

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



MODELO DE ROBSON APLICADO EN UN HOSPITAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, 2022

Tesis para optar el título profesional de
MÉDICO CIRUJANO

KATHERYN OLGUITA ASTO SEDANO

PUCALLPA – PERÚ

2024



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

En Pucallpa, a los...15... días del mes de...Mayo... del dos mil Veinticuatro, siendo las...11... horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes de la Sala de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominado **"MODELO DE ROBSON APLICADO EN UN HOSPITAL DE LA AMAZONIA PERUANA, 2022"** elaborado por la bachiller en Medicina Humana **Katheryn Olguita Asto Sedano**.

El Jurado Calificador de Tesis esta conformado por los siguientes docentes:

M.C. Mg. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL	(Presidente)
M.C. ANGEL MARTTI RONCAL JIMENEZ	(Miembro)
M.C. LUIS ENRIQUE CIUDAD FERNANDEZ	(Miembro)

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de...Aprobado... por...Unanimidad... con el calificativo de...Diecisiete... Quedando el sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.

Pucallpa, 15 de Mayo del 2024.


M.C. Mg. Luis Enrique Ruiz Solsol
Presidente del Jurado Evaluador


M.C. Angel Martti Roncal Jiménez
Miembro del Jurado Evaluador


M.C. Luis Enrique Ciudad Fernandez
Miembro del Jurado Evaluador



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR
DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE
UCAYALI.


M.C. Mg. Luis Enrique Ruiz Solsol
Presidente del Jurado Evaluador


M.C. Angel Martti Rontal Jiménez
Miembro del Jurado Evaluador


M.C. Luis Enrique Ciudad Fernández
Miembro del Jurado Evaluador


M.C. Miguel Ángel Valverde Ochoa
Asesor de Tesis


Bach. Katheryn Olguita Asto Sedano
Tesisista



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

N° V/0168-2024.

La Dirección de Producción Intelectual de la Universidad Nacional de Ucayali, hace constar por la presente, que el trabajo académico de investigación, titulado:

"MODELO DE ROBSON APLICADO EN UN HOSPITAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, 2022."

Autor(es) : ASTO SEDANO, KATHERYN OLGUITA
Facultad : MEDICINA HUMANA
Escuela : MEDICINA HUMANA
Asesor(a) : Mg. VALVERDE OCHOA, MIGUEL ANGEL

Presenta un **porcentaje de similitud de 1%**, verificado en el Sistema Antiplagio COMPILATIO,
De acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO, el cual indica que todo trabajo de investigación no debe superar el 10%. **En tal sentido, se declara, que el presente trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud,** procediéndose a emitir la presente Constancia de Originalidad de Trabajo de Investigación (COTI) a solicitud del asesor.

En señal de conformidad se firma y sella el presente documento.

Fecha: 12/04/2024



Mg. JOSÉ MANUEL CÁRDENAS BERNAOLA
Director de Producción Intelectual



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Repositorio de la Universidad Nacional de Ucayali

Yo, Asto Sedano, Katherya Olgueta

Autor de la tesis titulada: Modelo de Robson aplicado en un Hospital de la Amazonia Peruana, 2022

Sustentada el año 2024

Asesor(a): Valverde Ochoa, Miguel Ángel

Facultad: Medicina Humana

Escuela Profesional: Medicina Humana

Autorizo la publicación:

PARCIAL

☐

TOTAL

☒

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria y el Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 15/05/2024

Email: KatheryaAstosedano@gmail.com Firma: [Firma]

Teléfono: 937709966 DNI: 44830254

www.repositorio.unu.edu.pe
repositorio@unu.edu.pe

Escaneado con CamScanner

DEDICATORIA

A Isela y Elizabeth mis madres modelo por su amor incondicional que inculcó el deseo de superarme para mejorar personalmente día a día.

A mi hijo Jared, para mostrarle un camino de constancia y cómo hacer realidad nuestros sueños.

A Jose, por su amor y perseverancia de construir juntos un mejor porvenir.

AGRADECIMIENTO

A los docentes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali por su dedicación en las enseñanzas que contribuyeron a mi formación profesional.

Al Dr. Miguel Ángel Valverde Ochoa, por la asesoría para el desarrollo y culminación de la presente tesis

Al Mg. Mateo Salazar Ávalos y esposa por brindar su colaboración y apoyo para el desarrollo y logro de la presente investigación.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
ÍNDICE GENERAL.....	VIII
ÍNDICE DE TABLAS	XII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XIV
RESUMEN.....	XVI
ABSTRACT	XVII
CAPÍTULO I.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.2.1 PROBLEMA GENERAL	4
1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS	4
1.3 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.4.1 JUSTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	5
1.4.2 JUSTIFICACIÓN SOCIAL	6

1.4.3 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA.....	6
CAPÍTULO II	7
MARCO TEÓRICO	7
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	7
2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES	8
2.1.3 ANTECEDENTES LOCALES	12
2.2 BASES TEÓRICAS.....	12
2.2.1 EDAD MATERNA	12
2.2.2 GESTACIÓN	13
2.2.3 PARTO	13
2.2.4 TRABAJO DE PARTO.....	13
2.2.5 PARTO VAGINAL.....	14
2.2.6 CESÁREA	15
2.2.7 MODELO DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON	17
2.2.8 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	18
2.3 HIPÓTESIS.....	18
2.4 VARIABLES	19
2.4.1 MODELO DE ROBSON	19
2.4.2 DEMOGRÁFICAS	21
CAPÍTULO III	26

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	26
3.1 MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN	26
3.1.1 ÁMBITO DE ESTUDIO	26
3.1.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	26
3.1.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	26
3.1.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	26
3.1.5 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	27
a) Población	27
b) Muestra.....	27
c) Muestreo:	27
d) Criterios de inclusión:.....	28
e) Criterios de exclusión:.....	28
3.1.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
a) Técnica:	28
b) Instrumento:	28
3.1.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28
3.1.8 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .	29
3.1.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	29
CAPÍTULO IV.....	30
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
4.1 RESULTADOS.....	30

4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	43
CAPÍTULO V	62
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
5.1 CONCLUSIONES	62
5.2 RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	75

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Operacionalización de variables	25
	Distribución del indicador: índice de intervención quirúrgica	
Tabla 2.	de cesárea atendidos en el Hospital Amazónico de	30
	Yarinacocha, 2022.	
	Distribución del indicador obstétrico: paridad de las	
Tabla 3.	gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de la	31
	Clasificación de Robson.	
	Distribución del indicador obstétrico: antecedente de	
Tabla 4.	cesárea de las gestantes atendidas por cesárea según el	32
	Modelo de Clasificación de Robson.	
	Distribución del indicador obstétrico: inicio del trabajo de	
Tabla 5.	parto de las gestantes atendidas por cesárea, según el	33
	Modelo de Clasificación de Robson.	
	Distribución del indicador fetal: cuantía de fetos de las	
Tabla 6.	gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de	34
	Clasificación de Robson.	
	Distribución del indicador fetal: edad gestacional de las	
Tabla 7.	gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de	35
	Clasificación de Robson.	
	Distribución del indicador fetal: presentación fetal de las	
Tabla 8.	gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de	36

Clasificación de Robson.

Distribución de los diez grupos del Modelo de Clasificación

Tabla 9.	de Robson, en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022.	37
-----------------	---	----

Distribución del indicador: edad de las gestantes atendidas

Tabla 10.	por cesárea en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022.	38
------------------	--	----

Distribución del indicador: grado de instrucción de las

Tabla 11.	gestantes atendidas por cesárea en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022.	39
------------------	--	----

Distribución del indicador: ocupación de las gestantes

Tabla 12.	atendidas por cesárea en el Hospital Amazónico de Yarinacocha.	40
------------------	--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

		Pág.
	Distribución del indicador: índice de intervención quirúrgica	
Figura 1.	de cesárea atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022.	30
	Distribución del indicador obstétrico: paridad de las	
Figura 2.	gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de la Clasificación de Robson.	31
	Distribución del indicador obstétrico: antecedente de	
Figura 3.	cesárea de las gestantes atendidas por cesárea según el Modelo de Clasificación de Robson.	32
	Distribución del indicador obstétrico: inicio del trabajo de	
Figura 4.	parto de las gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de Clasificación de Robson.	33
	Distribución del indicador fetal: cuantía de fetos de las	
Figura 5.	gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de Clasificación de Robson.	34
	Distribución del indicador fetal: edad gestacional de las	
Figura 6.	gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de Clasificación de Robson.	35
	Distribución del indicador fetal: presentación fetal de las	
Figura 7.	gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de Clasificación de Robson.	36
Figura 8.	Distribución de los diez grupos del Modelo de Clasificación	37

de Robson, en el Hospital Amazónico de Yarinacocha,
2022.

Distribución del indicador: edad de las gestantes atendidas

Figura 9. por cesárea en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 38
2022.

Distribución del indicador: grado de instrucción de las

Figura 10. gestantes atendidas por cesárea en el Hospital Amazónico 39
de Yarinacocha, 2022.

Distribución del indicador: ocupación de las gestantes

Figura 11. atendidas por cesárea en el Hospital Amazónico de 40
Yarinacocha.

RESUMEN

La investigación “Modelo de Robson aplicado en un Hospital de la Amazonía peruana, 2022”, tiene por objetivo determinar las características del Modelo de Clasificación de Robson en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022. La muestra son 304 casos de gestantes que acudieron para intervención quirúrgica de cesárea. Es un estudio de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal. Los resultados indican que el índice de intervención quirúrgica de cesárea es 42%, multiparidad 55%, no tienen antecedente de cesárea 75%, inicio de trabajo de parto espontáneo 87%, feto único 95%, edad gestacional a término 79%, presentación cefálica 88%, grupos de Robson que mayor aporte realizan al índice de cesárea es el grupo 1, 5 y 3 con el 28%, 17% y 16% respectivamente, el grupo de edad entre 15 a 25 años es del 60%, grado de instrucción secundaria 57%, ocupación ama de casa 76%. Se determinó que el índice de intervención quirúrgica de cesárea del Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2022 supera lo recomendado por la Comunidad Sanitaria Internacional; los grupos de Robson que aportan de forma significativa a tal índice son los grupos 1, 5 y 3.

Palabras claves: Gestante, cesárea, Modelo de Robson.

ABSTRACT

The research “Robson Model applied in a Hospital in the Peruvian Amazon, 2022”, aims to determine the characteristics of the Robson Classification Model in the Amazonian Hospital of Yarinacocha, 2022. The sample is 304 cases of pregnant women who attended for cesarean section surgery. It is a descriptive, observational, retrospective and cross-sectional study. The results indicate that the rate of cesarean surgical intervention is 42%, multiparity 55%, they have no history cesarean section 75%, onset of spontaneous labor 87%, single fetus 95%, gestational age at term 79%, cephalic presentation 88%, Robson groups that make the greatest contribution to the cesarean section rate is group 1, 5 and 3 with 28%, 17% and 16% respectively, the age group between 15 to 25 years is 60%, secondary education level 57%, housewife occupation 76%. It was determined that the cesarean surgical intervention rate at the Amazonian Hospital of Yarinacocha during the year 2022 exceeds that recommended by the International Health Community; The Robson groups that contribute significantly to this index are groups 1, 5 and 3.

Keywords: Pregnant woman, cesarean section, Robson classification.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La cesárea se practica en mujeres en edad reproductiva en todos los países del mundo con la finalidad de disminuir la mortalidad en la última etapa de la gestación (1) permite superar los riesgos de la expulsión vaginal. En la historia de la medicina humana fue una práctica excepcional para extraer al feto del útero de la madre viva o muerta, en la actualidad para la intervención quirúrgica aportan los avances de la anestesiología, técnicas de asepsia y antisepsia, ecografía obstétrica y uso de antibióticos que contribuyen en la reducción de la mortalidad materna perinatal; a pesar de ello, la decisión de su práctica es controversial. (2)

Algunos expertos observan que terminar la gestación por vía abdominal está dejando de ser una estricta conducta terapéutica; las mujeres prefieren cada vez con mayor frecuencia culminar su embarazo mediante un procedimiento quirúrgico que por parto vaginal. Según la reconocida revista médica The Lancet, las cesáreas prácticamente se han duplicado en quince años, de 16 millones en el año 2000 hasta 29.7 millones en el año 2015, es República Dominicana la nación con más números de cesáreas, alcanzando la tasa del 58.1%. (3)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene: “Solo se debe practicar las cesáreas que sean necesarias por motivo médico”, enfatiza su realización en situaciones de gran riesgo para la madre y niño o niña por nacer: el parto prolongado, la presentación anómala, la desproporción céfalo pélvica o el sufrimiento fetal. (4)

Para la Comunidad Sanitaria Internacional debe bordear entre el 10% y el 15%. (4)

A lo largo del tiempo el incremento de la intervención quirúrgica de cesárea hace que instituciones de renombre en el ámbito de la salud presten interés, es así como la OMS realizó dos investigaciones: una revisión sistemática de estudios que determinaban el índice de cesárea en un país y un análisis global con datos actualizados; llegó a las siguientes conclusiones: la cesárea es justificada cuando implica salvar la vida de la madre y del neonato; índices de cesárea mayores al

10% no se asocia con la reducción de la mortalidad materna y neonatal; existe el riesgo de complicaciones, discapacidades temporales o permanentes y muerte, particularmente al realizarse en lugares que no cuentan con la infraestructura requerida o con la capacidad para una intervención quirúrgica segura; este acto quirúrgico deberá ser practicado únicamente en gestantes que lo requieran, sin tratar de llegar a un índice establecido. (5)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que la salud es el recurso más valioso, para ello todos sus miembros asociados tiene como prioridad velar por la sostenibilidad de la misma, y una de las prioridades es el cuidado de la mujer gestante, siendo relevante la forma en como culmina esta etapa ya sea por el parto vaginal o por la intervención quirúrgica de cesárea, por ello enfatiza que: “solo se debería de realizar la cesárea cuando es medicamente necesaria”; la cesárea reiterativa abre las puertas para posibles condiciones médicas como lo son: la inserción anormal de la placenta, alcanzando hasta el 40% en la segunda cesárea y el 60% en la tercera, ocasionando hemorragia materna intraparto e incrementado el riesgo de muerte; por otra parte, esta situación médica representa un mayor costo monetario consumiendo recursos que de por sí ya son reducidos. (6)

En el Perú, según La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2016, la intervención quirúrgica de cesárea, en el período comprendido entre los años 2011 y 2016 se incrementó del 22.9% al 31.6%. (7)

ENDES 2020 reportó que el índice de cesárea sigue escalando (36.3%), en comparación con el año 2015 (31.6%), además señala que tal incremento pudiera estar relacionado con dos situaciones que toma como protagonista principal a la gestante; la primera está relacionada con la edad materna, a mayor edad materna, mayor será la frecuencia de cesárea; y la segunda, a mayor número de gestaciones, mayor será la frecuencia de cesáreas. (8)

Flores, hace referencia en su investigación, que existen dos condiciones injustificadas que trata de explicar el incremento del procedimiento quirúrgico de cesárea, siendo estas: Indicación del médico especialista para garantizar el parto rápido y la proyección del trabajo, y la solicitud de la madre por evitar un parto doloroso. (9)

La experiencia nos permite contribuir que las circunstanciales urgencias de la intervención médica y/o la actitud de la madre, son situaciones que ameritan ser tomadas en cuenta al momento de la toma de decisiones para culminar la gestación por medio de cesárea.

La Dirección Regional de Salud - Ucayali (DIRESA) informó que en el año 2021 los diversos establecimientos de salud bajo su jurisdicción realizaron la prestación de servicios en salud a aproximadamente 3700 mujeres gestantes que culminaron su estado mediante la intervención quirúrgica de cesárea. Así mismo da a conocer el número de intervenciones quirúrgicas de cesárea que se realizaron en los establecimientos de nivel II de la provincia de Coronel Portillo, siendo los siguientes: 1524 en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 1529 en el Hospital Regional de Pucallpa y 654 en el Hospital II de Pucallpa – EsSALUD. Para el año 2022 la DIRESA-Ucayali contempla 3465 intervenciones quirúrgicas de cesárea que fueron realizados en los hospitales referidos, teniendo la siguiente distribución: 1490 en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 1306 en el Hospital Regional de Pucallpa y 669 en el Hospital II de Pucallpa - EsSALUD.

Nos enfrentamos a un incesante incremento de intervenciones quirúrgicas de cesárea, a pesar de ser considerado uno de los grandes aportes de la medicina humana, estas no se encuentran exentas de riesgos o complicaciones especialmente cuando esta práctica quirúrgica se realiza sin la valoración médica juiciosa.

Debido al notable incremento a nivel mundial de la intervención quirúrgica de cesárea, se requiere de una herramienta que tenga validez, confiabilidad y objetividad, además tendría que estar avalado por las organizaciones internacionales especializadas en salud. Por tal necesidad la OMS realizó el año 2011 la evaluación de 27 sistemas dirigidos a la clasificación de cesáreas, optando por la más simple, replicable, prospectiva y clínicamente conveniente, denominado “Clasificación de Robson” que por su practicidad puede ser aplicado a todas las mujeres gestantes que acuden a un lugar en particular para la atención de parto; el año 2014 un grupo selecto de expertos avalado por la OMS aconsejó la aplicación del Modelo de Clasificación de Robson en todos los establecimientos de salud con el propósito de cotejar información materna perinatal de los diversos

establecimientos de salud y los de un mismo establecimiento en el transcurso del tiempo. (10)

Para la correcta aplicación del Modelo de Clasificación de Robson, la OMS y la OPS creó el manual de aplicación, con el propósito de orientar al profesional de salud que brindará atención directa a la gestante y así mismo al personal administrativo que procesa los datos de partos atendidos en el establecimiento. (10)

Existe la referencia de aplicación del Modelo de Clasificación de Robson en establecimientos de salud de Norteamérica y Sudamérica; en México el año 2018, al aplicar la Clasificación de Robson demuestra su utilidad y eficacia en la reducción de la tasa de cesáreas, permitiendo identificar de forma productiva y práctica los grupos de gestantes en las que es posible disminuir el porcentaje de cesáreas. (11)

En Chile el año 2018, se hizo una aplicación con la finalidad de comparar la tasa de cesáreas en dos hospitales y describir las diferencias estadísticas, los resultados permitieron reconocer que la Clasificación de Robson es útil para mantener vigilado el índice de cesáreas y además hace factible la comparación de datos entre ambos hospitales. (12)

Es importante y necesaria la experiencia de aplicación del Modelo de Clasificación de Robson en los diversos hospitales públicos y privados del departamento de Ucayali y es motivo de interés su ejecución en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2022.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

- ¿Cuáles son las características del Modelo de Clasificación de Robson en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es el índice de intervención quirúrgica de cesárea en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022?

- ¿Cuáles son las características obstétricas del Modelo de Clasificación de Robson en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022?
- ¿Cuáles son las características fetales del Modelo de Clasificación de Robson en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022?
- ¿Cuáles son los grupos del Modelo de Clasificación de Robson en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022?
- ¿Cuáles son las características demográficas en las gestantes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022?

1.3 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Conocer las características del Modelo de Clasificación de Robson en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el índice de intervención quirúrgica de cesárea en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022.
- Conocer las características obstétricas del Modelo de Clasificación de Robson en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022.
- Conocer las características fetales del Modelo de Clasificación de Robson en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022.
- Conocer los grupos del Modelo de Clasificación de Robson en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022.
- Conocer las características demográficas en las gestantes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 JUSTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La investigación permite conocer el crecimiento del índice de intervención quirúrgica de cesárea aplicando el Modelo de Clasificación de Robson, por su utilidad para identificar, analizar y comparar índices de cesárea en diversos

establecimientos de salud; así mismo porque contribuye con información necesaria para tomar decisiones de acuerdo a la necesidad de esta práctica médica quirúrgica.

1.4.2 JUSTIFICACIÓN SOCIAL

La investigación permite observar, a través de los resultados; la necesidad e importancia de practicar la intervención quirúrgica de cesárea con objetividad de acuerdo a las características obstétricas y fetales.

1.4.3 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

La investigación es un aporte a la experiencia de crear y aplicar instrumentos de observación que contribuyen a la capacidad de identificar criterios básicos para la práctica quirúrgica de cesárea; así mismo para desarrollar métodos de orientación y conducción de las políticas de la gestión en salud reproductiva en el Hospital Amazónico de Yarinacocha.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Manny Zitle A. Tovar Rodríguez J. En su investigación “Incidencia de la operación cesárea según la Clasificación de Robson en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado”. México 2018. Aplicaron el método descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal del 2014 al 2016 en mujeres con 27 semanas a más de gestación. Analizaron 461 (65.29%) casos de cesáreas, la edad materna promedio fue de 31 años, edad gestacional 38.5 semanas, primíparas 47%, multíparas 53%, trabajo de parto espontáneo 62.2%, cefálico 91.78%, predominó el grupo 5 (21.24%), 2 (13.88%) y 1 (9.6%). Conclusión: los grupos con mayor contribución a la tasa de cesáreas fueron 5, 2 y 1; las mujeres con antecedente de cesárea son vulnerables a repetir la cirugía, sugieren disminuir la frecuencia de cesáreas. (13)

Gilani S. Batool Mazhar S. Zafar M. et al. En su tesis doctoral “Los Criterios de Robson modificados para la auditoría de la cesárea en el Centro de Salud Maternoinfantil Instituto de Ciencias Médicas de Pakistán Islamabad”. Pakistán 2020. Aplicaron la metodología retrospectiva en 6155 casos de partos. Resultados: 2052 (33.3%) gestantes culminaron su estado mediante cesárea y la proporción de los diez grupos de la Clasificación de Robson fue para el grupo 1 (4.8%), grupo 2 (4.2%), grupo 3 (2%), grupo 4 (2.7%), grupo 5 (13.8%), grupo 6 (0.8%), grupo 7 (1%), grupo 8 (1.2%), grupo 9 (0.16%) y el grupo 10 (2.7%). Conclusión: el grupo 5 fue quien predominó en la contribución a la tasa general de cesárea, los autores sugirieron intentar el parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea siempre que no esté en riesgo el bienestar de la madre y el feto. (14)

Ramírez Flores D. Ruiz Cabrera I. Moreno López R. et al. En su artículo “Índice de Robson: riesgo de cesárea en un centro de primer nivel en México”. Realizado en el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al

Nacimiento. México 2023. Aplicaron el método retrospectivo, transversal, descriptivo y monocéntrico, en 569 partos, siendo 228 partos por cesárea. Resultados: tasa de cesárea 39.9%, contribución a la tasa global de cesárea por grupo: grupo 1 el 17.62%, grupo 2 el 36.56%, grupo 3 el 4.85%, grupo 4 el 6.6%, grupo 5 el 26.87%, grupo 6 el 2.20%, grupo 7 el 2.20%, grupo 8 el 0.44%, grupo 9 el 0.44% y grupo 10 el 2.20%. Conclusión: la tasa de cesárea supera la recomendación de la OMS; los grupos de Robson con mayor presencia a la tasa global de cesárea fueron el 1, 2 y 5, sugieren analizar la práctica de atención obstétrica. (15)

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Cerrón Ladera Z. Tesis para el programa de segunda especialidad “Clasificación de Robson en las pacientes cesareadas atendidas en el Hospital de Pampas, Tayacaja 2018”. Huancavelica 2019. Aplicó la metodología observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo en 170 cesáreas, al análisis infiere que la edad más frecuente fue 21 años, el 90% tuvo más de 17 años y el 50% menos de 25 años, secundaria incompleta 51.8%, multíparas 58.8%, sin cesárea previa 75.9%, trabajo de parto espontáneo 50.6%, feto único 95.3%, en cefálico 87.6%, a término 88.2%; con respecto a los grupos de Robson, el grupo 1 representa 16.5%, el grupo 2 el 18.2%, grupo 3 el 13.5%, grupo 4 el 7.6%, grupo 5 el 21.8%, grupo 6 el 1.8%, grupo 7 el 5.9%, grupo 8 y 9 el 4.7% cada uno y el grupo 10 el 5.3%; el 70% de las gestantes con cesárea corresponden a los grupos 5, 2, 1 y 3. (16)

Rodríguez Salinas K. Con su tesis “Tasa de incidencia de cesárea según Clasificación de Robson en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, Lima, enero – diciembre 2018”. Lima 2019. El autor utilizó el método cuantitativo, descriptivo, observacional, retrospectivo de corte transversal en 1113 mujeres con parto por cesárea; obtuvo como resultado una tasa de cesárea de 31.64%, los grupos de Robson que presentan mayor contribución a la tasa de cesárea fueron el 1, 2 y 5 con el 29.7%, 18.2% y 14.3% en el orden dado. Conclusión: La tasa de cesárea del hospital es superior al establecido por la OMS; los grupos de Robson 1, 2 y 5 presentan mayor contribución a la tasa referida; la Clasificación de Robson es de

fácil aplicación y reproducibilidad por ende facilita el planteamiento de políticas que contribuyan a disminuir el porcentaje de cesáreas. (17)

Chávez Aranibar X. Con su tesis “Clasificación de las cesáreas según el Modelo de Robson en el Hospital Regional de Huacho – 2018”. Huacho 2019. Aplicó el método descriptivo, retrospectivo de corte transversal en 1158 partos por cesárea. Resultado: la tasa de cesárea fue 37.9%, la tasa por grupos fue, grupo 1 del 13.9%, grupo 2 del 16%, grupo 3 del 4.2%, grupo 4 del 9.8%, grupo 5 del 39.7%, grupo 6 del 2.4%, grupo 7 del 2.8%, grupo 8 del 2.1%, grupo 9 del 1.4% y el grupo 10 del 7.7%. Conclusiones: la tasa de cesárea fue 37.9%, superior al recomendado por la OMS, el grupo 5 es más susceptible al parto por cesárea; la clasificación permite conocer las condiciones obstétricas que torna vulnerable a la mujer para culminar su gestación mediante una intervención quirúrgica y, por último, podrán cotejar su información dentro o fuera del establecimiento. (18)

Pando Sauñi Y. En su tesis “Tasa de cesáreas según la Clasificación de Robson en el Hospital Nacional Ramiro Prialé, EsSalud Huancayo, enero-diciembre, 2019”. Huancayo 2020. Aplicó el método descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal, en 792 partos por cesárea. Resultado: la tasa de cesárea alcanzó el 30.37%; los grupos de Robson 5, 10 y 2 sobresalen con el 28.95%, 17.83% y 15.04% en el orden dado. Conclusión: la tasa de cesárea del nosocomio supera lo establecido por la OMS; el grupo 5 es el mayor aportante a la tasa global de cesárea, seguida del 10 y 2; los grupos 8, 9 y 6 aportan con porcentajes minúsculos a la tasa general de cesárea. (19)

Flores Vásquez A. En su tesis “Clasificación de las cesáreas según el Modelo de Robson en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas, enero - diciembre 2020”. Loreto 2021. Aplicó en su investigación el diseño descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Resultados: el hospital atendió 2052 partos de los cuales 586 fue cesárea cuya proporción fue 29%, la edad promedio identificada fue de 18 a 35 años que representa el 67% de casos, nivel de estudio secundaria 67%, la proporción de los grupos de Robson fueron: grupo uno 26%, grupo cinco 25%, grupo tres 16%, el grupo dos 11%, grupo cuatro y diez 6% cada uno, grupo siete 4%, seis y ocho 2% cada uno y grupo nueve 1%. Conclusión: la tasa de cesárea

fue del 29%; los grupos de Robson 1 y 5 son los máximos contribuyentes a la tasa de cesárea. (20)

Huamán Guzmán Y. En su tesis “Análisis de las cesáreas usando la Clasificación de Robson en el Hospital II Luis Negreiros Vega en el periodo enero a junio del 2019”. Huacho 2021. Aplicó el método descriptivo, retrospectivo de corte transversal en 332 partos del cual 126 culminó en cesárea. Resultado: índice de cesárea 38%; la tasa de cesárea por grupo de Robson fue grupo 1 el 15.1%, grupo 2 el 6.3%, grupo 3 el 8.7%, grupo 4 el 1.6%, grupo 5 el 42.9%, grupo 6 el 6.3%, grupo 7 el 7.1%, grupo 8 el 1.6%, grupo 9 el 2.4%, grupo 10 el 7.9%. Conclusión: la tasa de cesárea es superior al recomendado por la OMS; los grupos 5, 1 y 3 contribuyen al incremento de la tasa general de cesárea. (21)

De la Cruz Paco I. Paucar de la Cruz Y. Tesis de segunda especialidad “Tasa de cesárea según Clasificación de Robson en el Hospital Departamental de Huancavelica 2018 – 2019”. Huancavelica 2022. Las autoras recurrieron a la metodología descriptiva, retrospectiva y transversal en 499 atenciones de parto por cesárea. Resultado: tasa de cesárea del 53.77%, la tasa de cesárea en el rango de edad entre 13 a 19 años fue 53.1%, entre 20 a 34 años el 52.1% y entre los 35 a 49 años el 61.2% en relación al total de partos atendidos en cada grupo etario, los grupos de Robson más influyentes fueron el grupo 1 con el 21.4%, el grupo 2 con el 19.23%, el grupo 5 con el 15.63% el grupo 10 con el 13.02%. Conclusión: la tasa de cesárea es superior a lo establecido por la OMS, es posible disminuir la proporción de cesáreas si se interviene en el grupo 1. (22)

Coaquira Quispe J. Con su tesis “Tasa de cesáreas según la Clasificación de Robson en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, MINSA, Arequipa, 2020-2021”. Arequipa 2022. Aplicó el método observacional, transversal y retrospectivo en una muestra probabilística de 334 casos. Resultado: la tasa de cesárea arribó al 55%; el grupo 5, 1 y 10 tuvieron el mayor número de casos con el 26.35%, 17.96% y 13.47% correlativamente. Conclusión: la tasa de cesárea en la institución supera el porcentaje aconsejado por la OMS, siendo los grupos 5, 1 y 10 más susceptibles a esta intervención quirúrgica y en quienes predomina la condición del antecedente de una o más cesáreas. (23)

Orduña Carpio R. En su tesis “Tasa de cesáreas y aplicación de la Clasificación de Robson en la Clínica Arequipa durante la pandemia por COVID - 19, periodo 2020 – 2021”. Arequipa 2022. Utilizó el método observacional, retrospectivo y transversal en 234 historias clínicas de gestantes con parto por cesárea. Resultados: tasa global de cesárea fue del 81.43%; los grupos con mayor población fueron el 5 (45.99%), 2 (23.69%) y 4 (10.10%); los que contribuyeron a la tasa general fueron el 5, 2 y 4 por tener antecedente de cesárea y cesárea iterativa, desproporción céfalo-pélvica y distocia de presentación fetal, respectivamente. Conclusión: el establecimiento de salud no solo superó la tasa recomendada por la OMS, además, realizó cesáreas con mayor frecuencia en los grupos 5, 2 y 4. (24)

Saldaña Quezada G. Tesis “Situación de porcentaje de cesáreas basado en la Clasificación de Robson en un hospital peruano de tercer nivel de atención”. Realizado en el Hospital Cayetano Heredia. Lima 2023. Aplicó la metodología descriptiva, observacional, retrospectivo de corte transversal en 2239 casos de cesárea. Resultado: tasa general de cesárea 56.24%, contribución a la tasa de cesárea por grupos fue de 5.72% en el grupo 1, 22.24% grupo 2, 2.46% grupo 3, 10.45% grupo 4, 36.71% grupo 5, 2.37% grupo 6, 4.51% grupo 7, 1.21% grupo 8, 1.92% grupo 9 y 12.42% en el grupo 10; los grupos con mayor población obstétrica fueron el 5 (822) y 2 (498). Conclusión: exceden la tasa de cesárea recomendada por la OMS; los grupos con mayor contribución a la tasa general de cesárea fueron 5, 2, 10 y 4 en ese orden. (25)

Altamirano Mejía J. Con su tesis “Cesárea en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital San Juan de Dios de Pisco – Perú año 2020”. Ica 2023. El autor empleó la metodología retrospectiva, transversal, observacional y descriptiva en 810 casos de cesárea. Resultado: incidencia de cesárea 37.2%; características obstétricas, sin antecedente de cesárea 47.2%, con antecedente de 1 cesárea 45.2%, primíparas 52.1%, a término 60.4%; características maternas, edad entre 20 a 28 años 41.6%, estudio secundario 42.1%, causas maternas y fetales, estrechez pélvica 51.6% y sufrimiento fetal 88.5%. Conclusión: la incidencia de cesárea alcanzó el 37.2%, la causa materna y fetal del parto por cesárea fue la estrechez pélvica y el sufrimiento fetal agudo respectivamente. (26)

Castañeda Guillén C. Con su tesis “Tasa de cesáreas aplicando el Modelo de Clasificación de Robson en el Instituto Nacional Materno Perinatal, periodo enero - diciembre 2015”. Lima 2016. Empleó para su investigación el método descriptivo, cuantitativo, observacional, retrospectivo y transversal en 8970 casos de cesárea. Resultados: la tasa de cesárea es del 44.3%, los grupos de Robson que más aportaron a la tasa fueron el 1, 5 y 3 con el 29.2%, 21.3% y 14.6% respectivamente. Conclusiones: el instituto supera notablemente lo planteado por la OMS, siendo los grupos 1, 5 y 3 intervenidos quirúrgicamente con mayor frecuencia; la aplicación de este modelo demostró utilidad, reproducibilidad y factibilidad en el desarrollo de estrategias para mermar los índices de cesárea. (27)

2.1.3 ANTECEDENTES LOCALES

Se realizó la revisión sistemática en el ámbito local sobre la clasificación de Robson, no encontrándose registros de su aplicación en hospitales de la región.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 EDAD MATERNA

La edad, es observada como el estudio de la población con énfasis en lo biológico y genético, lo cual permite identificar factores de riesgo; en el caso de mujeres es de interés el período de edad fértil por la capacidad de procrear. (28)

En esta investigación se precisa que la edad materna son los años de vida de la madre desde su nacimiento hasta el momento de la intervención quirúrgica de cesárea. Para la investigación se consideran los siguientes grupos:

- Menor a 15 años: comprende la etapa de vida adolescencia temprana (10 a 13 años) y media (14 a 16 años); etapa en que se inicia el proceso de maduración orgánica, hormonal, anatómica y psicológica. En el ámbito social está en busca de su identificación con el entorno. (29)
- De 15 a 25 años: comprende la etapa de vida adolescencia final (17 a 21 años) e inicio de adulto joven (21 a 24 años). Las mujeres experimentan un mejor desarrollo orgánico, hormonal y anatómico. En lo psicosocial alcanzan la integridad de su identidad y consolidan su rol social. (29)

- De 26 a 35 años: comprende la etapa de vida adultez. Las mujeres afrontan de forma óptima la transición a la maternidad. (30)
- Mayor a 35 años: comprende la etapa de vida adultez. En el contexto de maternidad, se encuentran en edad avanzada, situándose en una etapa de mayor vulnerabilidad, riesgos y complicaciones (31)

Según la International Federation of Gynecology and Obstetrics en el año 1958 comprende los grupos de 35 años a más como edad avanzada y que presentan vulnerabilidades. Con las nuevas condiciones de vida, se considera edad avanzada a partir de 40 o 45 años (31), edades donde incrementa el riesgo en 50% de diabetes gestacional y en 70% de trastornos hipertensivos, en el producto de concepción incrementa la presencia de anomalías cromosómicas (32)

2.2.2 GESTACIÓN

Gestación o embarazo es la etapa fisiológica de cambios en la mujer, que permite el crecimiento y desarrollo del feto; para fines obstétricos, la gestación, inicia dos semanas antes de la ovulación en periodos menstruales regulares; la edad gestacional, se calcula con el primer día del último periodo menstrual con características de normalidad, dura un promedio de 40 semanas; la edad fetal, inicia cuatro a seis días después de la ovulación para continuar con la implantación del blastocisto en la pared uterina. (33)

La experiencia indica que la mujer gestante no solo experimenta cambios físicos y hormonales, también, cambios psicológicos, emocionales, sociales y familiares.

2.2.3 PARTO

El parto es el proceso fisiológico de todo mamífero mediante el cual expulsa al feto o producto de la concepción desde el interior del útero, por consiguiente, el recién nacido y la madre se convierten en seres independientes. (34)

2.2.4 TRABAJO DE PARTO

Es la parte final del proceso fisiológico de la gestación y que experimenta la gestante, la cual se conforma por cuatro periodos ordenados con características

propias, siendo estas: a. El período de dilatación, en la cual es estrictamente necesario que las contracciones uterinas cumplan en mantener su intensidad, frecuencia y duración necesarias para provocar el borramiento y dilatación del cuello uterino. b. El período expulsivo, para este momento el cuello uterino alcanzó el máximo de dilatación permitiendo la expulsión del feto. c. El período de alumbramiento, momento en el cual se expulsó al feto y permite la salida de la placenta. d. El período del post alumbramiento, considerado hasta el lapso de dos horas luego de la salida de la placenta. (35)

El trabajo de parto, la gestante lo puede afrontar antes o después de la fecha programada, en la cual se puede presentar una de las siguientes situaciones: Parto a término; según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y la Sociedad de Medicina Materno-Fetal, subdivide a la gestación de 37 semanas a más en cuatro etapas, siendo estas, término temprano (37 a 38 semanas y 6 días), término completo (39 a 40 semanas y 6 días), término tardío (41 semanas y 6 días) y posttérmino (42 semanas a más). (36).

Parto pretérmino; inicia entre las 22 a 36 semanas y 6 días, se toma a la fecha de última regla como una de las referencias para el cálculo de edad gestacional, el parto pretérmino es considerado un síndrome más que una patología debido a su causa multifactorial, siendo dos tercios de los partos de inicio espontáneo y un tercio provocado por decisiones medicas con la finalidad de salvaguardar la vida del feto y de la madre. (37)

En relación a estas dos situaciones referidas el parto a término es beneficioso porque el feto enfrenta de forma óptima su adaptación a la vida extrauterina.

2.2.5 PARTO VAGINAL

Es la salida del feto desde el interior del útero, luego del descenso por el canal vaginal y expulsión al exterior de la madre.

Para la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia un parto vaginal normal es cuando la gestante no presenta factores de riesgo e inicia el trabajo de parto espontáneo entre las 37 a 42 semanas de gestación y llega a tener un bebé sano de adaptación oportuna a su nuevo entorno. (38)

Algunos de los beneficios para la madre y el recién nacido en el parto vaginal son: menor pérdida de sangre, menor riesgo de infección uterina, euglicemia, adecuada perfusión placentaria, facilita el contacto precoz piel a piel que propone beneficios en la autorregulación neonatal, fortalecimiento del vínculo afectivo madre e hijo, lactancia materna exitosa, mínimo tiempo de recuperación y hospitalización, fortalece el sistema inmunológico del bebé por el contacto de bacterias del canal vaginal, además facilita la expulsión de líquido amniótico desde el interior de los pulmones logrando emitir un llanto enérgico que indica la óptima adaptación al nuevo entorno. (39)

En el proceso de parto vaginal existe la posibilidad de presencia de anomalías del conducto vaginal, fuerza de contracción uterina y presentación fetal, lo cual se presenta de forma aislada o combinada, dificultando o haciendo imposible el parto por esta vía. (40)

Entre las complicaciones más comunes puede darse: desgarros perineales de primer hasta tercer grado que requiere puntos de sutura; anomalías, prolapso, o enredo del cordón umbilical en extremidades o cuello del feto; distocia de hombros (41); alteración del ritmo cardíaco fetal (42); ruptura prematura de membranas que incrementa el riesgo de infección si ocurre en pretérminos y si el inicio del trabajo de parto se prolonga (43); asfixia perinatal (44); hemorragia por desgarro o atonía uterina. (45)

2.2.6 CESÁREA

La cesárea es la intervención quirúrgica que culmina la etapa de gestación, que permite la extracción del feto vivo o muerto a través de la incisión del útero. (46)

Hasta la segunda mitad del siglo XIX la práctica se utilizó en la gestante que no tenía posibilidad de vida, con la finalidad de salvar la vida del feto. (47)

La cesárea demuestra ser eficaz en la disminución de la morbilidad materna cuando la indicación supera los beneficios del parto vaginal; es el médico especialista quien justifica el acto quirúrgico, para ello disecciona planos anatómicos que van desde la piel hasta el útero; se toma en cuenta las relaciones con estructuras anatómicas como la vejiga, uréteres, arterias uterinas y la presencia de

variantes anatómicas porque siempre existe el riesgo de lesión. Existen técnicas quirúrgicas que evolucionaron con el objetivo de disminuir riesgos de complicaciones; la técnica de Joel-Cohen disminuye tiempos operatorios y morbilidad materna inmediata, la técnica de Mouchel es usada ante la presencia de cicatriz uterina y tejidos adherenciales, entre otros. (48)

La cesárea como procedimiento quirúrgico para culminar la etapa de gestación es una alternativa segura para grupos de riesgo, como el caso de la desproporción céfalo pélvica; la intervención permite eludir la craneotomía, sinfisiotomía o el uso de fórceps; en ese sentido la práctica racional de esta intervención quirúrgica contribuye a la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal. (49)

El Hospital Sant Joan Déu de Barcelona toma en cuenta un protocolo de cesárea que unifica los criterios para indicarla y de las características de la técnica quirúrgica, para disminuir la variabilidad interprofesional y la morbimortalidad materna y neonatal. Se caracteriza cuatro tipos de cesárea: Cesárea electiva, como intervención programada antes del inicio del parto en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal; cesárea en curso de parto o de recurso, que se decide en el transcurso del parto por indicación materna, fetal o mixta, se incluyen la desproporción céfalo pélvica, fracaso en la inducción, distocia de las contracciones uterinas y parto estacionario, no existe riesgo inminente para la madre o feto; cesárea de urgencia, cuando la decisión se toma por alguna patología de la madre o el feto, dada la sospecha del compromiso del bienestar fetal, pudiendo presentarse antes o durante el parto, es recomendada la finalización de la gestación de forma rápida; cesárea de emergencia, se encuentra comprometida la vida de la madre y/o feto, situaciones como la ruptura uterina, la prociencia de cordón, el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, el sangrado de la placenta previa que inestabilice la hemodinamia materna, y la embolia de líquido amniótico. (50)

Los criterios de urgencia y emergencia dan importancia al tiempo del inicio de la intervención quirúrgica para culminar la gestación que va de 30 a 15 minutos respectivamente.

Las complicaciones se pueden dar en el intraparto o postparto, siendo algunas de ellas las siguientes: lesión de la vejiga, útero o vasos sanguíneos, hemorragia, reacción adversa a anestésicos, coagulación en miembros inferiores, embolia pulmonar, íleo (51), infección, dolor en el sitio de incisión (52), dispareunia (53), ansiedad e ideación suicida manifestada por angustia e imposibilidad para conciliar el sueño, depresión perceptible por sentimiento de culpa y tristeza (54).

El antecedente de intervención quirúrgica de cesárea puede ocasionar infertilidad secundaria por istmocele (55), ruptura uterina al intentar parto vaginal después de la cesárea u originarse de forma espontánea (56), Villagomez observó que el antecedente de una cesárea incrementó la ruptura uterina en un 0.9% y 1.8% en la segunda cesárea, la histerectomía obstétrica de 0.2 a 0.6% y la transfusión de hemoderivados de 1.6% y 3.2% de forma respectiva (57), la placenta previa incrementa el riesgo de placenta acreta a expensas del número de cesáreas previas, siendo del 6 a 10% con una cesárea hasta más del 60% en cuatro a más partos por cesárea (58)

2.2.7 MODELO DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON

El Dr. Michael Robson propuso el modelo de clasificación de cesárea el año 2001, para el desarrollo es necesario aplicar tres variables obstétricas y tres variables fetales: paridad, edad gestacional, antecedente de cesárea, trabajo de parto, número y presentación del feto; caracterizar a las gestantes según las variables obstétricas y fetales facilitará la asignación a uno de los diez grupos de Robson. (59)

Para la OMS, la clasificación de diez grupos es un sistema de clasificación que cumple las exigencias nacionales e internacionales, al identificar de forma prospectiva las características de cada gestante que acude al establecimiento de salud para atención de parto vaginal o por intervención quirúrgica de cesárea, además, investiga las diferencias que existe en cada grupo en relación al índice de cesárea: grupo 1, nulípara con feto único en cefálico, a término y trabajo de parto espontáneo; grupo 2, nulípara con feto único, en cefálico, a término y trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del inicio del trabajo de parto; grupo 3, multípara sin antecedente de cesárea, con feto único, en cefálico, a término y

trabajo de parto espontáneo; grupo 4, multípara sin antecedente de cesárea, con feto único, en cefálico, a término y trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del inicio del trabajo de parto; grupo 5, multípara con antecedente de al menos una cesárea, con feto único, en cefálico y a término; grupo 6, nulípara con feto único y en podálico; grupo 7, multípara con o sin antecedente de cesárea, con feto único y en podálico; grupo 8, nulípara o multípara con o sin antecedente de cesárea y con gestación múltiple; grupo 9, nulípara o multípara con o sin antecedente de cesárea, con feto único y en transversal u oblicuo; grupo 10, nulípara o multípara con o sin antecedente de cesárea, con feto único, en cefálico y pretérmino. (10)

La Clasificación de Robson es una herramienta útil para identificar, evaluar, comparar y monitorear el índice del procedimiento quirúrgico de cesárea, por ello la OMS estandariza su aplicación a nivel global el año 2014. (60)

2.2.8 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- Gestante: estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.
- Cesárea: procedimiento quirúrgico que permite la extracción del feto vivo o muerto con peso igual o mayor a 500 gramos, realizando la incisión de la pared uterina.
- Modelo de Robson: herramienta útil para evaluar, comparar y hacer el seguimiento de la tasa del procedimiento quirúrgico de cesárea en establecimientos de salud a nivel mundial.

2.3 HIPÓTESIS

Al ser la presente investigación de nivel descriptivo con el objetivo sustancial de reunir información, no precisan de hipótesis. (61)

2.4 VARIABLES

2.4.1 MODELO DE ROBSON

se expresan de la siguiente manera:

➤ *INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE CESÁREA*

El estudio lo define como la proporción de procedimiento quirúrgico en el que se realiza la incisión del útero para extraer al feto, expresado de forma porcentual.

➤ *OBSTÉTRICAS*

Se expresan en 3 dimensiones:

1. Paridad: número de partos previos al momento de la intervención quirúrgica de cesárea, se consideran los siguientes:
 - Nuliparidad: sin parto previo.
 - Multiparidad: uno o más partos previos, cuyo nacimiento se efectuó por vía vaginal o cesárea de un producto vivo o muerto con un peso mayor o igual a 500 gramos o mayor o igual a 22 semanas.
2. Antecedente de cesárea: número de partos por cesárea previos al momento de la intervención quirúrgica de cesárea, se consideran los siguientes:
 - Si: una o más cesáreas.
 - No: ninguna cesárea.
3. Inicio del trabajo de parto: forma en la que inicia el trabajo de parto, previo al momento de la intervención quirúrgica de cesárea, se consideran los siguientes:
 - Espontáneo: parto que inicia sin la intervención de factores externos.
 - Inducido: parto que inicia con la intervención de factores externos.
 - Cesárea programada: programación de cesárea en ausencia de trabajo de parto.

➤ *FETALES*

Se expresan en 3 dimensiones:

1. Cuantía de fetos: número de fetos vivos o muertos al momento de la intervención quirúrgica de cesárea, se consideran los siguientes:

- Único: un solo feto.
 - Múltiple: dos o más fetos.
2. Edad gestacional: número de semanas de gestación al momento de la intervención quirúrgica de cesárea, se consideran los siguientes:
 - Pretérmino: menor a 37 semanas de gestación.
 - Término: mayor a 37 semanas de gestación.
 3. Presentación fetal: parte del feto que se pone en contacto con el estrecho superior de la pelvis materna al momento de la intervención quirúrgica de cesárea, se consideran los siguientes:
 - Cefálica: la cabeza del feto se pone en contacto con la pelvis materna.
 - Podálica: las nalgas, uno o ambos pies se pone en contacto con la pelvis materna.
 - Transversa: el eje longitudinal del feto es perpendicular al eje longitudinal de la madre.

➤ *DIEZ GRUPOS*

Se expresan en 10 dimensiones:

1. Grupo 1: nulípara con feto único en cefálico, a término e inicio del trabajo de parto espontáneo.
2. Grupo 2: nulípara con feto único en cefálico, a término e inicio del trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del inicio del trabajo de parto.
3. Grupo 3: multípara sin antecedente de cesárea con feto único en cefálico, a término e inicio del trabajo de parto espontáneo.
4. Grupo 4: multípara sin antecedente de cesárea con feto único en cefálico, a término e inicio del trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del inicio del trabajo de parto.
5. Grupo 5: multípara con antecedente de al menos una cesárea, con feto único, en cefálico y a término.
6. Grupo 6: nulípara con feto único y en podálico.
7. Grupo 7: multípara con o sin antecedente de cesárea con feto único y en podálico.
8. Grupo 8: nulípara o multípara con o sin antecedente de cesárea y con gestación múltiple.

9. Grupo 9: nulípara o multípara con o sin antecedente de cesárea con feto único y en transverso u oblicuo.
10. Grupo 10: nulípara o multípara con o sin antecedente de cesárea con feto único en cefálico y pretérmino.

2.4.2 DEMOGRÁFICAS

se expresa en tres dimensiones:

1. Edad: años de vida de la madre desde su nacimiento hasta el momento de la intervención quirúrgica de cesárea; se considera los siguientes grupos:
 - Menor a 15 años.
 - De 15 a 25 años.
 - De 26 a 35 años.
 - Mayor a 35 años.
2. Grado de instrucción: nivel de estudio obtenido hasta el momento de la intervención quirúrgica de cesárea; se consideran los siguientes:
 - Ninguno.
 - Primaria.
 - Secundaria.
 - Técnico.
 - Universitario.
3. Ocupación: actividad regular que desempeña la gestante hasta el momento de la intervención quirúrgica de cesárea; se consideran los siguientes:
 - Ama de casa.
 - Dependiente.
 - Independiente.
 - Estudiante.

TABLA 1.
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADORES	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR FINAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN
Modelo de Robson	Intervención quirúrgica de cesárea	Proporción de procedimiento quirúrgico en el que se realiza la incisión del útero para extraer al feto.	Cuantitativa	Proporción	Índice de cesárea	Conforme a registro clínico.
	Obstétricas:					
	▪ Paridad	Número de partos previos al momento de la intervención quirúrgica de cesárea.			○ Nuliparidad. ○ Multiparidad.	
	▪ Antecedente de cesárea	Número de partos por cesárea previos al momento de la intervención quirúrgica de cesárea.			○ Si. ○ No	
	▪ Inicio de trabajo de parto	Forma en la que inicia el trabajo de parto, previo al momento de la intervención quirúrgica de cesárea.			○ Espontáneo. ○ Inducido. ○ Cesárea programada.	
	Fetales:		Cualitativa	Nominal		
	▪ Cuantía de fetos	Número de fetos vivos o muertos al momento de la intervención quirúrgica de cesárea.			○ Único. ○ Múltiple.	
	▪ Edad gestacional	Número de semanas de gestación al momento de la intervención quirúrgica de cesárea.			○ Pretérmino. ○ A término.	
	▪ Presentación fetal	Parte del feto en contacto con el estrecho superior de la pelvis materna al			○ Cefálico. ○ Podálico ○ Transverso	

	momento de la intervención quirúrgica de cesárea.			
Diez grupos:				
▪ Grupo 1				○ Nulípara con feto único en cefálico, a término y trabajo de parto espontáneo.
▪ Grupo 2				○ Nulípara con feto único en cefálico, a término y trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del inicio del trabajo de parto.
▪ Grupo 3				○ Multípara sin antecedente de cesárea con feto único en cefálico, a término y trabajo de parto espontáneo.
▪ Grupo 4	Sistema de clasificación de diez grupos de gestantes que acuden para atención de parto, en base a características obstétricas y fetales.	Cualitativa	Nominal	○ Multípara sin antecedente de cesárea con feto único en cefálico, a término y trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del inicio del trabajo de parto.
▪ Grupo 5				○ Multípara con antecedente de al menos una cesárea, con feto único, en cefálico y a término.
▪ Grupo 6				○ Nulípara con feto único y en podálico.

	▪ Grupo 7 ▪ Grupo 8 ▪ Grupo 9 ▪ Grupo 10			○ Multípara con o sin antecedente de cesárea con feto único y en podálico. ○ Nulípara o multípara con o sin antecedente de cesárea y con gestación múltiple. ○ Nulípara o multípara con o sin antecedente de cesárea con feto único y en transverso u oblicuo. ○ Nulípara o multípara con o sin antecedente de cesárea con feto único en cefálico y pretérmino.		
Demográficas	▪ Edad	Años de vida de la madre desde su nacimiento hasta el momento de la intervención quirúrgica de cesárea.	Cuantitativa	Discreta	○ Menor a 15 años. ○ De 15 a 25 años. ○ De 26 a 35 años. ○ Mayor a 35 años.	Conforme a registro clínico.
	▪ Grado de instrucción	Nivel de estudio obtenido hasta el momento de la intervención quirúrgica de cesárea.			○ Ninguno. ○ Primaria. ○ Secundaria. ○ Técnico. ○ Universitario.	

		Cualitativa	Nominal
▪ Ocupación	Actividad regular que desempeña la gestante hasta el momento de la intervención quirúrgica de cesárea.		○ Ama de casa. ○ Dependiente. ○ Independiente. ○ Estudiante.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1 MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1 ÁMBITO DE ESTUDIO

El Hospital Amazónico de Yarinacocha, según su capacidad resolutive es de categoría II-2 al poseer el segundo nivel de atención. Es uno de tres hospitales responsables de la atención en salud de la población referencial de cuatro provincias del departamento de Ucayali.

3.1.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal; descriptivo porque los datos fueron descritos, observacional porque se observaron los hechos, retrospectivo porque se realizó la recolección de datos preexistentes y de corte transversal porque las mediciones se realizaron en un solo momento. (62)

3.1.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Reunió las características del nivel descriptivo, al medir el comportamiento de cada variable de forma independiente.

3.1.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación corresponde al diseño descriptivo simple.

M → O

Dónde:

M = Muestra: casos de gestantes que acudieron al Hospital Amazónico de Yarinacocha para intervención quirúrgica de cesárea durante el año 2022.

O = Características: Modelo de Robson

3.1.5 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

a) Población

Conformada por 1451 casos de gestantes que acudieron para intervención quirúrgica de cesárea al Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2022.

b) Muestra

Conformada por 304 casos de gestantes que acudieron para intervención quirúrgica de cesárea al Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2022; se aplica la fórmula estadística de población finita.

El esquema es el siguiente:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{E^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

N: población (1451)

Z: nivel de confianza (1.96)

E: máximo error permitido (0.05)

p: proporción de la población a medir y que tiene característica de interés (0.5)

q: proporción de la población que no tiene característica de interés (0.5)

n: tamaño de muestra

Calculando la muestra:

$$n = \frac{(1451) (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (1451 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{1393.5404}{3.625 + 0.9604}$$

$$n = \frac{1393.5404}{4.5854}$$

$$n = 304$$

c) Muestreo:

Muestreo probabilístico del tipo aleatorio estratificado; se seleccionó una misma cantidad de registros clínicos de gestantes que cumplieron los criterios de inclusión en cada mes del año 2022, se asignó un número aleatorio a cada

registro clínico mediante un proceso automatizado. Se optó esta técnica por la amplitud de la población y la accesibilidad de la información.

d) Criterios de inclusión:

- Gestantes que acuden para atención de parto mediante intervención quirúrgica de cesárea al Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2022.
- Gestantes con edad gestacional mayor o igual a 22 semanas con feto vivo o muerto mayor o igual a 500 gramos de peso corporal.

e) Criterios de exclusión:

- Registros clínicos que no cuenten con todas las variables planteadas en la investigación.
- Registros clínicos incompletos.
- Registros clínicos con datos ambiguos.

3.1.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a) Técnica:

La técnica aplicada es el análisis documentario, al realizar la revisión del Sistema Informático Perinatal 2000 (SIP 2000) de gestantes con intervención quirúrgica de cesárea.

b) Instrumento:

El instrumento aplicado es la ficha de análisis documentario, elaborado en base a las características obstétricas del Modelo de Clasificación de Robson que hará posible clasificar a la gestante en uno de los diez grupos, según indica el Manual de Aplicación de Clasificación de Robson de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

3.1.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó a la dirección ejecutiva del Hospital Amazónico de Yarinacocha autorización de acceso a registros clínicos de gestantes, entre ellos, historia clínica, libro de partos, y base de datos del Sistema Informático Perinatal 2000. Se recolectó información en la ficha de análisis documentario.

3.1.8 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se procedió al conteo de cesáreas realizadas en el año 2022 registrados en el Sistema Informático Perinatal 2000. En base al número total de casos de intervención quirúrgica de cesáreas que cumplían con los criterios de inclusión, se aplicó la fórmula estadística de población finita, la muestra obtenida fue dividida de forma equitativa entre los meses del año para obtener la cantidad de casos de cada mes, el mes de diciembre fue el único que aportó 29 casos; todos los datos se registraron en la ficha de análisis documentario de manera aleatoria. Los datos registrados en la ficha de análisis documentario respecto a indicadores obstétricos, fetales y demográficas fueron ingresados en una hoja de cálculo de un programa informático, posteriormente se clasificó a cada caso de cesárea en uno de los diez grupos de la Clasificación de Robson en base a los indicadores obstétricos y fetales, por último, se empleó la estadística descriptiva al tabular los datos y obtener valores absolutos y porcentuales.

3.1.9 ASPECTOS ÉTICOS

La investigación respeta la Declaración de Helsinki y el Informe Belmont, cumple con el principio de autonomía, al revisar registros clínicos electrónicos no es necesario la autorización de las participantes; el principio de beneficencia y no maleficencia, los datos recolectados fueron codificados en una computadora personal que contaba con clave para su acceso; el principio de justicia, se seleccionó estudios idóneos que guardan relación con la investigación. Al concluir la investigación se elaboró un informe final de tesis, luego, se eliminó todos los datos para garantizar el anonimato de las participantes y evitar la difusión de información para fines ajenos a la investigación. La investigación es autofinanciada, no existe conflicto de intereses.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Tabla 2

Distribución del indicador: índice de intervención quirúrgica de cesárea atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022.

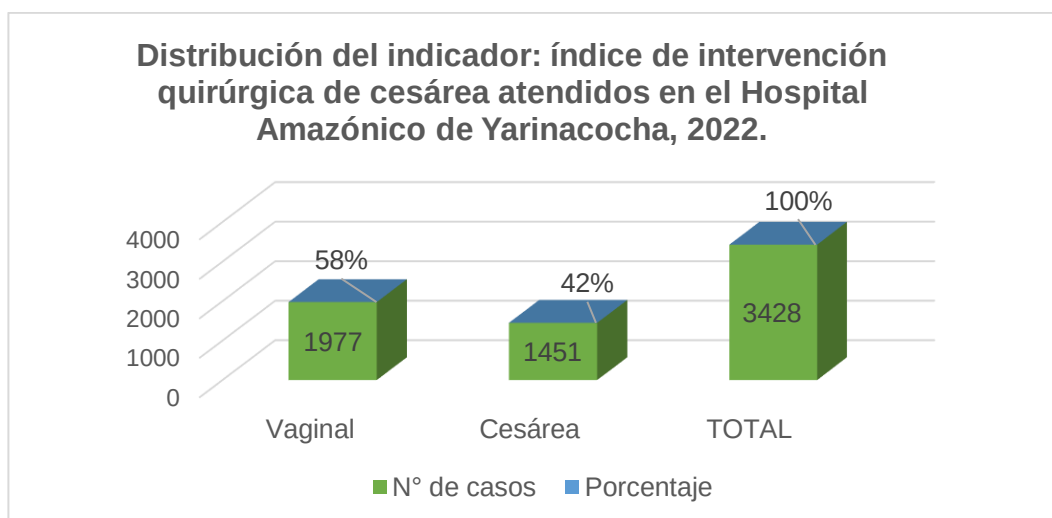
PARTOS	Vaginal	Cesárea	TOTAL
N° de casos	1977	1451	3428
Porcentaje	58%	42%	100%

Fuente: base de datos.

La tabla 2 muestra el índice de parto vaginal e intervención quirúrgica de cesárea, parto por vía vaginal 1977, que representa el 58% de casos; partos por cesárea 1451, que representa el 42% de casos y total de partos 3428, que representa el 100% de casos.

Figura 1

Distribución del indicador: índice de intervención quirúrgica de cesárea atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022.



Fuente: base de datos.

Tabla 3

Distribución del indicador obstétrico: paridad de las gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de Clasificación de Robson.

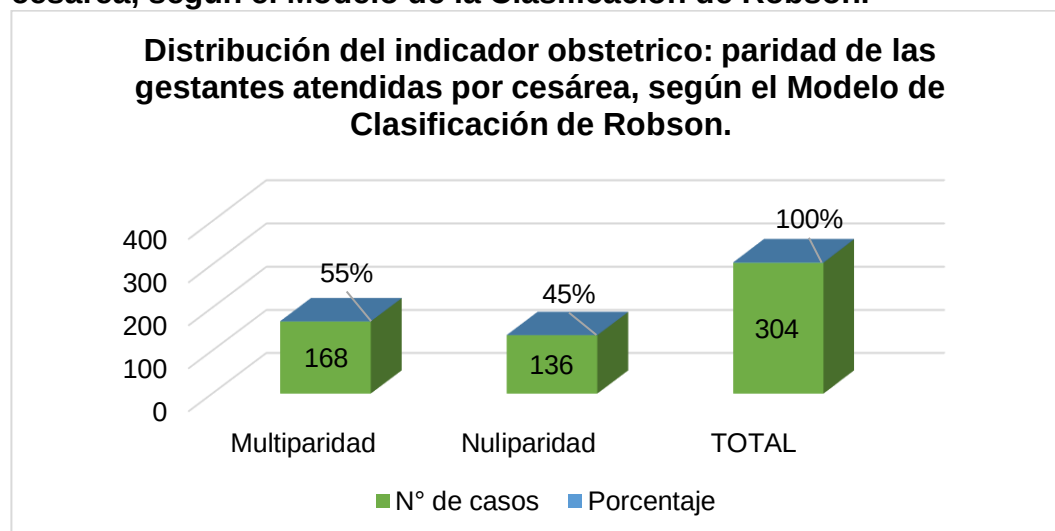
PARIDAD	Multiparidad	Nuliparidad	TOTAL
N° de casos	168	136	304
Porcentaje	55%	45%	100%

Fuente: base de datos.

La tabla 3 muestra el indicador obstétrico paridad de las gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de Clasificación de Robson, multiparidad 168, que representa el 55% de casos; nuliparidad 136, que representa el 45% de casos y el total de gestantes atendidas 304, que representa el 100% de casos.

Figura 2

Distribución del indicador obstétrico: paridad de las gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de la Clasificación de Robson.



Fuente: base de datos.

Tabla 4

Distribución del indicador obstétrico: antecedente de cesárea de las gestantes atendidas por cesárea según el Modelo de la Clasificación de Robson.

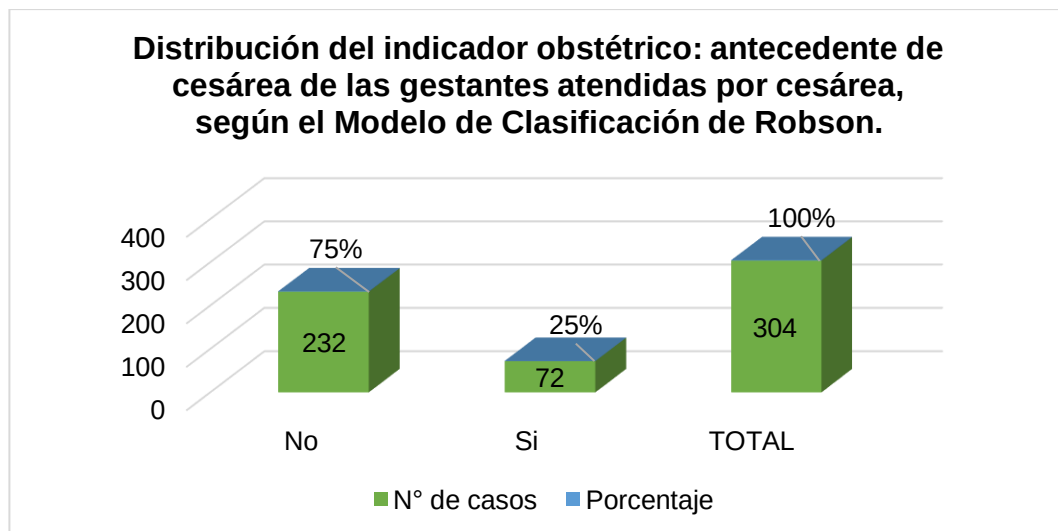
ANTECEDENTE DE CESÁREA	No	Si	TOTAL
N° de casos	232	72	304
Porcentaje	75%	25%	100%

Fuente: base de datos.

La tabla 4 muestra el indicador obstétrico antecedente de cesárea de las gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de Clasificación de Robson, no 232, que representa el 75% de casos; si 72, que representa el 25% de casos y el total de gestantes atendidas 304, que representa el 100% de casos.

Figura 3

Distribución del indicador obstétrico: antecedente de cesárea de las gestantes atendidas por cesárea según el Modelo de Clasificación de Robson.



Fuente: base de datos.

Tabla 5

Distribución del indicador obstétrico: inicio del trabajo de parto de las gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de Clasificación de Robson.

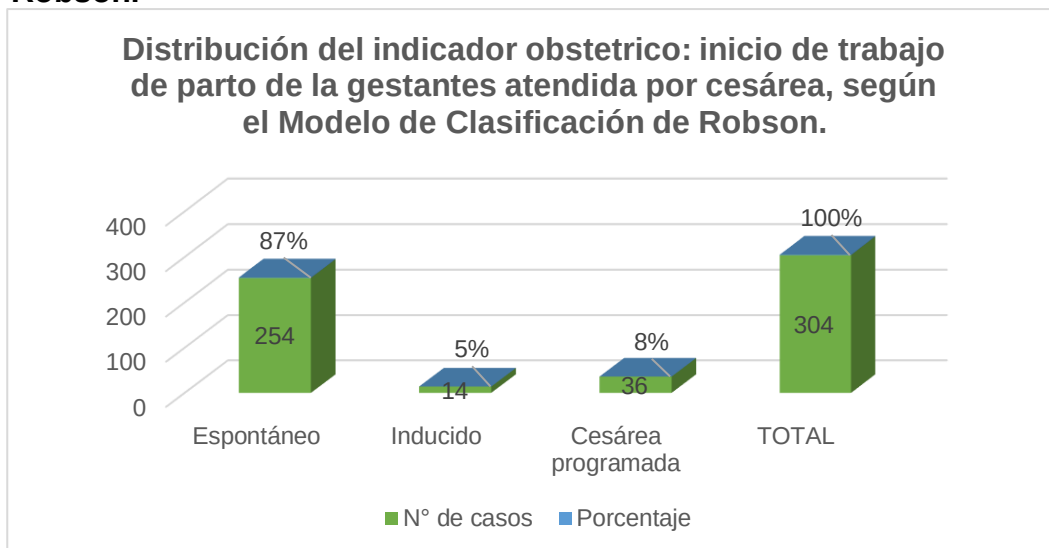
INICIO DE TRABAJO DE PARTO	Espon	Inducid	Cesárea programada	TOTAL
	táneo	o		
N° de casos	254	14	36	304
Porcentaje	87%	5%	8%	100%

Fuente: base de datos.

La tabla 5 muestra el indicador obstétrico inicio del trabajo de parto de las gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de Clasificación de Robson, espontáneo 254, que representa el 87% de casos; inducido 14, que representa el 5% de casos; cesárea programada 36, que representa el 8% de casos y el total de gestantes atendidas 304, que representa el 100% de casos.

Figura 4

Distribución del indicador obstétrico: inicio del trabajo de parto de las gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de Clasificación de Robson.



Fuente: base de datos.

Tabla 6

Distribución del indicador fetal: cuantía de fetos de las gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de Clasificación de Robson.

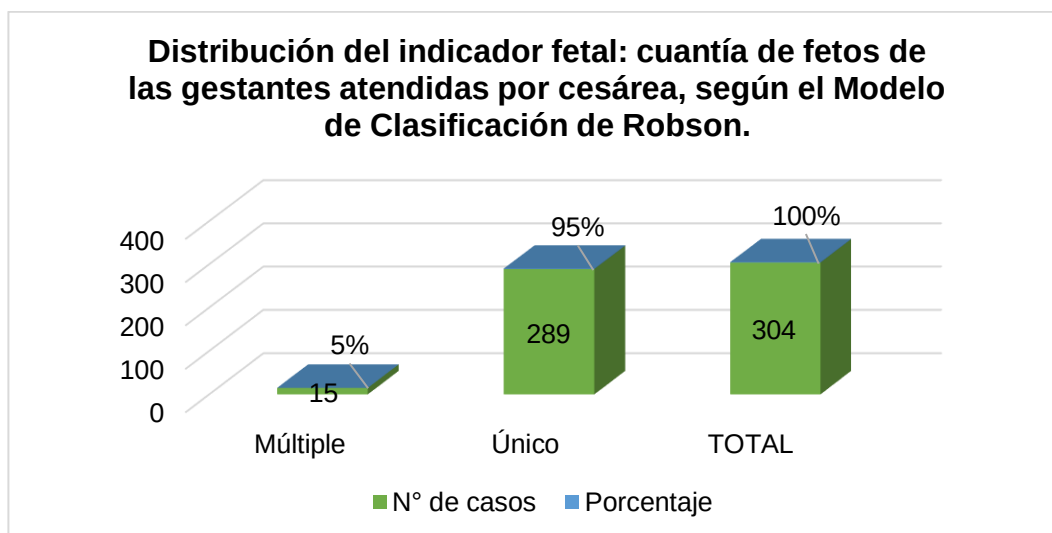
CUANTÍA DE FETOS	Múltiple	Único	TOTAL
N° de casos	15	289	304
Porcentaje	5%	95%	100%

Fuente: base de datos.

La tabla 6 muestra el indicador fetal cuantía de fetos de las gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de Clasificación de Robson, múltiple 15, que representa el 5% de casos; único 289, que representa el 95% de casos y el total de gestantes atendidas 304, que representa el 100% de casos.

Figura 5

Distribución del indicador fetal: cuantía de fetos de las gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de Clasificación de Robson.



Fuente: base de datos.

Tabla 7

Distribución del indicador fetal: edad gestacional de las gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de Clasificación de Robson.

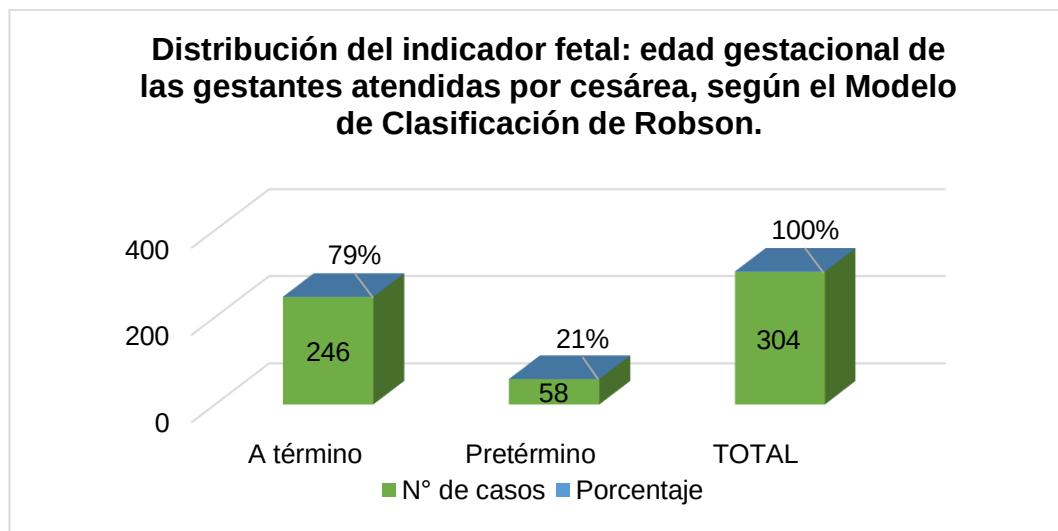
EDAD GESTACIONAL	A término	Pretérmino	TOTAL
N° de casos	246	58	304
Porcentaje	79%	21%	100%

Fuente: base de datos.

La tabla 7 muestra el indicador fetal edad gestacional de las gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de Clasificación de Robson, a término 246, que representa el 79% de casos; pretérmino 58, que representa el 21% de casos y el total de gestantes atendidas 304, que representa el 100% de casos.

Figura 6

Distribución del indicador fetal: edad gestacional de las gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de Clasificación de Robson.



Fuente: base de datos.

Tabla 8

Distribución del indicador fetal: presentación fetal de las gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de Clasificación de Robson.

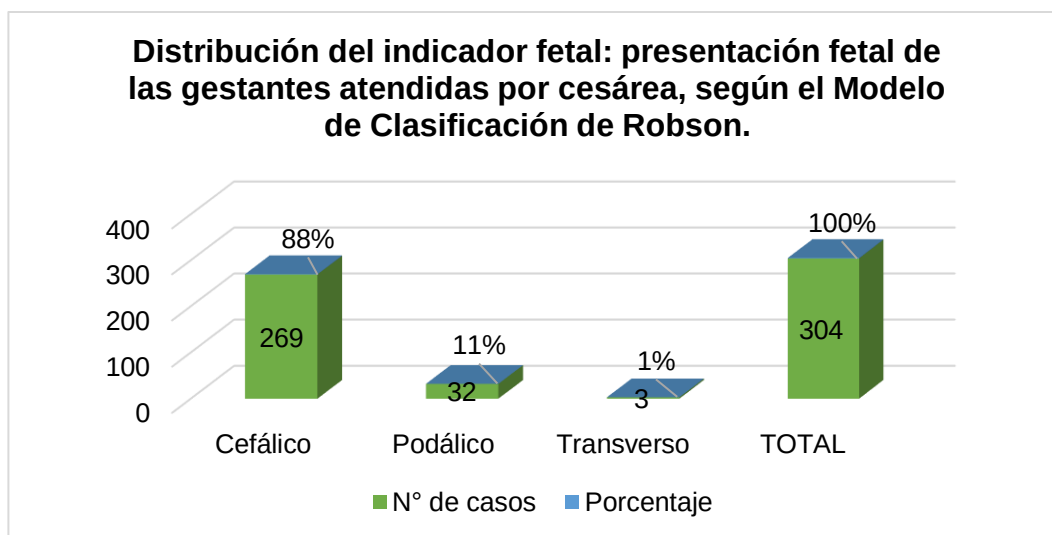
PRESENTACIÓN FETAL	Cefálico	Podálico	Transverso	TOTAL
N° de casos	269	32	3	304
Porcentaje	88%	11%	1%	100%

Fuente: base de datos.

La tabla 8 muestra del indicador fetal presentación fetal de las gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de Clasificación de Robson, cefálico 269, que representa el 88% de casos; podálico 32, que representa el 11% de casos; transverso 3, que representa el 1% de casos y el total de gestantes atendidas 304, que representa el 100% de casos.

Figura 7

Distribución del indicador fetal: presentación fetal de las gestantes atendidas por cesárea, según el Modelo de Clasificación de Robson.



Fuente: base de datos.

Tabla 9

Distribución de los diez grupos del Modelo de Clasificación de Robson, en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022.

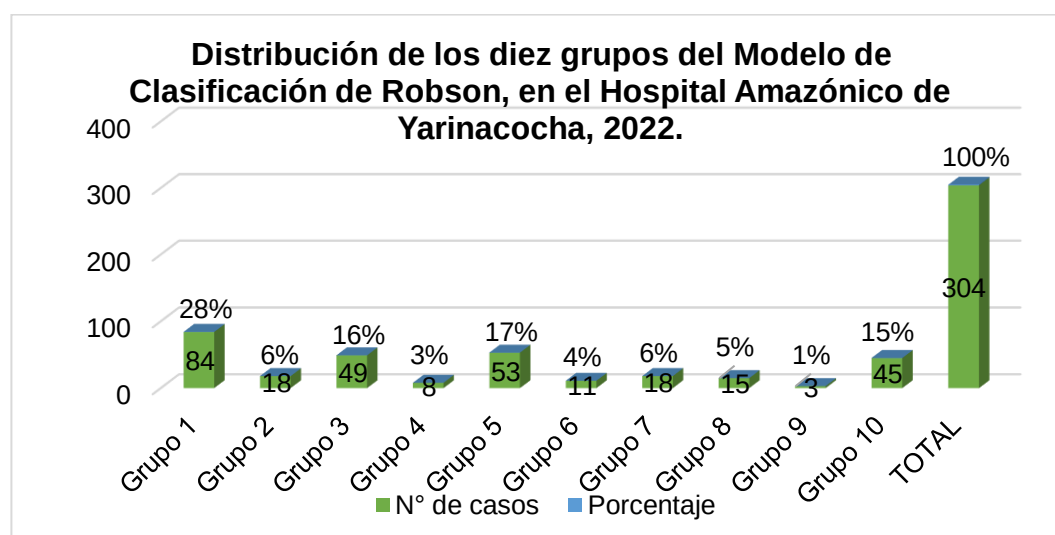
GRUPOS DE ROBSON	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
N° de casos	84	18	49	8	53	11	18	15	3	45	304
Porcentaje	28%	6%	16%	3%	17%	4%	6%	5%	1%	15%	100%

Fuente: base de datos.

La tabla 9 muestra los diez grupos del Modelo de Clasificación de Robson, en el grupo 1 son 84, que representa el 28% de casos; en el grupo 2 son 18, que representa el 6% de casos; en el grupo 3 son 49, que representa el 16% de casos; en el grupo 4 son 8, que representa el 3% de casos; en el grupo 5 son 53, que representa el 17% de casos; en el grupo 6 son 11, que representa el 4% de casos; en el grupo 7 son 18, que representan el 6% de casos; en el grupo 8 son 15, que representan el 5% de casos; en el grupo 9 son 3, que representan el 1% de casos; en el grupo 10 son 45, que representa el 15% de casos y el total de gestantes atendidas 304, que representa el 100% de casos.

Figura 8

Distribución de los diez grupos del Modelo de Clasificación de Robson, en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022.



Fuente: base de datos.

Tabla 10

Distribución del indicador: edad de las gestantes atendidas por cesárea en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022.

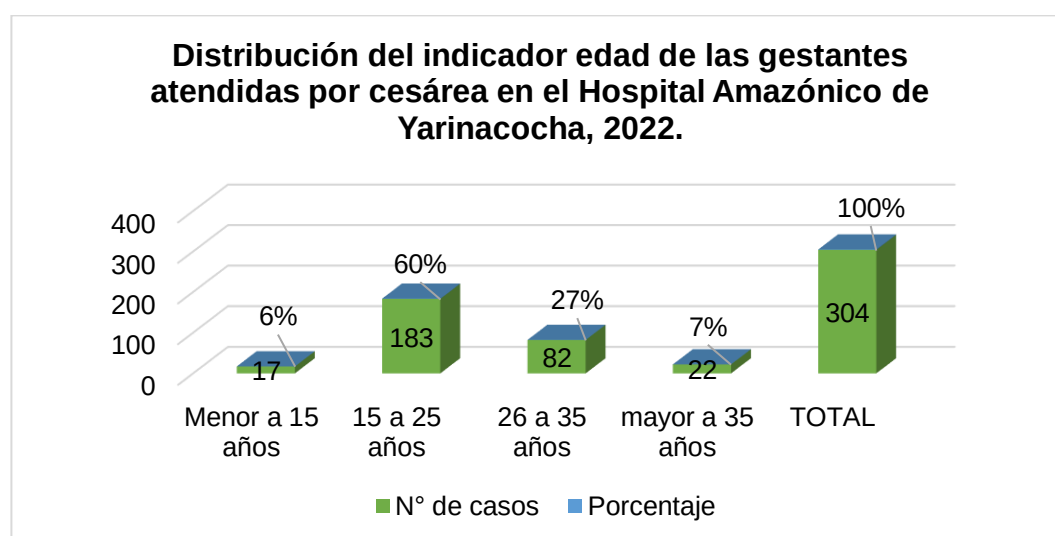
EDAD	Menor a 15 años	15 a 25 años	26 a 35 años	Mayor a 35 años	TOTAL
N° de casos	17	183	82	22	304
Porcentaje	6%	60%	27%	7%	100%

Fuente: base de datos.

La tabla 10 muestra el número de gestantes atendidas por cesárea, según la edad, menores de 15 años 17, que representa el 6% de casos; entre los 15 a 25 años 183, que representa el 60% de casos; entre los 26 a 35 años 82, que representa el 27% de casos; mayores de 35 años 22, que representa el 7% de casos y el total de gestantes atendidas 304, que representa el 100% de casos.

Figura 9

Distribución del indicador: edad de las gestantes atendidas por cesárea en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022.



Fuente: base de datos.

Tabla 11

Distribución del indicador: grado de instrucción de las gestantes atendidas por cesárea en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022.

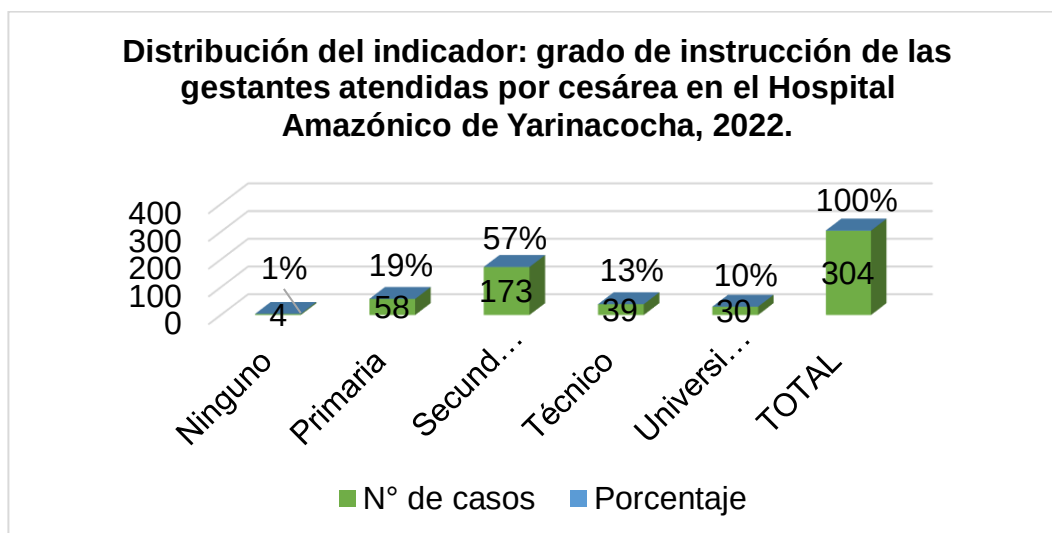
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Ninguno	Primaria	Secundaria	Técnico	Universitario	TOTAL
N° de casos	4	58	173	39	30	304
Porcentaje	1%	19%	57%	13%	10%	100%

Fuente: base de datos.

La tabla 11 muestra el número de gestantes atendidas por cesárea, según el grado de instrucción, ninguno 4, que representa el 1% de casos; primaria 58, que representa el 19% de casos; secundaria 173, que representa el 57% de casos; técnico 39, que representa 13% de casos; universitario 30, que representa el 10% de casos y el total de gestantes atendidas 304, que representa el 100% de casos.

Figura 10

Distribución del indicador: grado de instrucción de las gestantes atendidas por cesárea en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022.



Fuente: base de datos.

Tabla 12

Distribución del indicador: ocupación de las gestantes atendidas por cesárea en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022.

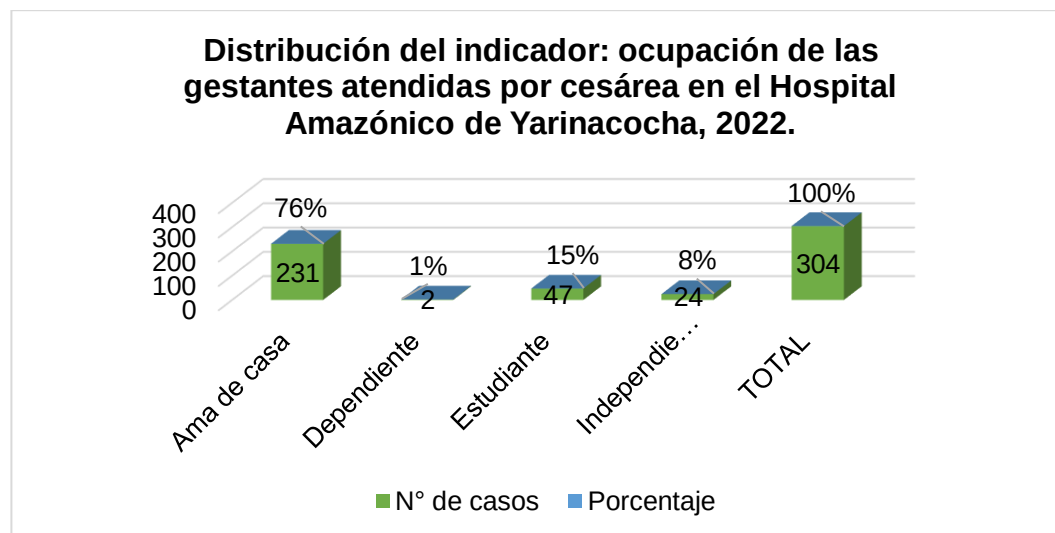
OCUPACIÓN	Ama de casa	Dependiente	Estudiante	Independiente	TOTAL
N° de casos	231	2	47	24	304
Porcentaje	76%	1%	15%	8%	100%

Fuente: base de datos.

La tabla 12 muestra el número de gestantes atendidas por cesárea, según la ocupación, ama de casa 231, que representa el 76% de casos; dependiente 2 que representa el 1% de casos; estudiante 47, que representa el 15% de casos; independiente 24, que representa el 8% de casos y el total de gestantes atendidas 304, que representa el 100% de casos.

Figura 11

Distribución del indicador: ocupación de las gestantes atendidas por cesárea en el Hospital Amazónico de Yarinacocha.



Fuente: base de datos.

Los resultados obtenidos en la investigación permiten apreciar que:

- Según el indicador intervención quirúrgica de cesárea: el índice de cesárea representa el 42% de casos.
- Según el indicador obstétrico de las gestantes atendidas por cesárea, según paridad, en la Clasificación de Robson fue: multiparidad el 55% de casos y nuliparidad el 45% de casos.
- Según el indicador obstétrico de las gestantes atendidas por cesárea, según antecedente de cesárea, en la Clasificación de Robson fue: no el 75% de casos y si el 25% de casos.
- Según el indicador obstétrico de las gestantes atendidas por cesárea, según inicio del trabajo de parto, en la Clasificación de Robson fue: espontáneo el 87% de casos; cesárea programada el 8%, de casos e inducido el 5% de casos.
- Según el indicador fetal de las gestantes atendidas por cesárea, según cuantía de fetos, en la Clasificación de Robson fue: único el 95% de casos y múltiple el 5% de casos.
- Según el indicador fetal de las gestantes atendidas por cesárea, según la edad gestacional, en la Clasificación de Robson fue: a término el 79% de casos y pretérmino el 21% de casos.
- Según el indicador fetal de las gestantes atendidas por cesárea, según la presentación fetal, en la Clasificación de Robson fue: cefálico el 88% de casos; podálico el 11% de casos y transversal el 1% de casos.
- Según el indicador diez grupos de la Clasificación de Robson fue: grupo 1 el 28% de casos; grupo 5 el 17% de casos; grupo 3 el 16% de casos; grupo 10 el 15% de casos; grupo 2 el 6% de casos; grupo 7 el 6% de casos; grupo 8 el 5% de casos; grupo 6 el 4% de casos; grupo 4 el 3% de casos y grupo 9 el 1% de casos.
- Según el indicador edad de las gestantes atendidas por cesárea fue: entre los 15 a 25 años el 60% de casos; entre los 26 a 35 años el 27% de casos; mayor a 35 años el 7% de casos y menor a 14 años el 6% de casos.

- Según el indicador grado de instrucción de las gestantes atendidas por cesárea fue: secundaria el 57% de casos; primaria el 19% de casos; técnico el 13% de casos; universitario el 10% de casos y ninguno el 1% de casos.
- Según el indicador ocupación de las gestantes atendidas por cesárea fue: ama de casa el 76% de casos; estudiante el 15% de casos; independiente el 8% de casos y dependiente el 1% de casos.

4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

- El análisis de los resultados obtenidos en la investigación nos permite conocer que en el Hospital Amazónico de Yarinacocha la intervención quirúrgica de cesárea se realizó a 1451 gestantes, que alcanza un índice del 42%, respecto al total de los casos que fue de 3428. Se compara este resultado con la investigación internacional, como la de México, que realiza Manny Zitle A. Tovar Rodríguez J., en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, reporta 706 nacimientos de los cuales 461 fueron cesáreas con un índice de 65.29%, la tasa es bastante amplia en superioridad a la observación identificada en este estudio. En Pakistán, el año 2020, Gilani S. Batool Mazhar S. Zafar., hacen el estudio en el Centro de Salud Materno Infantil Instituto de Ciencias Médicas de Pakistán Islamabad, identifica 2052 casos de cesárea, que representa el 33.3% de los partos atendidos en esa institución, la tasa que obtiene es menor en 8.7% a la que se identifica en esta investigación. Sin embargo; en México, el año 2023, Ramírez Flores D. Ruiz Cabrera I. Moreno López R., reportó que, en el Centro de primer nivel en México, Centro de Investigación Materno-Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento, reporta 228 casos de cesárea que representa el 39.9% del total de partos atendidos en esa institución; dicha tasa es casi similar a la obtenida en la presente investigación.

En relación a las investigaciones nacionales consultadas se puede observar que; en Lima, el año 2019, Rodríguez Salinas K., en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, reporta 1113 casos de parto por cesárea que representa el 31.64% de los casos atendidos, 4.46% menor a la tasa de esta investigación. En Huacho, el año 2019, Chávez Aranibar X., en el Hospital Regional de Huacho, reporta 1158 partos por cesárea, que representa el 37.9% del total de partos atendidos, la tasa es 4.1% menor a la del presente estudio. En Huancayo, el año 2020, Pando Sauñi Y., en el Hospital Nacional Ramiro Priale, EsSalud Huancayo, reporta 792 partos por cesárea, que representa el 30.37% de los casos atendidos, lo que significa

11.63% menos que la tasa reportada en el presente estudio. En Yurimaguas, el año 2021, Flores Vásquez A., en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas, reporta 586 partos por cesárea, que representa el 29% del total de casos atendidos. Lo que significa que la tasa es 13% menor a la obtenida en el presente estudio. En Huacho, el año 2021, Huamán Guzmán Y., en el Hospital II Luis Negreiros Vega, reporta 126 casos de partos por cesárea, representa el 38% del total casos atendidos, se aprecia que es una tasa 4% menor a la que reporta este estudio. En Arequipa el año 2022, Orduña Carpio R., en la Clínica Arequipa, institución privada, durante la pandemia por COVID - 19, periodo 2020 – 2021, reporta 234 casos atendidos por cesárea, representa el 81.43% de las atenciones. La diferencia es bastante amplia en 39.43%, respecto al estudio presente. En Huancavelica, el año 2022, De la Cruz Paco I. Paucar de la Cruz Y., realiza el estudio en el Hospital Departamental de Huancavelica, reporta 499 partos por cesárea, representa el 53.77% de las atenciones aplicadas; la tasa es 11.77% mayor a la expuesta en este estudio. En Arequipa, el año 2022, Coaquira Quispe J., reporta en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, MINSA, 334 atenciones de parto por cesárea, representa el 55% del total de atenciones recibidas en esa institución, significa 13% más del reporte de esta investigación. En Lima, el año 2023, Saldaña Quezada G., en el hospital de tercer nivel de atención, Hospital Cayetano Heredia, reporta el 56.24% de partos por cesárea, 14.2% más de los casos que reporta este estudio. En Pisco, el año 2023, Altamirano Mejía J., en el Servicio de ginecoobstetricia del Hospital San Juan de Dios, reporta 810 casos de cesáreas, que representa el 37.2% del total de atenciones realizadas, significa 4.8% menor de la tasa que se reporta el presente trabajo. La tasa de intervención quirúrgica de cesárea de la presente investigación y de los estudios referidos son muy elevados respecto a la recomendación por la Comunidad Sanitaria Internacional que propone no debe ser mayor al 10% y 15% de las atenciones de partos asistidos.

- El análisis de los resultados obtenidos en la investigación nos permite conocer que en el Hospital Amazónico de Yarinacocha las gestantes

atendidas por cesárea, en la variable obstétrica paridad, multiparidad, representa el 55% de casos. Se compara el resultado con la investigación extranjera realizada en México, el año 2018, Manny Zitle A. Tovar Rodríguez J., en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, reporta que las gestantes con intervención quirúrgica de cesárea fueron multíparas en una tasa de 53%, se identifica proximidad de los resultados con la mínima diferencia del 2%.

En investigaciones nacionales se identifica que, en Huancavelica, el año 2019, Cerrón Ladera Z., en el Hospital de Pampas, reporta que las gestantes fueron multíparas en una tasa de 58.8%, se observa superioridad del 3.8% con este estudio. En Huacho, el año 2019, Chávez Aranibar X. en el Hospital Regional de Huacho, reporta que las gestantes fueron multíparas en 65.2%, la tasa es superior en 10.2% al de este estudio. En Huancayo, el año 2020, Pando Sauñi Y., en el Hospital Nacional Ramiro Prialé, EsSalud, reporta que las gestantes fueron multíparas en 52.84%, la tasa que reporta es similar al obtenido en esta investigación. En Huacho, el año 2021, Huamán Guzmán Y., en el Hospital II Luis Negreiros Vega, reporta que las gestantes fueron multíparas en 60%, presenta pequeña diferencia del 5% con este estudio. En Arequipa, el año 2022, Coaquira Quispe J., en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, MINSA, reporta que las gestantes fueron multíparas en 60.78%, la tasa supera en 5.78% al de esta investigación. En Arequipa el año 2022, Orduña Carpio R., en el sector privado, Clínica Arequipa durante la pandemia por COVID - 19, periodo 2020 – 2021, reporta que las gestantes fueron multíparas en 67.95%, tasa que supera en 12.95% al de este estudio. En Lima, el año 2023, Saldaña Quezada G., en el hospital peruano de tercer nivel de atención. Hospital Cayetano Heredia, reporta que las gestantes fueron multíparas en 65.03%, tasa que supera en 10.03%, a esta investigación. En la presente investigación se espera que la gestante multípara cuente con la actitud de experiencia necesaria para afrontar de forma óptima el proceso de parto; no obstante, la multiparidad está relacionada con el incremento de

mortalidad perinatal cuando está asociada a factores predisponentes como enfermedades crónicas no transmisibles, inadecuada nutrición preconcepcional, hábitos nocivos, embarazos múltiples, período intergenésico corto, antecedentes de cesárea e inadecuada planificación familiar.

- En la variable obstétrica antecedente de cesárea, el análisis de los resultados obtenidos en la investigación nos permite conocer que, en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, las gestantes sin antecedente de cesárea, representa 75%. En relación con las investigaciones nacionales, en Huancavelica, el año 2019, Cerrón Ladera Z., en el Hospital de Pampas, reporta que las gestantes con parto por cesárea, sin antecedente de la misma, representa 75.9%, obtiene gran similitud con el hallazgo de esta investigación. En Lima, el año 2019, Rodríguez Salinas K., en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, reporta que las gestantes sin antecedente de cesárea, representa 84.73%, el porcentaje es mayor en 9.73% a la tasa que se obtiene en esta investigación. En Huacho, el año 2019, Chávez Aranibar X., en el Hospital Regional de Huacho, reporta que las gestantes con cesárea no presentan el antecedente quirúrgico en 56.4%, la diferencia con esta investigación es menor en 18.6%. En Huancayo, el año 2020, Pando Sauñi Y., en el Hospital Nacional Ramiro Prialé, EsSalud, reporta que las gestantes con parto por cesárea, sin antecedente de la misma, representa 61.06%, la tasa es inferior en 13.94% al de este estudio. En Huacho, el año 2021, Huamán Guzmán Y., en el Hospital II Luis Negreiros Vega, reporta que las gestantes sin antecedente de cesárea, representa 77%, la tasa es casi similar al de esta investigación. En Arequipa, el año 2022, Coaquira Quispe J., en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, MINSA, reporta que las gestantes sin antecedente de cesárea, representan 66.47%, tasa inferior al de esta investigación, en 8.53%. En Ica, el año 2023, Altamirano Mejía J., en el Servicio de ginecoobstetricia del Hospital San Juan de Dios de Pisco, reporta que las gestantes con parto por cesárea, sin antecedente de la misma, representa 47.2%, la comparación de la tasa presenta una diferencia inferior a 27.8% con la tasa

de esta investigación. En esta investigación el mayor porcentaje de gestantes no cuenta con la experiencia de intervención quirúrgica de cesárea lo cual podría conllevar a posibles complicaciones, siendo la infección del sitio operatorio una de las más frecuentes. Al culminar la gestación mediante parto por cesárea, estas mujeres contarán con el antecedente de cesárea, lo cual las expone en su próxima gestación a mayor riesgo de anomalías placentarias, hemorragia intra o postparto, rotura uterina, entre otros, en este sentido los controles prenatales son de gran relevancia porque permiten identificar riesgos de forma oportuna con el fin de reducir la morbilidad materna perinatal. (63)

- En la variable obstétrica inicio de trabajo de parto; el análisis de los resultados obtenidos en la investigación nos permite conocer que, en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, con inicio de trabajo de parto espontáneo, representa el 87% de casos. Al comparar este estudio con la investigación internacional, en México, el año 2018, Manny Zitle A. Tovar Rodríguez J., en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, reporta que las gestantes con inicio de trabajo de parto espontáneo, representa una tasa 62.2%, la diferencia es amplia con este estudio en un 24.8%. En Huancavelica, el año 2019, Cerrón Ladera Z., en el Hospital de Pampas, reporta que las gestantes presentaron inicio de trabajo de parto, espontáneo, representa 50.6%, la tasa es inferior en 36.4% de este estudio. En Huacho, el año 2021, Huamán Guzmán Y., en el Hospital II Luis Negreiros Vega, reporta que las gestantes que presentaron inicio de trabajo de parto espontáneo, representan 71%, la tasa es inferior en 16% con esta investigación. En Arequipa, el año 2022, Coaquira Quispe J., el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, MINSA, reporta que las gestantes presentaron inicio de trabajo de parto, espontáneo, representa 51.20%, la tasa tiene una amplia diferencia de 35.8% con este estudio. En la presente investigación y en las investigaciones referidas, el trabajo de parto de inicio espontáneo se presenta con mayor frecuencia, al consistir un proceso fisiológico, empero,

existen situaciones que ameritan la intervención médica para salvaguardar la integridad del binomio madre e hijo.

- En la variable fetal cuantía de fetos; el análisis de los resultados en la investigación nos permite conocer que, en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, feto único representa el 95% de casos. Se relaciona la investigación con estudios nacionales como el de Huancavelica, el año 2019, Cerrón Ladera Z., en el Hospital de Pampas, reporta que las gestantes presentaron feto único en 95.3% de los casos. En Lima, el año 2019, Rodríguez Salinas K., en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, reporta que las gestantes presentaron feto simple en el 100% de los casos. En Huacho, el año 2019, Chávez Aranibar X., en el Hospital Regional de Huacho, reporta que las gestantes presentaron feto único en el 97.9%. En Huancayo, 2020, Pando Sauñi Y., en el Hospital Nacional Ramiro Prialé, EsSalud, reporta que las gestantes presentaron feto único en 98.10%. En Huacho, el año 2021, Huamán Guzmán Y., en el Hospital II Luis Negreiros Vega, reporta que las gestantes presentaron feto único, en 99%. En Arequipa, el año 2022, Coaquira Quispe J., el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, MINSA, reporta que las gestantes presentaron feto único en 94.61%. En Arequipa, el año 2022, Orduña Carpio R., en la Clínica Arequipa durante la pandemia por COVID - 19, reporta que las gestantes presentaron feto simple en 98.72% de los casos. En Lima, el año 2023, Saldaña Quezada G. en el hospital peruano de tercer nivel de atención. Hospital Cayetano Heredia, reporta que las gestantes presentaron feto único que representa el 98.79%. Los resultados de dichas investigaciones son muy próximos al de esta investigación, las gestaciones con feto único son en general las más frecuentes a diferencia de las gestaciones múltiples; habitualmente no es considerado de alto riesgo ni asociado a morbilidad materna perinatal a diferencia de la gestación múltiple el cual tiene una prevalencia de 2 a 3% de los nacimientos. (64)
- En la variable fetal edad gestacional; el análisis de los resultados obtenidos en la investigación nos permite conocer que, en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, a término, representa el 79% de casos. En la investigación

internacional realizada en México, el año 2023 por Ramírez Flores D. Ruiz Cabrera I. Moreno López R., en el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento, reporta que las gestantes presentaron edad gestacional en intervalo de 39 a 40 semanas, representa 52.8%, se observa significativa discrepancia del 26.2% con este estudio.

En las investigaciones nacionales, en Huancavelica, el año 2019, Cerrón Ladera Z., en el Hospital de Pampas, reporta que las gestantes presentaron edad gestacional a término, en el 88.2% de casos, tasa superior en 9.2% al identificado en este trabajo de investigación. En Lima, el año 2019, Rodríguez Salinas K., en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, reporta que las gestantes presentaron edad gestacional mayor o igual a 37 semanas, representa 97.39%, la tasa 18.39% es mayor al de este estudio. En Huacho, el año 2019, Chávez Aranibar X., en el Hospital Regional de Huacho, reporta que las gestantes presentaron edad gestacional a término, en el 90.2% de casos, la tasa supera en 11.2% al hallado en esta investigación. En Huancayo, 2020, Pando Sauñi Y., en el Hospital Nacional Ramiro Prialé, EsSalud, reporta que las gestantes presentaron edad gestacional mayor o igual a 37 semanas, representa 83.69%, la tasa se aproxima con el hallazgo de este estudio. En Huacho, el año 2021, Huamán Guzmán Y., en el Hospital II Luis Negreiros Vega, reporta que las gestantes atendidas por cesárea presentaron edad gestacional a término, representa 93%, la tasa es mayor en 14% al de esta investigación. En Arequipa, el año 2022, Coaquira Quispe J., el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, MINSA, reporta que las gestantes presentaron edad gestacional mayor o igual a 37 semanas, representa 80.24%, la tasa se aproxima al de este estudio, con única diferencia del 1.24% de casos. En Arequipa, el año 2022, Orduña Carpio R., en la Clínica Arequipa durante la pandemia por COVID, reporta que las gestantes presentaron edad gestacional mayor o igual a 37 semanas representa 93.59%, la tasa es mayor en 14.59% al de esta investigación. En Lima, el año 2023, Saldaña Quezada G. en el hospital peruano de tercer nivel de atención. Hospital Cayetano Heredia (HCH), reporta que las gestantes

presentaron edad gestacional mayor o igual a 37 semanas en 85.13% de casos, mayor en 6.13% al de esta investigación. En Ica, el año 2023, Altamirano Mejía J., en el Servicio de ginecoobstetricia del Hospital San Juan de Dios de Pisco, reporta que las gestantes presentaron edad gestacional a término, en 60.4% de casos, la tasa es inferior en 18.6% al hallado en esta investigación. En la presente investigación al igual que en las investigaciones referidas, la edad gestacional a término se presenta con mayor frecuencia y se espera que los bebés que nacen a partir de las 37 semanas en adelante tienen la ventaja de maduración orgánica necesaria para afrontar una adecuada adaptación a la vida extrauterina.

- En la variable fetal presentación fetal cefálica, el análisis de los resultados obtenidos en la investigación nos permite conocer que, en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, las gestantes atendidas representan el 88% de casos. Se contrasta el hallazgo con la investigación internacional; en México, el año 2018, Manny Zitle A. Tovar Rodríguez J., en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, reporta que las gestantes presentaron feto en cefálico, representa la tasa de 91.78%; la diferencia es superior en 3.78% con esta investigación.

En la relación a investigaciones nacionales, en Huancavelica, el año 2019, Cerrón Ladera Z., en el Hospital de Pampas, reporta que las gestantes presentaron feto en cefálico, representa 87.6%, se aproxima en 0.4% con respecto al hallazgo en esta investigación. En Lima, el año 2019, Rodríguez Salinas K., en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, reporta que las gestantes presentaron feto en cefálico en el 85.53% de casos, la diferencia de 2.47% es mínima con el hallazgo de este estudio. En Huacho, el año 2019, Chávez Aranibar X., en el Hospital Regional de Huacho, reporta que las gestantes presentaron feto en cefálico, representa 92.7%, la tasa es mayor en 4.7% en comparación al resultado obtenido al hallazgo de esta investigación. En Huancayo, 2020, Pando Sauñi Y., en el Hospital Nacional Ramiro Prialé, EsSalud, reporta que las gestantes presentaron feto en cefálico, representa 88.50%, se observa gran aproximación con el

hallazgo de este estudio, en 0.5% de casos. En Huacho el año 2021, Huamán Guzmán Y., en el Hospital II Luis Negreiros Vega, reporta que las gestantes presentaron feto en cefálico, representa 94%, superior en 6% al identificado en la investigación. En Arequipa, el año 2022, Coaquira Quispe J., el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, MINSA, reporta que las gestantes presentaron feto en cefálico, representa 88.92%, se aproxima en 0.92% al hallazgo de esta investigación. En Arequipa, el año 2022, Orduña Carpio R., en el sector privado, Clínica Arequipa durante la pandemia por COVID - 19, reporta que las gestantes presentaron feto en cefálico, representa 93.15%, es mayor en 5.15% al hallazgo de este estudio. En Lima, el año 2023, Saldaña Quezada G., en el hospital peruano de tercer nivel de atención. Hospital Cayetano Heredia (HCH), reporta que las gestantes presentaron feto en cefálico en el 90.71% de casos, es mayor en 2.71% al hallazgo de esta investigación. La presentación cefálica, a diferencia de otras presentaciones fetales, permite el parto por vía vaginal y facilita la salida del feto a través de la pelvis materna hasta el exterior de la vagina.

- En el grupo 1 de la Clasificación de Robson; el análisis de los resultados obtenidos en la investigación nos permite conocer que en el Hospital Amazónico de Yarinacocha las gestantes atendidas por cesárea: gestantes nulíparas con feto único en cefálico, a término e inicio del trabajo de parto espontáneo, representa 28% de casos. Este grupo alcanza el primer lugar al igual que en las investigaciones nacionales; en Lima, el año 2019, Rodríguez Salinas K. en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 1, representa 29.7% de casos, la tasa se aproxima en 1.7% con esta investigación. En Loreto, el año 2021, Flores Vásquez A., en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 1, representa 26%, la tasa es mayor en 2% al de esta investigación. En Huancavelica, el año 2022, De la Cruz Paco I. Paucar de la Cruz Y., en el Hospital Departamental de Huancavelica, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con

características del grupo 1, representa 21.4%, la tasa es inferior en 6.6% al de este estudio.

- En el grupo 2 de la Clasificación de Robson; el análisis de los resultados obtenidos en la investigación nos permite conocer que en el Hospital Amazónico de Yarinacocha las gestantes atendidas por cesárea: nulíparas con feto único en cefálico, a término e inicio del trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del inicio del trabajo de parto, representa 6% de casos. Se compara el hallazgo con investigaciones extranjeras, en Pakistán, el año 2020, Gilani S. Batool Mazhar S. Zafar M., en el Centro de Salud Materno Infantil Instituto de Ciencias Médicas, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 2, representa 4.2%, la tasa es menor en 2.2% al de esta investigación. En México, el año 2023, Ramírez Flores D. Ruiz Cabrera I. Moreno López R., en el Centro de Investigaciones Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 2, representa 36.56%, la tasa es superior en 30.56% al de este estudio.

Se compara con investigaciones nacionales; en Huancavelica, el año 2019, Cerrón Ladera Z., en el Hospital de Pampas, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 2, representa 18.3% de casos, la tasa es superior en 12.3% con este estudio. En Huancayo, el año 2020, Pando Sauñi Y., en el Hospital Nacional Ramiro Prialé, EsSalud, reporta 15.04% de casos, la tasa es mayor en 9.04% al de esta investigación. En Huacho, el año 2021, Huamán Guzmán Y., en el Hospital II Luis Negreiros Vega, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 2, representa 6.3%, se observa similitud con el hallazgo de este estudio. En Lima, el año 2023, Saldaña Quezada G., en el hospital peruano de tercer nivel de atención. Hospital Cayetano Heredia, reporta 22.24% de casos, la tasa es superior en 16.24% al de este trabajo de investigación.

- En el grupo 3 de la Clasificación de Robson; el análisis de los resultados obtenidos en la investigación nos permite conocer que en el Hospital

Amazónico de Yarinacocha las gestantes atendidas por cesárea: multíparas sin antecedente de cesárea con feto único en cefálico, a término e inicio del trabajo de parto espontáneo, representa 16% de casos. Se compara este hallazgo con investigaciones extranjeras, en México, el año 2018, Manny Zitle A. Tovar Rodríguez J., en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 3, representa 4.1%, la tasa es menor en 11.9% con esta investigación. En Pakistán, el año 2020, Gilani S. Batool Mazhar S. Zafar M., en el Centro de Salud Materno Infantil Instituto de Ciencias Médicas, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 3, representa 2%, la tasa es menor en 14% al de este estudio.

En investigaciones nacionales, en Huancavelica, el año 2019, Cerrón Ladera Z., en el Hospital de Pampas, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 3, representa 13.5%, se identifica pequeña diferencia de 2.5% al de esta investigación. En Huacho, el año 2021, Huamán Guzmán Y., en el Hospital II Luis Negreiros Vega, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 3, representa 8.7%, se observa tasa inferior en 7.3% en comparación con esta investigación. En Lima, el año 2023, Saldaña Quezada G. en el hospital peruano de tercer nivel de atención, Hospital Cayetano Heredia (HCH), reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 3, representa 2.46%, tasa inferior en 13.54% al de este trabajo de investigación.

- En el grupo 4 de la Clasificación de Robson, el análisis de los resultados obtenidos en la investigación nos permite conocer que en el Hospital Amazónico de Yarinacocha las gestantes atendidas por cesárea: multíparas sin antecedente de cesárea con feto único en cefálico, a término e inicio del trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del inicio del trabajo de parto, representa 3% de casos. Se compara el hallazgo con la investigación internacional realizada en Pakistán, el año 2020, Gilani S. Batool Mazhar S.

Zafar M, en el Centro de Salud Materno Infantil Instituto de Ciencias Médicas de Pakistán Islamabad, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 4, representa 2.7%, tasa que se asemeja al de esta esta investigación.

En relación a investigaciones nacionales, en Huacho, el año 2019, Chávez Aranibar X., en el Hospital Regional de Huacho, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 4, representa 28%, tasa mayor en 25% en comparación al hallazgo de esta investigación. En Huacho, el año 2021, Huamán Guzmán Y., en el Hospital II Luis Negreiros Vega, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 4, representa 1.6%, tasa inferior en 1.4% al de esta investigación.

- En el grupo 5 de la Clasificación de Robson, el análisis de los resultados obtenidos en la investigación nos permite conocer que en el Hospital Amazónico de Yarinacocha las gestantes atendidas por cesárea: multíparas con antecedente de al menos una cesárea, con feto único, en cefálico y a término, representa 17% de casos. Este grupo alcanza el segundo lugar al igual que en la investigación internacional realizada en México, el año 2023, Ramírez Flores D. Ruiz Cabrera I. Moreno López R., en el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 5, representa 26.87%, la tasa es superior en 9.87% en comparación con este estudio.

Se compara con investigaciones nacionales, en Lima, el año 2019, Rodríguez Salinas K., en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 5, representa 14.3 %, tasa inferior en 2.7% al de esta investigación. En Loreto, el año 2021, Flores Vásquez A., en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 5, ocupan el segundo lugar dentro de los diez grupos con 25% de casos, la tasa es mayor en 8% al de este estudio. En Arequipa, el año 2022, Orduña Carpio R., en el sector privado, Clínica Arequipa durante la

pandemia por COVID - 19, periodo 2020 – 2021, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 5, representa 45.99% de casos, la tasa es mayor en 28.99%, comparada con la de esta investigación.

- En el grupo 6 de la Clasificación de Robson; el análisis de los resultados obtenidos en la investigación nos permite conocer que en el Hospital Amazónico de Yarinacocha las gestantes atendidas por cesárea: nulíparas con feto único y en podálico, representa 4% de casos. Se contrasta con investigaciones extranjeras; en Pakistán, el año 2020, Gilani S. Batool Mazhar S. Zafar M, en el Centro de Salud Materno Infantil Instituto de Ciencias Médicas de Pakistán Islamabad, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 6, representa 0.8%, tasa inferior en 3.2% al de esta investigación. En México, el año 2023, Ramírez Flores D. Ruiz Cabrera I. Moreno López R., en el Centro de Investigaciones Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 6, representa 2.2% de casos, tasa inferior en 1.8% al de este estudio.

Se compara con investigaciones nacionales; en Lima, el año 2019, Rodríguez Salinas K. en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, reporta 4.8% de casos, tasa muy similar al hallazgo de este estudio. En Huancavelica, el año 2019, Cerrón Ladera Z., en el Hospital de Pampas, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 6, representa 1.8% casos, tasa inferior en 2.2% al de esta investigación.

- En el grupo 7 de la Clasificación de Robson; el análisis de los resultados obtenidos en la investigación nos permite conocer que en el Hospital Amazónico de Yarinacocha las gestantes atendidas por cesárea: multíparas con o sin antecedente de cesárea con feto único y en podálico, representa 6% de casos. Se compara el hallazgo con investigaciones extranjeras, en México, el año 2018, Manny Zitle A. Tovar Rodríguez J., en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado,

reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 7, representa 2.83%, se observa tasa inferior en 3.17% al de esta investigación. En Pakistán, el año 2020, Gilani S. Batool Mazhar S. Zafar M., en el Centro de Salud Materno infantil Instituto de Ciencias Médicas de Pakistán Islamabad, reporta 1% de casos, tasa inferior en 5% en relación a este estudio.

Investigaciones nacionales realizadas en Huacho, el año 2021, Huamán Guzmán Y., en el Hospital II Luis Negreiros Vega, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 7, representa 7.1%, se observa tasa superior 1.1% al de este estudio y en Arequipa, el año 2022, Orduña Carpio R., en la Clínica Arequipa durante la pandemia por COVID - 19, periodo 2020 – 2021, reporta 1.05%, tasa inferior en 4.95% al de esta investigación.

- En el grupo 8 de la Clasificación de Robson; el análisis de los resultados obtenidos en la investigación nos permite conocer que en el Hospital Amazónico de Yarinacocha las gestantes atendidas por cesárea: nulípara o multípara con o sin antecedente de cesárea y con gestación múltiple, representa 5% de casos. Se compara este estudio con la investigación nacional realizada en Huancavelica, el año 2019, Cerrón Ladera Z., en el Hospital de Pampas, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 8, representa 4.7%, tasa muy similar con el hallazgo de esta investigación. En Huacho, el año 2021, Huamán Guzmán Y., en el Hospital II Luis Negreiros Vega, reporta 1.6% de casos, tasa inferior en 3.4% al de este estudio.
- En el grupo 9 de la Clasificación de Robson; el análisis de los resultados obtenidos en la investigación nos permite conocer que en el Hospital Amazónico de Yarinacocha las gestantes atendidas por cesárea: nulíparas o multíparas con o sin antecedente de cesárea con feto único y en transversal u oblicuo, representa 1% de casos. Este grupo alcanza el décimo lugar al igual que en la investigación internacional realizada en Pakistán, el año 2020, Gilani S. Batool Mazhar S. Zafar M, en el Centro de Salud Materno Infantil Instituto de Ciencias Médicas de Pakistán Islamabad,

reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 9 representa 0.16%, tasa inferior en 0.84% al de esta investigación.

Se compara con investigaciones nacionales; en Huacho, el año 2019, Chávez Aranibar X., en el Hospital Regional de Huacho, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 9, representa 1.4%, tasa superior en 0.4% al de este estudio. En Huancayo, el año 2020, Pando Sauñi Y. en el Hospital Nacional Ramiro Prialé, EsSalud, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 9, representa 3.16% de los casos, se observa superioridad en 2.16% al de este trabajo de investigación.

- En el grupo 10 de la Clasificación de Robson; el análisis de los resultados obtenidos en la investigación nos permite conocer que en el Hospital Amazónico de Yarinacocha las gestantes atendidas por cesárea: nulípara o multípara con o sin antecedente de cesárea con feto único en cefálico y pretérmino, representa 15% de casos. Se compara con investigaciones nacionales; en Lima, el año 2019, Rodríguez Salinas K. en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 10, representa 2.6%, tasa inferior en 12.4% al de esta investigación. En Huancayo, en el año 2020, Pando Sauñi Y., en el Hospital Nacional Ramiro Prialé, EsSalud, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 10, representa 17.83%, tasa superior en 2.83% al de este estudio. En Lima, el año 2023, Saldaña Quezada G., en el hospital peruano de tercer nivel de atención. Hospital Cayetano Heredia, reporta que las gestantes atendidas por cesárea y con características del grupo 10, representa 12.42%, se observa tasa inferior en 2.58% al de esta investigación.
- En la presente investigación los grupos 1 y 3 alcanzan el primer y tercer lugar de la tasa de cesárea, empero, ambos grupos cumplen con algunas características clínicas que le permiten culminar la gestación mediante parto vaginal, así lo indica la Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural, cuyas características clínicas necesarias para definir el parto

vaginal incluye a gestantes sin complicación obstétrica, tales como, adolescentes y mujeres jóvenes, presentación cefálica fetal, edad gestacional a término, compatibilidad feto pélvica y pelvis ginecoide, a excepción de la compatibilidad feto pélvica y/o pelvis ginecoide, los mismos que la Clasificación de Robson no contempla, cuya alteración podría ser explicación tentativa del creciente número de cesáreas en estos grupos. (65)

- El grupo 5 alcanza el segundo lugar de la tasa de cesárea en esta investigación, este hallazgo podría reflejar la evidencia de ruptura uterina tras intentar el parto vaginal. (56) La Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural, resuelve el parto por cesárea a toda gestante que cursa con más de dos cesáreas previas. (65)
- Las gestantes de los grupos 10, 7, 8, 6 y 9 deberán culminar su estado mediante intervención quirúrgica de cesárea, según indica la Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural.
- Los grupos 2 y 4, exponen dos intervenciones médicas que buscan culminar la gestación: inducción del trabajo de parto, cual objetivo es generar contracciones uterinas capaces de ocasionar modificaciones cervicales al punto de permitir la expulsión del bebé y cesárea programada antes del inicio del trabajo de parto. La intervención médica podría explicarse por las patologías maternas, condiciones del embarazo o fetales (66) o donde la única opción para reducir la morbilidad sea el practicar la cesárea.
- De acuerdo a la variable demográfica edad; el análisis de los resultados obtenidos en la investigación nos permite conocer que en el Hospital Amazónico de Yarinacocha las gestantes atendidas por cesárea son: en el grupo de pacientes menor a 15 años, representa 6%, en el grupo de 15 a 25 años, representa 60%, en el grupo de 26 a 35 años, representa 27% y en el grupo mayor a 35 años, representa 7% de casos.

Se compara este resultado con la investigación del extranjero realizada en México el año 2018, donde Manny Zitle A. Tovar Rodríguez J., en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, reporta que la edad promedio de las gestantes con intervención quirúrgica de cesárea fue de 31 +/- 4 años, en un intervalo de 27 a 35 años, se observa que las edades son muy similares con los hallazgos del tercer grupo etario del estudio.

En relación a investigaciones realizadas en el Perú, en Lima, el año 2019, Rodríguez Salinas K., en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, reporta que las edades de las gestantes con intervención quirúrgica de cesárea estuvieron comprendidas en el grupo de 15 a 24 años, representa 20.3%, en el grupo de 25 y 34 años, representa 58%, en el grupo de 35 a 45 años, representa 17.4% y en el grupo mayor a 45 años, representa 4.3%, se observa diferencia de 39.7% en el intervalo 15 a 24 años y de 31% en el intervalo 25 a 34 años en relación al segundo y tercer grupo etario respectivamente de esta investigación. En Huancayo, el año 2020, Pando Sauñi Y., en el Hospital Nacional Ramiro Prialé, EsSalud, reporta que las edades de las gestantes con intervención quirúrgica de cesárea comprenden, el grupo de 15 a 24 años representa 8.09%; en el grupo de 25 a 34 años, 56.64%; en el grupo de 35 a 44 años, 34.51%; en el grupo mayor o igual a 45 años, 0.76%, se evidencia amplia diferencia porcentual del 51.91% en el rango de edad de 15 a 24 años en contraste con este estudio. En Loreto, el año 2021, Flores Vásquez A., en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas, reporta que las edades de las gestantes con intervención quirúrgica de cesárea con mayor tasa porcentual comprenden el grupo de 18 a 35 años, representa 67%, se observa diferencia de 20% en contraste a la tasa sumatoria del segundo y tercer grupo etario en esta investigación. En Arequipa, el año 2022, Coaquira Quispe J., en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, MINSA, reporta que las edades de las gestantes con intervención quirúrgica de cesárea comprenden, el grupo menor a 18 años representa 2.99%; el grupo de 18 a 24 años, 26.65%; el

grupo de 25 a 35 años, 50.30% y el grupo mayor a 35 años, 20.06% de casos, se observa que la sumatoria porcentual del segundo y tercer grupo etario alcanza el 76.95%, mostrando proximidad en comparación con la sumatoria del segundo y tercer grupo etario que alcanza el 87% en la actual investigación. En Arequipa, el año 2022, Orduña Carpio R. en el sector privado, Clínica Arequipa durante la pandemia por COVID - 19, periodo 2020 – 2021, reporta que las edades de las gestantes con intervención quirúrgica de cesárea comprenden, pacientes menor a 18 años que representa el 0%; en el grupo de 18 a 35 años, 47.01% y en el grupo mayor a 35 años, 52.99%, los datos de ambas investigaciones son obtenidos intrapandemia, con diferencia de un año entre sí, se aprecia una diferencia del 39.99% entre el segundo grupo etario y la sumatoria porcentual del segundo y tercer grupo etario del actual trabajo de investigación; además, de una tasa superior en 45.99% en el rango mayor a 35 años en comparación a este estudio. En Lima, el año 2023, Saldaña Quezada G., en el Hospital Cayetano Heredia, reporta que las edades de las gestantes con intervención quirúrgica de cesárea comprenden, en el grupo menor a 15 años representa 0.45%; en el grupo de 15 a 34 años, 80.35% y en el grupo mayor o igual a 35 años, 19.21% de casos, se identifica proximidad entre el segundo grupo etario y la sumatoria del segundo y tercer grupo etario de la actual investigación con diferencia de solo el 6.65%. En esta investigación el grupo de edad con mayor valor porcentual identificado comprende a adolescentes, edad en que se presenta mayor riesgo materno fetal, además, mujeres en edad fértil, quienes presentan menor riesgo de complicaciones, y se espera que las condiciones fisiológicas tengan una respuesta favorable para afrontar el parto.

- El análisis de los resultados obtenidos en la investigación nos permite conocer que en el Hospital Amazónico de Yarinacocha las gestantes atendidas por cesárea caracterizados en la variable demográfica grado de instrucción, secundaria, representa el 57% de casos. Se compara el resultado con investigaciones nacionales, como la realizada en Huancavelica, el año 2019, Cerrón Ladera Z., en el Hospital de Pampas,

reporta que el grado de instrucción fue, secundaria sin concluir, representa el 51.8%, se evidencia una diferencia de 5.2% entre ambas investigaciones. En Loreto, el año 2021, Flores Vásquez A., en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas, reporta que el grado de instrucción de las gestantes en secundaria, representa el 67%, muestra superior en 10% al presente estudio. En Ica, el año 2023, Altamirano Mejía J., en el Servicio de ginecoobstetricia del Hospital San Juan de Dios de Pisco, reporta que el grado de instrucción de las gestantes en secundaria, representa el 42.1%, se encuentra 14.9% por debajo al identificado en este estudio. En la presente investigación el 99% de las gestantes poseen un nivel instruccional que influye en su capacidad para recibir información y orientación, aspecto muy importante en el autocuidado, al dar acceso y oportunidad de conocer, entender el proceso gestacional, vulnerabilidad, riesgos, señales de alarma o complicaciones, así como en la toma de decisión para aceptar la vía de parto que presente más ventajas, menos riesgos y complicaciones para ella y para él bebe.

- El análisis de los resultados obtenidos en la investigación nos permite conocer que en el Hospital Amazónico de Yarinacocha las gestantes atendidas por cesárea en la variable demográfica ocupación, ama de casa, representa el 76% de casos. Respecto a la investigación realizada en Arequipa, el año 2022 por Orduña Carpio R., en el sector privado, Clínica Arequipa durante la pandemia por COVID - 19, periodo 2020 – 2021, reporta que la ocupación de las gestantes fue, empleada, representa el 87.18%, la tasa es superior en 11.18% al de la muestra en esta investigación; lo cual muestra condiciones distintas entre el sector de salud público y privado. En esta investigación el 100% de los casos poseen alguna condición de apoyo familiar y/o social, por lo tanto, se comprende que el rol de ama de casa le permite una mejor aproximación de apoyo social, disminuye otros roles de dedicación o exigencia familiar compartida y colabora como un factor protector o de acompañamiento frente a la posibilidad de culminar la gestación mediante intervención quirúrgica de cesárea.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Los hallazgos de los datos de la investigación nos permiten identificar que, en el centro de aplicación Hospital Amazónico de Yarinacocha, en el período comprendido de enero a diciembre del año 2022 se atendieron 1451 intervenciones quirúrgicas de cesáreas, que representa el 42% de índice de cesárea en dicho período. Aspecto que se referencia en la tabla 2 del capítulo de resultados.
- Se determinó que, la variable obstétrica de las gestantes atendidas por cesárea, según paridad, en la Clasificación de Robson fue: Multiparidad 168, que representa el 55% de casos; Nuliparidad 136, que representa el 45% de casos y el Total de gestantes atendidas 304, que representa el 100% de casos. Aspecto que se referencia en la tabla 3 del capítulo de resultados. Se determinó que, la variable obstétrica de las gestantes atendidas por cesárea, según el antecedente de cesárea, en la Clasificación de Robson fue: No 232, que representa el 75% de casos; Si 72, que representa el 25% de casos y el total de gestantes atendidas 304, que representa el 100% de casos. Aspecto que se referencia en la tabla 4 del capítulo de resultados. Se determinó que, en la variable obstétrica de las gestantes atendidas por cesárea, según inicio del trabajo de parto, en la Clasificación de Robson fue: Espontáneo 254, que representa el 87% de casos; Inducido 14, que representa el 5% de casos; Cesárea programada 36, que representa el 8% de casos y el Total de gestantes atendidas 304, que representa el 100% de casos. Aspecto que se referencia en la tabla 5 del capítulo de resultados.
- Se determinó que, en la variable fetal de las gestantes atendidas por cesárea, según cuantía de fetos, en la Clasificación de Robson fue: Múltiple 15, que representa el 5% de casos; Único 289, que representa el 95% de casos y el total de gestantes atendidas 304, que representa el 100% de casos. Aspecto que se referencia en la tabla 6 del capítulo de resultados.

Se determinó que, en la variable fetal de las gestantes atendidas por cesárea, según la edad gestacional, en la Clasificación de Robson fue: A término 246, que representa el 79% de casos; Pretérmino 58, que representa el 21% de casos y el Total de gestantes atendidas 304, que representa el 100% de casos. Aspecto que se referencia en la tabla 7 del capítulo de resultados. Se determinó que, en la variable fetal de las gestantes atendidas por cesárea, según la presentación fetal, en la Clasificación de Robson fue: Cefálico 269, que representa el 88% de casos; Podálico 32, que representa el 11% de casos; Transverso 3, que representa el 1% de casos y el Total de gestantes atendidas 304, que representa el 100% de casos. Aspecto que se referencia en la tabla 8 del capítulo de resultados.

- Se determinó que, las gestantes con intervención quirúrgica de cesárea, en la variable diez grupos según la clasificación de Robson que más contribuyen al índice de cesárea fueron: Grupo 1 son 84, que representa el 28% de casos; Grupo 3 son 49, que representa el 16% de casos y en el Grupo 5 son 53, que representa el 17% de casos.
- Se determinó que, las gestantes con intervención quirúrgica de cesárea, en la variable diez grupos según la clasificación de Robson que contribuyen en menor porcentaje al índice de cesárea fueron: en el Grupo 2 son 18, que representa el 6% de casos; en el Grupo 4 son 8, que representa el 3% de casos; en el Grupo 6 son 11, que representa el 4% de casos; en el Grupo 7 son 18, que representan el 6% de casos; en el Grupo 8 son 15, que representan el 5% de casos; en el Grupo 9 son 3, que representan el 1% de casos y en el Grupo 10 son 45, que representa el 15% de casos.
- Se determinó que, las gestantes atendidas por cesárea según la edad, de acuerdo al grupo de edad fue: Menor a 15 años 17, que representa el 6% de casos; de 15 a 25 años 183, que representa el 60% de casos; de 26 a 35 años 82, que representa el 27% de casos; Mayor a 35 años 22, que representa el 7% de casos y el Total de gestantes atendidas 304, que representa el 100% de casos. Aspecto que se referencia en la tabla 10 del capítulo de resultados. Se determinó que, las gestantes atendidas por

cesárea según el grado de instrucción fueron: Ninguno 4, que representa el 1% de casos; Primaria 58, que representa el 19% de casos; Secundaria 173, que representa el 57% de casos; Técnico 39, que representa 13% de casos; Universitario 30, que representa el 10% de casos y el Total de gestantes atendidas 304, que representa el 100% de casos. Aspecto que se referencia en la tabla 11 del capítulo de resultados. Se determinó que, las gestantes atendidas por cesárea según la ocupación fueron: Ama de casa 231, que representa el 76% de casos; Dependiente 2 que representa el 1% de casos; Estudiante 47, que representa el 15% de casos; Independiente 24, que representa el 8% de casos y el Total de gestantes atendidas 304, que representa el 100% de casos. Aspecto que se referencia en la tabla 12 del capítulo de resultados.

5.2 RECOMENDACIONES

- El índice de intervención quirúrgica de cesárea del Hospital Amazónico de Yarinacocha alcanza el 42%, mayor en 27% al recomendado por la Comunidad Sanitaria Internacional, por lo cual es necesario desarrollar estrategias institucionales que permita disminuirla.
- En relación a paridad, la mayor frecuencia de gestantes es multípara, dando a entender la experiencia de parto por vía vaginal o cesárea, en el caso de la experiencia del parto vaginal, conocer la razón por la cual la actual gestación culmina en intervención quirúrgica de cesárea.
- En relación al antecedente de cesárea, la mayor frecuencia de gestantes no tiene el antecedente, por lo cual se recomienda conocer el o los motivos para llevar a cabo la intervención quirúrgica de cesárea, lo cual deberá ser registrado de forma legible en la Historia clínica y de manera adecuada en el Sistema Informático Perinatal.
- En relación al inicio de trabajo de parto, la mayor frecuencia de gestantes presentó el inicio espontáneo, se tiene la expectativa que al iniciar el parto de forma fisiológica siga el curso natural, por lo cual se sugiere identificar de forma oportuna el o los acontecimientos que suceden en el curso del trabajo de parto que llevan a tomar la decisión de intervención quirúrgica de cesárea y registrar de forma legible en la Historia clínica y de manera adecuada en el Sistema Informático Perinatal.
- En relación a cuantía de fetos, edad gestacional y presentación fetal, la mayor frecuencia de gestantes presentó feto único, edad gestacional a término y presentación cefálica, características favorables para el parto por vía vaginal, se recomienda identificar la causa o acontecimientos que llevaron a la decisión de intervención quirúrgica de cesárea.
- El grupo 1 de la Clasificación de Robson engloba a gestantes nulíparas con feto único en presentación cefálica, edad gestacional a término e inicio del trabajo de parto espontáneo, características maternas y fetales ideales para culminar la gestación mediante parto por vía vaginal, sin embargo, es el grupo en que se realizaron el mayor porcentaje de intervención quirúrgica de cesárea, por lo cual se recomienda evaluar de forma concienzuda

durante los controles prenatales para identificar posibles causas anatómicas, patológicas o vulnerabilidad emocional, con la finalidad de trabajar en causas modificables para afrontar el parto que implique menor riesgo y complicaciones.

- El grupo 5 de la Clasificación de Robson, expone a gestantes con antecedente de al menos una cesárea, con gestación actual de feto único, en presentación cefálica y edad gestacional a término, se recomienda ampliar el historial clínico durante los controles prenatales para conocer antecedentes tales como el período intergenésico, motivo de cesárea anterior, entre otros, con la finalidad de identificar si la gestante se encuentra en condiciones para afrontar el parto vaginal o tendría que ser sometida a intervención quirúrgica de cesárea nuevamente.
- El grupo 3 de la Clasificación de Robson, expone a gestantes multíparas sin antecedente de cesárea, con gestación actual de feto único, en presentación cefálica, edad gestacional a término e inicio del trabajo de parto espontáneo, investigar la causa que lleva a la gestante con experiencia de parto vaginal a culminar su actual gestación en intervención quirúrgica de cesárea.
- En los grupos de edad comprendidos entre 15 y 35 años se realizan el mayor número de intervenciones quirúrgicas de cesárea en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, se infiere que las gestantes con dichas edades tienen la capacidad para comprender el proceso de gestación y vía de parto que implique menor riesgo de complicaciones, se exhorta investigar la razón por la cual las gestantes con edad reproductiva adecuada para afrontar el parto por vía vaginal culminan la gestación en intervención quirúrgica de cesárea.
- Las gestantes cuentan con el respaldo de la unidad familiar y se tiene la expectativa de un espacio emocional positivo, por lo cual se recomienda otorgar mayor atención en la dinámica de estado emocional de la gestante cuando acude al Hospital para atención de control prenatal y atención de parto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz Sánchez J, Espino y Sosa S, Vallejos Parés A, Durán Arenas L. Cesárea: Tendencias y resultados. Perinatol. Reprod. Hum. 2014 Marzo; 28(1).
2. Sarduy Nápoles M, Molina Peñate L, Tapia Llody G, Medina Arencibia C, Chiong Hernández D. La cesárea como la más antigua de las operaciones obstétricas. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2018; 44(2).
3. BBC News Mundo. Por qué preocupa el aumento de cesáreas en todo el mundo (y en América Latina en particular). [Online].; 2018 [cited 2022 julio 11. Available from: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-45852814>.
4. Organización Mundial de la Salud. Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos. [Online].; 2015 [cited 2022 Julio 12. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/09-04-2015-caesarean-sections-should-only-be-performed-when-medically-necessary>.
5. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. [Online].; 2015 [cited 2022 Julio 11. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>.
6. Organización Panamericana de la Salud. La cesárea solo debería realizarse cuando es médicamente necesaria. [Online].; 2015 [cited 2022 Julio 11. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y Salud 2016. [Online].; 2017 [cited 2022 Julio 12. Available from: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/PPR_2016-I.pdf.
8. INEI. Perú encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2020. [Online].; 2021 [cited 2022 Agosto 24. Available from: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/INFORME_PRINCIPAL_2020/INFO_RME_PRINCIPAL_ENDES_2020.pdf.
9. Flores Sotelo ADC. Frecuencia de cesáreas injustificadas en el Servicio de

Ginecología y Obstetricia del Hospital de Ventanilla durante el año 2015. tesis de pregrado. Lima: Universidad Ricardo Palma, Medicina Humana; 2017 Octubre/Diciembre.

10. Organización Panamericana de la Salud. La clasificación de Robson: Manual de aplicación. [Online].; 2018 [cited 2022 Julio 11. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49659>.
11. Martínez Rodríguez D, Serrano Díaz L, Bravo Aguirre D, Serna Vela F, Robles Martínez M. Utilidad y eficacia de la clasificación de Robson para disminuir la tasa de cesáreas. Ginecol. obstet. Méx. 2018 Octubre; 86(10).
12. Carreño B, Castillo V, Aichele D, Marshall M, Caceres D, Vesperinas G, et al. Tasa de cesáreas según la clasificación de Robson: Análisis comparativo en dos Hospitales Universitarios. Sociedad chilena de Obstetricia y Ginecología. 2018; 83(4).
13. Manny Zitle A, Tovar Rodríguez J. Incidencia de la operación cesárea según la Clasificación de Robson en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado. Revista Cirugía y Cirujanos. 2018 Abril; 86(3).
14. Gilani S, Batool Mazhar , Zafar , Mazhar. Los Criterios de Robson modificados para la auditoría de cesárea en el Centro de Salud Materno Infantil Instituto de Ciencias Medicas de Pakistán Islamabad. Revista de la Asociación Médica de Pakistán. 2020 Febrero; 70(2).
15. Ramírez Flores DA, Ruiz Cabrera IL, Moreno López RDJ, López dSA, Fuentes Astudillo ZR, Ayala Yáñez R. Índice de Robson: riesgo de cesárea en un centro de primer nivel en México. Ginecología y Obstetricia de México. 2023 Agosto 1; 91(8): p. 570 - 580.
16. Cerrón Ladera Z. Clasificación de Robson en las pacientes cesareadas atendidas en el Hospital de Pampas, Tayacaja 2018. Tesis de Segunda Especialidad. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Ciencias de la Salud; 2019.
17. Rodriguez Salinas K. Tasa de incidencia de cesárea según Clasificación de

- Robson en el Hospital Jorge Voto Bernales, EsSalud, Lima, enero - diciembre 2018. Tesis de pregrado. Lima: Universidad Peruana Unión, Medicina Humana; 2019.
18. Chávez Aranibar XA. Clasificación de las cesáreas según el Modelo de Robson en el Hospital Regional de Huacho – 2018. Tesis de pregrado. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sanchez Carrión, Medicina Humana; 2019.
 19. Pando Sauñi YY. Tasa de cesárea según la Clasificación de Robson en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, EsSalud, Huancayo, enero - diciembre, 2019. Tesis de pregrado. Huancayo: Universidad Continental, Medicina Humana; 2020.
 20. Flores Vasquez A. Clasificación de las cesáreas según el Modelo de Robson en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, enero 2020 - diciembre 2020. tesis de pregrado. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto; 2021.
 21. Huaman Guzman YA. Análisis de las cesáreas usando la Clasificación de Robson en el Hospital II Luis Negreiros Vega en el período enero a junio del 2019. Tesis de pregrado. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Medicina Humana; 2021.
 22. De La Cruz Paco IT, Paucar De La Cruz YG. Tasa de cesárea según clasificación de Robson en el Hospital Departamental de Huancavelica 2018 - 2019. Tesis de Segunda Especialidad. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Ciencias de la Salud; 2022.
 23. Coaquira Quispe JB. Tasa de cesareas según la Clasificación de Robson en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, MINSA, Arequipa 2020 - 2021. Tesis de pregrado. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Medicina Humana; 2022.
 24. Orduña Carpio RA. Tasa de cesáreas y aplicación de la Clasificación de Robson en la clínica Arequipa durante la pandemia por COVID-19, periodo 2020 - 2021. Tesis de pregrado. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Medicina Humana; 2022.
 25. Saldaña Quezada GX. Situación de porcentaje de cesáreas basado en la

- Clasificación de Robson en un hospital peruano de tercer nivel de atención. tesis de pregrado. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Medicina Humana; 2023.
26. Altamirano Mejía J. Cesárea en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital San Juan de Dios de Pisco - Perú 2020. Tesis de pregrado. Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga, Medicina Humana; 2023.
 27. Castañeda Guillén CJ. Tasa de cesáreas aplicando el Modelo de Clasificación de Robson en el Instituto Nacional Materno Perinatal, periodo enero - diciembre 2015. Tesis de pregrado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Medicina Humana; 2017.
 28. Donoso E, Carvajal JA, Vera C, Poblete JA. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Revista Médica Chile. 2014; 142: p. 168-174.
 29. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años. Ministerio de Salud - Republica de Colombia-. ; p. 13.
 30. Sánchez Hidalgo J, Hidalgo García MV. Madres adultas y madres adolescentes. Un análisis comparativo de las interacciones que mantienen con sus bebés. [Online].; 2008 [cited 2024 enero 13. Available from: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/30889/Madres%20adultas%20y%20madres%20adolescentes.%20Un%20an%C3%A1lisis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 31. Macías Villa HLG, Moguel Hernández A, Iglesias Leboireiro J, Bernárdez Zapata I, Braverman Bronstein A. Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido. Acta Médica Grupo Ángeles. 2018 abril-junio; 16(2).
 32. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Embarazo: riesgos y complicaciones. [Online]. [cited 2024 enero 12. Available from: <https://www.figo.org/es/embarazo-riesgos-y-complicaciones>.
 33. DeCherney A, Nathan L, Laufer N, Roman A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Décimo primera ed.: McGRAWHILL; 2014.

34. Lilla Vicens JM, González Merlo J, Fabré González E, González Bosquet E. Concepto de parto. Desencadenamiento y elementos del parto. Séptima ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
35. Caceres D, Giménez M, Velga M, López D, Toffolón N, Campos J. Manejo del trabajo de parto de bajo riesgo. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2019 enero;; p. 38.
36. The American College of Obstetricians and Gynecologists and Society for Maternal-Fetal Medicine. IntraMed. [Online].; 2015 [cited 2022 Julio 18. Available from: <https://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoid=81944&pagina=1>.
37. Huertas Tacchino E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev. peru. ginecol. obstet. 2018 Julio - Setiembre; 64(3).
38. Redacción médica. Parto vaginal [documento]. [cited 2023 octubre 4. Available from: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/parto-vaginal>.
39. Esteban E. Beneficios del parto normal para la madre y el bebé. [Online].; 2019 [cited 2023 octubre 4. Available from: <https://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/beneficios-del-parto-natural-para-madre-y-bebe/>.
40. Cunningham G, Leveno , Bloom S, Spong C, Dashe , Hoffman B, et al. Williams Obstetricia. Vigésimo cuarto ed.: McGrawHill; 2015.
41. Organización Mundial de la Salud. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. [Online].; 2017 [cited 2023 Octubre 29. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255760/9789241565493-eng.pdf?sequence=1>.
42. MedlinePlus. Episiotomía. [Online].; 2019 [cited 2023 noviembre 14. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000482.htm>.
43. Armstrong C. AGOG Guidelines on Premature Rupture of Membranes. [Online].; 2020 [cited 2023 noviembre 15. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2008/0115/p245a.html#:~:text=Manage>

[ment%20of%20Premature%20Rupture%20of%20Membranes&text=To%20prolong%20pregnancy%20and%20to,expectant%20management%20of%20preterm%20PROM.](#)

44. Ratcliffe SD, Fontaine P, Leeman L, Shields SG. Dystocia in Nulliparous Women. American Family Physician. 2007 june 1; 75(11): p. 1671-1678.
45. American College of Obstetricians and Gynecologists. Clinical Management Guidelines for Obstetrician - Gynecologists: Postpartum Hemorrhage. ACOG Practice Bulletin Number 183. 2017 octubre; 130(4): p. 168-186.
46. MedlinePlus. Parto de feto muerto. [Online].; 2021 [cited 2023 diciembre 2]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/stillbirth.html>.
47. Todman D. A history of caesarean section: From ancient world to the modern era. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2007 julio 2; 47: p. 357-361.
48. Kayem G, Riffort C. EMC - Ginecología-Obstetricia; 2019.
49. Cyr R. Myth of the ideal cesarean section rate: Commentary and history perspective. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2005 octubre 8; 194: p. 932-936.
50. Hospital Clínic , Hospital Sant Joan de Déu , Universitat de Barcelona. Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona. [Online].; 2020 [cited 2022 Julio 18]. Available from: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf>.
51. Shearer EL. Cesarean section: Medical benefits and costs. Sociedad Científica Médica. 1993; 37(10): p. 1223-1231.
52. Declercq ER, Salaka C, Corry MP, Applebaum S, Risher P. Listening to Mothers: Report of the First National U.S Survey of Women's Childbearing Experiences. The Journal of Perinatal Education. 2022 octubre; 12(1): p. 67.
53. Rebeca. El parto es nuestro. [Online].; 2016 [cited 2023 octubre 5]. Available from: <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/cesarea/3.->

54. Flores Velez DADC. Impacto del parto por cesárea en el desarrollo de ansiedad y depresión durante el puerperio en un Instituto de Referencia Materno - Infantil durante el 2021. Tesis de pregrado. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista, Medicina Humana; 2023.
55. Ishikawa H, Saito Y, Koga K, Shozu M. Reproductive outcomes following abdominal repair for cesarean scar defect in women who desire subsequent pregnancies: A single-center retrospective study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2023 octubre 19; 291: p. 141-147.
56. Íbargüengoitia Ochoa F, Miranda Araujo O, López Torres MF. Ruptura uterina espontánea e inadvertida. Informe de caso. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2023 noviembre; 91(11): p. 857-860.
57. Villagomez Mendoza EA. Frecuencia de complicaciones del parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea en el Hospital General "Dr. José María Rodríguez" en el periodo de junio 2019 - junio 2020. Tesis de especialidad. Toluca Estado de México: Universidad Autónoma de Estado de México, Medicina Humana; 2021.
58. Cresswell JA, Ronsmans C, Calvert C, Filippi V. Prevalence of placenta praevia by world region: a systematic. *Tropical Medicine and International Health*. 2013 junio; 18(6): p. 712-724.
59. Baskett T. Robson, Michael Stephen (n. 1957): Sistema de clasificación de 10 grupos de Robson para la cesárea. Epónimos y nombres en obstetricia y ginecología. 2019; 3: p. 349 - 50.
60. Ocampo Torres M, Fernández Vargas PX, Azuara Gutiérrez A, Franco Hervert MA, Flores Hernández VM, Hernández del Ángel I, et al. Caracterización de la operación cesárea en el Hospital General de la Huasteca, según clasificación de Robson. *Gaceta Hidalguense de la Investigación en Salud*. 2021 Enero - Marzo 6; 9(1): p. 4.
61. Ramírez Hernández VF. Tipos de investigación y manejo de hipótesis. Dialnet.

- 1996; 3(1): p. 104-108.
62. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Quinta ed. Interamericana , editor. México: McGRAW-HILL; 2010.
 63. Alvarado Magallanes RI. Factores de riesgo clínicos y quirúrgicos en gestantes con antecedentes de cesárea. Tesis de pregrado. Guayaquil: Universidad Estatal de Guayaquil, Ciencias Médicas; 2020.
 64. Otaño L, Meller C, Aiello H. Salud de la mujer. Enfoque interdisciplinario de su proceso de atención Argentina: Universidad Nacional de La Plata; 2022.
 65. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural. [Online].; 2017 [cited 2024 enero 13. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/280842-norma-tecnica-de-salud-para-la-atencion-del-parto-vertical-en-el-marco-de-los-derechos-humanos-con-pertinencia-intercultural>.
 66. FASGO. Inducción al trabajo de parto. [Online].; 2019 [cited 2024 enero 13. Available from: https://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion_Consenso_2019_Trabajo_de_Parto.pdf.
 67. Maya E. Métodos y técnicas de Investigación. Primera ed. Aguilar Escalona A, editor. México: Facultad de Arquitectura; 2014.
 68. Silva Mansilla MC. Antecedente de cesárea previa asociado a complicaciones materno-neonatales en gestantes atendidas en el Hospital de Vitarte julio - diciembre 2018. Tesis de pregrado. Lima: Universidad Ricardo Palma, Medicina Humana; 2019.
 69. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia. [Online].; 2022 [cited 2024 enero 12. Available from: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=Las%20madres%20adolescentes%20\(de%2010,prematur%20y%20afecci%C3%B3n%20neonatal%20grave](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=Las%20madres%20adolescentes%20(de%2010,prematur%20y%20afecci%C3%B3n%20neonatal%20grave).
 70. Gobierno de México. ¿Que es la adolescencia? [Online].; 2015 [cited 2024 enero 13. Available from: <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-adolescencia#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,d,e%2015%20a%2019%20a%C3%B1os>.

ANEXOS

ANEXO 1:

Matriz de consistencia: “Modelo de Robson aplicado en un Hospital de la Amazonía peruana, 2022”

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLE	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
GENERAL:	GENERAL:		TIPO DE INVESTIGACIÓN:	POBLACIÓN:
¿Cuál son las características del Modelo de Clasificación de Robson en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022?	Conocer las características del Modelo de Clasificación de Robson en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022.	Modelo de Robson	Descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal.	Conformada por 1451 casos de gestantes que acuden para intervención quirúrgica de cesárea al Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2022.
ESPECÍFICOS:	ESPECÍFICOS:		NIVEL DE INVESTIGACIÓN:	
¿Cuál es el índice de intervención quirúrgica de cesárea en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022? ¿Cuáles son las características obstétricas del Modelo de Clasificación de Robson en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022? ¿Cuáles son las características fetales del Modelo de Clasificación de Robson en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022? ¿Cuáles son los grupos del Modelo de Clasificación de Robson en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022? ¿Cuáles son las características demográficas en las gestantes	- Conocer el índice de intervención quirúrgica de cesárea en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022. - Conocer las características obstétricas del Modelo de Clasificación de Robson en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022. - Conocer las características fetales del Modelo de Clasificación de Robson en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022. - Conocer los grupos del Modelo de Clasificación de Robson en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022. - Conocer las características demográficas en las gestantes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022	Demográficos	Descriptivo.	
		- Edad - Grado de instrucción - Ocupación	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:	MUESTRA:
			Descriptivo simple.	Conformada por 304 casos de gestantes que acuden para intervención quirúrgica de cesárea al Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2022.
			TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	
			Análisis documental.	

del Hospital Amazónico de
Yarinacocha, 2022?

ANEXO 2:

Diez grupos de la Clasificación de Robson.

Grupo 1	Nulípara con feto único en cefálico, a término y trabajo de parto espontáneo
Grupo 2	Nulípara con feto único en cefálico, a término y trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del inicio del trabajo de parto.
Grupo 3	Múltipara sin antecedente de cesárea con feto único en cefálico, a término y trabajo de parto espontáneo.
Grupo 4	Múltipara sin antecedente de cesárea con feto único en cefálico, a término y trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del inicio del trabajo de parto.
Grupo 5	Múltipara con antecedente de al menos una cesárea, con feto único, en cefálico y a término.
Grupo 6	Nulípara con feto único y en podálico.
Grupo 7	Múltipara con o sin antecedente de cesárea con feto único y en podálico.
Grupo 8	Nulípara o múltipara con o sin antecedente de cesárea y con gestación múltiple.
Grupo 9	Nulípara o múltipara con o sin antecedente de cesárea con feto único y en transversal u oblicuo.
Grupo 10	Nulípara o múltipara con o sin antecedente de cesárea con feto único en cefálico y pretérmino.

Fuente: Adaptado del Manual de aplicación de la Clasificación de Robson, 2018. (10)

ANEXO 3:

Variables obstétricas y fetales del Modelo de Clasificación de Robson.

Paridad	▪ Nuliparidad ▪ Multiparidad
Antecedente de cesárea	▪ Si ▪ No
Inicio de trabajo de parto	▪ Espontáneo ▪ Inducido ▪ Cesárea programada (sin trabajo de parto /cesárea electiva antes del trabajo de parto)
Cuantía de fetos	▪ Único ▪ Múltiple
Edad gestacional	▪ Pretérmino (menos de 37 semanas) ▪ A término (mayor o igual a 37 semanas)
Presentación fetal	▪ Cefálica ▪ Podálica ▪ Transversa

Fuente: Manual de aplicación de la Clasificación de Robson, 2018. (10)

ANEXO 4:

Ficha de análisis documentario.

Nº Historial Clínico:

MODELO DE ROBSON

Características obstétricas y fetales:

Paridad:

- ☐ Nuliparidad
- ☐ Multiparidad

Antecedente de cesárea:

- ☐ Sí (una o más de una)
- ☐ No

Inicio de trabajo de parto:

- ☐ Espontáneo
- ☐ Inducido
- ☐ Cesárea programada (sin trabajo de parto /cesárea electiva antes del trabajo de parto)

Cuantía de fetos:

- ☐ Único
- ☐ Múltiple

Edad gestacional:

- ☐ Pretérmino (menor a 37 semanas)
- ☐ A término (mayor o igual a 37 semanas)

Presentación fetal:

- ☐ Cefálica
- ☐ Podálica
- ☐ Transversa.

DEMOGRÁFICAS

Edad de la gestante:

- ☐ Menor a 15 años
- ☐ 15 a 25 años
- ☐ 26 a 35 años
- ☐ Mayor a 35 años

Grado de instrucción:

- ☐ Ninguno
-

-
- Primaria
 - Secundaria
 - Técnico
 - Universitario

Ocupación:

- Ama de casa
- Dependiente
- Independiente
- Estudiante

Fuente: elaboración propia con base en datos de OMS y OPS.

ANEXO 5:

Autorización para ejecución de proyecto de investigación.

**GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI**
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL AMAZÓNICO

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

Yarinacocha, 04 de Agosto del 2022.

CARTA N° 085 -2022 GRU-DIRESA HAYA.

Señor
ASTO SEDANO KATHERYNN OLGUITA
Solicitante.
Ciudad:

ASUNTO : AUTORIZACION PARA RECOLECCION DE DATOS PARA ACCEDER A HISTORIAS CLINICAS.

REF. : SOLICITUD DE FUT.

Es grato dirigirme a usted, para saludarla cordialmente y al mismo tiempo en atención a su solicitud, comunicarle la Autorización, para el acceso de Historias Clínicas de los pacientes con "Índice de Cesárea tras aplicar el modelo de Robson en un Hospital de la Amazonia Peruana en el periodo enero a Julio del 2021" permitiéndole realizar y dar las facilidades al pedido de su solicitud.

Sin otro particular me suscribo de usted no sin antes reiterarle la muestra de mi estima personal.

Atentamente,


DIRECTOR REGIONAL DE SALUD
Dr. Gr. F. [Firma]
C. R. [Firma]
C. R. [Firma]
C. R. [Firma]
C. R. [Firma]

ENVÍANSE:
C.c. Archivo
Archivos