedentes del área rural tuvieron un 15,7% de parto por cesárea y en Huancavelica 11,9% (13). La clasificación de Robson para las cesáreas es factible, reproducible y permite implementar estrategias óptimas para la reducción de la tasa de cesárea. El conocimiento de las características de las gestantes cesareadas permitirá brindar una mejor atención sanitaria acorde al contexto. Los resultados de esta investigación sobre las cesáreas según la clasificación de Robson esperamos permita en el Hospital de Pampas Tayacaja, optimizar la cesárea mediante la identificación, análisis y diagnósticos adecuados; para intervenciones sanitarias más concienzudas en la atención del parto	Cesáreas según la clasificación de Robson en las pacientes atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja de la región Huancavelica	Características de la madre cesareada	Edad de la madre en años. Estado civil de la madre Nivel de Instrucción de la madre Paridad antes del parto actual Antecedente de cesárea previa Tipo de inicio del trabajo de parto Número de fetos en el embarazo de la madre cesareada Edad gestacional de la madre cesareada Situación y presentación del feto Tipo de cesárea practicada a la madre Cesárea según clasificación según el Modelo de Robson	Edad de la madre cesareada registrada en la historia clínica. Estado civil de la madre cesareada registrada en la historia clínica. Nivel de Instrucción de la madre cesareada registrada en la historia clínica. Paridad antes del parto actual registrada en la historia clínica. Antecedente de cesárea previa de la madre cesareada registrada en la historia clínica. Tipo de inicio del trabajo de parto de la madre cesareada registrada en la historia clínica. Número de fetos en el embarazo de la madre cesareada registrada en la historia clínica. Edad gestacional de la madre cesareada registrada en la historia clínica. Situación y presentación del feto en la madre cesareada. Tipo de cesárea practicada a la madre. Cesárea según clasificación según el Modelo de Robson	Numérico Soltera (1) Conviviente (2) Casada (3) Viuda (4) Divorciada (5) Sin instrucción (1) Inicial (2) Primaria incompleta (3) Primaria completa (4) Secundaria incompleta (5) Secundaria completa (6) Superior incompleta (7) Superior completa (8) Nulipara (1) Multipara (1 o más hijos) (2) Si (una o varias) (1) No (ninguna cesárea previa) (2) Espontáneo (1) Inducido (2) No hay trabajo de parto (cesárea programada previa al trabajo de parto) (3) Embarazo único (1) Embarazo múltiple (2) Prematuro (< de 37 semanas) (1) A término (37 semanas o más) (2) Presentación Cefálica (1) Presentación Podálica (2) Situación Transversa u oblicua (3) Cesárea electiva (1) Cesárea de emergencia (2) Grupo I. Nuliparas con feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación, que han iniciado el parto de forma espontánea (1)	Nivel de investigación El nivel de investigación es descriptivo (DANKHE 1986). Tipo de investigación investigación observacional, retrospectiva, descriptiva, de corte transversal. Diseño de Investigación El estudio corresponde a un diseño descriptivo simple; porque se trabajará sobre realidades del hecho y su característica fundamental es la de representar una interpretación correcta del fenómeno. Esquema: M O M: Pacientes cesareadas en el Hospital de Pampas Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018. O: Características de las madres cesareadas y clasificación de las cesáreas según el modelo de Robson. Población, muestra, muestreo La población Fueron todas las pacientes cesareadas en el Hospital de Pampas Tayacaja de la región Huancavelica en el año 2018; que según registros estadísticos fueron un total de 170 pacientes cesareadas. Muestra: El estudio fue censal. La muestra de estudio la constituyeron todas las pacientes cesareadas en el Hospital de Pampas Tayacaja en el año 2018.

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
		y la cesárea en las mujeres atendidas por el Hospital. Por otra parte, los resultados del estudio servirán para integrar procedimientos que permitan mejorar la sensibilidad y especificidad diagnóstica; así mismo permitirá un manejo integral y pertinente.					Grupo 2. Nulíparas con feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación, que han iniciado el parto de forma inducida o con cesárea electiva antes del inicio del parto (2) Grupo 3. Multiparas sin cesárea previa, con feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación, que han iniciado el parto de forma espontánea (3) Grupo 4. Multiparas sin cesárea previa, con feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación, que han iniciado el parto de forma inducida o con cesárea electiva antes del inicio del parto (4) Grupo 5. Multiparas con al menos una cesárea previa, con feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación (5) Grupo 6. Nulíparas con feto único en presentación podálica (6) Grupo 7. Multiparas con feto único en presentación podálica, incluyendo aquellas con cesárea previa (7) Grupo 8. Todas las mujeres con embarazo múltiple, incluyendo aquellas con cesárea previa (8) Grupo 9. Todas las mujeres con feto único en posición transversa u oblicua, incluyendo aquellas con cesárea previa (9) Grupo 10. Todas las mujeres con feto único en presentación cefálica de menos de 37 semanas de gestación, incluyendo aquellas con cesárea previa (10)	



Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO

FORMATO N° 01

Ficha de recolección de datos sobre clasificación de Robson en las pacientes cesáreas.

Investigación: Clasificación de Robson en las pacientes cesareadas atendidas en el Hospital de Pampas, Tayacaja 2018.

INSTRUCCIONES: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas, e informe; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrar, tampoco cambiar o modificar los datos. Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para las observaciones en las que se deberá anotar con claridad si ocurriera los siguientes casos: falta un dato(s) será considerado como mal llenado; no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada.

I. DATOS GENERALES:

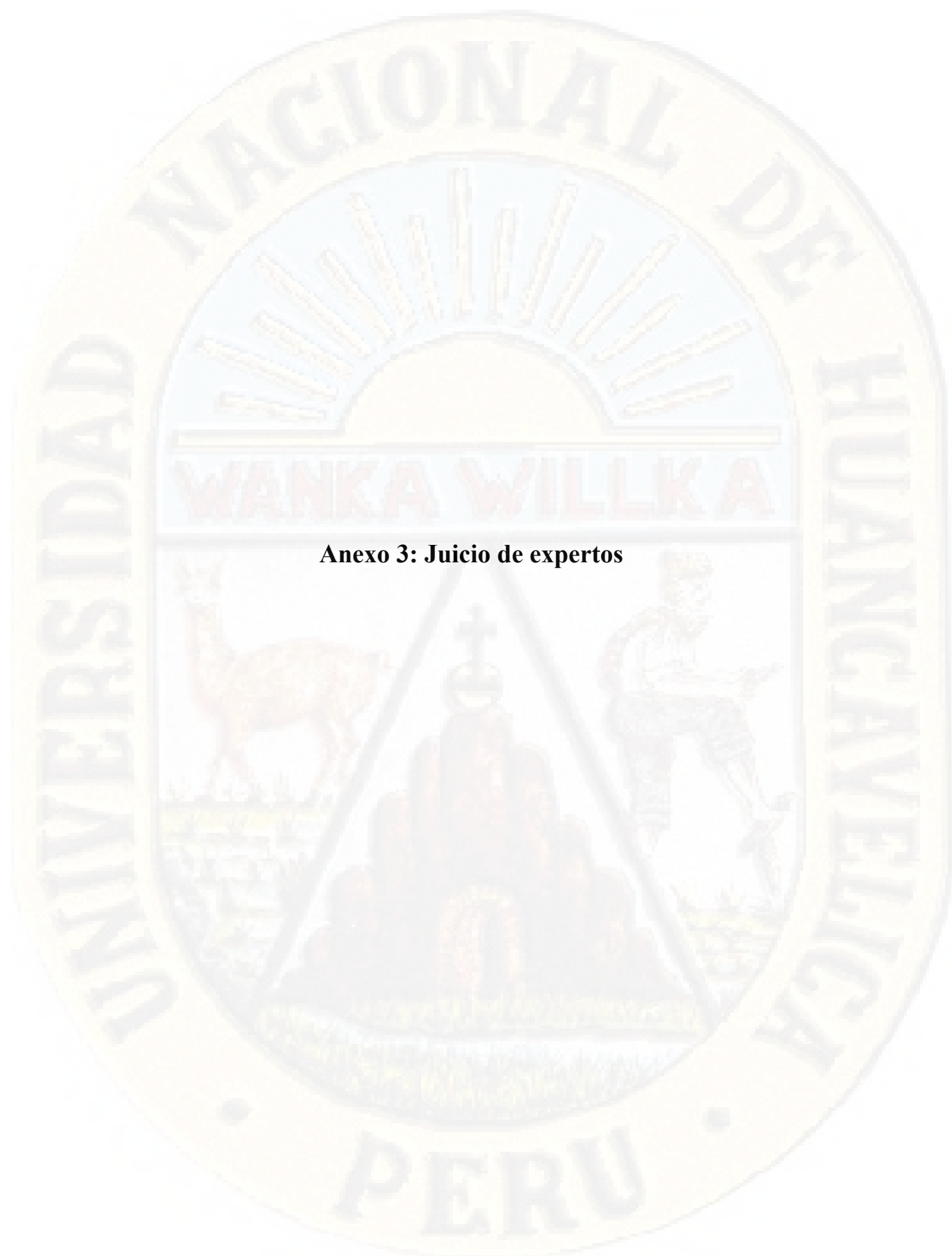
1. Ficha N° _____
2. Responsable del llenado: _____
3. Fecha del llenado: ____/____/2019. Hora del llenado: ____:____ horas
4. Región de procedencia: _____
5. Provincia de procedencia: _____
6. Distrito de procedencia: _____
7. N° de historia clínica: _____

II. DATOS PROPIOS DEL ESTUDIO (marque con una “X” o registrar los datos según corresponda)

- a. Edad materna _____ años.
- b. Estado civil de la madre
 - a) Soltera (1)
 - b) Conviviente (2)
 - c) Casada (3)
 - d) Viuda (4)
 - e) Divorciada (5)
- c. Nivel de instrucción de la madre
 - a) Sin instrucción (1)
 - b) Inicial (2)
 - c) Primaria incompleta (3)
 - d) Primaria completa (4)
 - e) Secundaria incompleta (5)
 - f) Secundaria completa (6)
 - g) Superior incompleta (7)
 - h) Superior completa (8)
- d. Paridad antes del parto actual:
 - a) Nulípara (1)
 - b) Multípara (1 o más hijos) (2)
- e. Antecedente de Cesárea previa
 - a) Sí (una o varias) (1)
 - b) No (ninguna cesárea previa) (2)

- f. Inicio del trabajo de parto
- a) Espontáneo (1)
 - b) Inducido (2)
 - c) No hay trabajo de parto (cesárea programada previa al trabajo de parto) (3)
- g. Número de fetos en el embarazo de la madre cesareada
- a) Embarazo único (1)
 - b) Embarazo múltiple (2)
- h. Edad gestacional de la madre cesareada
- a) Prematuro (menos de 37 semanas) (1)
 - b) A término (37 semanas o más) (2)
- i. Situación y presentación del feto
- a) Presentación Cefálica (1)
 - b) Presentación Podálica (2)
 - c) Situación Transversa u oblicua (3)
- j. Tipo de Cesárea
- a) Cesárea electiva (1)
 - b) Cesárea de emergencia (2)
- k. Grupo de clasificación según el Modelo de Robson (marque según corresponda la clasificación de la cesárea.
- a) **Grupo 1.** Nulíparas con feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación, que han iniciado el parto de forma espontánea. (1)
 - b) **Grupo 2.** Nulíparas con feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación, que han iniciado el parto de forma inducida o con cesárea electiva antes del inicio del parto. (2)
 - c) **Grupo 3.** Múltiparas sin cesárea previa, con feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación, que han iniciado el parto de forma espontánea. (3)
 - d) **Grupo 4.** Múltiparas sin cesárea previa, con feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación, que han iniciado el parto de forma inducida o con cesárea electiva antes del inicio del parto. (4)
 - e) **Grupo 5.** Múltiparas con al menos una cesárea previa, con feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación. (5)
 - f) **Grupo 6.** Nulíparas con feto único en presentación podálica. (6)
 - g) **Grupo 7.** Múltiparas con feto único en presentación podálica, incluyendo aquellas con cesárea previa. (7)
 - h) **Grupo 8.** Todas las mujeres con embarazo múltiple, incluyendo aquellas con cesárea previa. (8)
 - i) **Grupo 9.** Todas las mujeres con feto único en posición transversa u oblicua, incluyendo aquellas con cesárea previa. (9)
 - j) **Grupo 10.** Todas las mujeres con feto único en presentación cefálica de menos de 37 semanas de gestación, incluyendo aquellas con cesárea previa. (10)

Observaciones:



Anexo 3: Juicio de expertos

Juicio de Experto

INVESTIGACIÓN: CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN LAS PACIENTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PAMPAS, TAYACAJA 2018

Investigador: *Obsta. Cerrón Ladera, Zarela*

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la “Ficha de recolección de datos sobre clasificación de Robson en las pacientes cesáreas” que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena
-------------------	----------------	-------------	-----------	---------------

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

Variables de Estudio / ITEMS	1	2	3	4	5
Variable propia del estudio					
Cesáreas según la clasificación de Robson					
Dimensión: Características de la madre cesareada					
1 Edad de la madre en años					
2 Estado civil de la madre					
3 Nivel de Instrucción de la madre					
4 Paridad antes del parto actual					
5 Antecedente de Cesárea previa					
6 Inicio del trabajo de parto					
7 Número de fetos					
8 Edad gestacional					
9 Situación y presentación del feto					
10 Tipo de Cesárea					
Dimensión: Clasificación de Robson					
13 Grupo de clasificación según el Modelo de Robson					

Recomendaciones:

.....

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Buena, para mejorar e) Muy buena, para aplicar

Nombres y Apellidos:	DNI N°
Dirección:	Teléfono/Celular:
Título Profesional:	
Grado Académico:	
Mención:	

Firma

Lugar y Fecha

Ficha de evaluación del instrumento de investigación por el criterio de experto o Juez

Instrumento: Ficha de recolección de datos sobre clasificación de Robson en las pacientes cesáreas.

Investigación: Clasificación de Robson en las pacientes cesareadas atendidas en el Hospital de Pampas, Tayacaja 2018.

1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez : _____
 1.2. Grado académico : _____
 1.3. Mención : _____
 1.4. DNI/ Celular : _____
 1.5. Cargo e institución donde labora : _____
 1.6. Lugar y fecha : _____

2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.					
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					

CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)	↓ A	↓ B	↓ C	↓ D	↓ E

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez = $\frac{1 \times A + 2 \times B + 3 \times C + 4 \times D + 5 \times E}{50} = \text{-----}$

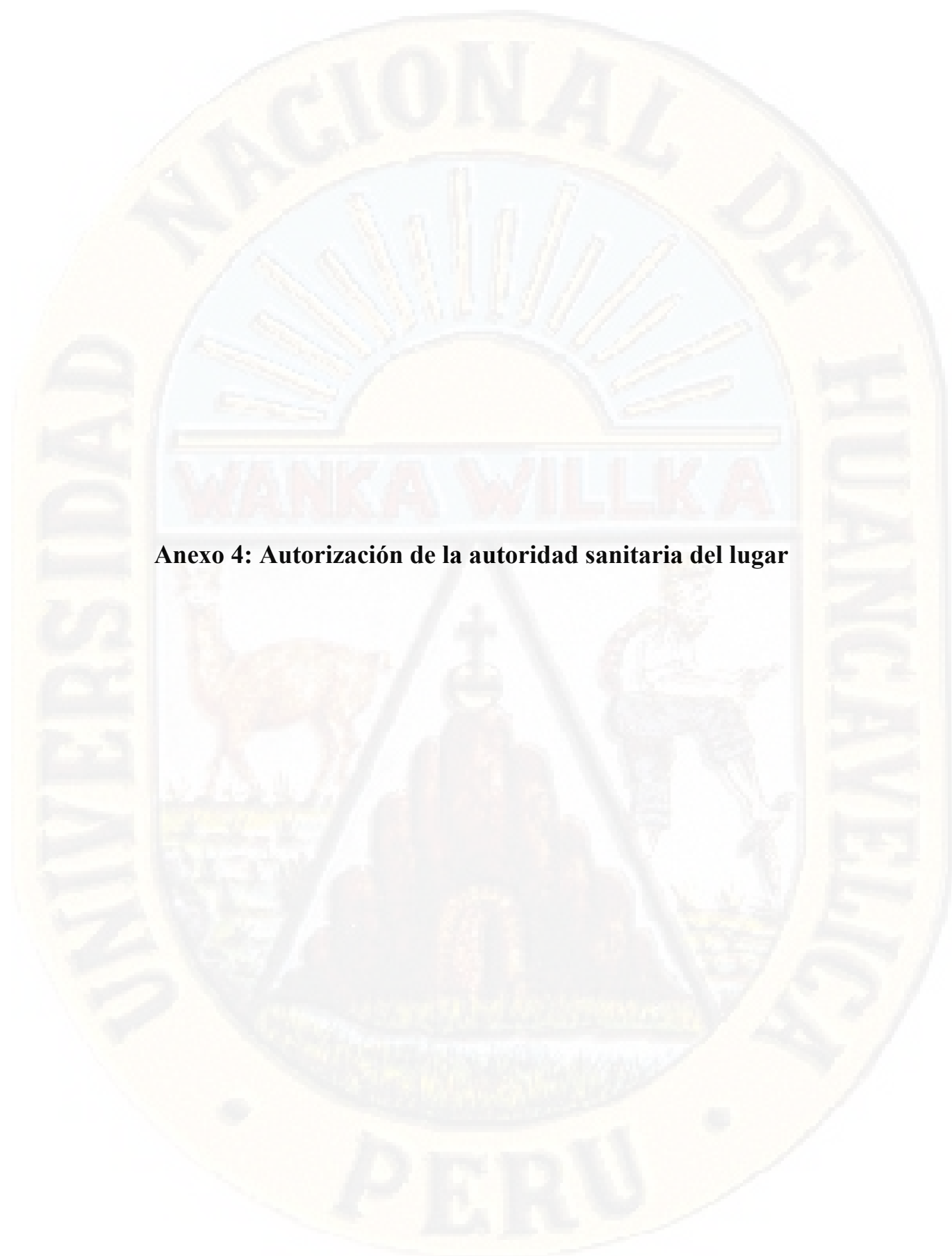
3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	☐	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	☐	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	☐	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	☐	<0,81 – 1,00]

4. RECOMENDACIONES:

.....

.....
 Firma del Juez



Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creado por Ley N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

.....
Director
Hospital de Pampas – Tayacaja, Huancavelica

SD.

Yo, Cerrón Ladera, Zarela identificado (a) con D.N.I. N° _____, Obstetra de profesión, egresada de la especialidad en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto me presento y digo.

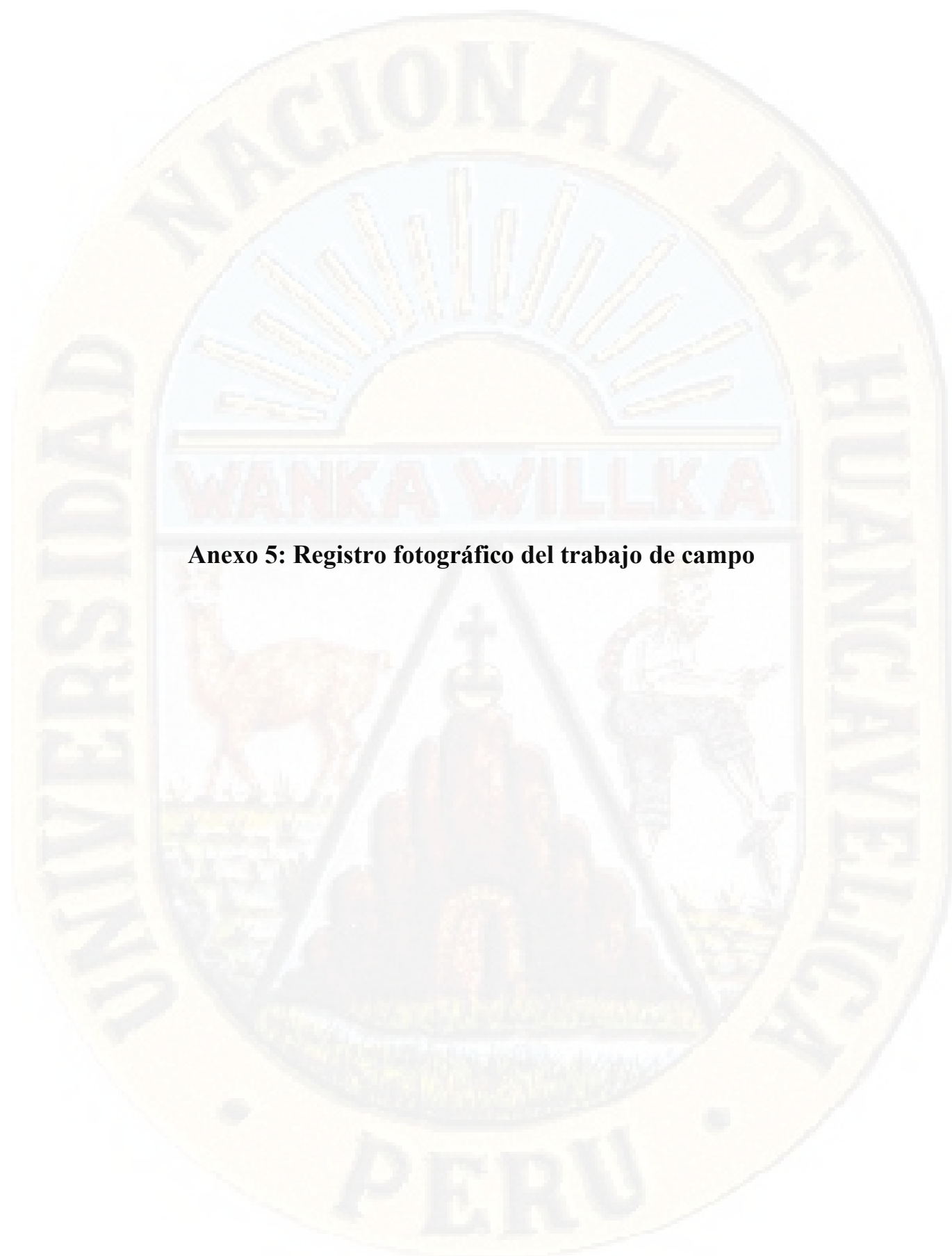
Que, deseo realizar una investigación sobre la “CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN LAS PACIENTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PAMPAS, TAYACAJA 2018”.

Por lo cual solicito me brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes secundarias; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicito se me expida la autorización y se me brinde las facilidades, para realizar la investigación.

Por lo expuesto, pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Huancayo, 03 de setiembre del 2019.

Firma del Interesado



Anexo 5: Registro fotográfico del trabajo de campo

**Registro fotográfico de la búsqueda de historias clínicas de pacientes
cesareadas en el Hospital**



Registro fotográfico de la aplicación de la ficha de recolección de datos

