



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA TASA DE CESÁREAS POR GRUPOS DE
ROBSON ENTRE LOS HOSPITALES CARLOS ALCANTARA BUTTERFIELD Y
VOTO BERNALES CORPANCHO DE ESSALUD DURANTE EL PERIODO 2023 –
2024

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor:

Zegarra Tord, Andres Gustavo

Asesor

Diaz Sánchez, Augusto Aquilino

ORCID: 0000-0001-7474-393X

Jurado

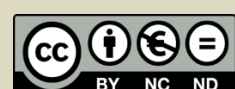
Alvitez Morales, Juan Daniel

Lozano Zanelly, Glenn Alberto

López Gabriel, Julia Isabel

Lima - Perú

2025



ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA TASA DE CESÁREAS POR GRUPOS DE ROBSON ENTRE LOS HOSPITALES CARLOS ALCANTARA BUTTERFIELD Y VOTO BERNALES CORPANCHO DE ESSALUD DURANTE EL PERIODO 2023 – 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

23%

INDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unapiquitos.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	docplayer.es Fuente de Internet	2%
3	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.unsm.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	repositorio.undac.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.upt.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
8	www.scielo.cl Fuente de Internet	1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
FACULTAD DE MEDICINA HIPOLITO UNANUE

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA TASA DE CESÁREAS
POR GRUPOS DE ROBSON ENTRE LOS HOSPITALES
CARLOS ALCANTARA BUTTERFIELD Y VOTO
BERNALES CORPANCHO DE ESSALUD DURANTE EL
PERIODO 2023 – 2024

Línea de Investigación:
Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor

Zegarra Tord, Andres Gustavo

Asesor

Diaz Sánchez, Augusto Aquilino

(ORCID: 0000-0001 7474-393X)

Jurado

Alvitez Morales, Juan Daniel

Lozano Zanelly, Glenn Alberto

López Gabriel, Julia Isabel

Lima – Perú

2025

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mi querida familia, quienes siempre han sido mi mayor fuente de apoyo y motivación, por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia, y por estar a mi lado en cada paso de este largo camino.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios quien ha estado presente en cada momento de este proceso, por darme sabiduría, paciencia y la fuerza necesaria para superar los desafíos.

Agradezco a mi familia, mi mayor fuente de amor, apoyo y fortaleza. Gracias por estar siempre a mi lado, por su confianza inquebrantable y por enseñarme, con su ejemplo, el verdadero significado del sacrificio, la dedicación y el amor incondicional

Agradezco a los doctores y residentes quienes han sido una parte fundamental en mi formación académica y personal, compartiendo su conocimiento y guiándome en cada etapa de esta carrera

Agradezco a mis amigos, quienes han sido mi apoyo constante a lo largo de este viaje. Gracias por su amistad, por su comprensión y por estar siempre ahí, brindándome su ánimo y su tiempo.

ÍNDICE

RESUMEN	10
ABSTRACT.....	11
I. INTRODUCCION.....	12
1.1. Descripción y Formulación del Problema.....	12
1.1.1. Descripción del Problema	12
1.1.2. Problema General.....	13
1.1.3. Problemas específicos.....	14
1.2. Antecedentes	14
1.2.1. Antecedentes Internacionales	14
1.2.2. Antecedentes Nacionales	17
1.3. Objetivos.....	18
1.3.1. Objetivo General.....	18
1.3.2. Objetivos Específicos	19
1.4. Justificación	19
1.5. Hipótesis	20
1.5.1. Hipótesis alternativa.....	20
1.5.2. Hipótesis nula:	20
1.6. Limitaciones de la investigación.....	20
II. MARCO TEÓRICO.....	22
2.1. Nacimiento.....	22
2.2. Parto	22
2.2.1. Parto Normal o Eutócico	22
2.2.2. Parto Distócico	23
2.2.3. Principales Complicaciones del Parto Vaginal.....	23
2.3. Cesárea.....	24
2.3.1. Principales indicaciones de cesáreas	26

2.3.2.	<i>Principales Complicaciones posparto inmediatas y tardías</i>	29
2.3.3.	<i>Riesgos fetales y neonatales relacionados con la cesárea</i>	30
2.4.	Clasificación Robson	30
2.4.1.	<i>Variables Básicas de la Escala Robson</i>	32
III.	MÉTODO	35
3.1.	Tipo de Investigación	35
3.2.	Ámbito Temporal y Espacial	35
3.3.	Variables	35
3.3.1.	<i>Variables de estudio</i>	35
3.3.2.	<i>Operacionalización de las variables</i>	36
3.4.	Población y Muestra	37
3.4.1.	<i>Población</i>	37
3.4.2.	<i>Muestra</i>	37
3.4.3.	<i>Criterios de Inclusión</i>	37
3.4.4.	<i>Criterios de Exclusión</i>	37
3.5.	Instrumentos	38
3.5.1.	<i>Técnica</i>	38
3.5.2.	<i>Instrumento</i>	38
3.6.	Procedimientos	38
3.7.	Análisis de Datos	38
3.8.	Consideraciones Éticas	40
IV.	RESULTADOS	41
Figura 1	<i>Obtención de la muestra</i>	41
4.1.	Características de la población	41
4.2.	Distribución de partos según la clasificación de Robson	57
V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	63
VI.	CONCLUSIONES	67

VII.	RECOMENDACIONES.....	68
VIII.	REFERENCIAS.....	69
IX.	ANEXOS	76
	Anexo A. Ficha de Recolección de Datos.....	76
	Anexo B. Validación del Instrumento.....	77
	Anexo C. Declaración Jurada.....	83
	Anexo D. Matriz de consistencia	84

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Indicaciones de Cesáreas según las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatal</i>	25
Tabla 2 <i>Los 10 Grupos de la Clasificación de Robson</i>	32
Tabla 3 <i>Operacionalización de Variables</i>	36
Tabla 4 <i>Comparación de la Tasa Global de Partos por Cesárea entre el Hospital Carlos Alcántara Butterfield (HCAB) y el Hospital Voto Bernales Corpancho (HVBC)</i>	42
Tabla 5 <i>Distribución de la Población Atendida en los Hospitales Carlos Alcántara Butterfield (HCAB) y Voto Bernales Corpancho (HVBC), según la Edad y el Tipo de parto</i>	44
Tabla 6 <i>Distribución de la población atendida en los Hospitales Carlos Alcántara Butterfield(HCAB) y Voto Bernales Corpancho (HVBC), según la Paridad y el Tipo de Parto</i>	47
Tabla 7 <i>Distribución de la Población Atendida en los Hospitales Carlos Alcántara Butterfield (HCAB) y Voto Bernales Corpancho (HVBC), según Cesárea Previa y el Tipo de Parto</i>	49
Tabla 8 <i>Distribución de la Población Atendida en los Hospitales Carlos Alcántara Butterfield (HCAB) y Voto Bernales Corpancho (HVBC), según el Inicio de Trabajo de Parto y el Tipo de Parto</i>	51
Tabla 9 <i>Distribución de la Población Atendida en los Hospitales Carlos Alcántara Butterfield (HCAB) y Voto Bernales Corpancho (HVBC), según la Edad Gestacional y el Tipo de Parto</i>	53
Tabla 10 <i>Distribución de la Población Atendida en los Hospitales Carlos Alcántara Butterfield (HCAB) y Voto Bernales Corpancho (HVBC), según la Presentación y el Tipo de Parto</i>	55
Tabla 11 <i>Distribución de la población Atendida en los Hospitales Carlos Alcántara Butterfield (HCAB) y Voto Bernales Corpancho (HVBC), según los Grupos de Robson</i>	59
Tabla 12 <i>Tasa de Cesáreas según la Clasificación de Robson en la Población Total</i>	60
Tabla 13 <i>Tasa de Cesáreas según la clasificación de Robson en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield (HCAB)</i>	61
Tabla 14 <i>Tasa de Cesáreas según la clasificación de Robson en el Hospital Voto Bernales Corpancho (HVBC)</i>	62

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 <i>Obtención de la muestra</i>	41
Figura 2 <i>Distribución de la población atendida en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield Según el Tipo de Parto</i>	42
Figura 3 <i>Distribución de la población atendida en el Hospital Voto Bernales Corpancho Según el Tipo de Parto</i>	43
Figura 4 <i>Distribución de la Población Según el Tipo de Parto</i>	43
Figura 5 <i>Distribución de la población atendida en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield según el Tipo de Parto y la Edad Materna</i>	45
Figura 6 <i>Distribución de la Población Atendida en el Hospital Voto Bernales Corpancho según el Tipo de Parto y la Edad Materna</i>	45
Figura 7 <i>Distribución de la Población según el Hospital de Atención y la Edad Materna</i> ...	46
Figura 8 <i>Distribución de la población atendida en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield según el Tipo de Parto y la Paridad</i>	47
Figura 9 <i>Distribución de la Población Atendida en el Hospital Voto Bernales Corpancho según el Tipo de Parto y la Paridad</i>	48
Figura 10 <i>Distribución de la Población según el Hospital de Atención y la Paridad</i>	48
Figura 11 <i>Distribución de la Población Atendida en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield según el Tipo de Parto y el Antecedente de Cesárea Previa</i>	49
Figura 12 <i>Distribución de la población atendida en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield según el Tipo de Parto y el Antecedente de Cesárea Previa</i>	50
Figura 13 <i>Distribución de la Población según el Hospital de Atención el Antecedente de Cesárea Previa</i>	50
Figura 14 <i>Distribución de la Población Atendida en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield según el Tipo de Parto y el Inicio de Trabajo de Parto</i>	52
Figura 15 <i>Distribución de la Población Atendida en el Hospital Voto Bernales Corpancho según el Tipo de Parto y el Inicio de Trabajo de Parto</i>	52
Figura 16 <i>Distribución de la Población según el Hospital de Atención y el Inicio de Trabajo de Parto</i>	53
Figura 17 <i>Distribución de la Población Atendida en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield Según el Tipo de Parto y la Edad Gestacional</i>	54
Figura 18 <i>Distribución de la Población Atendida en el Hospital Voto Bernales Corpancho</i>	

<i>según el Tipo de Parto y la Edad Gestacional</i>	54
Figura 19 <i>Distribución de la Población Total según el Hospital de Atención y la Edad Gestacional</i>	55
Figura 20 <i>Distribución de la Población Atendida en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield según el Tipo de Parto y la Presentación Fetal.....</i>	56
Figura 21 <i>Distribución de la Población Atendida en el Hospital Voto Bernales Corpancho según el Tipo de Parto y la Presentación Fetal.....</i>	56
Figura 22 <i>Distribución de la Población Total según el Hospital de Atención y la Presentación Fetal</i>	57
Figura 23 <i>Distribución de la Población Atendida en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield según el Tipo de Parto y los 10 Grupos de Robson.....</i>	58
Figura 24 <i>Distribución de la Población Atendida en el Hospital Voto Bernales Corpancho según el Tipo de Parto y los 10 Grupos de Robson.....</i>	58
Figura 25 <i>Distribución de la Población según el Hospital de Atención y los 10 Grupos de Robson.....</i>	59

RESUMEN

Introducción: En el Perú se calcula una tasa de cesáreas del 37.8%, superando el 15% recomendado por la OMS. **Objetivo:** Comparar la tasa de cesáreas del Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho con base en las variables propuestas por Robson durante el periodo 2023-2024. **Diseño:** Observacional, descriptivo, comparativo, retrospectivo y transversal. **Método:** Análisis retrospectivo de 2531 historias clínicas de gestantes atendidas en ambos nosocomios, agrupándolos según la Clasificación de Robson, y realizando el análisis estadístico usando Microsoft Excel 2016 y SPSS v27. **Resultados:** La tasa de cesárea obtenida fue de un 53.1% en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield y 40.7% en el Hospital Voto Bernales Corpancho. La contribución de cada grupo de Robson a la tasa de cesárea fue el grupo 2 con 24.3% y el grupo 5 con 23.6% en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield, y en el Hospital Voto Bernales Corpancho fue el grupo 9 y 2 con un 28.3% y 22.2% respectivamente, además se observó que en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield un 40.3% de gestantes correspondieron a embarazos de bajo riesgo, en los cuales se culminó por vía abdominal en el 57.6% de ellas, en comparación del Hospital Voto Bernales Corpancho donde fue un 33,8% del total y 39,2% terminaron en cesárea. **Conclusiones:** Existe una diferencia significativa de la tasa de cesáreas entre el Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho, encontrándose que ambos hospitales presentan una frecuencia de cesáreas por encima del 15% recomendado por la OMS

Palabras clave: partos, cesárea, clasificación de Robson.

ABSTRACT

Introduction: In Peru, the cesarean section rate is estimated at 37.8%, exceeding the 15% recommended by the WHO. **Objective:** To compare the cesarean section rate at the Carlos Alcántara Butterfield Hospital and the Voto Bernales Corpancho Hospital based on the variables proposed by Robson during the period 2023-2024. **Design:** Observational, descriptive, retrospective comparative and cross-sectional. **Method:** Retrospective analysis of 2,531 medical records of pregnant women treated in both hospitals, grouping them according to the Robson Classification, and performing statistical analysis using Microsoft Excel 2016 and SPSS v27. **Results:** The cesarean section rate obtained was 53.1% at the Carlos Alcántara Butterfield Hospital and 40.7% at the Voto Bernales Corpancho Hospital. The contribution of each Robson group to the cesarean rate was group 2 with 24.3% and group 5 with 23.6% in the Carlos Alcántara Butterfield Hospital, and in the Voto Bernales Corpancho Hospital it was group 9 and 2 with 28.3% and 22.2% respectively. In addition, it was used that in the Carlos Alcántara Butterfield Hospital 40.3% of pregnant women corresponded to low-risk pregnancies, in which they were completed abdominally in 57.6% of them, compared to the Voto Bernales Corpancho Hospital where it was 33.8% of the total and 39.2% ended in cesarean section. **Conclusions:** There is a significant difference in the cesarean rate between the Carlos Alcántara Butterfield Hospital and the Voto Bernales Corpancho Hospital, finding that both hospitals have a cesarean frequency above the 15% recommended by the WHO.

Keywords: childbirth, cesarean section, Robson classification.

I. INTRODUCCION

1.1. Descripción y Formulación del Problema

1.1.1. Descripción del Problema

El parto por cesárea consiste en la extracción de un feto, de más de 22 semanas de gestación, vivo o muerto, acompañado de sus estructuras anexas, mediante una incisión abdominal y uterina. Antiguamente esta se reservaba para los casos en que el parto natural no era viable, con el objetivo final de preservar la vida de la madre, sin embargo, actualmente existen distintas indicaciones tanto absolutas como relativas, más allá de la conservación de la integridad materna, para la realización de este procedimiento quirúrgico, lo que ha producido una considerable disminución en el número de partos naturales (Ministerio de Salud [MINSA], 2018; Gilstrap et al., 2004).

En 1985, la OMS determinó que la tasa ideal de cesáreas debería estar entre el 10% y el 15%, ya que investigaciones mostraron que una frecuencia superior a este rango no mejora las tasas de mortalidad materna y neonatal. Sin embargo, actualmente se estima que la tasa global de cesáreas excede ese umbral. Con respecto a los últimos años, en América, la tasa promedio de cesáreas es del 38,9%, sin contar las realizadas en el sector privado. (OPS, 2015) (Stordeur et al., 2016).

De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) realizada en 2023 por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 37,8% de los nacimientos registrados a nivel nacional fueron por cesárea, lo que representa un incremento del 1,2% en comparación con el año 2022, cuando la cifra alcanzó el 36,6%. Este porcentaje supera los valores ideales recomendados por la OMS en los últimos años. (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2024)

Aunque las cesáreas son consideradas un procedimiento quirúrgico que puede salvar vidas cuando es clínicamente necesario, también conlleva un mayor riesgo para desarrollar infecciones para las madres y dificultad respiratoria para los recién nacidos, además de eliminar los beneficios del paso por el canal de parto como el desarrollo de la microbiota del neonato. (Magne et al., 2017; Chu et al., 2017)

Por lo tanto, la primera medida a evaluar para disminuir el uso excesivo e innecesario de la cesárea es la que se aplica a las mujeres de bajo riesgo. La clasificación de Robson resulta ser un método útil, confiable y reproducible para identificar a los grupos que requieren intervenciones específicas, permitiendo así estandarizar el manejo de las gestantes y reducir la tasa de cesáreas. (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE], 2017; Pastor et al., 2024)

A pesar de la abundancia de investigaciones sobre la frecuencia de las tasas de cesáreas en establecimientos de salud, La mayoría de los estudios suelen centrarse en hospitales de gran tamaño o alta complejidad. Por ello, el objetivo de esta investigación es analizar y comparar la frecuencia y las diferencias en las tasas de cesáreas realizadas en dos hospitales de baja complejidad y similar capacidad resolutiva, empleando la clasificación de Robson. Para este propósito, se utilizarán datos obtenidos de historias clínicas, registros en libros de parto y evoluciones documentadas en el sistema ESSI durante un periodo específico.

1.1.2. Problema General

- ¿Existe una diferencia estadísticamente significativa entre las tasas de cesáreas del Hospital Carlos Alcantara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho de Essalud con base en las variables propuestas por Robson durante el periodo 2023-2024?

1.1.3. Problemas específicos

- ¿Cuál es el número de parto por cesárea y partos vaginales efectuadas en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho?
- ¿Existe una diferencia significativa entre el número de partos por cesáreas y partos vaginales efectuadas en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho según las variables obstétricas y demográficas?
- ¿Cuáles es el número de cesáreas y partos vaginales en los 10 grupos propuestos por Robson en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho?
- ¿Existe una diferencia significativa entre los grupos de Robson con las mayores tasas de cesáreas y partos vaginales en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Internacionales

En un estudio transversal-analítico realizado en México por Ticona et al. (2019) titulado "Análisis de la cesárea según clasificación de Robson en un hospital público de Perú", se compararon las tasas de cesárea de los partos atendidos en el Hospital Peruano Hipólito Unanue durante dos períodos. Donde se observó que, de los 64,375 partos analizados, la tasa global de cesárea fue del 38.6%, mostrando un aumento progresivo a lo largo de los años, con predominio de los grupos 1, 3 y 5 de la clasificación de Robson. Además, las principales indicaciones para la cesárea fueron la desproporción cefalopélvica, el sufrimiento fetal, la cesárea previa y la preeclampsia.

En un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y monocéntrico realizado en México por Ramírez et al. (2023), titulado "Índice de Robson: riesgo de cesárea en un centro de primer nivel en México", se evaluaron 569 pacientes, de las cuales 228 culminaron la gestación mediante cesárea y 341 por parto vaginal, lo que resultó en una tasa de partos por cesáreas del 39.9%. Al aplicar la clasificación de Robson, se observó que los grupos que más contribuyeron a la tasa global de cesáreas fueron el grupo 1 con un 17.62% y el grupo 2 subdividido en 2a con un 19.38% y 2b con un 17.18%. Las principales indicaciones para la cesárea fueron el riesgo de pérdida del bienestar fetal con un 18.9%, la falta de progresión del trabajo de parto con un 6.7% y la falla en la inducción del trabajo de parto con un 11.1%.

En un artículo de investigación de tipo observacional realizado en Brasil por Rudey et al. (2020) titulado "Tasas de cesáreas en Brasil: Análisis de tendencias utilizando el sistema de clasificación de Robson", donde se evaluaron los nacimientos vivos entre 2014 y 2017, registrándose un total de 11.774.665 nacimientos vivos, de las cuales la mayoría fueron por cesárea con un 55,8%, además se observó que las regiones con altos índices de desarrollo humano registraron tasas de cesáreas significativamente mayores en comparación con aquellas con índices bajos. Dentro de los grupos de Robson, el grupo 5 destacó como el más numeroso y como el principal contribuyente a la tasa global más elevada de cesáreas, alcanzando un 31.3%, además, este grupo mostró el mayor incremento a lo largo de los años.

En una tesis de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal realizado en Nicaragua por Otero (2021) titulado "Aplicación del modelo Robson en embarazadas con parto vía cesárea atendidas en el Hospital Luis Felipe Moncada, río San Juan, mayo - agosto, 2020", donde se analizaron 131 expedientes de partos por cesárea, los cuales se clasificaron según la clasificación de Robson. Se determinó que la tasa global de cesáreas correspondió al 31% del total de partos. El grupo 5 fue el que más contribuyó a esta cifra, con un 35.8%, seguido del

grupo 2 con un 25.1% y el grupo 1 con un 12.2%. Además, las principales indicaciones para realizar cesáreas fueron los antecedentes de cesárea previa con un 32.82%, la pérdida del bienestar fetal con un 21.37% y la desproporción cefalopélvica con un 12.98%.

En un artículo de investigación realizado en Grecia por Giaxi et al. (2023) titulado “Implementación de la Clasificación Robson en Grecia: un estudio transversal retrospectivo”, cuyo objetivo fue implementar la clasificación de Robson por primera vez en Grecia para identificar tendencias en los partos por cesárea y en donde se evaluaron, en un hospital privado de Atenas, 8572 mujeres que dieron a luz durante el período estudiado. Se registró que 5,224 (60.9%) tuvieron partos por cesárea y que el grupo 5 fue el que mostró la mayor prevalencia de cesáreas, representando el 30.7% del total.

En la tesis de tipo retrospectivo, descriptivo y transversal realizada en Venezuela por Bazile & Gamboa Jiménez (2021) titulado “Clasificación de Robson como método para disminuir la tasa de cesárea”, donde se analizaron las historias clínicas de 309 pacientes, clasificándolas en 10 grupos según la clasificación de Robson, se observó que la frecuencia de cesáreas fue del 35,5 %, con un 90,6 % de las pacientes en el rango de edad de 15 a 35 años. Con respecto a los grupos prevalentes en la tasa de cesáreas, se encontró que el grupo 5 fue el más frecuente, representando el 35,3 %, este grupo fue seguido por el grupo 2 con un 16,5 % y el grupo 1 con un 14,6 %.

En un estudio comparativo realizado en Chile por Carreño et al. (2018) titulado "Tasa de cesáreas según la clasificación de Robson: Análisis comparativo entre dos hospitales universitarios", cuyo objetivo fue comparar la tasa de cesáreas realizadas durante el año 2017 en el Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH) y en el Hospital Base San José de Osorno (HBSJO), para determinar sus diferencias estadísticas. Los resultados mostraron que la tasa de cesáreas fue del 55,7% en el HCUCH y del 35,7% en el HBSJO, con un 87,8% y un

74,6% de los partos, respectivamente. Correspondientes a mujeres con embarazos de bajo riesgo, de estos, un 52,9% y un 32,2%, respectivamente, fueron cesáreas. Además, los grupos de Robson más prevalentes en el estudio fueron el grupo 5, seguido por el grupo 10.

1.2.2. Antecedentes Nacionales

En un trabajo de tesis realizado en Perú realizado por Saldaña & Inderique (2023) titulado “Situación de porcentaje de cesáreas basado en la clasificación de Robson en un hospital peruano de tercer nivel de atención.” Donde el objetivo fue establecer la frecuencia de cesáreas realizadas en el Hospital Cayetano Heredia durante el año 2021, utilizando la clasificación de Robson. En el estudio se evaluaron 3,981 participantes, observándose una tasa de cesáreas del 56.24%; además, el grupo de Robson predominante fue el grupo 5, con un 36.71%, seguido por el grupo 2, que representó un 22.24%.

En una tesis de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, realizado en Perú por Flores (2021) titulado “Clasificación de las cesáreas según el modelo de Robson en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, enero 2020 - diciembre 2020”, cuyo objetivo fue analizar la tasa de cesáreas según la clasificación de Robson en las pacientes sometidas a este procedimiento en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas. De un total de 2,052 partos, el 29.0% se realizaron por vía abdominal, en donde los grupos de Robson con mayores tasas de cesáreas fueron el grupo 1, con un 26%, y el grupo 2, con un 25%.

En un trabajo de tesis de tipo cuantitativo, retrospectivo, transversal y descriptivo realizado en Perú por Buendía (2021) titulado “Prevalencia de cesáreas según la clasificación de Robson en un Hospital Nacional Huancayo, 2018”, donde se evaluaron 336 casos de cesárea realizadas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo comprendido enero a diciembre del 2018. Se determinó que la tasa global de prevalencia de cesáreas fue del 35.3%. Los grupos de Robson con mayor incidencia fueron los grupos 1, 5 y 10; además, la mayoría

de las mujeres se encontraba en el rango de edad de 30 a 37 años, y el estado civil más frecuente fue el de conviviente.

En una tesis realizada en Perú por Orduña (2022) titulado “Tasa de cesáreas y aplicación de la clasificación de Robson en la clínica Arequipa durante la pandemia por Covid - 19, periodo 2020 - 2021”, donde se analizaron 234 historias clínicas, encontrándose que la tasa global de cesáreas alcanzó el 81.43% y siendo los grupos de Robson 5, 2 y 9 los que más aportaron a esta cifra; además se observó que las indicaciones más comunes para realizar cesáreas incluyeron antecedentes de una cesárea segmentaria previa, cesárea iterativa y pelvis estrecha o desproporción cefalopélvica.

En una tesis de enfoque observacional llevada a cabo en Perú por Coaquira (2022) titulado “Tasa de cesáreas según la clasificación de Robson en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Minsa, Arequipa”, donde se analizaron 2081 casos, de los cuales se seleccionó una muestra probabilística de 334 para clasificarlos según la escala de Robson. Los resultados mostraron que la tasa de cesáreas fue del 51% en 2020 y aumentó al 65% en 2021, reflejando un incremento anual del 14%. Además, se observó que el 26.35% del total de las pacientes cesareadas pertenecían al grupo 5 de la clasificación de Robson, seguido por los grupos 1 y 10, con un 17.96% y un 13.47%, respectivamente. La indicación más frecuente para realizar cesáreas fue el antecedente de cesárea previa, con un 18.26%, seguida por la desproporción céfalo-pélvica, con un 13.17%, y la alteración del bienestar fetal, que representó un 11.08%.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

- Comparar la tasa de cesáreas entre el Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital

Voto Bernales Corpancho de Essalud con base en las variables propuestas por Robson durante el periodo de agosto del 2023 a agosto del 2024.

1.3.2. *Objetivos Especificos*

- Definir el número de parto por cesárea y partos vaginales efectuadas en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho.
- Comparar el número de partos por cesáreas y partos vaginales efectuadas en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho según las variables obstétricas y demográficas.
- Estratificar el número de cesáreas y partos vaginales en los 10 grupos propuestos por Robson en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho.
- Comparar los grupos con las mayores tasas de cesáreas y partos vaginales según Robson en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho.

1.4. *Justificación*

Este trabajo de investigación se justifica en los recientes datos estadísticos nacionales e internacionales respecto al número de tasa de cesáreas, los cuales evidencian en los últimos años, un incremento por encima del 10 al 15% total partos recomendado por la OMS, llegando a valores de 37.8% a nivel nacional y siendo mayor a nivel mundial, esto debido a diversos factores, como el perfeccionamiento de las técnicas operatorias y anestésicas, el aumento de gestantes de mayor edad materna, o la práctica de una medicina defensiva desde la perspectiva médico-legal, los cuales podrían contribuir al aumento progresivo de las tasas de

cesárea con el tiempo. En este contexto, la aplicación de una clasificación como la de Robson podría ser útil para comprender mejor este fenómeno.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis alternativa

Existe una diferencia estadísticamente significativa de las tasas de cesárea por grupos de Robson entre Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho

1.5.2. Hipótesis nula:

No existe una diferencia estadísticamente significativa de las tasas de cesárea por grupos de Robson entre Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho

1.6. Limitaciones de la investigación

Las limitaciones en el trabajo de investigación fueron la falta de tiempo para la ejecución del proyecto debido al horario laboral, así como también la poca disponibilidad de tiempo para la recolección de dato y para el uso del sistema ESSI. Además de que se contó con historias incompletas, mal registradas y no visibles en el ESSI durante la recolección de datos. Considerando los recursos humanos, financieros y materiales disponibles, el estudio resultó plenamente factible. Utilizando como principal fuente de información los registros digitales de las historias clínicas del sistema ESSI y complementando con el libro de partos para recopilar datos de las puérperas que facilito la búsqueda a través del sistema virtual..

En función de la parte administrativa y burocrática, se contó con el permiso para el

uso de datos, garantizando su anonimato y confidencialidad. Por todo lo mencionado anteriormente, este estudio conto con las condiciones necesarias para llevarse a cabo

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Nacimiento

La definición de "nacimiento" puede diferir según el país y el contexto. En la mayoría de los países con altos ingresos, se considera como nacimientos a los recién nacidos que pesan al menos 500g o tienen una edad gestacional de 22 semanas a más, aunque en otros países se utilizan criterios distintos. Estos nacimientos pueden ocurrir por parto eutócico, distócico o por cesárea. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018)

2.2. Parto

El parto se define estrictamente como las contracciones uterinas que provocan un desgaste y una dilatación del cuello uterino, y cuyo inicio es ambiguo, pues algunos consideran al momento en que las contracciones se vuelven dolorosas y otros con las contracciones sumada con los cambios del cérvix y al inicio de la dilatación cervical. Dependiendo los factores o mecanismos que intervienen en el mismo, como la posición del feto o el tipo de pelvis de la madre, se considera como eutócico o distócico. (Cunningham, 2019)

2.2.1. *Parto Normal o Eutócico*

Es definido como una cadena de procesos fisiológicos que conduce al nacimiento de un recién nacido, en el que se inicia y evoluciona de manera espontánea y en donde los factores o mecanismos del parto interactúan de forma armoniosa y con normalidad, finalizando con la expulsión de un único feto en presentación cefálica y de la placenta en buenas condiciones. (MINSAL, 2018)

2.2.2. Parto Distócico

Es considerado un trabajo de parto alterado o anormal debido a diversos factores como contracciones uterinas ineficientes, posición o presentación anormal del feto, tipo de pelvis inadecuada o anomalías de las partes blandas pélvicas de la gestante, que culmina por vía vaginal o abdominal, y que suele producir un aumento de la comorbilidad fetal y materna. (Ñañez et al., 1999)

2.2.3. Principales Complicaciones del Parto Vaginal

Las complicaciones maternas más frecuentes son las hemorragias Post-Parto, la cual se define como el sangrado mayor a 500ml tras un parto vaginal o mayor a 1000ml tras una cesárea, siendo las causas más comunes: la atonía Uterina (90%), los traumas del canal de parto (6%) y la retención de restos placentarios (4%). (Choque-Miranda et col, 2012) (Karlsson & Pérez Sanz, 2009)

2.2.3.1. Atonía Uterina: Es la causa más frecuente, abarcando entre un 80-90% de las hemorragias post-parto, pudiéndose presentar en 1 de cada 20 partos. Esta se define como la falta de capacidad del útero para contraerse generando de esta forma una ausencia de la oclusión de las arterias uterinas la cual es el mecanismo fisiológico de adaptación inmediata para conservar la hemostasia. Las atonías pueden ser ocasionado por diversos factores como la sobredistensión uterina (en casos de gestación múltiple), distocias de presentación o macrosomías fetales; el agotamiento muscular causado por parto excesivamente prolongado o cambios escleróticos en las fibras musculares principalmente en mujeres de edad avanzada; así como también las infecciones como la corioamnionitis. (Távora et al., 2022)

- 2.2.3.2. Retención de Restos Placentarios:** Se define como tejidos placentarios o membranas ovulares que han quedado de forma parcial o en su totalidad dentro de la cavidad uterina imposibilitando su contracción eficaz. Esta retención podría ser causada por condiciones patológicas de la placenta, como la presencia de cotiledones anómalos o una placenta adherente debido a una implantación anormal (como ocurre en la placenta ácreta, íncreta o pércreta), o por irregularidades en la tercera etapa del parto, como el traccionado del cordón umbilical o el alumbramiento manual incompleto, entre otros. (Stephenson, 2004)
- 2.2.3.3. Traumas:** Hacen referencia a los desgarros del canal genital, la rotura uterina o inversión uterina; siendo de estos tres, los desgarros del canal genital la causa más frecuente de las hemorragias post parto, justo por debajo de la atonía uterina y la cual comúnmente suelen manifestarse como un sangrado vaginal activo en partos instrumentados o con episiotomía. Estos traumas pueden ser desde simples hematomas vulvares y vaginales autolimitados hasta hematomas retroperitoneales con signos de hipovolemia y alta probabilidad de mortalidad materna. (Karlsson & Pérez Sanz, 2009)

2.3. Cesárea

La cesárea es un procedimiento quirúrgico en el que se retira al feto de la cavidad abdominal mediante una incisión en el útero. (Schnapp, 2014) y cuyas indicaciones suelen ser variadas, sin embargo, se pueden dividir en causas maternas y fetales, siendo las más comunes la cesárea previa, la asimetría cefálica y la disfunción fetal. (ACOG, 2019)

Las cesáreas suelen clasificarse en cuatro tipos dependiendo del momento en que se

realiza. Estas pueden ser electivas (cuando se da de manera programada debido a condiciones que dificultan el parto natural), intraparto (cuando se realiza ya iniciado el parto por riesgos materno-fetales), urgente (cuando la cesárea debe ser realizada en menos de 30 minutos debido al riesgo del bienestar fetal) y de emergencia (cuando debe realizarse la cesárea inmediatamente por riesgo de muerte fetal y/o materna). (Alonso-Colón & Ramis, 2023)

Según las Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatal realizado en el 2018 por el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), las indicaciones pueden dividirse en:

Tabla 1

Indicaciones de Cesáreas según las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatal

Absolutas	Relativas
<ul style="list-style-type: none"> • Placenta previa o total • Diagnostico de Acretismo placentario por Ecografía Doppler • Cesareada anterior >2 veces • Feto en podálico. • Embarazo gemelar con al menos un feto en podálico • Presentación de cara en mento púbica o de frente en feto mayor igual a 37 semanas • Prolapso o Procúbito umbilical. • Macrosomía fetal igual o mayor a 4.500 g. • Sufrimiento fetal agudo en no condiciones de parto vaginal • Incompatibilidad Céfalopélvica. • Infección activa primaria de herpes simple genital. • Infección por virus de hepatitis C. • Situación Transversa. • Infección por VIH o SIDA. • Tumores Obstructivos • Cirugía Uterina previa • Embarazo múltiple mayor o igual a 3. • Anomalías fetales 	<ul style="list-style-type: none"> • Sufrimiento Fetal Agudo • Anomalías Fetales. • Gestación Múltiple • Pelvis Asimétrica • Desproporción pélvica con prueba de trabajo de parto fallida • Embarazo gemelar con al menos un feto en cefálico. • Ruptura prematura de membranas > 24hrs • Distocia de presentación, asinclitismo, transversa o posterior persistente después de prueba de trabajo de parto. • Oligoamnios con pruebas de bienestar fetal negativas. • Situación oblicua en multípara en no trabajo de parto. • Psicosis, Trastorno de Conciencia, etc. • Preeclampsia severa, eclampsia y síndrome HELLP • Insuficiencia Cardiorrespiratoria • Enfermedades oftalmológicas

Tomado de “Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatal” (p.447-448), por MINSA, 2018.

Es importante destacar que la tasa de cesáreas está creciendo rápidamente a nivel global, lo que ha generado preocupación como un problema relevante de salud pública. Esto se debe a los posibles riesgos que representa tanto para la salud de la madre como del recién nacido, además de los efectos adversos que puede tener en futuros embarazos, sin olvidar el impacto económico considerable que supone para los sistemas de salud. (Rai et al, 2021)

2.3.1. Principales indicaciones de cesáreas

Entre las principales causas de cesárea en América Latina se observa la distocia o falta de progreso de trabajo de parto, un monitoreo fetal alterado, antecedentes de cesárea previa, anomalías de presentación y Preeclampsia-eclampsia (Villar et col, 2006). Mientras que en Perú se encontró que entre las principales indicaciones maternas de cesáreas fueron el antecedente de cesárea anterior, la desproporción cefalopélvica y los trastornos hipertensivos, en cambio, entre las causas fetales se encontraban la distocia de presentación y el distrés fetal como las más comunes. (Barrena et al., 2020)

2.3.1.1. Cesárea anterior: La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) establece un intervalo mínimo de 18 meses para partos vaginales en pacientes cesareadas, ya que este intervalo de tiempo suele ser importante para permitir la cicatrización adecuada de la histerotomía, mientras que intervalos más cortos se asociaron a mayor riesgo de rotura uterina, principalmente aquellos intervalos menores de 6 meses. (SEGO, 2010)

2.3.1.2. Desproporción cefalopélvica: Se define como la incongruencia entre el tamaño de la cabeza fetal y el canal del parto, y la cual se relaciona con la detención de la dilatación o del descenso, por lo que suele asociarse como indicación para la realización de una cesárea. (Ruiz-Sanchez et al, 2014)

2.3.1.3. Trastornos Hipertensivos (Preeclampsia, Eclampsia y HELLP):

La preeclampsia se caracteriza por la presencia de presión arterial elevada, sostenida por encima de 140/90 mmHg, acompañada de proteinuria y/o signos de gravedad, que se manifiestan después de la semana 20 de gestación. Esta condición puede derivar en complicaciones como la eclampsia, que se define por la aparición de convulsiones y alteración del estado de conciencia en gestantes con síntomas de preeclampsia, asimismo, esta puede evolucionar hacia un síndrome HELLP, el cual es una afección que involucra alteraciones hematológicas y hepáticas graves, con potencial riesgo de muerte tanto para la madre como para el feto. (Nápoles & Piloto, 2012)

2.3.1.4. Edad materna avanzada: La edad materna avanzada es considerada según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) como una mujer cuya gestación inicio a partir de los 35 años de edad o más. Esto se debe a que el embarazo en mujeres de este grupo de edad suele estar relacionado con un mayor riesgo de complicaciones maternas y perinatales, lo que lo clasifica como embarazo de alto riesgo obstétrico. Por esta razón, junto con las gestantes menores de 19 años, se consideran grupos de riesgo dentro de las edades extremas de la vida (Ataullah, & Freeman-Wang, 2005; García et al., 2005). Debido a que esta población etaria suele asociarse a complicaciones materno-fetales, así como también a un incremento en la incidencia de patologías preexistente propias de la edad avanzada, se ha considerado a la edad materna avanzada como un importante factor de riesgo perinatal, además de valorar a estas pacientes como gestantes de alto riesgo, por lo cual suele relacionarse a una tasa elevada de cesáreas. (Macías et al., 2018)

2.3.1.5. Distocia de presentación: Está indicada cesárea en pacientes con presentación de pelvis con el fin de evitar el desencadenamiento del trabajo de parto y las complicaciones que pueden presentarse durante este debido a la imposibilidad del feto de pasar por el canal del parto. Mientras que, en las distocias de presentación de frente, en donde existe la posibilidad del desarrollo de un parto obstruido, la realización de cesárea se hace indiscutible. (Ruiz-Sanchez et al., 2014)

2.3.1.6. Sufrimiento o distrés fetal: El sufrimiento o distrés fetal es una condición que afecta alrededor del 15% de las mujeres embarazadas durante el parto. Esta situación se origina por una alteración metabólica provocada por insuficiencia placentaria, lo que puede causar daño en los tejidos o incluso la muerte fetal; además, es una de las principales causas de morbimortalidad neonatal (Yaipén-Sánchez, 2017). De acuerdo con el Instituto Nacional de Excelencia Clínica, esta condición se clasifica en cuatro categorías: Categoría I, cuando existe una amenaza inminente para la vida de la madre o el feto; Categoría II, cuando hay un compromiso materno o fetal que no representa un peligro inmediato, pero requiere culminar el embarazo con cierta urgencia para prevenir un deterioro mayor; Categoría III, cuando no hay compromiso materno o fetal, pero se considera necesario finalizar el embarazo; y Categoría IV, correspondiente a la culminación programada del embarazo que se ajusta a las necesidades de la gestante y del equipo médico (cesárea electiva). En las categorías I y II, se establece que el tiempo entre el diagnóstico y el inicio de la cesárea no debe superar los 30 minutos. (Gandhi & Jain, 2018)

2.3.2. Principales Complicaciones posparto inmediatas y tardías

Las complicaciones postoperatorias más comunes son ocasionadas por la herida operatoria, como su infección, la cual comúnmente ocurre entre 4 y 7 días después de la cirugía, siendo los principales factores de riesgo del paciente la obesidad, la corioamnionitis y el consumo de alcohol o drogas. Otras complicaciones comunes son las dehiscencias de las suturas, hematomas de pared, seromas, etc. (Alexander, 2006).

El sangrado posparto es una complicación importante, entre las causas más comunes se encuentran la atonía uterina, la placenta accreta, la placenta previa, las lesiones uterinas

extensas, las lesiones de los vasos uterinos, etc. El riesgo de esta complicación se puede reducir con la aplicación de fármacos oxitócicos para producir la contracción uterina y la cual debe ser administrado posterior al parto por cesárea. (Antila-Långsjö et al, 2018)

Otra complicación que se asocia con los partos por cesárea es la endometritis posparto, pues esta ocurre hasta en un 27% comparado con el 3% asociado al parto vaginal. Por lo cual es recomendado antes de la cesárea, iniciar con la antibioticoterapia profiláctica preoperatoria ya que reduce el desarrollo de la infección en una cesárea en un 11% para las electivas y un 28% para las cesáreas de emergencia intraparto. (Mackeen et al., 2015; Smaill et al., 2014)

2.3.3. Riesgos fetales y neonatales relacionados con la cesárea

La tasa de mortalidad neonatal es 2.4 veces superior en los partos por cesárea en comparación con los partos vaginales, siendo las complicaciones respiratorias la principal enfermedad neonatal asociada a la cesárea, cuya incidencia es inversamente proporcional a la edad gestacional, y la cual su gravedad varía desde una taquipnea leve y transitoria hasta una insuficiencia respiratoria hipóxica grave que conduce a la muerte. Otras complicaciones asociadas son el riesgo de prematuridad iatrogénica y la mayor incidencia de infecciones y alergias. (Furzán, 2014).

2.4. Clasificación Robson

La clasificación de 10 grupos, también conocida como "sistema de clasificación de diez grupos" o "clasificación de Robson," fue propuesta y desarrollada en 2001 con el propósito de identificar de manera prospectiva grupos bien definidos y clínicamente relevantes de mujeres ingresadas para el parto, y analizar las diferencias en las tasas de cesárea dentro de estos grupos, los cuales son relativamente homogéneos. (Robson, 2001)

Los 10 grupos se fundamentan en seis variables obstétricas esenciales, que son la única información requerida para clasificar a cada mujer, de esta modo, utilizando estas pocas variables obstétricas, cada mujer que llega a un establecimiento de salud para la atención del parto puede ser asignada a un solo grupo de los 10. Estos grupos son mutuamente excluyentes y completamente inclusivos, de modo que ninguna mujer queda fuera de la clasificación. (OMS, 2018)

Esta clasificación se destaca por ser un sistema sencillo, robusto, reproducible, clínicamente relevante y prospectivo, que permite la comparación y el análisis de las tasas de cesárea tanto entre distintos grupos de mujeres como dentro de cada grupo. La clasificación de Robson organiza a las gestantes en 10 grupos según características obstétricas bien definidas y registradas de manera sistemática. De esta forma, permite identificar y analizar los grupos de mujeres que más o menos contribuyen a las tasas generales de cesárea, además de evaluar la efectividad de estrategias o intervenciones orientadas a optimizar el uso de la cesárea, entre otras funciones. (OMS, 2018)

En octubre de 2014, la OMS formó un grupo de especialistas que, tras evaluar la evidencia disponible, este grupo sugirió utilizar la clasificación de Robson en los centros de salud para establecer un criterio común que permita comparar los datos maternos y perinatales entre diferentes instituciones y dentro de un mismo centro a lo largo del tiempo. Además, en el 2016, la FIGO también reconoció la clasificación de Robson como el sistema más efectivo para analizar las cesáreas. Incluso antes de obtener la aprobación oficial de un organismo internacional o de que sus directrices fueran recomendadas formalmente en 2015, la clasificación de Robson ya se utilizaba cada vez más en muchos países. (Martinez et al., 2021)

Tabla 2

Los 10 Grupos de la Clasificación de Robson

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

Tomado de “Clasificación de Robson con subdivisiones” (p.17), por OMS, 2018..

2.4.1. Variables Básicas de la Escala Robson

Número de partos: Se refiere al total de partos, independientemente de la vía de parto, ya sean vivos o muertos, con un peso igual o superior a 500 g o con una edad gestacional de 22 semanas o más, con o sin malformaciones antes del ingreso para el parto. No se incluyen los abortos previos, ya sean espontáneos o provocados. Se subdividen en Nulíparas, aquellas que no han tenido partos previos, y Multíparas, que han tenido al menos un parto anterior. (OMS, 2018)

Cesárea previa: Hace referencia al número de cesáreas realizada antes de la gestación actual. No incluye cicatrices uterinas por otras causas como miomectomías. (OMS, 2018)

Inicio del trabajo de parto: Hace referencia a la manera en que comenzó el trabajo de parto en el embarazo actual, basándose en la información de la historia clínica, el examen físico y la decisión del personal de salud al momento del ingreso a la sala de parto. Se clasifica en: Espontáneo, si la mujer estaba en trabajo de parto en fase latente o activa antes del ingreso a la sala de partos; Inducido, si al ingresar en la sala de preparto no estaba en trabajo de parto y este se indujo posteriormente mediante cualquier método, como la amniotomía, misoprostol, oxitocina, entre otros; y Cesárea programada, si la mujer no estaba en trabajo de parto al ingresar y se decidió realizar una cesárea. (OMS, 2018)

Número de fetos: Hace referencia al número de fetos de la gestación actual. Incluidas las muertes fetales diagnosticadas después de las 22 semanas o de un peso de 500 g. Estos se subdividen en embarazo único si se cuenta con un solo feto y múltiples si se cuenta con más de uno. Con respecto a los embarazos gemelares con muerte fetal, si estos ocurren antes de las 22 semanas o de un peso de 500g deben contabilizarse como embarazos únicos mientras que si ocurre después se contabiliza como múltiple. (OMS, 2018)

Edad Gestacional: Hace referencia a si la edad gestacional es a término si cuenta con 37 semanas o más y Pretérmino si cuenta con menos de 37 semanas. (OMS, 2018)

Situación y presentación del feto: Hace referencia a la situación y presentación fetal final antes de que se tome una decisión respecto al parto. Se dividen en: Presentación cefálica, cuando la cabeza fetal, ya sea de vértice, facial, frontal o compuesta, es la parte del cuerpo que se presenta a través del canal del parto (esto incluye las presentaciones cefálicas posteriores a una versión externa de una presentación de nalgas); Presentación de nalgas, cuando los glúteos fetales o uno o ambos pies son las partes del cuerpo que se presentan a través del canal del parto, pudiendo ser simple, compuesta o podálica (un feto muerto en posición transversa, en el que se realiza una versión interna antes del parto, debe considerarse un caso de presentación de

nalgas); y Situación transversa u oblicua, cuando el eje longitudinal del feto es perpendicular o inclinado respecto al eje longitudinal de la madre. (OMS, 2018)

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Este presente trabajo de investigación tiene un diseño observacional, descriptivo, comparativo, retrospectivo y transversal. Se llevó a cabo a través de una revisión y recopilación de datos de las historias clínicas y del registro en el libro partos de la sala de partos del servicio de Ginecología y Obstetricia de ambos hospitales.

3.2. Ámbito temporal y espacial

El presente trabajo evaluó los partos realizados en los Hospitales Carlos Alcántara Butterfield y Voto Bernales Corpancho durante el periodo de agosto 2023 a agosto 2024.

3.3. Variables

3.3.1. Variables de estudio

Variable demográfica:

- Edad: Sin edad materna avanzada (< 35 años) o con edad materna avanzada (≥ 35 años)

Variables obstétricas:

- Paridad: Nulípara o multípara
- Cesárea Previa: Antecedente o no de cesárea previa
- Gravidez: Único o múltiple
- Inicio de trabajo de parto: Espontáneo, inducido o sin trabajo de parto.
- Edad gestacional: Pretérmino (<37 semanas) o a término (≥ 37 semanas)
- Situación y presentación del feto: Cefálico, podálico o situación transversa/oblicua

- Tipo de parto: Cesárea o Vaginal

3.3.2. Operacionalización de las variables

Tabla 3

Operacionalización de Variables

Variable	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Valores	Fuente
Variable Demográfica					
Edad	Periodo referido en años de vida al momento del estudio	Cualitativo	Nominal	Sin edad materna avanzada (< 35 años) Con edad materna avanzada (\geq 35 años)	Registros médicos
Variables Obstétricas					
Número de partos	Cantidad de partos previos al momento de ingresar para el parto.	Cualitativa	Nominal	Nulípara (0) Múltipara (\geq 1)	Registros médicos
Cesárea previa	Número de cesáreas previas al ingresar para el parto.	Cualitativa	Nominal	SÍ NO	Registros médicos
Inicio del trabajo de parto	Manera en que comenzó el trabajo de parto en el embarazo actual, sin importar lo que se hubiera planeado originalmente.	Cualitativa	Nominal	Espontáneo Inducido Sin trabajo de Parto	Registros médicos
Número de fetos	Número de fetos al ingresar para el parto	Cualitativa	Nominal	Embarazo Único (1) Embarazo Múltiple (\geq 2)	Registros médicos
Edad Gestacional	Edad, en semanas, del embarazo al momento de ingresar para el parto actual.	Cualitativo	Nominal	Pretermino (<37 semanas) A termino (\geq 37 semanas)	Registros médicos
Situación y presentación del feto	La situación o presentación fetal final antes de tomar una decisión sobre el parto o de que se diagnostique el inicio del trabajo de parto.	Cualitativa	Nominal	Cefálica Podálica Transversa u Oblicua	Registros médicos
Tipo de Parto	El modo en que se culminó la gestación	Cualitativa	Nominal	Cesarea Vaginal	Registros médicos

Fuente: Autoría Propia

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

Está constituido por historias clínicas de usuarias atendidas por parto por cesárea y parto natural en el Hospital Carlos Alcantara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho, durante el periodo de agosto 2023 a agosto 2024.

3.4.2. Muestra

Se encuentra conformada por todas las historias clínicas de usuarias que concluyeron su embarazo por cesárea o parto vaginal desde agosto del 2023 a agosto del 2024 y que cumplieron los criterios de selección.

3.4.3. Criterios de Inclusión

- Gestantes con 22 semanas o más de gestación y feto mayor o igual de 500 gramos, cuyo parto ocurrió por cesárea o por vía vaginal dentro del Hospital Carlos Alcantara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho

3.4.4. Criterios de Exclusión

- Historias clínicas incompletas
- Reportes de cesárea no legibles
- Historias no visualizadas en el sistema virtual
- Partos extrainstitucionales
- Historias clínicas en juicio
- Historias clínicas extraviadas

3.5. Instrumentos

3.5.1. Técnica

Análisis documentado, porque se revisó las historias clínicas de todos los partos atendidos desde agosto del 2023 a agosto del 2024 en ambos nosocomios.

3.5.2. Instrumento

El instrumento correspondió a una ficha de recopilación de datos sobre la clasificación de Robson para cesáreas, validada y aceptada internacionalmente por la OMS, y al cual se le añadió la variable de edad y el tipo de parto, siendo validada nuevamente por expertos en la especialidad.

3.6. Procedimientos

Se seleccionó de forma sistemática la muestra de estudio, que consistió en el total de la población que cumplió con los criterios de inclusión. Los datos fueron anotados en una ficha de recolección y luego ingresados en una base de datos, donde posteriormente se distribuyeron en los 10 grupos de la clasificación de Robson para su análisis estadístico. En este análisis, se buscaron diferencias estadísticamente significativas entre las variables al comparar ambos hospitales.

3.7. Análisis de datos

Se calculó la tasa de cesáreas como la proporción de gestantes que culminaron su parto por cesárea del total de partos atendidos durante el periodo agosto del 2023 a agosto del 2024 en respectivamente ambos nosocomios.

Se calculó la proporción de pacientes en cada grupo de Robson en relación con el

total de la población atendida, dividiendo el número de pacientes atendidas pertenecientes a cada grupo, sobre la población total atendida en total, lo cual representa el tamaño relativo de cada uno de los grupos.

$$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidas pertenecientes a cada grupo}}{\text{N}^\circ \text{ de total de pacientes atendidas}} \right) \times 100$$

Se calculó la proporción específica de cesáreas realizadas dentro de cada grupo dividiendo en número de cesáreas realizada en cada grupo sobre el número de nacimientos tanto vaginal como por cesárea del mismo grupo.

$$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de cesáreas realizadas en cada grupo}}{\text{N}^\circ \text{ nacimientos pertenecientes a ese mismo grupo}} \right) \times 100$$

Se calculo la contribución de las cesáreas realizadas en cada grupo al total de partos dividiendo en número total de cesáreas realizada en cada grupo sobre en número total de nacimientos

$$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de total cesáreas realizadas en cada grupo}}{\text{N}^\circ \text{ total de nacimientos}} \right) \times 100$$

Por último, se calculó la contribución de las cesáreas realizadas en cada grupo al total de cesáreas con la siguiente formula

$$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de total cesáreas realizadas en cada grupo}}{\text{N}^\circ \text{ total de nacimientos por cesárea}} \right) \times 100$$

Los datos fueron procesados utilizando los programas SPSS® versión 27 y Excel® 2016. Los resultados se mostraron mediante frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas.

Se analizaron las diferencias estadísticamente significativas entre las variables demográficas y obstétricas al comparar ambos hospitales, utilizando la prueba de chi-cuadrado

para variables cualitativas, considerando como significativa una $p < 0,05$.

3.8. Consideraciones éticas

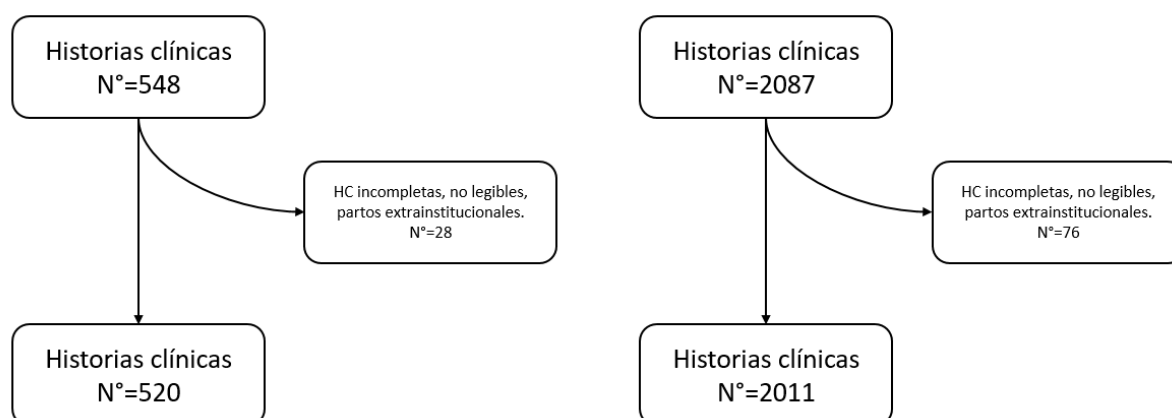
Este estudio contó con la autorización del hospital y de la red. Al tratarse de una investigación basada en la revisión de datos estadísticos y de registros, no fue necesario solicitar el consentimiento informado de las pacientes ni de sus familiares. Se garantizó la confidencialidad de la información obtenida, la cual fue utilizada exclusivamente para los fines de esta investigación.

IV. RESULTADOS

Durante el periodo agosto 2023 a agosto 2024 se atendieron un total de 2087 partos en el Hospital Voto Bernales Corpancho y 548 partos en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield, de los cuales, durante la recolección de datos, se excluyeron 76 y 28 historias clínicas de ambos nosocomios respectivamente por presentar datos incompletos, ser partos extrahospitalarios, tener datos erróneos en el libro de parto o errores para ver la evolución en el sistema ESSI (Figura 1).

Figura 1

Obtención de la muestra



4.1. Características de la población

La población se encontró conformada por 2011 puérperas en el Hospital Voto Bernales Corpancho y 520 puérperas en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield, tanto de partos vaginales como cesáreas durante el periodo agosto 2023 a agosto del 2024. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$) en la interrupción del embarazo por vía abdominal, alcanzando más de la mitad del total de partos en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield con un 53.1%, en comparación con un 40.7% en el Hospital Voto Bernales

Corpancho. La Tabla 4 y las Figuras 2 y 3 presentan la tasa de prevalencia de cesáreas durante el período de estudio en ambos hospitales.

Tabla 4

Comparación de la Tasa Global de Partos por Cesárea entre el Hospital Carlos Alcántara Butterfield (HCAB) y el Hospital Voto Bernales Corpancho (HVBC)

		TIPO DE PARTO		Valor de p*
		CESAREA n (%)	VAGINAL n (%)	
HOSPITAL	HCAB	276 (53.1%)	244 (46.9%)	< 0.001
	HVBC	819 (40.7%)	1192 (59.3%)	
Total		1095 (43.3%)	1436 (56.7%)	

Figura 2

Distribución de la población atendida en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield Según el Tipo de Parto

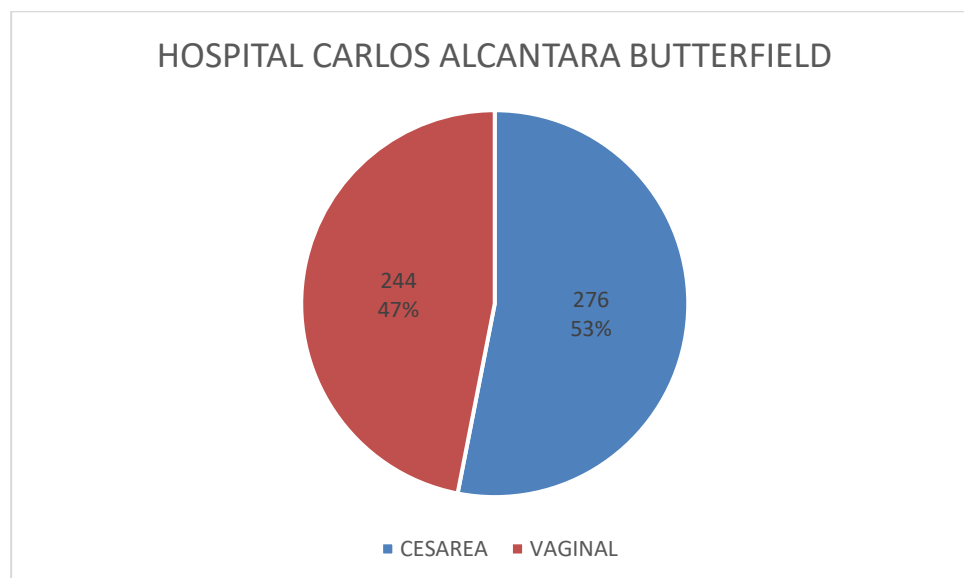
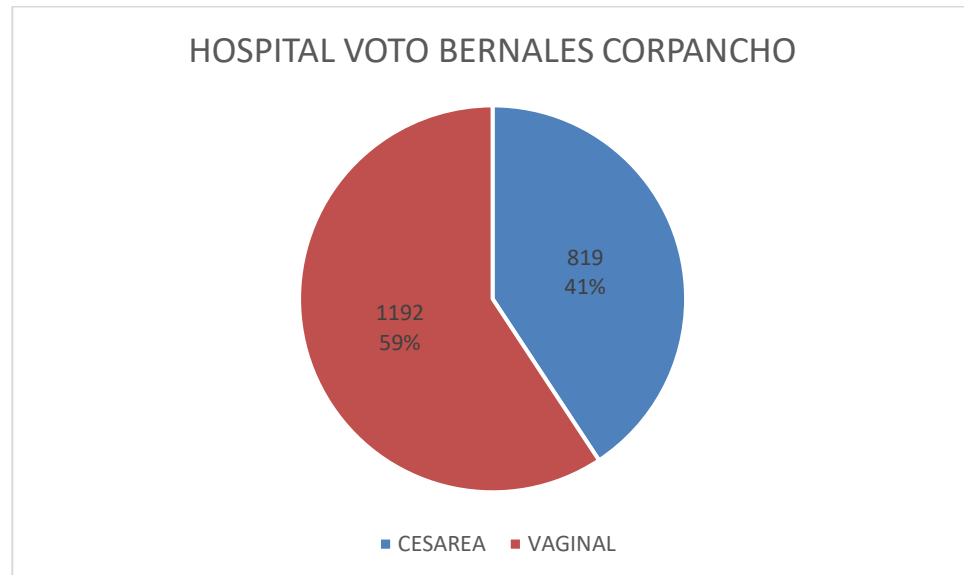
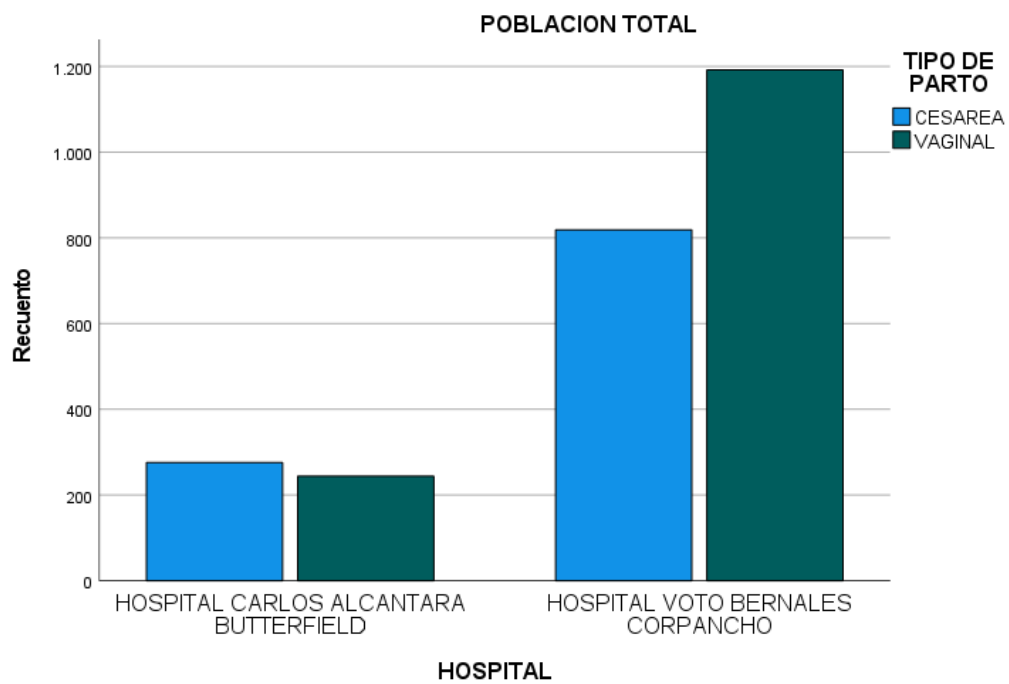


Figura 3

Distribución de la población atendida en el Hospital Voto Bernales Corpancho Según el Tipo de Parto

**Figura 4**

Distribución de la Población Según el Tipo de Parto



Dentro de las características demográficas se observó que un 33.5% de los partos atendidos en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield eran gestantes con edad materna

avanzada. De estos, un 55.7% concluyeron su gestación por vía abdominal, lo cual no presenta una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.069$) comparado con los datos obtenidos en el Hospital Voto Bernales Corpancho, en donde un 28.7% presentaban edad materna avanzada, y de los cuales un 41.5% fueron cesáreas. Sin embargo, referente a la edad materna avanzada en la población total, sí se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.036$) entre ambos nosocomios cómo se visualiza en la Tabla 5 y Figuras 5,6 y 7.

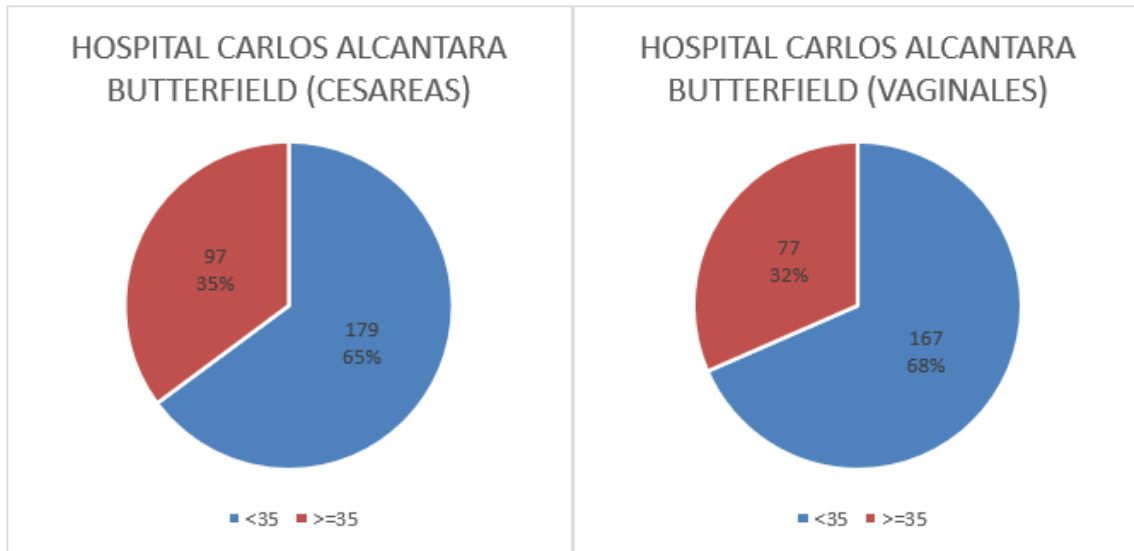
Tabla 5

Distribución de la Población Atendida en los Hospitales Carlos Alcántara Butterfield (HCAB) y Voto Bernales Corpancho (HVBC), según la Edad y el Tipo de parto

		HCAB		HVBC		Valor de p*
		EDAD MATERNA		EDAD MATERNA		
		<35	>=35	<35	>=35	
TIPO DE PARTO	CESAREA	179(51.7%)	97(55.7%)	579 (40.4%)	240(41.5%)	0.069
	VAGINAL	167 (48.3%)	77 (44.3%)	854 (59.6%)	338 (58.5%)	0.314
Total		346 (66.5%)	174 (33.5%)	1433 (71.3%)	578 (28.7%)	0.036

Figura 5

Distribución de la población atendida en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield según el Tipo de Parto y la Edad Materna

**Figura 6**

Distribución de la Población Atendida en el Hospital Voto Bernales Corpancho según el Tipo de Parto y la Edad Materna

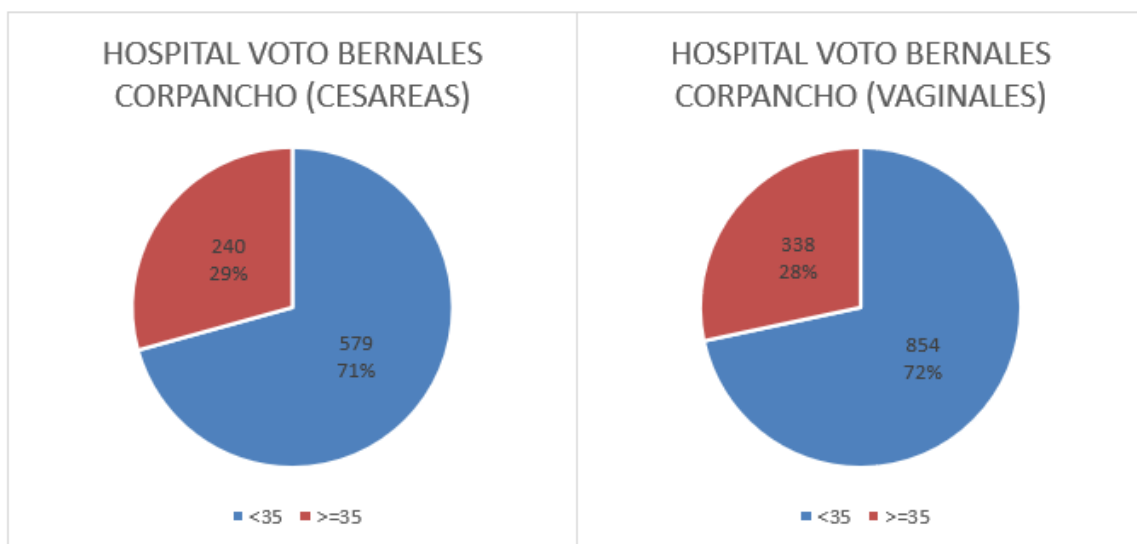
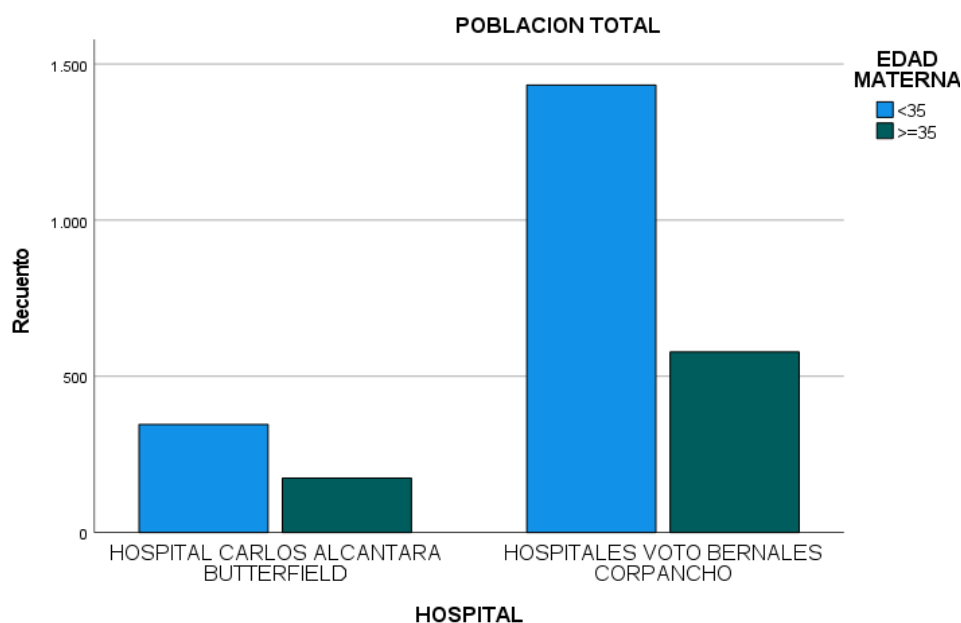


Figura 7

Distribución de la Población según el Hospital de Atención y la Edad Materna



Con respecto a las características obstétricas, se encontró que un 45.8% de los partos realizados en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield fueron nulíparas, indicándose en un 60.1% intervención quirúrgica para concluir el embarazo, mientras que en el Hospital Voto Bernal Corpancho las pertenecientes a esta categoría correspondía a un 39.4% del total de partos y de estos, un 46.9%, serían cesáreas, la cual es una diferencia no estadísticamente significativa ($p < 0.065$) comparada con la ocurrida en el otro hospital de estudio, sin embargo con respecto a la población total de nulíparas, si hubo una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.009$) entre ambos nosocomios tal como se observa en la Tabla 6 y Figuras 8, 9 y 10.

Tabla 6

Distribución de la población atendida en los Hospitales Carlos Alcántara Butterfield(HCAB) y Voto Bernales Corpancho (HVBC), según la Paridad y el Tipo de Parto

		HCAB		HVBC		Valor de p*
		MULTIPARA	NULIPARA	MULTIPARA	NULIPARA	
TIPO DE PARTO	CESAREA	133 (47.2%)	143(60.1%)	447 (36.7%)	372 (46.9%)	0.065
	VAGINAL	149 (52.8%)	95 (39.9%)	771 (63.3%)	421 (53.1%)	0.283
Total		282 (54.2%)	238 (45.8%)	1218 (60.6%)	793 (39.4%)	0.009

Figura 8

Distribución de la población atendida en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield según el Tipo de Parto y la Paridad

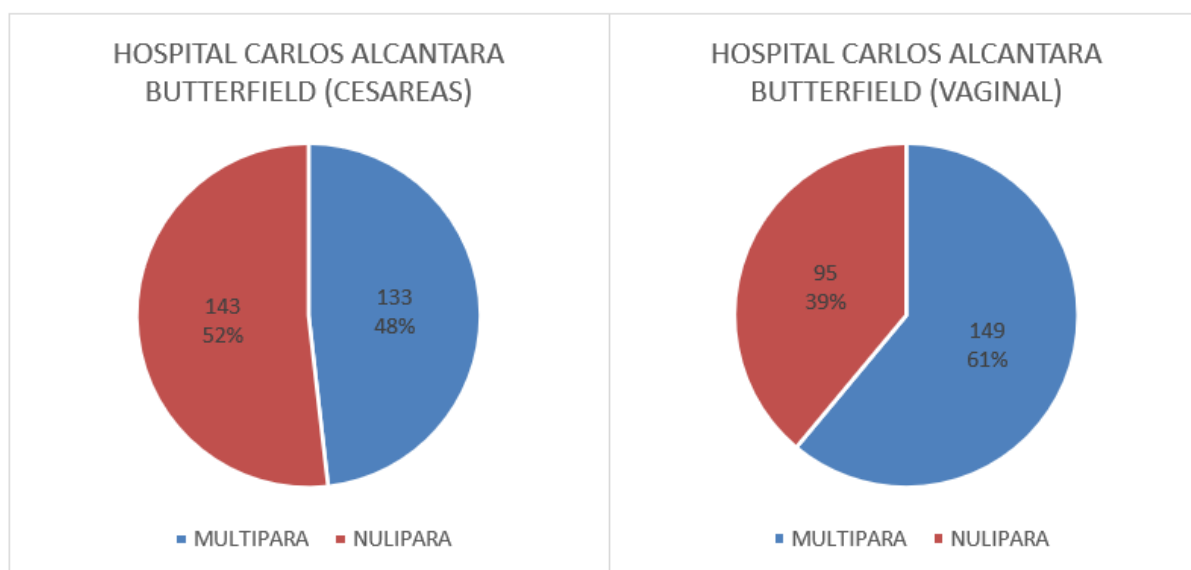
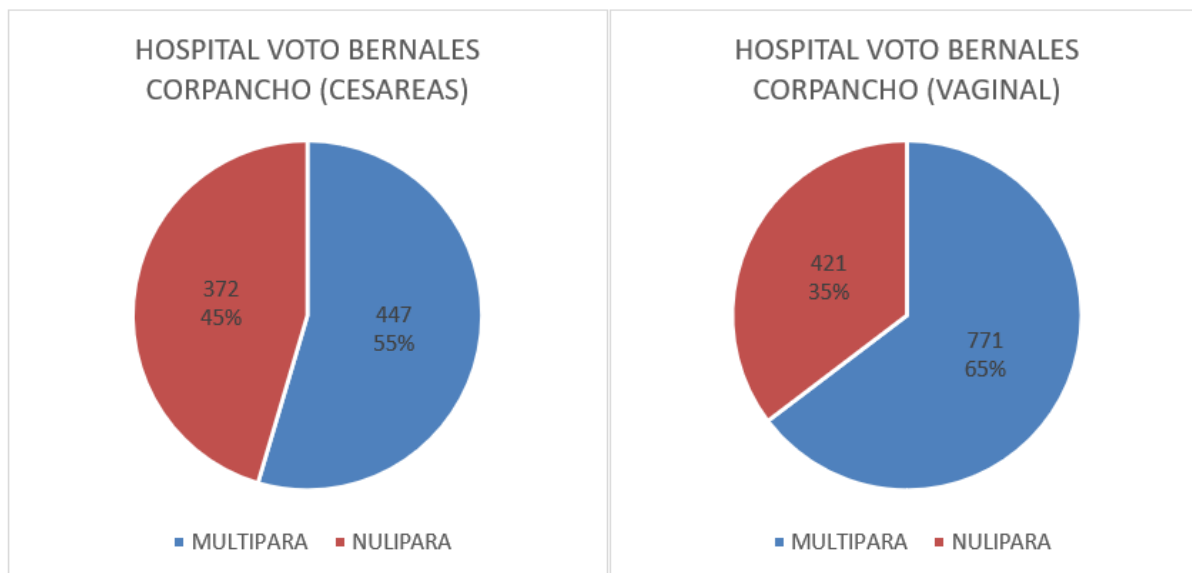
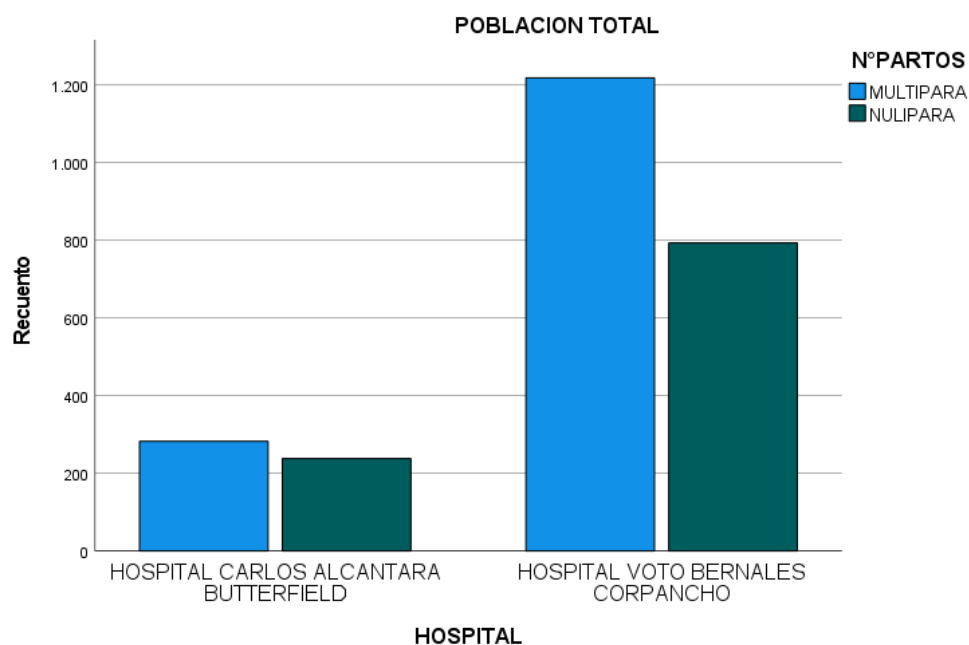


Figura 9

Distribución de la Población Atendida en el Hospital Voto Bernales Corpancho según el Tipo de Parto y la Paridad

**Figura 10**

Distribución de la Población según el Hospital de Atención y la Paridad



Referente a las gestantes atendidas en ambos nosocomios, un 18.5% del Hospital Carlos Alcántara Butterfield contaron con una cesárea previa de los cuales un 81.3% terminaron en cesárea, mientras que en el Hospital Voto Bernales Corpancho se encontró un

porcentaje significativa y estadísticamente mayor ($p=0.010$) de 96.5% de cesáreas de un 15.5% del total de la población como se observa en la tabla 7 y Figuras 11, 12 y 13.

Tabla 7

Distribución de la Población Atendida en los Hospitales Carlos Alcántara Butterfield (HCAB) y Voto Bernales Corpancho (HVBC), según Cesárea Previa y el Tipo de Parto

		HCAB		HVBC		Valor de p*
		CESAREA PREVIA		CESAREA PREVIA		
		NO	SI	NO	SI	
TIPO DE PARTO	CESAREA	198 (46.7%)	78 (81.3%)	518 (30.5 %)	301 (96.5%)	0.010
	VAGINAL	226 (53.3%)	18 (18.7%)	1181 (69.5%)	11 (3.5%)	0.000
Total		424 (81.5%)	96 (18.5%)	1699 (84.5%)	312 (15.5%)	0.103

Figura 11

Distribución de la Población Atendida en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield según el Tipo de Parto y el Antecedente de Cesárea Previa

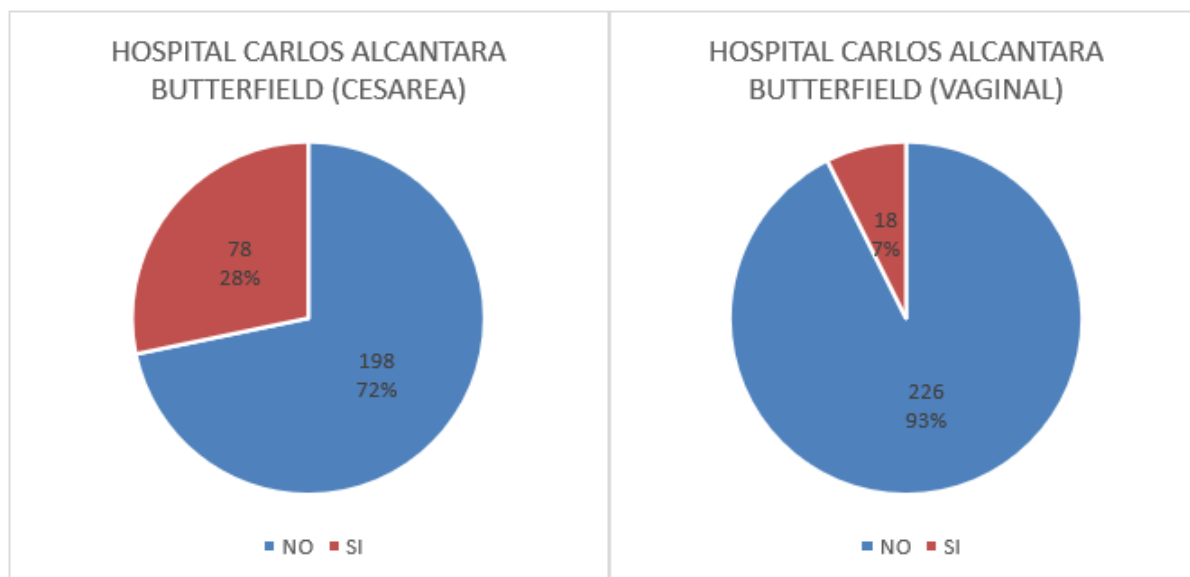
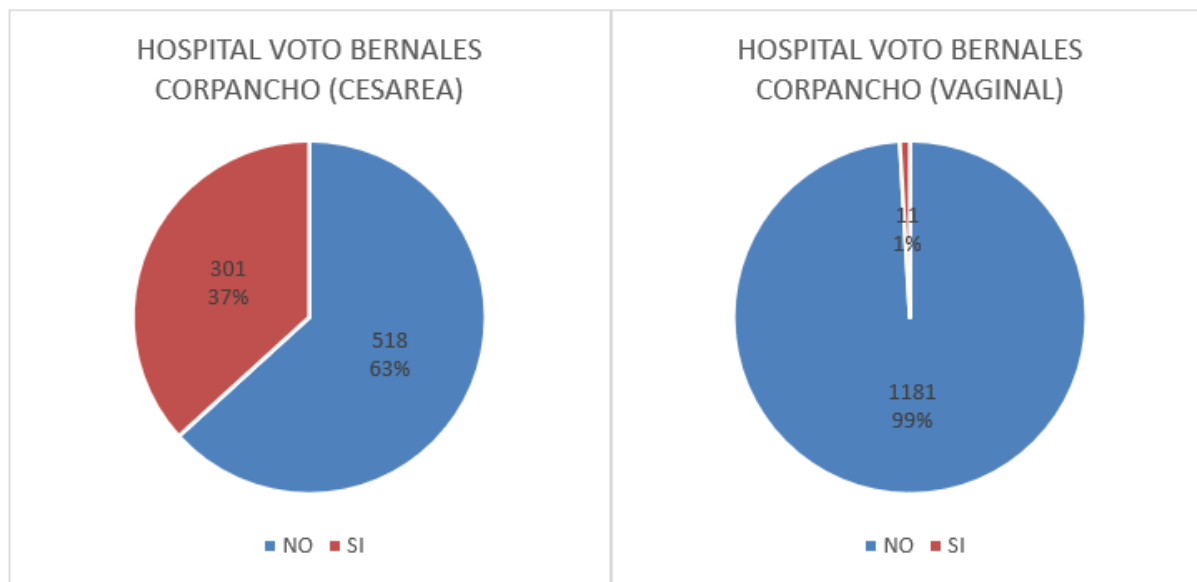
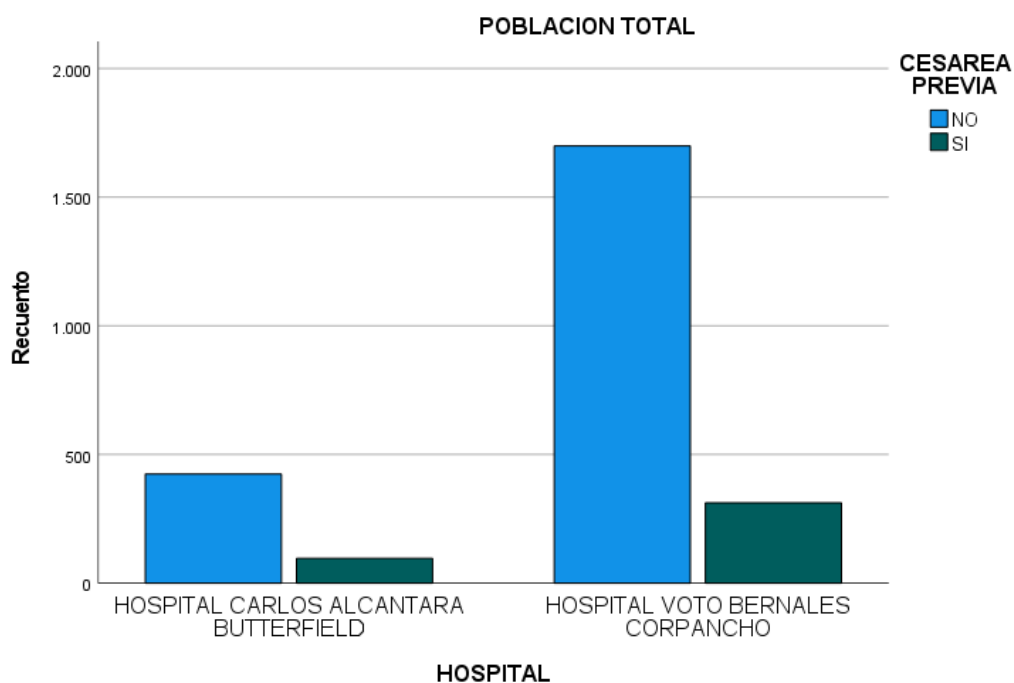


Figura 12

Distribución de la población atendida en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield según el Tipo de Parto y el Antecedente de Cesárea Previa

**Figura 13**

Distribución de la Población según el Hospital de Atención el Antecedente de Cesárea Previa



El inicio de trabajo de parto se dio de forma espontánea en un 61.2% e inducido en un 4.2% del total de partos en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield, de los cuales un 28.3%

de los espontáneos y un 27.3% de los inducidos terminaron en cesárea, en contraste, se observó un 57.9% y un 10% de partos espontáneos e inducidos respectivamente en el Hospital Voto Bernales Corpancho de los cuales se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.001$) de cesáreas en partos espontáneos y de partos inducidos ($p=0.002$) con un 11.9% y un 17.4% respectivamente, como se observa en la Tabla 8 y Figuras 14, 15 y 16.

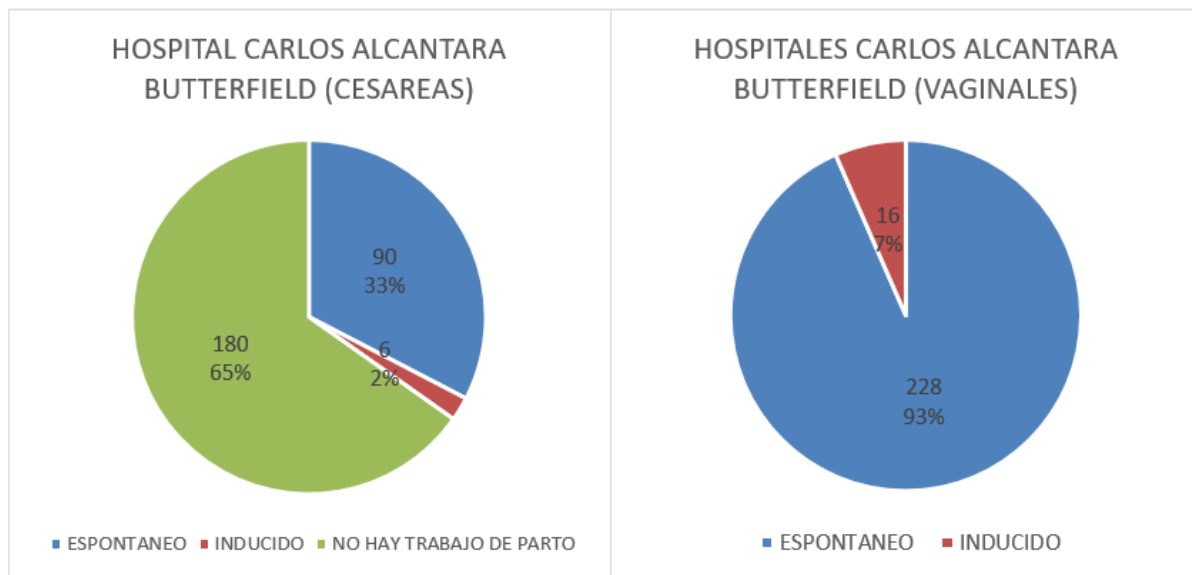
Tabla 8

Distribución de la Población Atendida en los Hospitales Carlos Alcántara Butterfield (HCAB) y Voto Bernales Corpancho (HVBC), según el Inicio de Trabajo de Parto y el Tipo de Parto

		HCAB		HVBC		Valor de p*
		INICIO DEL TRABAJO DE PARTO		INICIO DEL TRABAJO DE PARTO		
		ESPONTANEO	INDUCIDO	ESPONTANEO	INDUCIDO	
TIPO DE PARTO	CESAREA	90 (28.3%)	6 (27.3%)	138 (11.9 %)	35 (17.4%)	0.002
	VAGINAL	228 (71.7%)	16 (72.7%)	1026 (88.1%)	166 (82.6%)	0.001
Total		318 (61.2%)	22 (4.2%)	1164 (57.9%)	201 (10.0%)	0.000

Figura 14

Distribución de la Población Atendida en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield según el Tipo de Parto y el Inicio de Trabajo de Parto

**Figura 15**

Distribución de la Población Atendida en el Hospital Voto Bernales Corpancho según el Tipo de Parto y el Inicio de Trabajo de Parto

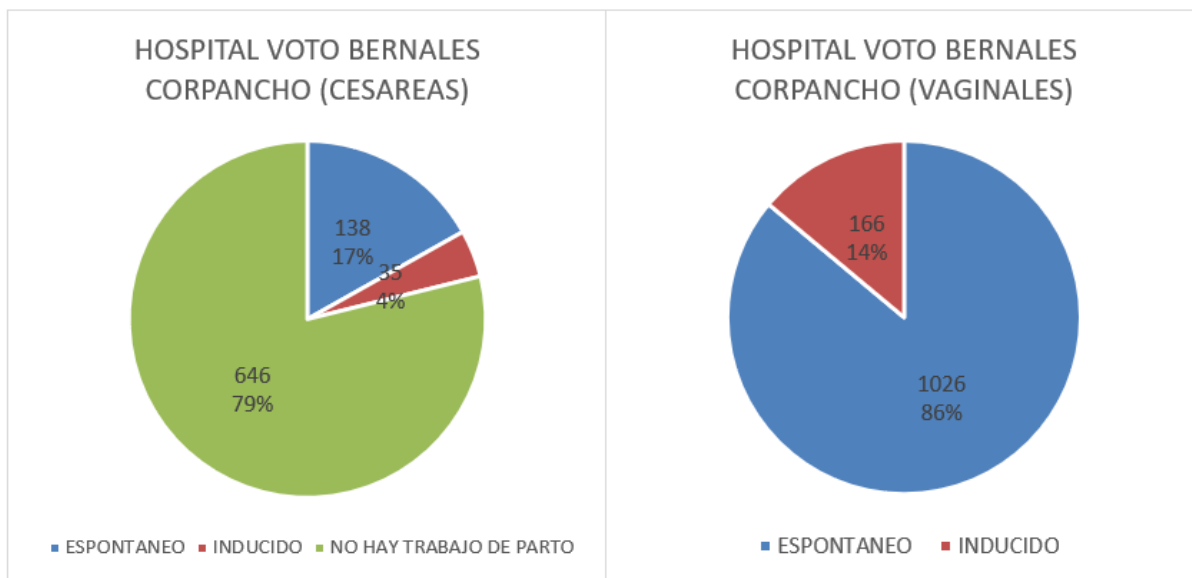
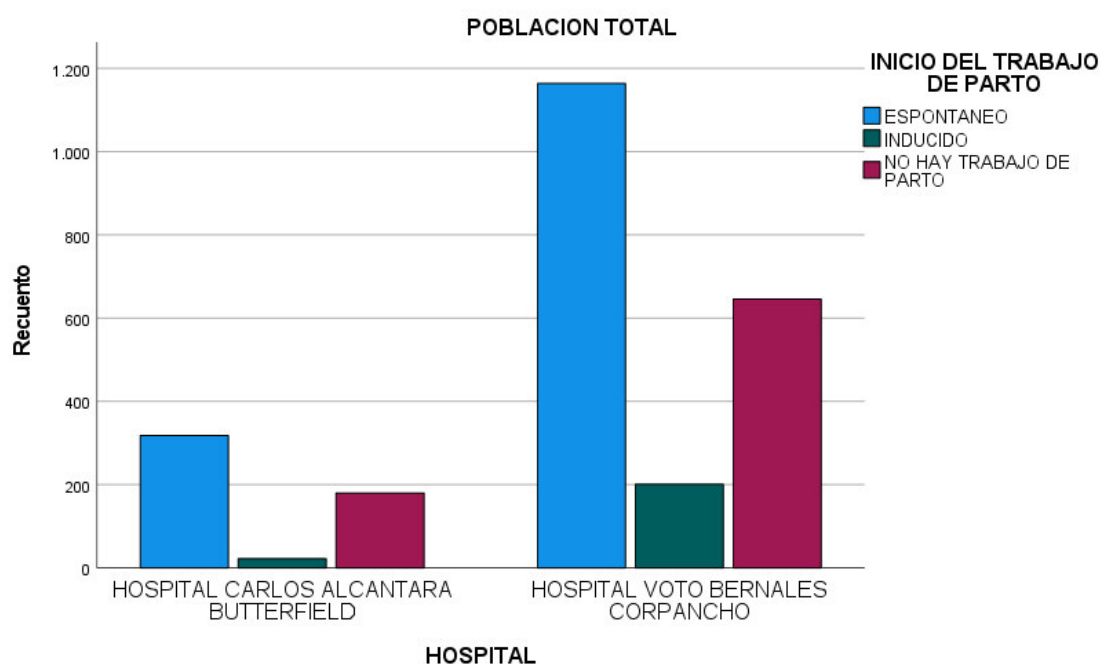


Figura 16

Distribución de la Población según el Hospital de Atención y el Inicio de Trabajo de Parto



De acuerdo con la edad gestacional se observó que un 2.7% de los partos en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield fueron antes de las 37 semanas, de los cuales un 28.6 % terminaron por vía alta, mientras que en el Hospital Voto Bernales Corpancho se encontró una tasa no estadísticamente mayor ($p=0.151$) con un total de 2.5% prematuros del total de partos y un 50% de estos terminaron en cesárea como se visualiza en la Tabla 9 y Figuras 17, 18 y 19.

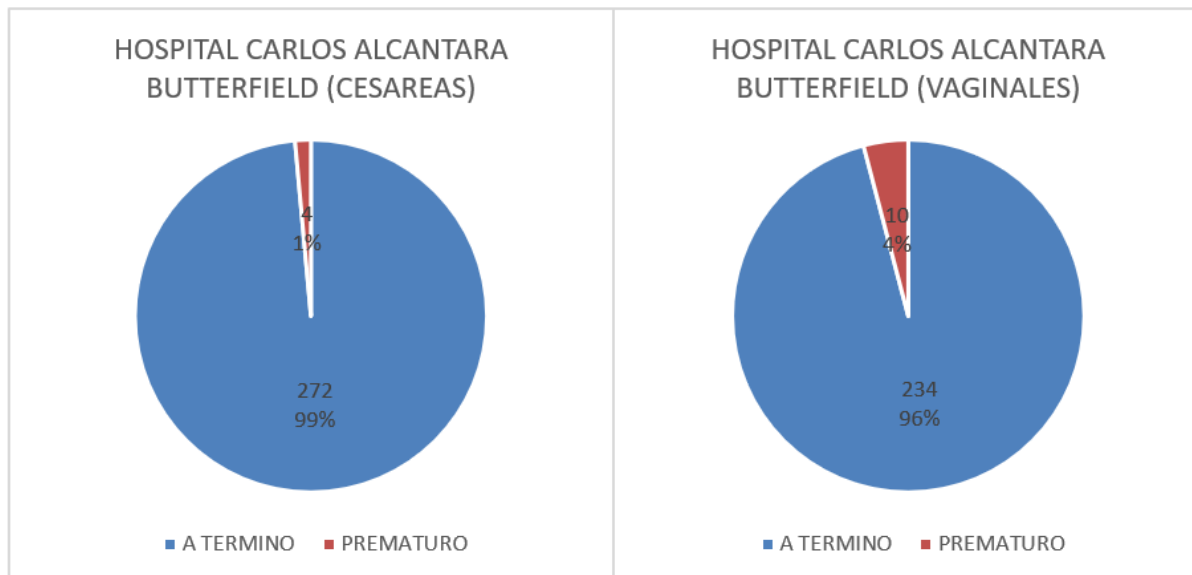
Tabla 9

Distribución de la Población Atendida en los Hospitales Carlos Alcántara Butterfield (HCAB) y Voto Bernales Corpancho (HVBC), según la Edad Gestacional y el Tipo de Parto

		HCAB		HVBC		Valor de p*
		EDAD GESTACIONAL		EDAD GESTACIONAL		
		A TERMINO	PREMATURO	A TERMINO	PREMATURO	
TIPO DE PARTO	CESAREA	272 (53.8%)	4 (28.6%)	794 (40.5%)	25 (50%)	0.151
	VAGINAL	234 (46.2%)	10 (71.4%)	1167 (59.5%)	25 (50%)	0.064
Total		506 (97.3%)	14 (2.7%)	1961 (97.5%)	50 (2.5%)	0.790

Figura 17

Distribución de la Población Atendida en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield Según el Tipo de Parto y la Edad Gestacional

**Figura 18**

Distribución de la Población Atendida en el Hospital Voto Bernales Corpancho según el Tipo de Parto y la Edad Gestacional

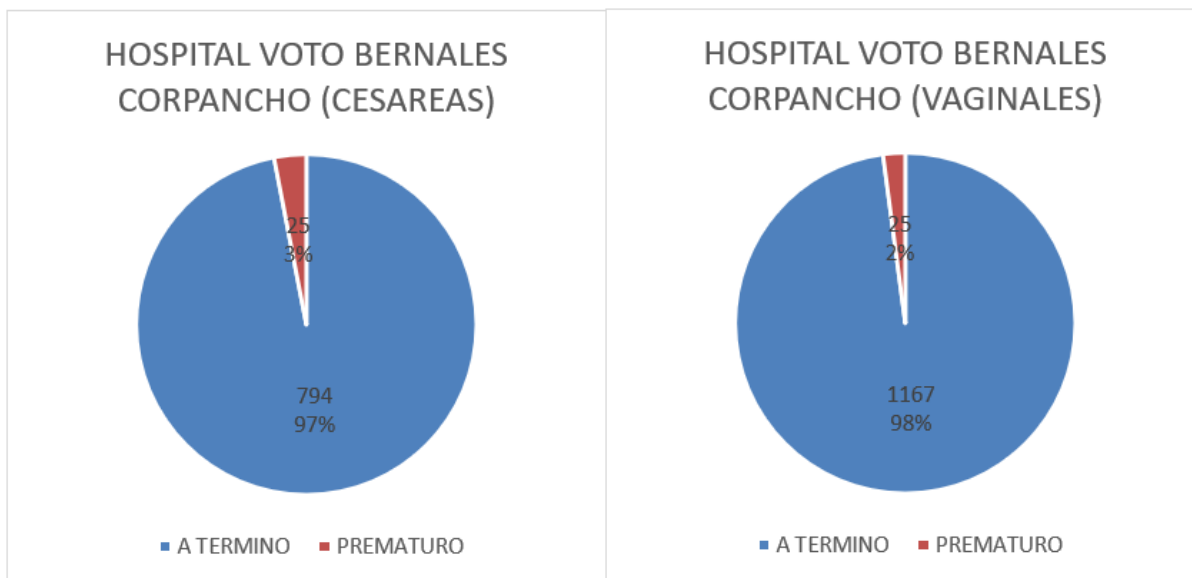
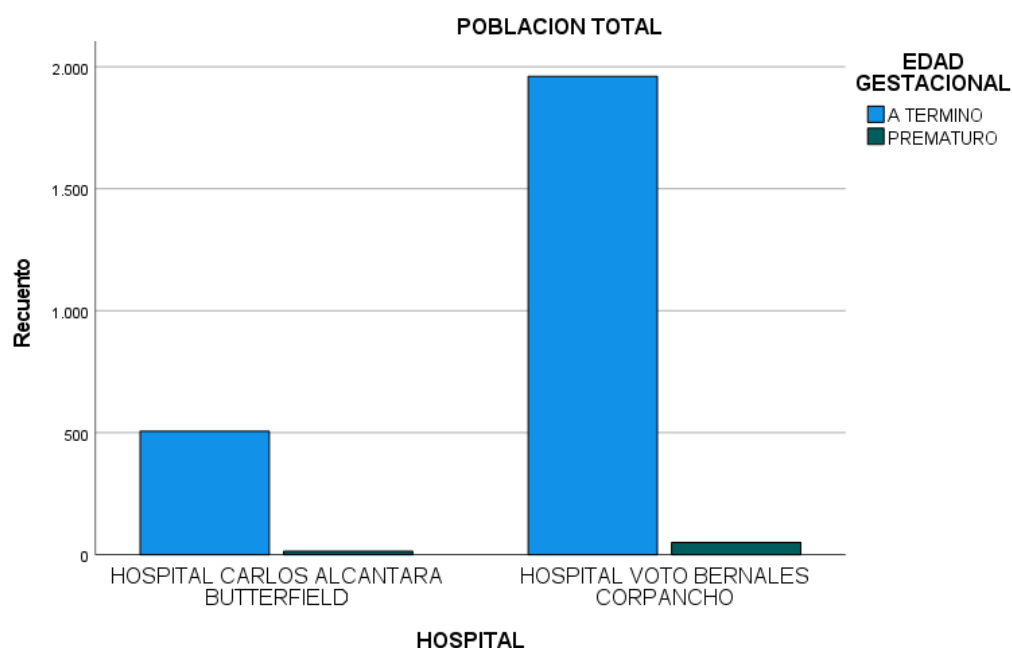


Figura 19

Distribución de la Población Total según el Hospital de Atención y la Edad Gestacional



De acuerdo con la presentación fetal, se observó que el 90.7% de todos los partos atendidos en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield correspondieron a presentación cefálica. De estos, el 48.7% requirió interrupción por vía quirúrgica, lo que es significativamente mayor en comparación con el Hospital Voto Bernales Corpancho donde el 85.7% de los partos fueron de presentación cefálica y el 30.9% de estas culminaron en cesáreas en. Estos datos se pueden ver en la Tabla 10 y las Figuras 20, 21 y 22.

Tabla 10

Distribución de la Población Atendida en los Hospitales Carlos Alcántara Butterfield (HCAB) y Voto Bernales Corpancho (HVBC), según la Presentación y el Tipo de Parto

		HCAB		HVBC		Valor de p*
		SITUACION Y PRESENTACION		SITUACION Y PRESENTACION		
		PRESENTACION N CEFALICA	SITUACION TRANSVERSA	PRESENTACION CEFALICA	SITUACION TRANSVERSA	
TIPO DE PARTO	CESAREA	230 (48.7%)	22 (91.7%)	532 (30.9%)	232 (99.6%)	0.000
	VAGINAL	242 (51.3%)	2 (8.3%)	1191 (69.1%)	1 (0.4%)	0.021
Total		472 (90.7%)	24 (4.6%)	1723 (85.7%)	233 (11.6%)	0.000

Figura 20

Distribución de la Población Atendida en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield según el Tipo de Parto y la Presentación Fetal

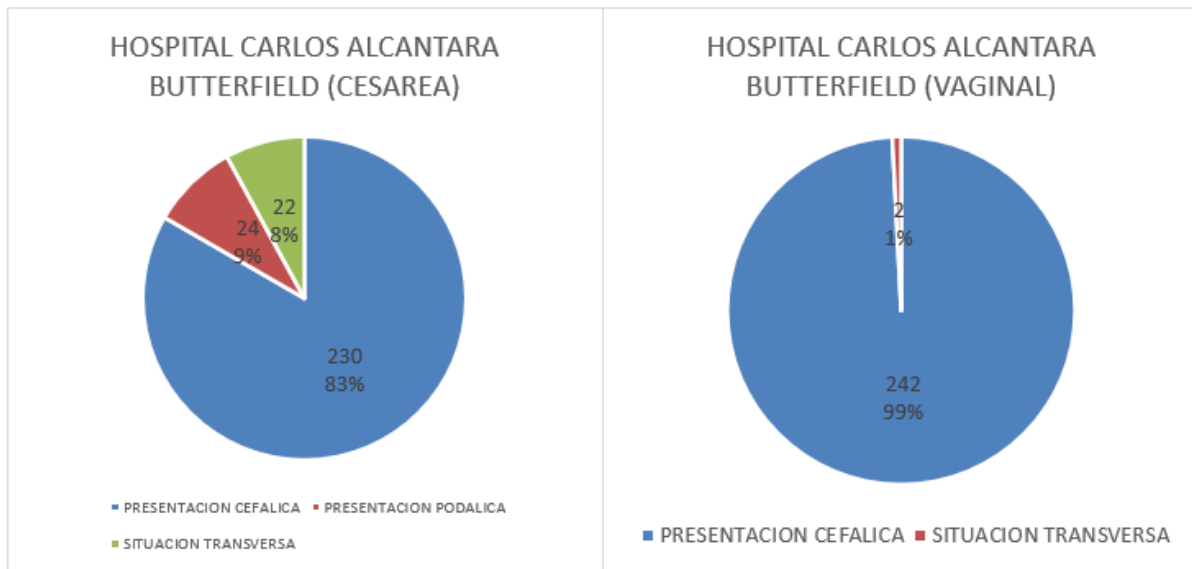


Figura 21

Distribución de la Población Atendida en el Hospital Voto Bernales Corpancho según el Tipo de Parto y la Presentación Fetal

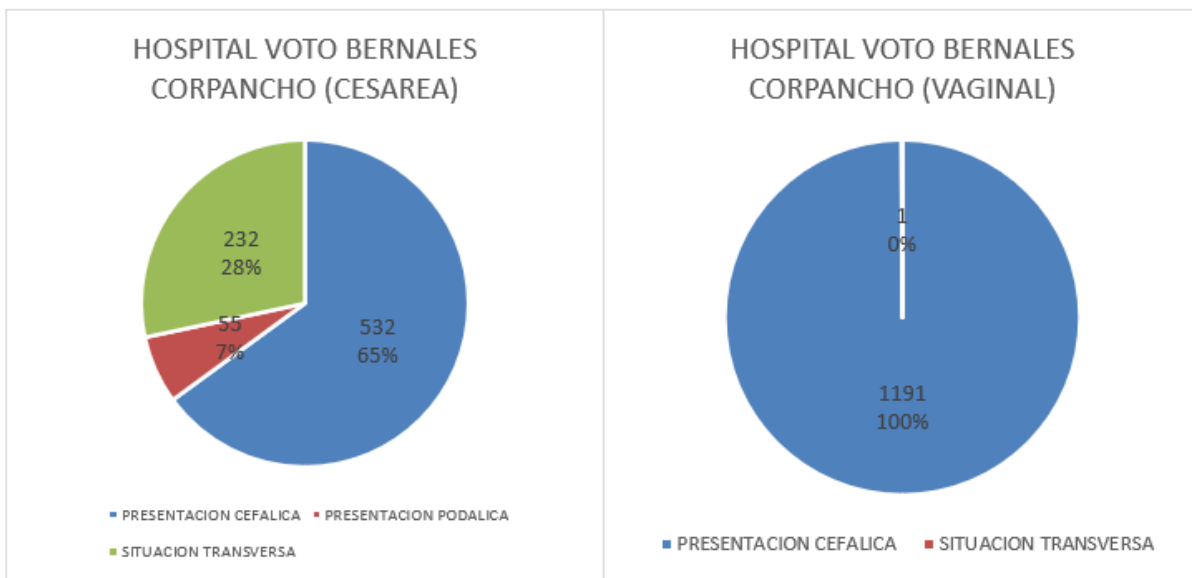
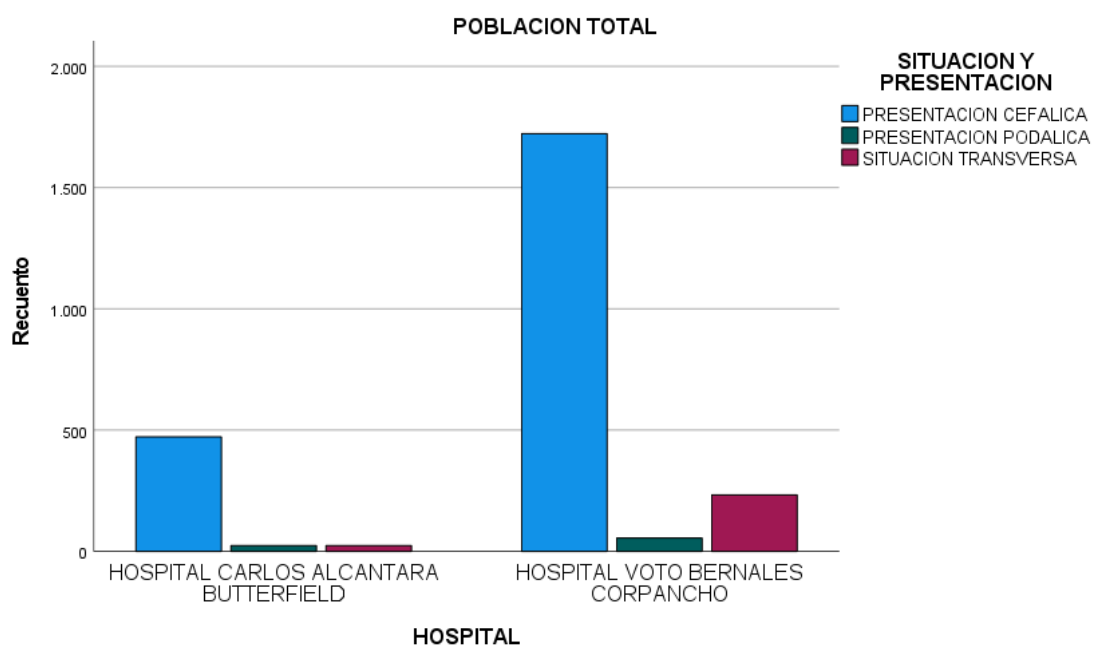


Figura 22

Distribución de la Población Total según el Hospital de Atención y la Presentación Fetal



4.2. Distribución de partos según la clasificación de Robson

Los resultados sobre la distribución de los tipos de cesáreas según la clasificación de Robson en ambos hospitales, correspondientes al período de agosto de 2023 a agosto de 2024, se presentan en las tablas 11 y 12. De manera individual, los mismos datos para cada hospital se detallan en las tablas 13 y 14. Además estas distribuciones también se ilustran en las figuras 23, 24 y 25.

Figura 23

Distribución de la Población Atendida en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield según el Tipo de Parto y los 10 Grupos de Robson

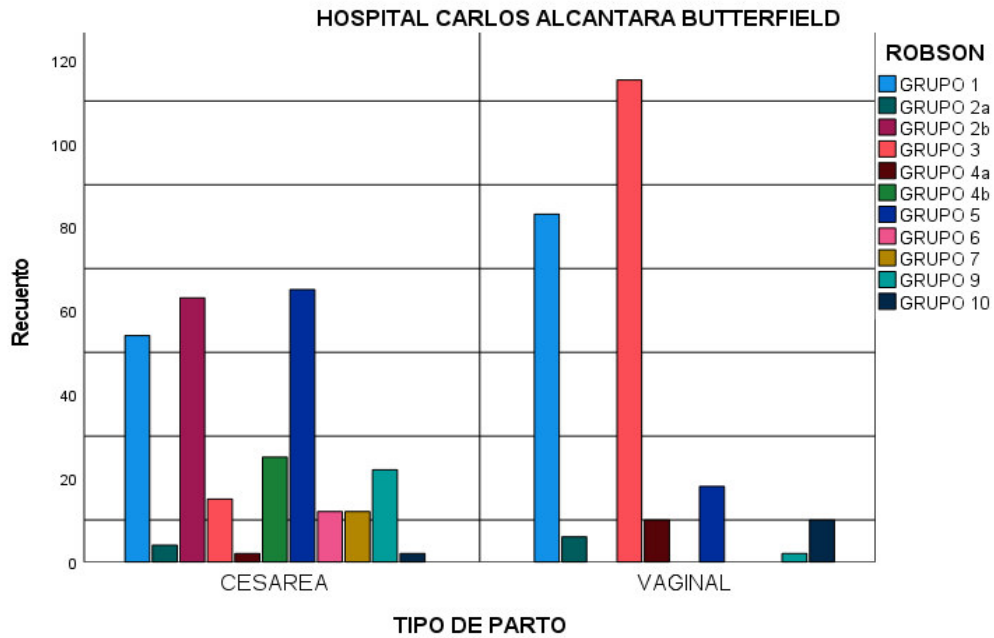


Figura 24

Distribución de la Población Atendida en el Hospital Voto Bernales Corpancho según el Tipo de Parto y los 10 Grupos de Robson

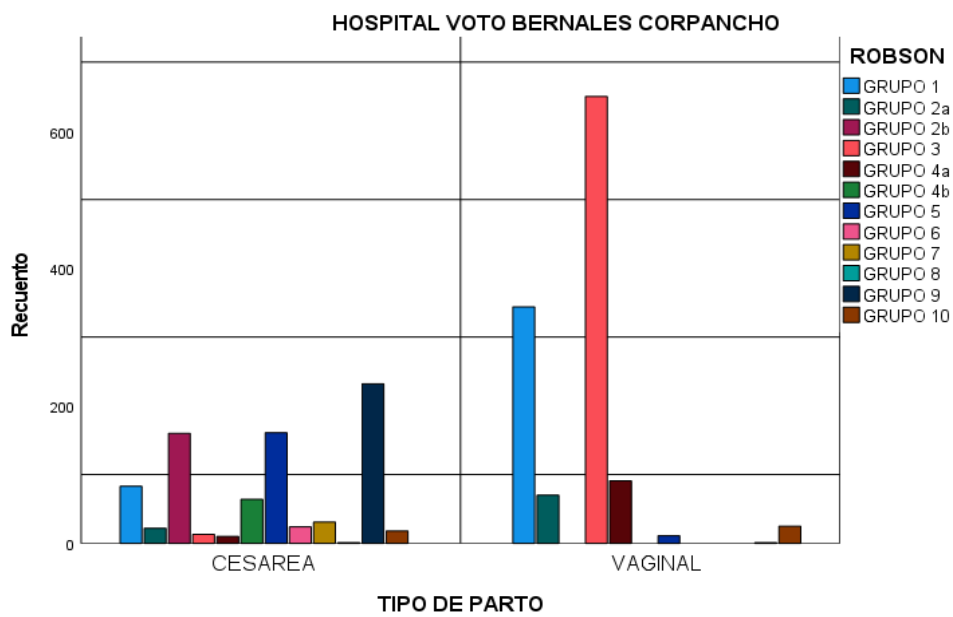
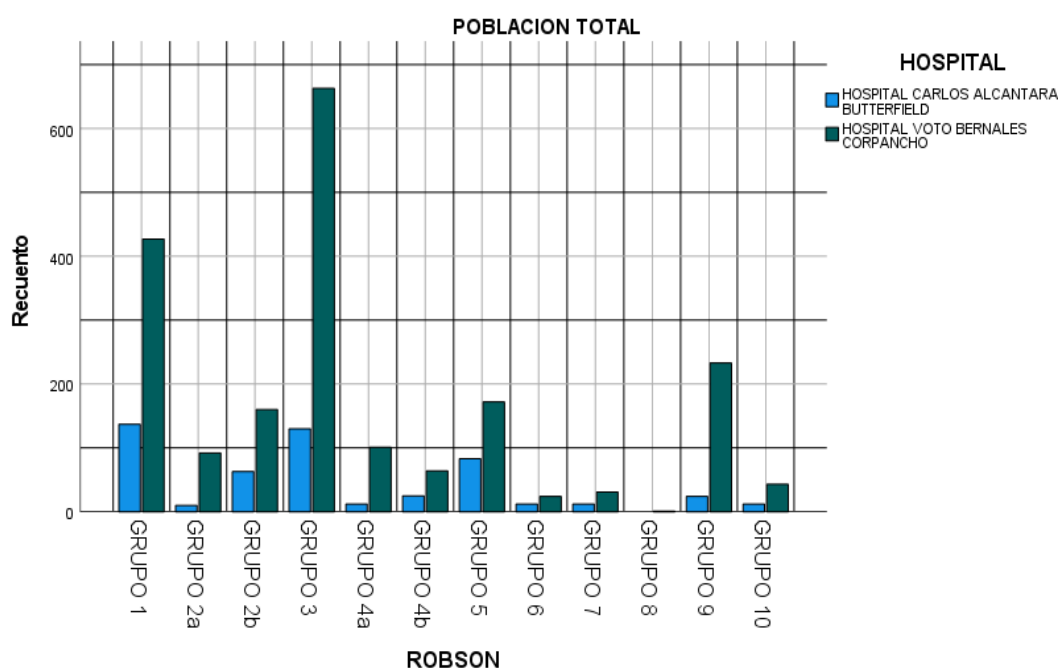


Figura 25

Distribución de la Población según el Hospital de Atención y los 10 Grupos de Robson

**Tabla 11**

Distribución de la población Atendida en los Hospitales Carlos Alcántara Butterfield (HCAB) y Voto Bernales Corpancho (HVBC), según los Grupos de Robson

		POBLACION TOTAL		
		HOSPITAL		Total
ROBSON		HCAB	HVBC	
	GRUPO 1	137 (26.3%)	427 (21.2%)	564 (22.3%)
	GRUPO 2a	10 (1.9%)	92 (4.6%)	102 (4.0%)
	GRUPO 2b	63 (12.1%)	160 (8.0%)	223 (8.8%)
	GRUPO 3	130 (25.0%)	663 (33.0%)	793 (31.3%)
	GRUPO 4a	12 (2.3%)	101 (5.0%)	113 (4.5%)
	GRUPO 4b	25 (4.8%)	64 (3.2%)	89 (3.5%)
	GRUPO 5	83 (16.0%)	172 (8.6%)	255 (10.1%)
	GRUPO 6	12 (2.3%)	24 (1.2%)	36 (1.4%)
	GRUPO 7	12 (2.3%)	31 (1.5%)	43 (1.7%)
	GRUPO 8	0 (0.0%)	1 (0.05%)	1 (0.04%)
	GRUPO 9	24 (4.6%)	233 (11.6%)	257 (10.2%)
	GRUPO 10	12 (2.3%)	43 (2.1%)	55 (2.2%)
Total		520 (100%)	2011 (100%)	2531 (100%)

Tabla 12*Tasa de Cesáreas según la Clasificación de Robson en la Población Total*

Grupo	Cesáreas/ Total de Partos	Porcentaje del tamaño del Grupo	Proporción de cesáreas	Contribución al % de cesáreas	Porcentajes de cesáreas/ Total de partos
1	137/ 564	22.3	24.3	12.5	5.4
2	249/325	12.8	76.6	22.7	9.8
3	28/793	31.3	3.5	2.5	1.1
4	101/202	7.9	50	9.2	3.9
5	226/255	10.0	88.6	20.6	8.9
6	36/36	1.4	100	3.3	1.4
7	43/43	1.7	100	3.9	1.7
8	1/1	0.04	100	0.09	0.04
9	254/257	10.2	98.8	23.2	10
10	20/55	2.2	36.4	1.8	0.8
TOTAL	1095/2531		43.2		

Durante el período de estudio, los grupos de Robson predominantes en el total de cesáreas realizadas en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield fueron las mujeres nulíparas con embarazo único, presentación cefálica a término, en quienes se indujo el parto o se programó una cesárea (grupo 2), representando el 24.3%. Este grupo fue seguido por las mujeres multíparas con cesárea previa, embarazo único, presentación cefálica a término (grupo 5), con un 23.6%, y las mujeres nulíparas con embarazo único, presentación cefálica a término y en trabajo de parto espontáneo (grupo 1), con un 19.6%; mientras que en el Hospital Voto Bernales Corpancho se observó que los grupos prevalentes fueron el grupo de todas las mujeres con un embarazo único con una situación transversa (grupo 9) con un 28.3%, seguido también por el grupo 2, con un 22.2% y el grupo 5, con un 19.7% respectivamente. Además, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos 1, 2, 3, 4, 5

y 9 de ambos nosocomios; el grupo 10 fue el único que no mostro una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.1086$), y los grupos 6, 7 y 8 no se encontraron diferencia estadística porque el total de la población de cada grupo fue cesareada.

Tabla 13

Tasa de Cesáreas según la clasificación de Robson en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield

(HCAB)

Grupo	Cesáreas/ Total de Partos	Porcentaje del tamaño del Grupo	Proporción de cesáreas	Contribución al % de cesáreas	Porcentajes de cesáreas/ Total de partos	Valor de p Comparación con el HVBC
1	54/137	26.3	39.4	19.6	10.4	0.0000
2	67/73	14	91.8	24.3	12.9	0.0005
3	15/130	25	11.5	5.4	2.9	0.0000
4	27/37	7.1	72.9	9.8	5.2	0.0019
5	65/83	15.9	78.3	23.6	12.5	0.0003
6	12/12	2.3	100	4.3	2.3	N/A
7	12/12	2.3	100	4.3	2.3	N/A
8	0/0	0	0	0	0	N/A
9	22/24	4.6	91.7	7.9	4.2	0.0006
10	2/12	2.3	16.7	0.7	0.4	0.1086
TOTAL	276/520		53			0.0000
*Prueba Chi cuadrado						

Tabla 14

Tasa de Cesáreas según la clasificación de Robson en el Hospital Voto Bernales Corpancho (HVBC)

Grupo	Cesáreas/ Total de Partos	Porcentaje del tamaño del Grupo	Proporción de cesáreas	Contribución al % de cesáreas	Porcentajes de cesáreas/ Total de partos	Valor de p Comparación con el HCAB
1	83/427	21.2	19.4	10.1	4.1	0.0000
2	182/252	12.5	72.2	22.2	9	0.0005
3	13/663	32.9	1.9	1.6	0.6	0.0000
4	74/165	8.2	44.8	9	3.7	0.0019
5	161/172	8.6	93.6	19.7	8	0.0003
6	24/24	1.2	100	2.9	1.2	N/A
7	31/31	1.5	100	3.8	1.5	N/A
8	1/1	0.05	100	0.12	0.05	N/A
9	232/233	11.6	99.6	28.3	11.5	0.0006
10	18/43	2.1	41.9	2.2	0.9	0.1086
TOTAL	819/2011		40.7			0.0000
*Prueba Chi cuadrado						

Como se observa en las tablas 13 y 14, con respecto a los grupos con mayor proporción de cesáreas, se observó que en ambos nosocomios fueron el 6 y el 7 con un 100%, seguido por el grupo 2 con un 91.8% en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el grupo 9 con un 99.6% en el HVBC.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo principal de este trabajo de investigación fue comparar la tasa de cesáreas entre dos hospitales con bajo nivel de complejidad y similar capacidad resolutive, el Hospital Carlos Alcántara Butterfield, y el Hospital Voto Bernales Corpancho, durante el periodo agosto 2023 a agosto del 2024. Desde hace algunos años, ya se ha observado en estudios a nivel nacional, altos índices de cesáreas que se realizaban tanto a nivel público como privado. Bajo esa premisa, se trataron de obtener datos actualizados de dos hospitales pertenecientes al mismo sistema privado de salud (Essalud), el cual es el más prevalente del país.

En primer lugar, Con respecto a la tasa de prevalencia de cesáreas en ambos nosocomios, se observa que los hospitales presentan una tasa de prevalencia de cesáreas del 53% en el caso del HCAB y del 40.7% en el caso del HVBC , los cuales presentan valores superiores de los resultados encontrados en los estudios de Ticona-Huanco et al. (2019), Ramirez et al. (2023), Otero (2021), Perez y Flores (2021) y Buendia (2021) y por debajo de los resultados encontrados en los estudios de Rudey et al. (2020), Giaxi et al. (2023), Saldaña e Inderique (2023), Orduña (2022) y Coaquira (2022). Además, estos valores están muy por encima del 15% recomendado por la OMS. En contraste con la realidad nacional, estos datos también mostraron valores superiores al 37.8% calculado a nivel nacional por el INEI y al 38.9% en el continente americano según lo mencionado por la OPS

Referente a la edad materna, en este estudio se observó que, de la población de cesareadas, un 35% en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield, un 29% en el Hospital Voto Bernales Corpancho y un 30.7% en general, presentarían edad materna avanzada (≥ 35 años), estos datos muestran valores superiores a los obtenidos en el estudio de Ticona-Huanco et al (2019) cuya población cesareada mayor/igual de 35 años fue de un 14.6%, y aún por encima

de los valores hallados en el estudio de Bazile & Gamboa Jiménez (2021) donde un 9.4 % correspondieron a gestantes con más de 35 años, así como también valores inferiores de los obtenidos en el estudio de Orduña (2022) donde un 52.9% de la cesáreas fueron pacientes mayores de >35 años,

Un dato para tener en cuenta con respecto a la variable de número de partos o paridad, es que se observó que la población prevalente de las cesareadas en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield fueron las nulíparas con un 52%, caso contrario encontrado en el Hospital Voto Bernales Corpancho donde los prevalentes fueron las multíparas con un 55%, valor similar a los obtenidos en el estudio de Coaquira (2022) y el resto de los estudios mencionados, tanto nacionales como internacionales.

Con respecto al resto de variables obstétricas estudiadas, se encontró que, en la población de cesáreas, las más prevalentes entre el Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho fueron similares: Sin cesárea previa en un 72% y un 63% respectivamente, sin trabajo de parto en un 65% y 79%, a término en un 99% y 97% y presentación cefálica en un 83% y 65%; estos datos coinciden con los estudios de Saldaña & Inderique, (2023) y Bazile & Gamboa Jiménez (2021) donde aquellas variables fueron también las más prevalentes.

Al agrupar a ambas poblaciones obstétrica de acuerdo a la clasificación de Robson, se pudo determinar que el grupo que más contribuyó con el porcentaje de cesáreas en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield fue el grupo 2 con un 24.3% de todas las cesáreas, seguido por el grupo 5 con un 23.6% y el grupo 1 con un 19.6%, mientras en el Hospital Voto Bernales Corpancho, fue el grupo 9 con un 28.3%, seguido por el grupo 2 con un 22.2% y grupo 5 con un 19.7% respectivamente, datos los cuales discrepa con los resultados encontrados en los trabajos de Rudey (2020), Giaxi et al. (2023) Bazile & Gamboa Jiménez

(2021), Carreño et al. (2018), Saldaña & Inderique (2023), Orduña (2022), Otero (2022) y Coaquira (2022) en donde el grupo que más contribuyó con el porcentaje de cesáreas fue el grupo 5. Además, se observó con respecto al Hospital Voto Bernales Corpancho, un gran porcentaje de gestantes oblicuas o transversas en la población total de atendidos, tanto vaginales como cesáreas, abarcando un 11.6%, en comparación con el Hospital Carlos Alcántara Butterfield donde apenas abarca un 4.6% del total.

Los grupos conformados por gestantes con presentación podálica (6 y 7) presentaron una proporción de cesáreas del 100% en ambos hospitales, seguidos por el grupo 2, con un 91.8% y el grupo 9 con un 91.7% en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield, y el grupo 9 con un 99.6% y el grupo 5 con un 93.6% en el Hospital Voto Bernales Corpancho; los cual muestra una tendencia a la culminación del embarazo por vía abdominal en las gestante de presentación transversa u oblicua en ambos hospitales, coincidiendo con los valores obtenidos en los estudios de Giaxi et al. (2023), Bazile & Gamboa Jiménez (2021), Carreño et al. (2018), Saldaña & Inderique (2023), Flores (2021), Orduña (2022), Rudey (2020), donde el grupo 9 presentaba una proporción de cesáreas de más del 90%.

Con respecto a los grupos de gestantes de bajo riesgo (Grupo 1 y 2), se observó que, en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield, el 40,3% de la totalidad de los partos correspondieron a mujeres con embarazos de bajo riesgo, en donde se concluyó por vía abdominal en el 57.6% de ellas, en cambio, en el Hospital Voto Bernales Corpancho, las cifras fueron menores, de un 33,8% y 39,2% respectivamente, mostrando valores superiores. Es importante enfatizar a este grupo porque se ha observado que desde hace algunos años se ha ido recalando la importancia de no indicar con ligereza o facilidad la primera cesárea, principalmente en los grupos de bajo riesgo, pues se ha hallado que este fenómeno conlleva a un aumento global en la tasa de cesáreas al aumentar el factor de riesgo de cesárea anterior

(Carreño et al., 2018). Por lo cual es importante determinar las principales causas o indicaciones para la realización de cesárea en este grupo, así como también en todos los grupos en general.

Otro punto para enfatizar es el que existen ciertas diferencias entre ambos centros asistenciales que podría explicar parcialmente por qué en la variación de los resultados obtenidos en cada uno. Uno de ellos es la cantidad de gestantes que acude a cada hospital a concluir su embarazo, mostrando en este estudio que el Hospital Voto Bernales Corpancho comprende casi el cuádruple de la población observada en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield, así como también se ha observado una mayor prevalencia de cesáreas electivas o programadas en este hospital. Además se debe tener en cuenta que a pesar de que ambos hospitales son considerados de baja complejidad, el Hospital Voto Bernales Corpancho dispone con servicios que no se hallan en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield, los cuales podrían influir a una disminución de las referencias de gestantes de alto riesgo a centros de mayor complejidad, como podría ser como ejemplo los embarazos prematuros, sin embargo, como se observa en el estudio, ambos hospitales contaron con un porcentaje similar de gestantes menores de 37 semanas, con un 2.7% del total en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield y un 2.5% en el Hospital Voto Bernales Corpancho, por lo cual este no sería considerado un factor determinante.

VI. CONCLUSIONES

De acuerdo con los objetivos planteados y resultados encontrados se llega a la conclusión de que

- Se observó una diferencia significativa en la tasa de cesáreas entre el Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho, evidenciando que en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield tiene una mayor tendencia a terminar la gestación por cesárea.
- Se encontró que el Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho presentaron una tasa de cesáreas del 53% y 41% respectivamente, mostraron una tasa muy por encima del 15% recomendado por la OMS
- Se observó que los grupos que más aportaron al incremento de las tasas de cesárea en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield fueron los grupos 2, 5 y 1, mientras que en el Hospital Voto Bernales Corpancho fueron los grupos 9, 2 y 5, y en la población en general fue el grupo 9, seguidos por el grupo 2 y 5 respectivamente.
- Distribuyendo a las gestantes según la Clasificación de Robson se encontró existe una diferencia significativa de la tasa de cesáreas entre los grupos 1, 2, 3, 4, 5 y 9 de Robson entre ambos hospitales.

VII. RECOMENDACIONES

- Debido a la alta prevalencia de cesáreas encontrada en ambos nosocomios, se recomienda investigar las principales indicaciones de cesáreas para poder determinar posibles soluciones, asimismo, se destaca la necesidad de implementar estrategias y protocolos eficaces para reducir la tasa de cesáreas en estos hospitales.
- Se sugiere aplicar la clasificación de Robson a las gestantes que se atienden en cada centro de salud, con el objetivo de identificar los grupos que más influyen en el aumento de cesáreas, así como para facilitar la comparación entre centros de salud de similar complejidad.
- Es importante determinar las causas por la cual existe una alta tendencia de culminar el embarazo por cesárea en gestantes de bajo riesgo en ambos hospitales, con el fin de plantear soluciones eficientes para reducir la tasa de cesáreas en esta población
- A pesar de que existen distintos trabajos a nivel nacional e internacional, estos suelen centrarse en su mayoría en un solo centro de salud, por lo cual se sugiere aumentar el interés para realizar trabajos comparativos entre distintos periodos de un centro de salud o comparar dos centros asistenciales con características similares, con el fin de identificar las principales variaciones y plantear hipótesis del porqué de estas

VIII. REFERENCIAS

- Alonso-Colon, M. & Ramis-Prieto, R. (2023). Partos por cesárea en España (2010-2018). *Boletín Epidemiológico Semanal.*, 31(1), 44-55. <http://hdl.handle.net/20.500.12105/15955>.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2019) Practice Bulletin No. 205: Vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.*, 133(2), 110-127. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003078>.
- Antila-Långsjö, RM, Mäenpää, JU, Huhtala, HS, Tomás, EI, & Staff, SM. (2018) Cesarean scar defect: a prospective study on risk factors. *Am J Obstet Gynecol.*; 219(5), 458.e1-458.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.09.004>.
- Ataullah, I., & Freeman-Wang, T. (2005). The older obstetric patient. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 15(1), 46-53. <https://doi.org/10.1016/j.curobgyn.2004.09.006>.
- Barrena Neyra, M., Quispe saravia Ildefonso, P., Flores Noriega, M., & León Rabanal, C. (2020). Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 66(2), 1-6. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v66i2246>.
- Bazile, J. R., & Gamboa Jiménez, A. K. (2020). *Clasificación de robson como método Para disminuir la tasa de cesárea*. [Tesis de posgrado, Universidad Central de Venezuela]. Repositorio Institucional UCV. <http://hdl.handle.net/10872/22002>.
- Buendía Aparicio, T. G. (2021). *Prevalencia de cesáreas según la clasificación de Robson en un Hospital Nacional Huancayo, 2018*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Los Andes]. Repositorio Institucional UPLA. <https://hdl.handle.net/20.500.12848/2339>.
- Carreño, B., Castillo, V., Aichele, D., Marshall, M., Caceres, D., Vesperinas, G., & Salinas, H. (2018). Tasa de cesáreas según la clasificación de Robson: Análisis comparativo entre dos hospitales universitarios. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(4), 415-

425. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000400415>.

Choque-Miranda, J., Facundo-Chacaltana, E., & Ybaseta-Soto, M. (2012). Complicaciones del parto vaginal en hospitales provisionales post terremoto en Ica, Perú. *Revista Médica Panacea*, 2(1), 11-15. <https://doi.org/10.35563/rmp.v2i1.116>

Chu, D. M., Ma, J., Prince, A. L., Antony, K. M., Seferovic, M. D., & Aagaard, K. M. (2017). Maturation of the infant microbiome community structure and function across multiple body sites and in relation to mode of delivery. *Nature medicine*, 23(3), 314-326. <https://doi.org/10.1038/nm.4272>

Coaquira Quispe, J. B. (2022). *Tasa de cesareas según la clasificación de Robson en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Minsa, Arequipa, 2020-2021*. [Tesis de posgrado, Universidad de San Agustín]. Repositorio Institucional UNSA. <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/a9769f9e-0096-4a99-bbad-6c98db3fc122/content>

Cunningham, F. G. (2019) Williams obstetricia. (25ª ed.). McGraw-Hill

Flores Vasquez, A. (2021). *Clasificación de las cesáreas según el modelo de Robson en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, enero 2020-diciembre 2020*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Martín]. Repositorio Institucional UNSM. <http://hdl.handle.net/11458/4093>.

Furzán, J. A. (2014). Nacimiento por cesárea y pronóstico neonatal. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 77(2), 79-86. https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0004-06492014000200006&script=sci_abstract&tlng=pt.

Gandhi, K.A. & Jain, K. (2018). Management of anaesthesia for elective, low-risk (Category 4) caesarean section. *Indian journal of anaesthesia*, 62(9), 667-674. https://doi.org/10.4103/ija.IJA_459_18

Giaxi, P., Gourounti, K., Vivilaki, V., Zdanis, P., Galanos, A., Antsaklis, A., & Lykeridou, A.

- (2023). Implementation of the Robson classification in Greece: a retrospective cross-sectional study. *Healthcare*. 11 (6), 1-12. <https://doi.org/10.3390/healthcare11060908>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2024). *Encuesta Demográfica y De Salud Familiar (ENDES) 2023*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6389989/5601739-resumen-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023.pdf?v=1716478980>
- Karlsson, H., & Pérez Sanz, C. (2009). Hemorragia postparto. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32(1), 159-167. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014&lng=es&tlng=es.
- García, M.S., & Silva, A.M. (2005). Influencia de padres y amigos sobre la actitud hacia las conductas sexuales de prevención en la adolescencia. Un análisis en función del género. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(1), 71-79. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80537104.pdf>
- Gilstrap, L. C., Cunningham, F. G., & VanDorsten, J. P. (2004). Urgencias en sala de partos y obstetricia quirúrgica. *Médica Panamericana*.1(2), 257-274. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=312285>
- Macías Villa, H.L.G., Moguel Hernández, A., Iglesias Leboreiro, J., Bernárdez Zapata, I. & Braverman Bronstein, A. (2018). Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido. *Acta médica grupo ángeles*, 16(2), 125-132. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-72032018000200125&script=sci_arttext.
- Mackeen, A. D., Packard, R. E., Ota, E., & Speer, L. (2015). Antibiotic regimens for postpartum endometritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1-96(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001067.pub3>

- Magne, F., Puchi Silva, A., Carvajal, B., & Gotteland, M. (2017). The elevated rate of cesarean section and its contribution to non-communicable chronic diseases in Latin America: the growing involvement of the microbiota. *Frontiers in pediatrics*, 192 (5), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fped.2017.00192>
- Martínez, G. S., Zomeño, G., Tarrazó, M. P., Garayoa, A., Sanchez, C., & Reyes-Balanzá, M. (2021). Aplicación de la clasificación de Robson para el análisis de la tasa de cesárea en el Hospital Doctor Peset. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 86(4), 353-359. <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.m22000041>
- Ministerio de Salud [MINSA] (2018). Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología Instituto Nacional Materno Perinatal. <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033?texto=&dia=0&mes=0&anio=2018>
- Nápoles, D. & Piloto. M., (2012). Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. *MEDISAN*;16(10):1579-1595. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192012001000013&script=sci_arttext&tlng=pt
- Ñañez, H., Ruiz A., Bautista A., Sabogal J.C., (1999). *Distocias. Texto de obstetricia y perinatología. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia–Marathon*, 103-122.
- Orduña Carpio, R. A. (2022). *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 posgrado, Universidad de San Agustín]. Repositorio Institucional UNSA. <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/ab0c5ddb-ad00-46d0-82fa-d2b64c4eede7/content>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018). *La clasificación de Robson: Manual de aplicación*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49659>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE] (10 de enero del 2017),

- Tackling Wasteful Spending on Health. <https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>
- Organización Panamericana de Salud [OPS]. (10 de abril de 2015). *La cesárea sólo debería realizarse cuando es médicamente necesaria*. <https://www.paho.org/es/noticias/10-4-2015-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria>
- Otero Ortega, A.L. (2021). *Aplicación del modelo Robson en embarazadas con parto vía cesarea atendidas en el Hospital Luis Felipe Moncada, Río San Juan, Mayo-Agosto, 2020*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]. Repositorio Institucional UNAN. <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/16484>
- Pastor, L., Garcia-Jimenez, R., Valero, I., Borrero, C., Castro, L., Garcia-Mejido, J. A., & Bueno, J. S. (2024). Aplicación de la clasificación de Robson como método útil para estandarizar el manejo del parto. Un ejercicio que reduce la tasa de cesáreas. *Clinica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 51(2), 100935. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2023.100935>
- Rai, S. D., van Teijlingen, E., Regmi, P., Wood, J., Dangal, G., & Dhakal, K. B. (2021). Classification of Caesarean Section: A Scoping Review of the Robson classification. *Nepal Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 16(1), 2-9. <https://nepjol.info/index.php/NJOG/article/view/37409>
- Ramírez Flores, D. A., Ruiz Cabrera, I. L., Moreno López, R. D. J., López de Silanes, A., Fuentes Astudillo, Z. R., & Ayala-Yáñez, R. (2023). Índice de Robson: riesgo de cesárea en un centro de primer nivel en México. *Ginecología y obstetricia de México*, 91(8), 570-580. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412023000800570&script=sci_arttext
- Robson, MS.(2001). Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*;12(1), 23-39. <https://doi.org/10.1017/S0965539501000122>
- Rudey, E. L., do Carmo Leal, M., & Rego, G. (2020). Cesarean section rates in Brazil: Trend

- analysis using the Robson classification system. *Medicine*, 99(17),1-7.
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019880>
- Ruiz-Sánchez, J., Espino y Sosa, S., Vallejos-Parés, A., Durán-Arenas, L. (2014) Cesárea: Tendencias y resultados. *Perinatología y reproducción humana*, 28(1), 33-40.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-53372014000100006&script=sci_abstract&tlng=pt
- Saldaña I., G. X., Inderique B., J. M., & Mego, S. C. A. (2023). *Situación de porcentaje de cesáreas basado en la clasificación de Robson en un hospital peruano de tercer nivel de atención*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH.
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13087/Situacion_Saldaña_Quezada_Gianmarco.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Schnapp, S. C., Sepúlveda, S. E., & Robert, S. J. A. (2014). Operación cesárea. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 987-992. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70648-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70648-0)
- Smaill, F. M., & Grivell, R. M. (2014). Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. *Cochrane database of systematic reviews*, 1(10), 1-12. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007482.pub3>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [SEGO] (2010). Parto vaginal tras cesárea. *Obstet Gynecol.*, 108(4), 885-890.
https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego_protocolo_pvdc_2010.pdf
- Stephenson, P. (2006). *Manejo activo del tercer periodo del trabajo del parto: Una práctica simple para prevenir una hemorragia post parto*. USAID.
- Stordeur, S., Jonckheer, P., Fairon, N., & De Laet, C. (2016). Elective caesarean section in low-risk women at term: consequences for mother and offspring. *Health technology*

- assessment. KCE Report*, 1(1) 275.1-68. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_275_Caesarean_section_report.pdf
- Távora, A., Núñez, M., & Tresierra, M. Á. (2022). Factores asociados a atonía uterina. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 68(2). 1-6. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v68i2424>
- Ticona-Huanco, D., Ticona-Rendón, M., Huanco-Apaza, D., García-Montenegro, V., & Vargas-Zeballos, J. (2019). Análisis de la cesárea según la clasificación de Robson en un hospital público de Perú. *Ginecología y obstetricia de México*, 87(10), 626-636. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=89914>
- Yaipén-Sánchez, P., Ordinola-Luna, R., Gonzáles-Cornejo, L., & Fernández-Mogollón, J. (2017). Puntaje Apgar obtenido en recién nacidos con sufrimiento fetal agudo en un hospital del ministerio de salud. Lambayeque, Perú. *Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque*, 3(3), 89-92. <https://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/rem/article/view/105>
- Villar, J., Valladares, E., Wojdyla, D., Zavaleta, N., Carroli, G., Velazco, A., Shah, A., Campodónico, L. Bataglia, V., Faundes, A., Langer, A., Narváez, A., Donner, A., Romero, M., Reynoso, S., Simônia de Pádua, K., Giordano, D., Kublickas, M, Acosta, A. (2006). Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *The Lancet*, 367(9525), 1819-1829. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)68704-7/abstract?iseop=true](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)68704-7/abstract?iseop=true)

IX. ANEXOS

Anexo A. Ficha de Recolección de Datos

Ficha de recolección de datos según criterios de Robson

N.º Ficha: _____

Hospital: _____

I. DATOS DEMOGRÁFICOS

1.1. EDAD:

- a) < 35 años
- b) ≥ 35 años

II. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

2.1. NUMERO DE PARTOS

- a) Nulípara
- b) Multípara

2.2. CESAREA PREVIA

- a) Sí (Una o Varias)
- b) No

2.3. INICIO DE TRABAJO DE PARTO

- a) Espontaneo
- b) Inducido
- c) No hay trabajo de parto (Cesárea programada previa al trabajo de parto)

2.4. NUMERO DE FETOS

- a) Embarazo único
- b) Embarazo múltiple

2.5. EDAD GESTACIONAL

- a) Prematuro (< 37 Semanas)
- b) A término (≥ 37 semanas)

2.6. SITUACION Y PRESENTACION DEL FETO

- a) Presentación cefálica (Cefálicas de vértice, facial o frontal y cefálicas compuestas)
- b) Presentación podálica (De nalgas simple, completa y podálica)
- c) Situación transversa (Presentación de hombro o de brazo del feto o no hay presentación de ninguna parte del cuerpo fetal)

2.7. TIPO DE PARTO

- a) Vaginal
- b) Cesárea

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

89,5%

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) baja c) Regular

d) Buena Muy buena

Nombres y Apellidos:	Alfredo José Herrera Vera	DNI N°	09399530
		Teléfono/ Celular:	999753534
Título profesional:	Medico Gineco-obstetra. CMP 27633 RNE: 13995		



PROMEDIO DE VALORACIÓN:

92%

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) baja c) Regular
d) Buena Muy buena

Nombres y Apellidos:	Olga Gisella Hualtuco Collantes	DNI N°	10060387
		Teléfono/ Celular:	998712002
Título profesional:	Médico Gineco - Obstetra		

Hualtuco

Dra. Gisella Hualtuco Collantes
Médico Gineco - Obstetra
CMP. 32664 RNE: 16037
EsSalud - HCAB

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

97%

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) baja c) Regular
d) Buena Muy buena

Nombres y Apellidos:	LUCIO ALBERTO RAMIREZ GALLO	DNI N°	43617647
		Teléfono/ Celular:	957279382
Título profesional:	MEDICO GINECOLOGO		


 Dr ALBERTO RAMIREZ GALLO
 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 CMP 64749 RNE 35257

Anexo C. Declaración Jurada

Declaración jurada de confidencialidad

Mediante el presente documento declaro bajo juramento que yo Andres Gustavo Zegarra Tord con el DNI 72914400, de profesión de Interno de Medicina, guardaré estricta reserva de los datos que recolectaré relacionados a mi trabajo de investigación, titulado: "ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS TASA DE CESÁREAS POR GRUPOS DE ROBSON ENTRE DOS HOSPITALES DE PRIMER NIVEL DURANTE EL PERIODO 2022-2024"

Por este medio, expreso que guardaré la debida confidencialidad relacionada a la información que me sea proporcionada, de las fichas recolectadas en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield de agosto del 2023 a agosto del 2024

Atentamente,



Int. Andrés Gustavo Zegarra Tord
DNI 72914400
Investigador Principal

Anexo D. Matriz de consistencia

TÍTULO: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA TASA DE CESÁREAS POR GRUPOS DE ROBSON ENTRE LOS HOSPITALES CARLOS ALCANTARA BUTTERFIELD Y VOTO BERNALES CORPINCHO DE ESSALUD DURANTE EL PERIODO 2023 – 2024

Autor: Andrés Gustavo Zagarra Tord

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS Y VARIABLES				METODOLOGIA
		HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	VALORES	
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Existe una diferencia estadísticamente significativa entre las tasas la tasa de cesáreas del Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales de Essalud Corpancho con base en las variables propuestas por Robson durante el periodo 2023-2024?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Comparar la tasa de cesáreas del Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho de Essalud con base en las variables propuestas por Robson durante el periodo de agosto del 2023 a agosto del 2024. 	<p>HIPOTESIS GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Hipótesis alternativa: Existe una diferencia estadísticamente significativa de las tasas de cesárea por grupos de Robson entre Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho 	<p>VARIABLE DEMOGRAFICAS</p>	Edad	<ul style="list-style-type: none"> < 35 años ≥ 35 años 	<p>1. ENFOQUE Cualitativo</p> <p>2. TIPO Aplicada</p> <p>3. NIVEL Descriptivo y comparativo</p> <p>4. DISEÑO No experimental</p>
			<p>VARIABLES OBSTETRICAS</p>	Número de partos	<ul style="list-style-type: none"> 0: Nulípara >=1: Múltipara 	
Cesaria previa	<ul style="list-style-type: none"> Si No 					
Inicio del trabajo de parto	<ul style="list-style-type: none"> Espontáneo Inducido No hay trabajo de Parto 					
Número de fetos	<ul style="list-style-type: none"> 1: embarazo único >=2: embarazo múltiple 					
Edad Gestacional	<ul style="list-style-type: none"> <37 >=37 					
Situación y presentación del feto	<ul style="list-style-type: none"> Cefálica Podálica Transversa u Oblicua 					
Tipo de Parto	<ul style="list-style-type: none"> Cesárea Vaginal 					
<p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>¿Cuál es el número de parto por cesárea y partos vaginales efectuadas en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho?</p> <p>¿Existe diferencia en el número de partos por cesáreas y partos vaginales efectuadas en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho según las variables obstétricas y demográficas?</p> <p>¿Cuáles es el número de cesáreas y partos vaginales en los 10 grupos propuestos por Robson en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho?</p> <p>¿Existe diferencias entre los grupos de Robson con las mayores tasas de cesáreas y partos vaginales según Robson en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Definir el número de parto por cesárea y partos vaginales efectuadas en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho. Comparar el número de partos por cesáreas y partos vaginales efectuadas en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho según las variables obstétricas y demográficas. Estratificar el número de cesáreas y partos vaginales en los 10 grupos propuestos por Robson en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho. Comparar los grupos de Robson con las mayores tasas de cesáreas y partos vaginales según Robson en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho. 	<p>HIPOTESIS NULA: No existe una diferencia estadísticamente significativa de las tasas de cesárea por grupos de Robson entre Hospital Carlos Alcántara Butterfield y el Hospital Voto Bernales Corpancho</p>				