



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Medicina Humana

**Tasa de cesáreas según el sistema de clasificación de
Robson en el Hospital II Cañete- ESSALUD, 2023**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujana

AUTOR

Jessica PONCE YNGA

ASESOR

Mg. Manuel Antonio VASQUEZ SANCHEZ

Lima, Perú

2024



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

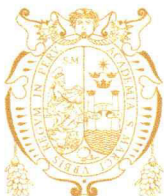
Referencia bibliográfica

Ponce J. Tasa de cesáreas según el sistema de clasificación de Robson en el Hospital II Cañete- ESSALUD, 2023 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2024.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Jessica Ponce Ynga
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	75083784
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-7042-1482
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Manuel Antonio Vasquez Sanchez
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	17809973
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0003-3765-1317
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Daisy Yesenia Flores Cortez
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06804782
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Antonio Mambert Luna Figueroa
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06592641
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Juan Aurelio Obando Rodríguez

Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08486084
Datos de investigación	
Línea de investigación	No aplica.
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	San Vicente de Cañete Latitud: 13°04'32" S Longitud: 76°23'07" O
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Enero 2023 - Diciembre 2023
URL de disciplinas OCDE	Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA



ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



Firmado digitalmente por
FERNANDEZ GIUSTI VDA DE PELLA
Alicia Jesus FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 04.04.2024 19:17:44 -05:00

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD PRESENCIAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANA**

Siendo las 12:30 horas del cuatro de abril del año dos mil veinticuatro, en el aula 101 de la Sección Farmacología de la Facultad de Medicina, se reunió el Jurado integrado por los Doctores: Daisy Yesenia Flores Cortez (Presidenta), Antonio Mambert Luna Figueroa (Miembro), Juan Aurelio Obando Rodríguez (Miembro) y Manuel Antonio Vásquez Sánchez (Asesor).

Se realizó la exposición de la tesis titulada: **“Tasa de cesáreas según el sistema de clasificación de Robson en el Hospital II Cañete – ESSALUD, 2023”**, presentado por la Bachiller **Jessica Ponce Ynga**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujana habiendo obtenido el calificativo de.....*Quince*.....(*15*).

Dra. Daisy Yesenia Flores Cortez
Presidenta

Mg. Antonio Mambert Luna Figueroa
Miembro

ME. Juan Aurelio Obando Rodríguez
Miembro

Mg. Manuel Antonio Vásquez Sánchez
Asesor



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
Escuela Profesional de Medicina Humana

.....
DRA. ANA ESTELA DELGADO VASQUEZ
Directora



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo **MANUEL ANTONIO VASQUEZ SANCHEZ** en mi condición de asesor acreditado con la Resolución Decanal N° **°00552-2024-MP-DA-FM/UNMSM** de la tesis, cuyo título es "TASA DE CESÁREAS SEGÚN EL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN EL HOSPITAL II CAÑETE- ESSALUD, 2023", presentado por la bachiller **Jessica Ponce Ynga** para optar el Título Profesional de Médico Cirujano.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de **17%** de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional**.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título correspondiente.

Firma de Asesor

DNI:


MANUEL VÁSQUEZ SANCHEZ
Gineco-Obstetra
CMP. 25006 - RNE. 12787

MANUEL ANTONIO VASQUEZ SANCHEZ

04/04/2024



AGRADECIMIENTOS

Un inmenso agradecimiento a mis padres, Marcelo y Margarita, por el esfuerzo que realizaron en otorgarme educación y poder lograr mis objetivos. A mis hermanos, Karina y Danny, por su motivación en cada paso para culminar la tesis. A mi sobrino Stefano, por el brillo en sus ojos al contarle mis anécdotas del hospital que me hacía sentir toda una heroína y reafirmaba mi elección por la medicina.

Me siento orgullosa de pertenecer a la familia de San Fernando y agradezco a mi alma mater la Universidad Nacional Mayor de San Marcos por la oportunidad de vivir la experiencia universitaria en sus históricas aulas llenas de motivación por ser los mejores.

Otorgo un agradecimiento al grupo humano que conforma el Hospital II Cañete, me siento afortunada de haber realizado allí mi internado, de las oportunidades y todo el aprendizaje que obtuve de los que conforman el pilar quirúrgico de la salud. Con mención especial a las obstetrices y ginecólogos, que se han convertido en mis maestros.

Y a ti te agradezco por multiplicar mis expectativas de lo que voy a lograr y verás lo grande que llego a ser.

DEDICATORIA

A mis padres, Margarita y Marcelo, por el apoyo incondicional y su inmenso amor. Cultivando en mí la pasión por el conocimiento y anhelo de superar los desafíos que la vida otorga.

“Nacimos para ser grandes”.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	2
DEDICATORIA.....	3
ÍNDICE.....	4
ÍNDICE DE TABLAS.....	6
ÍNDICE DE GRÁFICOS	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
1. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1 Planteamiento del problema.....	10
1.1.1 Descripción del problema.....	10
1.1.2. Formulación del problema.....	12
1.1.3 Justificación de la investigación	12
1.1.4. Limitaciones de la investigación	13
1.2. Marco teórico	13
1.2.1. Antecedentes	13
1.2.2. Bases teóricas.....	16
2. OBJETIVOS	23
2.1. Objetivo general	23
2.2. Objetivos específicos.....	23
3. MÉTODOS.....	24
3.1 Diseño de investigación	24
3.2 . Tipo de investigación.....	24
3.3 . Población.....	24
3.4. Muestra	24
3.5. Criterios de Inclusión	24
3.6. Criterios de Exclusión.....	24
3.7. Variables.....	25
3.8. Técnicas e instrumentos	25
3.9. Recolección de datos	27
3.10. Procesamiento y análisis de datos.....	27
3.11. Consideraciones éticas	28
3.12. Consentimiento informado	29
4. RESULTADOS.....	30
5. DISCUSIÓN.....	37

6. CONCLUSIONES.....	41
7. RECOMENDACIONES	42
ANEXOS.....	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tasa de cesáreas según el sistema de clasificación de Robson en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital II Cañete-EsSalud, 2023.	30
Tabla 2. Tasa de cesáreas de cada grupo de Robson en el servicio de Ginecología-obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud, 2023.....	31
Tabla 3. Características obstétricas de las gestantes sometidas a cesárea en el servicio de Ginecología-obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud, durante el periodo enero-diciembre del 2023.....	33
Tabla 4. Indicaciones de cesárea por grupos de la clasificación de Robson en el servicio de Ginecología-obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud, durante el periodo enero-diciembre del 2023.....	35

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1. Distribución de la tasa de cesáreas de cada grupo de Robson en el servicio de Ginecología-obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud, 2023.....	32
Figura 2. Indicaciones de cesárea de las gestantes sometidas a cesárea en el servicio de Ginecología-obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud, durante el periodo enero-diciembre del 2023.....	34
Figura 3. Indicaciones de cesárea por grupos de la clasificación de Robson en el servicio de Ginecología-obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud, durante el periodo enero-diciembre del 2023.....	36

RESUMEN

Introducción: La alta y creciente tasa de cesáreas es ciertamente motivo de preocupación y se necesita información basada en evidencia para explicar esta tendencia. **Objetivo:** Evaluar la tasa de cesáreas según el sistema de clasificación de Robson en el servicio de Ginecología-obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud, 2023. **Material y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal en el Hospital II Cañete - EsSalud, donde se analizaron 143 gestantes sometidas a cesárea. Se utilizó la técnica documental y ficha de recolección de datos como instrumento. El programa SPSS versión 25 se empleó para evaluar la calidad de los registros, y los resultados secundarios o adversos maternos-perinatales se analizaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes relativos (%). **Resultados:** Durante el año 2023, se llevaron a cabo 506 partos en el Hospital, de los cuales 143 fueron por cesárea, lo que representa una tasa de cesáreas del 28.3%. Adicional a ello, los Grupos 1 y 5 tuvieron las tasas más altas de cesáreas, con un 9.3% y un 9.9%, respectivamente, mientras que los Grupos 4 y 8 presentaron las tasas más bajas, alrededor del 0.2%. La mayoría de las gestantes eran multíparas, constituyendo el 59.4% del total. Además, el 42% de las mujeres tenían antecedentes de cesárea. Respecto a la presentación fetal, el 83.2% fue cefálica. Las indicaciones más frecuentes para las cesáreas incluyeron antecedentes de cesárea previa (42%), sufrimiento fetal (10.5%), y preeclampsia con signos de severidad (6.3%). **Conclusión:** La tasa de cesáreas según el sistema de clasificación de Robson en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud, 2023 fue de 28.3%.

Palabras clave: Cesárea, paridad, Modelo de Clasificación de Robson (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

Introduction: The high and increasing rate of cesarean sections is certainly a cause for concern and evidence-based information is needed to explain this trend.

Objective: To evaluate the rate of cesarean sections according to the Robson classification system in the obstetrics-gynecology service of Hospital II Cañete - EsSalud, 2023.

Material and Methods: An observational, descriptive, retrospective and cross-sectional study was carried out at the Hospital II Cañete - EsSalud, where 143 pregnant women undergoing cesarean section were analyzed. The documentary technique and a data collection sheet were used as a study instrument. SPSS version 25 was used to evaluate the quality of the records, and secondary or adverse maternal-perinatal outcomes were analyzed using absolute frequencies and relative percentages (%).

Results: During 2023, 506 births were carried out at the Hospital, of which 143 were by cesarean section, which represents a cesarean section rate of 28.3%. Additionally, Groups 1 and 5 had the highest rates of cesarean sections, with 9.3% and 9.9%, respectively, while Groups 4 and 8 had the lowest rates, around 0.2%. The majority of pregnant women were multiparous, constituting 59.4% of the total. Furthermore, 42% of the women had a history of cesarean section. Regarding fetal presentation, 83.2% were cephalic. The most common indications for cesarean sections included a history of previous cesarean section (42%), fetal distress (10.5%), and preeclampsia with signs of severity (6.3%).

Conclusion: The cesarean section rate according to the Robson classification system in the obstetrics-gynecology service of Hospital II Cañete - EsSalud, 2023 was 28.3%.

Keywords: Caesarean section, parity, Robson classification model. (Source: MeSH).

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

1.1.1 Descripción del problema

Las cesáreas si bien son consideradas procedimientos que pueden salvar vidas, no están exentas de riesgos, tanto para los embarazos actuales como para los futuros [1]. A nivel mundial, tasas de cesáreas se han incrementado de manera significativa, superando el 15% en muchos países y duplicándose a lo largo de los años. Este incremento ha suscitado preocupaciones entre profesionales de la salud, autoridades y formuladores de políticas debido a las posibles repercusiones negativas en la salud de las madres y los recién nacidos [2].

En diversos países europeos, las tasas de cesárea oscilan entre el 25% y el 35%, mientras que, en Estados Unidos, las tasas se han duplicado más del 31.9% en comparación con el 5.5% registrado en 1970 [3]. En la región de América Latina y el Caribe, se observa una tendencia al uso excesivo de cesáreas, con un promedio alarmante del 42.8%. Este panorama global subraya la necesidad de abordar las tasas de cesáreas y entender las posibles consecuencias negativas asociadas con esta práctica obstétrica [4].

Aunque en determinadas situaciones la cesárea es médicamente necesaria para prevenir la morbimortalidad en mujeres y neonatos, sigue existiendo un debate sobre los beneficios comparativos entre esta práctica y el parto vaginal. Además de conllevar un aumento de complicaciones y de la mortalidad también genera una mayor necesidad de recursos financieros [2]. Se ha demostrado que una cesárea de emergencia tiene un riesgo de muerte 3 veces mayor en comparación con una cesárea planificada, la cual también presenta un mayor riesgo de complicaciones [5].

Dentro de las complicaciones que se asocian a esta intervención se encuentran mayores requerimientos de transfusiones sanguíneas, estancias

hospitalarias prolongadas, infecciones posparto, retención de placenta, muerte fetal y hemorragia posparto [6-7].

En ausencia de intervenciones internacionales efectivas para abordar las complejidades asociadas con las necesidades insatisfechas, los equipos de seguridad y el uso excesivo de procedimientos quirúrgicos, es crucial abogar por una atención adecuada, respaldada por evidencia y respetuosa durante el embarazo y el parto. Además, se hace necesario implementar sistemas de monitoreo que permitan evaluar de manera significativa y orientada a la acción sobre las tendencias cambiantes de cesárea en relación con los resultados maternos e infantiles, con el objetivo de revertir dicha tendencia [4].

No obstante, debido a la estructura descentralizada del sistema de salud, no se ha establecido un sistema para monitorear el uso de procedimientos de cesárea. En este contexto, las organizaciones internacionales recomiendan la utilización de la clasificación de Robson como una herramienta eficaz para el seguimiento y análisis, permitiendo evaluar el uso de cesáreas a lo largo del tiempo, comparar diferencias entre centros y obtener información sobre las variaciones en las tendencias [8]. La evidencia sugiere que la clasificación de Robson puede ser beneficiosa para dirigir intervenciones y políticas públicas, especialmente en situaciones donde la indicación de cesáreas no parece estar plenamente respaldada por razones médicas [9].

En el Perú, al igual que en otras regiones del mundo, la tasa de cesáreas es alta y supera el estándar de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 15% [10]. Los datos indican una frecuencia de cesáreas del 50.2%, siendo las principales indicaciones de causa materna la cesárea previa (25.3%) y la desproporción céfalo-pélvica (19.8%) [11].

A nivel local, se requiere una investigación más exhaustiva sobre esta clasificación, ya que los datos aún no están completamente actualizados en nuestra población. En consecuencia, el estudio tuvo como objetivo evaluar la tasa de cesáreas según el sistema de Robson en el servicio de Ginecología y

Obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud, a fin de prevenir consecuencias negativas para la salud materno-perinatal.

1.1.2. Formulación del problema

Problema general

- ¿Cuál es la tasa de cesáreas según el sistema de clasificación de Robson en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital II Cañete-EsSalud, 2023?

Problemas específicos

- ¿Cuáles son los grupos, según el sistema de clasificación de Robson, con mayor tasa de cesárea en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital II Cañete-EsSalud, 2023?
- ¿Cuáles son los grupos, según el sistema de clasificación de Robson, con menor tasa de cesárea en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital II Cañete-EsSalud, 2023?

1.1.3 Justificación de la investigación

La justificación de esta investigación desde una perspectiva teórica y científica reside en que el conocimiento generado a través de este estudio para proporcionar una metodología estandarizada que permita una evaluación científica y objetiva de las tasas de cesáreas en el servicio de gineco-obstetricia, siendo considerada como base de una información valiosa para futuras pesquisas que también demuestren interés por las intervenciones y políticas que buscan mejorar las tasas de cesárea mediante se considere el contraste con los resultados publicados.

La relevancia práctica de este estudio es evaluar la tasa de cesárea según la clasificación de Robson, cuya finalidad será lograr una asignación óptima de los recursos hospitalarios, adaptando la atención obstétrica a las necesidades de la población atendida, e implementar cambios en las prácticas clínicas para abordar estrategias que promuevan un enfoque más individualizado en el manejo del parto.

1.1.4. Limitaciones de la investigación

La principal limitación del estudio se asocia al sesgo de información, ya que la investigadora dependió de datos consignados por los profesionales encargados del registro en el historial clínico, los cuales suelen ser inexactos. Además, es posible incurrir en errores al momento de traspasar los datos de la ficha de recolección a la base creada en el programa estadístico SPSS V25; Sin embargo, se realizó una consistencia de registros. Además siendo un estudio transversal de modelo retrospectivo, presenta la limitación como no poder realizar deducciones presentadas en épocas anteriores y no se realizará asociación entre variables sino se describe lo observado en el momento del estudio.

Finalmente, los resultados obtenidos no podrán ser extrapolados a otras poblaciones o contextos porque solo representaron a las gestantes que fueron sometidas a cesáreas en un hospital seleccionado para el estudio.

1.2. Marco teórico

1.2.1. Antecedentes

Se realizó el estudio en un hospital de España para evaluar los niveles y características de los partos por cesárea se realizó un estudio con el objetivo de analizar cesáreas según el sistema Robson, divididas en 10 grupos. El estudio fue retrospectivo con 16 506 participantes. Los resultados evidencian que el 20,4% de las mujeres pertenecían al grupo 1; en el grupo 2, 29,4% y el 12,8% en el grupo 4. Los cuales representaron los grupos que hicieron las contribuciones más significativas a la tasa general de cesárea [8].

Se analizó y evaluó las características de cesárea según el sistema de Robson en un hospital público en Pakistán. Hubo 167 participantes en este estudio transversal. En los resultados principales se concluyó que el 44,3% de las mujeres tenían una edad gestacional entre 37-42 semanas, mientras que el 64,7% contaban con antecedentes de cesárea. Además, los grupos 5 y 1 son el segundo y tercer grupo más frecuente, representando el 14,4% y el 11,4%, respectivamente, además, la cesárea previa se presentó en el 20,4% de las

mujeres y el sufrimiento fetal en un 19.8%, los cuales fueron las indicaciones más comunes que llevaron a la cesárea [1].

Se ejecutó el estudio, en un hospital de Etiopía ,de tipo transversal donde se incluyó 4 200 partos. Como principales resultados resalta que el 34.7% del total de partos eran cesárea, donde los mayores contribuyentes a la tasa general fueron el grupo 10 incluidas aquellas con cesárea previa (19.1%), el grupo 2 con 18.3%, el grupo 5 (17.1%) y el grupo 4 (15.8%) [12].

En el hospital universitario de Pakistan se logró demostrar la utilidad de la clasificación de Robson como punto de partida común para auditar los partos por cesárea. El diseño del estudio fue retrospectivo incluyendo a 5 323 500 participantes. Dentro de los principales resultados se evidencia que la tasa de cesáreas de las embarazadas que han sido sometidas a esta intervención durante 4 años fue del 51.9%, el grupo más numeroso para todos los años es del grupo 3 con un 25.2%, seguido del grupo 5 y 1, con porcentajes del 23.4% y el 22.9%, respectivamente. En el seguimiento, se observó que el grupo 5 tuvo una tasa de cesáreas que aumentó regularmente del 22.2% al 24.3%; además, las cesáreas realizadas en el grupo 1 y 4 se asocian a que los embarazos posteriores de estas mujeres culminen en cesárea [2].

El estudio retrospectivo en el hospital de Irán de 2 322 500 participantes. Como principales resultados se encontró que el 53.6% de nacimientos fue por indicación de cesáreas, el grupo 5 de Robson fue el más numeroso para las cesáreas, con un 47,1%, los grupos 2 y 1 ocuparon el segundo y tercer lugar alcanzando un 20.6% y 10.8%, respectivamente. Tanto el sufrimiento fetal como las indicaciones no definidas fueron los motivos más comunes de partos por cesárea con tasas del 13.6% y 13.4%, respectivamente [13].

En el hospital de la India se definió el objetivo de auditar la tasa de cesáreas en un centro de atención terciaria. Fue un estudio retrospectivo en el que incluyeron 2 128 partos. Dentro de los resultados, el 38.16%, indica la tasa de cesárea. El grupo 5 de Robson obtuvo la mayor contribución a la tasa general de cesáreas en un 34.97%, seguido por el grupo 2 con un 26.35. El 61.82% se

caracteriza como cesárea primaria, siendo superior a la de cesáreas repetidas en un 38.17%; además, se considera dentro de las principales indicaciones de cesárea a la intervención previa, sufrimiento fetal, inducción fallida, detención del trabajo de parto y mala presentación [14].

En un hospital de Manipur, India, se realizó el estudio de modelo retrospectivo en el cual se incluyó 10 282 partos. Se obtuvo el valor de 35.2%, como tasa global de cesáreas, donde el grupo 3 con 27.6% de los casos y el grupo conformado por mujeres nulíparas en parto espontáneo con el 23.7% contribuyeron a la mayoría de las poblaciones obstétricas. Además, la mayoría de cesáreas perteneció a las mujeres del grupo 5 que incluyeron a las multíparas con cesárea previo del segmento inferior en el 11% de los casos, seguida del grupo 2 conformado por mujeres nulíparas con cesárea inducido o preparto en el 8.6% y el grupo 4 con las multíparas sin las cesáreas previas que fueron inducidas para cesáreas preparto en un 5.5% [15].

En Malasia, en un estudio se propuso como objetivo determinar el grupo de mujeres con riesgo de sufrir mayores tasas de cesáreas utilizando la clasificación de 10 grupos de Robson. El tipo de estudio desarrollado fue transversal en el que se incluyó 141 257 participantes. Se encontró que la tasa de cesáreas fue del 23.2%, donde se evidencia al grupo 5 con la mayor tasa de cesáreas, manteniéndose las tasas altas durante el período de estudio de 5 años. Además, los grupos 6, 7 y 9 si bien tuvieron las tasas más altas de cesárea, hicieron la menor contribución a las tasas generales [16].

En Pakistán se realizó un estudio donde se determinó la frecuencia de cesárea con su indicación agrupando según los criterios de Robson. Fue un estudio retrospectivo en el que incluyeron 3400 partos. El principal hallazgo fue la tasa de cesárea del 36,5% de todos los nacidos vivos, 38.8% fueron primigrávidas y el 61.2% multigrávidas. Asimismo, el grupo 5 obtiene el mayor porcentaje de cesáreas con un 56%; además, entre las indicaciones principales para el procedimiento fueron el sufrimiento fetal (grupo 12) y la primigrávida con inducciones o cesárea antes del parto (grupo 2) en un 13.5% y 14% de los casos, respectivamente [17].

Se realizó, en la India, el estudio observacional prospectivo en el que incluyeron 4 771 participantes. Dentro de los resultados se encontró que el 46.76% de las mujeres tuvieron partos por cesárea, en el cual fue el grupo 5 con el valor mayor de cesárea en un 13.41%, la segunda contribución más grande fue del grupo 1 con una tasa del 9.01%, y el tercer mayor contribuyente fue el grupo 10 con un 8.09% [18].

En un hospital de Perú se propuso el estudio cuyo objetivo fue analizar las cesáreas según la clasificación de Robson. Fue un modelo transversal analítico en el que incluyeron 64 375 partos. Como principales resultados se halló la tasa de cesárea en un 38.6%, contribuciones significativas y relativas de los grupos 1, 3 y 5 [19].

1.2.2. Bases teóricas

Cesárea

La cesárea es una intervención obstétrica realizada con mayor frecuencia en situaciones en las cuales un parto vaginal presentaría riesgos para el feto o la madre, este procedimiento ha experimentado un aumento significativo en su tasa global en la última década, alcanzando el 21%. A nivel de regiones, la variabilidad es notable, con una tasa del 4% en el área subsahariana de África y cerca del 60% en algunos países de América Latina. Cada año, se llevan a cabo alrededor de seis millones de cesáreas innecesarias, con la mitad de estos procedimientos realizados en Brasil y China. Este aumento global se atribuye, en parte, al incremento de partos por cesárea primaria y a una reducción de partos vaginales tras una cesárea anterior, sumado a otros factores maternos que incluyen la edad, obesidad, reproducción asistida y elección materna sin razones médicas justificadas [20-21]

Los avances en técnicas quirúrgicas, anestesia, transfusiones sanguíneas y terapias antibióticas han contribuido a la evolución de la cesárea a lo largo del tiempo. A pesar de estos progresos, esta intervención quirúrgica sigue siendo un procedimiento con riesgos específicos que pueden tener implicaciones tanto a

corto como a largo plazo materno perinatal. Se evidencia aumento en el porcentaje de cesáreas, ya sea impulsada por motivos médicos y no médicos, algunos de los cuales son justificables, mientras que otros no lo son, se ha observado que en diversos países se están implementando esfuerzos para reducir la prevalencia de partos por cesárea [22] ya que según los estudios, revelan que esta técnica puede generar consecuencias negativas en aspectos como la percepción sensorial, la capacidad de integración sensorial, el desarrollo neuropsiquiátrico y la conexión madre-hijo en los niños (Chen y Tan, 2019) [23].

Anatomía

Desde la piel que recubre el abdomen materno hasta la cavidad amniótica que alberga al feto en el útero, se pueden identificar las siguientes estructuras anatómicas [24]:

Pared abdominal: Durante la gestación, esta pared experimenta distensión para acomodar el crecimiento progresivo del útero, y desde una perspectiva quirúrgica, sirve como la puerta de acceso a la cavidad abdominal, representando la primera fase del procedimiento quirúrgico [24]. Está compuesta por:

- Piel: Las fibras de la dermis se disponen de manera transversal, siguiendo las líneas de Langer, la inervación de esta zona está a cargo de las ramas de los nervios inguinales e hipogástricos [24].
- Tejido celular subcutáneo: Con un grosor variable, este tejido recibe irrigación sanguínea de diversas arterias, como las arterias epigástricas superficiales, entre otras [24].
- Plano muscular: Incluye los músculos rectos del abdomen, los piramidales y los oblicuos mayor, menor y transversos. Están rodeados por sus envolturas fibrosas que, al fusionarse por delante de los músculos rectos, forman la línea alba [24].

Peritoneo: Se entiende como la membrana serosa que se encuentra en estrecha proximidad a los órganos abdominales infra diafragmáticos, que forman parte del

sistema digestivo y genitourinario, esta estructura consta principalmente de dos hojas que son el peritoneo parietal y visceral [24].

Útero: Órgano que alberga al feto y la placenta, siendo altamente vascularizado al final de la gestación, con un flujo sanguíneo que oscila entre 500 y 800 ml/min, lo que lo convierte en un órgano con alto riesgo de hemorragia. La parte superficial del útero está formada por el peritoneo visceral [24].

Bolsa amniótica: Compuesta por dos membranas, el amnios (interna) y el corion (externa), la bolsa amniótica contiene al feto y al líquido amniótico, constituyendo un saco o cavidad amniótica. La placenta, por lo general ubicada en la parte fúndico-corporal del útero, forma parte de esta bolsa amniótica [24].

Fisiología

Para realizar una cesárea, el cirujano debe atravesar diversas capas hasta llegar al feto. Inicialmente, se efectúa una incisión en la piel y los tejidos subcutáneos. La siguiente capa llamada fascia, encargada de recubrir músculos rectos abdominales, compuestos por dos capas: aponeurosis del músculo recto oblicuo externo, músculo transverso y oblicuo interno. Tras separar capa muscular, se logra ingresar a cavidad abdominal atravesando peritoneo parietal. En una mujer embarazada, el útero suele encontrarse en este punto, aunque pueden surgir complicaciones si hay enfermedades adherentes debido a cirugías previas, afectando estructuras como el epiplón, intestino, vejiga y sección anterior del útero [25].

Al identificar el útero, se puede reconocer el peritoneo vesicouterino, conectando la vejiga y el útero, en casos de cesáreas previas, separar la vejiga del útero puede resultar desafiante. Se cortan estas tres capas para realizar la incisión uterina o histerotomía, siendo crucial identificar el recorrido de los vasos en la sección lateral del útero. Seguidamente, las arterias uterinas, ramas de la arteria ilíaca interna que durante el embarazo existe aumento del flujo sanguíneo. Dependiendo de la naturaleza de la membrana amniótica, el médico puede correr riesgo al cortar el útero, dejando la membrana amniótica como última capa entre el médico y el feto para completar la cesárea [25].

Complicaciones asociadas

Las posibles complicaciones durante una cesárea abarcan diversas situaciones, como el atrapamiento de la cabeza fetal en la pelvis, la ruptura del cuello uterino con hemorragia, lesiones en los vasos uterinos en la incisión del segmento inferior, sangrado de la cama placentaria, atonía uterina, daño a la vejiga, uréter e intestino, así como el riesgo de tromboembolismo [26].

La cesárea también conlleva repercusiones a largo plazo, como el retraso en el reinicio de las actividades cotidianas, la demora en el inicio de la lactancia materna, la mayor necesidad de rehospitalización y costos adicionales. Además, esta intervención puede influir en embarazos posteriores, aumentando el riesgo de complicaciones en la placenta y ruptura uterina. La cesárea también se asocia con respuestas inmunes a corto plazo, como la reducción de marcadores inflamatorios en el recién nacido, y se ha vinculado con un mayor riesgo de desarrollar asma, alergias, diabetes tipo 1, enfermedad celíaca y cáncer [26].

Indicaciones

Por causa fetal:

- Presentación de tronco o transversa.
- Presentación podálica.
- Registro fetal no tranquilizador (anormal, ominoso, positivo o categoría III).
- Fetos con restricción de crecimiento y Doppler alterado.
- Macrosomía fetal [27]

Por causa ovular:

- Placenta previa.
- Corioamnionitis en tratamiento.
- Desprendimiento prematuro de placenta

- Prolapso de cordón.
- Embarazo múltiple [27]

Por causa materna:

- Mujer con antecedente de dos o más cesáreas.
- Cesárea anterior.
- Antecedentes de cirugía vaginal previa.
- Madre muerta con feto vivo [27]

Las recomendaciones respecto a las indicaciones de cesárea, formuladas por instituciones como el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia y protocolos establecidos por el Clínica de Barcelona, abarcan diversos escenarios, las cuales se consideran cesáreas electivas en situaciones como la presentación de nalgas, transversa u oblicua del feto, macrosomía fetal, con una probabilidad de recurrencia de 6% y el 40%, También se incluyen indicaciones relacionadas con infección materna, casos como condilomas que afecten el canal de parto, pacientes que viven con virus de inmunodeficiencia adquirida, lesiones de herpes genital en fase activa y patologías médicas maternas que contraindiquen elección de parto vía vaginal [28].

La revisión de la literatura revela que las razones más comunes para llevar a cabo cesáreas electivas fueron las cesáreas previas, constituyendo el 33% de los casos. Otras indicaciones abarcaron situaciones como el sufrimiento fetal, que representó el 19% de los casos; malas presentaciones en un 13%, y la solicitud expresa de la madre constituyó el 9% de los casos. Actualmente, el principal motivo de cesárea por emergencia fueron el sufrimiento fetal con un 62%, mientras que las cesáreas previas en trabajo de parto fueron responsables del 19% de los casos [29].

Además, las razones de la solicitud materna abarcaron diversos motivos como el temor al dolor durante el parto, la ansiedad relacionada con posibles lesiones o muerte fetal, el miedo al proceso del parto, la aprehensión ante

posibles traumas vaginales, experiencias previas de partos difíciles o negativas, antecedentes de infertilidad, ansiedad vinculada a exámenes ginecológicos, preocupación por la pérdida de control durante el parto, el deseo de evitar partos prolongados, inquietud por la falta de apoyo del personal médico, preocupación por la detección de anormalidades, entre otras [30].

Tipos de cesárea

Cesárea electiva o programada: En gestantes con alguna patología materna o fetal que contribuyan a contraindicar parto por vía vaginal. [31].

Cesárea en curso de parto: En gestantes que durante el trabajo de parto es indicada y realiza cesárea por problemas incluyendo desproporción céfalo pélvico, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionario. [31].

Cesárea de emergencia: En gestantes que se recomienda finalizar la gestación indicando cesárea en el menor tiempo posible debido a riesgo para la vida del binomio madre- feto.[31].

Sistema de clasificación de Robson

Este sistema es una herramienta que tiene como objetivo la clasificación a mujeres, que culmina su gestación en parto, en grupos homogéneos según características obstétricas, con el objetivo de realizar una posterior evaluación entre grupos. Creado por el obstetra británico Michael Robson, se ha convertido en un modelo útil para que organizaciones públicas y privadas identifiquen grupos de mujeres con mayor probabilidad de recurrir a la cesárea como vía de término de la gestación [32-28].

La clasificación de Robson organiza a las pacientes en 10 grupos según características obstétricas recopiladas de forma sistemática, este enfoque permite analizar de forma sencilla, reproducible y facilita la realización de estudios. Los cuatro factores considerados para la clasificación son la categoría del embarazo, la edad gestacional, antecedentes obstétricos y el tipo de inicio del trabajo de parto. Se trata de una clasificación donde los grupos son mutuamente excluyentes e incluyentes al mismo tiempo, garantizando que cada mujer pueda ser asignada a un único grupo [33].

Clasificación por grupos de Robson:

1. Nulíparas con gestación única de 37 semanas o más, en presentación cefálica, que inician trabajo espontáneo de parto.
- 2A. Nulíparas con gestación única de 37 semanas o más, en presentación cefálica, en las que se realiza inducción.
- 2B. Nulíparas con gestación única de 37 semanas o más, en presentación cefálica, en las que se realiza cesárea previa al inicio de trabajo de parto.
3. Multíparas con gestación única de 37 semanas o más, en presentación cefálica, que inician trabajo de parto espontáneo.
- 4A. Multíparas con gestación única de 37 semanas o más, en presentación cefálica, en las que se realiza inducción.
- 4B. Multíparas con gestación única de 37 semanas o más, en presentación cefálica, en las que se realiza cesárea previa al inicio de trabajo de parto.
5. Pacientes con cesárea previa y gestación única de 37 semanas o más, en presentación cefálica.
6. Nulíparas con feto único en presentación podálica.
7. Multíparas (incluyendo cesárea previa) con feto único en presentación podálica.
8. Todas las pacientes con embarazo múltiple, incluidas aquellas con cesárea previa.
9. Todas las pacientes con feto único en posición trasversa u oblicua, incluidas aquellas con cesárea previa.
10. Todas las pacientes con feto único en presentación cefálica de menos de 37 semanas de gestación, incluidas aquellas con cesárea previa [33].

La presente clasificación de Robson mantiene su importancia debido a que la Organización Mundial de la Salud propone, en el 2014, utilizarlo como estándar global en la evaluación de tasas de cesáreas y realizar un posterior seguimiento en los establecimientos de salud, en un periodo de tiempo, con fin último de comparar realidades diversas al ámbito local. [34]

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Determinar la tasa de cesáreas según el sistema de clasificación de Robson en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud, 2023.

2.2. Objetivos específicos

- Determinar las características obstétricas de gestantes cesareadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud, 2023.
- Clasificar los casos de cesáreas según el grupo de Robson en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud, 2023.
- Identificar la tasa de cesáreas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud, 2023.

3. MÉTODOS

3.1 Diseño de investigación

Observacional.

3.2 . Tipo de investigación

Descriptiva, retrospectiva y transversal.

3.3 . Población

Gestantes sometidas a cesárea en el servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud, durante el periodo enero-diciembre del 2023.

3.4. Muestra

Fue representado por la totalidad de la población, es decir, gestantes a las que le realizaron cesárea.

Tipo y técnica de muestreo

El muestreo no se realizó porque en el estudio se incluyeron a todas las gestantes que se le realizaron a cesárea en Hospital II Cañete – EsSalud, los cuales fueron de 143 casos. A este procedimiento se le conoce como censo poblacional.

3.5. Criterios de Inclusión

- Gestantes que culminaron en parto ocurrido por cesárea en la institución Hospital II Cañete - EsSalud, durante el periodo enero-diciembre del 2023.

3.6. Criterios de Exclusión

- Gestantes que presentan edad gestacional menor a 22 semanas y/o evidencia de feto menor de 500 gramos, que hayan acudido al Hospital II Cañete - EsSalud, durante el periodo enero-diciembre del 2023.
- Gestantes con historia clínica electrónica incompleta o incongruente.

3.7. Variables

Antecedentes obstétricos:

- Paridad: nulípara o multípara.
- Categoría de la gestación: único o múltiple.
- Presentación: cefálico, podálico, transverso u oblicua
- Edad gestacional: < 37 ó ≥ 37
- Trabajo de parto: espontáneo, inducido o cesárea electiva antes del trabajo de parto.
- Cicatriz uterina previa

3.8. Técnicas e instrumentos

La técnica de investigación se realizó de tipo documental y el instrumento utilizado fue un formulario de recolección de datos que incluyó los siguientes apartados:

Sección I: Características obstétricas

En esta sección se registraron todas aquellas características o condiciones que se necesiten para clasificar a la población en estudio en uno de los 10 grupos de Robson; por tanto, se incluyó información sobre la cicatriz uterina previa (si, no), antecedente obstétrico (nulípara, multípara), edad gestacional (pretérmino, a término), inicio de trabajo de parto (espontáneo, Cesárea electiva antes del inicio de trabajo de parto), presentación fetal (cefálica, podálica, transverso u oblicuo) y categoría de la gestación (simple, múltiple).

Sección II: Cesárea según sistema de clasificación de Robson

En este apartado identificamos los grupos (grupos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10) de gestantes sometidas a cesárea según la clasificación de Robson (Gallo et al., 2023).

1. Nulíparas con gestación única de 37 semanas o más, en presentación cefálica, que inician trabajo espontáneo de parto.
- 2A. Nulíparas con gestación única de 37 semanas o más, en presentación cefálica, en las que se realiza inducción.

- 2B. Nulíparas con gestación única de 37 semanas o más, en presentación cefálica, en las que se realiza cesárea previa al inicio de trabajo de parto.
3. Multíparas con gestación única de 37 semanas o más, en presentación cefálica, que inician trabajo de parto espontáneo.
- 4A. Multíparas con gestación única de 37 semanas o más, en presentación cefálica, en las que se realiza inducción.
- 4B. Multíparas con gestación única de 37 semanas o más, en presentación cefálica, en las que se realiza cesárea previa al inicio de trabajo de parto.
5. Pacientes con cesárea previa y gestación única de 37 semanas o más, en presentación cefálica.
6. Nulíparas con feto único en presentación podálica.
7. Multíparas (incluyendo cesárea previa) con feto único en presentación podálica.
8. Todas las pacientes con embarazo múltiple, incluidas aquellas con cesárea previa.
9. Todas las pacientes con feto único en posición transversa u oblicua, incluidas aquellas con cesárea previa.
10. Todas las pacientes con feto único en presentación cefálica de menos de 37 semanas de gestación, incluidas aquellas con cesárea previa [31].

Estos grupos se dividen en base los siguientes criterios: antecedentes obstétricos (paridad y cesárea previa), inicio de labor de parto (espontáneo, inducido o cesárea electiva), presentación fetal (cefálica, podálica, transversa u oblicua), edad gestacional (< 37 semanas o ≥ 37 semanas) y categoría de gestación (único o múltiple) [35]; por ello, para facilitar el proceso de identificación de cada paciente, en la sección anterior se registró información relacionada a los mismos.

Adicionalmente, para calcular la tasa de cesárea, se utilizó el total de mujeres que culminaron su gestación por parto vaginal o cesárea en el Hospital II Cañete ESSALUD y así seleccionar a las mujeres que le realizaron cesárea para

culminar la gestación. Cabe señalar que la tasa de cesárea se obtuvo mediante la siguiente fórmula (Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud, 2013):

$$\frac{\text{Nº Total de Cesáreas realizadas}}{\text{Nº Total de Partos}} \times 100$$

3.9. Recolección de datos

- Se solicitó la aprobación del plan de investigación a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y al Hospital II Cañete - EsSalud; además se ingresó por mesa de partes del nosocomio una solicitud de acceso a sus instalaciones.
- Una vez obtenida la aprobación del plan de investigación y los permisos correspondientes se socializaron los documentos con el jefe del servicio de Ginecología-obstetricia para coordinar las fechas y horas de recolección de datos, previa selección de la muestra.
- Los datos a recolectar correspondieron al periodo enero - diciembre del 2023 y el recojo se realizó mediante el ingreso al sistema electrónico de historias clínicas de EsSalud y búsqueda con códigos CIE-10.
- Finalmente, la información recabada fue procesada en la base de datos creada en el programa SPSS V25, para someterlo a una prueba de consistencia de registros y análisis estadístico.

3.10. Procesamiento y análisis de datos

La información obtenida se ingresó a una base de datos en el programa SPSS versión 25, con previo proceso de control de calidad de registros, este consistió en seleccionar los datos que cumplan con los criterios de inclusión para su posterior clasificación, caso contrario fueron depurados del procedimiento. Luego de obtener la base libre de inconsistencias se aplicaron técnicas estadísticas que describieron la respuesta a los objetivos del estudio.

Las variables de interés para la investigación derivadas por las características obstétricas, la presencia de cesárea según sistema de clasificación de Robson, los indicadores de cesárea y los resultados secundarios o adversos maternos- perinatales fueron evaluadas por medio de frecuencias absolutas y relativas (%).

Con relación a la tasa general de cesáreas según el sistema de clasificación de Robson, fue el cociente entre el número de parto por cesárea sobre el total de partos (vaginal o cesárea) multiplicado por 100 expresado porcentualmente durante el periodo de estudio establecido, tal como se muestra a continuación:

$$Tasa\ de\ cesárea = \frac{Número\ de\ parto\ por\ cesárea}{Total\ de\ partos} \times 100$$

Este mismo procedimiento fue utilizado para obtener la tasa de cesáreas con respecto a cada grupo de clasificación de Robson:

$$Tasa\ de\ cesárea = \frac{Número\ de\ cesáreas\ (grupo1, grupo2, grupo\ 3, \dots, grupo\ 10)}{Total\ de\ partos} \times 100$$

La presentación de los resultados fue por medio de tablas simples y bidimensionales, incluyendo gráficos como el diagrama de barras y/ circular en el programa Microsoft Excel 2019.

3.11. Consideraciones éticas

Este estudio fue evaluado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y de la Dirección del Hospital II Cañete, para la aprobación de desarrollo y ejecución del estudio.

Una vez obtenidos los documentos de aprobación, la investigadora los socializó con el personal de archivos para obtener las historias clínicas de la población a evaluar.

Todos los datos obtenidos de las historias clínicas fueron colocados en el instrumento a utilizar para fines de la investigación, los cuales estuvieron codificados para mantener el anonimato y poder identificarlos posteriormente.

La investigadora contó con un usuario y contraseña virtual para acceder a la base de datos creada para el estudio, de esta manera se resguardó la información obtenida para el análisis y obtención de resultados.

Finalmente, toda la información solo fue manejada por personal relacionada con la investigación, y los datos solo fueron utilizados para fines de esta pesquisa y futuras investigaciones.

3.12. Consentimiento informado

El presente estudio no requirió de consentimiento informado alguno debido a que no fue necesario evaluar directamente a gestantes sometidas a cesárea; por el contrario, solo fueron analizadas las informaciones documentales debidamente consignadas en las historias clínicas de estas pacientes; de esta manera, se prescindió la utilización del consentimiento informado.

4. RESULTADOS

Tabla 1. Tasa de cesáreas según el sistema de clasificación de Robson en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital II Cañete-EsSalud, 2023.

Número de Cesáreas	Total de Partos	Tasa de Cesáreas (%)
143	506	28.3%

En la tabla 1, se obtiene como resultado que de los 506 partos realizados en el Hospital II Cañete-EsSalud, durante el periodo 2023, existieron 143 partos por cesárea, lo que significa que la tasa de cesáreas fue del 28.3%

Tabla 2. Tasa de cesáreas de cada grupo de Robson en el servicio de Ginecología-obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud, 2023.

Clasificación de Robson	Número de Cesáreas	Total de Partos	Tasa de Cesáreas (%)
Grupo 1: Nulípara, feto único, presentación cefálica, a término, inicio de parto espontáneo	47	506	9.30%
Grupo 2: Nulípara, feto único, presentación cefálica, a término, inducido o cesárea electiva	6	506	1.20%
Grupo 3: Multípara, sin cesárea previa, feto único, presentación cefálica, a término, inicio de parto espontáneo	16	506	3.20%
Grupo 4: Multípara, feto único, sin cesárea previa, presentación cefálica, a término, inducido o cesárea programada.	1	506	0.20%
Grupo 5: Multípara, cesárea previa, feto único, presentación cefálica, a término.	50	506	9.90%
Grupo 6: Nulípara, feto único, presentación podálica	5	506	1.00%
Grupo 7: Multípara, feto único, presentación podálica. Incluida cesárea previa	8	506	1.60%
Grupo 8: Embarazo múltiple. Incluida cesárea previa.	1	506	0.20%
Grupo 9: Feto único, posición transversa u oblicua. Incluida cesárea previa.	9	506	1.80%
Grupo 10: Feto único, presentación cefálica, pretérmino. Incluida cesárea previa	0	506	0.00%
Total			28.40%

La tabla 2 revela una variación significativa en la tasa de cesáreas entre los grupos de clasificación de Robson. Los grupos con mayores tasas de cesárea fueron los grupos 1 y 5, con un 9,3% y un 9,9%, respectivamente. En contraste, los grupos 4 y 8 tuvieron las tasas más bajas, equivalentes al 0.2%.

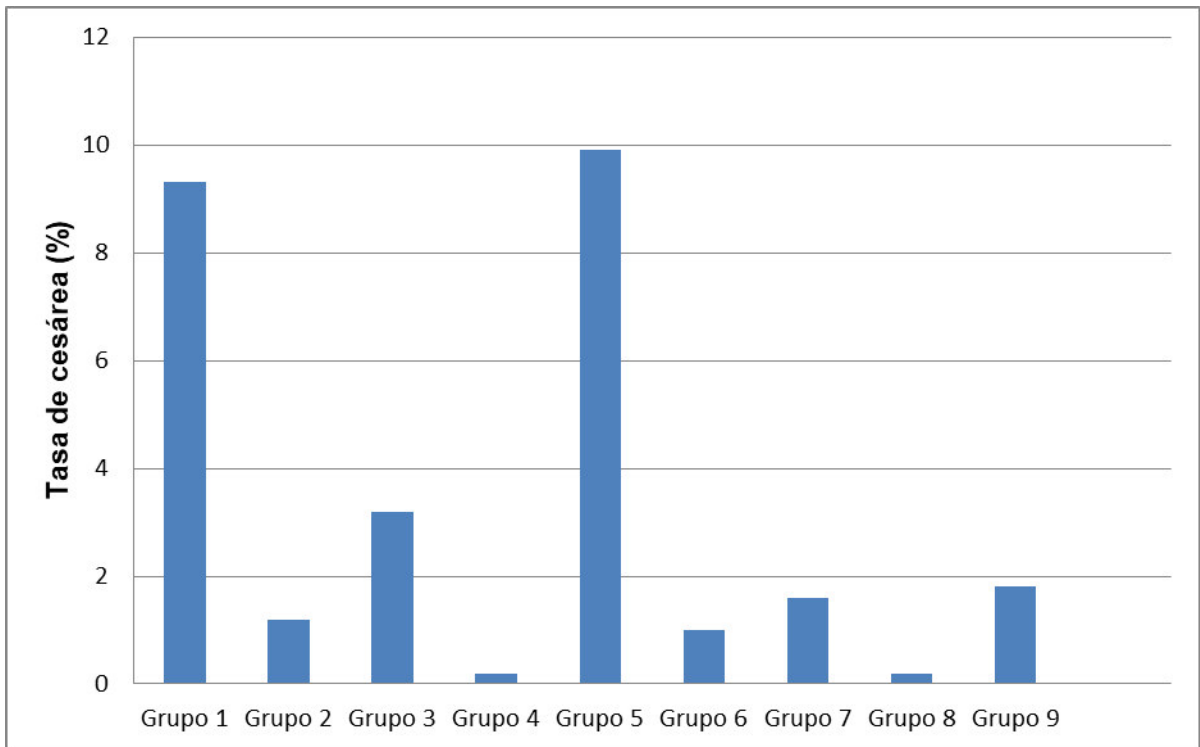


Figura 1. Distribución de la tasa de cesáreas de cada grupo de Robson en el servicio de Ginecología-obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud, 2023.

Tabla 3. Características obstétricas de las gestantes sometidas a cesárea en el servicio de Ginecología-obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud, durante el periodo enero-diciembre del 2023

Características obstétricas	N	%
Edad (Me RIQ)	32 (11)	
Paridad		
Nulípara	58	40.6%
Multípara	85	59.4%
Antecedentes de cesárea		
Sí	60	42.0%
No	83	58.0%
Edad gestacional		
< 37 semanas	1	0.7%
≥ 37 semanas	142	99.3%
Inicio de trabajo de parto		
Espontáneo	104	72.7%
Inducido	29	20.3%
Cesárea electiva antes del inicio de trabajo de parto.	10	7.0%
Presentación fetal		
Cefálica	119	83.2%
Podálica	15	10.5%
Transversa u oblicua	9	6.3%
Categoría de la gestación		
Único	142	98.58%
Múltiple	1	1.42%
Total	143	100%

Me: mediana | RIQ: Rango intercuartílico

La tabla 3 muestra que la mayoría de las mujeres eran multíparas, representando el 59.4% del total de gestantes. Además, el 42% de ellas tenían antecedentes de

cesárea. Solo el 0.7% tuvo edades gestacionales menores a las 37 semanas, y el inicio del trabajo de parto ocurrió de forma espontánea en un 72.7% de los casos. En cuanto a la presentación fetal, el 83.2% fue cefálica.

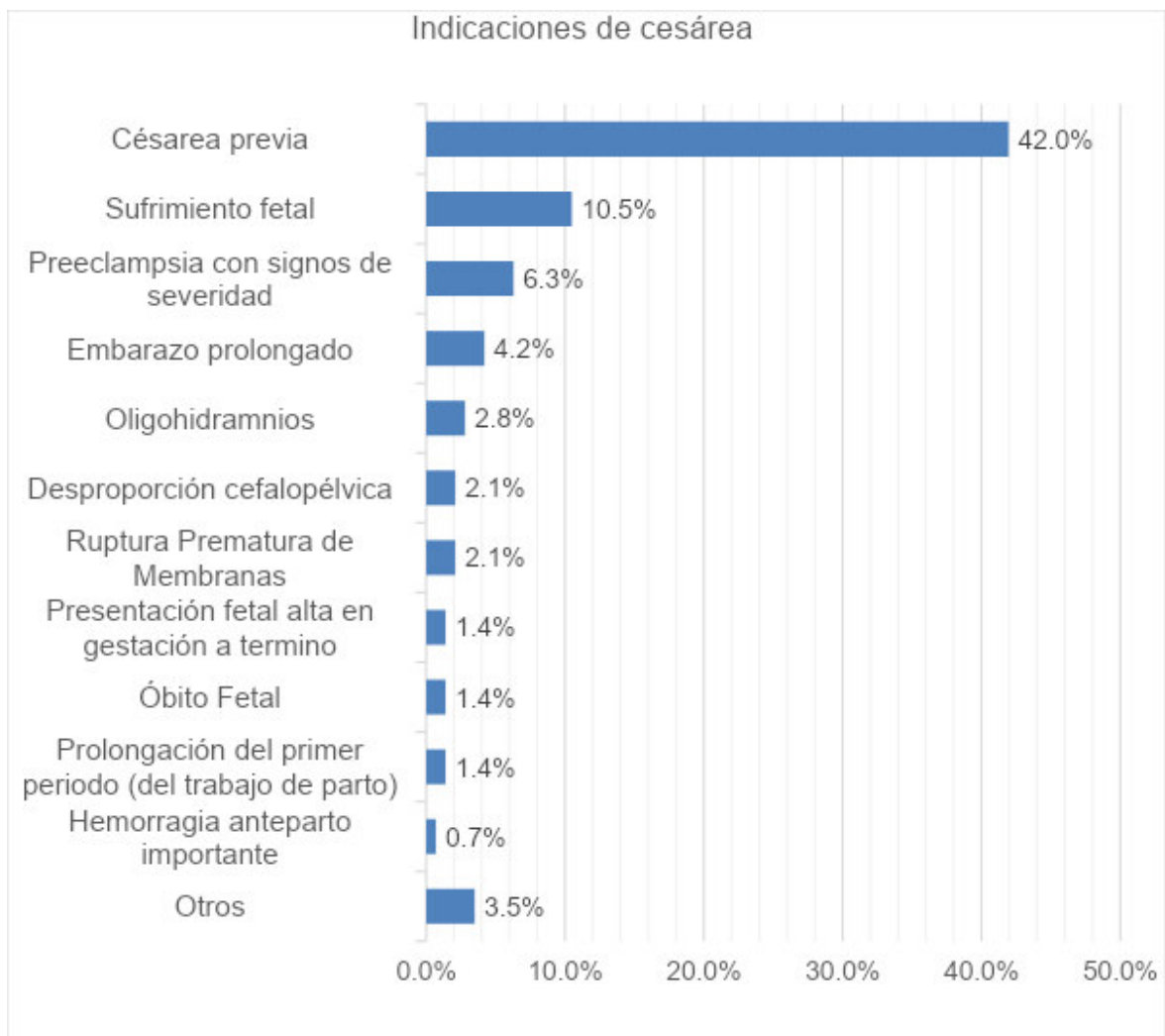


Figura 2. Indicaciones de cesárea de las gestantes sometidas a cesárea en el servicio de Ginecología-obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud, durante el periodo enero-diciembre del 2023

Tabla 4. Indicaciones de cesárea por grupos de la clasificación de Robson en el servicio de Ginecología-obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud, durante el periodo enero-diciembre del 2023

	Cesárea previa		Sufrimiento fetal		Preeclampsia severa/eclampsia		Hemorragia anteparto		Desproporción cefalo-pélvica		Presentación fetal alta		Ruptura prematura de membrana		Oligohidramnios		Óbito fetal		Embarazo prolongado		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
GRUPO 1	20	43%	8	17%	4	9%	0	0%	7	15%	1	2%	1	2%	4	9%	0	0%	2	4%	47
GRUPO 2	2	33%	4	67%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	6
GRUPO 3	8	50%	3	19%	1	6%	0	0%	0	0%	0	0%	1	6%	1	6%	1	6%	1	6%	16
GRUPO 4	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1
GRUPO 5	38	76%	8	16%	1	2%	1	2%	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%	50
GRUPO 6	1	20%	1	20%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	60%	0	0%	0	0%	5
GRUPO 7	1	13%	2	25%	0	0%	0	0%	2	25%	1	13%	0	0%	1	13%	0	0%	1	13%	8
GRUPO 8	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1
GRUPO 9	1	11%	6	67%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	11%	1	11%	0	0%	0	0%	9
GRUPO 10	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0

143

La tabla 4 muestra que la indicación de cesárea previa representa el mayor porcentaje en los grupos de Robson 1, 3 ,4 y 5. Además, se observa que en el grupo 5 la indicación de cesárea previa abarca el 76% y el sufrimiento fetal (16%) es la segunda indicación con mayor porcentaje en este grupo.

La indicación de sufrimiento fetal abarca el 67% en el grupo 2 y 9. Para el grupo 8 esta indicación es de un 100%.

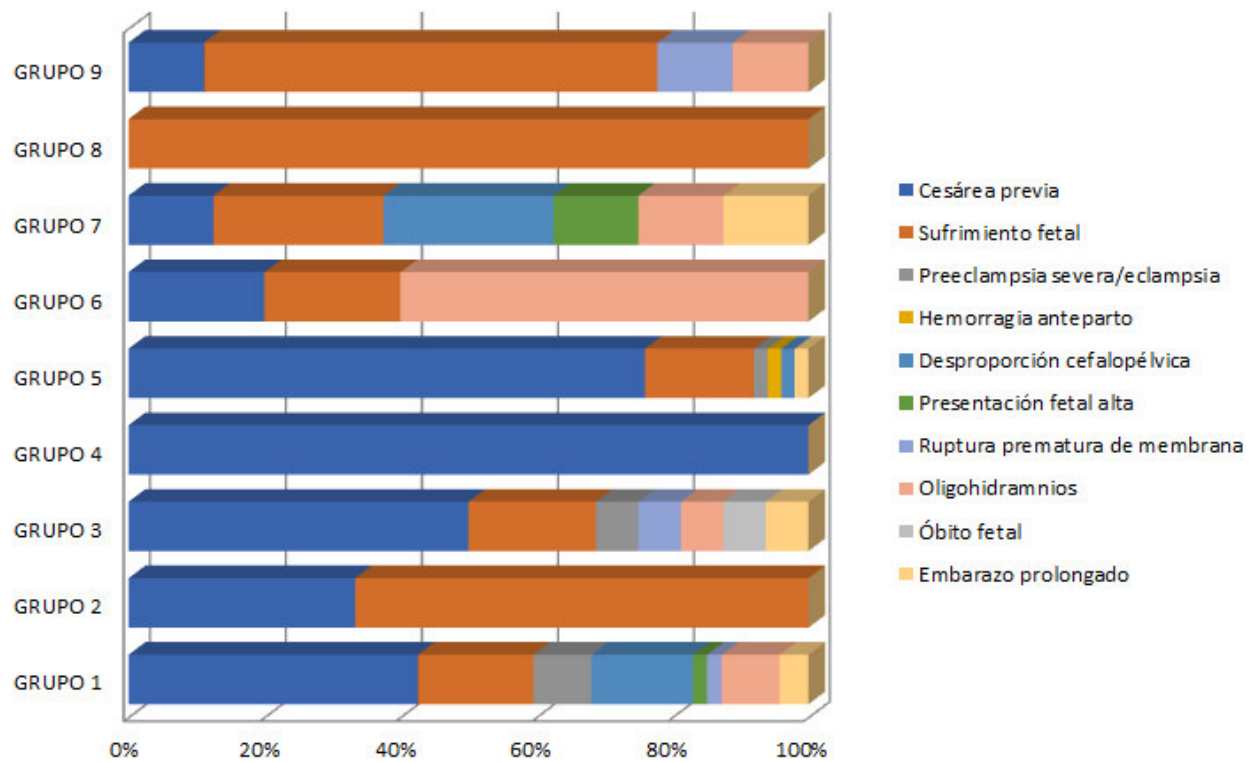


Figura 3. Indicaciones de cesárea por grupos de la clasificación de Robson en el servicio de Ginecología-obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud, durante el periodo enero-diciembre del 2023

5. DISCUSIÓN

Desde 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que de todos los partos un máximo de 15% debieran realizarse vía cesárea; bien justificada la cesárea es capaz de reducir la morbilidad materna perinatal, no obstante, cifras mayores no se traducirían en mayores beneficios para la salud materno-fetal.

Entre los sistemas de clasificación, el sistema de Robson se ha utilizado en muchos países. En 2014, la OMS demostró su flexibilidad, solidez, confiabilidad y flexibilidad al aplicarla a más de 33 millones de mujeres embarazadas en más de 31 países [4]. En ese sentido, el presente estudio aplica esta clasificación a cesáreas realizadas en el Hospital II Cañete-EsSalud durante el periodo enero a diciembre de 2023, lo cual permitirá monitorear y comparar las tasas de cesárea de manera consistente para una mejor comprensión de su tendencia y causas subyacentes. Este sistema posee categorías totalmente inclusivas y mutuamente excluyentes, por ello cada paciente puede ser clasificado en función de características básicas recopiladas de rutina. Además, el uso de esta clasificación pretende proporcionar una evaluación crítica de la atención al momento del parto y utilizar para mejorar la práctica asistencial.

Las principales características obstétricas de las gestantes evaluadas en el presente estudio realizado en el Hospital II Cañete de EsSalud pusieron en evidencia una edad mediana de 32 años. Además, el 40.9% de pacientes fueron nulíparas, el 42.0% tuvieron antecedente de cesárea y solo 0.7% tuvieron edad gestacional menor a 37 semanas. Se destaca que un 7.0% fueron sometidas a cesárea electiva, 1.3% fueron gestaciones múltiples y 6.3% y 10.5% tuvo un feto en presentación transversa y podálica, respectivamente. Estas características de las gestantes evaluadas son similares a las descritas en una investigación peruana donde la nuliparidad (44.0%), la edad gestacional menor a 37 semanas (6.4%) y la cesárea electiva (9.2%) estuvieron similarmente presentes [19]. Con excepción del embarazo múltiple y la presentación fetal anómala, ninguna de estas características es indicación absoluta de cesárea sino más bien características obstétricas importantes de considerar al momento de planificar la vía de parto; de allí la importancia de considerar su descripción en este acápite.

En el Hospital II Cañete-EsSalud se evidencia una tasa de cesárea del 28,3% (143/506) de enero a diciembre de 2023.. Esta cifra se encuentra muy por encima de la tasa máxima recomendada por la Organización Mundial de Salud de 15.0%. Este hallazgo es similar a lo reportado en Malasia donde la tasa de cesáreas ascendió a 23.2% [16]; si bien se reportaron cifras menores en España con tasas de 19.0% [8], la realidad muestra que puede incluso alcanzarse tasas de 53.6% y 51.9% en países como Irán y Turquía [13-2], respectivamente. Estas elevadas tasas de cesárea demostrarían la existencia de una excesiva utilización de esta cirugía, que más allá de proteger la salud materno-fetal, generaría exposición innecesaria a daños, desperdicio de recursos humanos y financieros sanitarios, sobretodo cuando no se halla debidamente justificada [36].

En la literatura médica, se aplica el modelo de Robson y se reconoce como una herramienta práctica que identifica grupos de pacientes en los que sería posible reducir el porcentaje de cesárea. En la presente investigación realizado en el Hospital II Cañete-EsSalud el grupo de mayor presencia fue el número 5 según la clasificación de Robson con un 9.9%, seguidamente se ubicó el grupo Robson 1 (9.3%) que correspondió a cesáreas por nuliparidad, feto único, presentación cefálica, a término e inicio de parto espontáneo. Este hallazgo coincide con investigadores de Pakistán, para quienes los grupos Robson 1 (14.4%) y 5 (11.4%) fueron los más frecuentes en las cesareadas [1]. Así también en India se informó que el grupo Robson 5 (13,4%) tuvo la tasa más alta de cesáreas, seguido por el grupo Robson 1 (9,1% [18]). De modo similar, un estudio realizado en Irán coincidió parcialmente al reportar que el grupo Robson 5 (24.3%) obtuvo la mayor contribución a la tasa general de cesárea. Además se expresa que como parte de la reforma sanitaria gubernamental no se da prioridad al parto vaginal después de una cesárea, lo atribuyen principalmente a la falta de habilidades y al miedo a sufrir repercusiones legales [13]. Igualmente en la India se verificó que el grupo Robson 5 (13.4%) fue el de mayor contribución donde las principales indicaciones fueron el rechazo del parto vaginal, por decisión de la gestante, después de una cesárea previa (48,94%), seguido de las pacientes no aptas para parto por vía vaginal (22,88%) debido a diversas contraindicaciones [14].

En la práctica obstétrica actual, el grupo 5 puede ser muy importante en muchos entornos de atención médica porque existe una creciente del número de mujeres con antecedentes de cesárea previa. En el presente estudio casi la mitad (42.0%) de gestantes evaluadas presentaron el antecedente de cesárea, lo cual aumenta el riesgo de requerir otra cesárea en embarazos subsiguientes, cuando la gestación no supera el periodo intergenésico de 2 años, principalmente debido al riesgo de ruptura uterina durante el parto vaginal después de cesárea; asimismo, la cesárea previa puede causar una cicatriz en el útero que aumenta el riesgo de complicaciones. De allí la relevancia de este grupo Robson; asimismo, la contribución significativa del grupo Robson 5 a la tasa de cesáreas se debe principalmente a la presencia de cesáreas previas con periodo intergenésico corto (menor a 2 años), que aumentan el riesgo de requerir cesáreas en embarazos posteriores debido a preocupaciones sobre la seguridad materna y fetal.

En el presente estudio el grupo Robson 1 ocupó el segundo lugar como contribuyente a la tasa de cesáreas (9.3%), cifra porcentual estrechamente similar a lo reportado en Mumbai, con una tasa de cesáreas de 9.1% en el grupo Robson 1 [18]. Cifras muy cercanas fueron reportadas en Etiopía con una contribución a la tasa de cesáreas de 10.7% [12]; asimismo, en el estudio de Irán la contribución del grupo Robson 1 fue 10.8% [13] y en el estudio de la India fue de 8.6% [15].

Aunque las mujeres en el grupo Robson 1 son primíparas y no tienen cesáreas previas, pueden presentar otros factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que terminen en una cesárea, la edad materna avanzada, un mayor índice de masa corporal, hipertensión gestacional, la diabetes gestacional u otras complicaciones médicas. En algunos casos, las mujeres en el grupo Robson 1 pueden requerir inducción del parto debido a complicaciones como preeclampsia, diabetes gestacional o embarazo prolongado, las cuales estuvieron presentes en regular frecuencia en el presente estudio empezando por el sufrimiento fetal (10.5%), preeclampsia con criterios de severidad (6.3%), embarazo prolongado (4.2%) y oligohidramnios (2.8%). Otras complicaciones menos frecuentes observadas en el presente estudio fueron la presentación fetal alta, la prolongación del primer periodo del trabajo de parto, la hemorragia

anteparto, entre otros. Aunque las mujeres en el grupo Robson 1 no tienen cesáreas previas, aún pueden enfrentar varios factores que aumentan el riesgo de cesárea durante el parto. Estos factores pueden contribuir a que este grupo tenga una alta tasa de cesáreas y, por lo tanto, una contribución significativa a la tasa general de cesáreas.

En suma cuenta es posible apreciar que los grupos Robson que más contribuyen a la tasa de cesáreas son los grupos 5 y 1; ello también es concordante con estudios peruanos donde la contribución de ambos fue 11.7% y 15.7%, respectivamente; asimismo, esto concuerda con la tendencia observada en otros entornos obstétricos [19]. La tasa de cesárea fue del 28.3%, que resulta elevada, refleja una cifra considerable y sugiere la importancia de explorar estrategias para reducir esta intervención siempre que sea posible. Es interesante observar que la principal indicación de cesárea fue el historial de una cesárea previa, con un valor de 42.0% de los casos, lo que destaca la importancia de la historia obstétrica previa en la toma de decisiones clínicas. Además, otras indicaciones significativas, como el sufrimiento fetal, la preeclampsia severa, el embarazo prolongado y el oligohidramnios, también influyeron en la incidencia de cesáreas en esta población. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un enfoque multidisciplinario en la atención obstétrica, que aborde no solo los factores médicos y obstétricos, sino también necesidades individuales de las mujeres embarazadas. Finalmente, futuras investigaciones debieran explorar intervenciones dirigidas a mitigar estos factores de riesgo específicos y promover el parto vaginal seguro siempre que sea apropiado, con el objetivo de mejorar los resultados maternos y neonatales.

6. CONCLUSIONES

Según el sistema de clasificación Robson, la tasa de cesáreas en el servicio de Ginecología- obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud fue del 28.3% en 2023.

La tasa de cesáreas más alta entre los grupos de clasificación Robson, se observó en el Grupo 1 y Grupo 5, con un 9.3% y un 9.9%, respectivamente. En cambio, los grupos 4 y 8 tuvieron las tasas más bajas, equivalentes al 0.2%.

En el año 2023, los principales motivos de cesárea en el servicio de Ginecología-obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud fueron la cesárea previa, sufrimiento fetal y preeclampsia con presencia de síntomas severos.

7. RECOMENDACIONES

Se recomienda a los gestores en salud implementar programas de educación continua para el personal de salud, así como el fomento de prácticas basadas en evidencia y enfoques multidisciplinarios en la toma de decisiones relacionadas con el parto. Además, la promoción del parto vaginal como opción segura y viable, ya que en determinadas situaciones ayuda a reducir la tasa de cesáreas sin comprometer la seguridad materno-fetal.

Se recomienda a los profesionales de la salud a cargo de la atención materna identificar tempranamente factores de riesgo presentes en toda gestante que acude en trabajo de parto enfatizando la presencia del antecedente de cesárea previa y la multiparidad, atributos que definen el grupo Robson 5. Asimismo, adoptar un enfoque de atención materna centrada en el riesgo en la atención de gestantes que, aunque inicialmente parecen de bajo riesgo como el Robson 1, pueden presentar abruptamente situaciones que comprometen la salud materno-fetal.

Se sugiere a los profesionales de la salud promover el parto vaginal siempre que sea posible y seguro como opción preferida, especialmente en casos de indicaciones relativas de cesárea tales como la cesárea previa. En ese sentido, es importante realizar un riguroso manejo de las indicaciones de cesárea evaluando integralmente cada caso para determinar la indicación más apropiada de cesárea.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parveen R, Khakwani M, Naz A, Bhatti R. Analysis of Cesarean Sections using Robson's Ten Group Classification System. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2021 Jan 1;37(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33679951/>
2. Tontus HO, Nebioglu S. Improving the Caesarean Decision by Robson Classification: A Population-Based Study by 5,323,500 Livebirth Data. *Annals of Global Health* [Internet]. 2020 Aug 17;86(1):101. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32874932/>
3. Kirchengast S, Hartmann B. Recent Lifestyle Parameters Are Associated with Increasing Caesarean Section Rates among Singleton Term Births in Austria. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018 Dec 21;16(1):14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30577604/>
4. Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health*. 2021 Jun;6(6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30577604/>
5. Grabarz A, Ghesquière L, Debarge V, Ramdane N, Delporte V, Bodart S, et al. Cesarean section complications according to degree of emergency during labour. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [Internet]. 2021 Jan 1;256:320–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33264691/>
6. Annes Ahmeidat, Wiktoria Julia Kotts, Wong J, McLernon DJ, Black M. Predictive models of individual risk of elective caesarean section complications: a systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2021 Jul 1;262:248–55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34090730/>
7. Abdelazim I, Alanwar A, Shikanova S, Kanshaiym S, Farghali M, Mohamed M, et al. Complications associated with higher order compared to lower order cesarean sections. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2019 Jan 6;1–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30463461/>

8. Vila-Candel R, Martín A, Escuriet R, Castro-Sánchez E, Soriano-Vidal FJ. Analysis of Caesarean Section Rates Using the Robson Classification System at a University Hospital in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 Feb 29;17(5):1575. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32121364/>
9. Eyi EGY, Mollamahmutoglu L. An analysis of the high cesarean section rates in Turkey by Robson classification. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2019 Oct 1;34(16):2682–92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31570019/>
10. Munares-García O. Evolución de cesáreas en el Perú, un elemento a evaluación. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal [Internet]*. 2023 Mar 31 [cited 2023 Dec 5];8(2):e1-2. Disponible en: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/270/279>
11. Barrena Neyra Mayra, Quispe saravia Ildfonso Pierina, Flores Noriega Mónica, León Rabanal Cristian. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2020 Abr [citado 2024 Abr 01] ; 66(2): 00004. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000200004&lng=es
12. Abubeker FA, Gashawbeza B, Gebre TM, Wondafrash M, Teklu AM, Degu D, et al. Analysis of cesarean section rates using Robson ten group classification system in a tertiary teaching hospital, Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020 Dec;20(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33298012/>
13. Pourshirazi M, Heidarzadeh M, Taheri M, Esmaily H, Babaey F, Talkhi N, et al. Cesarean delivery in Iran: a population-based analysis using the Robson classification system. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022 Mar 8;22(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35260106/>
14. Pravina P, Ranjana R, Goel N. Cesarean Audit Using Robson Classification at a Tertiary Care Center in Bihar: A Retrospective Study. *Cureus*. 2022 Mar 13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35425673/>
15. Janani L, Christina S, Akoijam BS, Nameirakpam D, Laiphrakpam RS. Analysis of cesarean section rates and its indications using robson's classification at a tertiary care hospital, Manipur. *Indian Journal of Public*

- Health [Internet]. 2022;66(4):434–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37039169/>
16. Karalasingam SD, Jeganathan R, Jegasothy R, Reidpath DD. Caesarean section rates from Malaysian tertiary hospitals using Robson's 10-group classification. BMC Pregnancy and Childbirth. 2020 Jan 31;20(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32005188/>
 17. Majid E, Kulsoom S, Fatima S, Zuberi BF. To evaluate rising caesarean section rate and factors contributing to it by using Modified Robson's Criteria at a tertiary care hospital. Pakistan Journal of Medical Sciences [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 1];38(7):2021–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36246679/>
 18. Rajput H, Changede P, Chavan N, Nayak A, Shikhanshi null, Mirza H, et al. Study of Caesarean Section Births in a Tertiary Care Hospital in Mumbai Using Robson Classification System. Journal of Obstetrics and Gynaecology of India [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2024 Mar 18];73(6):496–503. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38205102/>
 19. 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. Ginecología y Obstetricia de México [Internet]. 2019 Nov 22;87(10):626–36. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=89914>
 20. Kan A. Classical Cesarean Section. The Surgery Journal. 2020 Feb 6;6. Disponible en: <https://www.thiemeconnect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0039-3402072>
 21. Nagy, S., y Zoltán, P. Global approach of the cesarean section rates. Journal of Perinatal Medicine, 2020 Enero (1), 1-9. Disponible en: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jpm-2020-0463/html>
 22. Jafarzadeh, A., Hadavi, M., Hasanshahi, G., Rezaeian, M., Vazirinejad, R., Aminzadeh, F., y Sarkoohi, A. Cesarean or Cesarean Epidemic. Arco Irán Med, 2019 Nov. (22), 663-670. Disponible en: <https://journalaim.com/Article/aim-6818>

23. Chen H, Tan D. Cesarean Section or Natural Childbirth? Cesarean Birth May Damage Your Health. *Frontiers in Psychology*. 2019 Feb 21;10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30846956/>
24. Sesmero M, Charo Quintana Pantaleón, Manuel J. La cesárea: ¿cuándo, cómo y por qué? Ed. Universidad de Cantabria; 2022. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/La_ces%C3%A1rea_cu%C3%A1ndo_c%C3%B3mo_y_por_qu%C3%A9/XGpeEAAAQBAJ?hl=es419&qbpv=0
25. Sung S, Mahdy H. Cesarean Section [Internet]. Nih.gov. StatPearls Publishing; 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707/>
26. Jafarzadeh A, Hadavi M, Hasanshahi G, Rezaeian M, Vazirinejad R, Aminzadeh F, Sarkoohi A. Cesarean or Cesarean Epidemic? *Arch Iran Med*. 2019 Nov 1;22(11):663-670. PMID: 31823633.
27. Nacional De Salud De La Mujer P. NORMA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA MONITOREO Y VIGILANCIA DE LA INDICACIÓN DE CESÁREA [Internet]. 2021. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Norma-Tecnica-CESAREA-ISBN.pdf>
28. Mosquera Agudelo José Luis, Martínez Buitrago Diana Milena, Guevara Chaux Claudia Lorena, Navas Jojoa María de los Ángeles, Erazo Barahona María Isabel, Paz Fernando Felipe et al . Clasificación de cesárea según el sistema de Robson en una IPS privada de Cali, 2017. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2022 Ene [citado 2024 Marz 15] ; 68(1): 00005. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322022000100004&lng=es. Epub 24-Feb-2022. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v68i2384>.
29. Singh N, Pradeep Y, Jauhari S. Indications and determinants of cesarean section: A cross-sectional study. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*. 2020;10(4):280. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33376704/>
30. Jenabi E, Khazaei S, Bashirian S, Aghababaei S, Matinnia N. Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. *The*

- Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2019 Mar 8;33(22):1–6.
Disponibile en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30810436/>
31. Servei de Medicina Materno-fetal, Institut Clínic de Ginecologia Hospital Clínic de Barcelona Servei d' Anestesiologia HC de B. Protocolo de Cesárea [Internet]. Hospital Clinica Barcelona. 2012. p. 9. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf?fbclid=IwAR3kJUYNfd4XQLqI3D8wTdf4YluBhJriTZEPLNVhSNa8MhPezv58bsHarMk>
 32. Baca, A., y Borbolla, M. Indicación más frecuente de cesárea mediante la aplicación de la clasificación de Robson en el Hospital San José de Querétaro en el periodo de marzo 2021 a mayo 2022. Archivos de Ginecología y Obstetricia, 60(3), 157–165. Disponible en: <https://ago.uy/descargar/adjunto/99-himmzy-ago60-3-art-1-ok.pdf>
 33. Martínez Guillermo S., Zomeño Gema, Tarrazó María P., Garayoa Amparo, Sanchez Carolina, Reyes-Balanzá María. Aplicación de la clasificación de Robson para el análisis de la tasa de cesárea en el Hospital Doctor Peset. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2021 Ago [citado 2024 Mar 18]; 86(4): 353-359. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000400353&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.24875/rechog.m22000041>.
 34. Pando Y. Tasa de cesáreas según la clasificación de Robson en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, EsSalud, Huancayo, Enero-Diciembre, 2019 [Internet]. [Universidad Continental]; 2020 [cited 2024 Mar 18]. Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/7283/2/IV_FC_S_502_TE_Pando_Sauni_2020.pdf
 35. Gallo, A., Escudero, C., Caratti, M., y Paredes, O. Aplicación del modelo de clasificación de Robson en la práctica de la operación cesárea. Revista FASGO, 2023, 22(4)
 36. Angolile CM, Max BL, Mushemba J, Mashauri HL. Global increased cesarean section rates and public health implications: a call to action. Health Sci Rep. 2023; 6:e1274. doi:10.1002/hsr2.1274

ANEXOS

Ficha de recolección de datos

**Tasa de cesáreas según el sistema de clasificación de Robson en el Hospital II Cañete
– EsSalud, 2023.**

Fecha: / /

ID: _____

Edad de la gestante: _____ años

SECCIÓN I: CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

Paridad	Nulípara	()
	Múltipara	()
Edad gestacional:	< 37 semanas	()
	≥ 37 semanas	()
Inicio de trabajo de parto:	Espontáneo	()
	Inducido	()
	Cesárea electiva	()
	antes del inicio de trabajo de parto	()
Presentación fetal:	Cefálica	()
	Podálica	()
	Transversa u oblicua	()
Cicatriz uterina previa:	Si	()
	No	()

SECCIÓN II: CESÁREA SEGÚN SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON

Grupo	Criterios	Si	No
1	Nulípara, feto único, presentación cefálica, a término, inicio de parto espontáneo.		
2	Nulípara, feto único, presentación cefálica, a término, inducido o cesárea electiva.		
3	Múltipara, sin cesárea previa, feto único, presentación cefálica, a término, inicio de parto espontáneo.		
4	Múltipara, feto único, sin cesárea previa, presentación cefálica, a término, inducido o cesárea programada.		
5	Múltipara, cesárea previa, feto único, presentación cefálica, a término.		
6	Nulípara, feto único, presentación podálica.		
7	Múltipara, feto único, presentación podálica. Incluida cesárea previa.		
8	Embarazo múltiple. Incluida cesárea previa.		
9	Feto único, posición transversa u oblicua. Incluida cesárea previa.		
10	Feto único, presentación cefálica, pretérmino. Incluida cesárea previa.		

SECCIÓN III: RESULTADOS SECUNDARIOS

Indicaciones de cesárea:

- Cesárea previa ()
- Sufrimiento fetal ()
- Preeclampsia con signos de ()
severidad
- Hemorragia anteparto importante ()
- Prolapso de cordón umbilical ()
- Inducción fallida del parto ()
- Desproporción cefalopélvica ()
- Solicitud materna ()
- Otros: _____



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
 Universidad del Perú, Decana de América
FACULTAD DE MEDICINA
 DECANATO

Lima, 18 de Marzo del 2024

RESOLUCIÓN DECANAL N° 001495-2024-D-FMUNMSM

Visto el expediente digital N° UNMSM-20240020148, de fecha 28 de febrero de 2024 de la Facultad de Medicina, sobre aprobación de Proyecto de tesis

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Decanal N° 002373-2023-D-FMUNMSM de fecha 19 de junio de 2023 ratificada con Resolución Recinral N° 003396-2024 de fecha 04 de marzo del 2004 se aprueba el Reglamento para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional en las Escuelas Profesionales de la Facultad de Medicina, que en su Capítulo V. DE LA PLANIFICACIÓN, Art. 8: establece que: *"La tesis (T) podrá ser individual o grupal (máximo tres), compartiéndose las responsabilidades de la elaboración."* así mismo, en su Capítulo VI: Del Asesoramiento aprobación e inscripción del proyecto de tesis: Art. 23 establece que: *"Con la aprobación del proyecto por parte del Comité de Investigación correspondiente y, de un Comité de Ética en Investigación, la Dirección de la EP solicitará al Vicedecano Académico la Resolución Decanal de la aprobación del proyecto, y el tesista podrá iniciar la ejecución de su proyecto de tesis."*

Que, mediante Oficio N°000545-2024-EPMH-FM/UNMSM, la Directora de la Escuela Profesional de Medicina Humana; eleva el Informe del ME. Juan Aurelio Ohando Rodríguez, docente asociado del Departamento Académico de Ginecología y Obstetricia y Jurado Informante del Proyecto de Tesis titulado "TASA DE CESÁREAS SEGÚN EL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN EL HOSPITAL II CAÑETE – ESSALUD, 2023", presentado por la Bachiller Jessica Ponce Ynga, con código de matrícula 16010246, para optar el Título Profesional de Médico Cirujana; informa que el Proyecto de Tesis mencionado se encuentra APTO para ser ejecutado; por lo que, solicita autorizar la emisión de la Resolución de Decanato respectiva incluyendo el nombre del asesor de la tesis Mg. Manuel Antonio Vásquez Sánchez con código 0A1464, docente asociado del Departamento Académico de Ginecología y Obstetricia; y,

Estando a lo establecido por el Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N°30220;

SE RESUELVE:

1° Aprobar el Proyecto de Tesis, según detalle:

Bachiller: Jessica Ponce Ynga Código de matrícula N° 16010246 E.P. de Medicina Humana	Título del Proyecto de Tesis: " TASA DE CESÁREAS SEGÚN EL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN EL HOSPITAL II CAÑETE – ESSALUD, 2023"
Asesor: Mg. Manuel Antonio Vásquez Sánchez Código: 0A1464	

2° Encargar a la Escuela Profesional de Medicina Humana el cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese, archívese.



DRA. ALICIA J. FERNÁNDEZ GIUSTI VDA. DE PELLA
 VICEDECANA ACADÉMICA

DR. LUIS ENRIQUE PODESTA GAVILANO
 DECANO



Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 010-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 006-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser comprobadas a través de la siguiente dirección web: <https://pagd.unmsm.edu.pe/herramienta/verificado> e ingresando el siguiente código de verificación: **ACWFLVM**





UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú DECANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

*"Año del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia y la
Comemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"*



ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

CÓDIGO DE ESTUDIO N°: 0051-2024

En Lima, a los cinco días del mes de marzo, en Sesión del COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN, previa evaluación del Proyecto de Tesis de Pregrado titulado: "Evaluación de la tasa de cesáreas según el sistema de clasificación de Robson en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital III Cañete – EsSalud, 2023" presentada por Jessica Ponce Ynga con código 16010246, de la escuela profesional de medicina humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.


ACUERDA:

Dar por APROBADO dicho Proyecto, considerando que se ha cumplido satisfactoriamente con las recomendaciones en aspectos Científicos Técnicos y Éticos para la investigación en seres humanos.

"El presente documento tiene vigencia a partir de la fecha y expira el 04 de marzo de 2025"

Lima, 05 de marzo de 2024




JUAN CARLOS OCAMPO ZEGARRA
PRESIDENTE DEL CEI/FM/UNMSM
FACULTAD DE MEDICINA SAN FERNANDO
CODIGO DOCENTE 043079
CNP 643041 - RNE 02589 - RNSE 000114
Dr. Juan Carlos Ocampo Zegarra
Presidente del CEI/FM/UNMSM



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

CARTA N° 066-HIIC-GSPN I-II-GRPR-ESSALUD-2024

Cañete, 27 de marzo de 2024

Srita.
JESSICA PONCE YNGA
DNI N° 75083784
Presente. -

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA EJECUTAR PROYECTO DE TESIS

REF. : SOLICITUD S/N presentado el 12/03/24

Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y por intermedio de la presente, se le informa que se ha aceptado su solicitud para ejecutar el proyecto de tesis titulado “TASA DE CESÁREAS SEGÚN EL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN EL HOSPITAL II CAÑETE – ESSALUD, 2023”.

Sin otro particular, me despido expresándole mi consideración y estima personal.

Atentamente,

Dr. Gonzalo Carlos Cobello Aguirre
C.M.P. 23170 / R.N.E. 14906
DIRECTOR
Hospital II Cañete - EsSalud

GCCA
NIT: 0630 - 2024 - 0612
C. c.: Archivo

www.essaludgob.pe
Av. Rebagliati N° 490
Jesús María
Lima 11 – Perú
Tel: 265-1901



Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES FINALES	FUENTE DE VERIFICACIÓN
Paridad	Número de partos previos Nulípara: ningún parto previo Multípara: de uno a más parto previo.	Cualitativa	Nominal	1. Nulípara 2. Multípara	En concordancia con los registros médicos.
Tipo de embarazo	Número de fetos al momento de la cesárea.	Cualitativa	Nominal	1. Simple 2. Múltiple	En concordancia con los registros médicos.
Presentación	Polo fetal en contacto con el estrecho superior de la pelvis.	Cualitativa	Nominal	1. Cefálica 2. Podálica 3. Transversa u oblicuo	En concordancia con los registros médicos.
Edad gestacional	Número de semanas de gestación cumplidas al momento del parto.	Cuantitativa	Razón	< 37 semanas ≥ 37 semanas	En concordancia con los registros médicos.
Trabajo de parto	Tipo de inicio del trabajo de parto.	Cualitativa	Nominal	1: Espontáneo 2: Inducido 3: Cesárea electiva antes del inicio de trabajo de parto.	En concordancia con los registros médicos.
Cicatriz uterina previa	Antecedente de cesárea anterior	Cualitativa	Nominal	1: Sí 2: No	En concordancia con los registros médicos.

Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>¿Cuál es la tasa de cesáreas según el sistema de clasificación de Robson en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital II Cañete-EsSalud, 2023?</p>	<p>Objetivo general: Evaluar la tasa de cesáreas según el sistema de clasificación de Robson en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital II Cañete - Essalud, 2023.</p> <p>Objetivos específicos: Determinar las características obstétricas de gestantes cesareadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud, 2023.</p> <p>Clasificar los casos de cesáreas según el grupo de Robson en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud, 2023.</p> <p>Identificar la tasa de cesáreas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud, 2023.</p>	<p>Al tratarse de un estudio descriptivo, no se precisará de la formulación de una hipótesis.</p>	<p>Cesárea según sistema de clasificación de Robson.</p>	<p>Tipo de investigación: Observacional, descriptiva, retrospectiva y transversal.</p> <p>Población de estudio: Gestantes sometidas a cesárea en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital II Cañete - EsSalud, durante el periodo enero-diciembre del 2023.</p> <p>Muestra de estudio o tamaño muestral: 143 gestantes sometidas a cesárea.</p> <p>Técnicas de recolección de datos: Documental.</p> <p>Instrumento de recolección Ficha de recolección de datos.</p> <p>Procesamiento y análisis de datos Frecuencias absolutas, frecuencias relativas y tasa de cesáreas según Robson.</p>