



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Medicina

Clasificación de cesáreas por grupos de Robson en el período octubre-diciembre 2018.
Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2018

Proyecto de investigación previo
a la obtención del título de
médico.

Autoras:

Esther Margoth Gómez González

CI: 1501227811

Correo electrónico: gmez_esther@yahoo.es

Juana Daniela Gomezjurado Friend

CI: 0107282493

Correo electrónico: jdgomezjurado@gmail.com

Director:

Dr. Jorge Victoriano Mejía Chicaiza

CI: 0101557890

Cuenca - Ecuador

08-enero-2020

**Resumen:**

Antecedentes: la Organización Mundial de la Salud desde 1985 considera que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15% (1). Sin embargo, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo el número de cesáreas ha ido en aumento (1). En los últimos años, Sudamérica ha tenido las tasas más altas de cesárea a nivel mundial (2). En Ecuador, la tasa de cesáreas en 2012 fue de 29,46% aumentando a 33,61% para el 2016(3).

Objetivo: determinar las categorías prevalentes causantes de cesáreas según la clasificación de Robson en el área de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el período octubre - diciembre de 2018.

Material y Método: se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, considerando todas las 1025 gestantes en el período octubre – diciembre de 2018, de las cuales nuestra muestra fue de 403 gestantes sometidas a cesárea. Para la recolección de datos, se utilizó un formulario basado en la Clasificación de Robson. Luego, se creó una base de datos en Excel 2013 analizada en el programa SPSS versión 20.0.

Resultados: la tasa global de cesárea fue de 39.3% que corresponde a las 403 gestantes estudiadas. Los grupos Robson con mayor aporte en la tasa de cesárea global, fueron el grupo 5 de multíparas con cesárea previa y presentación cefálica (17.3%), el grupo 1 de nulípara presentación cefálica, ≥ 37 semanas de gestación, trabajo de parto espontáneo (7,5%) y el grupo 10 de embarazo único en presentación cefálica, < 37 semanas de gestación, incluidas las mujeres con 1 o más cesáreas previas (4,9%).

Conclusión: la utilización del modelo de la clasificación de Robson ayuda a identificar a las pacientes en las cuales se puede disminuir el número de cesáreas.

Palabras claves: Clasificación de Robson. Grupos. Cesárea. Tasa de cesárea.



Abstract:

Background: the World Health Organization since 1985 considers that the ideal caesarean section rate should range between 10% and 15% (1). However, in both developed and developing countries the number of C-sections has been increasing (1). In recent years, South America has had the highest cesarean rates worldwide (2). In Ecuador, the cesarean section rate in 2012 was 29.46%, increasing to 33.61% for 2016 (3).

Objective: determine the prevailing categories causing caesarean sections according to Robson's classification in the gynecology area of the Vicente Corral Moscoso Hospital in October - December 2018.

Methodology: a quantitative, descriptive and retrospective study was carried out, considering all 1025 pregnant women in the October - December 2018, of which our sample was 403 pregnant women undergoing caesarean section. The information, obtained will create a database in Excel 2013 for further analysis in the SPSS version 20.0 statistical package.

Results: the global caesarean section rate was 39.3% (403). The Robson groups with the highest contribution in the global caesarean section rate were group 5 of multiparous with previous caesarean section and cephalic presentation (17.3%), group 1 of nulliparous cephalic presentation, ≥ 37 weeks gestation, spontaneous labor (7, 5%) and group 10 of single pregnancy in a cephalic presentation, < 37 weeks gestation, including women with 1 or more previous caesarean sections (4.9%).

Conclusion: the use of the Robson classification model helps to identify patients in whom the number of caesarean sections can be reduced.

Keywords: Robson Classification. Group. Cesarean Section Rate. Cesarean



INDICE

CAPITULO I	11
1.1 INTRODUCCIÓN	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.3 JUSTIFICACIÓN	15
CAPÍTULO II	16
2.1 ANTECEDENTES	16
2.2 DEFINICIÓN DE CESÁREA	17
2.3 INDICACIONES PARA EL USO DE CESÁREA	17
2.4 MODELO DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON	18
2.5 CESÁREA EN EL ECUADOR	20
CAPÍTULO III	22
3.1 OBJETIVO GENERAL	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
CAPÍTULO IV	23
4.1 TIPO DE ESTUDIO	23
4.2 ÁREA ESTUDIO	23
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA	23
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	23
4.5 VARIABLES	23
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	24
4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS	24
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	25
CAPÍTULO V	26
RESULTADOS	26
CAPÍTULO VI	33
DISCUSIÓN	33
CAPÍTULO VII	36
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
CAPÍTULO VIII	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
BIBLIOGRAFÍA GENERAL	41
CAPÍTULO IX	44
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	44
FORMULARIO	46

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Yo, Esther Margoth Gómez González, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación, Clasificación de cesáreas por grupos de Robson en el período octubre-diciembre 2018. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2018, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 8 de Enero de 2020.



Esther Margoth Gómez González

C.I: 1501227811

Cláusula de propiedad intelectual

Yo, Esther Margoth Gómez González, autora del proyecto de investigación, Clasificación de cesáreas por grupos de Robson en el período octubre-diciembre 2018. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2018, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 8 de Enero de 2020.



Esther Margoth Gómez González

CI: 1501227811

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Yo, Juana Daniela Gomezjurado Friend, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación, Clasificación de cesáreas por grupos de Robson en el período octubre-diciembre 2018. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2018, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 8 de Enero de 2020.



Juana Daniela Gomezjurado Friend

C.I: 0107282493

Cláusula de propiedad intelectual

Yo, Juana Daniela Gomezjurado Friend, autora del proyecto de investigación, Clasificación de cesáreas por grupos de Robson en el período octubre-diciembre 2018. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2018, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 8 de Enero de 2020.



Juana Daniela Gomezjurado Friend

C.I: 0107282493



DEDICATORIA

Dedicamos el presente trabajo investigativo a Dios, nuestro señor que nos guía e ilumina en cada paso de nuestra vida. A nuestras familias en especial a nuestros padres, que durante este tiempo de formación han sido un pilar fundamental al brindarnos todo su apoyo y comprensión durante nuestro largo camino universitario.

**ESTHER MARGOTH GÓMEZ GONZÁLEZ
JUANA DANIELA GOMEZJURADO FRIEND**



AGRADECIMIENTO

Nada que valga la pena, será fácil... (Caterine Ibarguen)

Expresamos un profundo agradecimiento y estima hacia nuestras familias, por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestro camino universitario, especialmente a nuestros padres por habernos brindado la oportunidad de continuar con nuestros estudios superiores para nuestro desarrollo profesional.

Agradecimiento especial a nuestro tutor y director de Tesis, el Dr Jorge Mejía, por su paciencia, apoyo y enseñanza a lo largo de la elaboración de este trabajo de investigación.

ESTHER MARGOTH GÓMEZ GONZÁLEZ
JUANA DANIELA GOMEZJURADO FRIEND



CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que permite la salida del feto mediante laparotomía con una histerotomía posterior cuando el parto por vía vaginal está contraindicado o presenta complicaciones materno-fetales(4). Con esta definición podemos asegurar que una cesárea sólo está indicada médicamente de ser estrictamente necesaria.

Es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1985 considera que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%, puesto que esta práctica quirúrgica no representa ningún beneficio para las mujeres ni los neonatos que se someten a la misma(1).

Sin embargo, a nivel mundial, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo el número de cesáreas ha ido en aumento(1). En América Latina, la tasa de cesáreas para el año 2014 fue de 38%. En Ecuador, la tasa de cesáreas en 2012 fue de 29,46% aumentando a 33,61% para el 2016(3), sin ser una excepción para los países del continente.

Con el fin de homogeneizar la forma de estadificar las tasas de cesáreas, en 2011 la OMS propuso la Clasificación de Robson como escala mundial para comparar datos sobre causas de cesáreas, siendo ésta la que más se adapta a las necesidades internacionales(1). La clasificación de Robson, es una escala creada por el Dr. Michael Robson en el año 2001 debido a la preocupación por las tasas de cesáreas en el Reino Unido, que permite distribuir a las mujeres gestantes sometidas a cesárea en 10 categorías mutuamente excluyentes y a su vez, incluyen todas las posibles causas de cesáreas basadas en 6 variables: paridad (nulípara, multípara); cicatriz uterina previa (con o sin cesárea previa); comienzo del trabajo de parto



(espontáneo, inducido o cesárea antes del comienzo del trabajo de parto); edad gestacional (parto prematuro o a término); presentación fetal (cefálica o podálica) y situación transversa; y cantidad de fetos (único o múltiple)(5).

En 2016, el Hospital Vicente Corral Moscoso efectuó 3.332 partos, incluidas las cesáreas (1.299) lo que representa un 38,99%. No obstante, esta tasa no refleja los grupos de mujeres en las que las cesáreas son más prevalentes (6). Es por esto que al aplicar la Clasificación de Robson pretendemos obtener datos concretos acerca de las categorías más prevalentes en someterse a cesárea, con el fin de conocer qué grupos obstétricos aumentan la tasa global de cesáreas (6).



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más realizadas en todo el mundo, con tasas que han ido aumentando con el pasar de los años (7). Si bien este procedimiento quirúrgico puede salvar vidas, no se ha demostrado los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta ser innecesario, lo que puede traer complicaciones de salud a corto y a largo plazo, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura y para tratar las complicaciones quirúrgicas (5).

El porcentaje de cesáreas varía según el desarrollo de cada país, habiendo un incremento más drástico en los países de ingresos medios a altos que en los países en desarrollo (2). Así, un estudio informó que la tasa de cesáreas aumentó en todo el mundo en las últimas décadas, del 6,7% en 1990 a 19,1% en el 2014(2). El incremento cada vez mayor que se vio a través de los años, motivó a que un panel de expertos en salud de la OMS, hiciera la siguiente declaración en 1985 en Fortaleza (Brasil): “No hay justificación alguna para que ninguna región presente una tasa superior al 10 – 15%” (5). Dicha declaración, fue el resultado de una revisión sistemática de dos estudios realizados por la OMS, en donde se concluyó que por encima del 10 – 15% de tasa de cesárea, no se observa disminución alguna de la mortalidad materna (5). Sin embargo, en los últimos años, Sudamérica ha sido la región con la mayor tasa de cesáreas (42,9%), seguido de Norte América (32,3%), Oceanía (31,1%), Europa (25%) y Asia (19,2%) (2). Esta tendencia no resulta ser nueva, ya que América Latina y el Caribe, en 1990, ya se postulaban como los países con las tasas de cesárea más altas a nivel mundial (alrededor del 23%) (2). En Ecuador, según el Ministerio de Salud Pública las tasas de cesárea en el 2009 fueron de 27.38 % incrementándose hasta un 32.49% en el 2017, lo que refleja la justificada preocupación de que el parto por cesárea se use en exceso (8).



Como se ha manifestado, las cesáreas sólo se deben realizar cuando son necesarias por riesgo materno neonatal. Es así, que en el Ecuador en el 2015, se promulgó por medio del MSP, la guía de práctica clínica de atención del parto por cesárea, a través del acuerdo ministerial 5311, como normativa de carácter obligatorio, con el objetivo de detallar los casos específicos en los que se puede aplicar la cesárea y así evitar su abuso (9). Sin embargo, hay diversas causas para la inadecuación de las indicaciones de cesárea, y por consiguiente el lograr la tasa óptima de cesárea, depende que se incida específicamente sobre cada una de ellas (10).

Uno de los principales problemas para determinar la tasa ideal de cesáreas a cualquier nivel de complejidad institucional es la falta de un sistema de clasificación internacionalmente aceptado, que sea fiable, genere datos estandarizados y permita realizar comparaciones entre poblaciones, para así ser una herramienta para investigar los factores que determinan la tendencia ascendente de las tasas de cesáreas (5, 10). Es por esto, que en el año 2011, se propuso el modelo de clasificación de Robson del Dr. Michael Robson, que permite la estratificación de las mujeres en 10 grupos mutuamente excluyentes, según sus características obstétricas y, en consecuencia, permite identificar los grupos que más contribuyen a la cantidad total de cesáreas (5).

El presente documento busca responder ¿cuáles son las categorías obstétricas prevalentes en pacientes sometidas a cesáreas utilizando la clasificación de Robson en el Hospital Vicente Corral Moscoso?.



1.3 JUSTIFICACIÓN

La recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la tasa de nacimientos por cesárea en un país es entre 10 y 15%(5), cuando la tasa aumenta sobre este rango se expresa como un abuso en el procedimiento no motivado por indicaciones médicas puntuales (5). Al año 2015, en América Latina el porcentaje de cesáreas se encuentra alrededor del 38,9% y en Ecuador es de 34,80% en el sector público (11).

En 2015, en el acuerdo ministerial 5311, el Ministerio de Salud Pública propuso la normativa obligatoria que restringe el uso de cesáreas a solo situaciones específicas, debido a que el aumento en éstas representa un problema de salud pública en Ecuador (9).

Además una de las recomendaciones de la OMS cita que los establecimientos sanitarios deben usar el sistema de Clasificación de Robson con las mujeres que acuden a dar a luz (5).

Es por esto, que a partir de la información obtenida en este proyecto de investigación mediante la aplicación de la Clasificación de Robson, se busca esclarecer las categorías prevalentes en pacientes sometidas a cesáreas en el área de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso, demostrando su utilidad en evaluar e identificar los grupos obstétricos y así generar información pertinente que podría emplearse para medidas y/o políticas de intervención que normalicen las tasas de cesárea en grupos prevalentes, a más, crear datos que permitan a esta institución constatar el cumplimiento de las normas ministeriales en cuanto a cesáreas (1).



CAPÍTULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Vogel J., et al. (2015) analizaron mediante la clasificación de Robson, la contribución de las categorías obstétricas en los cambios de las tasas de cesáreas globales de 21 países utilizando los datos de dos encuestas multinacionales de la OMS. Este estudio refiere que las tasas de cesárea aumentaron en la mayoría de los grupos de Robson en todas las categorías de índice de desarrollo humano, pero, especialmente se vio que las mujeres con cesárea previa se convierten en un determinante importante en las tasas de cesárea en los países con desarrollo moderado a bajo. Globalmente las tasas de cesárea entre las dos encuestas aumentaron de 26.4% a 31.2% (12).

Nakamura P., et al. (2016) realizaron un análisis de las tasas de cesárea en 266 hospitales en Brasil (2011 -2012) según el sistema de clasificación de Robson, con una muestra de 23490 mujeres, se concluyó que la tasa global de cesárea fue de 51.9%, siendo de mayor impacto los grupos 2, 5 y 10, que representaron más del 70% de cesáreas realizadas en el país, seguidos de los grupos 1 y 4 que contribuyeron con 6.8% y 8.3% respectivamente (13).

Ray A., et al. (2017) un estudio transversal en el que se aplicó el modelo de Robson durante 24 meses en el hospital de atención terciaria en una zona trivial de Kerala, sur de la India, determinaron que el porcentaje de cesárea total fue de 28,90%, y dentro de la Clasificación de Robson encontraron que el grupo 5 y 2 contribuyeron con 38% de la cesárea total, seguido de los grupos 8 y 10. Los cuatro contribuyeron con el 63% de la tasa global de cesárea (14).

Kacerauskiene J., et al. (2017) en su estudio prospectivo para el análisis de utilidad del sistema de Clasificación de Robson luego de ser implementado en 19 hospitales



lituanos (2012 – 2014), encontraron que mediante la aplicación de este modelo, la tasa global de cesárea disminuyó de 26,9% (2012) a 22.7% (2014). Las mayores

contribuciones a la tasa global de cesárea fueron por los grupos 1, 2 y 5 (67,5%) en el 2012. El análisis de estudio reveló que la tasa de cesárea disminuyó en 9 de 10 grupos en 2014, siendo el grupo 2 el de mayor disminución absoluta con un 1.1 % de la tasa general de cesárea (15).

Tura AK., et al. (2018) publicaron un estudio para el análisis de las tasas de cesárea usando la Clasificación de Robson de 10 grupos en un hospital universitario en el este de Etiopía, del 2016 al 2017, encontraron una tasa general de cesárea de 25,7%, en donde los grupos 1, 3 y 5 fueron los principales contribuyentes a dicha tasa en 21.4%, 21,1% y 19,3% respectivamente; mientras que los grupos 6,7 y 9 sumaron un 13,8% a la tasa general (16).

2.2 DEFINICIÓN DE CESÁREA

El parto por cesárea es el nacimiento de un feto a través de una laparotomía seguida de una incisión de la pared uterina (4, 17).

2.3 INDICACIONES PARA EL USO DE CESÁREA

Más del 85% de los partos por cesárea, se realiza por cuatro causas: cesáreas previas, distocia, peligro para el producto o presentación fetal anormal (4, 18). Por lo que está indicado en 3 grandes grupos:

Maternas:

- Cesárea anterior (4, 18).
- Lesiones y masas que obstruyan el tracto genital inferior (4, 18).
- Anomalías pélvicas que interfieren con el descenso de la presentación fetal en el parto (18).
- Cardiopatía o neumopatía (4).



- Placentación anormal (4).
- Infección por HSV o VIH (2).
- Solicitud de la gestante (4).

Fetales:

- Compromiso del estado fetal (4).
- Presentación anormal (4, 18).
- Anomalías congénitas o trastornos esqueléticos (4, 18).
- Macrosomía (4).

Maternofetales:

- Desproporción cefalopélvica.
- Placentación anormal.
- Fracaso del parto vaginal quirúrgico (4).

2.4 MODELO DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON

En el 2001, tal como se indica, Robson propuso una forma de clasificar a las mujeres embarazadas, en 10 grupos distintos, que son mutuamente excluyentes y totalmente inclusivos (19). A través de las características obstétricas de cada mujer embarazada, cada paciente puede incluirse en uno de los grupos, pero ninguna gestante puede incluirse en más de un solo grupo. Las categorías surgen en base a 6 características obstétricas básicas, que son registradas regularmente en cualquier maternidad (10):

1. Paridad.
2. Edad gestacional.
3. Comienzo de labor de parto.
4. Presentación y situación fetal.
5. Número de fetos.



6. Cesárea previa (19,20).

La distribución de las tasas de cesáreas según las 10 categorías obstétricas de la Clasificación de Robson con sus subclasificaciones se expone en el siguiente cuadro:

GRUPOS	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
1	Nulípara con embarazo único en presentación cefálica, ≥ 37 semanas de gestación, trabajo de parto espontáneo.
2	Nulípara con embarazo único en presentación cefálica, ≥ 37 semanas de gestación, trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.
2a	Parto inducido.
2b	Cesárea previa al trabajo de parto.
3	Múltipara sin cesárea previa, con embarazo único en presentación cefálica, ≥ 37 semanas de gestación, trabajo de parto espontáneo.
4	Múltipara sin cesárea previa, con embarazo único en presentación cefálica, ≥ 37 semanas de gestación, trabajo de parto inducido o con parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.
4a	Parto inducido.
4b	Cesárea previa al trabajo de parto.
5	Múltiparas con al menos 1 cesárea previa, con un embarazo único de presentación cefálica, ≥ 37 semanas de gestación.



5.1	Una cesárea previa.
5.2	Dos o más cesáreas previas.
6	Nulípara con embarazo único en presentación de nalgas.
7	Múltiparas con embarazo único en presentación de nalgas, incluidas las mujeres con 1 o más cesáreas previas.
8	Mujeres con embarazos múltiples, incluidas las mujeres con 1 o más cesáreas previas.
9	Mujeres con embarazo único en situación transversa u oblicua, incluidas las mujeres con 1 o más cesáreas previas.
10	Mujeres con embarazo único en presentación cefálica, < 37 semanas de gestación, incluidas las mujeres con 1 o más cesáreas previas.

Fuente: Clasificación de Robson. OMS

2.5 CESÁREA EN EL ECUADOR

La cesárea en Ecuador ha sido una problemática que ha ido en aumento los últimos años. En establecimientos del Ministerio de Salud Pública para el año 2012, la tasa de cesáreas fue de 29,46%, aumentando a un 34,80 % en 2015. A diferencia de los establecimientos privados donde en 2012 registraron un 62,45% de cesáreas y en 2015 una tasa de 80,13%. Los establecimientos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) también presentan tasas elevadas, en 2012 un 53,07% con un incremento de 2,03% en 2015 (3).

Con el fin de disminuir estas tasas en noviembre de 2015, el Ministerio de Salud Pública implementó la guía de práctica clínica de atención del parto por cesárea, de esta forma se pretendía unificar los conocimientos e indicaciones de esta práctica.



Sin embargo las tasas siguen en aumento (3). Para 2016, los establecimientos del MSP presentaron una tasa de 29,46% de cesáreas, el sector privado 78,99% y los establecimientos del IESS 55, 47% (3).



CAPÍTULO III

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las categorías prevalentes de cesáreas según la Clasificación de Robson en el área de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso en el período octubre-diciembre de 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer las categorías obstétricas prevalentes de cesáreas mediante datos recolectados del departamento de estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso.
- Generar datos acerca de las categorías obstétricas prevalentes de cesáreas del Hospital Vicente Corral Moscoso en una escala que permita la comparación de los mismos a nivel nacional.



CAPÍTULO IV

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Investigación cuantitativa observacional de tipo descriptiva y retrospectiva.

4.2 ÁREA ESTUDIO

Se consideró como área de estudio el departamento de estadística del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, ubicado en la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay.

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: está conformado por las historias clínicas de las pacientes que fueron sometidas a cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso en 2018.

Muestra: todas las historias clínicas de las pacientes sometidas a cesárea incluidas en el período octubre – diciembre de 2018.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

➤ Criterios de inclusión

Historias clínicas de las pacientes que fueron sometidas a cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso desde octubre hasta diciembre de 2018.

➤ Criterios de exclusión

Historias clínicas con información ilegible, deterioradas de manera física o con información incompleta.

4.5 VARIABLES

- Edad.
- Residencia.
- Escolaridad.



- Etnia.
- Estado civil.

- Paridad.
- Número de fetos.
- Presentación y situación fetal.
- Edad gestacional.
- Inicio del trabajo de parto.
- Cesárea previa (19, 20).

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

MÉTODO: se aplicó un método descriptivo documental.

TÉCNICA: mediante la revisión de todas las historias clínicas del departamento de estadística de las pacientes sometidas a cesáreas en el área de gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el período octubre - diciembre 2018 se realizó la categorización en grupos obstétricos de la Clasificación de Robson utilizando las variables antes descritas.

INSTRUMENTOS: para la recolección de datos se aplicó un formulario en base a las variables de los 10 grupos obstétricos de la Clasificación de Robson. (ANEXO 1)

4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para la recolección de datos se aplicó un formulario con el que se elaboró una base de datos, en una hoja de cálculo de Excel 2013, de todas las historias clínicas incluidas en el período de estudio. Para el procesamiento y análisis cuantitativo de la información obtenida se utilizó el software estadístico SPSS versión 20.0 para su posterior presentación en tablas de frecuencia absoluta, porcentajes y gráficos.



4.8 ASPECTOS ÉTICOS

La información recolectada para el presente proyecto de investigación se guardó con absoluta confidencialidad, y se utilizó solo para el presente estudio. Facultamos a cualquier persona o entidad evaluar los resultados que serán presentados.



CAPÍTULO V

RESULTADOS

Tabla N° 1.

Distribución de las 1025 pacientes gestantes atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el período octubre - diciembre 2018 según la vía de terminación del embarazo.

VÍA DE TERMINACIÓN DEL PARTO	N°	%
Cesárea	403	39,3
Parto vaginal	622	60,7

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autoras: Esther M. Gómez G. y Juana D. Gomezjurado F.

La tabla N°1 nos muestra un total de 1025 pacientes que fueron atendidas en el período de estudio en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, en donde el 39,3% (403) de los partos fueron sometidos a cesárea y el 60.7% (622) resultaron en partos por vía vaginal.

**Tabla Nº 2.**

Distribución de las 403 pacientes gestantes atendidas por cesárea en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el período octubre - diciembre 2018 según las características sociodemográficas.

VARIABLE	CARACTERÍSTICA	Nº	%
Edad (años)	10 – 19	59	14,6
	20 – 29	221	54,8
	30 – 39	111	27,5
	40 - 49	13	3,22
	Promedio (DE)	26,3 (6,4)	
Residencia	Rural	228	56,6
	Urbana	175	43,4
Escolaridad	Ninguna	44	10,9
	Primaria	132	32,8
	Secundaria	170	42,2
	Superior	57	14,1
Etnia	Mestiza	395	98,0
	Mulata	1	0,2
	Afroecuatoriana	2	0,5
	Blanca	2	0,5
	Negra	1	0,2
	Indígena	1	0,2
	Montubia	1	0,2
	Otros	0	0,0
Estado civil	Soltera	78	19,4
	Casada	136	33,7
	Divorciada	3	0,7
	Unión libre	184	45,7
	Viuda	2	0,5

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autoras: Esther M. Gómez G. y Juana D. Gomezjurado F.



Con un total de 403 cesáreas, la edad promedio de pacientes es de 26,3 años con una desviación estándar de 6,4 años, siendo el grupo más prevalente el correspondiente a mujeres de 20 a 29 años de edad. El 56,6% pertenece al área rural, mientras que el 42,2% tiene una escolaridad secundaria; el 98% se identificó como etnia mestiza y el 45,7% de la población tiene como estado civil unión libre.

Tabla N° 3.

Distribución de las 403 pacientes atendidas por cesárea en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el período octubre - diciembre 2018 según las características obstétricas.

VARIABLE	CARACTERÍSTICA	N°	%
Paridad	Nulípara	128	31,8
	Múltipara	275	68,2
Número de fetos	Único	389	96,5
	Múltiple	14	3,5
Presentación y situación fetal	Cefálica	358	88,8
	De nalgas	35	8,7
	Transversa u oblicua	10	2,5
Edad gestacional	< 37 SG	70	17,4
	≥ 37 SG	333	82,6
Inicio del trabajo de parto	Espontáneo	344	85,4
	Inducido	8	2,0
	Cesárea previa al trabajo de parto	51	12,7
Cesárea previa	Ninguna	190	47,1
	Una	147	36,5
	Dos	66	16,4

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autoras: Esther M. Gómez G. y Juana D. Gomezjurado F.



Con respecto a las características obstétricas de las pacientes sometidas a cesáreas, se observa que el 82,6% presentan una edad gestacional igual o mayor a 37 semanas. El 85% de partos iniciaron espontáneamente, resultando en una gran diferencia con cesárea previa al trabajo de parto e inducido con un 12,7% y 2% respectivamente. En cuanto a la paridad, el 68,2% representa a las multíparas, mientras que el 37,8% a las nulíparas. Además, el 52,9% de las pacientes presentaron cesárea previa. El número de fetos único representa el 96,5%, mientras que los fetos múltiples representan el 3,5%. Por último, el 88,8% se encontraban en posición cefálica al momento del parto.



Tabla N°4.

GRUPO	NÚMERO DE CESÁREAS EN EL GRUPO	NÚMERO TOTAL DEL GRUPO	TAMAÑO DEL GRUPO (%)	TASA DE CESÁREA EN EL GRUPO (%)	CONTRIBUCIÓN ABSOLUTA DEL GRUPO A LA TASA GLOBAL DE CESÁREA (%)	CONTRIBUCIÓN RELATIVA DEL GRUPO A LA TASA TOTAL DE CESÁREA (%)
1	77	321	31,3	24,0	7,5	19,1
2	13	29	2,8	44,8	1,3	3,2
2a (Inducido)	7	23	2,2	30,4	0,7	1,7
2b (Cesárea programada)	6	6	0,6	100,0	0,6	1,5
3	27	314	30,6	8,6	2,6	6,7
4	3	13	1,3	23,1	0,3	0,7
4a (Inducido)	1	11	1,1	9,1	0,1	0,2
4b (Cesárea programada)	2	2	0,2	100,0	0,2	0,5
5	177	182	17,8	97,3	17,3	43,9
5.1 (Una cesárea)	123	128	12,5	96,1	12,0	30,5
5.2 (Más de una cesárea)	54	54	5,3	100,0	5,3	13,4
6	12	13	1,3	92,3	1,2	3,0
7	20	21	2,0	95,2	2,0	5,0
8	14	15	1,5	93,3	1,4	3,5
9	10	10	1,0	100,0	1,0	2,5
10	50	107	10,4	46,7	4,9	12,4
TOTAL	403	1025	100,0	39,3	39,3	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autoras: Esther M. Gómez G. y Juana D. Gomezjurado F.

La tabla N°4 presenta el informe tabular de la Clasificación de Robson, donde se muestra la distribución de frecuencia de los grupos que conforman la tasa global de cesáreas, así como la distribución de los partos por cesárea y vía vaginal que se incluyen en cada grupo.

Dentro de los grupos más prevalentes de partos por vía vaginal y cesárea se encuentran los grupos 1, 3 y 5.

El grupo 1, correspondiente a mujeres nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, ≥ 37 semanas de gestación, trabajo de parto espontáneo representa un 31,3% del total de mujeres gestantes independiente a la vía de terminación del parto. El grupo 3 de mujeres multíparas sin cesárea previa, con embarazo único en presentación cefálica, ≥ 37 semanas de gestación, trabajo de parto espontáneo con un 30,6%.

El grupo 5 (mujeres multíparas con al menos una cesárea previa, con un embarazo único de presentación cefálica, ≥ 37 semanas de gestación) con 17,8% conformado por 12,5% correspondiente al subgrupo 5.1 (mujeres con una cesárea) y 5,3% del subgrupo 5.2 (mujeres con más de una cesáreas). Al ser un grupo con gran aporte a la tasa de cesárea global, se recomendaría establecer protocolos más estrictos para evitar que las mujeres con cesárea previa se sometan con mayor frecuencia a cesáreas.

Los grupos 9 y 6 conformado por mujeres con embarazo único en situación transversa u oblicua, incluidas las mujeres con una o más cesáreas previas (1,0%) y nulíparas con embarazo único en presentación de nalgas (1,3%), respectivamente, son parte de los grupos con menor aporte, siendo estos parte de las causas indicadas para la realización de una cesárea.

La tasa global de cesáreas obtenidas en este estudio representa el 39,3%, ésta distribuida entre los grupos de la Clasificación de Robson, muestra sus valores en



la columna de contribución absoluta del grupo a la tasa global de cesárea, siendo los grupos 5 (17.3%), 1 (7,5%) y el grupo 10 (4,9%) los más prevalentes. Aquí podemos evidenciar que por sí solo el grupo 5 de mujeres multíparas con al menos una cesárea previa, con un embarazo único de presentación cefálica, ≥ 37 semanas de gestación, aporta con un valor mayor al recomendado por la OMS.



CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%, puesto que esta práctica quirúrgica no representa ningún beneficio para las mujeres ni los neonatos que se someten a la misma (1).

En nuestro estudio, encontramos una tasa global de cesárea del 39,3%, muy por encima de la tasa ideal recomendada por la OMS, y se sabe que ésta podría ir en aumento, pues como se analizó en un estudio de Vogel J., et al. (2015) por medio de la clasificación de Robson, la contribución de las categorías obstétricas en los cambios de las tasas de cesáreas globales de 21 países utilizando los datos de dos encuestas multinacionales de la OMS se demostró que las tasas de cesáreas incrementaron en todos los países, excepto en Japón. Como era esperado, las tasas de cesáreas fueron en aumento con el transcurso de años. La encuesta también demostró que en los países de bajos a medianos ingresos la tasa de cesárea inicialmente alta (para el porcentaje dado por la OMS) se mantuvo elevada, como es el caso de los países de Latinoamérica; mientras que en países con mayores ingresos las tasas tuvieron un incremento drástico para su tasa inicialmente baja (12).

Ejemplo de esto podemos observar en el estudio realizado por Tapia, V., Betran, A. y Gonzales, G., en 43 establecimientos de salud en Perú incluidos en el Sistema de Información Perinatal de América Latina entre 2000 y 2010, la tasa de cesáreas fue del 27% y se observó un aumento anual en las tasas generales de cesáreas de 2000 a 2010 del 23,5% al 30%. Durante 2000–2004, las principales contribuciones relativas para la tasa de cesáreas fueron los grupos 5, 1 y 2b, respectivamente. Este patrón se mantuvo durante 2008–2010 siendo significativo el aumento para el grupo 1(21).



El propósito fundamental del presente estudio fue identificar la categoría obstétrica con mayor riesgo para intervención quirúrgica durante el parto, y mediante esto poder analizar, qué grupo es el mayor contribuyente a la tasa de cesárea global en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Es así que al aplicar la escala de clasificación de Robson, nuestro estudio reveló que el grupo que mayor aporta a la tasa global de cesárea es el grupo 5 con 17.3 % que corresponde a las mujeres multíparas con al menos 1 cesárea previa, con un embarazo único de presentación cefálica, ≥ 37 semanas de gestación; seguido del grupo 1 que aporta con 7.5 % y corresponde a las mujeres nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, ≥ 37 semanas de gestación, trabajo de parto espontáneo; y por último está el grupo 10 de mujeres con embarazo único en presentación cefálica, < 37 semanas de gestación, incluidas las mujeres con una o más cesáreas previas con un 4,9%.

Estos datos presentados difieren de los resultados obtenidos en un estudio de la Universidad Central del Ecuador, en donde se aplicó la clasificación de Robson en el Centro Obstétrico del Hospital Isidro Ayora, durante el período del 01 de enero del 2015 hasta el 30 de noviembre del 2016, en donde a pesar de que la tasa de cesárea 39.9% es similar a nuestro estudio, la contribución de los grupos obstétricos es diferente, pues aunque los grupos 1 con el 23.3% y el grupo 5 con 23.2% siguen siendo los más prevalentes, también aparece dentro del grupo de mayor aporte el grupo 3 con un 6.8% (23).

Otro estudio en latinoamérica realizado en el Hospital General San Felipe en Honduras, de abril a junio de 2017, muestra que la tasa de cesáreas fue del 59.8%. De ésta, los grupos de Robson con mayor contribución a la tasa global fueron los grupos 2 (Nulípara con embarazo único en presentación cefálica, ≥ 37 semanas de gestación, trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto), 5 (Multíparas con al menos 1 cesárea previa, con un embarazo único de presentación cefálica, ≥ 37 semanas de gestación) y 1 (Nulípara con embarazo único en presentación cefálica, ≥ 37 semanas de



gestación, trabajo de parto espontáneo), con un porcentaje del 22,5%, 21% y 19.1% respectivamente (22).

En los estudios mencionados, en Latinoamérica se puede apreciar que los grupos más prevalentes que aportan a la tasa global de cesárea son el grupo 1 y 5. Otro indicador que menciona la OMS es que el mayor aporte para el aumento de la tasa de cesáreas está dado por cesáreas por cicatriz uterina previa (12), incluyendo esto al grupo 5 antes mencionado, información que también se evidencia en nuestro estudio, siendo este grupo el que mayor aporta a la tasa global de cesárea.

Si bien existe discrepancia en los valores referentes a las tasas en los países citados y nuestra investigación, esto puede deberse a los años en estudio, ya que para 2010 Perú presentó una tasa de 30,0%, sin embargo como se señala previamente, la OMS establece que la tasa de cesáreas incrementa con los años.

También se evidencia que ninguno de los estudios consultados realiza hincapié en la relación de las variables sociodemográficas con el aporte de los grupos de Robson a la tasa global, quedando en duda que este pudiese ser un factor influyente o no.



CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

En el Hospital Vicente Corral Moscoso en el período octubre - diciembre 2018, en el área de gineco-obstetricia, se registraron 1025 partos, de los cuales 403 (39,3%) fueron sometidos a cesárea y 622 (60.7%) resultaron en partos por vía vaginal.

Llevado a cabo el estudio podemos evidenciar que las tasas de cesáreas en el Hospital Vicente Corral Moscoso fueron más altas que lo recomendado por la OMS, siendo los grupos a poner énfasis los grupos 5, 1 y 10 de Robson, con el fin de disminuir la tasa global.

Un dato relevante es el gran aporte a la tasa global de cesáreas en mujeres con cicatriz uterina previa (grupo 5 y 10). Mientras que los grupos 6 y 9 que forman parte de los grupos con menor aporte a la tasa global de cesáreas son aquellos que incluyen en sus características una indicación para cesárea.

Es así que se ha corroborado que la aplicación del sistema de clasificación de Robson, permite investigar de manera específica un grupo obstétrico, y con esto comprender las principales razones para que se eleven las tasas de cesáreas en una institución de salud, esto con el afán de disminuirlas y mejorar la monitorización de las tasas de cesáreas.



RECOMENDACIONES

En la actualidad en Ecuador no existe mayor aplicación de la Clasificación de Robson, por lo que consideramos de gran importancia implementarla en los establecimientos de Salud Pública, con el fin de generar información que permita la comparación con otros establecimientos a nivel nacional, a nivel de Latinoamérica y mundial, para permitir de esta manera un mejor control de los grupos más prevalentes y en cuales es importante llevar acciones que disminuyan las tasas globales de cesáreas.

Presentar los resultados del estudio al personal de salud pertinente del Hospital Vicente Corral Moscoso para motivarlos a crear estrategias que fortalezcan una buena práctica laboral, plantear como objetivo la disminución de la tasa de cesárea a los niveles óptimos.

Otro punto importante es la información que se proporciona al paciente, puesto que una cicatriz uterina previa (prevalencia alta de los grupos 5 y 10 de Robson) no siempre condiciona un segundo parto por cesárea, ya que es posible intentar un parto por vía vaginal. Por lo que incentivar a las mujeres de manera activa a que se informen e intenten parto vaginal sería una estrategia que podría aplicarse con el fin de reducir la tasa global de cesáreas.



CAPÍTULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comunicado de Prensa: Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos [press release]. Organización Mundial de la Salud2015.
2. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MRJPo. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. 2016;11(2):e0148343.
3. MSP. Boletín de Nacimientos por Cesárea 2012 -2016. In: Pública Mds, editor. MSP2016.
4. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams obstetricia: Mcgraw-Hill Interamericana Editores, SA de CV; 2015.
5. OMS HJReS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. 2015.
6. HVCM. Socialización del Instrumento para Auditoria de Cesáreas con Pertinencia Médica2016 15/09/2018. Available from: <http://hvcm.gob.ec/socializacion-del-instrumento-para-auditoria-de-cesareas-con-pertinencia-medica/>.
7. Gutiérrez L. Cesárea: grupos de riesgo y estrategias de actuación. Universidad de las Palmas de Gran Canaria [Internet]. 2016. Available from: http://cris.ulpgc.es/bitstream/10553/17344/2/0724405_00000_0000.pdf.
8. PRODUCCIÓN HOSPITALARIA MSP SERIE 2006-2017 [Internet]. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información de Salud. 2017 [cited 16/09/2018]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2015/01/Producci%C3%B3n-Estad%C3%ADstica-2006-2016.pdf>.
9. Ministerio de Salud expide guía para evitar el abuso de las cesáreas [press release]. MSP2015.



10. Argentina MSP. Iniciativa sanitaria tendiente a vigilar la prevalencia de la cesárea. Estrategias para su disminución 2016 14/09/2018. Available from: http://www.fasgo.org.ar/images/Cesareas_Iniciativa_y_estrategias_reduccion.pdf.
11. MSP. Boletín de Nacimientos por Cesáreas 2012 - 2015. In: Pública MdS, editor. MSP2015.
12. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. 2015;3(5):e260-e70.
13. Nakamura-Pereira M, do Carmo Leal M, Esteves-Pereira AP, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, et al. Use of Robson classification to assess caesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. 2016;13(3):128.
14. Ray A, Jose SJIJoR, Contraception, Obstetrics, Gynecology. Analysis of caesarean-section rates according to Robson's ten group classification system and evaluating the indications within the groups. 2017;6(2):447-51.
15. Kacerauskiene J, Bartuseviciene E, Railaite DR, Minkauskiene M, Bartusevicius A, Kliucinskas M, et al. Implementation of the Robson classification in clinical practice: Lithuania's experience. 2017;17(1):432.
16. Tura AK, Pijpers O, de Man M, Cleveringa M, Koopmans I, Gure T, et al. Analysis of caesarean sections using Robson 10-group classification system in a university hospital in eastern Ethiopia: a cross-sectional study. 2018;8(4):e020520.
17. Martínez-Salazar GJ, Grimaldo-Valenzuela PM, Vázquez-Peña GG, Reyes-Segovia C, Torres-Luna G, Escudero-Lourdes GVJRMdIMdSS. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. 2015;53(5):608-15.
18. Hedwig S. Cesarean Delivery 2017 16/09/2018. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/263424-overview#a1>.



19. Silva CHM, Laranjeira CLSJRBDGeORG, Obstetrics. Use of the Robson Classification System for the Improvement and Adequacy of the Ways of Delivery in Maternities and Hospitals. An Opportunity to Reduce Unnecessary Cesarean Rates. 2018;40(07):377-8.
20. OMS. La clasificación de Robson: Manual de aplicación. [Internet]. 2018. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/robson-classification/es/
21. Tapia, V., Betrán, A., Gonzales, G. Cesarean Section in Peru: Analysis of Trends Using the Robson Classification System [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2016 [cited 21 October 2019]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.gov/pmc/articles/PMC4740461/>
22. Zúniga-Briceño A. CESAREAN SECTION CLASSIFICATION ACCORDING TO THE ROBSON MODEL, OBSTETRICS UNIT, SAN FELIPE GENERAL HOSPITAL, HONDURAS, APRIL-JUNE, 2017. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2019 [cited 21 October 2019]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31613067>



BIBLIOGRAFÍA GENERAL

1. Argentina MSP. Iniciativa sanitaria tendiente a vigilar la prevalencia de la cesárea. Estrategias para su disminución 2016 14/09/2018. Available from: http://www.fasgo.org.ar/images/Cesareas_Iniciativa_y_estrategias_reduccion.pdf.
2. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MRJ. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. 2016;11(2):e0148343.
3. Comunicado de Prensa: Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos [press release]. Organización Mundial de la Salud 2015.
4. Cunningham FL, K. ; Bloom, S. ; Spong, C. ; Dashe, J. ; Hoffman, B. ; Casey, B. ; Sheffield, J. Williams Obstetricia. 24 ed. México: McGRAW-HILL; 2015.
5. Gutiérrez L. Cesárea: grupos de riesgo y estrategias de actuación. Universidad de las Palmas de Gran Canaria [Internet]. 2016. Available from: http://cris.ulpgc.es/bitstream/10553/17344/2/0724405_00000_0000.pdf.
6. Hedwig S. Cesarean Delivery 2017 16/09/2018. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/263424-overview#a1>.
7. HVCM. Socialización del Instrumento para Auditoria de Cesáreas con Pertinencia Médica 2016 15/09/2018. Available from: <http://hvcm.gob.ec/socializacion-del-instrumento-para-auditoria-de-cesareas-con-pertinencia-medica/>.
8. MSP. Boletín de Nacimientos por Cesárea 2012 -2016. In: Pública Mds, editor. MSP 2016.
9. Kacerauskiene J, Bartuseviciene E, Railaite DR, Minkauskiene M, Bartusevicius A, Kliucinskas M, et al. Implementation of the Robson classification in clinical practice: Lithuania's experience. 2017;17(1):432.
10. Martínez-Salazar GJ, Grimaldo-Valenzuela PM, Vázquez-Peña GG, Reyes-Segovia C, Torres-Luna G, Escudero-Lourdes GVJRMdIMdSS. Operación



- cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. 2015;53(5):608-15.
11. Ministerio de Salud expide guía para evitar el abuso de las cesáreas [press release]. MSP2015.
 12. MSP. Boletín de Nacimientos por Cesáreas 2012 - 2015. In: Pública MdS, editor. MSP2015.
 13. Nakamura-Pereira M, do Carmo Leal M, Esteves-Pereira AP, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. 2016;13(3):128.
 14. OMS. La clasificación de Robson: Manual de aplicación. [Internet]. 2018. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/robson-classification/es/
 15. OMS HJReS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. 2015.
 16. PRODUCCIÓN HOSPITALARIA MSP SERIE 2006-2017 [Internet]. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información de Salud. 2017 [cited 16/09/2018]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2015/01/Producci%C3%B3n-Estad%C3%ADstica-2006-2016.pdf>
 17. Ray A, Jose SJJJoR, Contraception, Obstetrics, Gynecology. Analysis of caesarean-section rates according to Robson's ten group classification system and evaluating the indications within the groups. 2017;6(2):447-51.
 18. Silva CHM, Laranjeira CLSJRBdGeORG, Obstetrics. Use of the Robson Classification System for the Improvement and Adequacy of the Ways of Delivery in Maternities and Hospitals. An Opportunity to Reduce Unnecessary Cesarean Rates. 2018;40(07):377-8.
 19. Tapia, V., Betrán, A., Gonzales, G. Caesarean Section in Peru: Analysis of Trends Using the Robson Classification System [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2016 [cited 21 October 2019]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.gov/pmc/articles/PMC4740461/>



20. Tura AK, Pijpers O, de Man M, Cleveringa M, Koopmans I, Gure T, et al. Analysis of caesarean sections using Robson 10-group classification system in a university hospital in eastern Ethiopia: a cross-sectional study. 2018;8(4):e020520.
21. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. 2015;3(5):e260-e70.
22. Zúniga-Briceño A. CESAREAN SECTION CLASSIFICATION ACCORDING TO THE ROBSON MODEL, OBSTETRICS UNIT, SAN FELIPE GENERAL HOSPITAL, HONDURAS, APRIL-JUNE, 2017. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2019 [cited 21 October 2019]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31613067>
23. Huang Hsu IL. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA TASA DE CESÁREA E IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO POBLACIONAL OBSTÉTRICO PREVALENTE, MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN LAS MUJERES GESTANTES INGRESADAS AL SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL GINECOOBSTÉTRICO ISIDRO AYORA, DE LA CIUDAD DE QUITO, DURANTE EL PERÍODO DEL 01 DE ENERO DEL 2015 HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2016". Universidad Central del Ecuador [Internet]. Dspace.uce. 2017 [cited 21 October 2019]. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11288/1/T-UCE-0006-003.pdf>



CAPÍTULO IX

ANEXOS

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Tiempo en años	Años cumplidos	Número
Residencia	Lugar en que reside una persona	Ubicación geográfica de la vivienda	Historia Clínica	1. Rural 2. Urbana
Escolaridad	Nivel de instrucción formal alcanzado por la paciente	Educación recibida	Historia Clínica	1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior
Etnia	Comunidad humana a la que pertenece la paciente	Grupo étnico con el que se identifica la paciente	Historia Clínica	1. Mestiza 2. Mulata 3. Afroecuatoriana 4. Blanca 5. Negra 6. Indígena
Estado civil	Tipo de relación con la pareja legalmente registrada	Forma de vínculo legal entre dos personas	Cédula de Identidad	1. Soltera 2. Casada 3. Divorciada 4. Unión libre 5. Viuda
Paridad	Número de gestas de una mujer	Número total de embarazos de una mujer	Historia clínica	1. Nulípara 2. Multípara
Número de fetos	Número de fetos productos de la gestación	Número de fetos productos de la gestación	Datos ecográficos de la historia clínica	1. Único 2. Múltiple
Presentación y Situación Fetal	Presentación: Porción del cuerpo fetal más próxima al	Presentación o situación en la que se encuentra el	Resultado de las Maniobras de Leopold en	1. Cefálica 2. Podálica 3. Transversa 4. Oblicua



	conducto de parto Situación: Relación entre el eje longitudinal del feto respecto del de la madre	feto al inicio del trabajo de parto	historia clínica	
Edad Gestacional	Tiempo transcurrido desde la FUM	Tiempo transcurrido desde la FUM	Semanas	1. < 37 SG 2. ≥ 37 SG
Trabajo de Parto	Procesos fisiológicos que desencadenan el parto	Forma en la que inicia el trabajo de parto	Historia Clínica	1. Espontáneo 2. Inducido
Cicatriz Uterina Previa	Cicatrices de incisiones quirúrgicas en la pared del útero	Antecedentes de cesárea	Historia Clínica	1. Si 2. No



FORMULARIO



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

“DETERMINAR LAS CATEGORÍAS PREVALENTES CAUSANTES DE CESÁREAS
SEGÚN LA CALISIFICACIÓN DE ROBSON EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERÍODO OCTUBRE –
DICIEMBRE DE 2018”

NÚMERO DE FORMULARIO: _____

HISTORIA CLINICA #: _____

Edad: _____

CLASIFICACIÓN DE ROBSON

Residencia: Urbana Rural

Escolaridad: Ninguna Primaria Secundaria Superior

Etnia: Mestiza Mulata Afroecuatoriana Blanca Negra Indígena

Estado Civil: Soltera Casada Divorciada Viuda Unión Libre

EDAD GESTACIONAL:

< 37 semanas ≥ 37 semanas

PARIDAD:

Nulípara Multípara

NÚMERO DE FETOS:

Único Múltiple

TRABAJO DE PARTO:

Espontáneo Inducido

CICATRIZ UTERINA PREVIA:

Si No

PRESENTACIÓN Y SITUACIÓN FETAL:

Cefálica Podálica Transversa Oblicua

ESTHER MARGOTH GOMEZ GONZALEZ
JUANA DANIELA GOMEZ JURADO FRIEND