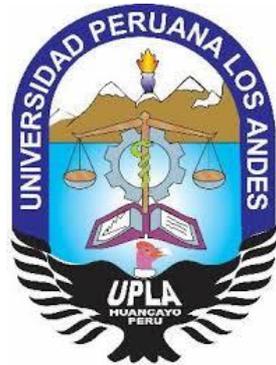


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

TÍTULO: PREVALENCIA DE CESÁREAS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN UN HOSPITAL NACIONAL, HUANCAYO, 2018

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORA: BACH. BUENDIA APARICIO, THALIA GHINA.

ASESOR: DR. MIGUEL MERCADO REY.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL: SALUD Y LA GESTIÓN DE LA SALUD.

FECHA DE INICIO Y CULMINACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN: 30 DE JULIO 2019 HASTA 30 DE JULIO DEL 2020.

HUANCAYO - PERÚ, MAYO, 2021

DEDICATORIA

Esta investigación se la dedico a Dios, mis padres y hermanos, por su apoyo constante.

AGRADECIMIENTO

A la institución y mis
docentes por sus
enseñanzas.

CONTENIDO

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
CONTENIDO DE TABLAS	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
CAPÍTULO I	10
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	10
1.1. Descripción de la realidad problemática	10
1.2. Delimitación del problema	13
1.3. Formulación del Problema	14
1.3.1. Problema General	14
1.3.2. Problemas Específicos	14
1.4. Justificación	15
1.4.1. Justificación Social	15
1.4.2. Justificación Teórica	16
1.4.3. Justificación Metodológica	16
1.5. Objetivos	17
1.5.1. Objetivo General	17
1.5.2. Objetivos Específicos	17
CAPITULO II	18
MARCO TEÓRICO	18
2.1. Antecedente	18
2.1.1. Locales	18
2.1.2. Nacionales	18
2.1.3. Internacionales	20

Comentado [GBP1]: En la UPLA no existen cuadros. Son tablas.

2.2. Bases Teóricas o Científicas	21
2.3. Marco Conceptual	25
2.3.1. Prevalencia	25
2.3.2. Cesárea.....	25
2.3.3. Clasificación de Robson.....	25
CAPITULO III	26
HIPÓTESIS	26
3.1. Hipótesis	26
3.2. Variables	26
3.2.1. Variable de estudio	26
3.2.2. Cuadro de Operacionalización de Variable (Anexo 2.)	26
CAPÍTULO IV.....	27
METODOLOGÍA	27
4.1. Método de investigación (58).....	27
4.2. Tipo de Investigación (58).	27
4.3. Nivel de Investigación (58).	27
4.4. Diseño de la investigación (58).	27
4.5. Población y muestra.....	28
4.6. Técnicas e instrumentos de Recolección de datos.....	29
4.7. Técnica de procesamiento y análisis de Datos	29
4.8. Aspectos éticos de la investigación.....	30
CAPITULO V.....	31
RESULTADOS.....	31
5.1. Descripción de Resultados	35
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	39
CONCLUSIONES	44

RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	54

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1. Conceptos y parámetros del modelo de Clasificación Robson...24	24
Tabla 2. Descripción del modelo de Clasificación Robson247	247
Tabla 3. Características demográficas de las mujeres atendidas por parto en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” Essalud de Huancayo - 2018.356	356
Tabla 4. Características obstétricas de las mujeres atendidas por parto en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” Essalud de Huancayo - 2018. ¡Error! Marcador no definido. 7	¡Error! Marcador no definido. 7
Tabla 5. Prevalencia de cesareas según los grupos de la clasificación de Robson en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” Essalud de Huancayo - 2018.. ¡Error! Marcador no definido. 9	¡Error! Marcador no definido. 9
Tabla 6. Prevalencia de cesáreas según los grupos de la clasificación de Robson según el grupo etario en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” Essalud de Huancayo - 2018.. ¡Error! Marcador no definido. 9	¡Error! Marcador no definido. 9
Tabla 7. Prevalencia de cesareas según los grupos de la clasificación de Robson según el estado civil en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” Essalud de Huancayo - 2018..41	41

RESUMEN

Objetivos: Determinar la prevalencia de cesáreas según el modelo de clasificación Robson en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Essalud, Huancayo, en el periodo comprendido entre enero- diciembre 2018.

Metodología: El tipo de investigación es cuantitativo, retrospectivo, transversal, descriptivo. El diseño observacional de prevalencia. Realizado en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Huancayo, en el periodo comprendido enero a diciembre del 2018. La población está constituida por todas las mujeres que culminaron la gestación mediante la cesárea, con una muestra aleatoria simple de 336 casos. **Resultados:** Los grupos de Robson más prevalentes fueron los grupos 1, 5 y 10, el grupo etario más común fue de 30 -37 años; el estado civil más prevalente fue el de conviviente y la tasa global de prevalencia de cesárea es 35,3%.

Conclusiones: Los grupos de Robson más prevalentes son los grupos 1, 5 y 10. La tasa global de cesáreas en HNRPP ESSALUD de Huancayo es mayor que la meta establecida por la OMS, según la clasificación de Robson.

Palabra clave: Prevalencia, Cesárea, Clasificación de Robson

ABSTRACT

Objectives: To determine the prevalence of Cesareans according to the Robson classification model at Ramiro Prialé Prialé National Hospital, Essalud, Huancayo, in the period purchased between January-December 2018.

Methodology: The type of research is quantitative, retrospective, cross-sectional, descriptive. The observational design of prevalence. Carried out at the Ramiro Prialé Prialé National Hospital, Huancayo, in the period from January to December 2018. The population is made up of all the women who completed the management by cesarean section, with a random sample of 236 cases.

Results: The most prevalent Robson groups were groups 1, 5 and 10, the most common age group was 30-37 years; the most prevalent marital status was cohabiting and the overall prevalence rate for cesarean section is 35.3%.

Conclusions: The most prevalent Robson groups were groups 1, 5 and 10. The global rate of cesarean sections in H.N.R.P.P. ESSALUD Huancayo is higher than the goal established by OMS, according to the Robson classification.

Keywords: Prevalence, Cesarea, Robson's ranking.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La cesárea es una cirugía obstétrica que permite el nacimiento del bebé a través del abdomen de la madre (1), es el procedimiento más común realizado en todo el mundo con un gran aumento en las últimas décadas. La tasa de cesárea global promedio se estima en 18,6% y la más alta se observa en Brasil con 55,6%, seguida de la subregión de América del Sur con 42,9% (2).

La OMS consideró que las tasas se mantendrían entre el 10% y el 15%, pero en 2015 recomendó no enfocarse en lograr una tasa específica, sino, centrarse en hacer todo lo posible para proporcionar cesárea a las mujeres que realmente lo necesitaban (3).

Los estudios han encontrado que no hay ningún beneficio materno neonatal adicional de la cesárea sin indicación médica (4). Las consecuencias médicas de un aumento de la tasa de cesáreas siguen siendo inciertas y las implicaciones en los países en desarrollo podrían impactar sobre sus escasos recursos (5).

Existe un mayor riesgo de morbilidad materna debido al procedimiento quirúrgico, como hemorragia e infección puerperal, estancia hospitalaria prolongada, mayor costo y embarazos posteriores con riesgo de placenta previa y acreta (6).

Se han citado múltiples factores para aumentar la tasa de cesáreas, más comúnmente debido a razones médicamente no indicadas, como obtener una compensación financiera, falta de mecanismos regulatorios, incumplimiento de las pautas estándar y temor a un litigio, preferencia de la gestante, entre otros (7).

Pero, además, según Schantz C, et al, (8) las condicionantes iniciales que han permitido el incremento de la cesárea es la institucionalización y la tecnificación del parto en todo el mundo, lo que ha provocado importantes cambios sociales.

En los países occidentales, se produjo un punto de inflexión en las décadas de 1950 y 1960 con las iniciativas para modernizar los hospitales, desarrollar nuevos dispositivos para controlar el parto y mayor uso de analgésicos y anestésicos (9). Por lo que, Davis-Floyd desarrolló el concepto de un “paradigma tecnocrático del parto” mostrando al parto como una biomedicalización (10).

Desde la década de 2000, la cesárea presenta como una posible explicación la elección de las mujeres y su capacidad para actuar en respuesta a las nuevas tecnologías durante el trabajo de parto (11). El embarazo y el parto, fueron gradualmente presentados por los equipos biomédicos como eventos peligrosos y de riesgo, lo que condujo a las mujeres a acudir a los hospitales y adherirse a la tecnificación (12).

En un meta análisis de Mazzoni et al. reveló que el 15,6% de las mujeres de varios países de ingresos altos y medianos preferirían tener un parto por cesárea (intervalo de confianza del 95%: 12,5-18,9%) (13). Una revisión reciente (14) documentó que la proporción de mujeres que preferirían dar a luz por cesárea varía mucho según los países; oscilando entre el 1.0% en un estudio en el Reino Unido (15) al 62,2% en un estudio en Irán (16).

En Perú, según la OMS en los últimos años el número de cesáreas se habría incrementado hasta un 31,6% entre los años 2011-2016, una magnitud mucho mayor a la meta establecida (15%) por dicha institución (17).

Según INEI, la tasa de cesárea en el Perú el año 2016 fue 31.6%, en el año 2017 fue 34.2% y en el año 2018 34,5%, mostrando incremento incremento. De la tasa global, la población urbana presenta mayor porcentaje (41,0%) que la población rural, empero, en comparación con el año 1996, el sector rural ascendió de 2,5% a 15,7% (18). Ergo, un estudio publicado el año 2018 por Sinchitullo-

Castillo AE, y col., (19), en el año 2020, en una población de 988 partos producidos desde el año 2014 hasta el año 2018, reportaron una prevalencia de cesárea de 33.4%.

Por lo mencionado, la OMS en su declaración de 2015, propuso el sistema Robson para clasificar las cesáreas (20). Este sistema es fácil de usar; quiere decir que cualquier personal está capacitado para realizarlo, pues su practicidad lo permite así. Además, clasifica a todas las gestantes en 10 grupos; permite identificar los grupos más comunes y sobre los que se pueden aplicar ciertos cambios para disminuir su tasa (21).

Así pues, las razones y la magnitud de la situación problemática, constituyen una directriz de la formulación del presente problema de estudio.

1.2. Delimitación del problema

La investigación se delimita en el campo del conocimiento de ciencias de la salud, área médico quirúrgica, especialidad de ginecología y obstetricia. La delimitación geográfica del presente estudio comprende a las diferentes ciudades de la región Junín del Perú, lugares cuyos habitantes son asegurados en el Seguro Social ESSALUD - Hospital Nacional "Ramiro Prialé Prialé" de Huancayo y quienes acuden a los servicios de Ginecología y obstetricia del referido nosocomio.

Esta investigación se llevó a cabo entre la fecha comprendida entre 1 de enero hasta 31 de diciembre del 2018, en el

servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Huancayo, Junín, Perú. Demográficamente, comprende a las mujeres de 14 a 44 años de edad que culminaron la gestación mediante la cesárea.

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema General

¿Cuál es la prevalencia de cesáreas según la Clasificación de Robson en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Essalud, Huancayo, 2018?

1.3.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es la prevalencia de cesáreas según la Clasificación de Robson según grupos de edad de las gestantes que culminaron el parto en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Essalud de Huancayo durante el año 2018?
- ¿Cuál es la prevalencia de cesáreas según la Clasificación de Robson según el estado civil de las gestantes que culminaron el parto en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Essalud de Huancayo durante el año 2018?
- ¿Cuáles es la tasa global de cesáreas en gestantes que culminaron el parto en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Essalud, Huancayo, 2018?

1.4. Justificación

1.4.1. Justificación Social

Desde la perspectiva social, la proyección social del presente estudio es optimizar la tasa de la cesárea en base a la evidencia científica local disponible y proporcionar información a las instituciones de salud para realizar una auditoría y control adecuado de la cesárea buscando disminuir su morbimortalidad.

Según la OMS, tasas superiores a un 10% no garantizan necesariamente una disminución de la morbimortalidad materno neonatal. Al contrario, podría conseguirse mayores complicaciones.

Las conclusiones de esta investigación serán útiles como referencia para que los responsables de la formulación de políticas en la institución evalúen las condiciones bajo las cuales se encuentran los grupos con alta tasa de cesárea, y puedan buscar su modificación para un mejor control en la atención obstétrica de emergencia y la utilización de los recursos. Además de que existe la necesidad de conocer cuáles son los grupos más comunes de la Clasificación Robson en la realización de cesáreas en un Hospital Nacional de nuestra región.

1.4.2. Justificación Teórica

Desde la perspectiva teórica, esta investigación se fundamenta en el proceso de parto, un proceso fisiológico. Sin embargo, no siempre se lleva a cabo de forma eutócica por múltiples factores; teniendo como alternativa a la cesárea, que busca de salvaguardar la integridad de la madre y el producto.

En nuestro medio, aun no se sabe la magnitud de la cesárea, por tanto, no se puede inferir conceptos del comportamiento de su tasa. Además, surge la necesidad de control y optimización de la magnitud en base a lo sugerido por la OMS, en este punto utilizamos la clasificación de Robson. Al respecto en nuestro medio no se conoce el comportamiento de sus dimensiones. Dichos argumentos justifican teóricamente el presente estudio, ya que sus resultados contribuirán a comprender el problema de estudio.

1.4.3. Justificación Metodológica

La clasificación de Robson es afable, sólida, realizable, clínicamente adecuada y prospectiva; permite comparar y estudiar las tasas de cesáreas dentro de los grupos y entre cada uno de estos (2).

De tal manera este instrumento sirve de aporte para el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé para su próxima aplicación.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de cesáreas según la clasificación de Robson en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Essalud, Huancayo, 2018.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Identificar la prevalencia de cesáreas según la Clasificación de Robson según grupos de edad de las gestantes que culminaron el parto en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Essalud de Huancayo durante el año 2018.
- Identificar la prevalencia de cesáreas según la Clasificación de Robson según el estado civil de las gestantes que culminaron el parto en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Essalud de Huancayo durante el año 2018.
- Determinar la tasa global de cesáreas en gestantes que culminaron el parto en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Essalud, Huancayo, 2018.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedente

2.1.1. Locales

Bety H. (2018) en la investigación, Cesárea según la clasificación de Robson en el Hospital de Apoyo Pichanaki-2017, concluye que la tasa de incidencia de cesárea es 17.4% y que los grupos más comunes son los grupos 1(28.2%) y 5(25.4%) (22).

2.1.2. Nacionales

Kevin R. (2019) en el estudio, Tasa de incidencia de cesárea según clasificación de Robson en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, Lima, enero – diciembre 2018, concluye que la tasa de cesárea fue de 37.54% y que los grupos con mayor tasa de cesáreas son el grupo 1 con 29.7%,

seguido del grupo 2 y 5 con tasas de 18.2% y 14.3% respectivamente (23).

Mildred D. (2019) en el estudio, Tasa de cesáreas por grupos de Robson en el Hospital III Yanahuara de la Ciudad de Arequipa en el periodo Enero – Diciembre del 2018, concluye que la tasa de cesáreas fue del 53% y que los grupos más comunes son el grupo 5(39.23%) 1(19.61%) 2(16.7%) y 3(8.65%). (24).

Rocío R. (2018) en el estudio, Frecuencia de Cesáreas Según el Modelo de Clasificación de Robson, en el Hospital I Edmundo Escomel, Arequipa, 2017; concluye que la tasa de cesárea fue del 27.58% y que los grupos más comunes son el grupo 5 y grupo 2 (25).

Julia C. (2017) en el estudio, Tasa de cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Instituto Nacional Materno Perinatal, periodo enero - diciembre 2015, concluye que la tasa de cesáreas fue del 44.3% y que los grupos más comunes según Robson son el grupo 1 con el 29.2%, el grupo 5 con el 21.3% y el grupo 3 con el 14.6%. (26).

Lenin P. (2016) en el estudio, Tasa de cesáreas por modelo de clasificación de Robson en el Hospital II Cañete - Essalud, 2013 – 2014, concluye que la tasa de incidencia de

Comentado [GBP2]: La única autora es Mildred Geraldine Diaz Flores

cesáreas es de 28.6% y que los grupos más frecuentes según Robson son los grupos 3, 1 y 5 (27).

2.1.3. Internacionales

Natalia S., et al (2017) en el estudio, Caracterización de las cesáreas por modelo Robson en la clínica de Maternidad Rafael Calvo de Cartagena, concluye que, del total de partos, 50,3% son realizados por cesárea, y los grupos con mayor tamaño son en orden de frecuencia grupo 1 (30,7%), grupo 3 (19,9%), grupo 5 (18,5%), grupo 2 (11,3%) y el 10 (11%) (28).

John Z., et al (2012) en el estudio, Aplicación del Modelo Robson para caracterización de Cesáreas en una institución de tercer nivel de Atención en Medellín, Colombia, en el Hospital Universitario de San Vicente Fundación, concluye que, del total de partos, 43.1% son por cesárea, teniendo como grupos más comunes a los grupos 1, 2, 3 y 4 (29).

Diana J., et al (2014) en el estudio, Tasa de cesáreas por grupos de Robson en una institución de mediana complejidad de la ciudad de Bogotá, concluye que del total de partos realizados en ese periodo 37% son por cesárea, siendo los grupos 5 (36.4), 2(2.4) y 1(17.1) los más comunes. (30).

Robson M., et al.(2015) en el estudio, Quality assurance: The 10-Group Classification System (Robson classification), induction of labor, and cesarean delivery, realizado en el Hospital Nacional de Maternidad de Dublín, concluye que la tasa de cesárea fue 23.1%, y que el grupo 5 presenta la mayor tasa de cesáreas con un 7.8% (31).

Ferreira E., et al. (2015) en el estudio, Robson Ten Group Classification System applied to women with severe maternal morbidity, concluye que la tasa de cesárea fue del 73.2% y que el grupo 10 es el más prevalente con un 33.9% del total de cesárea (32).

2.2. Bases Teóricas o Científicas

Cesárea

Tipo de parto realizado mediante una incisión quirúrgica en la región del abdomen y útero de la madre para la extracción del feto (33).

Es realizado bajo indicaciones absolutas o relativas determinadas por el médico dependiendo de la condición clínica de la madre y del producto. (34) Sin embargo, en ocasiones podría indicarse por algún otro factor externo.

En 2005, la tasa nacional de cesárea había superado el 30% en los Estados Unidos (35) y en el National Maternity Hospital (NMH) había aumentado al 23,5% en 2014. Brasil es el país con mayor tasa de incidencia de parto por

cesárea, en 2005 en el Sistema de Salud Complementario, las cesáreas alcanzaron el 77,5% del total a nivel nacional y parece aumentar. Dicha magnitud le coloca a Brasil como el país entre los líderes mundiales en tasa de cesáreas (36).

Las indicaciones absolutas y relativas se clasifican entre causas maternas, fetales y mixtas, para lo cual la evaluación médica es imprescindible; entre ellos, se encuentran: la cesárea anterior, parto múltiple, alteración de la presentación, la desproporción cefalo pélvica, placenta previa, entre otros (37).

El rápido aumento de su tasa por encima de lo permitido se asocia a un aumento de complicaciones, tanto para la madre como para el producto. Entre las más comunes se encuentran la infección puerperal en la madre e insuficiencia respiratoria en los recién nacidos. (38).

Entre las secuelas maternas destacan la infección puerperal, con riesgo de reingreso; y entre las secuelas neonatales prevalece la prematuridad (39).

Tipos de cesáreas (40)

Según antecedentes obstétricos de la paciente:

- Primaria: La que se realiza por primera vez.
- Iterativa: La que se practica por segunda vez o más en la misma paciente.

Según indicaciones:

- Urgente: Aquella que se indica por una causa patológica aguda materno o fetal, buscando evitar un riesgo vital.
- Electiva: Cuando se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto por alguna condición médica.

Según técnica quirúrgica:

- Corporal o clásica.
- Segmento corporal (Tipo Beck).
- Segmento arciforme (Tipo Kerr).

Clasificación de Robson

Descrita por el Doctor Michael Robson como "10 grupos" o "clasificación de Robson" (41). Proporciona un marco para monitorear, auditar y analizar las tasas de cesárea de una manera orientada a la acción. Es una herramienta sugerida por la OMS para estratificar y monitorear las tasas de cesárea, buscando reducir las mismas y se puede aplicar de manera consistente con recursos mínimos (42).

Se basa en parámetros obstétricos prácticos y sencillos de implementar, cuyos conceptos obstétricos se mencionan en la Tabla 1 y clasifica a las gestantes en 10 grupos (Tabla 2).

Estos grupos son mutuamente excluyentes, totalmente inclusivos, clínicamente relevantes y prospectivamente identificables; por consiguiente, permite

hacer comparaciones a lo largo del tiempo en una unidad ginecoobstétrica y entre diferentes hospitales, proporcionando datos para cambiar la práctica en posibles grupos específicos de las gestantes.

Cada grupo se puede subdividir o algunos grupos se pueden fusionar para adaptarse a las necesidades de diferentes entornos (42).

Comentado [t3]:

Tabla 1. Conceptos y parámetros del modelo de Clasificación Robson

Concepto Obstétrico	Parámetros
Categoría del embarazo	Feto único en cefálica Feto único en podálica Feto único en oblicua o transversa Embarazo múltiple
Historia obstétrica previa	Nulípara Multípara sin cesárea previa Multípara con cesárea previa
Inicio de Parto	Parto espontáneo Inducción del parto Cesárea electiva antes del parto
Edad Gestacional	Edad gestacional en semanas completas en el momento del parto

Fuente: Datos tomados de Robson (2001)

Tabla 2. Descripción del modelo de Clasificación Robson

GRUPO	DESCRIPCIÓN
1	Nulíparas con un embarazo único con presentación cefálica, a término, en trabajo de parto espontáneo.
2	Nulíparas con feto único, presentación cefálica, a término, que fueron sometidas a inducción o cesárea antes del trabajo de parto
3	Multíparas, sin cesárea previa, gestación única, en presentación cefálica, a término y en trabajo de parto espontáneo.

4	Múltiparas sin cesárea previa, con embarazo único, presentación cefálica, a término, que fueron sometidas a inducción o cesárea antes del trabajo de parto.
5	Múltiparas con cesárea previa, con embarazo único, presentación cefálica, a término.
6	Nulíparas con feto único con presentación podálica.
7	Múltiparas con feto único en presentación podálica, aquellas con cesárea previa.
8	Mujeres con embarazo múltiple, incluidas aquellas con cesárea previa.
9	Mujeres con un feto único en una posición transversa u oblicua, incluyendo aquellas con cesárea previa.
10	Mujeres con embarazo único, presentación cefálica, pre término, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas.

Fuente: Datos tomados del Robson (2001).

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Prevalencia

Es el número de casos existentes de una patología u otra situación de salud dividido por el número de personas de una población en un período específico. Cada individuo es observado en una única oportunidad, cuando se constata su situación en cuanto al evento de interés. (43).

2.3.2. Cesárea

Procedimiento quirúrgico que consiste en extraer el feto por vía abdominal mediante una incisión (33).

2.3.3. Clasificación de Robson

Es un sistema de Clasificación de cesáreas que se divide en 10 grupos. (17).

CAPITULO III

HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis

No se aplica.

3.2. Variables

3.2.1. Variable de estudio

- Cesárea

3.2.2. Cuadro de Operacionalización de Variable (Anexo 2.)

Comentado [GBP4]: Su única variable de estudio es la cesárea.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método de investigación (44)

El método de investigación es cuantitativo.

4.2. Tipo de Investigación (44).

Según el número de mediciones, transversal.

Según el tiempo de recolección de información,
retrospectiva.

Según la población de estudio, muestra.

Según la observación o manipulación de la variable,
observacional.

4.3. Nivel de Investigación (44).

Nivel de investigación de tipo descriptivo.

4.4. Diseño de la investigación (44).

El diseño de la investigación es de prevalencia.

Comentado [GBP5]: Las metodologías de los antecedentes en su mayoría son prospectivas por lo que tendría de considerar aumentar el tamaño de la muestra en 20%.

4.5. Población y muestra

La Población está conformada por 2877 gestantes mayores de 14 años de edad atendidas por parto cesárea y parto vaginal en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional "Ramiro Prialé Prialé" Essalud de Huancayo durante el periodo del año 2018.

El tamaño de la muestra está conformado por 336 gestantes obtenida mediante la siguiente fórmula para estimar proporciones.

$$n = \frac{N * (Z_{1-\alpha/2})^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + (Z_{1-\alpha/2})^2 * p * q}$$

$$n = \frac{2877 * (1.960)^2 * 0.443 * 0.557}{0.05^2 * (2877 - 1) + (1.960)^2 * 0.443 * 0.557} = 335.11 <> 336 \text{ casos.}$$

Donde:

- Población: N = 2877.
- Error alfa = 0.05.
- Nivel de confianza = 1- alfa = 0.95.
- Z de (1-alfa) =1.960.
- Prevalencia del evento: p = 0.443 =44.3% (prevalencia histórica de cesárea en Perú (26).
- Complemento de p: q = 0.557.
- Precisión: d = 0.05.
- Tamaño de la muestra: n = 335.11 <> 336 casos.

Observación: Selección de los casos realizaron mediante los números aleatorias en Microsoft Excel 2016.

4.6. Técnicas e instrumentos de Recolección de datos

La información fue recolectada del cuaderno de registro censal de los partos del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” EsSalud de Huancayo. Se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos (ver anexos).

Comentado [GBP6]: Respete las sangrías.

Las pacientes se clasificaron de acuerdo con los diez grupos de Robson, que son mutuamente excluyentes.

Criterios de Inclusión

Gestantes ingresadas para atención de trabajo de parto y que finalizaron por cesárea, en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Essalud, Huancayo durante el periodo de enero a diciembre del 2018.

Criterios de Exclusión

Registros que presentaron información incompleta entre los datos o variables requeridos, partos domiciliarios, óbitos, y las interrupciones del embarazo.

4.7. Técnica de procesamiento y análisis de Datos

La muestra se clasificó en 10 grupos según el modelo de clasificación de Robson y se determinó las prevalencias de cada grupo estimando mediante el intervalo de confianza al 95%.

Comentado [GBP7]: Respete las sangrías.

Las variables cuantitativas se presentan mediante las medidas de tendencia central con sus respectivas medidas de dispersión y las variables cualitativas se presentan en frecuencias absolutas y relativas.

4.8. Aspectos éticos de la investigación

El presente es una investigación retrospectiva a partir de los registros censales del parto institucional, por lo cual no implica riesgo alguno para la muestra de estudio y no requirió firma del consentimiento informado. Respeto la confidencialidad y se mantiene en anonimato las identidades de las unidades de estudio.

El mismo que fue aprobado por la Comisión de ética de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Peruana Los Andes y por el Comité de Ética del HNRPP ESSALUD de Huancayo y su ejecución se llevó a cabo luego de la aceptación de la solicitud de recolección de datos. Igualmente, el presente estudio se fundamenta en los preceptos de la Directiva de Investigación de la Universidad Peruana los Andes, modificada en el año 2019.

CAPITULO V

RESULTADOS

En el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale” ESSALUD de Huancayo, en el periodo del año 2018, el registro censal de partos fue de 2877 mujeres, quienes culminaron la gestación mediante el parto vaginal o cesárea; de la población total, se obtuvo una muestra aleatoria simple de 336 casos, de los cuales 119 fueron cesáreas y 117 partos vaginales.

En la Tabla 3 se observa, que la muestra presenta una edad mínima y máxima de 14 y 44 años respectivamente y un rango de 30 años. Predominó el grupo etario de 30 a 37 años en un 45.2% del total de la muestra de estudio, seguido por el grupo de 23 a 29 años con un 31,3%. Con respecto al estado civil, el 51,5% de las mujeres atendidas fueron convivientes, el 38,1% fueron casadas y solo el 10,4% se encontraban solteras.

Tabla 3. Características demográficas de las mujeres atendidas por parto en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” Essalud de Huancayo - 2018.

Variables	Características	2018	
		N	%
Edad materna	Promedio \pm DE	31,48 \pm 5,86	
	14 - 22 años	23	6,8
	23 - 29 años	105	31,3
	30 - 37 años	152	45,2
	38 - 44 años	56	16,7
Estado civil	Casada	128	38,1
	Conviviente	173	51,5
	Soltera	35	10,4

Fuente: Registro censal de partos del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNRPP ESSALUD de Huancayo, año 2018.

Sobre las características obstétricas, en el Tabla 4 se observa que el 63,1% de las mujeres fueron multíparas, el 98,5% presentó gestación única, siendo los embarazos múltiples solo el 2.9%. Solamente el 12,5% presentó cicatriz uterina anterior, el 89,3% presentó una gestación a término y el 83.6% de los partos se iniciaron espontáneamente.

Además, el 95,2% de los partos fueron programados, el 95,5% se encontraban en presentación cefálica y el 64,6% de los partos fueron por vía vaginal, representando los partos por cesárea un 35,4% del total.

Los resultados de la distribución de las gestantes en cada grupo de Robson, la tasa de cesárea y su contribución a la tasa global se muestran en la Tabla 5.

Tabla 4. Características obstétricas de las mujeres atendidas por parto en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” Essalud de Huancayo - 2018.

Variables	Características	2018	
		N	%
Paridad	Nulípara	124	36,9
	Múltipara	212	63,1
Tipo de gestación	Único	331	98,5
	Múltiple	5	1,5
Cicatriz uterina previa	Si	42	12,5
	No	294	87,5
Edad gestacional	< a37 semanas	36	10,7
	≥ a 37 semanas	300	89,3
Presentación fetal	Cefálico	321	95,5
	Nalgas (podálico)	10	3,0
	Obilcua	1	0,3
	Tranversa	4	1,2
Trabajo de parto	Espontáneo	281	83,6
	Inducido	55	16,4
Tipo de atención de parto	Programado	320	95,2

	Emergencia	16	4,8
Tipo de parto	Vaginal	217	64,6
	Cesárea	119	35,4

Fuente: Registro censal de partos del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNRPP ESSALUD de Huancayo, año 2018.

5.1. Descripción de Resultados

Comentado [GBP8]: Respete las sangrías.

La prevalencia de cesáreas según la clasificación de Robson se observa en la Tabla 5, en la que se observa que los grupos que más aportaron fueron el grupo 1, que representa el 27.7%, el grupo 5 con un 23.5% y el grupo 10 con un 19.3%.

Tabla 5. Prevalencia de las cesáreas según los grupos de la clasificación de Robson en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” Essalud de Huancayo - 2018.

Grupos de Robson	Total de Cesáreas	Total de partos	Tamaño relativo %	Tasa de cesáreas %	Contribución a la tasa de cesáreas %
Grupo 1	33	104	31.0%	31.7%	27.7%
Grupo 2	7	34	10.1%	20.6%	5.9%
Grupo 3	6	12	3.6%	50.0%	5.0%
Grupo 4	10	68	20.2%	14.7%	8.4%
Grupo 5	28	35	10.4%	80.0%	23.5%
Grupo 6	4	33	9.8%	12.1%	3.4%
Grupo 7	3	8	2.4%	37.5%	2.5%
Grupo 8	3	5	1.5%	60.0%	2.5%
Grupo 9	2	5	1.5%	40.0%	1.7%
Grupo 10	23	32	9.5%	71.9%	19.3%
Total	119	336	100.0%	35.4%	100.0%

Fuente: Registro censal de partos del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNRPP ESSALUD de Huancayo, año 2018.

Los grupos que menos aportaron con un 1.5% fueron; los grupos 8 (Embarazo múltiple, incluidas las cesareadas anteriores) y 9 (Posición transversa u oblicua, incluidas las cesareadas anteriores) que además presentaron una proporción específica de cesárea de 60 y 40% respectivamente.

De acuerdo con el grupo etario, en la Tabla 6 se observa que el grupo de 30 -37 años fue el que predominó en todos los grupos a excepción de los grupos 4 y 8, sumando un total de 44,5%, presentando su mayor prevalencia en los grupos 1 y 5 con 13,4%.

El siguiente grupo que más prevaleció fue de 23 -29 años con un 26,1% del total, siendo más prevalente en los grupos 1 y 5 con un 6,7%. El grupo menos frecuente fue el de 14 -22 años con un 7,6% del total.

Tabla 6. Prevalencia de las cesáreas según los grupos de la clasificación de Robson según el grupo etario en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” Essalud de Huancayo – 2018.

Grupos de Robson		Grupos de edad				Total
		14 - 22 años	23 - 29 años	30 - 37 años	38 - 44 años	
Grupo 1	n	7	8	16	2	33
	%	5,9%	6,7%	13,4%	1,7%	27,7%
Grupo 2	n	1	2	3	1	7
	%	0,8%	1,7%	2,5%	0,8%	5,9%
Grupo 3	n	0	3	2	1	6
	%	0,0%	2,5%	1,7%	0,8%	5,0%
Grupo 4	n	0	1	3	6	10
	%	0,0%	0,8%	2,5%	5,0%	8,4%
Grupo 5	n	0	8	16	9	33
	%	0,0%	6,7%	13,4%	7,6%	27,7%
Grupo 6	n	0	1	1	0	2
	%	0,0%	0,8%	0,8%	0,0%	1,7%
Grupo 7	n	0	1	2	0	3
	%	0,0%	0,8%	1,7%	0,0%	2,5%

	%	0,0%	0,8%	1,7%	0,0%	2,5%
Grupo 8	n	0	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,8%
Grupo 9	n	0	0	2	0	2
	%	0,0%	0,0%	1,7%	0,0%	1,7%
Grupo 10	n	1	7	8	6	22
	%	0,8%	5,9%	6,7%	5,0%	18,5%
Total	n	9	31	53	26	119
	%	7,6%	26,1%	44,5%	21,8%	100,0%

En cuanto a su situación civil, el 48,7% de las pacientes cesareadas fueron convivientes, siendo más prevalente en los grupos 1 y 5 con 14,3%. El 37,8% se encontraban casadas, más frecuentemente en los grupos 5 y 1 con un 11,8% y 10,1%, respectivamente. Solo el 13,4% de total de pacientes sometidas a cesárea fueron solteras.

Tabla 7. Prevalencia de las cesáreas según los grupos de la clasificación de Robson según el estado civil en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” Essalud de Huancayo – 2018.

Grupos de Robson		Estado civil			Total
		Casado	Conviviente	Soltera	
Grupo 1	n	12	17	4	33
	%	10,1%	14,3%	3,4%	27,7%
Grupo 2	n	3	3	1	7
	%	2,5%	2,5%	0,8%	5,9%
Grupo 3	n	4	1	1	6
	%	3,4%	0,8%	0,8%	5,0%
Grupo 4	n	3	5	2	10
	%	2,5%	4,2%	1,7%	8,4%
Grupo 5	n	14	17	2	33
	%	11,8%	14,3%	1,7%	27,7%
Grupo 6	n	1	1	0	2
	%	0,8%	0,8%	0,0%	1,7%
Grupo 7	n	1	2	0	3
	%	0,8%	1,7%	0,0%	2,5%
Grupo 8	n	0	0	1	1

	%	0,0%	0,0%	0,8%	0,8%
Grupo 9	n	0	2	0	2
	%	0,0%	1,7%	0,0%	1,7%
Grupo 10	n	7	10	5	22
	%	5,9%	8,4%	4,2%	18,5%
Total	n	45	58	16	119
	%	37,8%	48,7%	13,4%	100,0%

En la última tabla, como dato relevante podemos observar que la prevalencia de cesárea fue del 35,4% con 119 casos.

Tabla 8. Prevalencia global de la cesárea en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” Essalud de Huancayo – 2018.

Tipos de parto	Frecuencia	Porcentaje
Parto vaginal	217	64,6
Cesárea	119	35,4
Total	336	100,0

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Comentado [GBP9]: Concordante con los resultados.

El presente estudio ha pretendido conocer la prevalencia de cesáreas según la clasificación de Robson en un periodo de un año (2018), en partos atendidos en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional "Ramiro Priale Priale" ESSALUD de Huancayo. Para lograr los objetivos, se recurrió al registro censal de partos del servicio de dicho nosocomio. Se identificaron un total de 2877 mujeres gestantes que acudieron a dicho nosocomio para trabajo de parto; vaginal o cesárea, la población censal conformó el marco muestral.

Del marco muestral se obtuvo una muestra aleatoria simple de 336 mujeres, seguidamente, la muestra fue clasificada en 10 grupos según los criterios de Robson (41).

Según la clasificación de Robson, el presente estudio determinó mayor prevalencia de cesáreas (Tabla 5) en el Grupo 5 (80,0%), seguido por el Grupo 10 (71,30%), Grupo 8 (60%) y el por el Grupo 3 (50%). Como se sabe, en el Grupo 5 se encuentran las multíparas con cesárea previa; por consiguiente, la cesárea en este grupo podría justificarse por el antecedente de cesárea anterior, ya que, podría condicionar ruptura uterina durante el trabajo de parto.

En el grupo 10 se encuentran los partos pretérminos, que se justifica por una posible complicación en el trabajo de parto por la inmadurez del feto, cuanto más prematuro sea el producto, mayor riesgo de complicación existe. En el grupo 8 se encuentran los embarazos

múltiples, que tienen indicación absoluta de cesárea cuando los productos no se encuentran en presentación cefálica- cefálica.

En grupo 3 se incluyen las multíparas, sin antecedente de cesárea, con feto único, en presentación cefálica, a término y en trabajo de parto espontáneo; lo que nos indicaría que son mujeres que reúnen las condiciones necesarias para un parto vaginal exitoso. Ergo, la alta tasa de cesáreas evidenciada en este grupo resulta controversial, pudiendo ser otros factores la causa de su elevada incidencia.

Al comparar con los estudios nacionales se evidencia que los grupos 1 y 5 son los aquellos que tienen mayor tasa de cesárea en la culminación de la gestación (23, 24, 25, 26, 27, 28). Además, al comparar con los antecedentes internacionales, se puede corroborar que el grupo 5 es el que tiene mayor porcentaje de cesárea, seguido por los grupos 1, 2 y 3 igualmente el grupo 10 y el grupo 4 (28, 29, 30, 31, 32).

Estos resultados nos hacen conjeturar que existe factores no necesariamente obstétricos que conducen a las intervenciones de cesárea en la culminación de la gestación como es el caso del grupo 3, entre ellas podemos mencionar los posibles problemas médico legales, la toma de decisiones de las mujeres implicadas y los factores de comorbilidad que no conforman los criterios de clasificación de Robson.

Se debe tener en cuenta, que los grupos susceptibles de intervención para reducir la cesárea son los grupos 3 y 2; pues no se encuentran indicaciones absolutas dentro de sus definiciones.

Cabe mencionar, que las mujeres con feto en presentación podálica (grupos 6 y 7) y transversa (grupo 9), tienen indicaciones absolutas de cesárea, cuyas tasas de cesárea identificados en el presente estudio son relativamente bajas con respecto a los grupos 3 y 5, siendo mucho más bajo la tasa específica de cesáreas en el grupo 6 (12.1%), esto se podría justificar porque la presentación podálica o transversa es escasa en comparación a la presentación cefálica.

Los grupos que menos contribuyeron a la tasa de cesárea son los grupos 9, 7 y 2. En parte, estarían reflejadas por la poca incidencia de los embarazos con características que corresponden principalmente a los grupos 7 y 9, que requieren parto por cesárea. Estos resultados evidenciados en el presente estudio son corroborados por Huamán (22), Rodríguez (23), Díaz (24) y Rodríguez (25) y Castañeda (26).

En cuanto al grupo etario más común, nuestro estudio determinó que el comprendido entre 30 -37 años es el más común con un 44,5%, cifra que se corrobora con los estudios realizados en Arequipa (25) y Lima (26), en los que los grupos etarios más comunes fueron de 19-35 años con un 80,87% y 35 -34% con un 47,2%, respectivamente.

En nuestro estudio se determinó que el 48,7% se encontraban en condición de conviviente y el 37,8% casadas, siendo este dato corroborado en el Instituto Materno Perinatal (26) donde el 68,2% fueron convivientes; de la misma manera en el Hospital I Edmundo Escomel (25) el 55,9% de su población fueron convivientes.

Además, como dato relevante nuestro estudio determinó una prevalencia de 35,3% de cesáreas en el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” Essalud de Huancayo durante el año 2018, superando ampliamente la meta establecida por la OMS (15%). Cabe destacar que éste es un estudio preliminar que se realiza en dicho hospital.

Pese a los esfuerzos de alcanzar cifras límite o metas, la tasa de incidencia en nuestro país parecen estar en aumento, ya que según se observan las magnitudes históricas de cesárea en el año 2019, en la ciudad de Lima, fue 37.54% en un Hospital de ESSALUD (23), en el mismo año y en un hospital de ESSALUD, otro estudio en la ciudad de Arequipa reportó una tasa de cesárea de 53% (24); estas cifras son similares a lo determinado en el presente estudio, lo cual es 35,3%.

Estos datos corroboran la tendencia ascendente de la tasa global de cesáreas en los diferentes lugares del Perú. Se puede conjeturar que esta tendencia estaría favorecida por ciertos factores sociales, culturales y por qué no decir por factores geográficos, ya que las incidencias de cesárea parecen ser mayores en las zonas de mayor desarrollo y urbano.

Al comparar la tasa de cesárea (35,3%), evidenciado en este estudio, con las magnitudes internacionales, podemos decir que la incidencia de cesárea local es menor a los reportados en la ciudad de Colombia en el año 2012 (29) donde se reporta un 43,1% de cesáreas, en el año 2014 en la misma ciudad se reportó 37% de cesáreas (30), en el año 2015 en Brasil, Ferreira C, et al (32) reportó una tasa de cesárea de 73,2%.

Comentado [GBP10]: No repita los resultados de sus antecedentes. Debe contrastar sus resultados con los resultados de sus antecedentes.

A razón de estos resultados se plantea realizar investigaciones posteriores que midan y busquen las causas del porque la prevalencia de cesáreas en el lugar de estudio sobrepasa el número sugerido por la OMS.

CONCLUSIONES

- Los grupos más prevalentes según el modelo de clasificación Robson en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Essalud, Huancayo, en el periodo 2018 en pacientes sometidas a cesárea son los grupos 1,5 y 10.
- El grupo etario más común en pacientes sometidas a cesareas según la Clasificación de Robson en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Essalud de Huancayo durante el año 2018, es de 30 -37 años.
- El Estado civil más común de las pacientes cesareadas según la Clasificación de Robson en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Essalud de Huancayo durante el año 2018, es el de conviviente.
- La tasa global de cesáreas en gestantes que culminaron el parto en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Essalud, Huancayo, 2018 es de 35,3%.

RECOMENDACIONES

- Evidenciada la alta tasa global de cesáreas, mayor a la meta establecida por la OMS, se sugiere realizar evaluaciones continuas y periódicas del manejo de parto institucional con el propósito de optimizar y reducir su prevalencia en los grupos más susceptibles de reducción.
- Dado que los grupos de Robson que no necesariamente son susceptibles de la culminación de la gestación mediante cesárea, se sugiere revisar las guías Gineco- obstétricas de manejo de parto y concientizar a las mujeres gestantes para aumentar la demanda del parto vaginal, salvo las indicaciones que requieran necesariamente la cesárea.
- Se sugiere continuar estudios transversales periódicos mediante la aplicación del modelo mencionado para evaluar la variación de la tasa de cesáreas en la institución ámbito de estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Nacimientos por Cesárea. Guía Práctica Clínica del Ministerio de Salud. Ecuador: MSPE; 2015.
2. Betrán AP, Ye J, Moller A, Zhang J, Gülmezoglu AM. The increasing trend in caesarean section rates : Global, Regional and National Estimates : 1990-2014. PLoS One. 2016;11(2):e0148343. [Full Text | DOI].
3. World Health Organization; Human Reproduction Programme.WHO statement on caesarean section rates. Reprod Heal Matters. 2015;(23):149–50. [Full Text].
4. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gülmezoglu AM, Betran AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. An Int J Obstet Gynaecol. 2016;123(5):745–53. [Full Text | DOI].
5. Belizan JM, Althabe F, Cafferata ML: Health consequences of the increasing caesarean section rates. Epidemiology 2007, 18:485-486.
6. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby and subsequent pregnancies: systematic review and meta- analysis. PLoS One. 2018;56:1–22. [Full Text
7. Tadevosyan M, Ghazaryan A, Harutyunyan A, Petrosyan V, Atherly A, Hekimian K. Factors contributing to rapidly increasing rates of cesarean section in Armenia: a partially mixed concurrent quantitative-qualitative

- equal status study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):1–10. [Full Text]
8. Schantz C, Pantelias AC, Loenzien M, Ravit M, Rozenberg P, Louis-Sylvestre C, Goyet S. 'A caesarean section is like you've never delivered a baby': A mixed methods study of the experience of childbirth among French women. *Reproductive BioMedicine and Society Online* (2021) 12, 69– 78.
 9. Gardey, D., 2015. Genre, corps et biomédecine. In *Histoire des sciences et des savoirs, Tome 3. Le siècle des technosciences (depuis 1914)*, 360–79. Le Seuil. Paris.
 10. Davis-Floyd, R., 2001. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75, S5–S23.
 11. Diniz, S.G., Chacham, A.S., 2004. 'The cut above' and 'the cut below': the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters* 12 (23), 100–110.
 12. Topçu, S., Brown, P., 2019. The impact of technology on pregnancy and childbirth: creating and managing obstetrical risk in different cultural and socio-economic contexts. *Health, Risk & Soc.* 21 (3– 4), 89–99. <https://doi.org/10.1080/13698575.2019.1649922>.
 13. Mazzoni, A., Althabe, F., Liu, N., Bonotti, A., Gibbons, L., Sánchez, A., Belizán, J., 2011. Women's preference for caesarean section: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG*:

- An Int. J. Obstetrics & Gynaecol. 118 (4), 391–399.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02793.x>
14. Schantz, C., de Loenzien, M., Goyet, S., Ravit, M., Dancoisne, A., Dumont, A., 2019. How is women's demand for caesarean section measured? A systematic literature review. PLoS ONE 14 (3).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213352> e0213352.
15. Kingdon, C., Neilson, J., Singleton, V., Gyte, G., Hart, A., Gabbay, M., Lavender, T., 2009. Choice and birth method: Mixed-method study of Caesarean delivery for maternal request. BJOG: An Int. J. Obstetrics & Gynaecol. 116 (7), 886–895. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02119.x>
16. Matinnia, N., Faisal, I., Juni, M.H., Herjar, A.R., Moeini, B., Osman, Z.J., 2015. Fears related to pregnancy and childbirth among primigravidae who requested caesarean versus vaginal delivery in Iran. Matern. Child Health J. 19 (5), 1121–1130. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1610-0>.
17. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Suiza: OMS, 2015.
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018- Salud Materna. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/pdf/cap008.pdf.

19. Sinchitullo-Castillo AE, Roldán-Arbieto L, Arango-Ochante PM. Rev. Fac. Med. Hum. Julio 2020;20(3):444-451. DOI 10.25176/RFMH.v20i3.3049.
20. World Health Organization; Human Reproduction Programme. WHO statement on caesarean section rates. *Reprod Heal Matters*. 2015;(23):149–50. [Full Text].
21. Boatin AA, Cullinane F, Torloni MR, Betrán AP. Audit and feedback using the Robson classification to reduce caesarean section rates: a systematic review. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2018;125(1):36–42. [Full Text | DOI].
22. Huamán Encizo BI. Cesárea según la clasificación de Robson en el Hospital de Apoyo Pichanaki, 2017. [Título de Especialidad]. Perú: Universidad Nacional Huancavelica, Facultad de Ciencias de La Salud; 2018.
23. 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]. Perú: Universidad Peruana Unión, Facultad Ciencias De La Salud; 2019.
24. Díaz 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]. Perú: Universidad Nacional de San Agustín De Arequipa, Facultad de Medicina Humana; 2019.
25. Rodríguez Alaysa RF. Frecuencia de Cesáreas Según el Modelo de Clasificación de Robson, en el Hospital I Edmundo Escobel, Arequipa;

2017. [Tesis de Grado]. Perú: Universidad Católica de Santa María, Facultad de Obstetricia y Puericultura; 2018.
26. Castañeda Guillen CJ. Tasa de cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Instituto Nacional Materno Perinatal, periodo enero - diciembre 2015. [Tesis de Grado]. Perú: UNMSM, Facultad de Medicina Humana; 2017.
27. Palacios Alcántara LA. Tasa de cesáreas por modelo de clasificación de Robson en el Hospital II Cañete - Essalud, 2013 – 2014. [Tesis de Grado]. Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2016.
28. Sánchez Pacheco N. Caracterización de las Cesáreas por modelo Robson en la clínica de la maternidad Rafael Calvo de Cartagena. [tesis de especialidad en Ginecología y Obstetricia]. Colombia: Universidad de Cartagena. Facultad de Medicina; 2017).
29. John Z, Fredy Q, Ana María Q. Aplicación del Modelo Robson para caracterización de Cesáreas en una institución de tercer nivel de Atención en Medellín, Colombia". *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Colombia)* 2017; 64(2):90-99.
30. Diana Jiménez H, Andrea Guevara R, John Zuleta T, Jorge Rubio R. Tasa de cesáreas por grupos de Robson en una institución de mediana complejidad de la ciudad de Bogotá, 2012-2014. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Colombia)*. 2015. 67(2). 101-111.

31. Robson M, Murphy M, Byrne F. Quality assurance: The 10-Group Classification System (Robson classification), induction of labor, and cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;131:S23–7.
32. Carlos Ferreira E, Laura Costa M, Guilherme Cecatti J, Haddad SM, Angela Parpinelli M, Robson MS. Robson Ten Group Classification System Applied to Women with Severe Maternal Morbidity for the Brazilian Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity Study Group. *Birth*. 2015;42(1):38–47.
33. Organización Panamericana de Salud. Boletín informativo sobre Cesáreas. 2015. Disponible en: https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-y_estadisticas&alias=696-boletin-informativo-sobre-cesareas&Itemid=235.
34. Freitas PF, Sakae TM, Jacomino MEMLP. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2014 Dec 10];24(5):1051-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/6844.pdf>.
35. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2:436–7. Brennan DJ, Robson MS, Murphy M, O’Herlihy C. Comparative analysis of international cesarean delivery rates using 10-group classification identifies significant variation in spontaneous labor. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201 (September (3)) 308.e1-8.

36. MacDorman MF, Manacker F, Declercq E. Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes. *Clin Perinatol* 2008;35:293–307.
37. Patah LEM, Malik AM. Models of children care and cesarean rates in different countries. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011[cited 2014 Dec 10];45(1):185-94.). Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/en_1759.pdf
38. Ngene N, Naidoo T, Titus M, Moodley J, Craib S, Stutterheim J. Antepartum uterine rupture in a twin gestation presenting as an advanced extrauterine pregnancy in a patient with a previous lower segment Caesarean section. *Trop Doct* 2014;44(3):176–8
39. Mandarin NR, Chein MBC, Monteiro Júnior FC, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJS, et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 [cited 2014 Dec 10];25(7):1587-96. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n7/17.pdf>.
40. Machado Junior LC, Sevrin CE, Oliveira E, Carvalho HB, Zamboni JW, Araújo JC, et al. Associação entre via de parto e complicações maternas em hospital público da Grande São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009.
41. Robson MS: Classification of caesarean section. *Fetal and Maternal Medicine Review* 2001, 12:23-39.

42. Betrán AP, Gulmezoglu AM, Robson M, Merialdi M, Souza JP, Wojdyla D, et al. WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health in Latin America: classifying caesarean sections. *Reproductive Health* 2009, 6:18 doi:10.1186/1742-4755-6-18.
43. 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. *Reprod Health*. 2015;12:1–10.
44. Diaz A. *Construccion de Instrumentos de investigacion y medicion estadistica*. 1ra. ed. Huancayo: Editorial Universidad Peruana Los Andes; 2010.

ANEXOS

Comentado [GBP11]: Los anexos deben estar completos.

Comentado [GBP12]: Esta tabla debe estar en sentido horizontal.

ANEXO N°1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p style="text-align: center;">GENERAL:</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de cesáreas según la Clasificación de Robson en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Essalud, Huancayo, 2018?</p>	<p style="text-align: center;">GENERAL:</p> <p>Determinar la prevalencia de cesáreas según la clasificación de Robson en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Essalud, Huancayo, 2018.</p>	No tiene	<p>V1: Cesárea</p> <p>V2: Características obstétricas</p>
<p style="text-align: center;">ESPECÍFICOS:</p> <p>1. ¿Cuál es la prevalencia de cesáreas según la Clasificación de Robson según grupos de edad de las gestantes que culminaron el parto en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Essalud de Huancayo durante el año 2018?</p> <p>2. ¿Cuál es la prevalencia de cesáreas según la Clasificación de Robson según el estado civil de las gestantes que culminaron el parto en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Essalud de Huancayo durante el año 2018?</p> <p>3. ¿Cuáles es la tasa global de cesáreas en gestantes que culminaron el parto en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Essalud, Huancayo, 2018?</p>	<p style="text-align: center;">ESPECÍFICOS:</p> <p>1. Identificar la prevalencia de cesáreas según la Clasificación de Robson según grupos de edad de las gestantes que culminaron el parto en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Essalud de Huancayo durante el año 2018.</p> <p>2. Identificar la prevalencia de cesáreas según la Clasificación de Robson según el estado civil de las gestantes que culminaron el parto en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Essalud de Huancayo durante el año 2018.</p> <p>3. Determinar la tasa global de cesáreas en gestantes que culminaron el parto en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Essalud, Huancayo, 2018.</p>		

ANEXO N°2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Comentado [GBP13]: En un estudio de este tipo no existen variables independientes y dependientes.

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Items	Valor	Escala de medición
V. de estudio: Cesárea	Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal	Procedimiento quirúrgico para obtener el producto del vientre materno por vía abdominal	-Electiva -Emergencia	Historia clínica	¿Cuál fue el motivo de la cesárea?	1: Programada 2: Emergencia	Nominal

ANEXO N°3 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TASA DE INCIDENCIA DE SEGÚN LA CLASIFICACIÓN ROBSON EN EL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ, ESSALUD, EN EL PERIODO ENERO- DICIEMBRE 2018

FICHA N°

N° Historia clínica:

- Edad del paciente:

- Fecha de realización

n de cesárea: __/__/2018

1. Antecedentes obstétricos

a) Antecedentes obstetricos:

(i) Nulípara (1)

(ii) Multipara (2)

b)Tipo de embarazo:

(i)Único (1)

(ii)Múltiple (2)

c) Cicatriz Uterina Previa:

(i) Si (1)

(ii)No (2)

d)Edad gestacional:

(i)<37 semanas (1)

(ii)≥37 semanas (2)

e)Presentación Fetal

: (i)Cefálico (1)

(ii)Podálico (2)

(iii)Transverso (3)

f)Trabajo de parto:

(i)Espontáneo (1)

(ii)Cesárea electiva (2)

ANEXO N°4 FOTOS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

